

6
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EMBARAZO DE 25 SEMANAS DE GESTACION E
INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL

ESTUDIO CLINICO EN PROCESO
DE ATENCION DE ENFERMERIA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MA. DEL CONSUELO GUADALUPE CARREON GUERRERO
ASESOR LIC. IRMA VALVERDE MOLINA

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

INTRODUCCION.....	1
I. OBJETIVOS.....	3
II. METODOLOGIA.....	4
III. CAMPO DE INVESTIGACION.....	5
IV. MARCO TEORICO	
4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	5
4.2 SINONIMIA.....	6
4.3 EPIDEMIOLOGIA.....	6
4.4 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL UTERO.....	7
4.5 HISTORIA NATURAL DE LA INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL.....	20
4.6 NIVELES DE PREVENCION.....	34
V. HISTORIA CLINICA GENERAL.....	56
VI. PLAN DE CUIDADOS DE ATENCION DE ENFERMERIA.....	64
VII. CONCLUSIONES.....	99
VIII. BIBLIOGRAFIA.....	103

Se han realizado investigaciones por la necesidad de conocer con mayor fundamento científico la importancia de la Incompetencia ístmico cervical como causa del aborto habitual y del parto prematuro, a la par que se iniciaron estudios cuyos resultados permitieran realizar sugerencias para su tratamiento.

Como resultado se empleó el término de "orificio insuficiente" ya que el cérvix no era apto para poder retener un huevo ya fecundado, principalmente durante el segundo trimestre del embarazo, lo que llevó a deducción que el cérvix insuficiente está originado por la deficiencia en la región de la unión fibromuscular.

Lo anterior no significa que un aborto habitual tenga como única causa a la Incompetencia ístmico cervical, sino que es uno de los factores que contribuye a la aparición de dicha patología. También debido a que la incompetencia cervical se manifiesta en el segundo trimestre del embarazo, en el tercero consecuentemente dará origen a un parto prematuro.

Gracias a estas investigaciones, la patología se describe actualmente como "Incompetencia ístmico cervical", dado que hace referencia a la existencia de un defecto anatómico localizado en el cérvix, resultado de anomalías congénitas, traumatismos, operaciones quirúrgicas o manipulaciones anteriormente realizadas durante la atención inadecuada de un parto.

La operación quirúrgica de cerclaje cervical desde sus comienzos fue un éxito universal, y en México las técnicas más utilizadas han sido las propuestas por Shirodkar (1955), por Mc Donald (1963) y por Espinoza Flores (1965). Algunos médicos han propuesto otro tipo de técnicas

quirúrgicas al respecto, pero básicamente están fundados en los procedimientos iniciales.

El presente trabajo se realizó con la finalidad de investigar todo lo relacionado a la patología, dada la necesidad de conocer los datos acerca de la incidencia del padecimiento, su etiología, el método diagnóstico que se utiliza en la actualidad para detectar el problema oportunamente, saber el tratamiento que se emplea y la influencia de éste sobre la existencia de lo que se denomina "aborto habitual" y "parto prematuro", para así poder proporcionar los cuidados específicos y generales de enfermería a las pacientes que acuden a una unidad hospitalaria en busca de solución a su problemática.

Es importante reconocer que la participación de enfermería dentro de este padecimiento -y todos los existentes- es de suma importancia, pues de ello depende la resolución eficaz del mismo.

I. OBJETIVOS

3.

OBJETIVO GENERAL:

Describir lo relacionado con el desarrollo y evolución de la patología denominada como Incompetencia ístmico cervical y el tratamiento utilizado en la actualidad con una paciente hospitalizada en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital General "Jose V. Villada" en Cuautitlán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar los factores etiológicos, así como huesped y medio en los que se desarrolla el padecimiento con mayor frecuencia.

Detectar oportunamente las manifestaciones clínicas tanto inespecíficas como específicas, para llevar a cabo métodos de diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados.

Proporcionar cuidados generales y específicos de enfermería a una paciente que cursa con Incompetencia ístmico cervical y cerclaje cervical.

Brindar información y apoyo tanto físico como psicológico a una paciente que cursa con el padecimiento para proporcionar seguridad y confianza en sí misma.

La metodología empleada para recabar los datos fue la siguiente:

La historia clínica de donde se obtuvo la mayor parte de la información, a través del interrogatorio directo con la paciente; dicha información fue fidedigna y numerosa, pues la confianza brindada a la paciente permitió obtener datos que en el expediente clínico no se contemplaron y que eran de interés para el estudio del padecimiento con que cursó la paciente.

El interrogatorio y la exploración física permitieron que algunos datos obtenidos mediante estos, se hicieran evidentes, ya que primero mediante la observación se vieron las condiciones generales en que se encontraba la paciente, posteriormente con el método de la palpación se conoció el estado actual de los órganos y sistemas de su cuerpo, apoyado todo ello por medio de la auscultación y percusión. La exploración armada ginecológica se omitió, por no considerarse necesaria en este caso.

El expediente clínico, me proporcionó datos relacionados con la evolución del padecimiento de la paciente y su estado actual; esta fuente bibliográfica adquiere gran importancia, ya que la información que contiene debe ser veráz, porque constituye un documento de índole legal.

La investigación documental fue otro de los métodos empleados para recabar información acerca de la patología objeto de estudio.

Nota aclaratoria con referencia a las notas de pie de página. No todas las notas llevan un número progresivo, ya que se hacen citas de autores que ya se describieron en páginas anteriores con el mismo número de la cita y el mismo número de página.

III. CAMPO DE INVESTIGACION

5.

El estudio clínico que se realizó a la paciente, se llevó a cabo dentro del servicio de hospitalización de Ginecología y Obstetricia, del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada", ubicado en el Municipio de Cuautitlán de Romero Rubio, Estado de México.

IV. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

Aunque el conocimiento actual de la incompetencia cervical como posible causa de aborto recurrente o de repetición, data de los años cuarenta, el problema fue redescubierto y publicado en aquella década. En 1658, Cole y Culpepper escribieron en el Practique of Physick, que "la segunda causa que dificulta la concepción es cuando la semilla no puede ser retenida o cuando el orificio del útero es tan débil que no puede contraerse correctamente para conservar dentro de sí la semilla, que principalmente es causado por un aborto o por un parto difícil, que causa la rotura de las fibras del útero y tanto ellas como el orificio interno del cuello uterino se dilatan en exceso".(1)

Fue Gream quién formuló la primera observación sobre insuficiencia cervical en el Lancet en 1865.(2)

Sospechada por Palmer (1948) la insuficiencia del orificio cervical

(1) HARGER, J.H. Clínicas de Perinatología, Vol.2, 1983,p.327

(2) COUSINS,L. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol.2, 1980,p.471

interno y del istmo uterino en la génesis de un caso de aborto habitual por él estudiado, éste criterio es ampliado después por Lash (1950) para explicar la etiología de los abortos habituales en épocas tardías. Hay que reconocer, con todo, que se concede poca importancia a éste problema hasta el punto de quedar olvidado, pues la atención se desvía en tiempos posteriores hacia las repercusiones que la amputación del cuello uterino determina sobre la fertilidad, tal como señala Fisher (1953). Por ello es discutible el mérito de Palmer de resucitar el problema, que pronto había de acaparar a todos la atención por tratarse de un factor etiológico del aborto habitual.(3)

4.2 SINONIMIA

La insuficiencia ístmico cervical es conocida también como: Insuficiencia del orificio cervical interno, incompetencia cervical, insuficiencia del orificio cervical uterino, incompetencia ístmica, insuficiencia esfinteriana del córvix, córvix muscular y córvix incompetente (4); en el presente trabajo se manejará con la denominación de Incompetencia ístmico cervical, ya que actualmente es el término de mayor uso tanto en la literatura médica como en los medios hospitalarios.

4.3 EPIDEMIOLOGIA

La incompetencia ístmico cervical es una entidad cuyo mecanismo fisiopatológico no se ha precisado. Existe imprecisión diagnóstica que se refleja en los índices publicados desde 0.05 a 1% de embarazos (Cousins,

(3) BONILLA, M. F. El cuello uterino y sus enfermedades, p.317

(4) ZARATE, A. Esterilidad e Infertilidad, p.121

1980), y esta variación podría deberse en su mayor parte a diferencias en el diagnóstico que a diferencias en las poblaciones de mujeres.(5) Sin embargo se reporta hasta un 16% de los productos malogrados en el 2º trimestre.(6) Barter encontró 19 casos de 35000 embarazos.(7) La frecuencia de esta anomalía es variable pero no exagerada; Picot y cols. estiman que la cifra es de 3 por cada 1000 partos; Taylor y Hansen 2 por cada 1000 y Rovinsky 1 por 913. En el año de 1966 en el Hospital de Gineco-obstetricia del Centro Médico Nacional la frecuencia fue de .49 por cada 1000 partos.(8)

4.4 ANATOMIA Y FISIOLOGIA DEL UTERO

El útero o matriz, es un órgano muscular piriforme de pared gruesa cubierto en parte por el peritoneo o serosa. Su cavidad está revestida por endometrio.(9) Durante el embarazo, el útero sirve para recibir, implantar, retener y nutrir el óvulo fecundado, que se expulsa durante el parto.(10)

(5) MATTINGLY, R. F. Ginecología operatoria Te Linde, p.451

(6) COUSINS, op. cit. p.472

(7) MARTINEZ, M. S. Monografía sobre incompetencia ístmico cervical, p.8

(8) ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, Avances recientes en Ginecología y Obstetricia, p. 327

(9) LOCKHART, R. D. Anatomía humana, p.573

(10) TORTORA, G. J. Principios de anatomía y fisiología, p.918

Relaciones Anatómicas

El útero no gestante está situado en la cavidad pélvica entre la vejiga anteriormente y el recto posteriormente. La porción inferior, el cérvix se proyecta hacia la vagina. Casi toda su pared posterior se encuentra cubierta de peritoneo, mientras que su porción inferior limita en su parte anterior el fondo de saco de Douglas. Sólo la porción superior de la pared anterior está cubierta de esta manera. Su porción inferior se une a la pared posterior de la vejiga mediante una capa bien definida de tejido conjuntivo.

Forma y tamaño

El útero es una estructura piriforme y aplanada y consta de dos partes desiguales: una porción superior triangular, el cuerpo y una porción inferior cilíndrica o fusiforme, esto es el cérvix. La cara anterior del cuerpo es casi plana, pero la cara posterior es claramente convexa. Los oviductos o trompas de falopio se inician en los cuernos del útero, en la unión del borde superior con el lateral. El borde superior convexo comprendido entre los puntos de inserción de las trompas recibe el nombre de fondo uterino. Los bordes laterales se extienden desde los cuernos uterinos hasta el suelo pélvico. Lateralmente el útero, por debajo de la inserción de las trompas, no está cubierto directamente por el peritoneo sino que es el lugar de inserción de los ligamentos anchos. (11)

El útero es sumamente variable en cuanto a forma y tamaño según

(11) SMOUT, C. F. Anatomía de la pelvis femenina, p.120

la edad y número de embarazos. Antes de la pubertad mide de 2.5 a 3.5 cm de longitud. El útero de la mujer adulta nulípara tiene de 6 a 8 cm de longitud, en comparación a los 9 o 10 cm de la múltipara. Normalmente el peso varía desde 50 a 70 gramos en las nulípara, hasta 80 gramos en las múltiparas.(9)

La relación entre la longitud del cuerpo y la del cuello varía ampliamente, pues en las niñas pequeñas el cuerpo tiene la mitad de la longitud del cuello, en las mujeres nulíparas ambos tienen más o menos la misma longitud del cuello y en las múltiparas se invierte la relación y el cuello sólo es algo mayor que la tercera parte de la longitud total del útero.(12)

El útero normalmente se halla en anteflexión y anteversión, pero su posición en el cuerpo varía según el grado de distensión de las vísceras adyacentes, especialmente la vejiga, el colon y recto.(13) Al interior del cuerpo del útero se le denomina cavidad uterina y mide aproximadamente 4 cm. y es de forma triangular, y a la del cuello se le denomina cavidad cervical. La mayor parte del cuerpo del útero, a excepción del cuello, está constituida por tejido muscular. El canal cervical es fusiforme y se abre en cada extremo por pequeños orificios denominados orificio cervical interno y orificio cervical externo.

El punto de unión entre el cuello y el cuerpo del útero se denomina istmo y durante el embarazo contribuye a la formación del segmento inferior, y su composición es principalmente fibrosa con el cuerpo muscu-

(12) PRITCHARD, J. A. Williams Obstetricia, p.15

(13) SMOUT, op. cit. p.121

lar.(14) Este segmento inferior puede definirse funcionalmente como la parte de la musculatura uterina que debe experimentar dilatación circunferencial para permitir el paso del feto. Desde el punto de vista anatómico y funcional el istmo forma una unidad con el resto de la musculatura uterina.(15)

Cuello uterino

El cuello es la porción del útero que se encuentra por debajo del istmo. Por la cara anterior, el orificio interno corresponde aproximadamente con el nivel en el que el peritoneo se dobla y se dirige a la vejiga. La inserción de la vagina lo divide en las porciones supravaginal y vaginal. La cara posterior de la porción supravaginal está cubierta por el peritoneo. Lateralmente se encuentra adherido por los ligamentos cardinales, y la cara anterior queda separada de la vejiga adyacente por tejido conectivo laxo. El orificio externo se localiza en la extremidad inferior de la porción vaginal del cuello.(16) El orificio externo tiene un aspecto muy variable; en la mujer nulípara es una pequeña abertura oval regular, tiene la consistencia de cartílago nasal; después del parto el orificio se convierte en una hendidura transversa que divide al cuello en los llamados labios anterior y posterior.(17)

El cuello uterino no tiene una morfología definida. Teniendo en cuenta las formas y estructuras del cérvix, se deben considerar dos

(14) DANFORTH, D. N. Tratado de Ginecología y Obstetricia, p.57

(15) GRENHILL, J. P. Obstetricia, p.108

(16) PRITCHARD, op. cit. p.16

(17) SMOUT, op. cit. p.125

sistemas distintos:

- 1) La mucosa, incluyendo el epitelio escamoso que recubre la porción vaginal, la unión escamocolumnar y la mucosa del endocérnix, todas las cuáles sufren cambios en los diferentes períodos del ciclo menstrual, embarazo y parto.
- 2) La pared o substancia del cérnix que determina su forma y estructura.

La integridad del primer sistema es vital para la emigración y transporte del esperma y el segundo sistema, para las características de la pared cervical, que le permite llevar a cabo sus funciones vitales de actuar como barrera para retener la gestación y abrirse adecuadamente para permitir la salida del feto.(18)

Composición histoquímica del cuello

El cuello uterino está compuesto predominantemente de tejido colágeno y elástico, así como de algunas fibras musculares lisas y vasos sanguíneos. La transición de tejido conjuntivo, principalmente colágeno, del cuello al tejido principalmente muscular del cuerpo, aunque por lo general es súbita, puede ser gradual y extenderse hasta 10 mm.(14) El cuello de la mujer no gestante se compone fundamentalmente de tejido conectivo denso, que revela ser colágeno. El tejido elástico ha sido puesto de manifiesto en el cérnix, pero se discute la cantidad habitualmente existente y su significado fisiológico en orden a los cambios morfológicos

(18) DANFORTH, D. N. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol. 1, 1983.

característicos del cérvix en el embarazo y parto.(19)

Danforth y cols. (1960) sugieren que las propiedades físicas del cuello dependen en gran medida del estado del tejido conjuntivo y que durante el embarazo y el parto, la gran capacidad de dilatación del cuello se debe a la disociación de fibras colágenas. Buckingham y cols. (1965) cuantificaron la cantidad de músculo y colágeno que existe en el tejido cervical de la mujer. En el cuello normal el tejido muscular era aproximadamente el 10%, en los "cuellos incompetentes" la porción del músculo es apreciablemente mayor.(16)

Danforth y cols. han revelado que la estructura básica del cuello uterino es tejido fibroso, casi siempre con 10 a 15% de músculo liso. Rorie y Newton comprobaron que la porción media de músculo liso varía de 6.4% en el tercio inferior del cuello uterino a 18% en la parte media y 29% en el tercio superior.(2) Danforth demostró que la transición histológica desde el cuello uterino predominantemente fibroso al istmo con predominio muscular varió desde un cambio brusco (de 2 a 3 mm), a uno extremadamente gradual (de 5 a 10 mm). Hughesdon en sus investigaciones sugiere la existencia de un porcentaje de tejido muscular liso en el cuello de por lo menos un 10 a 15% del total del tejido cervical.(20)

El istmo uterino, parte integral desde el punto de vista anatómico y funcional del cuerpo, comienza a alargarse en el 3er. mes de embarazo. Hacia el 5º mes, tal "despliegue" del istmo es completo, y su borde inferior queda delimitado por el cuello fibroso. Esta unión fibromuscular

(19) DANFORTH, Clínicas... op. cit. p.7

(20) DANFORTH, Clínicas... op. cit. p.8

representa el orificio cervical interno del embarazo y en estado normal a la misma corresponde retener el producto del útero.

Ha sido objeto de controversia definir que proporción de este mecanismo esfinteriano depende de la organización muscular en la parte inferior del istmo y superior de los tejidos cervicales, y cuál es debida al componente fibroso predominantemente del cuello uterino. Sin embargo, el hecho de que sea ya completa la distensión ístmica en el 5º mes de gestación, los cambios estructurales (disociación de las fibrillas colágenas) y los de composición (merma de la concentración colágena) en el cuello uterino asociados con el parto sugieren que la resistencia cervical, no ístmica explica mejor la competencia o capacidad funcional normal del cuello uterino.(21)

El conducto del cérvix uterino mide de 2.5 a 3 cm. de largo, pero muestra grandes variaciones, es fusiforme, aplanado de delante a atrás y algo dilatado en el tercio medio; el diámetro transversal es de 7 mm. y el sagital es de 4 mm. aproximadamente.(22)

Característicamente la mucosa del canal cervical, está formada por una delgada membrana basal. Los núcleos ovales se encuentran situados cerca de la base de las células, cuyas proporciones superiores tienen aspecto claro debido a su contenido mucoso. Estas células están provistas de abundantes cilios. Las glándulas cervicales se extienden directamente desde la superficie de la mucosa al tejido conjuntivo subyacente, ya

(21) COUSINS, op. cit. p.475

(22) GRENHILL, op. cit. p.106

que el cuello uterino no tiene submucosa. Estas glándulas proveen la secreción espesa y pegajosa del canal cervical. Normalmente el epitelio escamoso de la porción vaginal y el epitelio cilíndrico del canal cervical presentan una clara línea de separación del orificio cervical externo, esto es la unión escamocolumnar. Sin embargo en los cuellos de las mujeres múltiparas, en quienes los labios del cérvix están a menudo invertidos, el epitelio estratificado generalmente se extiende sobre el canal cervical hasta recubrir un tercio y ocasionalmente, la mitad inferior del canal.(23) La porción externa del cérvix está cubierta por un epitelio plano estratificado idéntico al que recubre la vagina, dicho epitelio está constituido por varias capas denominadas convencionalmente como basal, parabasal, intermedia y superficial. La capa basal consta de una fila única de células y descansa sobre una membrana basal delgada, las células son basófilas, basofilia que se ve incrementada en el embarazo. Las capas parabasal e intermedia juntas constituyen la capa celular espinosa. La capa intermedia está vacuolada de forma muy importante como consecuencia de la presencia de glucógeno. La capa superficial varía en espesor en función del nivel de estimulación estrogénica. Las capas superficial e intermedia del epitelio contienen una gran cantidad de glucógeno, el cuál tiene importante función en el mantenimiento del pH ácido del contenido vaginal. El glucógeno es segregado por la citolisis de las células descamadas y es atacado después por la flora bacteriana glucolítica de la vagina formando ácido láctico. Los cambios característicos de la mucosa cervical dependen de las variaciones de los patrones hormonales

Cuerpo del útero

La pared del cuerpo uterino consta de tres capas: serosa, muscular y mucosa. La capa serosa está formada por el peritoneo que recubre al útero, al que está firmemente adherido, excepto por encima de la vejiga y en los bordes, donde se desvía hacia los ligamentos anchos.(25) El miometrio es la porción más voluminosa de la pared uterina, consiste en fascículos de fibras musculares lisas, unidos por tejido conjuntivo rico en fibras elásticas. Según Schwalm y Dubrauzky (1966) las fibras musculares disminuyen caudalmente de manera progresiva, por lo que el cérvix tiene tan sólo el 10% de la masa de tejido en musculo. La mucosa o capa interna del útero sirve de revestimiento a la cavidad uterina en mujeres no gestantes y es denominado endometrio; consiste en una delgada membrana con diminutos orificios que corresponden a las glándulas uterinas. El espesor del endometrio es muy variable por sus constantes modificaciones cíclicas durante el período reproductor de la vida, y oscila entre .5 y 5 mm.; consta de epitelio superficial, glándulas y tejido interglandular rico en vasos sanguíneos. Está compuesto de dos capas principales: la capa funcional que es la de disposición más interna y que se desprende durante la menstruación, y la capa basal que es permanente y da origen a una nueva capa funcional después de la menstruación. El epitelio superficial del endometrio consta de una única capa de células cilíndricas altas y muy tupidas. La corriente ciliar lleva

(24) DANFORTH, Tratado...op. cit. p.93

(25) TORTORA, op. cit. p.920

la misma dirección en las trompas y en el útero y se extiende hacia el orificio cervical externo.(26)

Las glándulas uterinas tubulares son invaginaciones del epitelio superficial y se extienden a través de todo el espesor del endometrio hasta el miometrio y secretan líquido alcalino, claro que sirve para mantener húmeda la cavidad uterina.(27)

Ligamentos del útero

El útero tiene cinco pares de ligamentos; de cada lado salen los ligamentos anchos, redondos y uterosacros.

Los ligamentos anchos son dos estructuras en forma de alas, que se extienden desde los bordes laterales de útero hasta las paredes de la pélvis y dividen la cavidad pélvica en anterior y posterior. Cada ligamento ancho está formado por un pliegue de peritoneo que encierra diversas estructuras y tiene los bordes superior, lateral, inferior y medial. Los dos tercios internos del borde superior forman el mesosalpinx, al que está unida la trompa de falopio. El tercio externo, que se extiende desde la extremidad fimbriada de la trompa hasta la pared pélvica y forma el ligamento infundibulopélvico (ligamento suspensorio del ovario), por el que pasan los vasos ováricos. La porción más densa del ligamento ancho (suele designarse como ligamento cardinal, ligamento transverso cervical o ligamento de Mackenrodt) se compone de tejido conjuntivo firmemente unido a la porción supravaginal del cuello uterino

(26) SMOUT, op. cit. p.145

(27) PRITCHARD, op. cit. p.17

y el borde lateral del útero. En la base de este ligamento se encuentran los vasos uterinos y la porción inferior del ureter.(28) Los ligamentos redondos, uno a cada lado, se extienden desde la porción anterior y lateral del útero; estos ligamentos surgen por debajo y anteriormente a las trompas, cada uno está situado en un pliegue de peritoneo unido al ligamento ancho y se dirige hacia arriba y afuera del canal inguinal, para pasar a través de él y terminar en la porción superior del labio mayor. En la mujer no gestante, el diámetro del ligamento oscila entre 3 a 5 mm.; se compone de tejido muscular liso que se continúa directamente con el de la pared uterina y cierta cantidad de tejido conjuntivo.(29) Los ligamentos uterosacros se extienden desde una inserción posterolateral de la porción supravaginal del cuello uterino, circundan el recto y se insertan en la fascia que cubre la II y III vértebras sacras. Se componen de tejido conjuntivo y muscular y están cubiertos por peritoneo. Forman los límites laterales del fondo de saco de Douglas y ayudan a mantener el útero en su posición normal al ejercer tracción sobre el cuello uterino.(30)

Inervación

Procede sobre todo del sistema simpático, pero también se origina en parte de los sistemas cerebroespinal y parasimpático. El sistema parasimpático está representado en cada lado por el nervio pélvico, que consta de unas cuantas fibras procedentes de los nervios sacros II, -

(28) BASMAJAIN, J. V. Anatomía, p.252

(29) GARDNER, W. D. Anatomía humana, p.414

(30) SMOUT, op. cit. p.136

III y IV. El sistema simpático entra en la pélvis a través del plexo hipogástrico, que se origina a partir del plexo cérico, inmediatamente por debajo del promontorio sacro. Después de descender por ambos lados también penetran en el plexo uterovaginal, que está formado por ganglios de diversos tamaños, pero en especial por una gran placa ganglionar situada a ambos lados del cuello uterino, inmediatamente por encima del fondo de saco posterior y por delante del recto. Las ramas de los plexos inervan el útero, la vejiga y la porción superior de la vagina y constan de fibras mielínicas y amielínicas. Algunas fibras finalizan en terminaciones libres entre las fibras musculares, mientras que otras acompañan las arterias hasta el endometrio. Los nervios dorsales XI y XII transportan las fibras sensitivas del útero, que transmiten el dolor de las contracciones uterinas al sistema nervioso central de la mujer. Las fibras sensitivas del cuello uterino y de la porción superior del canal de parto pasan por los nervios pélvicos al II, III y IV nervios sacros y las de la porción inferior del canal de parto, lo hacen por los nervios ilioinguinal y pudendo.(31)

Drenaje linfático

El endometrio es rico en vasos linfáticos, practicamente existentes sólo en la capa basal. En el endometrio van aumentando a medida que se aproximan al peritoneo e inmediatamente por debajo del mismo forman el plexo linfático, sobre todo en la parte posterior del útero y en menor grado en la pared anterior. Los vasos linfáticos de las diversas

(31) PRITCHARD, op. cit. p.19

porciones del útero drenan en grupos distintos de ganglios linfáticos. Los del cérvix lo hacen con preferencia en los ganglios hipogástricos, situados en la bifurcación de los vasos ilíacos primitivos, entre las arterias ilíaca externa e hipogástrica. Los del cuerpo uterino drenan en dos grupos de ganglios; una parte de los vasos linfáticos drena en los ganglios hipogástricos y la otra parte, después de unirse a otros linfáticos de la región ovárica desemboca en los ganglios linfáticos periaórticos.(17)

Irrigación sanguínea

Esta procede principalmente de las arterias uterinas y ováricas. La arteria uterina rama principal de la hipogástrica, penetra en la base del ligamento ancho, cruza el uréter y continúa hacia el borde lateral del útero. Inmediatamente adyacente a la porción supravaginal del cuello, se divide en dos ramas; la arteria cervicovaginal que es la menor y riega la porción inferior del cuello y la porción superior de la vagina. La rama principal tuerce hacia arriba y sigue a lo largo del borde uterino en forma de vaso sinuoso de considerable tamaño e irriga la porción superior del cuello y numerosas ramificaciones más pequeñas penetran en el cuerpo uterino. Poco antes de llegar a la trompa se divide en tres ramas terminales: la fúndica, la tubárica y la ovárica. La rama ovárica se anastomosa con la rama terminal de la arteria ovárica; la tubárica pasa por el mesosalpinx, aporta parte de la sangre a las trompas y la rama fúndica se distribuye por la porción superior del útero.(31)

La arteria ovárica es una rama de la aorta que penetra en el ligamento ancho a través del ligamento infundibulopélvico. En el hilio del ovario, se divide en varias ramas pequeñas que se introducen en el ovario, mientras

que el tronco principal atraviesa el ligamento ancho en toda su longitud, cerca del mesosalpinx y continúa hasta la porción superior del borde uterino, donde se anastomosa con la rama ovárica de la arteria uterina. Existen numerosas anastomosis entre los vasos de ambos lados del útero. Cuando el útero se contrae, las venas se colapsan y en cada lado las venas arqueadas se unen para formar la vena uterina que desemboca en la vena hipogástrica y ésta a su vez en la vena ilíaca primitiva. La vena ovárica derecha desemboca en la vena cava inferior y la izquierda en la vena renal izquierda.(17)

4.5 HISTORIA NATURAL DE LA INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL

Se aplica el término de Incompetencia ístmico cervical a una entidad obstétrica muy poco llamativa, caracterizada por la dilatación indolora del cérvix, en el segundo o comienzos del tercer trimestre del embarazo, que permite un prolapso de membranas y un abombamiento hacia la vagina, con rotura y posterior expulsión del feto inmaduro con mayor probabilidad de morir.(32)

También se define como la incapacidad del cuello uterino para retener un embarazo intrauterino hasta el término.(2)

Se considera también como la evacuación del útero, repetitiva, aguda e indolora generalmente en el segundo trimestre del embarazo sin hemorragia o contracciones asociadas.(7)

(32) PRITCHARD, op. cit. p.484

El *cérvis* incompetente conlleva a la incapacidad para retener un embarazo intrauterino al término ya sea a causa de alguna deficiencia en la estructura o en su función.(33)

Este término se utiliza para explicar abortos espontáneos, presuntamente debidos a factores cervicales, aunque existen muchos casos de incompetencia cervical incompatibles con el cuadro clásico de abortos agudos e indoloros a repetición en la porción media del embarazo, sin sangrado ni contracciones uterinas concomitantes.(5)

Périodo prepatogénico:

AGENIE:

Aunque la etiología de la incompetencia ístmico cervical no se conoce, es probable que sea multifactorial. Su atención se llegó a centrar en teorías sobre traumatismos, pero la ocurrencia en primigrávidas sugiere otras etiologías entre las cuáles podrían figurar anomalías uterinas concomitantes, histología anormal del cuello uterino o exposición prenatal al dietilestilbestrol.(34)

Palmer señaló tres tipos básicos de incompetencia ístmico cervical (8), cuya validez aún persiste:

- a) ESTRUCTURAL
(Traumatismo cervical)
- b) CONGENITA
- c) FUNCIONAL

(33) CONRAD, J. T. Clinicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol.1, 1983, p.37

(34) NOVAK, E. R. Tratado de Ginecología, p.565

a) ESTRUCTURAL: Es frecuente considerar el trauma cervical como causa predisponente, ya sea producido por una dilatación violenta antes de un legrado uterino, en las que se emplean dilatadores de Hegar mayores del número 12.(8) Otros procedimientos indicados son la amputación cervical como la que puede resultar de una operación de Manchester con técnica defectuosa, la aplicación de fórceps con traumatismos exagerados, en los prolapsos uterinos y en los desgarros secundarios a partos operatorios o precipitados.(35)

La presencia de estos factores de riesgo, no se halla invariablemente asociada con incompetencia cervical. En ocasiones la identificación de la lesión no es tan evidente como pudiera pensarse, y Lash llama la atención de las lesiones ocultas cuya identificación se facilita durante la exploración del canal cervical inmediatamente después del parto o de la dilatación previa a legrados.(8)

b) CONGENITA: Por definición existe incompetencia ístmico cervical congénita cuando en el primer embarazo de una mujer se comprueba dicha incompetencia en ausencia de antecedentes de trauma en el cérvix. En algunas pacientes se asocian malformaciones congénitas corporales (útero bicorne, bisepto) con las cervicales; en otras las anomalías pueden ser únicamente cervicales como son los acortamientos congénitos de éste segmento. A menudo las pacientes afectadas tienen anatomía genital superior normal demostrado por histerosalpingografía. No se ha dilucidado porque estas anomalías uterinas predisponen a la incompetencia cervical.(4)

(35) COUSINS, op. cit. p.473

Se ha propuesto que la exposición al dietilestilbestrol in utero predispone a la insuficiencia cervical como lo demuestra Ludmir en su investigación realizada a 63 pacientes embarazadas.(36) Ha quedado bien establecido que la exposición a estrógenos durante el desarrollo genital produce cambios epiteliales de la vagina y del cérvix, en la especie humana; las alteraciones en la distribución epitelial pudieran estar asociadas con cambios en las relaciones anatómicas e histológicas. Si la exposición a estrógenos induce desplazamiento caudal del estroma ístmico, como lo hace en el epitelio, aumentará la proporción de elementos musculares en relación con los elementos de tejido conectivo. Tal alteración en la composición de tejido cervical podría culminar en cambios de la capacidad funcional del cérvix con disminución de la resistencia cervical inherente.(6)

Se han demostrado casos en los que existe alguna porción anómala del cuello uterino, producido eventualmente por exposición intrauterina al dietilestilbestrol, las cuáles al ser estudiadas en estado de ingravidez mostraban evidencias histológicas de adenosis vaginal además de franca hipoplasia cervical. Parece posible que la exposición in útero al dietilestilbestrol impide el desarrollo normal del sistema mülleriano y predispone a esas mujeres a una incompetencia cervical y fallas reproductivas.(37)

Se cree que las mujeres tratadas con dietilestilbestrol, pueden tener un mayor número de abortos, de partos prematuros, infertilidad e irregularidades menstruales. Por ello el manejo apropiado de las mujeres

(36) LUDMIR, J. Journal Obstetrics Gynecology, Vol.3, 1987, p.665

(37) IFFY, L. Obstetricia y Perinatología, p.613

expuestas al dietilestilbestrol intraútero comienza por una historia clínica que incluya una evaluación de la historia prenatal.(38)

c) FUNCIONAL: Este grupo está formado por los casos designados como funcionales, en los que no hay antecedente traumático, ni modificación cervical alguna y se hacen evidentes cuando durante un estudio radiográfico se relaja el orificio bajo la influencia de la papaína y bromalefna, por lo que Hunter lo ha señalado como un medio específico para demostrar un cérvix con insuficiencia funcional.(39)

Es debatible la respuesta contractil prematura del útero a factores aún no muy precisados, puede preceder al borramiento y dilatación cervicales, sin que la paciente tenga sensación de ello. Es de suponerse que algunos casos inexplicables de interrupción del embarazo en el curso del 2º trimestre estén relacionados a ésta anomalía.(40)

Quizá el fenómeno denominado "cérvix incompetente" es realmente consecuencia de cambios prematuros biofísicos y bioquímicos en el cérvix igual a los fisiológicos que preceden al comienzo de un parto a término, en donde hay aumento en la proporción de fragmentos solubles de colágeno y clínicamente el borramiento cervical palpable refleja un cambio en la composición de tejido conectivo cervical. Dentro de esta división, se considera que la gestación múltiple puede ser clasificada como incompetencia ístmico cervical "relativa", ya que las pacientes grávidas con

(38) BEHRMAN, R. E. Nelson Tratado de Pediatría, p.1575

(39) ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op. cit. p.328

(40) ZARATE, op. cit. p.122

tal anomalía durante el embarazo han demostrado función cervical normal antes y después de los embarazos.(41) Barter y cols. fueron los primeros en relacionar a la gestación múltiple con la incompetencia ístmico cervical.(21)

HUESPED:

Aparece en mujeres en edad reproductiva (14 a 50 años de edad), en primíparas y multiparas; y de cualquier raza y nivel socioeconómico.

AMBIENTE:

Universal

ESTIMULO DESENCADENANTE:

Se inicia por falta de tonicidad de las fibras musculares localizadas en el istmo uterino, que trae como consecuencia el aborto o parto prematuro o inmaduro al no ser capaz de sostener un peso de un embarazo de término.(42) Una lesión del cérvix afecta la unión fibromuscular y propicia la aparición de un orificio cervical insuficiente.(43) Se considera que el orificio interno del cérvix es una barrera pasiva al aumento del volumen uterino y además indispensable para el crecimiento del producto deteniéndose en el sitio en que la proporción de tejido conectivo cervical es suficiente para impedirlo, y también por lo que se piensa acerca de que la porción ístmica actúa como verdadero esfínter funcional.(4)

Período patogénico:

(41) HARGER, op. cit. p.332

(42) MONDRAGON, H. Obstetricia básica ilustrada, p.342

(43) FLUHMAN, F. C. El cuello uterino y sus enfermedades, p.509

ALTERACIONES TISULARES:

Debe considerarse la anatomía, la histología y función cervical junto con los cambios inducidos por el embarazo en éstas áreas, por lo que se señala que el cuello uterino es la porción inferior de la matriz y se extiende desde la unión fibromuscular en el orificio interno anatómico hasta la reflexión vaginal.

Se afirma que la unión fibromuscular forma un unillo irregular que tiene acción de esfínter; aunque estudios anatómicos no han demostrado un esfínter verdadero, pero la presencia de fibras musculares entrelazadas en direcciones transversal y oblicua puede producir efectos de esfínter al contraerse.(44)

Con facilidad existe una separación submucosa del estroma del tejido conjuntivo fibroso, a nivel del orificio cervical interno.(45)

En la incompetencia ístmico cervical las fibras musculares del ístmo uterino tienen como función primordial sostener el peso del producto y sus anexos ovulares. Cuando estas fibras musculares sufren alguna lesión se tornan incompetentes para sostener ese peso, entonces la presión hidráulica de las membranas dilata paulatinamente al cérvix incompetente hasta que ocurre el parto; el cérvix al dilatarse prematuramente favorece la ruptura de membranas.(46)

En las mujeres adultas se ha comprobado radiológicamente que 15.7%

(44) GRENHILL, op. cit. p.105

(45) BENSON, R.C. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos, p.215

(46) MONDRAGON, op. cit. p.344

de la frecuencia de incompetencias cervicales, el orificio cervical interno puede formarse en el transcurso de la evolución extrauterina, al mismo tiempo que involucre el conducto cervical. Existe un paralelismo evidente entre la morfología de la cavidad uterina y la formación extrauterina del orificio cervical interno. La incompetencia funcional es atribuida a un hipotético defecto neuromuscular y que en realidad es debida a un defecto del desarrollo uterino.(47)

MANIFESTACIONES CLINICAS:

Inespecíficas

Aborto espontáneo habitual: Según diversos criterios se ha definido al aborto habitual, al que establece un límite de tres o más abortos espontáneos consecutivos. Es importante diferenciar los abortos espontáneos secundarios a alteraciones del cigoto, de los debidos a factores maternos, mucho menos frecuentes. En los abortos precoces, es muy probable que la causa resida en anomalías citogenéticas no recidivantes del huevo. En los tardíos es más probable que el desarrollo fetal sea normal y la responsable sea una anomalía materna, como lo es en el caso de la incompetencia ístmico cervical.(48)

La mayoría de los abortos repetidos ocurren en el 2° trimestre cuando se deben a causa de la incompetencia del cérvix; salvo en el caso de incompetencia ístmico cervical, la tasa aparente de curación después de 3 abortos espontáneos es del 70 al 85% (49), independientemente

(47) BONILLA, op. cit. p.318

(48) PRITCHARD, op. cit. p.460

(49) DANFORTH, Tratado...op.cit. p.384

del tratamiento utilizado, a no ser que éste sea abortivo.

Parto prematuro: En la mayoría de los casos se desconocen las causas o causa precisas del parto pretérmino, pero sin duda alguna, un pequeño porcentaje de partos pretérmino son debidos a incompetencia istmico cervical.(50) Lejos aún de término, tal fenómeno puede pasar inadvertido y dilatarse el cérvix de forma apreciable, y no como resultado de actividad uterina aumentada o presente, sino debido más bien a la debilidad intrínseca del cuello del útero.(51)

Esta incapacidad cervical congénita o adquirida por lesión del cuello uterino puede ser la causa tanto de parto prematuro como de aborto espontáneo durante el segundo trimestre.(52)

Ruptura prematura de membranas: La incompetencia o incapacidad cervical, congénita o adquirida por lesión del cuello uterino, puede ser causa de parto prematuro y aborto espontáneo durante el segundo trimestre. El cuello dilatado expone las membranas fetales directamente a la microflora vaginal y a las secreciones vaginales, predisponiendo a la corioamnioitis y a la ruptura prematura de membranas. La rotura de membranas en pacientes con cuello incompetente muchas veces es consecuencia inadvertida de intentar resolver el trastorno mediante un cerclaje cervical. La probabilidad de que exista ruptura prematura de membranas

(50) SHORTLE, B. Fertil Steril, Vol.2, 1989, p.181

(51) PRITCHARD, op. cit. p.729

(52) LIDSAY, S. A. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas, Vol.4, 1986, p.965

guarda relación directa con el grado de borramiento y dilatación del cuello, por la prominencia de las membranas a través del orificio interno, a su vez que las contracciones uterinas pueden ser causa de la ruptura en una membrana ya debilitada.(52)

En la mayor parte de los embarazos, el parto empieza a término en presencia de membranas fetales intactas y el hecho clínico de que ocurra la ruptura prematura de membranas en ausencia de parto, es un enigma que sólo se explica parcialmente.(53)

Contracciones uterinas: La actividad uterina precede al parto y es responsable de los cambios preparatorios cervicales para el mismo. Las contracciones aumentan en frecuencia y coordinación a medida que el parto se acerca, pero en la incompetencia cervical puede ser sólo una manifestación de un espectro de asincronismo entre el cuello y el cuerpo uterinos.(54) En el embarazo y parto normales, los cambios bioquímicos y biofísicos que experimenta el cuello al final del embarazo permiten que éste dilate y borre sincrónicamente con las contracciones de trabajo de parto. En un extremo del asincronismo, el cuerpo uterino se contrae sin que ocurran dilatación ni borramiento del cérvix; y en el otro extremo, la dilatación y borramiento progresivos ocurren prematuramente en ausencia de contracciones perceptibles (incompetencia cervical).(5)

En la nulípara, el canal endocervical y la estructura total del cuello permanece inalterada hasta que se establecen las contracciones claramente en el período del parto, y en este momento es cuando comien-

(53) LIDSAY, op. cit. p.955

(54) DANFORTH, Clinicas...op. cit. p.11

zan a su vez los cambios significativos del cérvix, sin embargo deben ser necesarios más cambios para que la dilatación no sea forzada y ocasione una lesión o desgarro.(54)

Las contracciones uterinas preceden casi invariablemente a la dilatación cervical y al proceso de borramiento. Existen mujeres que presentan una fase latente de trabajo de parto con un mínimo de dolor, debido a las contracciones uterinas. Es indudable considerar que el cérvix tiene una función meramente pasiva durante el trabajo de parto, acortándose y dilatándose bajo la influencia de las contracciones uterinas, pero se necesitan más investigaciones para correlacionar las características en relación a la anatomía del cuello en pacientes con incompetencia cervical.(33)

Existen casos de insuficiencia cervical en los cuáles la evacuación del útero no es totalmente indolora y por lo tanto, la presencia de contracciones uterinas no descartan el diagnóstico.(6)

CAUSAS DE TRABAJO DE PARTO PREMATURO

(en orden de importancia)

1. Embarazo múltiple
2. Hemorragia anteparto
3. Retraso del crecimiento intrauterino
4. Incompetencia ístmico cervical
5. Corioamniocitis
6. Anomalías congénitas del útero
7. Diabetes
8. Polihidramnios
9. Pielonefritis

10. Otras infecciones

Respecto a la prematuridad, existen factores de riesgo y elementos determinantes:

1. Ruptura prematura de membranas
2. Embarazo múltiple
3. Polihidramnios
4. Incompetencia ístmico cervical
5. Tumores uterinos
6. Malformaciones congénitas uterinas

Se ha sugerido que la incompetencia ístmico cervical y sus secuelas son responsables de más del 25% de todos los nacimientos pretérmino.(55) Mientras tanto el aborto de repetición, es uno de los problemas más complejos que debe resolver el Gineco-obstetra por la multiplicidad de causas que lo originan y que entre ellas se menciona a la incompetencia ístmico cervical como responsable de la expulsión del producto de la concepción en el segundo trimestre de la gestación.(8)

Específicas

La dilatación cervical es característica de este cuadro y raramente se hace aparente antes de la semana 16 de gestación, ya que con anterioridad el feto no es lo suficientemente grande como para borrar y dilatar el cérvix, a no ser que existan contracciones uterinas.(56)

(55) STIRRAT, G. Manual clínico de ginecología y obstetricia, p.155

(56) MEDICOS EX-RESIDENTES Y RESIDENTES, Resúmenes bibliográficos, p.42

Esta dilatación pasiva del cérvix y sin dolor, generalmente culmina en el prolapso de membranas íntegras.(57) Suele ser asintomática y es observada por lo común en el segundo trimestre.(58) El borramiento y dilatación del cérvix durante la gestación permite que haya protusión de las membranas y ello es dato evidentemente significativo, más no siempre tiene lugar en tales circunstancias la interrupción prematura del embarazo.(59)

Cuando el cérvix débil fracasa en su objetivo de retener el producto de la gestación que está en continuo proceso de desarrollo, procede a dar lugar a la expulsión del mismo, de manera relativamente indolora y sin hemorragia. Este cuadro típico de la Incompetencia ístmico cervical, puede ser precedido en algunas ocasiones de flujo acuoso, así como de pequeñas molestias abdominales y sensación de vagina ocupada, seguido consiguientemente de ruptura de membranas y eliminación del feto no macerado y sin anormalidades.(60)

COMPLICACIONES:

La incompetencia del mecanismo del cérvix, es ahora una causa muy bien establecida del aborto habitual y del parto prematuro.(60)

El cuello dilatado expone a las membranas fetales directamente a la microflora vaginal y a las secreciones vaginales, predisponiendo

(57) SCHEERER, L. J. Journal Obstetrics Gynecology, Vol. 3, 1989, p.408

(58) MATTINGLY, op. cit. p.452

(59) BONILLA, op. cit. p.319

(60) MEDICOS EX-RESIDENTE Y RESIDENTES, op. cit. p.62

a corioamnioititis y ruptura prematura de membranas.(52)

La infertilidad primaria también se ubica como una complicación de la incompetencia fístulo cervical, ya que el producto nunca alcanza la viabilidad una vez que es concebido.(53)

Las complicaciones del tratamiento de la incompetencia ístmico cervical (el cerciaje cervical), abarcan desde simples molestias hasta casos fatales, entre los que comprenden: (61)

1. Prolapso parcial de membranas
2. Contracciones uterinas
3. Hemorragia transvaginal
4. Ruptura prematura de membranas
5. Corioamnioititis
6. Desprendimiento placentario
7. Absceso placentario
8. Ruptura uterina: Sepsis por E. coli
9. Desplazamiento de la sutura
10. Laceración cervical tras el trabajo de parto
11. Fístulas vesicovaginales y uretrovaginales
12. Distocia cervical
13. Fiebre materna (leucocitosis)
14. Taquicardia materna y/o fetal
15. Muerte materna
16. Muerte fetal

(61) MARTINEZ, op. cit. p.15

Aunque no se conoce la incidencia de la mayoría de cada una de las complicaciones arriba mencionadas, existe una publicación de Charles y Edward de 1981, que documenta índices de corioamnioititis comprendidos entre el 15 y 39% de las pacientes, según la edad gestacional en el momento de la operación.(62)

Goodlin en su estudio realizado a pacientes con ruptura de membranas anterior a los 25 semanas de gestación, menciona que los productos viables presentaron retardo en el crecimiento y desarrollo.(63)

Pocas complicaciones tardías al procedimiento de cerclaje cervical han sido reportadas y la úlcera del trígono ha sido manifestada, y consiste en una erosión en dicha zona originada por el nudo de la cinta mersilene.(64)

4.6 NIVELES DE PREVENCIÓN

PROMOCIÓN A LA SALUD:

1. Orientación nutricional e higiene de los alimentos
2. Orientación sobre higiene de la vivienda
3. Información sobre higiene ambiental
4. Realización de visitas médicas periódicas para la realización de exámenes
5. Evitar la automedicación

(62) MATTINGLY, op. cit. p.454

(63) GOODLIN, R.C. Surgical Gynecology Obstetrics, Vol.5, 1987, p.410

(64) HORTENSTINE, J.S. Journal Urology, Vol.1, 1987, p.109

6. Acudir al médico para atención prenatal
7. Realizar programas de control de crecimiento y desarrollo fetal
8. Proporcionar educación sexual
9. Orientación sobre planificación familiar
10. Orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos

PROTECCION ESPECIFICA:

1. Control médico pre, trans y post natal
2. Evitar legrados uterinos intencionados (clandestinos), o mal realizados cuando éstos son necesarios
3. Evitar el uso del dietilestilbestrol durante el embarazo
4. Proporcionar atención adecuada al parto (tanto eutócico como distócico)
5. Consultar al médico, antes del embarazo, para determinar lo recomendable en el momento óptimo y conocer por tanto los prospectos de la cirugía durante el embarazo, principalmente en aquellas mujeres con antecedentes de importancia.
6. Proporcionar orientación genética, en aquellas pacientes con antecedentes de aborto espontáneo habitual, por la gran multiplicidad de factores causales
7. Proporcionar orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, a la población en general, específicamente en aquellas mujeres en edad reproductiva.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

El personal de enfermería que es quien se encuentra en constante contacto con la población, puede y debe actuar primordialmente a nivel preventivo, es decir deberá orientar y proporcionar información así como realizar actividades necesarias y de provecho a dicha población. En este caso específicamente se orientará e informará a la mujer embarazada

y a la pareja en la importancia que tiene acudir a control prenatal, detectar de manera oportuna manifestaciones clínicas anormales durante el embarazo, anteriores y posteriores a él, por medio de las visitas realizadas al médico para poder brindar el tratamiento oportuno tanto médico como quirúrgico. Se podrán realizar también preguntas enfocadas sobre la detección de algún tipo de alteración presente en ellas y se informará cuál debe ser la actitud que deben tomar ante lo manifestado. Todo lo anteriormente mencionado se realizará con material y método que elija el exponente, tomando en cuenta a la población a la que se dirige, de manera que sea accesible tanto en el vocabulario empleado como en el mensaje que se desea enviar.

DIAGNOSTICO TEMPRANO:

Cualquiera que sea la causa de la incompetencia ístmico cervical, el diagnóstico es muy difícil de establecer. No hay un método certero de diagnóstico que pruebe la presencia de una incompetencia cervical y más bien parece realizarse por exclusión.(41)

Se ha recurrido a diversos métodos diagnósticos tanto durante la gestación como fuera de la misma, suponiendo que la mayoría de los casos de insuficiencia cervical se manifiestan durante el embarazo, pero igualmente pueden ser manifestados en las no gestantes.(59)

EN GESTANTES:

La anamnesis, en donde se obtienen los datos más sugestivos de los antecedentes obstétricos, como son los traumatismos obstétricos y quirúrgicos (40), la continuidad de abortos en el segundo trimestre con una serie de fenómenos típicos como es la ruptura de membranas o protusión de éstas en vagina y vulva, lo cuál va seguido de un aborto precipitado y relativamente indoloro.(43)

Deberá sospecharse de la existencia de incompetencia ístmico cervical en pacientes que tengan alguno de los antecedentes obstétricos siguientes:

- 1) Que ocurra parto prematuro, inmaduro o aborto sin causa aparente.
- 2) Que ocurra ruptura prematura de membranas
- 3) Que exista período de trabajo de parto muy breve
- 4) Que se presente el período expulsivo muy fácil
- 5) Que haya contracciones poco o nada dolorosas.(65)

Cuando se sospecha el diagnóstico, se procede a una valoración inicial y deben practicarse exámenes vaginales semanalmente para identificar borramiento cervical prematuro y dilatación o distensión del segmento uterino inferior, el cuál puede demostrarse sonográficamente. Anatómicamente se hace una aproximación de que la mitad del cérvix no es accesible por tacto vaginal y sin embargo en el ultrasonido se pueden demostrar los cambios a nivel del orificio interno.(35) Los resultados del ultrasonido deben correlacionarse con los hallazgos clínicos, ya que el desarrollo de la incompetencia ístmico cervical es un proceso dinámico y dichos cambios son a nivel del orificio cervical interno y son accesibles al examen rutinario.(40)

Oximasi en su estudio valora por medio del ultrasonido a veintiocho pacientes, y en él hace mención sobre el diámetro del orificio cervical interno, el cuál es medido antes y después del embarazo, tomando en cuenta los antecedentes obstétricos de la historia clínica de las pacientes y en el concluye que el riesgo fue disminuido, ya que se detectó oportuna-

(65) MONDRAGON, op. cit. p.343

mente la existencia de modificaciones cervicales, con lo que se eliminó procedimientos quirúrgicos innecesarios.(66) Es por ello que el ultrasonido realizado en un cérvix incompetente pone de manifiesto la existencia de cambios físicos en él, debido a que los síntomas pueden ser inespecíficos.(67)

La dilatación cervical de 1 o 2 cm. en el segundo trimestre, es a menudo interpretada con el diagnóstico de incompetencia ístmico cervical, aunque muchas mujeres en el segundo trimestre no dan a luz niños pretérmino pues un cérvix distendido no es un signo de parto inminente.(41)

Se ha procedido también a indicar y aconsejar a la paciente grávida que comunique de inmediato la aparición de síntomas vaginales o de la porción inferior del abdomen, así como del incremento en la humedad o exudado vaginal.(35)

En los cincuenta, el diagnóstico parecía relativamente fácil y simple, pero después de más de treinta y cinco años se concluye que en la existencia de la incompetencia ístmico cervical el problema fundamental es el diagnóstico, aunque en la actualidad se hacen diagnósticos certeros, persiste una evasión, un reto y un problema sin resolver.(68)

FUERA DE LA GESTACION:

Existen varios métodos diagnósticos para la mujer no grávida, cuya historia tan solo es sospechosa, pero que carece de valor diagnóstico en cuanto a la incompetencia cervical.(35)

(66) OSINUSI, B.O. Journal Medical, Vol.2, 1987, p.109

(67) ACKER, D.B. Journal Reproduce Medical, Vol.12, 1988, p.966

(68) SHORTLE, op. cit. p.188

La exploración de la paciente no grávida permite reconocer con relativa facilidad los desgarros cervicales que frecuentemente llegan hasta la cúpula vaginal, así como las anomalías congénitas, pero no sucede igual con las alteraciones anatómicas o funcionales del orificio cervical interno, para lo cuál es necesario efectuar una prueba con dilatadores de Hegar del número ocho, sin tratar de hacerlo previamente con dilatadores más delgados, y si el paso se logra con facilidad y con dolor mínimo o nulo, se considera que la paciente puede tener incompetencia ístmico cervical.(40) La exploración debe realizarse durante la fase secretora, cuando el istmo debe estar estrechado.(69)

La histerosalpingografía puede demostrar un defecto anatómico y se considera a éste procedimiento relativamente barato y que aporta información sobre el canal endocervical, la cavidad uterina, la región del orificio cervical interno y el recorrido completo de las trompas de falopio.(70) La anchura del canal cervical es determinante, ya que si es ancho en una mujer no embarazada se correlacionará con incompetencia ístmico cervical de la embarazada; hay evidencias de la anchura del canal cervical cambia desde la fase proliferativa hasta la secretora y la histerosalpingografía debe efectuarse al final de un ciclo.(71)

La histeroscopia es un procedimiento reciente que aporta información sobre el canal endocervical, el orificio cervical interno, la cavidad

(69) BONILLA, op.cit. p.320

(70) GRENHILL, op.cit. p.367

(71) HARGER, Op. cit. p.328

uterina y las trompas de falopio.(72) La exploración de la cavidad uterina comienza a nivel del orificio cervical externo y a medida que avanza el histeroscopio rotando el instrumento, pueden ser vistas la cavidad uterina y ambas uniones útero-ováricas y una vez que se completa el examen, se retira el histeroscopio y se explora el canal endocervical.(73)

Otros autores como Bergman han sugerido que tracción de un catéter de foley con su bolsa de un mililitro inflada dentro del útero, ya que creen que una fuerza de 600 gramos más o menos puede empujar al balón a través del canal cervical y por lo tanto diagnosticar la presencia de incompetencia cervical. Otros han intentado medir la "elasticidad" del cérvix aumentando el llenado del balón con agua y medir la resistencia a la dilatación en mmHg por centímetros cúbicos de agua.(74)

De todos estos métodos diagnósticos, el de mayor uso es el del dilatador de Hegar, con el cuál se dice que indudablemente facilita el diagnóstico de la incompetencia cervical.(69)

ACCIONES DE ENFERMERIA :

Consisten en lo siguiente: Colaboración con el médico, en la preparación de material o equipo que se vaya a utilizar. Preparación de la paciente tanto física como psicológicamente; esto es que, desde que la paciente acude a sus estudios se le debe proporcionar confianza para aminorar la angustia que manifiesta ante lo desconocido, lo cuál es

(72) MARCH, C. Clinicas obstétricas y ginecológicas, Vol.2, 1984, p.355

(73) VALLE, R. Clinicas obstétricas y ginecológicas, Vol.2, 1983, p.306

(74) ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op.cit. p.329

normal en cada uno de nosotros ante cualquier situación en la cuál no se ha tenido vivencia de ella. Por medio del diálogo se puede proporcionar la información necesaria para mayor conocimiento de la paciente sobre lo que se le va a realizar; ello no sólo va a disminuir el temor o tensión emocional que sienta en ese momento, sino por el contrario se le informará de que manera ella puede colaborar, para que todo resulte con mayor facilidad y menos agresión hacia su organismo. El conocimiento de la enfermera debiera estar fundamentado, ya que será capaz de responder a las preguntas que surjan de las pacientes.

TRATAMIENTO OPORTUNO:

Por la multiplicidad de conceptos etiopatogénicos, es que se han ideado diferentes procedimientos tanto médicos como quirúrgicos, pero sin embargo existe acentuada predilección para el tratamiento quirúrgico.(75) Por no existir conocimiento completo de la fisiopatología de el trastorno, se han propuesto varios manejos para la corrección del problema; básicamente se han recomendado desde hace más de tres décadas, los siguientes: reposo en cama, el pesario, el uso de progesterona, el electrocauterio y la cirugía, entre los que destacan los métodos de Shirodkar, Mc Donald, Espinoza Flores, Lash, Szendi y Benson.(21)

El tratamiento de la incompetencia cervical, puede ser llevada a cabo dentro y fuera del embarazo. Ninguna de las técnicas anteriormente mencionadas es capaz de resolver por sí sola todos los casos de incompetencia ístmico cervical, por la diversidad de factores que influyen en

ella; éstos se describen a continuación:

Reposo: Es de gran utilidad en los casos documentados de incompetencia congénita o funcional y a su vez es complementario del manejo quirúrgico, ya que con ello se cree que disminuye la presión y es auxiliar útil, pero no es práctico ni suficiente como tratamiento exclusivo.(35) Dentro de lo que es el reposo, se recomienda a la paciente la restricción del coito; algunos autores consideran al reposo inocuo, pero no poseen los suficientes datos para afirmarlo.(76) Lidsay menciona que existen contracciones asociadas por el orgasmo durante el acto sexual, originando junto con la acción de las prostaglandinas seminales un parto prematuro.(52)

Pesario vaginal: El uso del pesario vaginal es reciente (77), y es una técnica descrita por Vitsky en el año de 1961 y el más utilizado es el de Smith-Hodge, refiriendo un índice de supervivencia fetal elevada (90.6%). La eficacia del pesario se cree deriva del desplazamiento del cuello uterino en dirección posterior, la cuál brinda refuerzo vaginal al cuello uterino, mejorando la presión directa sobre el orificio cervical interno, con elevación de la cabeza del feto por la acción del cabestrillo del pesario.(76)

Progesterona: Se ha demostrado que las concentraciones elevadas de progesterona indujeron disminución de los diámetros cervical e ístmico y que dicha hormona suprime la contractilidad del miometrio, pues quienes

(76) MATTINGLY, op. cit. p.453

(77) BENSON, op. cit. p.248

abortan en el segundo trimestre, por lo regular presentan producción adecuada de progesterona, pero pueden beneficiarse con el suplemento de dosis grandes de progestágenos, para disminuir la irritabilidad uterina.(78) Se ha utilizado 17- α hidroxiprogesterona (Delalutin) a dosis iniciales, y de 500 a 2000 mg. a la semana, al parecer sin efectos teratógenos.(35) En 1966 dicha terapéutica no fue difundida, ya que se creyó que la progesterona tenía efecto aleatorio durante y fuera de la gestación.(79)

Electrocauterio: La electrocauterización del cuello uterino se ha utilizado antes de la concepción en mujeres con historia clínica clásica de insuficiencia cervical y dilatación prematura en embarazos previos. Produce estenosis cervical, provocando distocia de partes blandas en el parto y se limita a pacientes no grávidas (80) por ello el tratamiento es poco recomendable.

Cirugía: Es la forma de tratamiento principal para la incompetencia istmico cervical.(58) El objetivo consiste en aumentar la resistencia del cuello uterino al proceso de dilatación y borramiento por reparación primaria de un defecto anatómico demostrable (método de Lash) o del refuerzo del mismo con una sutura circunferencial (cerclaje).(76)

En los casos de anomalía anatómica, ya sea congénita o adquirida (traumática) es indispensable repararla; los procedimientos plásticos

(78) NOVAK, op. cit. p.624

(79) BONILLA, op. cit. p.322

(80) COUSINS, op. cit. p.477

tanto en uno como en otro varían, pues la traqueoplastia puede ser la resección de un tabique, la reconstrucción de un desgarro cervical o la extirpación en huso, en cuña o en paralelogramo, teniendo como única preocupación reconstruir en forma apropiada el orificio cervical interno.(62) Aunque éstas técnicas se han empleado en la mujer embarazada, no es aconsejable pues es un riesgo excesivo e innecesario que debe hacerse en ausencia de embarazo.(81)

El momento en que éstas técnicas de jareta pericervical deben emplearse, depende de la precisión del diagnóstico, si éste ha sido correctamente establecido y la operación debe hacerse antes de que ocurra borramiento y dilatación, siendo más conveniente la cirugía después de la semana doce de gestación y antes de la semana dieciseis de gestación.(82) Se considera que a medida que avanza el embarazo, se multiplican las dificultades técnicas, se propician las lesiones inadvertidas de las membranas y los procesos infecciosos amnióticos, además de la dilatación cervical excesiva y la precidencia del saco amniótico, que influyen negativamente en las posibilidades de éxito quirúrgico. Sin embargo en aquellas pacientes en las que el diagnóstico es dudoso, es preferible esperar a que se inicien los cambios cervicales para poder colocar el cerclaje.

Siempre que sea posible debe contarse con un estudio ultrasonográfico, para corroborar la vitalidad fetal, ausencia de malformaciones, líquido

(81) COUSINS, op. cit. p.478

(82) ZARATE, op. cit. p.123

amniótico anormal y ausencia de embarazo molar, si el procedimiento va a practicarse durante el embarazo, como se prefiere generalmente.

La reparación antes de la gestación es más adecuada para desgarros específicos graves del cérvix y quizá sea el método óptimo cuando ha fracasado la operación de cerclaje.(83) Las técnicas quirúrgicas mencionadas más frecuentemente y que se ejecutan cuando la paciente no está embarazada son: Lash y Palmer.(75)

Podemos hoy asegurar que el tratamiento de la incompetencia cervical fuera de la gestación está prácticamente abandonado, por lo difícil que resulta realizar el diagnóstico.(79)

Tan importante como la selección del método terapéutico, es el diagnóstico correcto, puesto que de éste último depende el primero. A las pacientes en las que se ha identificado con precisión una anomalía anatómica como causa de incompetencia ístmico cervical, deberá corregirse y la técnica quirúrgica dependerá del tipo de la o las lesiones; y en los casos en los que se observan desgarros cervicales amplios, que llegan hasta el orificio cervical interno, debe realizarse una traqueloplastía adecuada como único tratamiento.(84)

Método de Lash: Las pacientes con incompetencia ístmico cervical secundaria a un defecto ístmico o cervical de origen traumático, pueden ser tratadas con reparación reconstructiva del área en ausencia del embarazo. Esta reparación se efectúa por incisión anterior del epitelio

(83) BRANCH, D.W. Clinical Obstetrics Gynecology, Vol.2, 1966, p.240

(84) ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op.cit. p.332

vaginal, reparación de la vejiga de un defecto subyacente y la aplicación de dicho defecto parecido a un aneurisma, con puntos separados con catgut crómico 2-0, o bien extirpandose tejido y reparación primaria subsiguiente con varias capas de sutura de catgut crómico.

El tipo de reparación es dictado por la extensión del defecto y puede hacerse también posterior o lateral. Este método es aplicable a mujeres no grávidas con defectos anatómicos y además se desconoce el efecto de éste método sobre la fertilidad, pues se ha encontrado un índice de infertilidad inquietante en grupos de mujeres que ya habían demostrado en un tiempo que eran fértiles.(81)

El cerclaje cervical es a menudo el primer paso que se toma en mujeres con una o dos pérdidas del embarazo en el segundo trimestre y a veces incluso en mujeres que presentaron una dilatación cervical precoz en el tercer trimestre. Se considera al cerclaje cervical una operación de bajo riesgo, operación que se usa no sólo como diagnóstico sino también como medida terapéutica.(85) El cerclaje postconcepcional es lo más adecuado, ya que en este se debe realizar primeramente la evaluación fetal por medio de ultrasonido.(86)

El uso indiscriminado del cerclaje en situaciones de moderado riesgo, consiste en tomar decisiones anticipadas o como medida profiláctica para las pacientes con antecedentes gineco-obstétricos importantes y por lo tanto hacer que no aparezcan resultados imprevistos, como sería decidir sobre la prematuridad o sobrevivencia. Debido a los avances en

(85) HARGER, op. cit. p.333

(86) BRANCH, op. cit. p.242

los cuidados de neonatología en la última década, la sobrevivencia fetal ha mejorado enormemente. Se espera que en un futuro haya más objetivos y criterios exactos en el diagnóstico de la incompetencia istmo cervical y de ello resulte el tratamiento que será la medida no para la supervivencia fetal, pero sí para la prolongación del embarazo y un peso mayor del producto.(87)

Los cerclajes más conocidos mundialmente son aquellos realizados con los procedimientos de Shirodkar y Mc Donald, que permiten pequeñas diferencias.(86)

Procedimiento de Shirodkar: Ha gozado de aceptación mundial, aunque es técnicamente difícil y puede aplicarse dentro y fuera del embarazo.(81) El método consiste en la colocación de una banda refuerzo a nivel del orificio cervical interno. Fué la primer técnica quirúrgica ideada, la cuál se realiza de las 12 a 16 semanas de gestación.(88) En ésta técnica se practica una incisión transversal de 2 cm. delante de la unión cervicovaginal, se avanza luego la mucosa a nivel del orificio cervical interno, ejecutando entonces otra incisión vertical en la unión cervicovaginal posterior. Se introduce una banda de mersilene de 5 mm. y grandes agujas atraumáticas enterrando en la mucosa y anudando la ligadura en la parte posterior, para evitar erosión de la vejiga. La cinta queda fijada en los ligamentos cardinales y en el músculo cervical en los orificios anterior y posterior. La franja que se ha enterrado

(87) SHORTLE, op. cit. p.186

(88) MONDRAGON, op. cit. p.597

con buen éxito, se aprieta en grado máximo para reducir el diámetro del conducto.(76) Este procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia general, raquídea o epidural; con la paciente en posición de litotomía y en ligero trendelenburg.(89)

Tei en su documento describe la técnica de operación en el procedimiento de Shirodkar con modificación de Motoi Saito e investiga los resultados de 34 casos tratados durante los últimos diez años, en el cuál se menciona que el índice de éxito fue del 76.5% cuando la liberación de cerclaje completó las 37 semanas de gestación y de 17.6% en el resto, lo cual significa un total de 94.1% de la sobrevivencia fetal. Este procedimiento proporciona una fácil identificación de la ligadura y facilita su completa eliminación antes o durante el trabajo de parto.(90)

Procedimiento de Mc Donald: Mc Donald efectuó este tipo de procedimiento en un hospital de North Middlesex en Londres en 1951 y considera que el momento ideal para hacer la sutura es hacia las 14 semanas de gestación. Parece prometer mejores resultados y es caracterizada por su sencillez y rápida ejecución. Tiene las ventajas de que la colocación y extracción son algo más sencillas antes del parto y permite el nacimiento por vía vaginal.(91) En la práctica se usa mersilene del número 4 para coser la mucosa y el tejido cervical en los cuatro cuadrantes, rodeando el cuello uterino lo más alto posible.(92) Puede hacerse con anestesia

(90) TEI, A. Tokyo Medical University, Vol.4, 1987, p.71

(91) STIRRAT, op. cit. p.157

(92) ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, op. cit. p.337

local y en algunos casos sin ella, requiriendo en éstas unicamente sedación con barbitúricos. Una desventaja notable es la secreción vaginal que produce el material de sutura.

Procedimiento de Espinoza Flores: Espinoza Flores en México simplificó el procedimiento al aplicar un cerclaje con mersilene y fijarlo unicamente en el espesor de los ligamentos cardinales y no en el interior del istmo, como en la técnica de Shirodkar. Además de ser fácil de aplicar tiene la ventaja de que puede realizarse aún en embarazos del segundo trimestre. Actualmente constituye la técnica de elección cuando el embarazo es mayor de 14 semanas de gestación. La técnica consiste en colocar a la paciente en posición ginecológica, se realiza asepsia y antisepsia de la región, se efectúa sondeo vesical, visualizar ampliamente el cérvix mediante la aplicación de dos valvas tipo Eastman, tomar el cérvix con una pinza de forester colocada en el labio anterior y otra en la posterior, efectuar tracción suave del cérvix hacia el eje de la vagina, se identifican los ligamentos cardinales en ambos lados del istmo cervical, se deben rechazar con suavidad las membranas en caso de que ocupen parte del canal cervical o hagan protusión para el exterior, aplicar por transfixión la cinta de mersilene con aguja atraumática a través del ligamento cardinal y efectuar transfixión de la cinta utilizando la segunda aguja para fijar el ligamento opuesto y se anuda la cinta fuertemente.(93)

Procedimiento de Benson o transabdominal: Fué propuesto por Benson y Durfee en 1965. Este procedimiento se llevó a cabo en la Universidad

(93) MONDRAGON, op. cit. p.599

de California en San Francisco basado en las fallas de cerclajes transvaginales y los productos se obtuvieron por medio de operación cesárea; éste cerclaje incrementa la proporción de salvación de los productos de las mujeres que fueron seleccionadas.(94) Se cree que dicho procedimiento es exitoso, ya que sus indicaciones son precisas.(95) Se aplica la ligadura por vía transabdominal, por encima de los ligamentos cardinales y uterosacros en pacientes con cuello uterino congénitamente o amputados, con cicatriz muy manifiesta después de un cerclaje transvaginal no satisfactorio, defectos cervicales profundos, desgarros de fondo de saco y cervicitis subaguda.(71) Este procedimiento tiene varias desventajas importantes porque se requieren dos operaciones abdominales (la colocación de la sutura y la cesárea), además de que se opera en un área muy vascularizada adyacente a los ureteres y el índice de complicaciones es más alto que en el cerclaje vaginal. En consecuencia este abordaje sólo se debe de hacer cuando el cerclaje vaginal fracasa o no es factible.(59)

En ésta operación después de haber entrado a la cavidad peritoneal, se despega y desplaza hacia abajo la vejiga hacia el llamado espacio libre a nivel del orificio cervical interno, para lo cuál se puncionará en un espacio avascular el ligamento ancho a uno y otro lado, a fin de colocar la cinta que hará la constricción y el cierre precisamente en la unión del cuerpo con el cuello uterino. La vejiga se lleva a su nivel normal y el parto se llevará a cabo a las 38 semanas de gestación

(94) HERRON, M.A. Journal Obstetrics Gynecology, Vol.1, 1968, p.865

(95) MARX, P.D. Surgical Gynecology Obstetric, Vol.7, 1989, p.518

por medio de operación cenárea electiva, segmentaria de preferencia.(96)

Procedimiento de Szendi: Poco difundido y consiste en ocluir el conducto cervical con puntos de sutura que interesan al labio anterior y posterior cervicales. Su intención es cerrar el orificio cervical externo completamente. Llama mucho la atención su estadística, ya que se refiere a 82 casos tratados en cuatro años, conociendo las condiciones de incompetencia ístmico cervical manifestada y en este procedimiento se trata de suturar el cérvix con puntos aislados, para permitir completar el término del embarazo sin peligro para la madre y el feto.(97)

Tanto la técnica de Mc Donald como la de Shirodkar están alcanzando tasas de éxito que se aproximan al 80%. En el caso de que la operación falle y aparezcan signos de aborto inminente, es urgente liberar la sutura de una vez, puesto que de no hacerlo rápidamente pueden producirse secuelas graves.(89)

La difícil cuestión que queda es como colocar razonablemente un cerclaje en etapas tardías del embarazo debido a que la supervivencia de los fetos de 26 a 28 semanas alcanza un 50% en la mayoría de las unidades de cuidados intensivos neonatales, y generalmente el cerclaje suele estar contraindicado después de las 26 semanas de gestación.

Los principales efectos adversos para productos menores de 25 semanas de gestación son el retardo en crecimiento y desarrollo fetal.(98)

Las contraindicaciones que existen para poder llevar a cabo un

(96) MARISCAL, E. Maniobras y operaciones obstétricas, p.95

(97) MARISCAL, op. cit. p.96

cerclaje cervical, son las siguientes (99):

- 1) Ruptura de membranas
- 2) Sangrado uterino
- 3) Contracciones uterinas
- 4) Corioamnioititis
- 5) Dilatación cervical mayor de cuatro centímetros
- 6) Polihidramnios
- 7) Anomalia fetal conocida
- 8) Desprendimiento placentario
- 9) Infecciones intrauterinas
- 10) Aplicación antes de las 12 semanas de gestación y después de las 32 semanas de gestación.
- 11) Hidramnios

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Las actividades que desempeña el personal de enfermería son de importancia, ya que así como en el diagnóstico, se deberá preparar tanto física como psicológicamente a la paciente.

Debido a que el tratamiento es meramente quirúrgico, se considera que la cirugía es generalmente programada, lo cuál permite que la enfermera tenga el primer contacto con la paciente y por tanto se resolverán todas aquellas dudas y se informará sobre las actividades que se realizarán,

(98) GOODLIN, R.C. Surgical Gynecology Obstetric, Vol. 5, 1987, p.410

(99) MEDICOS EX-RESIDENTES Y RESIDENTES, op. cit. p.55

lo cuál facilitará el trabajo. Durante la preparación física de la paciente en el período preoperatorio, se podrá proporcionar apoyo psicológico aconsejándole que es necesario que disminuya su temor hacia la operación, aunque es común que se presente antes de entrar al quirófano. En lo que corresponde al período transoperatorio se desempeñarán cada una de las actividades específicas que corresponden dentro de un quirófano, tanto a la enfermera circulante como a la instrumentista, además de que se colaborará también con el médico anesthesiólogo y se proporcionará la información a la paciente para disminuir su tensión emocional. Respecto al período postoperatorio tanto inmediato como mediato la vigilancia de la paciente por parte del personal de enfermería es importante ya que deberá de detectar a tiempo signos de alarma de alguna complicación secundaria a la cirugía, además de estar alerta de las constantes materno-fetales y de que se encuentren dentro de los límites normales. Proporcionará orientación e información a los familiares una vez que la paciente se encuentre en el servicio de hospitalización para llevar a cabo el manejo apropiado de la paciente durante su estancia dentro del hospital y en su hogar. El apoyo psicológico que se brinde a la paciente por medio de pláticas con ella y sus familiares, será benéfico, pues ello ayuda al pronto restablecimiento tanto emocional como físico.

LIMITACION AL DAÑO:

Se llevará a cabo de la siguiente manera:

- 1) Realizando todas aquellas actividades ya anteriormente mencionadas tanto en la promoción a la salud como en la protección específica. Actividades importantes en su desempeño dentro de lo que corresponde al primer nivel de prevención, sin olvidar que también son necesarias en el segundo y tercer nivel.

2) Mencionar la importancia de la vigilancia obstétrica en cada uno de los embarazos, tanto prenatal, durante el embarazo y postnatal.

3) Realizar exámenes periódicos tanto de laboratorio como de gabinete cuando sean necesarios para detectar de manera oportuna durante el embarazo alguna patología presente en la paciente.

4) Proporcionar el tratamiento óptimo para cada paciente, tanto médico como quirúrgico y señalar la importancia de su cumplimiento.

5) Brindar atención médica postnatal durante el tiempo que se considere indispensable, así como orientación sobre la planificación familiar y los métodos de control que pueden utilizar de acuerdo a las conveniencias de cada pareja.

6) Indicar a la paciente que informe al médico sobre el tratamiento que fue empleado para control o resolución de su patología cuando acuda a la institución a consulta, ya sea de urgencia o por cita, o cuando se le ha asignado otro médico tratante.

ACCIONES DE ENFERMERIA;

Las actividades de enfermería que se desempeñan dentro de lo que corresponde a la limitación del daño, se ubican desde el primer nivel de atención, ya que la orientación a la mujer embarazada se debe de proporcionar desde que acude a la clínica o centro de salud para llevar a cabo el control prenatal; y para aquellas mujeres que no acuden a ningún centro hospitalario a control prenatal, la enfermería comunitaria será quien se encargue de proporcionar información sobre la importancia de éste. Cuando las pacientes son transferidas a un segundo nivel de atención es necesario indicarle que esto se realiza porque en ese hospital se cuenta con mayor número de recursos tanto humanos como materiales, para proporcionar mejor atención, ayuda al diagnóstico por medio de aparatos

más complejos y brindar un tratamiento oportuno y adecuado.

Cuando a la paciente se le ha realizado el cerclaje (independientemente del procedimiento empleado), es necesario que la enfermera le comunique cuáles son los signos de alarma que pudiera presentar como la hemorragia transvaginal, las contracciones uterinas, la ruptura de membranas, así como la ausencia o disminución de movimientos fetales, para que la paciente tenga conocimiento de ellos y si estos se hacen presentes acuda de inmediato al médico para la resolución del problema mediante indicaciones precisas y manejo que se debe llevar a cabo en ese momento. En algunos hospitales de tercer nivel, la enfermera está encargada de llevar a cabo el control de embarazos de bajo riesgo, y ello es de importancia ya que deberá ser capaz de detectar oportunamente el inicio de alguna patología en el embarazo.

REHABILITACION:

La meta definitiva de la rehabilitación durante el embarazo, es lograr que cumpla su función óptima, es decir que éste llegue a término. En aquellas pacientes en quienes se realiza la operación, la enfermera debe establecer una relación sostenida y cordial con la paciente, así como también intervenir en forma activa en el cuidado tanto de su piel, de sus posiciones, vigilancia en la aparición de signos de complicación postquirúrgica o signos de depresión emocional.

La enseñanza y educación de la paciente por parte de la enfermera será constante; el sostén psicosocial es importante posterior a la cirugía para evitar caer en la depresión e informar sobre el beneficio que se ha brindado.

El estado nutricional no deberá descuidarse y se le mencionará

a la paciente la importancia que tiene alimentarse bien, sobre todo durante el embarazo.

La rehabilitación como parte integral de enfermería hará que la enfermera ponga en juego todo su vagaje de conocimientos.

ACCIONES DE ENFERMERIA:

Todas las actividades de enfermería arriba mencionadas son llevada a cabo por una profesional en enfermería, por ser la persona que permanece mayor tiempo con la paciente, además del contacto directo frecuente y por la seguridad y confianza de platicar, resolver dudas e informar con todo detalle sobre la importancia de lograr llegar a un embarazo de término en las mejores condiciones.

V. HISTORIA CLINICA GENERAL

Ficha de identificación:

NOMBRE: D. S. M.

EDAD: 19 años

DOMICILIO ACTUAL: Sector 1-B Departamento 401 Infonavit norte
Cautitlán Izcallí, Estado de México.

FAMILIAR RESPONSABLE: J. S. D. (Madre)

EDAD: 38 años

AHF: Abuelo paterno, desconoce si vive, estado de salud y edad.

Abuela paterna viva, desconoce estado de salud y edad.

Abuelo materno vivo, desconoce estado de salud y edad.

Abuela materna finada a los 35 años de edad, desconoce causa.

Padre vivo de 46 años de edad, actualmente padece hipertensión

arterial sistémica crónica.

Madre viva de 38 años de edad, actualmente padece hipertensión arterial sistémica crónica y estados frecuentes de depresión emocional
Hermana viva de 20 años de edad, con ovarios poliquísticos detectados hace dos años, actualmente sin ningún tratamiento médico.

Hermana viva de 14 años de edad, padece frecuentemente de cefalalgia y epistaxis desde los 6 años de edad, actualmente sin tratamiento médico.

Resto negados.

APnP: Paciente femenina de 19 años de edad, originaria de Tlalnepantla, Estado de México, residente de Cuautitlan Izcalli, Estado de México, dedicada al hogar, cuenta con escolaridad primaria completa y carrera técnica de dos años, de religión católica, con esposo dedicado a la actividad de estudiante, estado civil unión libre y nivel socioeconómico bajo. Actualmente el lugar en donde habitan cuenta con seis cuartos (incluyendo cocina y baño), buena iluminación artificial y natural, buena ventilación, construida de la siguiente manera: piso de cemento, paredes de tabique rojo, techo de concreto, cuenta con tres tomas de agua intradomiciliaria y en ella habitan un total de seis personas adultas. En cuanto a los hábitos dietéticos realiza tres comidas al día, ingiriendo generalmente durante el desayuno leche o té, pan y frijoles o huevo, durante la comida sopa, guisado, frijoles y tortilla (el guisado incluye frecuentemente carne), no come verduras ni fruta. En cuanto a sus hábitos higiénicos realiza su baño corporal total cada tercer día con jicara, por ello el cambio de ropa total es también cada tercer día, pero en ocasiones llega a ser parcial. El aseo dental lo realiza generalmente una o dos veces al día.

APP: Refiere contar con esquema inmunológico completo, aunque a la edad de tres años padeció viruela sin recibir tratamiento médico y a los once años de edad padeció varicela recibiendo tratamiento médico. Refiere padecer frecuentes cuadros de faringoamigdalitis desde hace seis años. Antecedentes transfusionales y alérgicos negados. Refiere como antecedente quirúrgico la realización de osteosíntesis en codo derecho por traumatismo directo en éste a la edad de 11 años, al sufrir una caída en escaleras.

AGO: Menarca a los 11 años de edad, con ritmo 30X7-8, dismenorréica, con inicio de vida sexual activa a los 15 años, con un sólo compañero sexual no circuncidado, sin control de la fertilidad, gesta:II, para:I (pretérmino de 27 semanas de gestación), con fecha última de parto hace dos años, con producto único vivo sexo femenino, que fallece a los dos días de nacimiento a consecuencia de la prematuridad. Cuenta actualmente con fecha última de menstruación del 18 de noviembre de 1988 y cursa con un embarazo de 25 semanas de gestación.

PA: Lo inicia desde el 15 de enero de 1989, al presentar amenaza de aborto, el cuál se manifiesta con sangrado transvaginal escaso que dura cinco días, ya que mejora con el reposo absoluto y sin medicamento; el 27 de febrero recibe tratamiento con gestanon y posteriormente en el mes de mayo acude al hospital por presentar dolor en ambas fosas ilíacas de leve intensidad, pero que es más acentuado del lado derecho, agregándose dolor tipo cólico en abdomen. Refiere además sintomatología de infección vaginal por salida de secreción transvaginal blanco-amarillenta, prurito intenso de la región vulvoperineal aunado con disuria, poliuria y nicturia; el prurito cede al rascado intenso por corto tiempo, por lo que generalmente hay lesión en dicha zona. Actualmente la paciente refiere percibir movimientos fetales.

A la exploración física se encuentra paciente femenina de edad aparentemente igual a la que dice tener, con marcha no claudicante, de biotipo endomesomórfica, facies no característica, sin movimientos anormales, de estado socioeconómico bajo, con actitud somática libre y psicológicamente con un poco de tensión emocional por la cirugía y problemas económicos y situación actual con su pareja.

A la exploración por regiones:

Cabeza: sin datos patológicos

Cuello: sin datos patológicos

Tórax: Notable aumento del tamaño de las mamas, con hiperpigmentación areolar, se aprecia a la observación red venosa de Haller y la paciente refiere mastodinia.

Espalda: Signo Giordano positivo en fosa renal izquierda.

Abdomen: Blando, globoso a expensas de útero gestante, se aprecia línea albicante, a la palpación se encuentra producto único vivo con situación longitudinal, presentación cefálica, dorso derecho, se percibe motilidad fetal frecuente; a la auscultación se encuentra una frecuencia cardíaca fetal de 124 latidos por minuto con estetoscopio de Pinard. Cuenta actualmente con un fondo uterino de 20 cms.

Genitales: De acuerdo a edad y sexo, sin presencia de vello púbico por la realización de parte de la tricotomía pubiana en su hogar.

Exploración gineco-obstétrica: Se exploran órganos genitales externos para observar salida de secreción, la cuál es escasa, blanquecina, notando ligero enrojecimiento de labios menores.

Se omite el tacto vaginal.

Miembros torácicos y pélvicos: Miembro superior derecho con cicatrización a nivel de codo por realización de osteosíntesis. En miembros inferiores cicatrización en ambas rodillas por lesión de pequeños traumatismos durante su infancia.

Columna vertebral: sin datos patológicos.

Terapéutica empleada:

Durante la atención prenatal, se proporcionó el siguiente tratamiento médico:

- 1) Fugistal óvulos una vez al día durante tres días. Aplicar por las noches, posterior al aseo vulvoperineal.
- 2) Indocid supositorios vía rectal, aplicar tres veces al día.

Nota: El tratamiento no es llevado a cabo por la paciente, por lo que la infección vaginal continúa, a la vez que no es comentado al médico, durante las consultas. De la misma manera los supositorios no son ministrados, por lo que las molestias abdominales continúan.

11 de mayo de 1989: Fecha de solicitud de cirugía (autorización de la paciente).

16 de mayo de 1989: Fecha de operación: Cerclaje cervical.

Preparación preoperatoria inmediata: realizar cambio total de ropa por bata hospitalaria, ayuno hasta nueva orden, canalizar con solución glucosada al 5% 1000cc para mantener vía permeable, realizar tricotomía vulvoperineal, tomar signos vitales por turno, proporcionar cuidados generales de enfermería y pasar a quirófano en cuanto se solicite.

Exámenes de laboratorio:

8 de mayo de 1989: Biometría hemática de rutina:

Hemoglobina 13.2 mg/dl

Hematocrito 39.2%

Concentración de hemoglobina corpuscular media: 33%

Leucocitos 7200 células/ml³

. Grupo y Rh:

O positivo

. Química sanguínea:

Glucosa 63mg/100 ml.

. Exámen general de orina:

pH	6	Leucocitos	0-1 por campo
Densidad	-	Eritrocitos	-
Proteínas	-	Cilindros	5-8 por campo
Glucosa	-	Urea	14 mg/dl
Acetona	-	Sedimentos de oxalato de calcio	

++

Interpretación de los resultados de los exámenes de laboratorio:

En lo referente a la biometría hemática, la hemoglobina oscila entre la cifra normal, ya que en la mujer las cifras normales se manejan entre 12 a 14 g/100 ml, aunque generalmente ésta disminuye con el embarazo. El hematocrito indica que se encuentra ligeramente disminuido, pues la cifra normal en la mujer se encuentra entre 40 a 48%, lo que significa una diferencia de .8% que pudo haberse originado por alguna pérdida de sangre o poner de manifiesto el inicio de una anemia. La concentración de hemoglobina corpuscular media (CMCH) se encuentra dentro de lo establecido ya que la cifra fluctúa entre 33 a 38% y los leucocitos que se

encuentran entre las cifras normales que corresponden de 5000 a 10000 células por milímetro cúbico.

Dentro de las cifras que se obtuvieron en los resultados de la química sanguínea, éstos se consideran normales, ya que la glucosa obtenida en ayunas oscila entre 60 a 110 mg/100 ml, tomando en cuenta que ésta puede aumentar a causa del embarazo y después de la ingestión de alimentos con un transcurso de dos horas aproximadamente.

En el exámen general de orina, se obtiene un resultado de pH de 6, y este pH refleja la capacidad del riñón para conservar una concentración normal de iones hidrógeno en el plasma y líquido extracelular e indica la acidez o alcalinidad de la orina, se dice que el pH normal es de 6 pero puede variar de 4.6 a 7.5. En cuanto a la densidad que es la que denota la gravedad específica de partículas de orina, oscilan sus cifras normales entre 1.005 y 1.025, pero ésta no fue obtenida en los resultados de la paciente. En la orina normal, no existe en forma persistente proteína en grandes cantidades. Wyngaarden menciona que los riñones sanos pueden excretar hasta 150 mg. de proteína total en 24 horas.(100) Normalmente en la orina no deben existir cuerpos cetónicos ni glucosa, lo cuál en la paciente resultó negativo. La urea es un soluto principal componente de la orina, que se encuentra representando del 60 al 90% de los componentes nitrogenados y que se deriva de la desaminación de las proteínas, sus cifras normales se encuentran aproximadamente de 12 a 16mg/dl, lo que en la paciente representa cifras entre lo normal. En cuanto a los leucocitos sólo se puede decir que existe leucocituria cuando se observan más de cinco células por campo, teniendo en cuenta que se ven influidos por el pH, temperatura, la técnica de toma de muestra y el recipiente en donde es colocada la muestra. El sedimento abundante

en cilindros y elementos celulares no necesariamente indica la existencia de algún trastorno. Es importante aclarar que las cifras de laboratorio, también van a tener una pequeña variación, de acuerdo al método que se emplee.

Diagnóstico de enfermería:

Paciente femenina de 19 años de edad que coincide con la cronológica, biotipo endomesomórfica y nivel socioeconómico bajo, estado psicológico de angustia por referir la existencia de problemas familiares en su hogar y por el futuro del producto y en lo que se refiere a la cirugía manifiesta verbalmente temor hacia ella, pero aparentemente se encuentra tranquila en espera de la realización del cerclaje cervical. A la observación se encuentran mucosas orales regularmente hidratadas, ligera palidez tegumentaria, con notable aumento de tamaño de glándulas mamarias e hiperpigmentación areolar apreciándose además la red venosa de Haller; existe mastodinia e hipersensibilidad mamaria a la palpación. Se aprecia abdomen aumentado de tamaño a expensas de útero gestante, así como la línea albicante. Se perciben movimientos fetales a la palpación y se obtiene a la medición un fondo uterino de 20 cms. por arriba del borde superior de sínfisis púbica y se ausculta una frecuencia cardiaca fetal de 132 latidos por minuto; la paciente actualmente cursa con un embarazo de 25 semanas de gestación por fecha última de regla exacta. Actualmente refiere dolor leve tipo cólico en ambas fosas ilíacas, acentuándose en fosa ilíaca derecha y en región hipogátrica. Se agrega a todo ello sintomatología de infección vaginal como es el prurito vulvar, salida de secreción transvaginal blanco amarillenta, disuria, polaquiuria y nicturia. Se omite el tacto vaginal. A la percusión se encuentra signo Giordano positivo en la fosa renal izquierda.

VI. PLAN DE CUIDADOS DE ATENCION DE ENFERMERIA

NOMBRE: D. S. M. EDAD: 19 años SEXO: Femenino
SERVICIO: Hospitalización de Gineco-Obstetricia CAMA: 120
FECHA DE INGRESO AL HOSPITAL: 15 de mayo de 1989 OCUPACION: Hogar
RELIGION: Católica ESTADO CIVIL: Unión libre
LUGAR DE NACIMIENTO: Tlalnepantla, Estado de México.
DIAGNOSTICO MEDICO: Embarazo de 25 semanas de gestación más Incompetencia
ístmico cervical.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA: Paciente femenina de 19 años de edad que coincide con la cronológica, biotipo endomesomórfica y nivel socioeconómico bajo, estado psicológico de angustia por referir la existencia de problemas familiares en su hogar y por el futuro del producto y en lo que se refiere a la cirugía manifiesta verbalmente temor hacia ésta, pero aparentemente se encuentra tranquila en espera de la realización del cerclaje cervical. A la observación se encuentran mucosas orales regularmente hidratadas, ligera palidez tegumentaria, con notable aumento de tamaño de glándulas mamarias e hiperpigmentación areolar apreciándose además la red venosa de Haller; existe mastodinia e hipersensibilidad mamaria a la palpación. Se aprecia abdomen aumentado de tamaño a expensas de útero gestante, así como la línea albicante. Se perciben movimientos fetales a la palpación y se obtiene a la medición un fondo uterino de 20 cms. por arriba del borde superior de sínfisis púbica y se ausculta una frecuencia cardíaca fetal de 132 latidos por minuto; la paciente actualmente cursa con un embarazo de 25 semanas de gestación por fecha última de regla exacta. Actualmente refiere dolor leve tipo cólico en ambas fosas ilíacas, acentuándose en fosa ilíaca derecha y en región hipogástrica. Se agrega

a todo ello sintomatología de infección vaginal como es el prurito vulvar, salida de secreción transvaginal blanco amarillenta, disuria, polaquiuria y nicturia. Se omite el tacto vaginal. A la percusión se encuentra signo Giordano positivo en fosa renal izquierda.

OBJETIVOS GENERALES DEL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- 1) Dar orientación y apoyo, al ingreso de la paciente al hospital.
- 2) Proporcionarle confianza para resolver sus dudas.
- 3) Brindar cuidados de enfermería específicos y oportunos necesarios a una paciente que cursa con incompetencia ístmico cervical.
- 4) Proporcionar cuidados de enfermería específicos y oportunos a una paciente que cursa el período postoperatorio inmediato y mediato de cerclaje cervical.
- 5) Dar información general a los familiares y paciente sobre el manejo que se le debe brindar dentro y fuera del hospital.

PROBLEMA:

1. Incompetencia ístmico cervical

MANIFESTACIONES:

- 1.1 Dilatación del cuello uterino
- 1.2 Dolor leve tipo cólico en ambas fosas ilíacas
- 1.3 Dolor leve tipo cólico en hipogastrio

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 1.1.1 Mantener a la paciente en reposo absoluto
- 1.1.2 Evitar realizar tactos vaginales frecuentes
- 1.2.1 Realizar una valoración psicosocial para proporcionar apoyo emocional
- 1.3.1 Orientar e informar sobre el proceso fisiológico del inicio del trabajo de parto y la sintomatología presente, asociado a la patolo--

gía que actualmente cursa.

Asistencia preoperatoria inmediata:

- 1.4.1 Toma y registro de signos vitales
- 1.4.2 Canalizar con solución glucosada al 5% 1000 ml. para mantener una vía permeable.
- 1.4.3 Mantener en ayuno hasta nueva orden
- 1.4.4 Realizar tricotomía vulvoperineal
- 1.4.5 Colocación de capelina
- 1.4.6 Colocación de vendaje en miembros inferiores

Asistencia transoperatoria:

- 1.5.1 Continuar con solución harttman 1000 ml. para mantener vía permeable

Asistencia postoperatoria inmediata:

- 1.6.1 Ministración de butilioscina 1 gr. vía intravenosa cada 8 horas por razón necesaria.
- 1.6.2 Ministración de indometacina supositorios, vía rectal uno cada 8 hrs.
- 1.6.3 Continuar con solución glucosada al 5% 1000cc para mantener vía permeable.
- 1.6.4 Mantener en reposo absoluto
- 1.6.5 Vigilar datos de sangrado transvaginal
- 1.6.6 Vigilar presencia de actividad uterina
- 1.6.7 Vigilar signos vitales

Asistencia postoperatoria mediata:

- 1.7.1 Retirar solución glucosada al 5% de 1000 ml. para vía permeable al término de ésta.
- 1.7.2 Ministar butilioscina 1 tableta vía oral cada 8 hrs. por razón necesaria.

- 1.7.3 Continuar ministración de indometacina un supositorio vía rectal cada 8 hrs.
- 1.7.4 Porporcionar reposo relativo
- 1.7.5 Proporcionar dieta normal
- 1.7.6. Vigilar datos de sangrado transvaginal y actividad uterina
- 1.7.7 Proporcionar orientación sobre los principales signos de alarma postoperatorios y del embarazo.

PROBLEMA:

- 2. Candidiasis vaginal

MANIFESTACIONES:

- 2.1 Salida de secreción transvaginal blanquecina de cantidad regular
- 2.2 Prúrito vulvoperineal intenso
- 2.3 Disuria

ACCIONES DE ENFERMERIA:

- 2.1.1 Recomendar mantener limpios los genitales externos mediante el aseo genital externo suave, así como baños de asiento.
- 2.1.2 Recomendar mantener seca la piel de la región vulvoperineal
- 2.2.1 Evitar el rascado de la región
- 2.2.2 Recomendar la aplicación tópica de cremas vaginales antimicóticas
- 2.3.1 Estimular la ingesta de abundantes líquidos

PROBLEMA:

- 3. Infección de vías urinarias

MANIFESTACIONES:

- 3.1 Disuria, polaquiuria y nicturia.
- 3.2 Signo Giordano lateral izquierdo positivo

ACCIONES DE ENFERMERIA:

3.1.1 y 3.2.1 Estimular la ingesta abundante de líquidos

MANIFESTACION 1.1

Fundamentación científica:

La incompetencia ístmico cervical podría ser sólo una manifestación de un espectro de asincronismo entre el cuello y el útero. En el embarazo y parto normales, los cambios bioquímicos y biofísicos que experimenta el cuello al final del embarazo permiten que éste se dilate y borre sincrónicamente con las contracciones de trabajo de parto. En un extremo del asincronismo, el cuerpo uterino se contrae sin que ocurra dilatación ni borramiento del cuello y en el otro extremo la dilatación y borramiento progresivos que ocurren prematuramente en ausencia de contracciones perceptibles como en la incompetencia cervical.

Se dice que en muchos casos de la incompetencia del cérvix la fisiopatología sería bioquímica.(58) La dilatación cervical puede aparecer a causa de contracciones uterinas, aunque la paciente no sienta dolor.(101) La dilatación cervical, característica de ésta condición, rara vez se hace prominente antes de la semana 16 de la gestación, ya que con anterioridad a ésta fecha, el producto de la concepción no es lo bastante grande como para borrar y dilatar el cuello, excepto cuando existen contracciones uterinas. Los cambios del cuello uterino comienzan muy temprano en la gestación; hay aumento neto en el número de vasos sanguíneos y linfáticos que también se dilatan y alargan. El ablandamiento es muy patente para el cuarto y quinto mes. Ocurre borramiento con ablandamiento progresivo

(101) Harger, op. cit. p.340

del conducto al desplegarse el segmento inferior.(15)

MANIFESTACION 1.2

Fundamentación científica:

No es característico de la fisiopatología de la incompetencia ístmico cervical, el dolor en ambas fosas ilíacas, siendo en un caso particular que el dolor esté originado por una irritación de los órganos anexos o a una probable infección existente en las vías urinarias. Todo ello también se origina por la distribución en que se encuentran las fibras nerviosas en el plexo pelviano, ya que los nervios emanados del plexo pélvico llegan al cérvix a través de los ligamentos uterosacros, indicativo de la existencia de contracciones uterinas manifestándolas con dicho dolor.(102)

MANIFESTACION 1.3

Fundamentación científica:

El dolor abdominal varía enormemente en la respuesta y la percepción individual de cada mujer frente a éste. Por ésta razón, "la dilatación cervical indolora" no es un signo patognómico de "insuficiencia cervical". Ante una historia de dilatación cervical indolora asociada a pérdidas repetidas del embarazo en el segundo trimestre, puede aceptarse esto como una evidencia de insuficiencia cervical, pero deben investigarse otras causas potenciales y es entonces cuando solamente puede realizarse el diagnóstico de "incompetencia ístmico cervical" por exclusión.(103) El dolor abdominal está claramente relacionado con las contracciones uterinas,

(102) BONILLA, op. cit. p.36

y este comienza generalmente antes del punto máximo de una contracción (aproximadamente a una presión uterina de 25 mmHg y por lo tanto si éstas son más intensas, el dolor va a aumentar. Las contracciones uterinas están implicadas en el proceso de borramiento y dilatación cervical.(104) El dolor hipogástrico está originado también por la distensión del cérvix, la tracción sobre el peritoneo, anexos y ligamentos de soporte, por la distensión de las partes blandas frente al avance de la cabeza del producto y la presión sobre la uretra y vejiga.(103) Se han descrito multitud de terminaciones nerviosas en el polo inferior del útero y la porción superior del cérvix y aunque se encuentran limitadas a una parte del útero, es posible que la estimulación de éstas terminaciones nerviosas sea la responsable del dolor, al irse dilatando el polo inferior del útero por delante de la presentación. Puede existir también en abdomen inferior secundario a una cervicitis.(105) La incompetencia ístmico cervical generalmente se caracteriza por la dilatación pasiva del cérvix, sin dolor, culminando en el prolapso de membranas.(106)

ACCION DE ENFERMERIA 1.1.1

Fundamentación científica:

Es importante que la enfermera conozca el diagnóstico de la paciente, porque con ello podrá realizar las medidas asistenciales necesarias

(103) HARGER, op. cit. p.329

(104) DANFORTH, Clínicas...op. cit. p.13

(105) FLUHANN, op. cit. p.182

(106) MEDICOS EX-RESIDENTES Y RESIDENTES, op. cit. p.116

para colaborar en la evolución satisfactoria de la paciente; es por ello necesario mantener a la paciente en reposo absoluto a su ingreso al hospital, ya que el estímulo como es el caminar, permite colaborar de una manera más fácil a la dilatación del cuello uterino, de manera que se evita la presencia de un trabajo de parto prematuro o de trabajo de aborto, dependiendo de la edad gestacional del producto. El reposo absoluto es de gran utilidad, ya que se cree que disminuye la presión sobre el cérvix, además de que es un auxiliar útil que permite mantener al paciente en un buen estado general para evitar posibles complicaciones y aminorar los riesgos quirúrgicos.

EVALUACION:

Cuando a la paciente se le informó sobre su estado de salud y las actividades que podría realizar antes de la cirugía resultó más sencilla su colaboración, ya que ella permaneció en cama desde su ingreso al hospital hasta el momento de la cirugía.

ACCION DE ENFERMERIA 1.1.2

Fundamentación científica:

La realización de un tacto vaginal permite al cérvix la estimulación y por lo tanto la dilatación del canal cervical en un útero ocupado por un producto. Se cree que la liberación súbita de oxitocina en respuesta a un estímulo presente sobre el cérvix y la parte superior de la vagina se sugieren a un reflejo neurohumoral que aún permanece sin definir. (107)

Cuando evitamos realizar tactos vaginales frecuentes en una paciente

(107) DANFORTH, Tratado... op. cit. p.575

con incompetencia ístmico cervical estamos colaborando a que no haya estimulación manual del cérvix, además de evitar que se edematizen los órganos genitales adyacentes, principalmente los labios menores y vagina.

EVALUACION:

Desde el ingreso de la paciente al hospital, el número de tactos vaginales durante el preoperatorio, no se llevaron a cabo, sólo hasta el momento de la cirugía por em médico tratante.

ACCION DE ENFERMERIA 1.2.1

Fundamentación científica:

Cualquier intervención quirúrgica siempre va precedida de algún tipo de reacción emocional, el cuál aumenta cuando existen problemas de índole familiar o económica dentro del hogar, obviamente que en muchas ocasiones esto no es manifestado. La ansiedad preoperatoria es una respuesta anticipada a lo que vaya a suceder en la cirugía. La extensión de la reacción de la paciente puede basarse en muchos factores como los anteriormente señalados entre los que se incluyen los de índole económica, psicológica o social, como serían las molestias y sacrificios que conscientemente hacen que se manifiesten de manera física como es el temblar, el mostrar un rostro pensativo o triste, el llorar o el sudar excesivamente. Desde el punto de vista psicológico, una paciente intranquila afecta directamente el funcionamiento adecuado del cuerpo.(108) Por tanto es imperativo por parte de la enfermera investigar si existe ansiedad en la paciente. Es necesario informar a un paciente al tipo de operación

(108) SHOLTIS, B. L. Manual de enfermería médicoquirúrgica, p.323

quirúrgica al que será intervenido y para ello también es necesario escuchar, dándole oportunidad de exponer y desahogar sus sentimientos.

EVALUACION:

La orientación y apoyo psicológico mostrados a la paciente favorece que halla un estado de aceptación positiva de la cirugía, a la vez que proporciona tranquilidad a la paciente ya que sabe que hay personas que están interesadas por la salud tanto de ella como de su producto. Además de que el poseer mayor información acerca de la cirugía disminuyó su temor y angustia manifestada hacia ella.

ACCION DE ENFERMERIA 1.3.1

Fundamentación científica:

Una vez que a la paciente se le ha proporcionado absoluta confianza en la resolución de sus dudas, es posible mencionar el mecanismo fisiológico del trabajo de parto, para así correlacionar la sintomatología que ella manifiesta con la fisiopatología del diagnóstico médico mencionado, y de ésta manera acertar lo más posible en la causa que originó su padecimiento. Esta información a su vez permite hacer participe a la paciente del conocimiento de lo que ocurre durante el trabajo de parto. Es necesario que en la información se haga uso de un vocabulario accesible para su mejor entendimiento.

EVALUACION:

Se observó que cuanto mejor se orienta y prepara a la paciente para la operación quirúrgica y sobre su padecimiento, menor es su sufrimiento, ya que se motivó, orientó y ayudó en su cuidado, logrando de ésta manera hacer más corta su estancia en el hospital.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.1

Fundamentación científica:

Los signos vitales son un parámetro que nos indica el estado actual en el cuál se encuentra la paciente y por ello la alteración de uno o más signos vitales manifiestan que algo anormal está sucediendo en el organismo de la paciente. Es conveniente realizar la toma de signos vitales antes de la cirugía para preveer la aparición de un problema postoperatorio y detectar alguno ya existente de manera oportuna. Del mismo modo la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal permitirá valorar el estado actual en el que se encuentra el producto.

EVALUACION:

Esta toma de signos vitales preoperatoria tanto de la madre como del producto (frecuencia cardiaca fetal) permitió conocer que éstos se encontraban dentro de los límites normales.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.2

Fundamentación científica:

Es necesario que al canalizar se seleccione el sitio adecuado para disminuir las molestias a la paciente y evitar posibles lesiones en los tejidos corporales. Se utiliza solución glucosada al 5% porque es una fuente parenteral de calorías (ya que la paciente se encuentra en ayunas), de proteínas y aminoácidos sintéticos; ésta solución no irrita la superficie venosa y se puede mantener por varias horas, ya que una de sus indicaciones son los casos con hipoglucemia.(109) Se considera además mantener una vía permeable, por la necesidad de contar con un medio dispositivo en vena para cualquier urgencia en el paso de medicamentos, así como mantener el flujo constante para comodidad y seguridad de la paciente y de nosotros como personal de salud encargados de ella.

También se utiliza para iniciar venoclisis de primera intención y para reconstituir electrólitos pre y postoperatorio.(109)

EVALUACION:

La paciente no manifiesta molestia alguna en el brazo canalizado, y la solución se mantuvo permeable hasta el momento de la operación.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.3

Fundamentación científica:

El ayuno está indicado en toda paciente que va a ser sometida a cualquier tipo de cirugía, esto es porque la administración del anestésico se acompaña de manifestaciones fisiológicas como son la producción de hipersecreción de moco y saliva, pudiendo ser broncoaspirados. Puede ocurrir vómito, especialmente cuando el paciente llega al quirófano con el estómago lleno y se ve en peligro, pues pueden aparecer signos de asfixia por broncoaspiración de algún contenido gástrico o por el simple paso de la saliva, todo ello originado porque el paciente no responde ante sus reflejos y estímulos externos por la anestesia que se ha aplicado para poder llevar a cabo la cirugía.

EVALUACION:

La paciente se mantuvo en ayuno, sin mostrar molestia alguna por no ingerir alimentos, ya que se le informó porque era necesario, y la importancia que tenía para poder aplicar la anestesia anterior a la cirugía.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.4

Fundamentación científica:

La finalidad del cuidado preoperatorio de la piel, es lograr que quede en lo posible libre de microorganismos, sin menoscabo de su integridad física y fisiológica. Es conveniente usar jabón antes del rasurado de la piel, para limpiar el área cutánea antes de la cirugía y reblandecer un poco el vello. Es recomendable utilizar el rasurado de la piel como cuidado preoperatorio en la vecindad del sitio en que se va a operar para disminuir las posibilidades de contaminación y se debe tomar en cuenta que es importante no lesionar la piel, ya que serviría como una puerta de entrada para los microorganismos y el tejido lesionado podría actuar como sustrato para la proliferación bacteriana.(110)

EVALUACION:

Para poder llevar a cabo la preparación física preoperatoria de la paciente fue necesario informar lo que se iba a realizar, para contar con su colaboración. Ello sirvió de gran importancia, ya que al realizar la tricotomía vulvoperineal, ella no mostró enojo, pena o temor alguno; aunque ella se había realizado la tricotomía en su casa, hubo necesidad de realizarla nuevamente, pues la región perineal que era la de mayor importancia se encontraba mal tricotomizada.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.5**Fundamentación científica:**

La capelina se coloca en el período preoperatorio inmediato, ya que cumple con un objetivo principal que el de cubrir el cabello, ya

(110) SHOLTIS, op. cit. p.329

que éste es considerado como un fomite o un medio propicio para el alojamiento de microorganismos capaces de transmitir algún tipo de infección; por otro lado, este favorecería la contaminación en el quirófano, el cuál se encuentra de lo que se denomina área blanca, que es un área que se encuentra lo más posible libre de microorganismos patógenos. Existe también el riesgo de que se pueda contaminar el área o sitio de operación. Por ello es que la cubierta del cabello predispone a un menor riesgo de infección en la herida del paciente y disminuye el riesgo de contaminación de material y equipo quirúrgico ya estéril.

EVALUACION:

La colocación de la capelina a la paciente duró hasta el período postoperatorio inmediato, con lo que se trató de prevenir posibles riesgos de infección. Es una acción sencilla pero de gran importancia en la que la paciente colaboró gratamente, ya que en ocasiones ello resulta molesto para algunos pacientes, aunque el tiempo que permanezcan con ella sea mínimo.

ACCION DE ENFERMERIA 1.4.6

Fundamentación científica:

El vendaje que se aplica en miembros inferiores con una presión no muy excesiva, tiene y cumple un objetivo principal, que es ayudar a las venas que se encuentran dilatadas a que funcionen con mayor eficacia, en el retorno sanguíneo, ya que se aplica apoyo en sus paredes y por lo tanto la circulación sanguínea de retorno se hace más óptima.

Es importante que durante el vendaje de los miembros, se observe si existen signos de disminución circulatoria, ya que ello podría originar lesión de los tejidos y posterior a ello una muerte tisular, al impedir

el paso de la circulación.(111)

EVALUACION:

El vendaje en miembros inferiores evita o disminuye posibles complicaciones postquirúrgicas de la circulación, ya que mejora el flujo sanguíneo durante la posición que adquiere la paciente para la cirugía, además de ser un procedimiento de importancia y sencillez en su aplicación. La paciente colaboró para su colocación.

ACCION DE ENFERMERIA 1.5.1

Fundamentación científica:

Se utiliza principalmente para evitar pérdidas de agua y bases (como son sodio, potasio, calcio entre otros), y durante la cirugía para mantener un volumen circulante adecuado en la paciente, así como reponer alguna pérdida sanguínea importante. Se deben valorar las necesidades de acuerdo a cada paciente y tener precaución de no sobrecargar el aparato circulatorio, ya que no debe utilizarse para corregir grandes cantidades o deficiencias de electrolitos de cierta duración. Es la solución por medio de la cuál se puede administrar la anestesia para la cirugía.(112)

EVALUACION:

Realmente la pérdida sanguínea, no es tal como para reponer el volumen perdido, sino que generalmente se utiliza cuando se va a aplicar anestesia por vía parenteral intravenosa, en este caso en particular

(111) WOLFF, L. L. Fundamentos de enfermería, p.403

(112) ROSENSTEIN, op. cit. p.909

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.1

Fundamentación científica:

La butilioscina alivia el dolor por efecto periférico y sobre el sistema nervioso central. El alivio del dolor resulta de la modificación de la causa del mismo sitio de origen, que a menudo presenta inflamación. Al inhibir la síntesis de prostaglandinas que ocurre en los tejidos inflamados, impiden la sensibilización de los receptores de dolor a estímulos mecánicos o sustancias químicas de la índole de la bradicinina, que al parecer participa como mediador en la respuesta dolorosa. Este medicamento no modifica las vías reticulares que participan en la vigilia y el dominio de la atención que causa el dolor.(113)

EVALUACION:

El dolor postoperatorio es considerable, aunque la paciente refiere que disminuye durante el efecto del medicamento. En los días siguientes no se requirió del medicamento como en el primer día, pues el dolor iba disminuyendo por sí solo, al igual que la evolución y mejoría de la paciente que eran notables.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.2

Fundamentación científica:

La indometacina tiene propiedades antiinflamatorias y antipiréticas. No se ha dilucidado si la indometacina tiene propiedades analgésicos diferentes de su efecto antiinflamatorio, sin embargo por su potencial de toxicidad, la indometacina no se aconseja como analgésico antipirético general. Este medicamento es de absorción rápida, es un potente inhibidor de la síntesis de las prostaglandinas in vitro y durante el tratamiento alcanzan concentraciones que han demostrado tener en vivo ese mismo efecto.

Las prostaglandinas sintetizan sustancias que sensibilizan a los nervios aferentes y potencian la acción de la bradicinina en la producción de dolor y se sabe que están entre las sustancias mediadoras de la inflamación. Dado que la indometacina es un inhibidor de la síntesis de las prostaglandinas, su mecanismo de acción puede consistir en la disminución de éstas en los tejidos periféricos. Se ha comprobado que el efecto inhibitor de las prostaglandinas por medio de indocid es útil para el alivio del dolor.(114)

EVALUACION:

La indometacina vía rectal evita el dolor localizado en la zona de colocación del cerclaje. La paciente colabora en la ministración de éste cada vez que se aplicó.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.3

Fundamentación científica:

Durante el período postoperatorio inmediato es necesario mantener una vía permeable, ya que la administración de medicamentos se hará intravenosamente, pues la ingestión de éstos por vía oral origina el estímulo de reflejo del vómito por acción de la anestesia. Se considera importante también, porque por medio de ella se proporcionará glucosa y líquido al organismo que hasta el momento permanece en ayuno. Esto es de vital importancia pues la paciente podría caer en hipoglucemia o alguna otra complicación de mayor gravedad como es el choque hipoglucémi-

(113) GOODMAN, L.S. Bases farmacológicas de la terapéutica, p. 273

(114) GOODMAN, op. cit. p.287

co.

EVALUACION:

La paciente manifiesta tener sed, pero se le indica que por medio de la solución, ésta le proporcionará líquido a su organismo por medio de su vena y la sed irá cediendo poco a poco. También se le informó que como efecto secundario de la anestesia, sus mucosas orales permanecerán resacas hasta que pase por completo el efecto de tal fármaco.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.4

Fundamentación científica:

Se considera como complemento del manejo quirúrgico ya que por sí solo no se considera suficiente. Por medio de él se ayuda a disminuir la presión que exista por parte del producto y las membranas que tengan sobre el cuello uterino, evitando alguna complicación postquirúrgica como es el prolapso parcial de las membranas y posteriormente la ruptura prematura de éstas.

EVALUACION:

Una información durante el período preoperatorio para el postoperatorio facilita la tarea, tanto de la enfermera como de la paciente, ya que como la paciente no careció de orientación, logró mantenerse en reposo absoluto varios días posterior a la intervención quirúrgica, haciendo más amenos sus ratos en la cama, por medio de la lectura con un libro y por medio de la conversación continua con el personal de su alrededor.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.5

Fundamentación científica:

Es importante vigilar si hay presencia de sangrado transvaginal, porque esto puede significar algún signo de amenaza de aborto (cuando

el producto es menor de las 20 semanas de gestación) y/o la muerte del producto in útero. Puede ser originado el sangrado, por algún vaso que se encuentra roto en la herida quirúrgica y el médico no se halla percatado de ello. O bien puede ser a causa de un desprendimiento prematuro de placenta a causa de contracciones uterinas que la paciente no logre percibir o desconozca como se manifiestan éstas.

Las pequeñas hemorragias a través de la vagina, se deben a dilatación y borramiento que está ocurriendo en el cuello uterino por el desgarro de algunas venas pequeñas. Una hemorragia uterina que se origine por encima del cuello, es motivo de preocupación, ya que puede ser debida a una cierta separación de una placenta situada en la vecindad inmediata del canal cervical, es decir una placenta previa. Es menos frecuente la hemorragia o sangrado transvaginal por inserción velamentosa del cordón con desgarro de un vaso fetal en el momento de la ruptura de membranas.

No siempre es posible identificar el origen de una hemorragia producido por encima del cuello uterino; puede ser originada por un desprendimiento marginal discreto de la placenta y no muy extendido, lo cuál es un alto riesgo tanto para la madre como para el producto.(115)

EVALUACION:

Se vigiló constantemente la cantidad de sangrado que arrojó la paciente, ya que ello significaba un signo de alarma de gran importancia. Posterior a los dos días postoperatorios, en los que si hubo sangrado

transvaginal escaso, este mejoró pues cedió poco a poco hasta que desapareció por completo.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.6

Fundamentación científica:

La mayor parte de las pacientes tendrán alguna contracción uterina tras el cerclaje cervical, pero el reposo en cama suele ayudar a desaparecerlas en 24 a 48 horas. Pueden utilizarse uteroinhibidores cuando las contracciones presentan irritabilidad uterina causada por la intervención y cesarán de forma espontánea y no será necesario un tratamiento médico posterior.(116)

La presencia de material de sutura puede actuar como cuerpo extraño, provocando contracciones uterinas a la vez que se induce por una respuesta local inflamatoria, sirviendo como nido para infección; el proceso puede afectar el corioamnios vecino originando ruptura de las membranas y las contracciones uterinas pueden ser causa de las membranas rotas.(117)

La presencia de contracciones uterinas aparecen después de la operación quirúrgica por estimulación del cuello del útero, lo que significa un signo importante de alarma, pues la actividad uterina da origen a la necesidad de expulsión del producto, lo cual puede originar ruptura uterina, posteriormente una sepsis por Escherichia coli y muerte fetal y materna.(118)

(116) HARGER, op. cit. p.341

(117) LIDSAY, op. cit. p.466

(118) BOTELLA, I. J. Patología obstétrica, p.269

Bibby y colaboradores han señalado que las prostaglandinas desempeñan cierto papel en la ruptura prematura de membranas después del cerclaje. Se demostró un rápido aumento de valores circulantes del metabolito de prostaglandina 13, 14-dehidro-15-cetona-prostaglandina F, probablemente dependiente de la liberación de prostaglandina F por el útero o el cuello al efectuar el cerclaje cervical. Este proceso aumenta por activación bacteriana de la cascada de prostaglandinas. Las contracciones resultantes pudieran ser causa de ruptura de una membrana ya debilitada.(52)

EVALUACION:

La paciente con la orientación que se le proporcionó acerca de lo que es el trabajo de parto, pudo identificar que no había contracciones uterinas, y a la palpación abdominal éstas no eran evidentes. La prueba sirvió para que la paciente se enseñara a distinguir la actividad uterina y avisar al médico o enfermera encargados del signo de alarma que se presentaba, aunque ella se encontrara fuera del hospital.

ACCION DE ENFERMERIA 1.6.7

Fundamentación científica:

La consideración básica de valorar el funcionamiento del organismo es sin duda mediante la búsqueda de algún signo de alarma y la medición de los signos vitales. Es determinante tanto la toma del pulso, las respiraciones, la temperatura y la presión arterial, ya que es indispensable saber si cada uno de ellos se encuentra entre los límites normales. Es aconsejable tomar nota del pulso y respiración con intervalos frecuentes (cada 15 minutos) durante las dos primeras horas y a cada media hora las dos siguientes y después con menor frecuencia si éstos permanecen

estables. La presión arterial se toma a menudo como se estime indicado. A la toma de temperatura, se hace necesaria la vigilancia del estado de la piel, si se encuentra fría y seca o caliente y húmeda; la alteración en alguno de los parámetros deberá poner en alerta a la enfermera y al médico, para evitar alguna complicación posquirúrgica inmediata o mediata, entre las que destacan la corioamnioitis, hemorragia transvaginal y ruptura prematura de membranas que a su vez pueden originar variaciones en la frecuencia cardíaca fetal provocando sufrimiento fetal.

EVALUACION:

Durante el período postoperatorio tanto inmediato como mediato la paciente cursó con signos vitales establecidos dentro de los límites normales.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.1

Fundamentación científica:

Debido a una evolución satisfactoria tanto en la paciente como en el producto, es recomendable retirar la solución parenteral después de que ha durado bastante tiempo y se tiene seguridad de que ya no se va a necesitar, debido a que una exposición prolongada de la vena con cualquier tipo de solución y al paso del medicamento puede producirse desde un daño leve (simple irritación) hasta una grave lesión (signos de flebitis). Es importante interrumpir la venoclisis una vez que se ha introducido el volumen y cantidad necesarias de líquidos y electrolitos. Por otra parte, es necesario que la paciente inicie nuevamente la ingestión de alimentos por vía oral, los cuales aportan las calorías necesarias al organismo.

EVALUACION:

La paciente manifiesta sensación de bienestar y descanso al ser retirada la solución a pesar de que ésta no se encontraba colocada en una zona que le produjera limitación al movimiento del brazo.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.2

Fundamentación científica:

El efecto del medicamento es el mismo que se menciona en el punto 1.6.1, y lo único que varía es la vía de administración. El efecto no se modifica pues existen sitios receptores en el organismo que hacen que mientras más selectivo sea el fármaco, es mejor. La ventaja que ofrece al administrarlo es que no es doloroso, siendo además fácil de administrar. Sus desventajas son el que puede ser afectado por los jugos digestivos y su absorción es más lenta e irregular.

EVALUACION:

La ingestión del medicamento por vía oral, no produce algún efecto nauseoso a la paciente y se lo ingiere con facilidad, sin padecer aquel temor que se manifiesta siempre ante la administración parenteral aunque ésta se realizaba por medio de la solución.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.3

Fundamentación científica:

Similar al punto 1.6.2

EVALUACION:

Similar al punto 1.6.2

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.4

Fundamentación científica:

El ejercicio aumentado de manera gradual permite valorar el estado actual en que se encuentra la paciente, su evolución o la existencia

de algún problema. Permite disminuir la debilidad corporal y la reintegración gradual a la vida cotidiana, además favorece la circulación sanguínea y con ello el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono en los pulmones, para un funcionamiento más favorable de su organismo. Propicia la desaparición de un estado de tristeza o depresión al proporcionar distracción y sentirse nuevamente integrada a sus actividades cotidianas. El reposo relativo permite alternar la actividad con el descanso y este a su vez no es brusco ni repentino, de tal manera que no lleva a alguna complicación. (121) La ventaja de la deambulaci6n temprana tambien reduce las complicaciones postoperatorias entre las que destacan las úlceras de decúbito, la neumonía hipostática y la tromboflebitis. El reposo total en cama resulta ser muy desmoralizador y difícil de conseguir.

EVALUACION:

La deambulaci6n se inici6 de manera gradual al tercer día del período postoperatorio, contribuyendo en general a un buen estado de salud de la paciente, tanto física como psicológicamente.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.5

Fundamentaci6n científica:

El estado nutricional de una paciente guarda relaci6n directa con los buenos resultados de cualquier operaci6n y los procesos de reparaci6n de los tejidos. Si el estado corporal del individuo es satisfactorio, el cuerpo estar4 en homeostasia y obtendr4 una cantidad adecuada de electrólitos, proteínas, vitaminas y calorías. En el lapso en que la paciente es sometida a la operaci6n, su cuerpo puede seguir en homeostasia, siempre y cuando se inicie un tratamiento para reponer las pérdidas. Sin embargo, siempre que una paciente esté desnutrida o deshidratada, se necesita

tiempo adicional para que reponga las deficiencias y de ésta forma se mantenga en el mejor estado de salud posible.(119) Cuanto más rápido acepte la paciente su dieta usual, será más rápida la reanudación de la función gastrointestinal normal. Por medio de la alimentación vía oral se estimula la secreción de jugos digestivos y se normaliza la función gástrica así como la peristalsis intestinal.

El retorno a la dieta normal debe realizarse al paso que se restablezca el paciente, aunque desde luego la naturaleza de la cirugía y el tipo de anestesia afectan directamente el ritmo de tal retorno, una vez que la paciente se ha recuperado por completo de los efectos de la anestesia y han desaparecido las náuseas, se deberá proceder a adoptar medidas pertinentes para el restablecimiento de su dieta normal. Se debe proporcionar una dieta balanceada que incluya alimentos seleccionados. Es necesario que la enfermera vigile la presencia de ruidos intestinales mediante auscultación abdominal.(120)

EVALUACION:

La paciente mostró una aceptación favorable hacia los alimentos, una vez reanudada su alimentación normal.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.6

Fundamentación científica:

Similar a 1.6.5 y 1.6.6

(119) SHOLTIS, op. cit. p.325

(120) SHOLTIS, op. cit. p.372

(121) WOLFF, op. cit. p.266

EVALUACION:

Durante su estancia en el hospital, la paciente no manifestó posteriormente signos ni síntomas de sangrado transvaginal, ni actividad uterina, lo que le ayudó a reestablecerse más tempranamente en su estado psicossomático.

ACCION DE ENFERMERIA 1.7.7

Fundamentación científica:

Una vez que a la paciente se le ha dado de alta, es conveniente orientarla sobre los signos de alarma que se pueden presentar hacia el final del embarazo o antes de éste, como la hemorragia vaginal, la ruptura de membranas, las contracciones uterinas o la ausencia de movimientos fetales.(122) De igual manera, la paciente debe ser advertida sobre la limitación necesaria de sus actividades durante el resto del embarazo, lo que le ayudará a disminuir la irritabilidad uterina y evitar así el parto prematuro; se le informará también la importancia de tener reposo relativo. Se le informará acerca de lo fundamental que tiene el acudir a consulta externa, ya que la vigilancia obstétrica así como la protección médica de las mujeres embarazadas permite efectuar estudios y acciones oportunas. Se orientará a la paciente en que si su embarazo alcanza la semana 36 a 38 de gestación sin complicaciones, la sutura podrá retirarse de forma electiva y se podrá establecer -por parte del médico- parto por vía vaginal o por cesárea, conforme a las condiciones en que se encuentre ella y su producto. Esta orientación será de mayor

provecho cuando sea escuchada por los familiares, ya que de esa manera también estarán advertidos acerca del cuidado que debe tener la paciente consigo misma y con su producto.

EVALUACION:

Al parecer por medio de la información brindada, tanto los familiares como la paciente comprendieron la situación actual, los peligros que se podrían presentar si no obedecían las indicaciones y el momento al cuál deberían de acudir al médico. Se resolvieron las dudas que comentaron en ese momento.

MANIFESTACION 2.1

Fundamentación científica:

Se cree que una infección originada por Candida albicans se asocia frecuentemente al embarazo, porque los estrógenos producidos incrementan la concentración de glucosa vaginal, proporcionando un medio favorable para su crecimiento. La secreción arrojada al exterior de la vulva está formada por ataque a las células epiteliales y micelio. Puede ocurrir inflamación en el epitelio de la vagina y vulva originada por agentes citotóxicos sintetizados por Candida albicans.(123)

La descamación excesiva de células normales de epitelio vaginal, puede producir un flujo pastoso blanquecino, muy abundante y en ocasiones sin fetidez, ni irritación. Microscópicamente las secreciones muestran flora bacteriana, múltiples células de descamación vaginal y leucocitos

(123) BENSON, op. cit. p.192

normales.(124) A pesar de que la vagina está desprovista de glándulas, su superficie se mantiene normalmente humedecida gracias a la secreción de glándulas cervicales y en grado menor a la transudación en su propia superficie. La secreción que normalmente existe en la vagina es de reacción ácida; dicha acidez depende de la presencia de ácido láctico producido por la acción de microorganismos vaginales y el principal es el bacilo de Döderlein, de grandes dimensiones, que actúa sobre el contenido de glucógeno del epitelio vaginal y se caracterizan por la presencia de muchas células epiteliales.(125)

MANIFESTACION 2.2

Fundamentación científica:

Las micotoxinas han sido postuladas como la causa de intenso prurito asociado con la vaginitis por Candida albicans. El prurito se va a asociar positivamente con la extensión del eritema vulvar; puede haber maceración o excoriación de la piel por el rascado.(120) El prurito es el síntoma fundamental de la enfermedad que presentan la totalidad de las pacientes, generalmente localizado éste en los labios menores, pero que además se extiende por toda la vulva.(124) La producción de exudado mucopurulento es también la causa del prurito vulvar.(125)

MANIFESTACION 2.3

Fundamentación científica:

(124) IFFY, op. cit. p.1093

(125) NOVAK, op. cit. p.309

La sensación de ardor que sigue a la micción es particularmente producido por la excoriación o maceración de la piel.(126) Cuando el proceso es agudo y persiste sin terapéutica; es frecuente que la infección se propague por cualquiera de las vías adyacentes, principalmente las urinarias y aparezca por lo tanto sintomatología de afectación de órganos vecinos, como es la disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Cuando aparece edema o hinchazón de la vulva, se produce una sensación de quemazón al orinar, lo que finalmente desemboca en ardor y dolor y generalmente el edema del canal genital va acompañado de edema de uretra y vejiga, por lo que la tríada de la sintomatología de infección agregada en vías urinarias, se hace frecuente.(127)

ACCION DE ENFERMERIA 2.1.1

Fundamentación científica:

Debido a que el síntoma fundamental en la infección vaginal originada por Candida albicans, es el prurito es conveniente mantener aseados los órganos genitales externos para aminorar el síntoma por la sensación de frescura y con ello se evita adquirir una mayor lesión originada por el prurito; con la limpieza de los órganos genitales externos, se estimula a que haya siempre higiene femenina que evita la acumulación de leucorrea en el área genital entre los labios menores y mayores y con todo ello los síntomas subsecuentes. Se hace también la recomendación de baños de asiento, para que proporcione una sensación de bienestar

(126) BENSON, op. cit. p.195

(127) BONILLA, op.cit. p.331

a la paciente, por lo que se recomienda una solución diluída de vinagre (60 ml. de vinagre blanco por un litro de agua tibia hervida), ello previene alguna complicación secundaria a la infección, pues diariamente se mantienen aseados los órganos genitales externos, además de que desaparece el prúrigo.

EVALUACION:

Se proporciona la orientación a la paciente sobre las actividades necesarias que debería realizar para disminuir las molestias, refiriendo que lo llevaría a cabo en su casa por no poderlo llevar a cabo dentro del hospital por no contar con el material necesario.

ACCION DE ENFERMERIA 2.1.2

Fundamentación científica:

Candida albicans es un hongo que requiere de ciertas características en el medio para lograr su sobrevivencia y con frecuencia produce enfermedad en el ser humano, ya que tiene la habilidad de formar tanto esporas como pseudohifas, y para que este hongo se propague, requiere de calor y humedad y por lo tanto no crece en la piel seca. Las infestaciones se limitan principalmente a mucosas y pliegues cutáneos del organismo del ser humano. Los múltiples factores dependientes del hospedero en relación a susceptibilidad son más significativos para la aparición de una infestación clínica, que a la simple presencia del organismo. Se presenta la infestación clínica cuando se altera la fisiología normal de la vulva y la vagina.(128)

EVALUACION:

La información que se proporcionó a la paciente resultó de provecho, porque ella comprendió la importancia de mantener seca la región vulvoperineal después del aseo.

ACCION DE ENFERMERIA 2.2.1

Fundamentación científica:

El rascado frecuente de la región vulvoperineal comienza por producir eritema y ligera edematización en la región, principalmente aquellas zonas con mayor sensibilidad, como son los labios menores, meato urinario y el interior de los labios mayores, continuando posteriormente con escoriación o laceración de los tejidos. Es por ello que se recomienda evitar el rascado para no producir una reacción inflamatoria y aminorar el prúrigo. (129)

EVALUACION:

Esta información permitió que la paciente conociera las lesiones que se producían como consecuencia del rascado, por lo que intentó en un inicio evitarlo aunque ello fue difícil pero después lo logró por completo.

ACCION DE ENFERMERIA 2.2.2

Fundamentación científica:

Existen cremas vaginales antimicóticas, preparadas especialmente para atacar a Candida albicans y que son efectivas contra ella. Es indispensable que la enfermera indique que su aplicación se recomienda introduciendo un aplicador lleno (aproximadamente de 5 grs.) en la vagina al

acostarse durante siete días y el tratamiento deberá extenderse hasta catorce días o más en casos crónicos refractarios. El antimicótico puede actuar cuando ha alterado la permeabilidad de la membrana del hongo, tal vez por unirse en complejos con los esteroides de la misma, y su falta de actividad antibacteriana puede depender tal vez por la ausencia relativa de los esteroides en las membranas de las bacterias.(130)

EVALUACION:

Esta información permitió conocer a la paciente lo indispensable que es llevar a cabo las indicaciones médicas, como es la administración de algún medicamento y evitar que el padecimiento continúe y desencadene alguna complicación secundaria.

ACCION DE ENFERMERIA 2.3.1

Fundamentación científica:

La ingestión abundante de líquidos estimula la frecuencia en la micción, y con ello se provoca la eliminación y arrastre de los microorganismos alojados en las vías urinarias altas o bajas y por consiguiente en la región vulvar, al mismo tiempo que se evita el hospedaje y que el medio se haga menos favorable para el desarrollo de los microorganismos.

Las personas sanas conservan automáticamente el equilibrio o balance hídrico. El cuerpo aprovecha además muy diversos materiales en cantidades distintas y elimina desechos y excesos, como resultado de la actuación de complejos mecanismos químicos. El agua y los electrolitos corporales provienen de la ingestión de líquidos y alimentos y de procesos metabólicos.

(130) BEVAN, J.A. Fundamentos de farmacología, p.678

y se pierden a través de los pulmones, piel, vías intestinales y riñones. La pérdida de líquido corporal en cada persona varía. El aparato urinario participa en la eliminación o retención de cantidades específicas de agua y al excretar dichos volúmenes también excreta diversos desechos que pasan por los riñones, uréteres, vejiga y uretra. El conducto de la uretra comunica al exterior y en la mujer se localiza entre el clitoris y el orificio de la vagina, razón por la que se puede originar una infección ascendente hacia el tracto urinario proveniente de zonas vecinas.(131)

EVALUACION:

La ingestión de líquidos por parte de la paciente durante el período postoperatorio mediano, se realizó sin mayor dificultad.

MANIFESTACION 3.1

Fundamentación científica:

Algunas enfermedades del tracto urinario se asocian por azar con el embarazo y ser afectadas en escasa medida por él, mientras que en muchas otras el embarazo predispone al desarrollo o la exacerbación de las mismas. El proceso de infección se caracteriza por la presencia de disuria, sobre todo al final de la micción y se dispone actualmente de pocos hallazgos sistemáticos asociados. Habitualmente existe un número anormal de leucocitos, así como de bacterias en la orina, lo que origina que de una infección no complicada y a menudo el tracto urinario es involucrado al poco tiempo por una infección ascendente.(132) La sensación

(131) WOLFF, op. cit. p.206

(132) PRITCHARD, op. cit. p.565

de peso en la pélvis, el aumento de la frecuencia de las micciones y la nicturia pueden asociarse con enfermedades genitales intrínsecas con enfermedades del tracto urinario o con una combinación de ambas. Las enfermedades ginecológicas son responsables de éstasis urinaria en la mujer y por tanto desencadenan una secuencia de sucesos que tienen manifestaciones clínicas variables. El resultado inevitable de una estasis urinaria es la infección aunque no todas las infecciones se asocian a ella. La vulva, la vagina y el cérvix albergan ordinariamente bacterias y parásitos, muchos de los cuáles son patógenos.

Como resultado de variaciones en la resistencia del huésped en cualquier momento pueden dar lugar a una inflamación local. El principal síntoma de estas enfermedades es una persistente leucorrea, queja más frecuente en una mujer. La cortedad de la uretra femenina, cuyo meato est  bañado por el flujo vaginal, la hace vulnerable a las infecciones ascendentes, por ello toda mujer que tenga una historia de frecuencia y urgencia miccional deberá someterse a una exploración ginecológica.(133)

MANIFESTACION 3.2

Fundamentación científica:

El riñon es una importante estructura del organismo y puede afectarse secundariamente por enfermedades ginecológicas. Existen infecciones del tracto urinario que afectan el riñon, ya sea la pélvis renal, el parénquima renal y el uréter. Estas infecciones pueden ocasionar el dolor en el ángulo costovertebral que se irradia al costado uni o bilate-

(133) DANFORTH, Tratado... op. cit. p.946

ralmente y el área del riñón afectado suele ser dolorosa a la percusión externa, como se realiza mediante el signo Giordano, con lo que puede existir un dolorimiento marcado a lo largo del curso del uréter. El cuadro clásico no ofrece problema diagnóstico pero pueden existir variaciones en las manifestaciones clínicas y en los casos atípicos.(134)

ACCION DE ENFERMERIA 3.1.1 y 3.2.1

Fundamentación científica:

Similar al punto 2.3.1

EVALUACION:

La negligencia por parte de la mujer, es a menudo consecuencia de un daño severo, ya que generalmente hay indecisión de miccionar en el momento adecuado, ocasionando estasis de orina en vejiga lo que favorece la proliferación de microorganismos. Por otra parte las manifestaciones clínicas existentes en la infección del tracto someten a la paciente a sufrimiento a la micción, por el dolor que ello le ocasiona y sólo es hasta que se hace imperativa dicha necesidad cuando acude a miccionar.

A la paciente le fue explicado el motivo por el cuál quizá ella manifestaba esa sintomatología y se le orientó en la importancia de ingerir abundantes líquidos y miccionar cuando su organismo lo solicitara, lo que resultó benéfico. De igual manera se hizo incapie, que al acudir al médico ella debería comentar la existencia de las molestias que pudiera padecer en ese momento, para que se le proporcionara un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado.

VII. CONCLUSIONES

Debido a la baja frecuencia con que se presenta la patología dentro de nuestra sociedad, hay pocos estudios en relación a ella y los existentes la mencionan como una causa del aborto habitual y del parto prematuro. Durante la recopilación de los datos, encontré que existe bastante información sobre las técnicas y procedimientos empleados para su tratamiento, lo que me conduce a pensar que se ha tomado mayor interés una vez que la patología se desencadena con la gestación, ello porque la mayoría de las decisiones se realizan mientras la mujer se encuentra embarazada.

Es común que durante el embarazo existan mujeres que no acuden por mucho tiempo al médico, sino hasta que la patología se hace evidente y en muchas ocasiones ya no haya solución; de allí la importancia que tiene el personal de enfermería en orientar e informar a la población sobre la atención médica y control durante el embarazo, el parto y el puerperio, sobre todo en aquellas mujeres que ya han tenido antecedentes de alguna patología en embarazos anteriores o que cursan con ella.

El riesgo que corren las mujeres embarazadas cuando éstas son atendidas por matronas o parteras empíricas aumenta, pues en muchas ocasiones no cuentan con los conocimientos básicos para la atención de ellas, a lo que se agrega la falta de material y equipo indispensable para una buena atención; no se excluye de ello el error médico que consideraremos más adelante. Resulta frecuente observar cómo acuden pacientes a la unidad hospitalaria con problemas graves porque intentan todavía la realización de maniobras externas para la acomodación del producto con presentaciones anormales, o bien la realización de legrados para llevar a cabo el aborto criminal.

Del riesgo no están exentos los hospitales, pues en ocasiones no se proporciona un tratamiento óptimo a la paciente, desde un buen control prenatal hasta la aplicación de fórceps mal realizada durante la atención de un parto lo que origina grandes desgarros cervicales.

La problemática está originada también en aquella paciente que carece de información y se encuentra embarazada; generalmente inicia el trabajo de parto y ella desconoce que así sea, lo que da lugar a partos fortuitos con desgarros de periné, vagina y/o cérvix.

Y en lo que se refiere a los defectos congénitos, es necesario que la paciente acuda a un médico especializado para el empleo de terapéutica médica específica evitando con ello complicaciones de gran importancia.

De todo lo expresado anteriormente, se deduce que el número de pacientes con este padecimiento sería más pequeño, pues el riesgo sería menor si acudieran al médico de manera oportuna para realizar un control prenatal adecuado.

Es importante concluir que no toda paciente que tiene el orificio cervical interno dilatado corresponde a un caso de incompetencia ístmico cervical y también que no todo aborto habitual o espontáneo y parto prematuro son el resultado de dicha patología. Por ello se hace necesaria la valoración médica, ya que así se realizarán los estudios necesarios con meticulosidad cuando se sospeche de ella.

Por lo mencionado en el presente trabajo, también se señala que el tratamiento médico sólo es complementario del tratamiento quirúrgico (el de uso común), aunque se tiene en cuenta que la cirugía conlleva riesgos no despreciables tanto maternos como fetales.

Considerando los objetivos planteados en el proceso de atención

de enfermería y en el plan de cuidados de enfermería, se trataron de llevar a su máximo efecto de manera que la calidad brindada a la paciente fuera excelente.

Dada la investigación documental y adquirida la información durante las prácticas hospitalarias considero que era necesario realizar un estudio con mayor meticulosidad sobre el caso específico de la paciente porque:

- . La paciente contaba con el antecedente gineco-obstétrico de un parto prematuro (27 semanas de gestación).
- . Presenta amenaza de aborto el 27 de febrero (15.2 semanas de gestación) mejorando con el reposo absoluto.
- . En mayo acude nuevamente al hospital, con la sintomatología mencionada en el padecimiento actual de la historia clínica con amenaza de parto prematuro y se programa para el 16 de mayo de 1989 para cerclaje cervical, contando con lo siguiente:

Exámenes de laboratorio del 8 de mayo de biometría hemática, química sanguínea, grupo y rh y examen general de orina;

Terapéutica empleada durante la consulta médica de fugalitál óvulos e indometacina supositorios, la cuál no se llevó a cabo por la paciente.

- . En el expediente clínico no se mencionan las características cervicales que se encontraron durante la consulta médica, así como tampoco la existencia de algún ultrasonido.
- . Por otra parte, ya durante la preparación preoperatoria de la paciente y a la historia clínica de enfermería, ella manifestaba sintomatología de infección vaginal y vías urinarias.

Esto para que el diagnóstico de la paciente fuera más certero, ya que considero que no podemos excluir la posibilidad de que el caso correspondiera a el diagnóstico de amenaza de parto prematuro por infección de vías urinarias.

Por otro lado la mejoría de la paciente fue óptima gracias a su colaboración, pues cuanto más se le orientaba e informaba ella mostraba interés para su buena evolución. Y en cuanto al manejo postoperatorio que se brindó por todo el equipo de salud fue satisfactorio, tomando en cuenta que el material y equipo con que cuenta la institución es limitado, pero ello no influyó pues la calidad de atención realmente es buena en el hospital dentro del servicio de gineco-obstetricia.

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. ACKER, B. D. Et. al.

Journal Reproduce Medical

Ultrasonographic diagnosis of incompetent cervix. A case report.

Vol. 12, Dec. 1988, pp 966-968.

2. ASOCIACION NACIONAL DE ESCUELAS DE ENFERMERIA

Documento básico del Proceso de atención de enfermería

México, 1976, pp.72

3. ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Avances recientes en ginecología y obstetricia

Ediciones médicas de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

México, 1967, pp. 608

4. BASMAJAIN, John V.

Anatomía

Edit. Interamericana, 7a. edic.

México, 1977, pp.438

5. BEHRMAN, Richard E.; Vaughan, Victor C. y Nelson, Waldo E.

Nelson Tratado de Pediatría

Edit. Interamericana, 9a. edic.

México, 1986, pp. 1971

6. BENSON, Ralph C.

Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétricos

Edit. El manual moderno, 3a. edic.

México, 1983, pp. 1067

7. BEVAN, John A. Et. al.
Fundamentos de farmacología
Edit. Harla, 2a. edic.
México, 1982, pp. 825
8. BONILLA, Musoles F.
El cuello uterino y sus enfermedades
Edit. JIMS
Barcelona, 1978. pp. 632
9. BOTELLA, Ilusia J.
Patología obstétrica
Edit. Científico-médica, 12a. edic.
Barcelona, 1981. pp. 1013
10. BRANCH, D.W.
Clinical Obstetrics Gynecology
Operations for cervical incompetence
Vol. 2, Jun. 1986, pp. 240-254
11. CONRAD, John T.; Ueland, Kent
Clínicas obstétricas y ginecológicas
Características físicas del cérvix
Edit. Interamericana
Vol. 1, 1983, pp. 246
12. COUSINS, Larry
Clínicas obstétricas y ginecológicas
Insuficiencia cervical, 1980: Una oportunidad para revaloración
Edit. Interamericana
Vol. 2, 1980, pp.471

13. DANFORTH, David N.
Clínicas obstétricas y ginecológicas
La morfología del cuello uterino
Edit. Interamericana
Vol. 1, 1983, pp. 246
14. DANFORTH, David N.
Tratado de obstetricia y ginecología
Edit. Interamericana, 4a. edic.
México, 1987, pp. 1287
15. FLUHMAN, Frederic C.
El cuello uterino y sus enfermedades
Salvat editores
Barcelona, 1978, pp. 540
16. GARDNER, Weston D.; William A. Osburn
Anatomía humana
Edit. Interamericana, 2a. edic.
México, 1975, pp. 462
17. GOODLIN, R. C.
Surgical Gynecology Obstetrics
Surgical treatment of patients with hour glass shaped or ruptured
membranes prior to the twenty-fifth week of gestation.
Vol. 5, Nov. 1987, pp. 410-412
18. GOODMAN, Louis S.; Gilman, Alfred
Bases farmacológicas de la terapéutica
Edit. Interamericana, 5a. edic.
México, 1978, pp. 1412

19. GRENHILL, Jacob P.; Friedman, Emanuel A.

Obstetricia

Edit. Interamericana

México, 1977, pp. 818

20. HARGER, James H.

Clínicas de Perinatología

Cerclaje cervical: selección de pacientes, morbilidad y resultados

Edit. Interamericana

Vol. 2, Jun. 1983, pp.516

21. HERRON, M. A.; Parer J. T.

Journal Obstetrics Gynecology

Transabdominal cerclage for fetal wastage due to cervical incompetence

Vol. 1, Jun. 1988, pp. 865-868

22. HORTENSTINE, J. S.; Witherington, R.

Journal urology

Ulcer of the trigone: a late complication of cervical cerclage

Vol. 1, Jan. 1987, pp. 109-110

23. IFFY, Leslie

Obstetricia y perinatología

Edit. Panamericana

Buenos Aires, 1985, pp. 926

24. LIDSAY, Alger S.; Pupkin, Marcos J.

Clínicas obstétricas y ginecológicas

Etiología de la rotura prematura de membranas antes de término

Edit. Interamericana

Vol. 4, 1986, pp.1281

25. LOCKHART, Robert D.; Hamilton, F. W.
Anatomía Humana
Edit. Interamericana
México, 1965, pp. 965
26. LUDMIR, J. Et. al.
Journal Obstetrics Gynecology
Management of the diethylstilbestrol-exposed pregnant patient: a
prospective study.
Vol. 3, Sep. 1987, pp. 665-669
27. MARCH, C. H.
Clínicas obstétricas y ginecológicas
La histeroscopia como ayuda diagnóstica
Edit. Interamericana
Vol. 2, 1984, pp. 668
28. MARISCAL, Ernesto
Maniobras y operaciones obstétricas
Edit. La prensa médica mexicana
México, 1968, pp. 123
29. MARTINEZ, M. S.
Monografía sobre incompetencia ístmico cervical
Instituto Nacional de Perinatología
México, 1986, pp. 21
30. MARX, P. D.
Surgical Gynecology Obstetrics
Transabdominal cervicoisthmic cer. lage: a review
Vol. 7, Jul. 1987, pp. 518-522

31. MATTINGLY, Richard F.; Thompson John D.
Ginecología operatoria Te Linde
Edit. El ateneo, 6a. edic.
Buenos Aires, 1985, pp. 819
32. MEDICOS RESIDENTES Y EX-RESIDENTES DEL HOSPITAL DE GINECO-OBSTETRICIA
NO. 1 DEL I.M.S.S.
Resúmenes bibliográficos
Escuela de Gineco-Obstetricia Mexicana
México, 1978, pp. 116
33. MONDRAGON, Héctor C.
Obstetricia básica ilustrada
Edit. Trillas, 3a. edic.
México, 1986, pp.685
34. NOVAK, Edmund R.; Seegar Jones G.
Tratado de Ginecología
Edit. Interamericana, 9a. edic.
México, 1977, pp. 773
35. OSINUSI, B. O.
Journal Medical
Value of ultrasound in patients with cervical incompetence
Vol. 2, Jun. 1987, pp. 109-112
36. PRITCHARD, Jack A.; Macdonald, Paul C.; Gant, Norman C.
William Obstetricia
Salvat editores, 3a. edic.
Barcelona, 1986, pp. 900
37. ROSENSTEIN, Emilio
Diccionario de especialidades farmacéuticas (PLM)

Ediciones PLM, 36a. edic.

México, 1990, pp. 1198

38. SCHEERER, L. J.; Lam, F.; Bartolucci, L.; Katz, M.

Journal Obstetrics Gynecology

A new technique for reduction of prolapsed fetal membranes for emergency cervical cerclage

Vol. 3, Sep. 1989, pp. 408-410

39. SHOLTIS, B. L.; Suddarth, D. S.

Manual de enfermería médico-quirúrgica

Edit. Interamericana, 4a. edic.

México, 1986, pp. 1562

40. SHORTLE, B.; Jewelewicz, R.

Fertil Steril

Cervical incompetence

Vol. 2, Aug. 1989, pp. 181-188

41. SMOUT, C. F.

Anatomía de la pélvis femenina

Edit. Interamericana

México, 1965, pp. 445

42. STIRRAT, Gordon M.

Manual clínico de ginecología y obstetricia

Edit. McGraw-Hill

México, 1986, pp. 300

43. TEI, A.

Tokyo Medical University

Surgical treatment of incompetent cervix during pregnancy by Saito

- modification of Shirodkar operation
Vol. 4, Dec. 1987, pp. 69-73
44. TORTORA, Gerard J.; Anagnostakos, Nicolas P.
Principios de anatomía y fisiología
Edit. Harla, 3a. edic.
México, 1984, pp. 1034
45. VALLE, Rafael F.
Clínicas obstétricas y ginecológicas
Histeroscopia para el diagnóstico ginecológico
Edit. Interamericana
Vol. 2, 1983, pp. 688
46. WYNGAARDEN, J. B.; Smith, H. Ll.
Cecil Tratado de Medicina Interna
Edit. Interamericana, 16a. edic.
México, 1985, pp. 2600
47. WOLFF, Lewis L.
Fundamentos de Enfermería
Edit. Harla, 2a. edic.
México, 1983, pp. 550
48. ZARATE, A.; Canales, E. S.; Mc Gregor C.
Esterilidad e infertilidad
Edit. La prensa médica mexicana
México, 1976, pp. 127