



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA



LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
EN EL CONTROL PRENATAL, COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES
CERVICOVAGINALES DURANTE EL EMBARAZO.

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

SILVIA MIRIAM TINOCO MARTINEZ
TOBIAS RODRIGUEZ AYALA

DIRECTOR DE TESIS

MASE. RAUL RUTILO GOMEZ LOPEZ

MÉXICO D.F.

OCTUBRE, 2005

0349672



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

AUTORIZACION DE TERMINADO DE TESIS
Vo. Bo.


MASE Raúl Rutilo Gómez López.

Profesor Titular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Silvia Niviam
Linao Martínez
FECHA: 10-NOVIEMBRE-05.
FIRMA: 

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Tobías Rodríguez
Ayala
FECHA: 10-NOVIEMBRE-2005
FIRMA: 

Un Ángel a Tu Lado



Que siempre tengas un Ángel a tu lado
velando por ti en todo lo que hagas,
recordándote que debes seguir creyendo
en días más luminosos encontrando la
forma para que tus deseos y tus sueños,
te lleven a lugares más bellos.
Dándote esperanza, que es más confiable
que el sol, otorgándote la fuerza de
la serenidad como guía.

Que siempre tengas un Ángel a tu lado,
alguien que te sostenga si te caes
estimulando tus sueños, inspirándote
felicidad, tomándote de la mano y
ayudándote a superar las dificultades.
Todos los días nuestras vidas se
encuentran en permanente cambio,
las lágrimas aparecen tanto
como las sonrisas.

A lo largo de los caminos recorridos, que la
distancia sea más placentera que solitaria.
Que recibas dones que nunca terminen,
alguien maravilloso a quien amar y un
amigo del alma en quien confiar.
Que siempre aparezca el arco iris
después de la tormenta y que
siempre te abrigue la esperanza.

Ojalá siempre tengas amor, consuelo, aliento
y que siempre haya un Ángel a tu lado.

AGRADECIMIENTOS

- Dios; ser excepcional, gracias por ser tan generoso conmigo y brindarme el placer de amanecer cada día al lado de la grandiosa familia a la que pertenezco, por permitirme conocer el amor y compartir la vida con un hombre genial.
- Gracias a mi Madre por haberme llevado en su vientre, por cobijarme con el agradable calor de sus brazos, por el gran amor que me brinda y por no perder la esperanza, creer en mí y compartir conmigo el deseo de superación, tanto en mi vida personal como profesional.
- Gracias Papá por apoyarme, esforzarte, confiar e impulsarme día a día, ya que tu haz sido pieza clave en mi formación, ya que siempre mantuviste una gran luz encendida que me entusiasmaba a continuar en el camino y ahora que esta cercano el final de la jornada, te ruego me permitas permanecer a tu lado y al de mi Madre y así subir juntos el siguiente escalón y compartir lo maravilloso que deben ser las satisfacciones.
- Mil gracias Magdalena, por ser la mejor hermana del mundo, por contagiarme con tu desbordante alegría, por compartir conmigo desasosiego, esfuerzo y afanes.
- Gracias Abuelitos, Tíos Amigas; por contribuir siempre en mantener firme en mi mente el deseo de progresar.
- Toby, amor; mil gracias por haber llegado a mi vida y tocar mi corazón con tu gran amor, por tu cariño sincero, tu incondicional amistad, por permitirme formar parte de tu vida y dejarme amarte, por mantener la esperanza, confianza, interés y arrebatos necesarios para tomar mi mano y animarme una vez caída e impulsarme nuevamente a retomar el camino. Gracias por siempre compartir conmigo tus sueños, satisfacciones, anhelos, esperanzas, conocimientos, por mostrarme ese coraje que caracteriza tu manera de superarte, por enseñarme que antes de amanecer, la noche se vuelve mas oscura, pero que aun así por la mañana el sol brillara nuevamente. Toby, gracias por ser el mejor amigo y la pareja que siempre espere.
- Gracias a todos los profesores, enfermeras, médicos que compartieron conmigo sus conocimientos, habilidades y destrezas, pero en especial al Profesor Raúl Rutilo López Gómez por creer en el proyecto y sobre todo su gran apoyo académico.

Con sinceridad y cariño.....

Silvia Miriam Tinoco Martínez.

DEDICATORIAS

- A Dios por ser tan misericordioso conmigo.
- A Mamá y Papá por haberme dado la vida y compartir conmigo mis fracasos, esfuerzos y éxitos.
- A mi hermana, por llenar mi vida de luz, paz y alegría.
- A mi novio Tobias, por haber llegado a mi vida para llenarla de armonía.

ATTE.

Silvia Miriam Tinoco Martínez.

AGRADECIMIENTOS

- Gracias a Dios por que me permitió tener una familia y despertar día a día y verla a mi lado apoyándome en todas las metas y triunfos que he conseguido.
- Gracias a mis padres, ya que soy el producto del amor que hay entre ellos y por ser el hijo que toda madre desea tener en sus brazos por primera vez, y sin su apoyo, ayuda, confianza y amor no habría llegado hasta aquí.
- Gracias a mi progenitora Guadalupe Ayala Delgado, quien es mi mayor ídolo en todo el planeta, agradezco infinitamente por todo su esfuerzo, su ternura, por tanto desvelo cuando estaba en su regazo, su apoyo; moral, físico, monetario, por su consistencia, humildad, honradez, esfuerzo, dedicación, por valorar el trabajo, por inculcarme sus valores y principios, que gracias a ellos he sobresalido en lo que me he propuesto, por hacerme ver que la vida vale mucho y tenemos que enfrentarla día a día con sus altibajos y no dejarse vencer ante nada o nadie y continuar hacia delante con la frente en alto, humildemente. La admiración y el respeto que le tengo me impulsa diario para no dejarme caer y continuar adelante.
- Gracias a mi padre Pedro Rodríguez Pantoja por compartirme sus conocimientos, por todo lo que ha hecho por mí, la admiración que le tengo es mucha y gracias a ella he aprendido a valorar el trabajo.
- A mi hermano Rodolfo Rodríguez Ayala, gracias por todo el apoyo brindado, por ser el hermano que todos quisieran tener, por su valor, por enseñarme que con firmeza y dedicación se obtienen lo que anhelas, por su fuerza de voluntad, y por todo el tiempo que hemos compartido juntos, gracias.
- A mis abuelos maternos; Juana Delgado Ortega y Rodolfo Ayala Pérez, a ellos por la educación que me brindaron, por compartir sus experiencias, por transmitirme sus valores y principios, del mismo modo por enseñarme la vida del campo, muchas gracias por su amor, cariño, comprensión, paciencia, sabiduría y por sus enseñanzas.
- A mi novia Silvia Miriam Tinoco Martínez: gracias por estar siempre hombro a hombro apoyando mis locuras, por enseñarme a vivir, por enseñarse lo que es el amor, por su confianza, por sus enseñanzas, por su ternura, su belleza, por creer en mí, su ingenuidad, por compartir sus metas logradas, sus valores, principios y moral, por enseñarme que la vida vale mucho y más cuando tenemos una familia y con quien compartir los momentos más bonitos de la vida, por enseñarme a defender lo que pienso y lo que quiero, por mostrarme que la belleza de una persona no es el físico si no la esencia la cual determina su comportamiento y sentimientos.

Por lo anterior les doy las GRACIAS desde el fondo de mi corazón y Siempre estaré eternamente agradecido.

GRACIAS.....

ATTE: Tobías Rodríguez Ayala.

DEDICATORIAS

Dedico este fruto de mucho esfuerzo:

- A mi mamá la señora Guadalupe Ayala Delgado,
- A mi papá el señor Pedro Rodríguez Pantoja,
- A mi hermano Rodolfo Rodríguez Ayala,
- A mis abuelos maternos Juana Delgado Ortega y Rodolfo Ayala Pérez,
- A mi novia Silvia Miriam Tinoco Martínez.

ATTE.

Tobías Rodríguez Ayala.

PD. La vida es un riesgo, debemos disfrutarla y del mismo modo aprovecharla al máximo, ya que el tiempo perdido nunca se recupera. Y vivir día a día, como si fuese el último día de nuestra vida, ya que no sabemos ni como, ni cuando llegara nuestro deceso.

INDICE

PAGINA

INTRODUCCIÓN	
1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema	7
2. MARCO TEORICO	8
2.1 Situación Perinatal en México	8
2.1.1 Salud Reproductiva	10
2.1.2 Morbimortalidad Perinatal	11
2.1.3 Antecedentes de la Enfermería en la Salud Reproductiva	14
2.1.4 El Quehacer de Enfermería en el cuidado de la Salud Reproductiva	16
2.1.5 Educación para la Salud	16
2.2 Desarrollo del embarazo	21
2.2.1 Fecundación	21
2.2.2 Desarrollo del Producto de la Concepción	22
2.2.2.1 Primer Trimestre	22
2.2.2.2 Segundo Trimestre	28
2.2.2.3 Tercer Trimestre	30
2.3 Control Prenatal	32
2.3.1 Historia Clínica	34
2.3.2 Exploración Física	36
2.3.3 Pruebas de Laboratorio durante el Control Prenatal	39
2.3.4 Visitas Prenatales Subsecuentes	41
2.3.5 Maniobras de Leopold	43
2.4 Infecciones Cervicovaginales	46
2.4.1 Flora Genital Habitual	49
2.4.2 Cervicovaginitis	51
2.4.3 Vaginosis Bacteriana	53
2.4.4 Vaginosis por Gardnerella	57
2.4.5 Candidiasis (Candidosis Vulvovaginal)	60
2.9.6 Tricomoniasis Vaginal	67
2.9.7 Chlamydia Trachomatis.	74
3. JUSTIFICACION	80
4. OBJETIVOS	81
4.1 Objetivo General	81
4.2 Objetivo Específico	81
5. METODOLOGÍA	82
5.1 Diseño	82
5.2 Tiempo en que suceden los eventos	82
5.3 Periodo que cubrirá el estudio	82
5.4 Universo de estudio	82
5.5 Tamaño de la muestra	82
5.6 Formas de asignación de los casos de estudio	83
5.7 Criterios de selección	83

INDICE

PAGINA

5.7.1	Criterios de inclusión	83
5.7.2	Criterios de exclusión	83
5.7.3	Criterios de eliminación	83
5.8	Variables	83
5.8.1	Independientes	83
5.8.2	Dependientes	83
5.9	Indicadores	84
5.10	Técnicas de recolección	84
5.10.1	Observación	84
5.10.2	Entrevista	84
5.11	Procesamiento de datos	84
5.12	Validación de resultados	84
5.13	Recursos	85
5.13.1	Recursos humanos (Investigadores)	85
5.13.2	Director de tesis	85
5.13.3	Recursos materiales	85
5.13.4	Recursos financieros	85
5.14	Consideraciones éticas	85
6.	DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS	86
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS	116
8.	CONCLUSIONES	118
9.	RECOMENDACIONES	120
10.	GLOSARIO	122
11.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICA	126
12.	ANEXOS	129

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de la vida los cuidados existen ya que es necesario ocuparse de la vida para que esta pueda persistir. Los hombres como todos los seres vivos, han tenido siempre la necesidad de cuidados, por que cuidar es un acto de vida que tiene por objetivo, en primer lugar y por encima de todo, permitir que la vida continúe y se desarrolle, de este modo, luchar contra la muerte; esta necesidad de asegurar cada día el mantenimiento de estas funciones vitales da lugar a un conjunto de actividades indispensables de las que se hacen cargo hombres y mujeres licenciados en enfermería y obstetricia que, de acuerdo con los recursos locales se esfuerzan por atenderlas.

Cuidar es, por tanto, mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación.

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida del grupo.

El embarazo comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano, comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero.

El embarazo altera los esquemas hormonales normales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso. Antes de la duodécima semana de embarazo es posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros. Por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones.

El síntoma más evidente es el aumento de peso. En la actualidad se aconseja que el aumento de peso no supere los 12 kilogramos al final del embarazo.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forma su cerebro, brazos, piernas y órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar algún tipo de medicación si no es aconsejada por personal que conoce su estado. También debería evitar el consumo de tabaco y alcohol. Un embarazo normal dura unas 40 semanas, o 280 días, contando desde el comienzo del último periodo menstrual. El parto, proceso mediante el cual el niño es expulsado del útero por la vagina, comienza con contracciones irregulares del útero cada 20 o 30 minutos. A medida que avanza el proceso, aumenta la frecuencia e intensidad de las contracciones. El momento culminante del trabajo de parto ha llegado y él bebe ha nacido.

Las Infecciones Cervicovaginales se presentan con una incidencia de 7 - 20% de las mujeres embarazadas, motivo principal de consulta de urgencias en los Hospitales Materno Infantil, tanto por la presencia de las mismas como por la aparición de daños a su embarazo, como son alteraciones del tipo de aborto, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, que ponen en riesgo la salud del binomio materno fetal.

Uno de los cuidados que contribuyen a mejorar esta situación en el Control Prenatal, en el cual se debe realizar una serie de cuidados encaminados a valorar el desarrollo del embarazo y disminuir la aparición de embarazos de alto riesgo, en el cual se lleva a cabo un proceso educativo tendiente a conseguir y mejorar la salud de esta población.

Un agente valioso y del cual se han visto resultados favorables para lo anterior es el personal de Enfermería, el cual participa en este proceso a través de intervenciones de tipo educativo tendientes a establecer conductas y comportamientos saludables que además de contribuir a su proceso reproductivo favorezca estilos de vida positivos.

La educación de Enfermería es el medio de la práctica, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas del paciente a los problemas reales o potenciales de salud.

Por lo anterior la presente tesis se ha estructurado con el objetivo de conocer y resaltar la importancia de la participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la atención brindada hacia las mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal, al Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México. La cual está estructurada por 12 capítulos, en el primer capítulo; Fundamentación del tema de investigación en donde se resaltan las capacidades, pericias y atributos que caracterizan al personal de Enfermería, para realizar intervenciones tendientes a contribuir con el buen desarrollo del binomio materno-fetal, en el capítulo dos se presenta el Marco Teórico que describe la Situación Perinatal en México, así como la Morbimortalidad Perinatal, Antecedentes de Enfermería y su Quehacer en la práctica de cuidados en salud reproductiva, así como la Educación para la Salud, con esto aspirando a elaborar objetivos propios para efectuar intervenciones de Enfermería destinados a resolver las necesidades de salud de las pacientes, desde una perspectiva holística. Es importante comprender el perfil en el que se desarrolla la paciente para así iniciar el proceso de educación para la salud. Se mencionan las características y el desarrollo de un embarazo normal, y se puntualiza el desarrollo del Control Prenatal adecuado con el propósito de conseguir que el binomio madre-hijo se vea favorecido ya que durante este periodo es muy frecuente que se produzcan Infecciones Cervicovaginales y estas a su vez, alteren el estado normal del embarazo y provocar daño sobre la gestación.

El capítulo tres denota la Justificación; que marca los cambios que se producen en el entorno y en los servicios de salud, excitando al personal de Enfermería a mantener su pensamiento crítico para ofrecer cuidados de Enfermería de calidad. En el siguiente capítulo se abordan los Objetivos que se persiguen mediante el desarrollo de esta investigación; capítulo cinco, se presenta la metodología de investigación: su diseño, población, criterios de selección, variables, indicadores, técnicas de recolección de datos, procesamiento y validación de datos y recursos: humanos, materiales y financieros utilizados. En los últimos capítulos se desarrolla la Descripción Estadística, Descripción de Resultados obtenidos, Análisis de Resultados, Conclusiones, Sugerencias, Glosario de Términos, Referencias Bibliográficas, y Anexos.

1. FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN

La Enfermería es una disciplina científica, con gran impacto social. Tiene como fin promover, conservar y restaurar la salud; prevenir la enfermedad y aliviar el sufrimiento, satisfaciendo las necesidades humanas dentro de una amplia variedad de entorno.

Como ciencia cuenta con principios propios pero, al mismo tiempo, por su carácter de profesión vinculante, se nutre de los conocimientos alcanzados por las ciencias médicas que, a su vez, se sustenta en los avances de las ciencias biológicas, sociales y psicológicas.

El Licenciado en Enfermería se caracteriza por poseer una formación teórico-práctica que le permite un desempeño altamente calificado en las siguientes funciones:

- Asistencial, dirigida a la prestación de cuidados directos al usuario, familia o comunidad, en aspectos preventivos, de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud. Siendo la mayoría de sus acciones propias, implementa propuestas con enfoque sistémico, estableciendo información y control cuali-cuantitativo.
- Docente, vinculada a la educación en lo referente a la formación de profesionales de Enfermería en todos los niveles; la enseñanza a personas y grupos, cumpliendo con las pautas de atención primaria de salud; la formación de personal auxiliar, que compone el colectivo en Enfermería y de otros profesionales del equipo de salud.
- Gestión, que asegure una respuesta eficiente a las necesidades, mediante un desarrollo de las diversas acciones de Enfermería, a través de una praxis sustentada por la reflexión, una metodología y un humanismo integral.
([www.ucu.edu.uy/Facultades/ Enfermeria/enfermeria/Enfermeria.htm](http://www.ucu.edu.uy/Facultades/Enfermeria/enfermeria/Enfermeria.htm))

Por lo anterior el Licenciado en Enfermería posee conocimientos y bases para llevar a cabo un buen Control Prenatal, del mismo modo prevenir las complicaciones de la gestación.

La finalidad de un buen Control Prenatal durante el embarazo es la de cuidar el estado de salud de la madre y de su hijo a través de mensajes específicos sobre hábitos saludables, por otra parte, también se deberá tomar en cuenta la necesidad de dar a conocer los cambios físicos, psíquicos y sociales durante la gestación, con el objetivo de que la gestante, su pareja y el entorno familiar puedan adaptarse a esta nueva situación. El aprendizaje por parte de la mujer embarazada sobre autocuidado ayudará a mejorar su estado, favoreciendo además su autonomía y previniendo las complicaciones.

Un diseño adecuado de los sistemas de educación e información y su aplicación práctica, utilizando los métodos apropiados, repercutirá beneficiosamente en el embarazo, ayudando a mejorar los resultados perinatales. La información y las intervenciones del Licenciado en Enfermería deberán adaptarse a las necesidades de cada mujer embarazada y de su entorno. De esta forma deberemos tener en cuenta, si nos encontramos ante una adolescente, madre soltera, toxicomaniaca, etc.

La información podrá darse individualmente en consulta y de forma continuada o por medio de charlas grupales, teniendo en cuenta el ofrecer una información adaptada al momento de la gestación en el que se encuentren las embarazadas y sus parejas. (MARTINEZ, 2001).

La Enfermería debe desarrollarse y progresar para satisfacer los nuevos requisitos necesarios del público según se van presentando. El creciente conocimiento de las Enfermeras se ha complementado por incrementos sustanciales del conocimiento fisiológico y psicológico de valor para los médicos y otros trabajadores de la salud para el diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad y en el mantenimiento y promoción del desarrollo y funcionamiento normal (MARRINER, 1999).

El bienestar, el estado general de salud, la lesión y la enfermedad son factores críticos en las situaciones de Enfermería, puesto que son los determinantes del foco de atención apropiado de los cuidados de la salud y de los tipos de cuidados de la salud buscados. El personal de Enfermería debe tener información sobre el estado general de los pacientes, así como información sobre las condiciones y acontecimientos asociados con los trastornos específicos de la salud que sufre el paciente (OREM, 1993).

El fomento de la salud del individuo comienza desde el momento de la fecundación, en ese instante empieza a desarrollarse la vida. Posteriormente, la salud del feto puede ser influida por la salud de la madre. Existe una dependencia muy estrecha entre madre-feto, y el ambiente que los rodea. Por esta razón los problemas de la maternidad y de la infancia no pueden separarse (HERNAN, 1998).

Al tener una escolaridad limitada, las mujeres tienen menos oportunidades de recibir información adecuada sobre temas relacionados con la salud, la sexualidad y la planificación familiar. Casi 50% de las mujeres que acuden al Hospital para la resolución de su embarazo tienen un Control Prenatal inadecuado, y para muchas de ellas su primer contacto con alguna institución de salud ocurre cuando se encuentran en trabajo de parto. La falta de vigilancia del embarazo afecta a toda la población. La meta de la obstetricia moderna es conseguir recién nacidos sanos de mujeres cuyo organismo no sufra lesiones atribuibles a la maternidad.

El desarrollo de la medicina preventiva, con la participación del Médico y la Enfermera de la familia en la atención Gineco-Obstétrica, unido a los sustanciales cambios técnicos y organizativos para mejorar la calidad de la asistencia al binomio madre-hijo, han obligado a buscar formas más dinámicas que favorezcan el desempeño del equipo de salud, entre las cuales figura la temprana detección de Infecciones Cervicovaginales en las gestantes, tanto en las ingresadas en el Hospital o su domicilio como en las que no han requerido esa indicación Médica imprescindible (www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol6_3_02/san10302.htm).

Este objetivo no solo se consigue realizando una adecuada asistencia en el parto, sino también con un buen control durante la gestación, que pueda prevenir, y tratar de modo adecuada aquellas complicaciones que puedan comprometer la salud del binomio madre-feto (latina.obgyn.net/sp/articles/Diciembre99/Riesgo%20Reproductivo.htm).

Si bien un inadecuado Control Prenatal es un factor para complicaciones Obstétricas, el correcto Control Prenatal durante el embarazo y parto, con un posterior acceso a centros de

planificación familiar, deben ser los pilares básicos para la atención de la mujer embarazada (BOLETÍN MEDICO DEL HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO, NOVIEMBRE 2002).

Las condiciones sanitarias, económicas y culturales tienen una estrecha relación con la salud del bimonio madre-feto, tal como sucede con cada uno de los individuos de la población. Pero en este caso hay algo diferente, pues las madres están expuestas a los riesgos inherentes al embarazo, parto, puerperio y lactancia, y los niños a las dificultades del crecimiento y del desarrollo y al hecho de que los riesgos ambientales generales se agravan para ellos debido a la extrema habilidad del organismo en formación. Esta situación justifica la existencia de programas especiales de protección y fomento de salud de bimonio madre-feto (HERNAN, 1998).

La muerte materna y la muerte fetal constituyen dos situaciones extremadamente tristes y dolorosas, de graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia en el actuar Médico.

Las tasas de mortalidad materna y perinatal se aceptan como indicadores que reflejan la eficiencia en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, están en estrecha relación con determinantes sociales, económicos y demográficos y son el reflejo de la calidad de vida de cada país. La desigualdad entre las naciones, la discriminación y las grandes diferencias sociales aún dentro de un mismo país y región son determinantes que establecen grandes variaciones en la mortalidad materna y perinatal, incluso entre ciudades e instituciones.

A pesar de su enorme validez, la mayoría de los países de América Latina carecen de tasas de mortalidad perinatal confiables, existiendo grandes subregistros y la tendencia a reportar con mayor frecuencia tasas hospitalarias que tienen un amplio rango de variación entre 18 y 40 por mil nacimientos, alcanzando en algunas Instituciones cifras extremadamente elevadas de hasta 49 por mil.

La salud perinatal guarda relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios Médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de planificación familiar, nutrición, control prenatal, parto y amenaza de parto prematuro.

La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal (www.encolombia.com/medicina/ginecologia/obste52101mejoramiento.htm).

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término Salud Reproductiva y la atención a la misma se refieren normalmente a situaciones relacionadas con la actividad sexual, el embarazo y el parto, las Infecciones Cervicovaginales siguen siendo una causa de morbilidad en nuestra población y más aún en la etapa de la gestación, lo cual implica un riesgo para el mismo embarazo como para etapas posteriores ha este.

Son muchos los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de toda la población, en especial la de las mujeres; entre ellos se destacan los aspectos biológicos, factores sociales, culturales, económicos, y los referentes al acceso a los servicios de salud. Al realizar el Servicio Social en el Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México, rotando por el Servicio de Consulta Externa de Gineco Obstetricia, brindando Control Prenatal a la mujer embarazada de diferentes comunidades periféricas al Hospital, durante un periodo de tres meses (Mayo-Julio, 2005) nos percatamos que de manera periódica se determina una elevada incidencia de Infecciones Cervicovaginales, lo que demuestra que de 150 pacientes a las que se brinda Control Prenatal, 90 presentan algún tipo de Infección Cervicovaginal, por tanto nos surge la siguiente pregunta de investigación: ¿La orientación brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Control Prenatal, actúa como medida de prevención en la aparición de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo?

2. MARCO TEORICO

2.1 SITUACION PERINATAL EN MEXICO

La población mexicana, conformada en su mayoría por personas jóvenes, exhibe características muy particulares, lo cual plantea expectativas respecto al futuro inmediato y mediano, desde el punto de vista de la salud pública, sobre todo en lo que concierne al binomio madre-hijo. En este sentido la atención materno infantil debe considerarse como un problema prioritario de salud ya que no es solo el aspecto cuantitativo el que define al problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de dos seres, así como la eficacia de las medidas preventivas y la solución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal, además de las consecuencias que dichos trastornos tienen en la evolución del recién nacido.

En nuestros tiempos a pesar de los avances en investigaciones de salud y la tecnología, los índices de morbilidad siguen siendo importantes y de llamar la atención sobre todo por que muchos de estos casos son prevenibles, predecibles y otros detectados a tiempo, lo anterior permite evitar mayores complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto o al recién nacido, a la familia y a la sociedad, ya que al presentarse una complicación, está va a necesitar una serie de recursos e infraestructura para resolverse, como lo es el personal capacitado y equipo adecuado lo cual se va a reflejar en economía pública.

La problemática Perinatal tienen su fundamento en la epidemiología la cual en este caso, no sirve para visualizar lo que a nuestro alrededor en cuestiones de salud esta ocurriendo además de poner focos rojos en algunas situaciones particulares que puedan causar daños importantes a la salud reproductiva, en este caso la salud Perinatal.

La salud de la mujer en la etapa gestante es fundamental por esto debe planearse el embarazo. El conocimiento de los riesgos potenciales que pueden afectar el curso de la gestación permite establecer precauciones prenatales, perinatales e incluso postnatales tanto para la madre como para el feto o el recién nacido. Desafortunadamente la mayoría de las infecciones adquiridas primarias o contraídas por reactivación durante el embarazo tienen un curso asintomático o por lo menos nada característico que permita reconocer su presencia en la mujer y evaluar los riesgos del feto. Se ha documentado la existencia de un número bastante considerable de Infecciones Cervicovaginales capaces de alterar el curso de la gestación, en tanto son causantes de aborto, ruptura prematura de membranas, labor prematura, corionamnionitis, infección materna posparto y diferentes cuadros clínicos en el feto y en el recién nacido.

En epidemiología es útil clasificar la morbilidad y mortalidad perinatales con varios esquemas relacionados con la madre, el feto y el recién nacido, en las diferentes etapas de la reproducción. Algunos ejemplos son relacionar la edad gestacional con el peso al nacimiento que es un método indirecto de calcular la edad del producto, estos métodos permiten anticiparnos al daño y llevar a cabo intervenciones que contribuirán a reducir o eliminar dichos resultados no deseados.

Muchas son las alteraciones, complicaciones o daños a la salud reproductiva en este momento, los relacionados a la etapa de la gestación que como ya se mencionó anteriormente pueden ser previsibles y detectarse oportunamente a través de estrategias de fácil aplicación como la detección de factores de riesgo, la referencia y contrarreferencia oportuna, la prevención de alteraciones de la gestación y la promoción a la salud que a su vez incluye la educación a la misma.

Desafortunadamente existen patologías concomitantes en el embarazo que tienen repercusiones importantes en el binomio madre-feto o madre-recién nacido, sin dejar de considerar a los otros personajes del entorno como ya se mencionó. Un ejemplo de ello es el parto prematuro, el cual; es una causa de complicaciones y muertes que incluyen el síndrome de insuficiencia respiratoria, la hiperbilirrubinemia y la hemorragia intraventricular.

Algunos de los factores relacionados con la aparición de estas son las infecciones a nivel de cualquier trayecto, órgano o sistema, el caso; en particular son las Infecciones Cervicovaginales, entre las más importantes sin dejar de considerar las infecciones de vías urinarias; alteraciones que pueden prevenirse y detectarse oportunamente a través de una adecuada vigilancia y valoración profunda.

La promoción y coordinación de la investigación clínica, epidemiológica y operativa en salud Perinatal es una estrategia básica de la salud reproductiva, que permite mantener actualizado el conocimiento, así como adaptar y adoptar los avances científicos y tecnológicos que ocurren tanto a nivel nacional como internacional, a los diversos componentes programáticos en el sector salud se deberá promover la investigación orientada con misiones específicas, ya que la investigación básica en las áreas biomédicas y social son el resorte de las instituciones de investigación y educación superior del país, incluidos los institutos nacionales de salud (SSA, 2000).

Algunos datos de relevancia para entender esta problemática Perinatal es el aumento en las diferencias entre grupos atendidos en las diversas Instituciones públicas.

La mortalidad materna en el Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" en el periodo comprendido de Enero del 2004 a Junio del 2005 mostró un deceso importante pasando de 4.8 muertes por 10 000 nacidos vivos a 3.6 esta diferencia con respecto a las cifras nacionales se debe a que la población derechohabiente tiene un nivel socioeconómico más elevado y homogéneo que la población general, ya que esta integrada por familias de trabajadores que disfrutaban de un ingreso fijo y prestaciones de ley que les garantiza el acceso regular a servicios prenatales, a una atención adecuada del parto y a una vigilancia competente del puerperio. En contraste las poblaciones no aseguradas frecuentemente no acceden ni siquiera a una atención adecuada del parto. El porcentaje de partos atendidos en unidades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende a 6.9 %.

Las cifras de mortalidad materna están subestimadas ya que en el momento actual solo 6 de cada 10 partos se atienden en las Instituciones del sector público y más del 20% se atienden en los hogares, con frecuencia por personal no calificado. Estos datos podemos relacionarlos con la morbilidad Perinatal lo cual de igual manera es elevada, pero que pueden evitarse utilizando diversas estrategias.

Entre las acciones que serán necesarios desarrollar para disminuir las muertes maternas en nuestro país destacan las siguientes:

Garantizar el acceso de las poblaciones rurales y urbanas marginadas a servicios pre y perinatales.

Capacitar al personal que vigila el embarazos y atiende los partos en regiones marginadas, la educación formal, otra estrategia en la cual contribuye de manera directa a producir salud.

Prácticamente todos los indicadores positivos de salud se relacionan con los niveles educativos. La educación de las mujeres asocia consistentemente con mejores niveles de salud durante el período reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos.

2.1.1 SALUD REPRODUCTIVA

En cada sociedad existen individuos, familias y comunidades con mas probabilidades que otros de sufrir en el futuro enfermedades, accidentes o muerte prematura. Sin embargo, también existen individuos, familias y comunidades con mas probabilidades que otros de disfrutar mejor salud.

Como la tendencia hasta hace pocos años ha sido preocuparse más por la enfermedad que por la salud, se a utilizado la estrategia de riesgo la cual a pasado a formar parte de la prevención de la enfermedad. En el campo de la salud infantil y materna se llego a hablar de "supervivencia" termino que evidenciaba que el único objetivo era evitar la muerte, postergando y ocultando las secuelas de la morbilidad y más aún la calidad de vida de la población. En los momentos actuales es necesario que surja una serie de factores interactivos que puedan utilizarse en conjunto para predecir no sólo un riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr un bienestar biopsicosocial, estamos hablando no solo de prevención de la enfermedad sino de promoción y educación para la salud.

En la actualidad la Medicina ha incorporado gran cantidad de pruebas diagnosticas con el objetivo de conocer los cambios y poder detectar patologías precozmente. Todo ello ha mejorado la salud materno-infantil y ha reducido la tasa de mortalidad y morbilidad tanto de la madre como del hijo, pero al mismo tiempo la gestación, como proceso fisiológico, se ha medicalizado y la mujer puede vivir su embarazo como uno de los momentos de su vida en el que se realizaran más pruebas que, aunque su objetivo sea conseguir una mejor salud para ella y su hijo en algunas ocasiones, va a generar dudas y preocupación. Por ello, será fundamental el papel del personal de Enfermería en el sentido de informar sobre las diferentes pruebas diagnosticas solicitadas y el objetivo de cada una de ellas.

La promoción de la salud esta basada principalmente en el comportamiento o estilo de vida de las personas. Definitivamente, la salud depende más del comportamiento individual y social que de las acciones aisladas que pueda realizar el sector salud. Sin embargo, la salud también depende de una mejora en las condiciones sociales donde se incluye la educación, la vivienda, los ingresos y la alimentación. Así mismo, depende de una mejora en la situación social de la mujer. Es muy difícil modificar el comportamiento para promocionar la salud

cuando el sistema educativo no es adecuado, existe pobreza, las viviendas sufren escasez de agua y alcantarillado, las personas sufren de hambre y la mujer aún es víctima de discriminación y postergación.

La salud tiene que lograrse en base a esfuerzo y perseverancia, tanto individual como colectiva. En ese sentido, la estrategia de atención esta más vigente que nunca ahora a través de la táctica operacional de los sistemas locales de salud donde se deben concertar los esfuerzos tanto de la comunidad, del sector salud y de otros sectores en la busca de "salud para todos".

La salud sexual y reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia, representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos, el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del período reproductivo de las personas. Tiene que ver con relaciones interpersonales con percepciones y valores, su cuidado evita enfermedades, abuso, explotación, embarazos no deseados y la muerte prematura.

El combate a la pobreza el acceso a la información veraz y oportuna, así como la disminución de la desigualdad entre hombres y mujeres son en definitiva las grandes estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de la población.

Para contrarrestar la gran injusticia social deben diseñarse y ponerse en operación con eficiencia y calidad programas de atención para grupos especiales de la población como son la población adolescente, las mujeres embarazadas, los indígenas y las minorías, solo así se podrá contribuir a garantizar el derecho universal que tiene toda persona a la salud y de manera particular a la salud reproductiva.

La salud perinatal, un pilar fundamental de la salud reproductiva incluye acciones dirigidas a la mujer, a la pareja y a la familia en torno al proceso biológico de la reproducción, sus componentes emocionales y sus características sociales; el equipo de salud integrado por el personal Médico, Enfermería, Psicología y Trabajo Social; brindaran información y orientación con absoluto respeto a la dignidad de la población usuaria, a través de la comunicación deberán promover entre las usuarias una nueva cultura de la salud reproductiva, los enormes beneficios de la atención prenatal, del autocuidado de la salud y el ejercicio de los derechos reproductivos.

Las acciones a realizar en las mujeres no embarazadas son de carácter preventivo de información, educación y comunicación con énfasis en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y derechos reproductivos (SSA, 2001).

2.1.2 MORBIMORTALIDAD PERINATAL

México inicia un nuevo siglo enfrentando complejos desafíos, en menos de 30 años el país acumulo rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno infantil, se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico.

El análisis de los años de vida saludable, indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, los respiratorios, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel muy importante. La Mortalidad materna como fenómeno de salud pública ha sido tradicionalmente evaluada a partir del comportamiento de un indicador conocido como tasa de mortalidad materna. Esta denominación no es adecuada por lo que recientemente se le designa "razón de la mortalidad materna" en virtud de que se construye a partir de relacionar, como numerador, las defunciones cuya causa básica es una de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y como denominador, los nacidos vivos registrados en un cierto lugar y determinado espacio de tiempo.

De acuerdo a las estimaciones, de 1990 realizadas por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, casi 600,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones del embarazo y el parto. Solo en América Latina, mueren 23,000 mujeres anualmente, y en México, 3 mujeres fallecen diariamente por causas relacionadas con el embarazo o parto. Se sabe, por investigaciones realizadas, que las complicaciones del embarazo y el parto son con mucho, la causa principal de muertes prematuras e incapacidades de las mujeres entre 15 a 44 años de edad. En Suiza, la probabilidad que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 8,700; en México esta probabilidad es de 1 en 220. Los costos de estas muertes y de los problemas de salud maternas son enormes, y afectan a los sistemas de salud, a la fuerza laboral, a las comunidades y a las familias (ELU, 1999).

La OMS ha calculado que al año mueren más de 500,000 mujeres por causa relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. De estas defunciones, 98% suceden en los países en vías de desarrollo. En el periodo de 1990/1999 la tendencia de mortalidad materna en México se mantuvo estable, en el último de esos años la cifra fue de 5.1 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos, esto ubica al país en un nivel intermedio en este rubro.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10,000 nacidos vivos registrados en 1990 y 1999 respectivamente. Igualmente esta mortalidad tiende a concentrarse en la región centro y sur del país. Al rededor de 70% de las muertes maternas registradas en 1999 ocurrieron en 10 entidades ubicadas en estas 2 regiones y como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave (Programa Nacional de Salud, 2000).

En México: Las acciones de salud Perinatal tiene como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias gerenciales y operativas dirigidas a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y Perinatal.

El programa de salud reproductiva y planificación familiar, en su componente de salud Perinatal propicia un equilibrio entre acciones preventivas y de intervención para contribuir a garantizar una maternidad saludable a toda la población, lo cual requiere la coparticipación de los diferentes órganos de gobierno, la asociación civil organizada, el sector privado, con una intensa movilización comunitaria.

Las causa de la mortalidad materna en México incluyen:

- En primer lugar la enfermedad Hipertensiva del embarazo (Preeclamsia eclampsia).
- Seguida por la hemorragia obstétrica particularmente las que ocurren en el período posparto.
- El tercer y cuarto lugar lo ocupan las sepsis y complicaciones del puerperio y el aborto complicado, especialmente el aborto inducido que se realiza en condiciones no adecuadas.

La tasa de mortalidad materna (Número de defunciones por causa relacionada con el embarazo, parto y puerperio por cada 10,000 nacidos vivos registrados), ha mostrado una tendencia descendente en las últimas décadas en nuestro país; sin embargo, el avance en la calidad del registro debido a las acciones implementadas (modificaciones al certificado de defunción, establecimiento de comités para su estudio y vigilancia a nivel institucional, jurisdiccional y estatal, la búsqueda intencionada de defunciones maternas y la práctica de autopsias verbales), en los últimos años, ha condicionado que el impacto de las estrategias preventivas y de intervención establecidas por las instituciones y organismos que conforman el grupo interinstitucional de salud reproductiva aún no sea evidente numéricamente y que el indicador de tasa de mortalidad materna todavía no se haya estabilizado.

En el año de 1999 de acuerdo con la información preliminar de la dirección general de estadística e informática de la secretaria de salud, el número de defunciones maternas fue de 1,237, lo que representa una tasa de 4.6 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos registrados. Por otra parte debe señalarse que el número anual de nacimientos (denominador del indicador) ha tenido un descenso importante en México, en los últimos años, hecho que condiciona que la tasa de mortalidad materna no disminuya tan rápidamente como se esperaría.

Los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento, la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre, hipertensión, infecciones y traumatismos, los problemas del embarazo y del parto, placenta previa o presentación pélvica o podálica, las alteraciones en el recién nacido, ictericia, hemólisis y hemorragia, y los problemas de membrana hialina y asfíxia prenatal.

La atención de la mujer embarazada debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Con el fin de no poner en peligro la vida de la madre y el futuro recién nacido.

Los objetivos del Control Prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbimortalidad Perinatal. Para lograrlos es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia. En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración, es común que se presenten infecciones que de no ser detectadas a tiempo pueden desencadenar problemas en cualquier momento, un ejemplo de esto son las Infecciones Cervicovaginales se presentan con una incidencia de 7 - 20% de las mujeres. Su significado e importancia clínica

tienen que ver con implicaciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido.

El enfoque adecuado del problema hacen indispensable tener presente algunas consideraciones previas con respecto a los siguientes factores:

- La existencia de una flora vaginal que incluye: Bacilos de Döderlein, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus albus*, difteroides, hongos y bacterias anaerobias en proporción de 5:1 con respecto a las aerobias. El mayor porcentaje corresponde al bacilo de Döderlein, responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 3.8 a 4.5).
- La presencia de secreciones normales, originadas principalmente a partir del cérvix y del trasudado vaginal, constituidos por agua, moco, células exfoliadas, leucocitos, hematíes y bacterias. Suelen ser escasas, mucoides, sin olor, no asociadas a prurito, ardor u otros síntomas, con características determinadas por la etapa del ciclo. Más abundantes, transparentes, filantes, en la fase estrogénica; escasas, opacas, gruesas, en la fase lútea.
- Las anomalías que implican la presencia del flujo o leucorrea por cambios en el volumen, consistencia, color, olor, pH y su asociación a síntomas (prurito, ardor, dispareunia, disuria).
- El reconocimiento de la capacidad de diferentes agentes biológicos, incluyendo virus, bacterias, hongos y protozoarios, para producir Infecciones Cervicovaginales.
- La consideración del flujo como manifestación de enfermedad sistémica o como resultado del efecto de medicamentos.
- El contacto sexual implica la transferencia de secreciones genitales y, con frecuencia, el intercambio de microorganismos. La vaginitis y la cervicitis son afecciones de amplia distribución entre las mujeres, muchas de las cuales padecen ataques repetidos por desconocer las causas y los medios de curación. Algunas infecciones de la vagina y del cérvix se transmiten sexualmente no ocurriendo así con otras. Sin embargo, ambos tipos de infección tienden a causar los mismos síntomas y se diagnostican por los mismos métodos: exploración, frotis, estudio microscópico, o los tres.

2.1.3 ANTECEDENTES DE ENFERMERÍA EN LA SALUD REPRODUCTIVA

La actividad de cuidar desde el punto de vista histórico lleva un esquema de secuencias en sus raíces, en un pasado y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie. El origen de la práctica de los cuidados debemos buscarlo en las actividades de alimentación y conservación de grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas.

En el marco de este planteamiento el ámbito Enfermero de significación, está constituido por la materia histórica relacionada a su vez con las manifestaciones que ha planteado el saber y el quehacer de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos, en este sentido los cuidados de Enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva los cuidados Enfermeros son una constante histórica desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: "cuidar de". Todavía actualmente está expresión corriente, "cuidar de", "ocuparse de", transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado por lo tanto cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en su manifestación.

Como ya ha podido verse, las expresiones "ocuparse de cuidar" demuestran un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales. Estos cuidados que tejen la trama de la vida diaria hasta el punto de crear, según climas y lugares, un conjunto de hábitos de vida, ritos y creencias, son proporcionados con más intensidad, objeto de prácticas especialmente estudiadas durante algunos periodos de la vida, desde la infancia y acontecimientos como la maternidad, el nacimiento o la enfermedad y la vejez, preludio de la muerte.

Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas e intercambian secretos de su práctica entre ellas. Las comadronas se desplazan de una casa a otra; sin tener acceso a libros u otro tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diploma, han forjado su saber por contacto de unas con otras transmitiéndolo por el espacio y el tiempo de vecina a vecina, de madre a hija.

En los momentos decisivos de la vida como la pubertad, la gestación, el parto, el nacimiento, es cuando el cuerpo de mujeres punto y expresión de fecundidad, recibe los cuidados más atentos. Los cuidados se transmiten a través de su cuerpo, de ahí la necesidad de haber conocido en su cuerpo la experiencia de la fecundación, del parto y del nacimiento; cuidar es por tanto lo que conecta el cuerpo de la que ha dado vida con el de la mujer que la está dando y con el del niño que ayuda a nacer, esta unión se crea y se prolonga no solo por el tacto, sino también por la utilización de elementos simbólicos de vida: agua, plantas y sus derivados: aceites, lociones, perfumes que a su vez les unen al universo y les aseguran una protección (COLLIERE, 1995).

Los cuidados en esta etapa son cruciales ya que en cuanto a su calidad, eficiencia y oportunidad pueden disminuir alteraciones o complicaciones tanto en la madre como el feto o recién nacido.

2.1.4 EL QUEHACER DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Parte del trabajo cotidiano del personal de Enfermería con una mujer o pareja en edad reproductiva consiste en señalar cuales son las condiciones ideales en las que se debe dar una gestación. Quizá la condición más relevante sea el deseo y la planeación de la misma. Esto favorecerá la realización de evaluaciones de las que se pueda detectar controlar y prevenir problemas como diabetes gestacional, sobrepeso, bajo peso, anemia, hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia y eclampsia, infecciones urinarias, cervicovaginitis y/o otros problemas agudos y crónico. Muchos de ellos requieren llevar a cabo procedimientos para un adecuado diagnóstico o tratamiento que pondrían en peligro la vida del feto, si se realizan durante el embarazo.

Otro beneficio agregado es el de proporcionar información adecuada a la mujer sobre los síntomas iniciales del embarazo, para que se haga un diagnóstico temprano, pues de esta manera el control prenatal se tendrá desde las primeras semanas de gestación. La vigilancia temprana proporcionará la detección oportuna de problemas, la posibilidad de buscar alternativas de diagnóstico y de solución más factibles, en consecuencia tendrá un efecto significativo en la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal.

Una parte importante de la vigilancia perinatal debe orientarse a la educación de las mujeres e insistir en una adecuada alimentación, en la preparación para el parto y la lactancia, a la detección de signos de alarma y de esta manera ayudar a que se logre mejores condiciones tanto para la madre como para el producto.

El personal de Enfermería debe detectar el riesgo materno y fetal, para establecer la normalidad o anormalidad del embarazo que permita revelar alteraciones patológicas preexistentes, problemas nutricionales y además de los padecimientos que prevalezcan en la región donde habita.

2.1.5 EDUCACION PARA LA SALUD

La promoción a la salud no es un sinónimo de educación para la salud. La educación para la salud procura informar a las personas sobre los temas relacionados con su salud; proporciona una información que las personas motivadas pueden utilizar como base para su acción; por otra parte, la promoción a la salud pretende no solo informar, sino también persuadir, motivar y facilitar la acción.

La promoción a la salud es una combinación de apoyos educativos y ambientales que favorecen las conductas o acciones que contribuyen a la salud (GEEN, 1991).

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida. Cumple sus objetivos mediante una variedad de actividades cuyo objeto es moldear los comportamientos normales de las personas y poblaciones, utiliza una variedad de estrategias complementarias en distintos ámbitos y dirigidos a grupos diferentes. Incita la formación de coaliciones y estimula a los distintos organismos públicos, privados y voluntarios a participar

en una causa común. La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de salud y a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud; esto implica una base firme en un medio que la apoye, acceso a la información y poseer las aptitudes y oportunidades que la lleven a hacer sus opciones en términos de salud.

La Educación para la Salud pretende conducir a la persona y a la comunidad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, para la aplicación de medios que les permitan la conservación y mejoramiento de la salud. Es además, una acción que tiende a responsabilizarlos, tanto de su propia salud como de la de su familia y la del grupo social al que pertenecen.

La Educación para la Salud es enseñanza – aprendizaje; por tanto involucra tanto a quienes la imparten como a quien la recibe, busca un proceso de cambio es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos, dicha sustitución, resultado de la acción voluntaria de las propias personas, que con frecuencia es lenta y progresiva. Se dirige a la promoción y fomento a la salud, a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la autorresponsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud, sean oficiales o privadas, tiene como propósito informar de la realización de un programa, señalando sus objetivos y las actividades que lo conforman.

La educación para la salud se desarrolla en diferentes entornos, tales como el hogar, la escuela, medio laboral e instalaciones médicas, así como otros lugares situados en la comunidad, exige el actuar cotidiano del gobierno, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, especialmente se asume la responsabilidad de la promoción a la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y los servicios sanitarios, trabajando en conjunto para la consecución de un sistema de protección a la salud, estos; actuando como mediadores entre los intereses a favor de la salud.

Proceso Educativo en la Salud Reproductiva

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación. La escuela en todas sus modalidades constituye un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y de su comunidad. Permite también la creación y mantenimiento de ambiente de estudio, trabajo y convivencia saludable, relacionado con la educación para la salud (Programa Nacional de Salud 2000-2006).

La educación de las mujeres es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las mujeres que han recibido educación durante varios años tienden a casarse a mayor edad, estimadas en un promedio de 4 años más que las mujeres sin educación; tener familias más pequeñas y a usar métodos modernos de regulación de la fecundidad; tener o demandar cuidados prenatales y atención médica adecuada durante el parto, hacer uso más amplio de los servicios de salud y participar más en la toma de decisiones.

Durante el Control Prenatal se debe desarrollar un programa educativo orientado hacia la preparación de la futura madre. Con este sistema, se evita la ignorancia, se elimina el temor y se instruye a la embarazada para que recurra al hospital cuando presente ciertos cambios que indiquen el comienzo de alguna complicación. La preparación psicoprofiláctica y la gimnasia, facilita la participación de la embarazada tanto en la evolución de la gestación como en el momento de trabajo y el parto. El temor a lo desconocido es menor y se observa una diferencia positiva cuando la pareja recibe la preparación, toda vez, que se reduce el uso de analgesia y anestesia y se aumenta la satisfacción personal por la experiencia del parto.

Otros beneficios importantes para las mujeres de recibir una buena educación son los de aumentar su autoestima y de exponerlas a nuevas ideas que les permitan darse cuenta que tienen derechos, opciones y posibilidades de ejercerlos en su beneficio, además de su nivel informativo, la educación tiene un importante papel formativo que capacita para desarrollar conductas saludables y de autocuidado. Por ello la falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud así como sobre la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.

La Enfermería en el Proceso Educativo

La salud de las personas depende de muchos factores, la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención a la salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo; hoy día nuestro sistema de salud no sirve para enfrentarse correctamente a los principales problemas de salud de nuestro tiempo.

Durante los últimos años el esfuerzo preventivo se ha extendido al área de la conducta y estilo de vida individuales, se centra la atención a la relación de las conductas de riesgo y a intentar cambiar los hábitos de la población. Pese a ello en la atención prenatal y neonatal, las medidas preventivas han resultado en una importante reducción de la morbilidad perinatal.

Así podemos decir que la promoción de la salud presume el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades e incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a los ciudadanos a enfrentar sus circunstancias, se basa no solo en la prevención y control de la enfermedad si no en la salud y el bienestar y así favorecer el desarrollo de la creatividad y productividad de los pueblos y fomentar el autocuidado en las propias sociedades, así como también la educación para salud el cual es un proceso, es decir una sucesión de intervenciones por las que se conduce a una comunidad hacia una vida saludable. El espíritu de auto responsabilidad a nivel individual, de familia, de comunidad, de nación, debe ser fundamental para que una estrategia cualquiera logre la salud para todos (PUBLICACIÓN CIENTÍFICA, 1996).

La solución a las necesidades de salud en forma progresiva y dinámica, requiere de una formación sistemática de elementos que conforman al personal de Enfermería en sus diferentes niveles. Dicha información debe contemplar varios aspectos para que el personal mencionado y de acuerdo al nivel que le corresponda, realice oportuna y eficientemente cada una de las medidas preventivas del individuo, familia y comunidad en los aspectos biológico, psicológico y social

El ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de sí mismo y todo lo que lo rodea, es decir debe conocer acerca de los hechos físicos, valores, lenguaje y sociedad etc., que le permita hacer un estudio metodológico y sistemático de sus actividades que redundaran en la satisfacción de sus necesidades a través de la investigación.

Las Enfermeras profesionales no pueden negar su función educativa, la enseñanza es parte integral de la Enfermería Perinatal, se ocupa de valorar las necesidades de aprendizaje del usuario, comunicar información en sentido formal e informal, planificar para satisfacer las necesidades educativas y usar apropiadamente las estrategias de enseñanza para cubrir estas necesidades, el aumento de los esfuerzos educativos, planificados o no, y formales o informales han contribuido a reducir los temores con relación al dolor y la seguridad, temores que tradicionalmente se han asociado con la experiencia del parto.

En cierta medida, la educación de Enfermería ha ido paralela a este énfasis en los aspectos técnicos de los cuidados, pero a un grado mayor la Enfermería ha dado pasos por incrementar la conciencia de las necesidades del paciente y de la responsabilidad de satisfacer estas necesidades.

La enseñanza para que sea eficiente, la Enfermera Perinatal debe basarse en conocimientos sobre los conceptos y teorías que son básicos en el aprendizaje y la enseñanza, que se usaran junto con sus conocimientos de Enfermería y con aquellos que se derivan de las ciencias biológicas y sociales; debe contar con habilidades para descubrir las necesidades y capacidades de la persona que aprende y debe ser capaz de ordenar actividades de aprendizaje con base en las necesidades y habilidades que descubra y por último para que pueda determinar el grado de aprendizaje que ha ocurrido y valorar la eficiencia educativa propia y de otras personas debe tener conocimientos sobre el proceso de evaluación.

En otras palabras, la enseñanza es un esfuerzo planeado y dinámico que tiene como fin facilitar un cambio deseado en la conducta humana por medio del manejo estratégico de condiciones y variables de tal forma que ocurra el aprendizaje en reacción a una meta identificada (BUTNARESCU, 1982).

En la actualidad el embarazo no planificado y no deseado en adolescentes constituye uno de los problemas que más repercusiones tienen en los jóvenes que comienzan su actividad sexual. Estos embarazos suponen un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de los jóvenes y su entorno.

Si bien este problema ha ido mejorando con la introducción paulatina de los temas de sexualidad en las escuelas, no se ha generalizado a toda la enseñanza, por lo que el nivel de embarazos no deseados en la adolescencia lo podemos considerar como alto.

Las Infecciones Cervicovaginales con el embarazo representan un problema particular, ya que no sólo pueden afectar biológicamente a la pareja, sino que, además, pueden tener un efecto adverso sobre la gestación, comprometiendo la adecuada evolución de las mismas y pudiendo lesionar de forma irreversible al feto, favorecer la presencia de ruptura prematura de membranas e incrementar el riesgo de parto pretérmino, así como infectar al recién nacido. Las repercusiones de cada una de ellas sobre el curso del embarazo, el feto o el recién nacido son distintas; infecciones adquiridas tempranamente en el primer trimestre de la gestación pueden causar muerte embrionaria, aborto espontáneo o bien malformaciones

fetales, mientras que las infecciones adquiridas de manera tardía durante el embarazo pueden finalizar en parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (RPM) y, ocasionalmente, en óbito; por otra parte, las infecciones transmitidas por la madre al producto en la parte final de la gestación pueden causar en los fetos o neonatos conjuntivitis, neumonía, lesiones cutáneas y hasta afecciones neurológicas.

Por lo anterior resulta obvio que una estrategia adecuada para disminuir la morbilidad perinatal no sólo implica el tratamiento de las Infecciones Cervicovaginales, sino la prevención mediante la educación de las pacientes y sus parejas sexuales.

2.2 DESARROLLO DEL EMBARAZO

Una vez que los espermatozoides y los óvulos se han desarrollado mediante la meiosis y la maduración, los espermatozoides han sido depositados en la vagina, se puede producir el embarazo. El **embarazo** es una secuencia de acontecimientos que generalmente se compone de la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que finaliza con el nacimiento aproximadamente 280 días después.



2.2.1 FECUNDACIÓN

La fecundación es la fusión de los materiales de los núcleos de dos gametos que da lugar a la formación de un cigoto o embrión.

Durante la fecundación, el material genético del espermatozoide y del óvulo se fusiona en un único núcleo, de los 300 a 500 millones de células espermáticas introducidas en la vagina, menos del 1% alcanza el ovocito secundario. La fecundación generalmente tiene lugar en la trompa de Falopio o uterina de 12 a 24 horas después de la ovulación. Las contracciones peristálticas y la acción de los cilios transportan al ovocito a través de la trompa uterina. El espermatozoide asciende por el tracto femenino mediante movimientos de la cola parecidos a los de un látigo. El acrosoma del espermatozoide produce una enzima denominada acrosina que estimula la motilidad y la migración del espermatozoide por el tracto genital femenino.



ESPERMATOZOIDES DEPOSITADOS
EN LA VAGINA



ESPERMATOZOIDE
PENETRANDO EL OVULO

2.2.2 DESARROLLO DEL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN

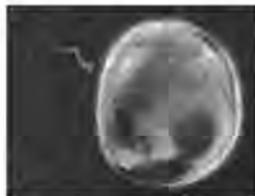
2.2.2.1 PRIMER TRIMESTRE

Semana 1 a 3

En el momento de la ovulación, es expulsado el primer cuerpo polar y en el momento en el que el óvulo es penetrado por el espermatozoide se produce la salida del segundo cuerpo polar, quedando el óvulo (por la rápida división y falta de duplicación cromosómica Meiosis) con solo la mitad de cromosomas, cuyo número se completara con el aporte cromosómico del espermatozoide.



Al penetrar la cabeza espermática al protoplasma ovular ocurre una reacción periférica que impide penetre otro espermatozoide. La membrana nuclear del espermatozoide desaparece y quedan libres los pronucleolos, los cuales vuelven a formar una nueva membrana, entonces ocurre la unión del material nucleolar condensándose los cromosomas para formar la etapa de metafase que es preparatoria a la primera división celular; alrededor de 24 horas, el primer cuerpo polar ya tubo su primera división. Desde la primera división del huevo propiamente dicho éstas serán mitóticas (con duplicación cromosómica). La síntesis de RNA de los ribosomas se inicia casi inmediatamente. Las siguientes divisiones se producen rápidamente de modo que hacia las 96 horas de la fertilización se encuentra el huevo en fase de blastocito o de mórula.



En las primeras y rápidas divisiones del huevo, que son mitóticas, con interfases muy cortas, con duplicación cromosómica y sin mayor aumento de tamaño celular, hay alguna diferenciación celular y se inicia segregación celular antes de que aparezca un verdadero crecimiento.

En la etapa de blástula se ha dividido el huevo en diferentes zonas que pueden ser referidas a diferentes regiones orgánicas en forma presuntiva. En mujeres con un ciclo de 28 días y alrededor del día 14 del ciclo menstrual, sale uno de los óvulos maduros de su ovario y pasa a la Trompa de Falopio donde la concepción tendrá lugar

El blastocisto permanece libre de la cavidad uterina un corto periodo de tiempo antes de unirse a la pared uterina. Durante este tiempo, la zona pelucida degenera. El blastocisto se nutre a partir de las secreciones ricas en glucógeno de las glándulas endometriales, a veces denominado leche uterina. Después de la fecundación El óvulo fertilizado completa su viaje de 7 a 10 días desde el ovario hasta el útero, en donde se anida en el endometrio, el blastocisto se une al endometrio, proceso denominado **implantación**. En este momento, el endometrio se encuentra en fase secretora.



Cuando el blastocisto se implanta, generalmente en la pared posterior del fondo o cuerpo uterino, está orientado de forma que la masa celular interior mira hacia el endometrio. El trofoblasto desarrolla dos capas en la región de contacto entre el blastocisto y le endometrio. Estas capas son el sincitiotrofoblasto, externa y sin límites celulares, y el citotrofoblasto, interna y compuesta por células diferentes. Durante la implantación, el sincitiotrofoblasto secreta enzimas que permite al blastocisto penetrar en la mucosa uterina. Las enzimas dirigen y licúan las células endometriales. Los líquidos y nutrientes alimentan al blastocisto que está penetrado en la pared uterina durante la semana posterior a la implantación.

Dado que el embrión en desarrollo, y más tarde el feto, contienen genes tanto de la madre como del padre, constituyen fundamentalmente un cuerpo extraño. El trofoblasto es el único que está en contacto con el útero materno. Aun cuando las células del trofoblasto poseen antígenos paternos que pueden provocar una respuesta de rechazo, algún mecanismo en el útero previene esta respuesta para permitir el desarrollo del feto hasta el término. Una sugerencia sobre el mecanismo que previene el rechazo es que la madre produce anticuerpos que enmascaran los antígenos paternos de forma que otros componentes de su sistema inmunitario no pueden reconocer y atacar a los antígenos.

Contiene un juego completo de cromosomas, formado a partir de los gametos o células sexuales que lo han producido. Cuando empieza a dividirse, el cigoto se transforma en embrión.



DESARROLLO EMBRIONARIO

Los primeros dos meses de desarrollo se consideran normalmente el periodo embrionario. Durante este periodo, el ser humano en desarrollo recibe el nombre de **embrión**. El estudio del desarrollo desde el huevo fecundado hasta la octava semana en el útero se denomina embriología. Los meses de desarrollo después del segundo mes se considera el **periodo fetal**, y durante este tiempo el ser humano en desarrollo recibe el nombre de **feto**.

Posterior a la implantación se produce el primer acontecimiento principal del periodo embrionario; la masa celular del blastocito comienza a diferenciarse en tres capas germinales primarias: ectodermo (capa de células de la masa celular interna próxima a la cavidad amniótica, capa superior), endodermo (capa de la masa celular interna que rodea al blastocele, capa inferior) y mesodermo (células que se encuentran dispersas fuera del disco embrionario, capa intermedia); estos son los tejidos embrionarios a partir de los cuales se desarrollan todos los tejidos y órganos del cuerpo.

Doce días después de la fecundación las células inmediatas a la cavidad amniótica se denominan disco embrionario (células que formaran el embrión). Las células endodérmicas se han dividido rápidamente formando un círculo conocido como saco vitelino (membrana derivada del endodermo, principal fuente de nutrición para el embrión y vital para la formación de sangre).

Al final del tercer mes, la placenta, lugar de intercambio de nutrientes y productos de desecho entre la madre y el feto, está en funcionamiento.

Primer mes de desarrollo embrionario: Treinta horas después de la concepción, el óvulo fecundado sufre la primera división celular. El embrión, como se llama a partir de ese momento, sigue dividiéndose a medida que recorre la trompa de Falopio. Se implanta en la pared uterina unos seis días después de la fecundación, cuando ya se ha convertido en una esfera de células con una masa embrionaria discoidal.

En la segunda semana empieza a formarse la placenta, que nutre al embrión, formado ya por tres tipos de tejido primordial: endodermo, ectodermo y mesodermo. En el curso de la tercera semana se forma el tubo neural, precursor del sistema nervioso. En la cara dorsal del embrión empiezan a formarse masas de tejido muscular llamadas somitas o somites, de las que surgirán los principales órganos y glándulas. Los vasos sanguíneos y la primera formación de la cavidad digestiva surgen hacia el final de esta semana.

El desarrollo de la placenta es el acontecimiento más importante del periodo embrionario, sucede durante el tercer mes de embarazo, presenta una forma de tarta plana cuando esta totalmente desarrollada, esta formada por el corion del embrión y una porción del endometrio de la madre; desde el punto de vista funcional, permite al oxígeno y a los nutrientes difundir a la sangre fetal desde la sangre materna, de forma simultánea, el dióxido de carbono y los productos de desecho difunden desde la sangre fetal a la sangre materna en la placenta.

La placenta es una barrera protectora, ya que muchos microorganismos no pueden atravesarla; sin embargo, algunos virus, como el SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Humana), la rubéola, el sarampión, la encefalitis y la poliomielitis, si pueden atravesarla. Puede almacenar nutrientes como carbohidratos, proteínas, calcio y hierro, que se liberan a la

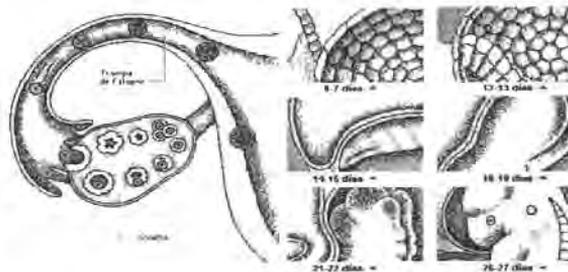
circulación fetal al ser necesario, así como que produce varias hormonas necesarias para mantener el embarazo.

El oxígeno y los nutrientes de la madre difunden a los capilares de las vellosidades donde se produce todo el intercambio entre la sangre fetal y la madre, desde los capilares, los nutrientes circulan al interior de la vena umbilical, los productos de desecho se eliminan del feto a través de las arterias umbilicales, pasan a los capilares de las vellosidades y difunden a la sangre materna. El cordón umbilical es una conexión vascular entre la madre y el feto, está formado por dos arterias umbilicales que llevan la sangre fetal desoxigenada a la placenta, una vena umbilical que lleva sangre oxigenada al feto y un tejido conjuntivo mucoso de sostén denominado gelatina de Wharton, procedente de la alantoides. Todo el cordón umbilical se encuentra rodeado por una capa de amnios.

El amnios es una delgada membrana protectora que se forma durante el octavo día posterior a la fecundación, a medida que crece el embrión, el amnios lo recubre por completo, creando una cavidad que se rellena con líquido amniótico. La mayor parte de líquido amniótico deriva inicialmente de un filtrado de sangre materna. Después el feto contribuye diariamente al líquido mediante la eliminación de orina en cavidad amniótica.

El líquido amniótico ayuda a regular la temperatura corporal fetal, evita la adherencia entre la piel del feto y los tejidos vecinos y absorbe impactos para el feto.

Cuando termina el primer mes, ya han empezado a desarrollarse todos los órganos importantes, Los ojos son perceptibles, los brazos y las piernas empiezan a aparecer y late por vez primera un corazón de cuatro cavidades.



Semana 4

Debido a que el embarazo se cuenta desde el primer día de la última menstruación, se considera, desde el punto de vista técnico en la 4 semana de embarazo o edad gestacional, lleva tan solo unas semanas de embarazo pero la actividad en el interior del útero parece un torbellino. Ya el blastocito como se le llama, se implanta en el útero, el embrión mide entre 1 y 1,5 cm de largo y pesa menos de 30 gramos.

Al principio, el sistema nervioso se observa como un engrosamiento ovalado del ectodermo en la región cefálica del embrión. Al inicio de la cuarta semana tiene una forma alargada y se denomina placa neural. En los siguientes días, los bordes de la placa neural se elevan

formando los pliegues neurales con un surco en el medio llamado surco neural. Los pliegues neurales se van acercando hasta fusionarse, formando un tubo, llamado tubo neural. Después de esto, el sistema nervioso central queda conformado por una estructura tubular cerrada con porción caudal estrecha, que corresponde a la médula espinal y una porción mucho más ancha, caracterizada por varias dilataciones que se denominan vesículas cerebrales.

Semana 5

El embrión en desarrollo ya tiene 3 capas de donde se formará: la capa superior ectodermo (el cerebro, sistema nervioso central, la piel y el pelo).

Una capa media mesodermo de donde se desarrollará el corazón y el sistema circulatorio, los huesos, músculos, riñones, órganos de reproducción.

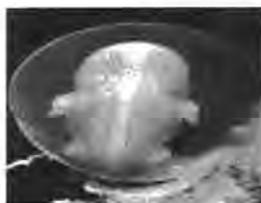
La tercera capa, la mas interna endodermo, un tubo simple que se desarrollará en intestinos, hígado, páncreas y vejiga.



Semana 6

El crecimiento en esta semana es muy rápido. El embrión mide ahora 43 milímetros de largo.

El cordón umbilical se desarrolla, igualmente se empiezan a formar los ojos, las orejas y la boca. Comienzan los primeros latidos cardíacos!!! El corazón ya empieza a bombear sangre y la mayoría de los otros órganos están bien avanzados en desarrollo, se han formado capullos en el cuerpo que se convertirán en los brazos y las piernas.



Semana 7

El embrión tiene aproximadamente 8 mm, del tamaño de un grano de arroz, pero crece rápidamente. El cerebro crece, así como los ojos, nariz, intestinos, páncreas y bronquios. El desarrollo de los brazos y piernas continúa aunque los dedos de manos y pies no se han formado todavía, se forman los pezones y folículos pilosos.



Semana 8

El embrión ya tiene una linda cara. La cara sigue cambiando en la medida que se van desarrollando los ojos, los párpados están más desarrollados, las características externas del oído comienzan a tomar su forma final, y la punta de la nariz comienza a aparecer. Un ultrasonido practicado en esta etapa debe mostrar un corazón palpitante. Los codos se comienzan a formar en los brazos y los dedos de las manos, los capullos de miembros inferiores comienzan a formar los pies y dedos de los pies. Se desarrollan los dientes debajo de las encías. Mide como 2,5 cm de largo y todavía pesa menos de 30 gramos.



Semana 9



Los huesos y cartílagos comienzan a formarse. La estructura básica de los ojos esta ya bien desarrollada y se comienza a formar la lengua. Los intestinos comienzan a separarse del cordón umbilical hacia el abdomen, se presenta rotación de los intestinos, y el cuerpecito crece rápidamente para hacer espacio. Los dedos y el pulgar aparecen pero están cortos.

Semana 10

El embrión nada y se mueve libremente dentro del útero aunque todavía es muy pequeño para que la mamá lo sienta. La mayoría de las articulaciones ya están formadas: codo, muñeca, rodilla, hombro y tobillo así como las de manos, pies y dedos.



2.2.2.2 SEGUNDO TRIMESTRE

Semana 11 – 12

El feto alcanza una longitud de 10 cm, y pesa un poco alrededor de 50 g. La apariencia, en esta etapa es modificada por la formación de las extremidades, cara, oídos, nariz y ojos. El tamaño de la cabeza corresponde casi a la mitad del tamaño del feto, la cara está bien formada, los párpados se cierran y no se vuelven a abrir casi hasta la semana 28. Aparecen los brotes dentarios. Las extremidades son largas y delgadas, el feto puede empuñar los dedos, los genitales parecen bien diferenciados, el hígado comienza a producir glóbulos rojos.

Hacia la mitad de la tercera semana de embarazo, algunas células mesodérmicas se diferencian en angioblastos y hemangioblastos (células precursoras de la sangre y vasos sanguíneos) que posteriormente formarán también el corazón.

Además de los tejidos formados, derivarán del mesodermo: parte de las glándulas suprarrenales, el bazo, vasos linfáticos y gónadas sexuales.

A partir de la capa endodérmica se formarán los intestinos, la pared abdominal, la membrana buco-faríngea (precursor de la boca y garganta). La membrana cloacal se divide originando la membrana urogenital y la membrana anal.

Además de los tejidos formados, derivarán del endodermo: revestimiento epitelial del aparato respiratorio, amígdalas, tiroides, paratiroides, timo, hígado, páncreas, revestimiento epitelial de parte de la vejiga y uretra, revestimiento epitelial del oído medio y la trompa de Eustaquio.

Semanas 13 - 16

El feto alcanza una longitud de más o menos 15,2 cm. En la cabeza se desarrolla un cabello delgado denominado lanugo, la piel del feto es casi transparente se ha desarrollado más tejido muscular y óseo y los huesos se vuelven más duros.

El feto se mueve activamente, hace movimientos de succión con la boca y deglute el líquido amniótico. Se forma el meconio en el tracto intestinal, el hígado y el páncreas comienzan a secretar adecuadamente sus sustancias.



Semana 20

El feto aumenta de longitud rápidamente, alcanza una longitud de 20,3 cm. Sin embargo, el peso fetal aumenta poco durante este período y para el final del quinto mes todavía no alcanza los 500 gramos. Durante la segunda mitad de vida intrauterina el peso fetal aumenta rápidamente, en especial en los últimos meses, cuando alcanza la mitad del peso del recién nacido a término. Todo el cuerpo se cubre de lanugo, aparecen las cejas y las pestañas, las uñas en pies y manos. Se muestra más activo y su desarrollo muscular aumenta, comienza usualmente a patear (momento en el cual la madre siente los movimientos fetales). Los latidos cardíacos fetales se pueden escuchar con el estetoscopio.



2.2.2.3 TERCER TRIMESTRE

Semana 24

El feto alcanza una longitud de 28,4 cm, pesa más o menos 0,730 g . Las cejas y las pestañas están bien formadas, todas las estructuras del ojo están bien desarrolladas, el feto presenta el reflejo prensil y de sobresalto, se comienzan a formar las huellas de la piel plantar y de la piel palmar. Se comienzan a formar los alvéolos pulmonares (sacos de aire).



Semanas 25 - 28

El feto alcanza una longitud de 38 cm, pesa más o menos 1,200 kg. Se presenta un desarrollo rápido del cerebro, el sistema nervioso está lo suficientemente desarrollado para controlar algunas funciones corporales, los párpados se abren y se cierran.



El sistema respiratorio, aunque inmaduro, se ha desarrollado al punto de permitir el intercambio gaseoso. Un bebé que nazca en este período de desarrollo fetal puede sobrevivir, pero la posibilidad de que se presenten complicaciones y la muerte sigue siendo alta.



Semanas de la 29 a la 32

El feto alcanza una longitud de más o menos 38 a 43 cm, el feto pesa más o menos 1,900 k. Se presenta un aumento rápido en la cantidad de grasa corporal.

Se presentan movimientos respiratorios rítmicos, pero los pulmones no han alcanzado una madurez completa, los huesos están completamente desarrollados, pero permanecen blandos y flexibles. El feto comienza a almacenar hierro, calcio y fósforo.



Semana 36

El feto alcanza una longitud de más o menos 40,6 a 48,6 cm, alcanza un peso de más o menos entre 2,600 y 3 kg. El lanugo comienza a desaparecer, las uñas de las manos llegan hasta las puntas de los dedos.



Semanas 37 - 40

Un bebé que llega a la semana 37 de desarrollo se considera de término completo, en este momento ya alcanzar una longitud de 48,2 a 53,34 cm. El lanugo persiste solamente en la parte superior de los brazos y de los hombros, las uñas de las manos se extienden por encima de las puntas de los dedos. Se presentan pequeñas matrices formadoras de mamas en ambos sexos; el cabello de la cabeza presenta un aspecto más grueso y áspero.



2.3 CONTROL PRENATAL

El Control Prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con el objetivo de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el diagnóstico y tratamiento oportunamente.

Los factores de riesgo fetal durante el desarrollo intrauterino son mayores que los que se presentan durante el parto y los primeros días de vida del neonato. De aquí la importancia de un buen control prenatal. (Mondragón, H., 1998)

Objetivos de la atención prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbimortalidad perinatal. Para lograrlos es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia.

Los objetivos principales de los cuidados prenatales son los siguientes:

- Definir el estado general de la madre y el feto.
- Determinar la edad gestacional del feto y vigilar su desarrollo.
- Identificar a las pacientes en riesgo de complicaciones y disminuirlo al mínimo cuando sea posible.
- Prever y prevenir los problemas antes de que surjan.
- Orientar a la paciente.

El embarazo es un proceso fisiológico normal. Gran parte de los nacimientos no requieren intervención activa de los profesionales de la salud por que el proceso reproductivo natural se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo normal altera de manera significativa los sistemas psicofisiológicos de la mujer y tiene potencial para afectar el estado de salud tanto de la madre como el hijo. Las tensiones más frecuentes que reportan las mujeres durante el embarazo se relacionan con síntomas físicos, imagen corporal, bienestar del recién nacido, cambios y perturbaciones emocionales y preocupación acerca de los problemas durante el embarazo (Reeder. 1995).

La asistencia de la maternidad está cambiando. La mujer reconoce cada vez más su necesidad especial de apoyo y adquiere conocimientos sobre su cuerpo, los cambios que experimenta durante el embarazo y lo que podría ocurrir durante éste y el parto. El personal de Enfermería es la profesión de la salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades particulares de la embarazada (Neeson J. 1998).

Los objetivos son utilizar los mejores conocimientos del personal de enfermería para proteger la vida y la salud de la madre y del feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y de su familia. Al igual de lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre. Los cuidados prenatales toman en cuenta el estado sociocultural en el cual vive la familia (es decir, su nivel económico, educativo, medio ambiente, nutrición, sistemas de apoyo y las perspectivas culturales).

El personal de Enfermería proporciona cuidados esenciales a la mujer en la etapa prenatal, continua con contactos regulares y oportunidades para valorar a la paciente. Las responsabilidades de enfermería incluyen lo que respecta a cuidados prenatales e incluye:

- Valoración psicológica
- Educación y asesoría a las embarazadas
- Identificación de necesidades de otros servicios para dar las referencias adecuadas dentro de la comunidad o en otras especialidades. (Reeder, M., 1995)

La investigación prenatal consiste en una historia completa, examen físico y pruebas de laboratorio.



La valoración de Enfermería, en la primera consulta suele ser extensa, y puede durar entre una y dos horas.

El contacto inicial es de suma importancia, la visita inicia para confirmar el embarazo y continua durante todo el periodo prenatal, si la enfermera saluda a la paciente de manera agradable y profesional, iniciara una relación productiva ya que la futura madre percibirá que se interesa y se preocupa por ella, puede establecerse una relación de confianza, respeto y seguridad, que facilitará el suministro de cuidados durante el embarazo.

La paciente puede acudir con su compañero o algún otro miembro de la familia, por lo que la enfermera también puede establecer una relación terapéutica con estas personas. El apoyo social es muy importante para que el embarazo sea una experiencia positiva y tenga un buen resultado.

Primero hay que orientar a la paciente sobre el sitio en que se encuentra, darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción sobre el lugar, horarios que rigen, números telefónicos para consultas, y una explicación sobre lo que ocurre en la primera consulta.

En la primera visita se recoge la información acerca de la paciente y de la familia, su estado de salud actual y sus antecedentes:

- Patológicos,
- Gineco-Obstétricos
- Hábitos de Higiene, Alimentación, Ejercicio, etc.

Se realiza un examen físico completo para evaluar su estado de salud y el avance del embarazo y se efectúa una serie de pruebas de laboratorio. (Reeder, M., 1995)

Obtener los antecedentes médicos. Esto constituye una biografía breve, y debe proporcionar la siguiente información:

2.3.1 HISTORIA CLÍNICA

- Ficha de identificación o datos personales:
 - Nombre y apellidos,
 - Fecha de nacimiento, edad,
 - Estado civil
 - Nivel de estudio y profesión
 - Domicilio y teléfono de contactos
 - Núcleo familiar
 - Información sobre la pareja: nombre, edad, ocupación.

Importancia clínica:

Con respecto a lo anterior; la localización de la paciente o/y familiar responsable, el conocimiento del estado socioeconómico y cultural de la familiar. A sí mismo existe mayor frecuencia de distocia en pacientes muy jóvenes o de edad avanzada y mayor índice de malformaciones congénitas en pacientes mayores de 40 años, con al edad pueden existir patologías diversas asociadas. Estado psicológico importante en madres solteras o viudas con embarazo. Relación del embarazo con riesgos profesionales, contaminación por sustancias químicas etc.

- Antecedentes hereditarios y familiares (AHF).

Enfermedades como Diabetes Mellitus, Hipertensión, Cardiopatías, neoplasias, Malformaciones congénitas, partos gemelares, enfermedades infecciosas, otros antecedentes familiares de interés.

Importante mencionar que en este rubro se debe incluir a familiares cercanos de la paciente como: padres, abuelos, tíos, hermanos (as), así como contacto cercano con antecedentes o que cursen con Tuberculosis, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), amibiasis.

Importancia clínica:

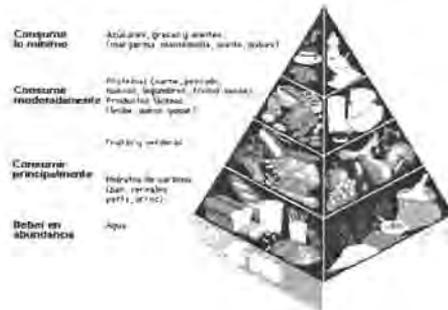
Lo anterior puede como caracteres hereditarios recesivos en futuros embarazos. En casos de que exista algún familiar con tuberculosis tomar las precauciones necesarias con el neonato.

- Antecedentes personales no patológicos (APNP).

Valoración del estado nutricional y hábitos alimenticios, actividad física y el descanso, habitación, higiene personal, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías.

Importancia clínica:

La ingesta excesiva en carbohidratos, condiciona obesidad; y si hay carencia de elementos indispensables sobreviene anemia o desnutrición. El tabaquismo, se relaciona con un producto de peso bajo al nacer, las infecciones parasitarias como la Toxoplasmosis que se desarrolla por hacinamiento y falta de aseo personal. Alcohol y toxicomanías pueden haber repercusiones general en la madre o en el producto en útero.



- **Antecedentes Personales Patológicos (APP):** valoración del estado de vacunación: enfermedades como rubéola, varicela, hepatitis B, tétanos. Patologías que afecten el embarazo; alguna cardiopatía, tuberculosis, fiebre reumática, etc. Actualmente también se descartan infecciones de transmisión sexual como sífilis, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Hepatitis B. La situación idónea sería conocer los resultados de la pareja para valorar si hay riesgo de transmisión.

Importancia clínica:

Es de gran importancia conocer si existe o no inmunidad pasiva por afecciones previas. Conocer oportunamente la patología que pueda alterar el embarazo. El personal de Enfermería al brindar la atención prenatal debe hacer incidencia en la necesidad de una conducta sexual segura.

- **Antecedentes Quirúrgicos (AQx):**

Operaciones directas en útero; cesárea, miomectomía, plastia, cerclaje cervical, etc. Operaciones sobre anexos; ooforectomía, resecciones de ovario, salpingectomías, Colporrafias, operaciones en órganos abdominales, colecistectomías, apendicectomías.

Importancia clínica:

Esto es de vital importancia ya que se puede prevenir el riesgo de ruptura uterina espontánea o durante el trabajo de parto. Procesos de adherencias posibles que favorezcan un embarazo ectópico. Para evitar distocias vaginales. Por la posibilidad de adherencias intraabdominales.

➤ Antecedentes Gineco-Obstétricos (AGO).

Menarca, ciclo menstrual (T/M: días que dura la menstruación/ días que dura el ciclo menstrual), síntomas asociados, edad de inicio de las relaciones sexuales (IVSA), control de fertilidad (MPF), análisis de la evolución de cada embarazo en orden cronológico (fechas), complicaciones, resolución, tipo de anestesia, producto (sexo, peso, talla, estado de salud de los hijos, APGAR), compilaciones del parto, puerperio y lactancia materna hasta el momento actual. En caso de mujer Rh (-) preguntar sobre la administración de la vacuna anti-D.

Importancia clínica:

Son antecedentes muy importantes para contar con una relación de los eventos obstétricos previos que influyen directa o indirectamente en el criterio de manejo actual.

➤ Padecimiento actual (PA) o gestación actual.

Fecha de última regla, la hora de inicio de la actividad uterina (numero de y la duración), referir la salida de liquido (liquido amniótico, claro, grumosos con meconio), datos de vasoespasmo (cefalea, visión borrosa, acufenos, fosfenos, nauseas, vomito etc.), motilidad fetal, disuria etc.

Importancia clínica:

Es importante estimar con precisión la posible fecha del parto, por que esto permite que la Enfermera valore el progreso de la gestación y evalúe el embarazo a término con más facilidad. Si se reconoce de manera precisa la fecha del último periodo menstrual, se facilita estimar la posible fecha del parto.

Para calcular la Fecha Probable de Parto y calcular las semanas de gestación, se puede utilizar la regla de Nagele; que consiste en: el primer día de fecha de última regla más (+) 7 días menos (-) 3 meses, más (+) un año (Neeson J. 1998, Mondragón, H., 1998).

2.3.2 EXPLORACIÓN FÍSICA

Cabeza y cuello. Palpación, examen con oftalmoscopio e inspección visual de la boca.

↳ *Observaciones normales:*

Hiperemia de la membrana mucosa nasal y bucal, leve aumento difuso de la tiroides.

↳ *Observaciones anormales:*

Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos, de los nódulos tiroideos o aumento irregular, lesiones en ojos y boca: caries y abscesos dentales, infecciones óticas.

Tórax y corazón: auscultación con estetoscopio, percusión e inspección visual.

C Observaciones normales:

Pulmones claros, corazón con ritmo regular (en ocasiones se detecta un soplo funcional suave y corto que se debe a los cambios hemodinámicos del embarazo).

C Observaciones anormales.

Sonidos pulmonares (estertores, jadeos, ronquidos) ritmo cardiaco irregular, murmullos no fisiológicos.

Senos : palpación y examen visual.

C Observaciones normales:

Aumento de volumen de los senos y aumento de los patrones vasculares, areola más oscura con tubérculos prominentes, calostro en los pezones en las últimas etapas del embarazo.

C Observaciones anormales.

Masas o nódulos, descarga sanguinolenta o serosanguinolenta o en el pezón, lesiones en el pezón, eritema.

Piel: inspección visual.

C Observaciones normales:

Cambios de pigmentación; línea negra, máscara del embarazo, aparición de angiomas en forma de araña, eritemas nucleados de las manos.

C Observaciones anormales.

Palidez, ictericia, erupción, lesiones cutáneas.

Extremidades: examen visual y palpación, reflejos a la percusión utilizando un martillo de reflejo.

C Observaciones normales.

Edema pretibial y de los tobillos leve en el tercer trimestre, leve edema en las manos en climas cálidos.

C Observaciones anormales.

Limitación de movimiento, varices, edema pretibial considerable en mancebo o tobillos, edema en la cara o la región sacra, hiperreflexia.

Abdomen: palpación, inspección visual, auscultación, percusión.

C Observaciones normales:

Útero de mayor tamaño, palpación del perfil fetal en las últimas etapas del embarazo, sonido cardiaco fetal, contracciones en el último trimestre. Presencia de cicatrices o / y hernias, movimientos del producto. Se debe establecer acerca de la naturaleza y las complicaciones quirúrgicas anteriores. Altura de fondo uterino en relación con la sínfisis del pubis, se relaciona este dato con la fecha de amenorrea. En caso de ser menor el tamaño uterino se sospecha error de la paciente, oligohidramnios o muerte fetal in tuero e insuficiencia placentaria.

↳ *Observaciones anormales.*

Útero muy grande o muy pequeño con la fecha de última regla, ausencia de ruidos cardíacos fetales después de la décima semana (para lo cual se utiliza un aparato Doppler), posición transversal del feto, cabeza del feto en el fondo, contracciones uterinas tónicas, aumento de tamaño del hígado o del bazo.

Pelvis: examen con espéculo, examen bimanual por inspección y palpación, obtención de muestras.

↳ *Observaciones normales.*

Examen con espéculo: coloración azulosa de la mucosa vaginal y del cérvix, cérvix congestionado, ectropión en multigrávidas, aumento de leucorrea.

↳ *Observaciones anormales.*

Examen con espéculo: secreción amarillenta, purulenta, espumosa, de apariencia blanca como queso o gris, homogénea, de mal olor, lesiones hemorrágicas en el cérvix que se desprende con facilidad, lesiones en la vagina; hemorragia en el orificio cervical, presencia de líquido amniótico.

↳ *Observaciones normales.*

Examen bimanual: cérvix blando, admite uno o dos dedos (según la persona y la duración del embarazo), útero blando y de mayor tamaño, puede sentirse la presentación del producto, o parte del feto en el segmento uterino inferior, configuración que indica pelvis ginecoide.

↳ *Observaciones anormales.*

Examen bimanual: cérvix dilatado y que comienza a borrar (excepto si ya inició el trabajo de parto); masas cervicales o vaginales exceso de líquido amniótico (útero del tamaño inusualmente grande), masas anexas o plenitud, masas rectales, hemorroides, contracciones de la entrada pélvica, de la pelvis media o su salida.

↳ *Observaciones normales.*

Papanicolaou : metaplasia escamosa, negativo o normal, estrógenos, cantidad de estrógenos normales o más altas, células endocervicales presentes, la hiperplasia es considerada limitante.

↳ *Observaciones anormales.*

Papanicolaou, Inflamación, presencia de tricomonas u hongos, disminución o ausencia de estrógenos, células atípicas o sospechosas, hiperplasia atípica, displasia, neoplasia, o cáncer.

- **Conclusión diagnóstica:** conocer el estado de salud de la madre y del feto. La edad del embarazo en semanas, la evolución del embarazo, los padecimientos coincidentes con la gestación. Contactar con el diagnóstico más veraz posible en forma oportuna, que permita tomar las medidas necesarias o convencionales.

2.3.3 PRUEBAS DE LABORATORIO DURANTE EL CONTROL PRENATAL

En la práctica de la Obstetricia se puede auxiliarse del laboratorio clínico, y de otros métodos de gabinete para hacer el diagnóstico.

Desde el principio del embarazo se efectúan pruebas de laboratorio para obtener datos fisiológicos en esta etapa e identificar riesgos o problemas, se hace análisis y cultivo de orina, se toman muestras o cultivos de otras secreciones cervicales y vaginales.

Se toman muestras de sangre para Biometría Hemática completa, tipificación, factor de Rh y título en caso indicado, sífilis y título de rubéola. Otras pruebas sanguíneas que pueden ordenarse incluyen electroforesis de hemoglobina para detectar anemia de células falciformes y talasemia, antígeno de hepatitis B y ensayo de anticuerpos de VIH.

Se recomienda determinar la existencia de Diabetes gestacional durante la vigésimo cuarta a la vigésimo octavo semana de embarazo (24- 28), para lo que se toma la muestra de sangre tras administrar a la paciente 50mg de glucosa oral. Las cifras elevadas de glucosa en sangre indican la necesidad de una prueba posterior a la glucosa de tres horas.

En ciertos casos se toma una sangre para analizar la Alfafetoproteína, con el fin de detectar defectos del conducto neural. Esta prueba debe hacerse de la decimoquinta a la vigésima semana de embarazo (15- 20). El aumento de alfafetoproteína indica posibles defectos del conducto neural y a continuación es preciso efectuar ultrasonido o amniocentesis. Se ordenan otras pruebas de laboratorio como electrocardiograma y prueba de función renal, dependiendo del estado de salud de la madre.

Con frecuencia se recurre al ultrasonido para obtener información de la edad gestacional, posición de feto, embarazoso múltiples, ubicación de la placenta, retraso del crecimiento y para detectar diversas anomalías fetales. El ultrasonido permite identificar el sexo del feto, por lo cual se pregunta a los padres si desean tener esta información.



Estudio de laboratorio primordiales:

- C- Citología hemática
- C- Investigación de factor de Rh y tipo de sangre
- C- Titulación de rubéola
- C- VDRL
- C- Análisis de orina, urocultivo o ambos
- C- Frotis de Papanicolaou
- C- Frotis para investigar gonorrea
- C- Electroforesis de hemoglobina
- C- Investigación e hepatitis
- C- Investigación del derivado proteínico purificado, si está indicado
- C- Cultivo de Clamidas, si está indicado
- C- Alfafetoproteína durante las semanas 16 a la 18 de la gestación
- C- Preparado en fresco de secreciones vaginales, según lo requiera.
- C- Investigación de anticuerpos

En sangre venosa:

Biometría hemática: hematocrito y hemoglobina, cuantificación de diferencial de leucocitos, plaquetas:

El hematocrito y la hemoglobina, análisis para la anemia, el valor de la hemoglobina mide la capacidad del cuerpo para transportar oxígeno. Sé diagnóstica anemia con un valor de 10.5 g/ 100ml o menor. La más común es la deficiencia por hierro.

Cuantificación de glóbulos rojos y blancos y diferencial, para identificar procesos infecciosos y de eclampsia, análisis para detectar discrasia sanguínea deficiencia de ácido fólico.

Plaquetas; para valorar el mecanismo de coagulación sanguínea

Pruebas serológicas (VDRL) para sífilis: se efectúa pruebas serológicas para identificar sífilis en la embarazada, durante la primera consulta prenatal. Esta debe ser Negativa.

Factor de Rh y tipo sanguíneo: se hace para determinar el tipo sanguíneo y el factor (positivo o negativo), el tipo sanguíneo es importante en caso de hemorragia, el factor alerta a los profesionistas con respecto a incompatibilidad con el feto. Y para prevenir inmunización Rh, todas las mujeres Rh-negativas reciben globulina anti-D después de aborto, amniocentesis o nacimiento de un lactante Rh (+).

Anticuerpos de rubéola: para determinar la exposición de la madre al virus de la rubéola y si formo anticuerpos (ver si es inmune o no). El resultado es 1:8 indica que la paciente no es inmune a la rubéola. Debe aconsejarse que se evite contagio. Si se expone a éste, deberá hacerse el estudio en tres o cuatro semanas.

Glucosa (azúcar sanguínea): análisis para detectar diabetes gestacional (si las cifras de glucosa son altas se procede a efectuarse una prueba de tolerancia a la glucosa de tres horas).

Ensayo de anticuerpo de VIH (prueba de ELISA, ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas), infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Análisis de orina (azúcar, albúmina, microscópico): azúcar, (glucosuria para detectar diabetes), albúmina, proteinuria (análisis para determinar preeclampsia), tensión renal o alteraciones renales. Cuantificación de eritrocitos, cuantificación de leucocitos, células epiteliales, bastones, microorganismos, análisis para detectar enfermedades renales, infección del aparato urinario (Mondragón, H., 1998, Reeder, M., 1995).

2.3.4 VISITAS PRENATALES SUBSECUENTES

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales (Norma Oficial Mexicana, 1995).

Se programan visitas a lo largo del embarazo para vigilar de manera continua el estado de la madre y el feto, instituir tratamientos, efectuar pruebas diagnósticas necesarias y ofrecer oportunidad de que la paciente reciba apoyo y educación. El programa normal de visitas es una vez al mes hasta el séptimo y octavo mes, durante y cada semana durante el noveno mes hasta el momento del parto. Se programan visitas más frecuentes en caso de algunos problemas. Las visitas de rutina consisten en historia de seguimiento, examen físico y educación de la paciente (Reeder, M., 1995).

➤ Programa para las visitas prenatales de vigilancia (Neeson J. 1998).

- Cada cuatro semanas hasta la semana 28 de gestación
- Cada dos semanas, hasta la semana 36
- Cada semana hasta el parto.

➤ El programa de visitas prenatales se debe realizar de la siguiente manera: (Mondragón, H., 1998).

- La primera se debe llevar a cabo durante la cuarta a la sexta semana de embarazo
- Y las siguientes durante las semanas: 10, 15, 20, 25, 30, 33, 36, 37.

➤ Otro programa de visitas prenatales es el siguiente (Norma Oficial Mexicana, 1995).

- 1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas
- 3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas
- 4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas
- 5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas.

Sea cualquier programa, en este se debe realizar las siguientes actividades:

- Elaboración de historia clínica;

Preguntar e identificar los signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y infecciones cervicovaginales, hipomotilidad fetal inflamación de cara o dedos, visión borrosa o débil, dolor abdominal, vomito persistente, escalofrío, fiebre, salida repentina de líquido);

- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración;
- Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración;
- Valoración del riesgo obstétrico;
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto; fondo uterino (McDonald) presentación situación, posición frecuencia cardiaca fetal etc.
- Verificar edema
- Análisis de orina para terminar valores de glucosa y albúmina
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo);
- Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rh antígeno D).
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36;
- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad;
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico;
- Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo);
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales;
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada;
- Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada;
- Promoción de la lactancia materna exclusiva;
- Promoción y orientación sobre planificación familiar;
- Medidas de autocuidado de la salud
- Ajuste familiar
- Establecimiento del diagnóstico integral.

En general no se efectúa examen vaginal las visitas de seguimiento hasta que la paciente se encuentra cerca de término. Los exámenes vaginales se inician dos a tres semanas antes de la posible fecha del probable parto, para evaluar la pelvis, la presentación fetal y el grado de descenso.

Se determina el peso, la presión arterial, la altura del fondo uterino, y la frecuencia cardiaca fetal en cada visita de seguimiento. Se registra el peso en una gráfica o diagrama de flujo y se anota y explora cualquier desviación.



Se examinan los brazos y piernas para detectar edema o varices. Otros aspectos del examen físico se llevan a cabo según los signos que se observan.

El examen abdominal es útil para obtener información acerca de la posición de producto a partir de la semana 13 de gestación. Las maniobras de Leopold ayudan a determinar la posición y presentación del feto y auscultación del foco cardiaco fetal.

2.3.5 MANIOBRAS DE LEOPOLD

Las maniobras de Leopold se emplean para palpar el feto, con objeto de identificar su posición, variedad de presentación y actitud. Se efectúan durante el embarazo una vez que el tamaño del útero permite ya distinguir por palpación las partes fetales.

Las maniobras de Leopold deben efectuarse antes de escuchar los ruidos cardiacos fetales (RCF). La auscultación de éstos se facilita si se localiza el dorso del feto, porque el ruido cardiaco se transmite con mayor intensidad por el dorso del feto y la pared uterina; se difunde a su paso por el líquido amniótico.

INDICACIONES:

Haber vaciado recientemente la vejiga.

Se acostara sobre el dorso con el abdomen descubierto.

Relajar a la pared abdominal elevara ligeramente los hombros sobre una almohada y se doblaran un poco las rodillas.

PRIMERA MANIOBRA:



Mirando hacia la cabeza de la paciente, se palpa el fondo uterino con las puntas de los dedos de ambas manos.

Responder a la pregunta ¿Qué está en el fondo uterino: la cabeza o la pelvis fetal? (medición del fondo uterino).

Cuando en el fondo uterino está la cabeza fetal, se percibe como una masa dura, lisa, globular, móvil y desplazable.

Cuando en el fondo uterino está la pelvis, se percibe como una masa blanda, irregular, redonda y menos móvil.

SEGUNDA MANIOBRA:



Después de verificar si es la cabeza o la pelvis lo que ocupa el fondo debe responderse la pregunta ¿Dónde se encuentra el dorso? El explorador debe mirar hacia la cabeza de la paciente. Colocando las manos a cada lado del abdomen, sostiene el útero con una mano y palpa el lado opuesto para localizar el dorso fetal.

El dorso se percibe firme, liso, convexo y resistente.

Las partes menores (brazos y piernas) se perciben pequeñas, de ubicación irregular y nudosas y pueden ser activa o pasivamente móviles.

TERCERA MANIOBRA:



A continuación la Enfermera debe identificar la parte fetal que se encuentra sobre el estrecho pélvico superior. Responder a la pregunta ¿Cuál es la parte de presentación?

El explorador vuelve la cara hacia los pies de la paciente. Colocando las puntas de los tres primeros dedos y el pulgar de una mano a cada lado del abdomen, justo arriba de la sínfisis, y le pide que inhale profundamente y deje salir todo el aire. Conforme la mujer exhala, se hunde los dedos hacia abajo con lentitud y profundidad alrededor de la parte de presentación. Se revisa de este modo el contorno, el tamaño y la consistencia.

La cabeza se percibe dura, lisa y móvil si no está encajada e inmóvil si lo está. La región pélvica se siente blanda e irregular.

CUARTA MANIOBRA:



Para esta parte de la exploración la Enfermera se coloca frente a los pies de la parturienta y procura localizar la prominencia frontal. La localización de este punto de referencia ayuda a valorar el descenso de la parte de presentación hacia la pelvis. Responder a la pregunta ¿Dónde está la prominencia cefálica?

El examinador mira hacia los pies de la paciente, mueve suavemente los dedos por los lados del abdomen en dirección hacia la pelvis, hasta que los dedos de una de las manos encuentren una prominencia ósea, que corresponde a la prominencia cefálica.

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos:

- Ⓒ Identificación
- Ⓒ Antecedentes personales patológicos
- Ⓒ Evolución del embarazo en cada consulta
- Ⓒ Resultados de exámenes de laboratorio
- Ⓒ Estado nutricional
- Ⓒ Evolución y resultado del parto
- Ⓒ Condiciones del niño al nacimiento
- Ⓒ Evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo
- Ⓒ Mensajes que destacan la importancia de la lactancia materna exclusiva
- Ⓒ Planificación familiar
- Ⓒ Signos de alarma durante el embarazo.

Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

Atención del embarazo:



El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo, con el fin de obtener recién nacidos sanos.

2.4 INFECCIONES CERVICOVAGINALES

INTRODUCCIÓN

Cuando se trata de analizar la microbiología del tracto genital femenino, se logra constatar que realmente es muy compleja. En la vagina de una mujer sana se pueden encontrar más de 10 colonias bacterianas en las secreciones. Dentro de los gérmenes que se pueden aislar comúnmente en el tracto genital bajo se incluye una gran variedad de bacterias aeróbicas y aeróbicas, hongos, virus y parásitos; la porción principal está constituida por *Lactobacillus acidophilus* que intervienen en el control de la salud vaginal.

Otro de los mecanismos que protegen de la infección es el epitelio vaginal, que está constituido por cuatro capas de células diferentes, superficial e intermedia separadas por una capa transicional y la capa parabasal y basal, es un sistema que constantemente se renueva, provoca cambios celulares desde la capa basal hacia la capa superficial. La velocidad de este cambio celular y, por tanto, su grosor depende de los estrógenos, los cuales promueven el depósito de glucógeno en este epitelio vaginal favoreciendo el crecimiento de los lactobacilos; estos fermentan el glucógeno, lo que produce una disminución del pH vaginal, reduciendo la proliferación de especies acidófilas.

Los mecanismos de defensa del epitelio vaginal son básicamente tres:

1. La flora de lactobacilos denominada comúnmente de Doderlein, mantiene el ecosistema vaginal sano mediante tres mecanismos:
 - Los lactobacilos crean un pH ácido (3.8-4.2) que se comporta de forma hostil frente a las especies patógenas.
 - La producción de peróxido de hidrógeno (H_2O_2) actúa como un tóxico frente a la flora anaeróbica.
 - Posee unas proyecciones de la pared celular denominada micropilli que facilitan su adherencia al epitelio vaginal previniendo la adherencia de otras sustancias patógenas.
2. En las secreciones vaginales existe una serie de sustancias con acción antibacteriana (lisozimas, lactoferrina, zinc, fibronectina, complemento).
3. En el epitelio genital intervienen las defensas inmunitarias: inmunidad humoral (IgG e IgA secretoras) y la actividad fagocitaria que presentan los monocitos y los neutrófilos polinucleares.

La presencia o proliferación de estos microorganismos dependerá de la fase del ciclo menstrual, de la actividad sexual, del uso de anticonceptivos, del parto, de las cirugías y del uso de antibioticoterapia.

Existen varios documentos muy antiguos que demuestran la existencia de las infecciones de transmisión sexual (ITS) desde la aparición del hombre en nuestro planeta. Algunos escritos señalan que hubo enfermos de gonorrea desde el año 2, 637 a. C; asimismo, hay testimonios

antiguísimos de la condilomatosis, de la sífilis y de otras infecciones cervicovaginales. (Casanova, 2004)

Un punto histórico importante, es el papel de los soldados en la transmisión de estas infecciones, desde la antigüedad hasta nuestros días. El alcohol y las drogas están estrechamente relacionados con las infecciones cervicovaginales; por ejemplo, hasta antes de 1970, en la que la mayor parte de las infecciones de transmisión sexual eran bacterianas, pero, a medida que la industria farmacéutica lanza al mercado nuevos antibióticos, las infecciones bacterianas disminuyen; sin embargo, el número de pacientes con infecciones cervicovaginales virales ha ido acumulándose en las últimas décadas, debido a que aún existen pocos medicamentos antivirales curativos.

Durante varios años se les denominó enfermedades venéreas a estas infecciones, haciendo alusión a la Venus que representa la belleza femenina, posteriormente adquieren el término de enfermedades de transmisión sexual (ETS), a partir de 1990, por acuerdo internacional reciben el nombre de infecciones de transmisión sexual (ITS), argumentando que el término enfermedades es inadecuado, ya que la palabra enfermedad comprende una serie de signos y síntomas, y no en todos los casos existe un cuadro de este tipo.

Actualmente la comunidad médica y la salud pública enfrentan grandes retos en el área de infecciones transmitidas por la actividad sexual, en los últimos tiempos han aparecido formas virales como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), y cobrando gran importancia algunos microorganismos a los que no se les había tomado en cuenta, como *Chlamydia trachomatis* y el virus del papiloma humano (VPH). Lo anterior ha llevado a la formulación de nuevas recomendaciones terapéuticas contra dichos microorganismos y la enfermedad que produce.

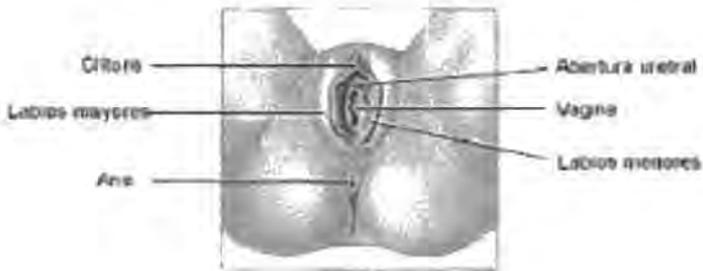
Existe un gran número de enfermedades que se transmiten mayoritariamente o exclusivamente por contacto sexual. Como ejemplo se pueden mencionar: las infecciones vaginales causadas por bacterias y hongos. Son muchos los organismos que causan estas enfermedades. Los protozoos del género *Trichomonas* causan una infección del aparato urogenital denominada tricomoniasis; la moniliasis o candidiasis es un tipo de micosis muy común que está causada por una levadura; los organismos que producen la vaginosis *Haemophilus*, son bacterias; el herpes genital, las verrugas genitales (causadas por el papovavirus) y el molusco contagioso se debe a la acción de ciertos virus; finalmente, el linfogranuloma venéreo y la mayoría de los casos de uretritis no gonocócicas están producidos por la bacteria *Chlamydia*.

Algunas se pueden transmitir también por vía no sexual, pero representan una minoría el número total de casos. Varios tipos de enfermedades de transmisión sexual pueden llegar a ser epidémicas, incluidas la gonorrea, la uretritis no gonocócica, el herpes genital, las verrugas genitales (condilomas acuminados), la sarna (escabiosis) y las infecciones uretrales y vaginales causadas por la bacteria *Chlamydia Trachomatis*, el protozoo *Trichomonas* y ciertos hongos.

La transmisión de todas estas enfermedades se efectúa en la mayoría de los casos por contacto íntimo con una persona infectada, ya que los organismos que las producen mueren con rapidez si se los separa del cuerpo humano. Aunque la zona normal de contacto suele ser los genitales, el sexo oral y anal también produce casos de infecciones orales o anales. Algunas de estas afecciones, en concreto la vaginitis producida por *Trichomonas* y hongos

también se pueden adquirir por otros medios que no son el contacto sexual. La Chlamydia, y otras pueden pasar de la mujer embarazada a su hijo, ya sea en el embarazo o durante el parto. Tales infecciones congénitas pueden ser bastante graves.

Aunque las infecciones de transmisión sexual comienzan en los genitales externos, se pueden extender también al útero y ciertos órganos cercanos.



La mayoría de estas infecciones causan irritación, picores y ligeros dolores a nivel local, pero otras como la gonorrea y la uretritis por Chlamydia son una causa importante de esterilidad en las mujeres.

Las Infecciones Cervicovaginales con el embarazo representan un problema particular, ya que no solo pueden afectar biológicamente a la pareja, si no que además, pueden tener un efecto adverso sobre la gestación, comprometiendo la adecuada evolución de la misma y pudiendo lesionar de manera irreversible al feto, favorecer la presencia de ruptura prematura de membranas e incrementar el riesgo de parto pretérmino, así como infectar al recién nacido.

Las repercusiones de cada una sobre el curso del embarazo, el reto o el recién nacido son diferentes; infecciones adquiridas tempranamente en el primer trimestre de la gestación pueden causar muerte embrionaria, aborto espontáneo o malformaciones fetales, mientras que las infecciones adquiridas de manera tardía en el embarazo pueden resultar en parto pretérmino ruptura prematura de membranas (RPM) y, ocasionalmente, en óbito, por otra parte, en la parte final de la gestación pueden causar en los fetos o neonatos conjuntivitis, neumonía, lesiones cutáneas y enfermedades hepáticas, así como infecciones neurológicas.

Por lo anterior, resulta obvio que una estrategia adecuada para disminuir la morbilidad Perinatal en las infecciones de transmisión sexual no solo implica el tratamiento, sino la prevención mediante la educación de las pacientes y de sus parejas sexuales.

Durante el embarazo suelen dar origen a morbilidad o mortalidad materna y fetal, y siempre guardan relación con la presencia de anomalías fetales. Hace poco se lograron conocer los amortiguadores que posee el feto y las relaciones entre los microorganismos invasores y las manifestaciones defensivas fetales.

2.4.1 FLORA GENITAL HABITUAL

Al manejar pacientes con sospecha de algún tipo de infección cervicovaginal, fundamental es, el conocimiento de la flora habitual, denominándose así al conjunto de microorganismos colonizadores del aparato reproductor, tanto femenino como masculino.

Se considera que en mujeres en edad reproductiva existen en promedio 100 millones de unidades formadas de colonias (UFC) por gramo de secreción o flujo vaginal en forma normal; los lactobacilos juegan un papel primario como reguladores y protectores del equilibrio en el microorganismo vaginal, ya que produce peróxido de hidrógeno, convierten glucógeno a glucosa, producen acidificación vaginal y son responsables directos de mantener el pH a nivel. Para que el equilibrio en el microorganismo genital se mantenga, existe una serie de factores que influyen, como son los factores anatómicos, mecánicos, químicos, fisiológicos y iatrogénicos, el pH vaginal, el estado inmunológico local y sistémico del huésped, fase del ciclo menstrual y catabolismo bacteriano.

En las diferentes etapas de la vida de la mujer, y de acuerdo a sus características hormonales, fisiológicas e inmunológicas se puede encontrar flora genital diferente; los ejemplos clásicos son: la adquisición de microorganismos provenientes del canal de parto materno, en la recién nacida, debido al paso transplacentario de estrógenos de la madre a la niña, existe un estímulo hormonal al epitelio plano estratificado vaginal y glándulas endocervicales y para la síntesis y almacenamiento de glucógeno, favoreciendo que proliferen bacterias. Al desaparecer el estímulo hormonal en aproximadamente 4 semanas, desaparece también el medio favorable para el desarrollo y la flora. En la flora genital existen fluctuaciones en el ecosistema vaginal, y el cambio puede ocurrir día con día, o sea que puede existir una gran variabilidad de microorganismos capaces de colonizar genitales. Las interacciones microbianas son una condición necesaria en el equilibrio del microecosistema. Ejemplos claros de ellos son: *Lactobacillus*, que inhiben el crecimiento de otros microorganismos, como *Candida albicans* y *Gardnerella vaginalis*, las cuales proporcionan medio de crecimiento y desarrollo de otros microorganismos.

FLORA HABITUAL EN GENITALES FEMENINOS (Grampositivos)

Lactobacillus	Peptococcus
Staphylococcus	Peptostreptococcus
Streptococcus	Clostridium
Corynebacterium	Propionibacterium
Acinetobacter	Eubacterium
Candida albicans	Bifidobacterium

FLORA HABITUAL EN GENITALES FEMENINOS
(Gramnegativos)

Neisseria gonorrhoeae	Veillonella
Moraxella	Bacteroides
Escherichia coli	Fusobacterium
Enterobacter Piloni	Proteus
Klebsiella	

En el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), se reportan las siguientes frecuencias obtenidas en la clínica de infecciones de transmisión sexual en los últimos 15 años:

1. Candidosis, 39.4%
2. Condilomatosis, 20.7%
3. Vaginosis bacteriana, 19.4%
4. Infección mixta, 14.6%
5. Clamidia, 6.9%
6. Micoplasmosis, 4.8%
7. Tricomoniasis, 2.9%
8. Herpes simple, 2.3%
9. Sífilis, 2.0%
10. Molusco contagioso, 1.1%

2.4.2 CERVICOVAGINITIS

Las infecciones de la vagina pueden ser extremadamente problemáticas y causar innumerables molestias, aun cuando sean condiciones relativamente menores y que en raras ocasiones llegan a dar complicaciones a largo plazo.

La infección de la mucosa vaginal o vaginitis es una patología frecuente que supone 12 a 20% de las consultas de Ginecología. Su significado e importancia clínica tienen que ver con implicaciones de orden social; riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido.

Las infecciones que causan vaginitis pueden afectar a tres estructuras que son: vulva, vagina y cérvix. Contrariamente a lo que muchas mujeres creen, algunos flujos son normales y no necesariamente indicativos de infección. Dichos flujos son causados por la microflora que colonizan desde el nacimiento el aparato genital de la mujer y dichas secreciones pueden tener un olor "característico" y una cantidad normal dependiendo de cada mujer.

Los microorganismos que forman los flujos pueden ser influidos por varios factores: Ciclo menstrual, actividad sexual, partos, cirugías, uso de antibióticos y anticonceptivos hormonales, el dispositivo intrauterino y enfermedades que disminuyan la inmunidad. Además de esto, la flora bacteriana vaginal es un ecosistema dinámico y varía día con día en la misma mujer.

El enfoque adecuado del problema hacen indispensable tener presente algunas consideraciones previas con respecto a los siguientes factores:

La existencia de una flora vaginal que incluye: Bacilos de Döderlein, Streptococcus viridae, Staphylococcus albus, difteroides, hongos y bacterias anaerobias. Además la vagina de la mujer adulta con actividad sexual es un órgano séptico, es posible encontrar gérmenes capaces de producir un cuadro de vulvovaginitis, como Cándida, Gardnerella y Trichomona Vaginalis, en cierto porcentaje de mujeres asintomáticas. El mayor porcentaje corresponde al bacilo de Döderlein, responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 3.8 a 4.5).

La presencia de secreciones normales, originadas principalmente a partir del cérvix y del trasudado vaginal, constituidos por agua, moco, células exfoliadas, leucocitos, hematíes y bacterias suelen ser escasas, mucoides, sin olor, no asociadas a prurito, ardor u otros síntomas, con características determinadas por la etapa del ciclo; más abundantes, transparentes, filantes, en la fase estrogénica; escasas, opacas, gruesas, en la fase lútea.

Sin embargo diversos organismos pueden causar cervicovaginitis, incluyendo virus, bacterias, hongos y protozoarios; los síntomas en cada tipo de infección son similares. Los síntomas ya sean en infección vaginal o cervical se pueden presentar los siguientes:

- Secreción vaginal anormal en cantidad o apariencia,
- A menudo con olor desagradable,
- Ardor, irritación, inflamación del área genital, incluyendo edema de los labios,
- Disuria: dolor y ardor al orinar,
- Dispareunia: dolor durante el coito,

- Prurito vulvar, algunas veces intenso.
- Dolor en la parte baja de la espalda o abdomen.

El flujo o exudado fisiológico vaginal procede principalmente del trasudado de los capilares de la pared vaginal, y en menor proporción, de la secreción de las glándulas de Bartholino y parauretrales, y también de tramos más altos del aparato genital, como cérvix y cavidad uterina.

Las características del flujo están condicionadas en gran parte por la flora vaginal; así, aumenta considerablemente en las infecciones vaginales, denominadas leucorrea patológica y constituyen el síntoma principal de las vulvovaginitis.

Los agentes condicionantes de infección vaginal en esas etapas de vida serán diferentes a los de la mujer adulta, en la que las vaginosis bacteriana, las vulvovaginitis micóticas y por tricomonias constituyen los tres cuadros clínicos más frecuentes.

Las infecciones cervicovaginales más comunes son:

- Vaginosis bacteriana
- Vaginosis bacteriana por Gardnerella
- Candida albicans
- Trichomona vaginalis
- Chlamydia trachomatis

2.4.3 VAGINOSIS BACTERIANA

El concepto de vaginosis bacteriana (VB) se refiere a un desequilibrio del ecosistema de la flora vaginal, en la que, por un decremento de los lactobacilos productores de peróxido de hidrógeno, hay un aumento desenfrenado de bacterias comensales, entre las que resaltan las anaerobias, quedando invertida la población de lactobacilos contra la de otras bacterias vaginales. En la vaginosis no hay proceso inflamatorio evidente, es bacteriana porque generalmente es polimicrobiana.

Döderlein descubrió los lactobacilos de la flora vaginal desde 1894, señalando su importancia en la homeostasis del microecosistema vaginal. Los *Lactobacillus acidophilus* productores de peróxido de hidrógeno regulan la multiplicación de otras bacterias colonizadoras vaginales. En enero de 1984, por consenso internacional, se acordó en Estocolmo, Suecia, denominar vaginosis bacteriana a este padecimiento.

Normalmente existen mecanismos fisiológicos de la vagina que la mantienen limpia; este sistema es regido por:

- La descamación epitelial de las células maduras
- Eliminación constante de detritos
- Presencia de inmunoglobulinas locales secretoras (IgA)
- Mecanismo fagocítico celular

Durante la gestación, los *Lactobacillus acidophilus* van incrementándose: al comparar el número de *Lactobacillus* del primer trimestre con el del tercero, se encuentra que en el tercer trimestre hay un aumento de hasta 10 veces su concentración relativa, mientras que en el resto de los microorganismos de la flora presentan una tendencia descendente, señalando especialmente a las bacterias anaerobias. Estos cambios de ascenso lactobacilar y descenso de otras bacterias se debe al incremento de glucógeno intracelular y glandular de la porción baja del aparato genital, característico de la gestación. Este fenómeno microbiológico favorece que el neonato enfrente menos riesgo en el momento de pasar por el canal de parto, y en la madre disminuye la posibilidad de una invasión bacteriana de la vagina hacia el útero. Al término del embarazo aparece un aumento de bacterias anaerobias. Seis semanas después del parto, la flora de predominio anaeróbico retorna a su estado habitual.

En la vagina además de los productos bacterianos, también hay una serie de compuestos, como la presencia de líquido que atraviesa la mucosa proveniente del tejido conectivo subepitelial, denominado trasudado, secreciones de glándulas endocervicales, líquido que viene desde la mucosa endometrial, así como células que se descaman del endometrio, endocervix, exocervix y mucosa vaginal. Dentro de los componentes detectados en las secreciones se incluyen los ácidos grasos de cadena corta con 2 o 5 átomos de carbono, aminas y otros compuestos aromáticos. En el caso de la vaginosis bacteriana, estos compuestos se elevan, haciendo que el olor sea verdaderamente fétido (olor a pescado), acompañándose probablemente de una secreción conocida como leucorrea.

Epidemiología

Se considera que la vaginosis bacteriana es una de las infecciones más comunes a nivel mundial y que su frecuencia va de 15 a 64%. En México, la candidiasis vulvovaginal ocupa el primer lugar y la vaginosis bacteriana el segundo. Es probable que la candidiasis ocupe el primer lugar en México debido a ciertos factores como el clima caluroso, la dieta a base de carbohidratos y la enorme población de diabéticos. La vaginosis bacteriana no tiene preferencia por algún estrato social en especial, ya que se presenta tanto en las mujeres de países desarrollados como en las de los países en vías de desarrollo.

Los Centros para el mando de la Enfermedad (Centres For Disease Control, CDC) publicaron los resultados de incidencia de vaginosis bacteriana en seis clínicas públicas de Infecciones de Transmisión Sexual, en las que el tamaño de muestra fue de 11 264 mujeres, con diagnóstico de vaginosis bacteriana en 12.3%. Gardner y Dukes obtuvieron resultados muy interesantes respecto al embarazo y vaginosis bacteriana de 1 041 pacientes, de las cuales 10.1% tuvieron vaginosis bacteriana diagnosticada en consulta privada. Minkoff estudio 233 pacientes de raza negra embarazada y de estado socioeconómico bajo, con resultados de vaginosis bacteriana de 31.8%. Gravett estudió 582 embarazadas y, de 534 evaluables, 19% presentaron vaginosis bacteriana. El estudio de Gravett mostró la frecuente asociación de vaginosis bacteriana con aborto en el primer trimestre de embarazo.

Fisiopatología

La flora vaginal es un sistema dinámico que varía en la misma paciente de un día a otro, es decir, los comensales vaginales y del cérvix es diferentes en la ovulación, en la fase premenstrual, durante la menstruación, en la fase posmenstrual y además en fase de posparto, con la colocación de un cerclaje y con el dispositivo intrauterino.

Puede decirse que el ecosistema vaginal está en buenas condiciones cuando existen tres condiciones:

- a. Flora con predominio de *Lactobacillus* spp. La vaginosis bacteriana se caracteriza por una disminución de la flora lactobacilar y, por lo tanto, un incremento en las bacterias, anaerobias gramnegativas.
- b. Presencia de glucógeno en el epitelio vaginal. En la vaginosis bacteriana hay un incremento de la biota (de diferentes bacterias comensales), sin haber un proceso inflamatorio: así, pues, no hay incremento de leucocitos totales ni generales.
- c. Ausencia de inflamación. La presencia de productos metabólicos y enzimas producidos por una flora vaginal anormal puede reducir significativamente la capacidad de los leucocitos para detener la infección y de esta forma facilitar la infección ascendente, así como la presencia de niveles aumentados de endotoxinas, la cual puede actuar para estimular la liberación de citocinas locales con producción de prostaglandinas, condicionando una respuesta inflamatoria local.

Se ha considerado un síndrome con muchas secuelas clínicamente significativas para las mujeres embarazadas: está asociada con bajo peso, ruptura prematura de membranas (RPM), parto pretérmino o nacimiento prematuro, septicemia neonatal, corioamnionitis, endometritis post parto, y otras complicaciones del embarazo debidas a la vaginosis bacteriana, incluyendo la parálisis cerebral del producto.

Cuadro clínico

Los síntomas cardinales de vaginosis bacteriana son principalmente el flujo vaginal aumentado y fétido (con olor a pescado).

Algunas pacientes presentan desde la infancia flujo vaginal fétido, hecho que favorece confusión, creyendo que es una situación normal, ya que en la mayoría de los casos no presentan dolor ni prurito; sin embargo aquellas mujeres sanas que adquieren la infección en edad adulta se percatan de ello inmediatamente.

Diagnóstico

Los criterios clínicos demostrados por Gardner y Duker, y modificados por Amsel, son de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de vaginosis bacteriana.

Los criterios clínicos de Amsel son:

- Flujo transvaginal homogéneo abundante, blanco grisáceo con pequeñas burbujas.
- pH mayor de 4.5, aunque actualmente se acepta que es mejor considerar como positivo al pH > 5.0, debido a que las tiras reactivas comerciales no manejan fracciones, solo enteros.
- Prueba de hidróxido de potasio positiva (KOH a 10%). Al hisopo con la muestra de flujo vaginal se le agregan dos gotas de KOH, ocurriendo una descarboxilación en caso de existir aminas: en este momento se libera una enorme cantidad de gas de olor aminado (a pescado). Se sabe que las principales aminas que hay en el flujo vaginal de una paciente con vaginosis bacteriana son putrescina, cadaverina y, la más abundante, trimetilamina.
- Presencia de células "clave" o "guía". Existe una gran cantidad de anaerobios que se adhieren a la superficie de las células maduras de descamación del epitelio vaginal y exocervical (epitelio plano estratificado sin estrato córneo). Una célula "clave" se describe como aquella célula madura de descamación de la vagina o el exocervix a la que se le adhiere una gran cantidad de microorganismos, y por tanto se le ven los bordes anfractuados o "deshilachados". Para considerar positivo este criterio, debe haber 20% de células "clave" por campo (al haber diluido en 1 cm³ de solución salina o fisiológica, y ser observada en el objetivo de 40x seco fuerte del microscopio).

Se han utilizado diversos métodos para el diagnóstico de vaginosis bacteriana, pero aún sigue siendo la clínica la que determina el diagnóstico más certero. Algún investigador propuso realizar el diagnóstico con la cuantificación de trimetilamina: pero para los países en vías de desarrollo siguen siendo válidos los criterios de Amsel.

Actualmente existen en el mercado algunas pruebas rápidas, generalmente basadas en reacciones moleculares con los gases u otros componentes bioquímicos de los microorganismos.

El uso de la tinción de Gram del exudado vaginal para diagnosticar vaginosis bacteriana lo introdujo Dukenberg en 1965. El método usó la presencia de *Gardnerella vaginalis* (bacilo gramvariable) como el único criterio para el diagnóstico para vaginosis bacteriana. En 1983, Spiegel y col, introdujeron un método de frotis teñido con Gram para diagnosticar vaginosis bacteriana que cuantificó en cuatro categorías: 1+ (<1 por campo), 2+ (1 a 5 por campo), 3+ (6 a 30 por campo), y 4+ (>30 por campo). Importante mencionar que un simple aislamiento de *Gardnerella vaginalis* no es suficiente para hacer el diagnóstico de vaginosis bacteriana, ya que se puede aislar hasta la flora genital de una niña.

En 1990, Nugent y Col, introdujeron un sistema de calificación estandarizado para las tinciones de Gram. En este sistema de calificación se usaron tres morfotipos para crear una calificación total de 0 a 10. Una calificación de 7 a 10 es considerada diagnóstica de vaginosis bacteriana. En general, el diagnóstico basado en la tinción de Gram se correlaciona bien con el diagnóstico clínico, y es un método de diagnóstico aceptado.

Tratamiento

El tratamiento, curación y manejo de las recurrencias son más complejos que en otras infecciones causadas por un solo agente infeccioso.

El tratamiento tiene por objetivo disminuir la carga de microorganismos anaerobios de la vagina, ya que la vaginosis bacteriana se debe a una disminución de *Lactobacillus acidophilus* y un aumento de varios colonizadores vaginales, específicamente anaerobios.

➤ Tratamientos locales:

Metronidazol crema, 1 aplicador vaginal al día durante 5 días.

Clindamicina, óvulos vaginales, 1 al día durante 3 días.

➤ Tratamientos sistémicos:

Metronidazol oral, tabletas 500 mg, tomar 2 al día durante 10 días.

Debido a que existen datos limitados sobre la dosificación de metronidazol en el tratamiento de la vaginosis bacteriana durante el embarazo, es necesario que haya más estudios para decidir si se debe indicar el metronidazol oral desde el primer trimestre de gestación.

El tratamiento recomendable para la mujer embarazada es local; con crema de metronidazol 0.75%, 1 aplicador vaginal de 5 mg al día durante 5 días. El metronidazol oral solo se recomienda a partir del segundo trimestre.

2.4.4 VAGINOSIS POR GARDNERELLA

La *Gardnerella vaginalis*, también denominada *Haemophilus vaginalis*, fue descubierta en 1955 por Gardner y Dukes. Constituye la única especie del género *Gardnerella*, se trata de un coccobacilo gramnegativo anaerobio facultativo. Se puede encontrar como miembro de la flora anorrectal de adultos sanos de ambos sexos, así como de niños, y también forma parte la flora normal de la mujer en edad reproductiva. Sin embargo solo se puede hablar de una vaginosis bacteriana cuando se presenta un sobrecrecimiento de la *Gardnerella vaginalis*, que altera la microflora vaginal y se asocia al desarrollo de microorganismos anaerobios (especies de *Bacteroides* y *Mobiluncus*) productores de aminas. Se encuentra hasta en 40% de las mujeres asintomáticas.

Clásicamente se denominaba a la infección causada por este germen vaginal inespecífico, sin embargo, esta terminología, debería ser abolida ya que supone criterios no específicos; cuando, en realidad, constituyen un cuadro clínico determinado, con criterios diagnósticos concretos de los que se conoce su agente etiológico. Por eso en la actualidad se prefiere el término Vaginosis (vaginal) y Bacteriana (porque aunque la *Gardnerella* está presente, no es el único ni principal agente etiológico, sino que se produce un cambio importante en la flora vaginal, desapareciendo los lactobacilos y existiendo gran cantidad de gérmenes, como *Gardnerella*, *Mycoplasma* y sobre todo, anaerobios como *Bacteroides*, peptococos y *Mobilucos*).

Este padecimiento ocupa el segundo lugar de las infecciones vaginales en mujeres mexicanas, es más frecuente en mujeres con vida sexual activa, por consiguiente la principal forma de transmisión es por contacto sexual. Aunque solo se ha aislado el microorganismo en 80% de varones parejas de mujeres contaminadas, se puede observar esta infección en adolescentes sin vida sexual. Las mujeres con vaginosis bacterianas tienen aumentada 100 veces la concentración vaginal de *Gardnerella* y 1 000 veces las de bacterias anaerobias respecto a las mujeres sin vaginosis. La vaginosis bacteriana supone entre el 40 a 50% de todas las vaginitis.

En la mujer embarazada, *Gardnerella vaginalis* puede ser responsable del desarrollo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (RPM), corioamniotitis y endometritis posparto. Fuera del periodo gestacional también se ha relacionado con la presencia de irregularidades menstruales y Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), esta última especialmente después de los procedimientos invasivos.

Cuadro clínico

Dentro de los principales síntomas, la mujer puede presentar:

- pH vaginal elevado (> 4.5)
- Presencia de leucorrea fétida, "con olor a pescado" (característico), principalmente después del acto sexual, color grisáceo.
- Prurito, ardor vulvar, dispareunia.

Diagnóstico

Clinica : Leucorrea fétida, con un olor desagradable a pescado pútrido o aminas, la mujer se queja más del mal olor que de la propia leucorrea.

Dispareunia y olor desagradable tras el coito (el líquido seminal es alcalino y se acentúa el mal olor), disuria, prurito, etc.

En la exploración no se aprecian signos inflamatorios en la mucosa vaginal y cervical; la leucorrea no es muy abundante, de color blanco grisáceo, poco viscosa, homogénea y adherente. El pH vaginal está elevado (4.5 y 6)

Exploración complementaria

En el examen en fresco de la secreción vaginal llama la atención la ausencia de lactobacilos y la falta de incremento del número de leucocitos. Se aprecian 2 a 5% de células vaginales de aspecto rebozado, recubiertas en su superficie por abundantes cocobacilos, que se denominan células rebozadas, células clave.

Se ha considerado diagnóstico de la vaginosis producida por *Gardnerella vaginalis* a la presencia de 3 de los criterios siguientes:

- Leucorrea grisácea, homogénea, poco viscosa y fétida.
- pH vaginal superior de 4.5.
- Presencia de células rebozadas en el examen en fresco.
- Test de aminas positivo.

El test de las aminas se realiza poniendo en contacto una gota de secreción vaginal con un álcali produciéndose un olor desagradable característico, debido a la presencia de dos aminas (putrescina y cadaverina), que se produce en el metabolismo de las bacterias anaerobias.

La tinción de Gram permite detectar la presencia de bastoncillos Gramnegativos intra y extracelulares.

La tinción de Papanicolaou puede ser útil, aunque también una tasa importante de falsos positivos.

Los cultivos específicos no suelen ser necesarios.

Tratamiento

El tratamiento que mejor tasa de curaciones reporta es:

- Metronidazol: tabletas, a dosis de 500 mg cada 12 horas por 7 días.
- Metronidazol: óvulos vaginales, a dosis de 500 mg cada 24 horas por 10 días.

Como segunda opción se encuentra:

- Clindamicina: tabletas, a dosis de 300 mg cada 12 horas por 7 días.
- Clindamicina: crema vaginal a 2%, un aplicador diariamente durante 7 días.

Recientemente se ha reportado la utilidad de la terapia combinada:

- Itraconazol (33.3 mg) con secnidazol (166.6 mg): dos cápsulas cada 12 horas por tres días. Especialmente en pacientes con infección recurrente.

Como tratamiento alternativo se puede utilizar amoxicilina por vía oral dosis 500mg cada 6 horas por 7 días.

2.4.5 CANDIDIASIS (CANDIDOSIS VULVOVAGINAL)

La candidiasis vulvovaginal es una de las principales causas de consultas ginecológicas en todo el mundo. A pesar de una relativa facilidad en el diagnóstico y el tratamiento de la infección por *Candida* en genitales, en los últimos años la resistencia de algunas especies a los antimicóticos más comúnmente usados reflejan la importancia de la certeza diagnóstica y la necesidad de conocer la especie que está causando la enfermedad.

Al ser *Candida* uno de los microorganismos considerados como parte de la flora habitual, el sobre diagnóstico que han favorecido la aparición de resistencias. Actualmente se conocen casi 200 especies del género *Candida*, de las cuales son pocas las que afectan al ser humano; *Candida albicans* es el agente de infección vaginal en 85 a 90% de los casos.

La *Candida* es considerada un hongo dimórfico, ya que representa morfologías diferentes bajo condiciones ambientales diversas: se puede identificar en forma de células ovoides germinativas, llamadas levaduras o blastosporas, que tienen la capacidad de elongarse formando las pseudohifas (levaduras en forma de filamentos o cadenas), y como hifas.

Las levaduras constituyen el fenotipo para la extensión, diseminación y transmisión; son la forma resistente del hongo, y están asociados con la colonización asintomática. Por otro lado, los micelios son las formas germinativas: este fenotipo tiene la capacidad invasora tisular y ocasionar la sintomatología propia de la infección.

Para producir la invasión de los tejidos del hospedero, produce una variedad de enzimas hidrolíticas que destruyen, alteran o dañan la integridad de las membranas celulares, produciendo disfunción o interrupción de las actividades fisiológicas de las células tisulares. Estas enzimas se han clasificado en dos grupos principales: proteínas (que hidrolizan enlaces peptídicos) y fosfolipasas (que hidrolizan fosfolípidos). Las proteínas son secretadas por las cepas de *Candida albicans* en grado variable; cada cepa de levadura secreta un tipo de proteinasa específica para esa cepa.

La *Candida albicans* se deriva de un cambio básico en el balance ácido-básico o pH de la vagina. La acción enzimática tiene mayor actividad en un medio ácido a pH de 3.0 a 3.5; esto no se da en condiciones normales, y solo puede observarse en sitios con escasa circulación sanguínea (acidosis) o en secreciones caracterizadas por su pH bajo; además esta característica del hongo es dependiente de la cantidad de glucosa disponible en el medio. En el momento de la ovulación, en el ciclo menstrual de la mujer los ovarios liberan estrógeno, este a su vez estimula al cérvix a producir secreciones alcalinas, además se componen de células que contienen glucosa. Para mantener el pH normal de 4.0 – 5.0 de la vagina ciertos organismos de las paredes vaginales, llamados bacilos de Döderlein, convierten las secreciones, liberando ácido láctico escaso. El balance cíclico completo mantiene el ambiente vaginal en equilibrio y las mismas células se renuevan constantemente. Si este balance se altera el pH se torna alcalino (7.5 o más siendo 7.0 neutral) y como las secreciones alcalinas contienen mayor cantidad de glucosa el resultado es un ambiente en el que proliferan fácilmente los organismos infectantes.

Algunos factores que originan el desequilibrio son el embarazo, la terapia con antimicrobianos, los anticonceptivos orales, la tensión y el cansancio, el estado nutricional deficiente, otra infección sistémica como un padecimiento estreptocócico, la diabetes, la higiene perineal escasa (limpieza en dirección hacia la vagina en lugar de que parta de ella), la lencería de nylon, la ropa muy ajustada y los productos de higiene femenina tan populares como los roseadores y las duchas. Solos o en combinación estos factores pueden ser causa de un ambiente alcalino y predisponen a la vagina a infectarse con levaduras u hongos llamados monilias o *Cándida albicans*. La vaginitis y la cervicitis transmitidas sexualmente son fomentadas también por un ambiente alcalino y glucósado; estas infecciones son producidas por protozoarios (*tricomonas*) y por bacterias (*Chlamydia* y *Hemophilus vaginalis*).

Epidemiología

La *Candida albicans* es una de las infecciones más frecuentes del aparato genital femenino. Se estima que 75% de las mujeres en edad reproductiva le han presentado por lo menos en una ocasión durante su vida, y próximamente 40 a 50% de ellas presentan episodios subsecuentes, 5% presentan recurrencias, por lo tanto se considera un problema universal que afecta a millones de mujeres. En México se reporta como la que ocupa el primer lugar como causa de consulta por infecciones cervicovaginales.

Como base en la prestación clínica, en las características microbiológicas, en los factores del huésped y en la respuesta al tratamiento, puede ser clasificada en:

- Complicada
- No complicada

Aproximadamente 10 a 20% de las mujeres pueden presentar complicaciones, lo que implica que las consideraciones diagnósticas y terapéuticas sean diferentes que las realizadas en la infección no complicada. Hasta 15% de las mujeres con cultivo positivo para *Candida* son asintomáticas, y 22% presentan candidosis recurrente; 42% de las mujeres con candidosis tienen antecedentes de relaciones sexuales orogenitales.

Fisiopatología

- La infección por *Candida albicans* sigue un proceso de tres pasos:

El primero es la adhesión, crucial en la supervivencia de las levaduras: en este sentido, la capacidad de adhesión de *Candida albicans* es superior a la de otras especies, y por ello podría explicar la mayor frecuencia de esta especie en estas infecciones. Una vez adheridas, las levaduras no pueden penetrar el epitelio vaginal y causar una vulvovaginitis.

Para ello son necesarios la germinación de las esporas y el desarrollo de hifas y micelios. Una vez formados, son capaces de penetrar e invadir el epitelio vaginal; este proceso se lleva a cabo por la producción por parte de las hifas de una serie de proteasa capaces de destruir proteínas con función defensiva al nivel de la mucosa vaginal.

La invasión epitelial ocasiona la liberación de una serie de sustancias (prostaglandinas, bradicinina) con capacidad de inducir cambios inflamatorios locales, ocasionando edema, eritema e incremento del flujo vaginal: de hecho, la leucorrea candidósica consiste en una mezcla de células vaginales exfoliadas y polimorfonucleares.

Mecanismo de defensa

La flora vaginal, constituida por lactobacilos, constituye la barrera defensiva más importante frente a la infección por *Candida albicans*. Es evidente que los anticuerpos locales, IgA, juegan un papel fundamental en la defensa frente a micosis vaginal. El sistema fagocítico (leucocitos, polimorfonucleares, monocitos) limita la infección por *Candida* sistémica y la invasión tisular; estas células fagocíticas están característicamente ausentes en el flujo vaginal durante la vaginitis candidósica.

Factores predisponentes

Existen factores que actúan como generadores del proceso de adhesión; en este sentido, un ambiente hiperestrogénico incrementa la exposición de los complejos epiteliales glucoproteicos que actúan como receptores, facilitando así la adhesión de los hongos a la superficie epitelial. De hecho, la vulvovaginitis candidósica es menos frecuente en situaciones de hipolestrogénismo (premenarca, posmenopausia).

La infección por *Candida albicans* es extremadamente rara antes de la Menarca y que la incidencia aumenta dramáticamente al final de la segunda década de vida; estos se ha relacionado tanto con el inicio de la actividad sexual como con los niveles hormonales, ya se ha visto que mujeres con menopausia que reciben tratamiento estrogénico exógeno pueden tener un alto riesgo.

Del mismo modo, la utilización de anticonceptivos orales predispone a la aparición de micosis vaginales; los dispositivos intrauterinos también han sido asociados con episodios de vaginitis micótica, probablemente por que los hilos actúan como reservorio.

El embarazo tiende tanto a la infección candidósica primaria como a la recurrente, es frecuente a partir del tercer trimestre de la gestación, probablemente debido al alto nivel de glicógeno producido por el epitelio vaginal estimulado por los altos niveles estrogénicos gestacionales, siendo un elemento nutritivo facilitador, tanto de la multiplicación como de la germinación micótica. Se ha encontrado que niveles elevados de progesterona tienen efectos supresores de la inmunidad celular y efecto promotor de una mayor expresión del gen responsable de la síntesis celular del receptor epitelial capaz de unirse al hongo de la *Candida albicans*.

Es importante mencionar que cualquier alteración de los niveles de glucosa, principalmente de hiperglucemia y consecuentemente elevación de glucógeno vaginal, puede promover una candidosis vaginal, ya que el exceso de glucógeno, además de aumentar el sustrato nutritivo de los hongos, promueve un incremento en su capacidad de adhesión.

El uso de antibióticos de amplio espectro (tetraciclinas, cefalosporinas y ampicilina), son los responsables de exacerbar los síntomas: puede incrementar tanto la infección como la colonización por *Candida* en aproximadamente 10 a 30% de los casos: los antibióticos, tanto sistémicos como locales, actúan en la disminución de la flora normal, en particular en los lactobacilos, desencadenando una micosis vaginal.

Otros factores que se han asociado con el aumento de incidencia de infecciones cervicovaginales producidas por *Candida* son:

- Ropa apretada, poco ventilada, de material de nylon, humedad perineal y aumento en la temperatura local. En comparación con la ropa bien ventilada, de material de algodón, que puede prevenir la infección.

Por otro lado, no hay evidencia de que la deficiencia de hierro predisponga a la infección. Existen evidencias anecdóticas que sugieren que el uso de duchas vaginales, papel higiénico perfumado, piscinas cloradas o spray higiénico femenino contribuyen a la vaginitis por *Candida* sintomática. El contacto químico, alergia local o reacción de hipersensibilidad pueden alterar el medio vaginal y permitir la transformación de la colonización asintomática en la vaginitis sintomática.

Un factor que puede afectar la capacidad de adhesión de los hongos es la competencia con la flora vaginal; los lactobacilos actúan principalmente de tres formas diferentes:

- Compiten con los hongos por los nutrientes.
- Inhiben la adhesión de esporas micóticas a la superficie epitelial mediante un proceso de coagregación y competencia por los receptores.
- Finalmente, los lactobacilos son capaces de generar sustancias (bacteriocinas) capaces de inhibir la germinación de micelios.

De esta forma, una reproducción de la flora vaginal de lactobacilos condiciona un incremento del riesgo de infección.

Agentes causales

Candida albicans o *Monilia*; son levaduras (hongos) que prosperan en un ambiente vaginal rico en glucosa, por lo que su presencia se manifiesta comúnmente durante el embarazo cuando los niveles de estrógeno son mayores, como un efecto secundario desagradable de los anticonceptivos orales (los cuales contienen estrógeno sintético) después de una terapéutica basándose en antibióticos y en las mujeres diabéticas.

Moniliasis: Una vez que la monilia se establece sin importar la causa, la mujer puede transmitirla a su compañero, en caso de no suspender las relaciones. El periodo incubación varía desde unos días hasta dos semanas dependiendo en parte del ambiente del receptor. Si un hombre está infectado puede contagiar a su compañera, si la monilia está presente en la vagina durante el embarazo, la madre tal vez la transmita a su bebé como algodoncillo. Es común que las mujeres embarazadas presenten ataques recurrentes de la infección por levaduras; algunas mujeres experimentan moniliasis en cierto grado cada mes antes de la menstruación. Estas recurrencias guardan relación con los cambios del pH vaginal.

La vaginitis gonocócica, a diferencia de la infección gonocócica en mujer adulta, en la que se manifiesta como vulvovaginitis y además en esta edad no únicamente son causa sexual, se derivan de un cambio básico en el balance ácido-básico o pH de la vagina al igual que también es por el contacto a través de objetos de aseo íntimo.

Se llama así, a las frecuentes infecciones por hongos, producidas por *Cándida Albicans*. Se calcula que un 75% de las mujeres con actividad sexual serán afectadas cuando menos una vez en su vida y un 10% se harán recurrentes cada mes y dará síntomas crónicos. Puede haber condiciones predisponentes como son embarazo, diabetes no controlada, uso de antibióticos o uso de anticonceptivos hormonales y dispositivos intrauterinos.

Cuadro clínico

Los síntomas más frecuentes pero no específico para candidosis vulvovaginal, y ninguno es asociado invariablemente con la enfermedad son:

- Flujo vaginal; descrito típicamente de color blanco, con apariencia de "requesón o queso cottage", aunque puede variar en cuanto a sus características, desde flujo cristalino hasta homogéneo, espeso, acompañado de irritación, ardor, dispareunia y disuria, el olor vaginal puede o no estar presente.
- En la exploración física puede encontrarse eritema, inflamación de labios y vulva, frecuentemente lesiones periféricas postulopapulares, el cérvix es generalmente normal, y la mucosa vaginal presenta eritema, junto con flujo adherente blanquecino. Característicamente, se ha referido que los síntomas son exacerbados en la semana previa al comienzo de la menstruación, con mejoría al comienzo de la misma o durante los primeros 14 días del ciclo hormonal.
- A medida que el hongo prolifera, produce con frecuencia una secreción vaginal irritante, aterronada y blanca y un prurito vulvar en ocasiones intenso. Puede haber edema e inflamación de los labios.

Esta infección no se puede considerar una enfermedad de transmisión sexual, estrictamente hablando. Se puede adquirir además del coito, en toallas, ropa, agua de baño o malos hábitos higiénicos. Es más frecuente en mujeres en edad fértil o con tratamientos hormonales y es raro en niñas o después de la menopausia.

Diagnóstico:

La relativa inespecificidad de los síntomas y signos excluye históricamente la posibilidad del diagnóstico de infección vaginal basándose únicamente en la historia clínica.

En muchas pacientes, los signos y síntomas, así como el frotis en fresco del flujo vaginal, corresponden a un patrón constante, y es innecesaria la relación de otros estudios, sin embargo, esto no siempre es posible, y en muchas pacientes con vaginitis sintomática puede ser diagnosticada con base en el estudio microscópico de la secreción vaginal, que no solo identifica la presencia de levaduras y seudomicelios, sino también excluye la presencia de células clave y tricomonas.

La sensibilidad al examen en fresco se ha reportado en 40 a 100%, con especificidad de 94.8%, valor predictivo de 81.8% y valor predictivo negativo de 100%.

Aunque el cultivo vaginal es el método para detectar *Candida*, un cultivo positivo no necesariamente indica que *Candida* es la responsable de los síntomas vaginales.

Por otro lado se reporta un método barato y de alta exactitud; en un medio de cultivo en solución salina, en donde hay crecimiento y detección para *Candida* con sensibilidad de 94.1%, especificidad de 91.7%.

El diagnóstico requiere de la correlación entre los hallazgos clínicos, el examen microscópico y, finalmente el cultivo vaginal.

- Hallazgos clínicos: prurito vulvovaginal intenso; que es el síntoma más frecuentemente precoz, presente en 60-70% de los casos. Flujo blanquecino, espeso, viscoso, adherente a las paredes vaginales, de aspecto grumosos típico que recuerda al requesón o la leche cortada. Son frecuentes el eritema e irritación perivulvar y la disuria. Puede haber también dispareunia.
- En la exploración se objetiva edema y eritema en vulva y región perineal, la vagina está enrojecida, apreciándose leucorrea blanquecina adherente. Se toman muestras de flujo para examen en fresco y / o cultivo. El pH vaginal se mantiene ácido.
- Exploraciones complementarias: examen microscópico en fresco; mezclando una gota de flujo con una gota de suero fisiológico observado microscópicamente a 100-400 aumentos, se detecta la presencia de pseudomicelios; no suele haber aumento en el número de leucocitos y no desaparecen los lactobacilos, se puede descartar la presencia de *Trichomona* y *Gardnerella* vaginales.
- El examen en fresco permite el diagnóstico de la candidiasis vaginal aproximadamente en 80% de los casos. En el resto habrá que recurrir a:

1. - Las tinciones de Gram o de Papanicolaou: presenta solo cerca de 25% de sensibilidad para el diagnóstico.

2. - Los cultivos en medios específicos, como por ejemplo:

Sabouraud: con alto contenido de glucosa, el cual es adicionado con un antibiótico, generalmente cloranfenicol a 0.5 mg/ml. Utilizado para la mayoría de las especies de hongos. La especie *albicans* necesita de biotina para su desarrollo, en estos cultivos *Candida* crece a temperaturas de entre 20 y 40° C, y en rangos de pH de 2 a 8, pudiendo desarrollar así colonias grandes, suaves, de color crema y con el característico olor a levadura.

Tratamiento

Para los cuadros de candidosis aguda, el tratamiento tópico y el administrado de forma oral tienen un éxito de curación de 80 a 95%.

La transmisión es por contacto sexual, y es común la reinfección entre la pareja. Los síntomas surgen tres semanas después de haberse expuesto a los protozoarios, se puede dar el caso de una infección sintomática. En las infecciones existe la posibilidad que la mujer la transmita a su bebe al momento del nacimiento, y los hombres pueden albergarlas bajo su prepucio si no esta circuncidado. Es por ello que el tratamiento abarca a la pareja, solo se recomienda en caso de candidosis recurrente, en la que se sospeche que puede ser el vector de la reinfección, o cuando existan datos de infección micótica cutánea del área genital, incluyendo ingles y región perianal.

En ocasiones la moniliasis también se presenta en el intestino y se produce una infección cruzada del recto a la vagina, en este caso la nistatina se toma en tabletas combinada con la preparación tópica vaginal. La moniliasis en la ultima etapa del embarazo, tendrá que tratarse cuidadosamente para evitar una infección por algodoncillo en el neonato. Si no se aconseja emplear nistatina, la mujer embarazada puede hacer de duchas ligeramente ácidas consistentes en dos cucharadas de vinagre blanco en un cuarto de litro de agua dos veces al día. Es necesario que las mujeres conozcan los factores que provocan desequilibrio de la salud y acidez de la vagina, así podrán tomar decisiones razonables.

El tratamiento de elección es la administración tópica de antifúngicos en tabletas vaginales, haciendo tratamientos cortos y con aplicación preferiblemente nocturna. Es conveniente añadir una crema de econazol, miconazol o clotrimazol, sobre todo en los casos con afectación vulvar. Se aplicara dos veces al día durante una semana. Esta ultima se puede utilizar en la mujer embarazada.

Tratamientos alternativos

ÓVULOS VAGINALES	DOSIS
Clotrimazol	Crema a 1%, 5 g intravaginales por 7 días. Tabletas vaginales 100 mg, 200 mg cada 24hrs por 3 días
Miconazol	Crema a 2%, 5 g intravaginales por 7 días. Óvulo vaginal 100 mg, 1 diario por 7 días. Óvulo vaginal 200 mg, 1 diario por 3 días.
Nistatina	Tableta vaginal 100 mil UI, 1 por 14 días
Tioconazol	Pomada 6.5%, 5 g intravaginales dosis única.
Terconazol	Crema 0.4%, 5 g intravaginales por 7 días. Crema 0,8 %, 5 g intravaginales por 3 días. Óvulo vaginal 80 mg, 1 diario 3 días.

Las terapias orales están contraindicadas en el embarazo, y se prefieren tratamientos tópicos, los que los azoles están indicados aplicados por siete días.

4.6 TRICOMONIASIS VAGINAL

La tricomoniasis es una forma común de vaginitis que afecta tanto a adolescentes como a adultos, en México se presenta generalmente entre los 15 y los 44 años de edad, reportándose de 5 a 35% en mujeres embarazadas, según las estadísticas del Instituto Nacional de Perinatología. La tricomoniasis vaginal es una infección de transmisión sexual frecuente y explica la cuarta parte de los casos de vaginitis.

Esta infección no se considera grave; sin embargo, no se conoce bien el sinergismo de la *Trichomonas vaginalis* con la flora bacteriana endógena de la vagina para ocasionar parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad e infecciones postoperatorias. En las infecciones existe la posibilidad que la mujer la transmita a su bebé al momento del nacimiento, y los hombres pueden albergarlas bajo su prepucio si no está circuncidado. La tricomoniasis puede prevenirse; sin embargo, la falta de tratamiento al varón asintomático evita una mejor prevención.

¿Por qué afecta más a las mujeres?

La *Trichomonas Vaginalis* afecta más a las mujeres debido a cambios hormonales y a que durante la menstruación el parásito aprovecha el hierro existente en el flujo sanguíneo que le permite aumentar su capacidad de adherencia a tejidos.

En los periodos en que no hay menstruación las concentraciones de hierro son reducidas, lo que provoca que el protozooario tenga movilidad y busque alimentarse. Esto permite que al protozooario adaptarse a las condiciones ambientales cambiantes de la vagina y permanecer en ella.

"A su vez, las mujeres en gravidez y enfermas de *Trichomonas* tienen un *embarazo de alto riesgo*, con partos prematuros y bebés que nacen con bajo peso. Una investigación explica que esta enfermedad no manifiesta secuelas, como en el caso de la sífilis, que puede causar ceguera al producto. Sin embargo, un niño que nace de menor peso corre el riesgo de tener repercusiones en su desarrollo inicial al ser más susceptible a otros padecimientos".

Epidemiología

La *trichomona vaginalis* puede sobrevivir fuera del huésped humano si la humedad es alta, puede aislarse de agua poco clorada de baños, bañeras y albercas, se ha logrado aislar de líquido vaginal fuera del cuerpo a 10°C. Se ha observado que 37% de las mujeres infectadas por *trichomona* vaginales dejan orina y secreción vaginal sobre el asiento del baño después de usarlo, y que 36% de las muestras tenían *trichomonas* visibles hasta 45 minutos después de depositar material genitourinario.

Actualmente se acepta que la tricomoniasis es una infección de transmisión sexual, y que el contagio ocurre casi de manera exclusiva a través del coito, sin embargo, se ha demostrado tricomoniasis en neonatos, niñas y en lesbianas monógamas, la determinante para que ocurra la infección por *trichomona vaginalis* es el volumen del inóculo, se han reportado tres casos de neumonía en neonatos por *trichomona vaginalis*, y alrededor de 5% de las niñas nacidas de madres infectadas se contagiaron durante el parto.

Con relación a transmisibilidad se acepta que la mujer es habitualmente el reservorio sintomático o asintomático y el hombre funciona como transmisor. Actualmente, también se supone que el hombre puede ser reservorio asintomático y vector para transmitir la enfermedad a sus parejas sexuales.

Fisiopatología

La *trichomona vaginalis* infecta la vagina, coexistiendo con la microflora vaginal y, en efecto, hay un equilibrio delicado entre los microorganismos invasores y la microflora endógena.

La vagina estrogenizada permite que la *trichomona vaginalis* sobreviva en un estado móvil, que al parecer es el estado vegetativo y reproductivo. La vagina hipoestrogenica alberga a la *trichomona* en estado esferoidal no flagelado.

El periodo de incubación va de 4 a 28 días, por término medio 7 días, durante el embarazo la tricomoniasis se ha vinculado con ruptura de membranas, amenaza de parto pretérmino y bajo peso al nacer. Son pocos los estudios prospectivos relacionados con estas complicaciones del embarazo, y han señalado hasta 30% más de probabilidades de morbilidad en embarazadas con tricomoniasis no tratada.

Agente causal

La tricomoniasis es causada por un parásito unicelular llamado *Trichomona vaginalis*, hasta ahora se desconoce en que forma el parásito ingresó al organismo humano por vez primera. Fue descubierto por el investigador francés Donné, quien lo encontró en secreciones vaginales y uretrales en 1826.

A diferencia de las infecciones por hongos, la tricomoniasis se transmite a través de las relaciones sexuales, de modo que es una enfermedad de transmisión sexual, sin embargo algunos estudios sugieren una transmisión a través de contacto en baños, con toallas, trajes de baño y albercas contaminadas más sin embargo es muy raro.

En los hombres, el parásito vive y se multiplica pero raramente causa síntomas. Por lo tanto, las mujeres con frecuencia son infectadas repetidamente por sus compañeros de relaciones sexuales, ya que no saben que ellos están infectados.

En la mujer el padecimiento se desarrolla cuando dichos parásitos se unen al tejido vaginal o al cuello del útero a través de unas moléculas denominadas adhesinas, mientras que en el hombre se aloja en la próstata.

La mujer puede no enterarse de que tiene tricomoniasis durante días o meses debido a que el parásito puede vivir en el cuerpo de la mujer sin causar ningún síntoma. Pero luego, el parásito se multiplica y causa síntomas muy desagradables. El parásito afecta la vagina, la uretra y la vejiga urinaria. Como el parásito vive tanto en el hombre como en la mujer, ambos compañeros de relaciones sexuales necesitan tratamiento. En las infecciones genitales femeninas colonizan la vagina, el endocervix, las glándulas de Skene y Bartholino y la uretra.

La *Trichomona Vaginalis* es un protozoo que posee flagelos que poseen de tres a cinco flagelos anteriores, una membrana ovoide, un axostilo y habitualmente un citostoma, que le dan una movilidad típica. Tiene formas de pera y posee una membrana ondulante que se extiende desde el polo anterior del protozoario y se fija a una distancia que corresponde a la mitad o a dos tercios de la longitud de su cuerpo. Mide de 15 a 30 micrómetros, y es un poco más grande que un leucocito. Tiene movimientos rotatorios y vacilantes característicos. El pH óptimo es de 5.5 a 6.0, y la temperatura de 35 a 37°C. Un cambio en la flora vaginal por la presencia de sangre menstrual o semen da lugar a un pH mayor a 5.5, sin embargo también puede ser resultado de usar sustancias químicas, como agentes para lavados y antibióticos mal indicados, ya que cambian de igual manera el pH del ecosistema vaginal.

Existen cinco especies conocidas, pero en el ser humano se encuentran tres especies: *trichomona vaginalis*; en vagina, *trichomona hominis*; en intestino y *tricomonas tenax*; en la boca, siendo la primera la única con poder patógeno.

Cuadro clínico

La tricomoniasis vaginal es sintomática hasta en un 50% de las mujeres infectadas, antes de los seis meses de evolución, aproximadamente 30% de las mujeres asintomáticas se vuelven sintomáticas.

Los signos externos de la tricomoniasis pueden incluir secreción vaginal anormal espumosa de color amarilla, gris o verde, maloliente o con olor a pescado. Los signos son diversos y se puede apreciar la vulva eritematosa o excoriada. La vagina puede verse enrojecida o con hemorragias petequiales, el cérvix "de fresa". La paciente puede quejarse de dolor, ardor y picor. Puede haber prurito y disuria. Sin embargo, algunas mujeres pueden tener tricomoniasis sin tener ningún síntoma.

Para confirmar con certeza se debe tomar una muestra de la secreción vaginal y se hace alguna prueba simple con la misma. Si el pH vaginal es superior a 4.5 y si se puede ver el parásito de *Trichomonas Vaginalis* al microscopio se trata de la infección que nos ocupa. A veces se puede diagnosticar la tricomoniasis haciendo una citología o prueba de Papanicolaou o un cultivo.

Diagnóstico

De acuerdo con la metodología diagnóstica, la infección por *trichomona vaginalis* es sintomática en muchos de los casos (15 a 50% según las series), sin embargo la mujer que presente escurrimiento genital o leucorrea profusa y líquida de color gris, amarillento o verdoso, de baja viscosidad, de aspecto espumoso purulento y homogéneo, con burbujas de aire que le dan un aspecto espumoso típico y muestren un pH de 5 o más, está bajo sospecha de *tricomonas vaginalis*. El prurito puede ser intenso, a veces es más sensación de quemazón, es habitual la disuria, por afectación uretral y la dispareunia.

En la exploración el pH vaginal se encuentra aumentado (suele ser mayor a 4 pH). Hay un enrojecimiento difuso de la vulva, vagina y cérvix: la mucosa está eritematosa y se puede apreciar en el examen colposcópico, un punteado rojo debido a pequeñas hemorragias submucosas que dan la imagen en fresa o frambuesa, que corresponde a una colpitis focal.

Exploraciones complementarias

El diagnóstico definitivo se efectúa después de la identificación del protozoo por alguno de los siguientes mecanismos:

1. Examen en fresco de la secreción vaginal: mezclando una gota de secreción con una gota de solución fisiológica y observando al microscopio la presencia de *Trichomona* con su típico movimiento ondulatorio. Hay también gran número de leucocitos y ausencia de lactobacilos.
2. Las tinciones de Papanicolaou, Gram, Giemsa etc., proporcionan el diagnóstico al teñirse las *Trichomonas*. La citología cervicovaginal tiene una sensibilidad de 56 a 78% y una especificidad alta para diagnosticar vaginitis por *trichomona vaginalis*. Son menos seguras que el examen en fresco, ya que no se llevan a cabo técnicas confiables para el diagnóstico.
3. Los cultivos en medios específicos recién preparados no suelen ser necesarios, ya que en la mayoría de los casos el diagnóstico se hace por examen en fresco o tinción que incluyen reacciones histoquímicas, como el naranja de ocrídina, Giemsa, Leishman, Dic Quick, Fontana, Schiff y hematoxilina, pueden ser útiles.
4. La prueba de anticuerpos monoclonal en inmunofluorescencia directa tiene una sensibilidad de 80%, a diferencia del ensayo de inmunoadsorcencia ligada a enzimas monoclonal, que tiene una sensibilidad de 89%, las sondas de oligonucleótidos sintéticos posee una sensibilidad de 83%.

Tratamiento

Se han utilizado preparados de arsénico o vinagre para eliminar la *trichomona vaginalis* al cambiar el pH. También se han recomendado duchas con detergentes y agentes quelantes (fenol, acetato y sulfosuccinato). En tricomoniasis recurrente, se recomienda la electrocauterización de los conductos de Skene. En 1951, Nakamura usó la azoamicina. En 1959, Durel empleó el metronidazol sistémico por 7 días consecutivos. Sonka, en 1971, utilizó una dosis única de metronidazol.

El tratamiento de elección de la tricomoniasis es el antibiótico específico llamado metronidazol por la vía oral, que presenta un índice de curaciones superiores al 90% en cualquiera de las tres pautas siguientes:

1. - 2 g dosis única
2. - 250 mg cada 8 hrs. X 7 días.
3. - 250 mg cada 12 hrs. X 10 días.
4. - 500 mg cada 8 hrs. X 7 días.
5. - 750 mg cada 24 hrs. X 7 días.

La medicación para la tricomoniasis se debe tomar la dosis completa para que ésta logre la mayor efectividad. No conviene beber alcohol mientras se está tomando la medicación para evitar los vómitos. Contraindicado durante el primer trimestre del embarazo.

La tricomoniasis generalmente se cura tomando la dosis completa del antimicótico. Se deben evitar las relaciones sexuales hasta que ambos estén completamente curados.

Sistemáticamente se hará tratamiento a la pareja o parejas sexuales con una misma pauta. En caso de recidiva se repetirá el tratamiento asociado a la administración de 500 mg por día, por vía vaginal, durante 10 días.

Tratamiento alternativo

- Tinidazol: en dosis única oral de 2 gramos, por ejemplo:
- Fasigyn VT, óvulos vaginales ya indicado para el tratamiento de las infecciones vaginales debidas a *Trichomonas vaginalis*, la presentación consta de caja con 6 óvulos vaginales, que contienen 100 mg de tioconazol y 150 mg de tinidazol, la dosis; un óvulo diario por 6 días, el óvulo debe insertarse profundamente en la vagina y, de preferencia por las noches para que no se salga de su lugar.

Como ya se sabe en la mujer embarazada, el metronidazol está contraindicado, especialmente en el primer trimestre, por su efecto mutágeno; se puede utilizar óvulos vaginales de:

- Clotrimazol a la dosis de 100 mg con 7ovulos vaginales, con la aplicación de un óvulo vaginal diariamente durante 7 días aplicándolo de preferencia por las noches.

El metronidazol y los derivados de los 5-nitroimidazoles son los fármacos que normalmente se emplean para tratar la afección. Con esto surge un problema, ya que ha aumentado el número de personas resistentes a la medicación y la enfermedad continúa, lo cual indica que el parásito se está acostumbrando al medicamento.

Repercusiones durante el embarazo

La transmisión de este microorganismo es por contacto sexual, aunque existen reportes aislados de transmisión por medio de fomites.

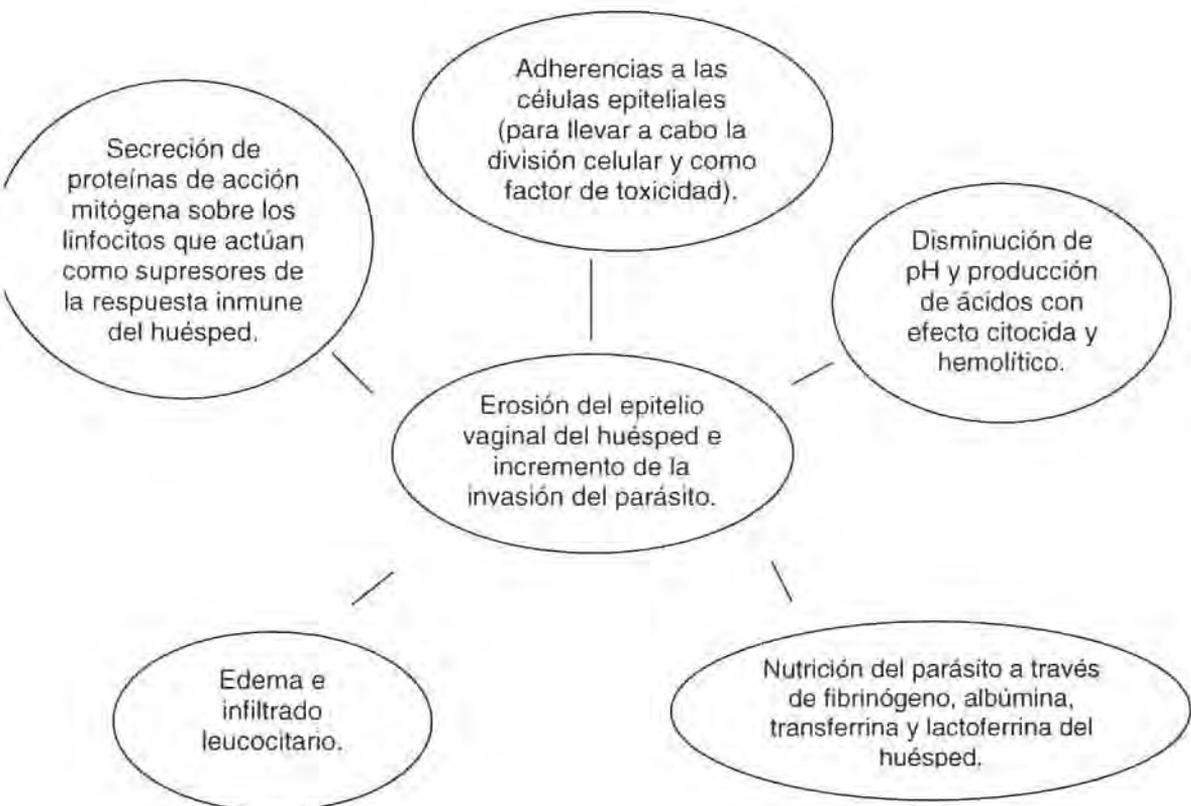
De acuerdo con la población estudiada en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer), la frecuencia de pacientes que acuden por cervicovaginitis producto de tricomoniasis es de 2%; las mujeres embarazadas presentaban este cuadro entre 5 y 35%.

La infección cervicovaginal por *Trichomona vaginalis* ha sido asociada a la presencia de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas (RPM). Debido al microambiente anaerobio promovido por este parásito, las pacientes muestran un incremento en el riesgo para desarrollar vaginosis bacteriana, la que también puede ser responsable de muchas de las complicaciones en el embarazo atribuidas a las infecciones por *Trichomonas vaginalis*.

Repercusiones en el recién nacido

Su repercusión neonatal es muy rara, ya que menos de 5% de los recién nacidos pueden infectarse al paso a través del canal de parto.

A continuación se muestran los factores de virulencia de *Trichomonas vaginalis* productores de la fisiopatología de la tricomoniasis.



2.4.7 CHLAMYDIA TRACHOMATIS

La infección por *Chlamydia trachomatis* es considerada como una de las más frecuentes infecciones de transmisión sexual en el mundo, la infección aumenta día con día debido a que en la mayor parte de los casos los pacientes infectados no manifiestan signos ni síntomas, es decir el cuadro es silencioso, motivo por el cual las personas infectadas nunca se imaginan que deben visitar al médico; no es un colonizador habitual de la flora vaginal, sino un patógeno adquirido, en la mayoría de los casos, a través de la vida sexual.

La *Chlamydia trachomatis*, género de bacterias que son parásitos intracelulares obligados. Hay tres especies que son patógenas para los seres humanos:

- *Chlamydia trachomatis*, productora del tracoma y otras enfermedades. Origina una infección en el tracto urogenital conocida como linfogranuloma venéreo, que fue determinada a comienzos de la década de 1980, como una enfermedad venérea muy extendida.
- *Chlamydia psittacci*, que produce la psitacosis, es relativamente rara y cursa con síntomas muy similares a la neumonía; es transmitida por pájaros.
- *Chlamydia pneumoniae* que produce varios síndromes respiratorios, incluida la neumonía.

Los efectos de la infección con *Chlamydia trachomatis* son encubiertos por los fuertes síntomas muy similares (abscesos y dolor al orinar) a la gonorrea, con la que a menudo aparece conjuntamente. Es fácil de tratar mediante antibióticos, pero puede convertirse en una infección más seria si no se diagnostica. Puede originar inflamaciones graves de la pelvis, embarazos extrauterinos (ectópicos) en las mujeres y esterilidad tanto en hombres como en mujeres. Los niños que nacen de madres infectadas pueden desarrollar conjuntivitis y neumonía. *Chlamydia trachomatis* puede ocasionar también alteraciones muy graves en el recién nacido, como el tracoma, una enfermedad que provoca la ceguera.

Epidemiología

Desde 1987 se inició la vigilancia epidemiológica de la infección por *Chlamydia trachomatis*, siendo notorio el asenso de esta infección: en la actualidad alcanza cifras de hasta 45% en la población, el índice de infección en mujeres es más frecuente que en la masculina; los índices más alta se encuentra entre las adolescentes.

La prevalencia de *Chlamydia trachomatis* a nivel mundial es diversa, dependiendo de la población estudiada y de la técnica de diagnóstico empleada; sin embargo, se considera que es de 4 a 9% en mujeres asintomáticas y de 20% en mujeres que asisten a clínicas de infección de transmisión sexual; en mujeres embarazadas se ha informado una prevalencia de entre 2 y 26% (FARO, 2002).

En México la prevalencia es de 4 a 10% en mujeres asintomáticas, el 16% en mujeres que asisten a clínicas de infección de transmisión sexual y de 15.5% en mujeres embarazadas que muestran infecciones cervicovaginales (CASANOVA, 1994).

Agente causal

La *Chlamydia trachomatis* presenta dos formas distintas de desarrollo:

- Partícula elemental CE (fase extra celular), partícula infectiva
- Cuerpo reticular CR (fase intracelular), partícula metabolitamente activa.

Se han identificado varios inmunotipos de *Chlamydia trachomatis*, a los cuales se les han asignado letras de la A a la L, pero, de acuerdo con el padecimiento que producen, se dividen en tres grupos:

Inmunotipos de *Chlamydia Trachomatis*

A, B, Ba, C	Producen tracoma hiperendémico	Padecimiento común, afección ocular y genital, afección perinatal
D, E, F, G, H, I, J, K	Producen alteraciones genitourinarias y conjuntivitis de inclusión	Padecimiento común, afección ocular y genital, afección perinatal
L1, L2, L3	Producen el linfogranuloma venéreo	Padecimiento raro, linfogranuloma venéreo

La manera en que penetran las partículas elementales de la *Chlamydia trachomatis* a las células huésped parece ser poco frecuente, ya que no es una fagocitosis común. En las células huésped hay una serie de microfilamentos aplicables que funcionan como receptores, permitiendo la entrada de los cuerpos elementales (CE). Es probable que exista alguna señal bioquímica de los cuerpos elementales de la *Chlamydia trachomatis* hacia la célula huésped, que hace que las glucoproteínas y microfilamentos de la célula se arreglen para permitir la invasión citoplasmática de los cuerpos elementales.

Chlamydia trachomatis forma cuerpos de inclusión grandes, que pueden ser observados por el patólogo en una citología exfoliativa cervicovaginal teñida con la técnica de Papanicolaou.

Los cuerpos reticulares se multiplican por fusión binaria, dando origen a nuevos cuerpos elementales con capacidad infectiva.

Cuadro Clínico

Chlamydia trachomatis es la causante de uretritis no gonocócica hasta en 50% de los casos con este padecimiento.

El periodo de incubación de la uretritis por *Chlamydia trachomatis* es aproximadamente de 30 días, aunque el término medio más frecuente es de 2 a 4 semanas. *Chlamydia trachomatis*: en la uretra femenina hay un epitelio globoso o transicional.

En el caso de las mujeres, el cuadro clínico es más raro, y puede ser silencioso hasta por varios años. Los lugares que con más frecuencia afecta son endocervix, endometrio y tubas uterinas, porque es ahí donde encuentra epitelio cilíndrico simple.

Poco más de la mitad de las pacientes que presentan infección endocervical por clamidias presentan algún signo al realizar la especuloscopia.

La endometritis se manifiesta como presencia de moco hialino o purulento, adherente en el endocervix, eritema, a veces ectopión y en la mayoría de los casos excoiaciones periorificiarias del endocervix.

Otras complicaciones frecuentes de la clamidiasis femenina son la endometritis, la salpingitis y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

Los embarazos con *Chlamydia trachomatis* tienen mayor riesgo de endometritis posparto: sus lactantes están propensos a la conjuntivitis y neumonitis.

Diagnóstico

Es importante la identificación temprana y vera de la infección por *Chlamydia trachomatis* para evitar sus complicaciones, estrechamente relacionadas con la afección de la vida reproductiva de la paciente. La detección temprana permite elaborar programas y estrategias para interrumpir la cadena de transmisión, además de prevenir secuelas a largo plazo provocadas por el desarrollo de estos microorganismos.

El aislamiento de *Chlamydia trachomatis* a través de la técnica de cultivo celular ha sido el método mas empleado en el diagnóstico, con una sensibilidad entre 52 y 90% y una especificidad de 90%. Sin embargo, el cultivo celular requiere de equipo e instalaciones costosas y un medio de transporte especial para preservar la viabilidad de la bacteria, así como una espera mínima de 8 días para obtener resultados.

Algunos laboratorios han montado técnicas y métodos inmunológicos, empleando la detección de antígenos o anticuerpos como de inmunoensayo enzimático (EIA) y de fluorescencia indirecta (DFA), disminuyendo el tiempo de procedimiento y entrega de resultados.

La microinmunofluorecencia (MIF) es el método de elección para detectar anticuerpos IgM anti *Chlamydia trachomatis* en neonatos con neumonía, siendo además la prueba de mayor exactitud para detectar la presencia de anticuerpos IgG en cualquier tipo de paciente infectado con diferentes serovariedades de *Chlamydia trachomatis*. La desventaja de este método consiste en ser una prueba laboriosa y costosa.

Existe otra prueba que mide la presencia de anticuerpos por inmunofluorecencia indirecta (IFA) y muestra una sensibilidad de 97% con respecto a la técnica de microinmunofluorecencia (MIF).

La técnica de ELISA, que detecta anticuerpos contra antígenos específicos de genero, cuerpos elementales o reticulares, presenta una sensibilidad de 91% con respecto a la técnica de microinmunofluorecencia (MIF).

Actualmente han aparecido una serie de pruebas de biología molecular para diagnosticar la infección por *Chlamydia trachomatis*, entre ellas están las de amplificación de ácidos nucleicos, como la BD Probe Tec ET, que ocupa una tecnología de amplificación homogénea por desplazamiento de cadenas de DNA y que puede detectar la presencia de *Chlamydia trachomatis* en muestra cervicales, uretrales y en orina, con sensibilidad y especificidad de 99%; otras técnicas diagnósticas utilizadas es la hidratación de ácidos nucleicos, la cual presenta una sensibilidad un poco mas baja, 96% y una especificidad de 99% (CASANOVA, 2002).

Tratamiento

Los tratamientos que actualmente señala la Norma Oficial Mexicana para las infecciones por *Chlamydia trachomatis* no complicada en pacientes no embarazadas son:

- Doxicilina. 100mg VO cada 12 hrs. de 7 a 14 días
- Azitromicina. 1 g VO dosis única
- Ofloxacina. 400 mg VO cada 24 hrs. por 10 días
- Eritromicina base. 500 mg VO cada 6 hrs. por 7 días
- Etilsuccinato de eritromicina. 800 mg VO cada 6 hrs. Por 7 días

Es recomendable indicar el mismo tratamiento a la pareja, ya que está es una infección de transmisión sexual.

Para la mujer embarazada:

- Azitromicina. 1 g VO dosis única
- Eritromicina base. 250 mg VO cada 6 hrs. Por 14 días
- Etilsuccinato de eritromicina. 800 mg VO cada 6 hrs. Por 7 días
- Etilsuccinato de eritromicina. 400 mg VO cada 6 hrs. Por 14 días

Prevención

Actualmente no se cuenta con una vacuna para prevenir esta infección; sin embargo el preservativo sigue siendo un método de primera elección para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

Repercusiones sobre la gestación

La participación de *Chlamydia trachomatis* ha sido asociada con entidades clínicas como parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, fiebre posparto, abortos, nacimientos con productos de bajo peso, además de participar con un incremento en la frecuencia de endometritis y salpingitis posparto.

El índice de transmisión vertical es aproximadamente de 50% con un riesgo en el recién nacido de conjuntivitis de 30 a 40% de los casos, y de desarrollar neumonía de 10%.

Cuadro clínico: en la embarazada puede manifestarse por descarga vaginal anormal, cervicitis mucopurulenta y sangrado poscoital, así como la presencia de urgencia miccional y disuria.

Repercusiones en el recién nacido

La transmisión neonatal se produce al nacimiento durante el paso por el canal vaginal, aunque hay evidencias del ascenso en infección intrauterina aun en presencia de membranas integra.

Uno de los cuadros clínicos que produce este microorganismo en el neonato es la oftalmia neonatorum; se presenta de 5 a 12 días después del nacimiento, pudiendo cursar concomitantemente con la infección gonocócica.

Las complicaciones mas frecuentemente identificadas son la queratitis puntiforme y la conjuntiva con lesiones cicatriciales; durante el cuadro agudo se observa secreción purulenta palpebral y edema.

Otra de las repercusiones perinatales es la neumonía, que por lo general se presenta a partir de la segunda semana de vida extrauterina, son características de este cuadro las apneas de causa no explicable y la presencia de infiltrado intersticiales pulmonares observados en placas de rayos X.

DATOS IMPORTANTES EN INFECCIONES MÁS COMUNES EN LA MUJER EMBARAZADA

INFECCIONES			
DATOS	CANDIDIASIS	TRICOMONIASIS	GARDNERELLA
Microorganismo causal.	<i>Cándida Albicans</i> , <i>Monilia Albicans</i> , nombre común <i>Monilia</i> .	<i>Trichomona protozoario</i> <i>flagelado móvil</i>	<i>Vaginitis por Gardnerella</i> . <i>Vaginitis por Hemophilus vaginitis inespecífica</i> .
pH vaginal.	4.0 a 4.7.	5.0 a 5.5.	5.0 a 5.5
Leucorrea.	Exudado profuso, espeso, de color blanco, caseoso.	Exudado profuso delgado de color gris verdoso, espumoso y con burbujas.	Exudado profuso de color verde grisáceo y pastoso.
Prurito.	Moderado o intenso.	Moderado o intenso.	No lo hay o es relativamente menor.
Olor.	No lo hay.	Fétido.	Fétido.
Síntomas Urinarios.	Ardor, micción frecuente (polaquiuria).	Micción frecuente necesidad urgente, orinar y disuria.	Por lo general no los hay.
Dolor.	Dispareunia.	Dispareunia.	No los hay, a veces puede haber dispareunia.
Síntomas vaginales y vulvares.	Placas blancas, inflamación, excoりaciones edematosas.	Edema difuso, manchas en fresa sobre el cuello uterino.	Posible inflamación de introito y vagina.
Leucocitos en portaobjetos húmedo.	Incrementados con solución salina. No se observan con KOH	Presentes.	Presentes, ausencia de lactobacilos. Después de una semana.
Diagnostico.	KOH al 20 % en portaobjetos húmedo. Se observan sudomicelios y levaduras; medios de cultivo de Nickerson; tinción de Gram.	Portaobjetos húmedo con solución salina tibia. Movimiento característico (cuando los microorganismos está frío semeja un leucocito).	Portaobjetos húmedo con solución salina. Células indicadoras.

(Nesson. J. 1998).

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

3. JUSTIFICACIÓN

Muchas de las variadas obligaciones del personal de Enfermería son de naturaleza técnica, además, el personal de Enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

Cada año ocurren millones de embarazos en todo el mundo. El embarazo puede ser el episodio más feliz o desdichado, dependiendo del contexto psicosocial en que se produzca. Si se produce en el seno de una pareja que lo desea y se encuentra con la firme determinación para llevarlo a buen término, será una buena experiencia, no obstante, algunos de ellos son no deseados.

En un sentido más amplio, la asistencia de maternidad empieza con la salud y educación de los futuros padres. También se ocupa de la preocupación educacional que comprende un reconocimiento de las responsabilidades que impone la paternidad y el desarrollo de juicio y actitudes que capacitaran a los padres para afrontar estas nuevas responsabilidades de una manera segura y satisfactoria (BETHEA, 1997).

Son muchos los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de toda la población, en especial la de las mujeres; entre ellos se destacan los aspectos biológicos, factores sociales, culturales, económicos, y los referentes al acceso a los servicios de salud, los cuales tienen diversas implicaciones a las mismas, en cuanto a sus factores de riesgo.

La salud de la mujer en la etapa gestante es fundamental cuando se planea su embarazo. El conocimiento de los riesgos potenciales que pueden afectar el curso de la gestación permite establecer precauciones prenatales, perinatales e incluso postnatales tanto para la madre como para el feto o el recién nacido. Desgraciadamente la mayoría de las infecciones adquiridas primarias o contraídas por reactivación durante el embarazo tienen un curso asintomático o por lo menos nada característico que permita reconocer su presencia en la mujer y evaluar los riesgos del feto. Se ha documentado la existencia de un número bastante considerable de infecciones capaces de alterar el curso de la gestación, en tanto son causantes de aborto, ruptura prematura de membranas, labor prematura, corionamnionitis, infección aguda febril materna posparto y diferentes cuadros clínicos en el feto y en el recién nacido.

La importancia que tiene el proceso educativo en la práctica clínica para la atención de la mujer embarazada es de suma relevancia, ya que hoy en día sigue existiendo una serie elevada de incidencia y prevalencia de infecciones cervicovaginales, por tanto surge la inquietud de poner en práctica el proceso educativo, así como su seguimiento de este para favorecer la disminución de los mismos.

4. OBJETIVOS:

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la orientación brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Control Prenatal funciona como medida de prevención de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el tipo de orientación brindada durante el Control Prenatal.
- Clasificar los tipos de Infecciones Cervicovaginales que se presentan durante el embarazo.
- Sobre la base de los resultados obtenidos determinar alternativas de solución para brindar una atención integral de calidad.

5. METODOLOGIA

5.1 DISEÑO:

a. NUMERO DE MUESTRAS A ESTUDIAR:

- Una

b. CONOCIMIENTO QUE TIENEN LOS INVESTIGADORES SOBRE LOS FACTORES DE ESTUDIO:

- Abierto

c. PARTICIPACIÓN DEL INVESTIGADOR:

- Observacional

5.2 TIEMPO EN QUE SUCEDEN LOS EVENTOS:

- Actual y Prospectivo

5.3 PERIODO QUE CUBRIRÁ EL ESTUDIO:

- Transversal

5.4 UNIVERSO DE ESTUDIO:

- Mujeres Embarazadas que acuden a Control Prenatal brindado por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, en el periodo comprendido del mes de Mayo al mes de Julio del año 2005.

5.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

- La muestra se ha determinado de manera No probabilista por conveniencia.
- La muestra se determino con la realización de 70 encuestas a mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, en el periodo comprendido del mes de Mayo al mes de Julio del año 2005.

5.6 FORMAS DE ASIGNACIÓN DE LOS CASOS DE ESTUDIO:

- Aleatoria

5.7 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

5.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres embarazadas que acuden durante el segundo y tercer trimestre de embarazo; a Control Prenatal brindado por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

5.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres Embarazadas que acuden en menos de 5 ocasiones a Control Prenatal brindado por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Mujeres Embarazadas que acuden a Control Prenatal durante el primer trimestre de embarazo.

Mujeres Embarazadas que acuden a Control Prenatal brindado por el Médico, en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia en el Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

5.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Mujeres Embarazadas que acuden a Control Prenatal brindado por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la consulta externa de Ginecología y Obstetricia del Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México y que no deseen participar en la investigación, a si mismo mujeres que no hablen español y que no sepan leer ni escribir.

5.8 VARIABLES:

5.8.1 INDEPENDIENTES

- Orientación brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el Control Prenatal.

5.8.2 DEPENDIENTES

- Presencia de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo.

5.9 INDICADORES:

- Sociodemográficos.
- Orientación brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia durante el Control Prenatal.
- Presencia de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo.

5.10 TÉCNICAS DE RECOLECCION

5.10.1 OBSERVACIÓN

En la elaboración del presente trabajo se observaron continuamente a las mujeres embarazadas que acudían a control prenatal estrictamente brindado por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, se interrogaba y se observa la expresión física y verbal que la paciente mostraba al contestar las preguntas que se le dirigían.

5.10.2 ENTREVISTA

La información se obtuvo de una cedula que contiene en su primera hoja una breve explicación de los fines que tiene la ayuda que brinda la paciente, mencionando que los datos que plasme serán de absoluta confidencialidad y respeto, en su segunda hoja se muestran algunos datos generales de la paciente; con ítems de opción múltiple, 5 de escala likert con 4 opciones: en esta sección se valora el conocimiento de la paciente sobre el Control Prenatal y la orientación que brinda el Licenciado en Enfermería y Obstetricia a las mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal, en una última sección se encuentran 7 ítems de opción múltiple, dentro de las cuales se pretende determinar la presencia de infecciones cervicovaginales en las mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal, con el fin de intervenir oportunamente o en el mejor de los casos prevenir la presencia de algún tipo de Infección Cervicovaginal.

5.11 PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez recabados todos los datos, se procedió a estructurar una base de datos en el programa de Excel, con el fin de realizar el análisis estadístico, para posteriormente elaborar cuadros, porcentajes y graficas que permitan realizar la interpretación de los mismos.

5.12 VALIDACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados fueron validados mediante la aplicación de una prueba piloto realizada en el Hospital general de Naucalpan, del Instituto de Salud del Estado de México, "Maximiliano Ruiz Castañeda" lugar en donde se verificó el grado de complejidad del instrumento y de cada una de sus ítems, verificándose la necesidad de replantear 5 ítems de la segunda sección, con el fin de lograr un mejor entendimiento de las mismas.

5.13 RECURSOS:

5.13.1 RECURSOS HUMANOS (INVESTIGADORES):

- P.S.S. Rodríguez Ayala Tobias.
- P.S.S. Tinoco Martínez Silvia Miriam.

5.13.2 DIRECTOR DE TESIS:

- MASE. Raúl Rutilo Gómez López.

5.13.3 RECURSOS MATERIALES:

- Material de oficina, computadora, disketes, CD, hojas blancas, renta de internet.

5.13.4 RECURSOS FINANCIEROS:

Parte de ellos son proporcionados por la ENEO-UNAM (apoyo académico administrativo) y lo restante será aportado por los investigadores.

5.14 CONSIDERACIONES ETICAS:

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el Reglamento de la Ley de Salud en Materia para la Salud.

6. DESCRIPCION DE RESULTADOS

CUADRO # 1
EDAD DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A
CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSE VICENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-18	34	48%
19-24	22	32%
25-30	7	10%
+ - 30	7	10%
TOTAL	70	100%

FUENTE: 70 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas que acuden a control prenatal en el Hospital General “José Vicente Villada” del Instituto de Salud del Estado de México, Ubicado en Cuautillan de Romero Rubio, Estado de México, en el periodo comprendido del mes de Mayo al mes de Julio del año 2005.

GRAFICA # 1



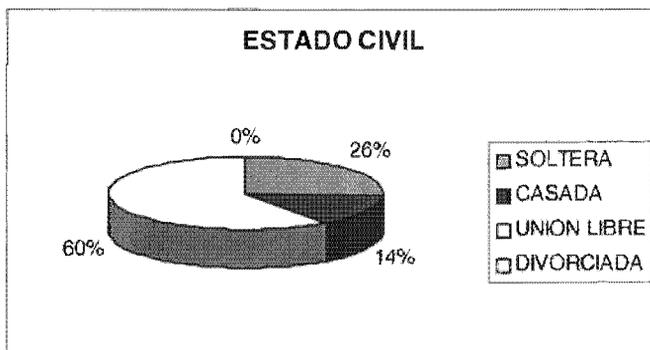
DESCRIPCIÓN: En la grafica anterior se observa que un 48% de las pacientes se encuentra entre los 13 a 18 años, siguiéndole un 32% del rango de 19 a 24 años y el 10% de 25 a 30 años, el ultimo 10% corresponde a mujeres mayores de 30 años.

CUADRO # 2
ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONTROL
PRENATAL AL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSÉ VICENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	18	26%
CASADA	10	14%
UNION LIBRE	42	60%
DIVORCIADA	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

Grafica # 2



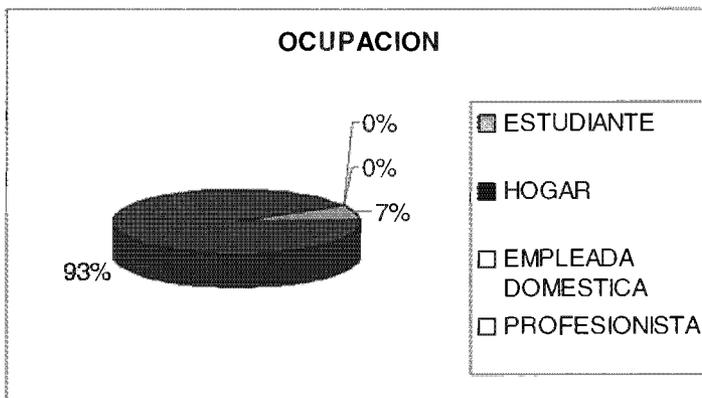
DESCRIPCIÓN: El 60% de las mujeres vive en Unión Libre, sigue un 24% que corresponde a madres Solteras, y un 14% a mujeres Casadas.

GRAFICA # 3
OCUPACIÓN DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSE VICENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTUDIANTE	5	7.2%
HOGAR	65	92.8%
EMPLEADA DOMESTICA	0	0%
PROFESIONAL	0	0%
TOTAL	70%	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 3



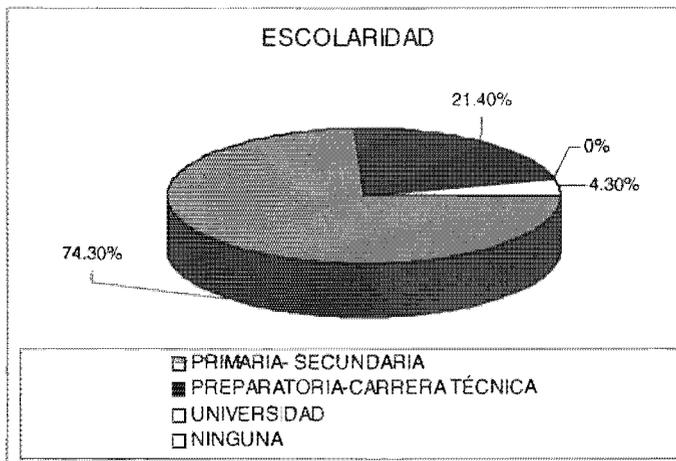
DESCRIPCIÓN: El 92.8% corresponde a mujeres dedicadas al Hogar, y el 7.2% corresponde a Estudiantes, no se registran mujeres Profesionistas.

CUADRO # 4
ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSE VICENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA - SECUNDARIA	52	74.3%
PREPARATORIA - CARRERA TÉCNICA	15	21.4%
UNIVERSIDAD	0	0%
NINGUNA	3	4.3%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 4



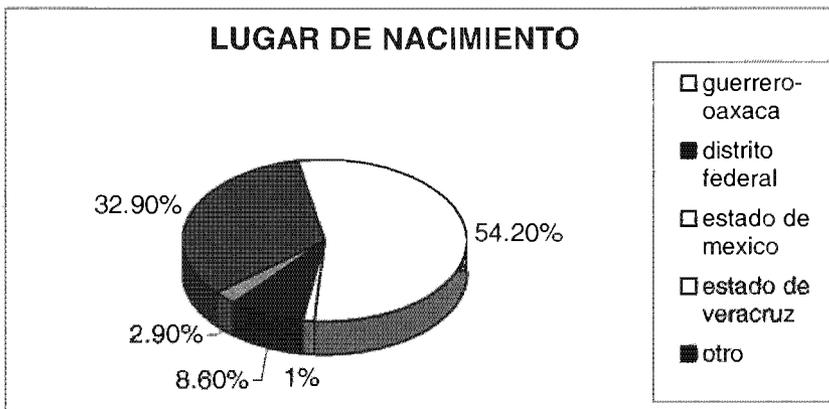
DESCRIPCIÓN: El 74.3% cuenta con Estudios Básicos, el 21.4% son de Nivel Medio Superior, el 4.3% Analfabeta, 0% Universitarias.

**CUADRO # 5
LUGAR DE NACIMIENTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A
CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
"JOSE VICENTE VILLADA"**

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Estado de Guerrero-Oaxaca	2	2.90%
Distrito federal	23	32.90%
Estado de México	38	54.90%
Estado de Veracruz	1	1.40%
Otro	6	8.60%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA #5



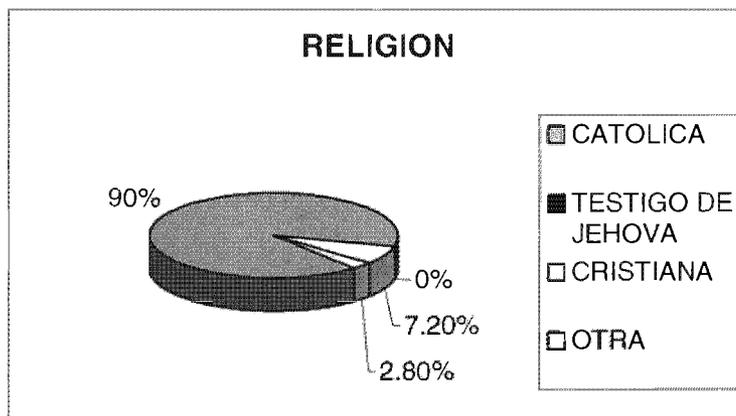
DESCRIPCIÓN: Del total de la población entrevistada un 54.2% son originarias del Estado de México, el 32.9% corresponde al Distrito Federal, el 8.8% de las mujeres embarazadas son originarias de estados no mencionado en la encuesta, el 2.9% pertenecen al estado de Guerrero y Oaxaca, y con 1% corresponde al estado de Veracruz.

CUADRO # 6
RELIGIÓN DE LAS PACIENTES QUE ACUDEN A CONTROL PRENATAL AL
HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSE VICENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATOLICA	63	90%
TESTIGO DE JEHOVA	0	0%
CRISTIANA	5	7.20%
OTRA	2	2.80%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA #6



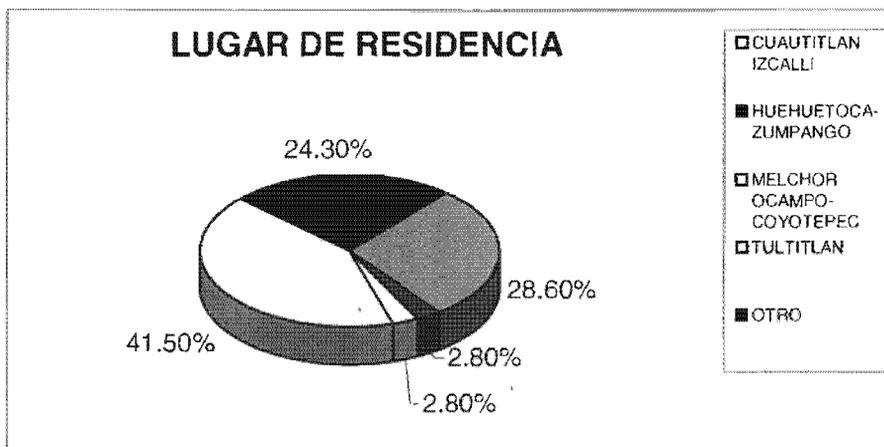
DESCRIPCIÓN: El 90% de la población corresponde a la Religión Católica, continua la Religión Cristiana con un 7.2% y el 2.8% corresponde a otro tipo de Religión.

CUADRO # 7
LUGAR DE RESIDENCIA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE ACUDEN A
CONTROL PRENATAL AL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN
“JOSE VIENTE VILLADA”

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CUAUTITLAN IZCALLI	20	28.60%
HUEHUETOCA-ZUMPANGO	2	2.80%
MELCHOR OCAMPO-COYOTEPEC	2	2.80%
TULTITLAN	29	41.50%
OTRO	17	24.30%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 7



DESCRIPCIÓN: La población que acude a Control Prenatal reside en Tultitlan y ocupa un 41.5%, continua Cuautitlan Izcalli con 28.6%, el 24.3% pertenece a otras comunidades, el 2.8% acude de Huehuetoca - Zumpango, así mismo un 2.8% acude de Melchor Ocampo - Coyotepec.

CUADRO # 8
¿QUÉ ES EL CONTROL PRENATAL?

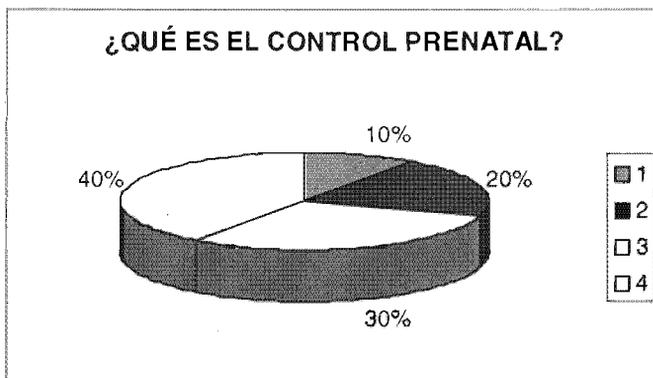
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	36	51.40%
2	3	4.30%
3	31	44.30%
4	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

VALOR:

- 1) Son las actividades que se llevan a cabo en cada consulta, para medir peso y talla, tomar presión arterial, escuchar el corazón del bebé.
- 2) Es el examen físico por medio del cual el médico o quien brinde la consulta investiga alteraciones que necesitan atención.
- 3) Conjunto de acciones y actividades que tienen como objeto, promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en optimas condiciones.
- 4) Es una historia clínica que contiene información de antecedentes familiares.

GRAFICA # 8



DESCRIPCIÓN: La grafica muestra que el 51.4% de la población considera que el Control Prenatal son las Actividades que se llevan a cabo en cada consulta, para medir Peso y Talla, tomar Presión Arterial, Escuchar el Corazón del Bebé, un 44.3% contestó con la tercera opción; Conjunto de Acciones y Actividades que tienen como objeto, promover una buena Salud Materna, el Desarrollo Normal del Feto y la Obtención de un Recién Nacido en Optimas Condiciones, el 4.3% contestó menciona que es el Examen Físico por medio del cual él Médico o quien brinde la Consulta Investiga Alteraciones que necesitan Atención.

CUADRO # 9
¿QUE ORIENTACIÓN LE ES BRINDADA EN CADA CONSULTA?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	66	94.30%
2	4	5.70%
3	0	0%
4	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

VALOR:

1. Elaboración de historia clínica, medición y registro de peso y talla, presión arterial, identificación de signos y síntomas de alarma, estado de salud del feto, solicitud de exámenes de sangre y orina, signos de infección de vías urinarias e infecciones cervicovaginales, así como interpretación y valoración de los mismos, estableciendo el diagnóstico integral; respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
2. Prescripción de medicamentos, aplicación de al menos dos dosis de tétanos, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
3. Promoción de la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud.
4. Orientación sobre higiene personal y de la pareja, uso de calzado adecuado para la embarazada, en que momento acudir a urgencias ginecológicas.

GRAFICA # 9



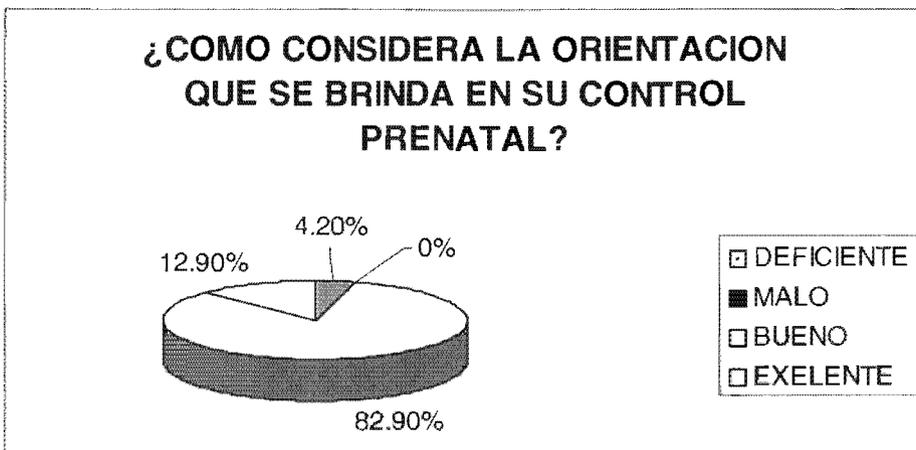
DESCRIPCIÓN: En la grafica anterior se muestra que las mujeres que acuden a consulta consideran la Primera Opción como Correcta con un 94.3%, así mismo un 5.7% considera la Segunda Opción como la Conveniente.

CUADRO # 10
¿CÓMO CONSIDERA LA ORIENTACIÓN QUE SE BRINDA EN SU CONTROL PRENATAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DEFICIENTE	3	4.20%
MALO	0	0%
BUENO	58	82.90%
EXELENTE	9	12.90%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 10



DESCRIPCION: El 82.9% considera que la calidad del Control Prenatal es Bueno, el 12.9% refiere ser Exelente y por último un 4.2% considera que es Deficiente.

CUADRO # 11
¿CÓMO LE GUSTARÍA QUE LE BRINDARAN EL CONTROL PRENATAL?

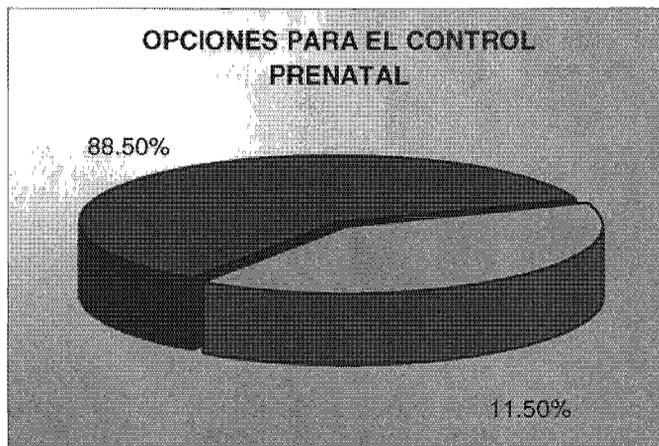
VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	8	11.50%
2	0	0%
3	62	88.50%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

VALOR:

- 1) Más detallada, con una mejor atención por parte del personal.
- 2) Con mas rapidez sin ser detallado, brindando informes únicamente a la paciente.
- 3) Brindando informes a la paciente y a la pareja, con una exploración física eficiente, interpretando cada uno de los estudios de laboratorio solicitados, valorando las referencias brindadas por la paciente y sobre todo informando las condiciones en las que se encuentra el Bebé.

GRAFICA # 11



DESCRIPCIÓN: Al 88.5% de las mujeres les gustaría que la Orientación Brindada fuera más Personalizada, dando como respuesta la opción numero 3, y el 11.5% comenta que les gustaría que fuera más detallada con una Mejor Atención por parte del Personal.

CUADRO # 12
¿CÓMO DESARROLLA USTED LOS ASPECTOS BRINDADOS DURANTE EL CONTROL PRENATAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	23	32.80%
2	45	64.20%
3	1	1.50%
4	1	1.50%
TOTAL	70	100%

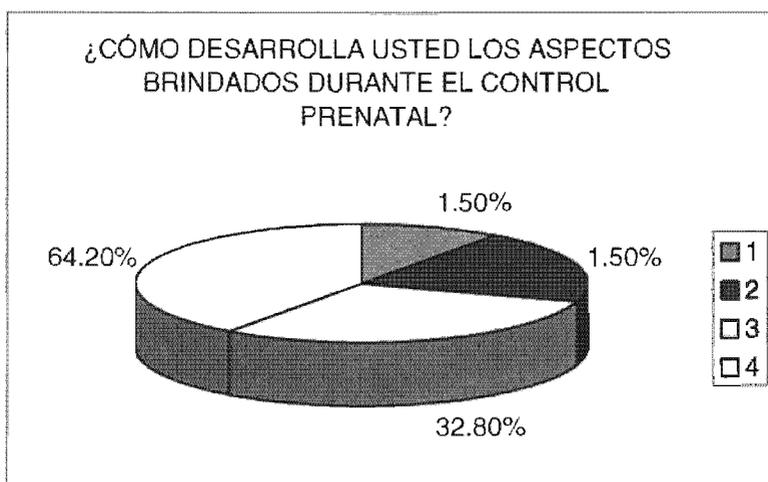
FUENTE: La misma del

cuadro # 1

VALOR:

- 1) Acudiendo constantemente a consultas, realizando los estudios de sangre y orina solicitados.
- 2) Permitiendo la exploración completa, contestando con absoluta veracidad al interrogatorio realizado por el personal que brinda la consulta, así como llevando a cabo los cuidados que ellos proporcionan y la pronta aplicación de los medicamentos indicados.
- 3) Con el baño diario, alimentación adecuada y no usando baños públicos.
- 4) Realizando Ultrasonidos de control.

GRAFICA # 12



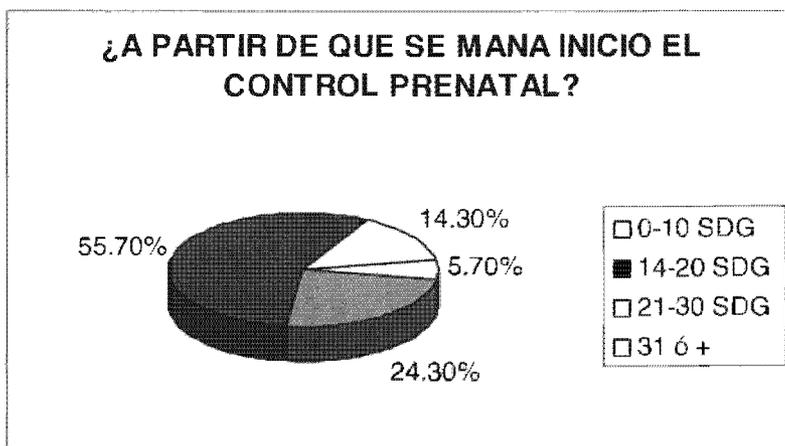
DESCRIPCIÓN: El 64.2% de la población encuestada, permite la realización de la Exploración Física Completa, un 32.8 % Acude Periódicamente a Consulta, Realizando Exámenes Solicitados, el 1.5% se Realiza Ultrasonidos puntualmente.

CUADRO # 13
¿A PARTIR DE QUE SEMANA INICIO SU CONTROL PRENATAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-10 SDG	17	24.30%
14-20 SDG	39	55.70%
21-30 SDG	10	14.30%
31 ó +	4	5.70%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 13



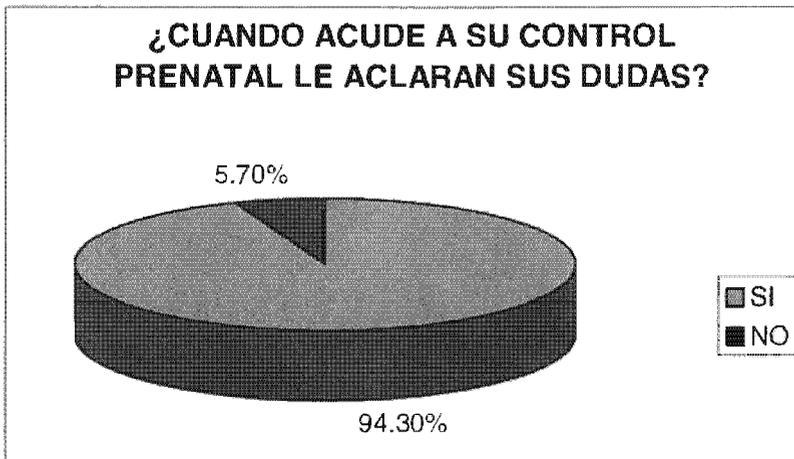
DESCRIPCIÓN: De toda la población el 55.7% inicio su Control Prenatal de las 14 a 20 semanas de Gestación, el 24.3% de la 0 a las 10 semanas de Gestación, el 14.3% añañe de la 21 a las 30 semanas de gestación, restando un 5.7% de la población que corresponde a más de 32 semanas de Gestación.

CUADRO # 14
¿CUÁNDO ACUDE A SU CONTROL PRENATAL LE ACLARAN SUS DUDAS?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	66	94.30%
NO	4	5.70%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro #1

GRAFICA # 14



DESCRIPCIÓN: La grafica anterior muestra notoriamente que el 94.3% de la población encuestada **Sí** logra aclarar sus dudas, sin embargo el resto de las mujeres encuestadas **No** logran aclarar sus dudas y pertenece al 5.7% de la población encuestada.

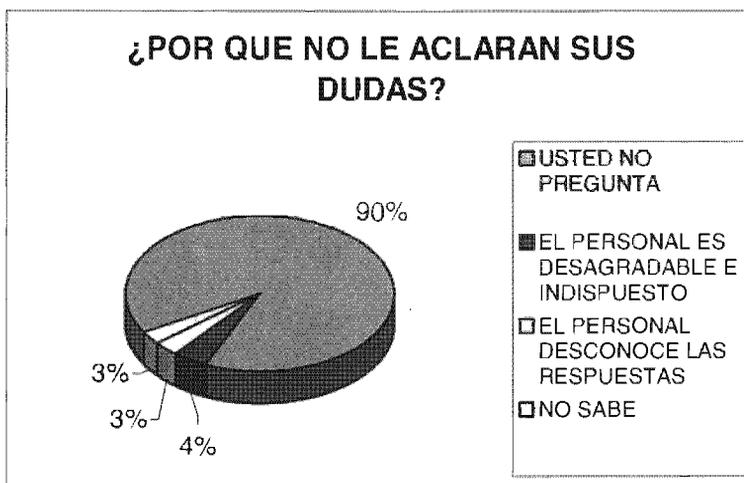
CUADRO # 15
¿POR QUÉ NO LE ACLARAN SUS DUDAS?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
USTED NO PREGUNTA	63	90%
EL PERSONAL ES DESAGRADABLE E INDISPUESTO	3	4.0%
EL PERSONAL DESCONOCE LAS RESPUESTAS	2	3.0%
NO SABE	2	3.0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma

del cuadro # 1

GRAFICA # 15



DESCRIPCIÓN: El 90% de la población refiere no preguntar sus dudas, el 4% describe que el personal se encuentra indispuesto, el resto refiere que el personal desconoce las respuestas a sus preguntas.

CUADRO # 16
¿PARA QUE LE BRINDAN LA ATENCIÓN PRENATAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REQUISITO	0	0%
DESARROLLO ADECUADO	70	100%
POPULARIDAD	0	0%
MÁS PACIENTES	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 16



DESCRIPCIÓN: El 100% de la población refiere acudir a Control Prenatal para lograr un buen desarrollo del embarazo.

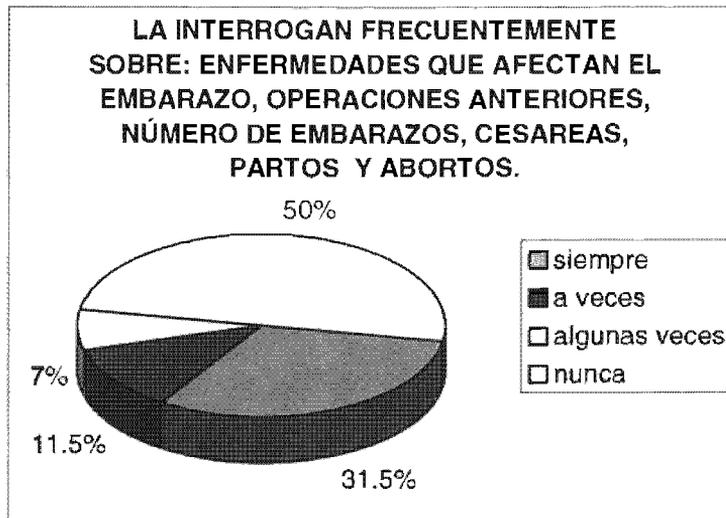
CUADRO # 17

LA INTERROGAN FRECUENTEMENTE SOBRE: ENFERMEDADES QUE AFECTAN EL EMBARAZO, OPERACIONES ANTERIORES, NÚMERO DE EMBARAZOS, CESÁREAS, PARTOS, ABORTOS.

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	27	31.50%
A VECES	8	11.50%
ALGUNAS VECES	5	7.00%
NUNCA	35	50.00%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 17



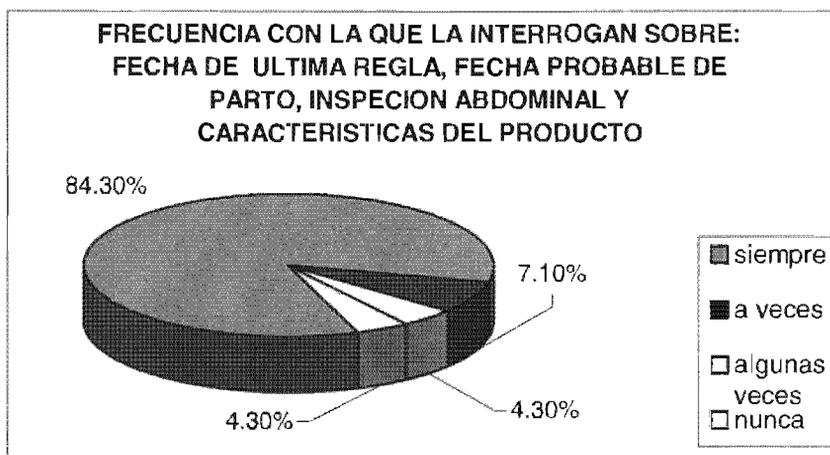
DESCRIPCIÓN: La grafica muestra que el 50% de la población entrevistada menciona que nunca fue interrogada sobre sus antecedentes, mientras que el 31.5% refiere siempre haber sido interrogada, restando un 11.5% y 7%, a veces y algunas veces respectivamente.

CUADRO # 18
FRECUENCIA CON LA QUE LA INTERROGAN SOBRE: FECHA DE ULTIMA REGLA, FECHA DE ULTIMO PARTO, INSPECCIÓN ABDOMINAL, CARACTERÍSTICAS DEL PRODUCTO

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	59	84.30%
A VECES	5	7.10%
ALGUNAS VECES	3	4.30%
NUNCA	3	4.30%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 18



DESCRIPCIÓN: En la grafica se observa que el 84.3% de la población refiere ser Interrogada Siempre, el 7.1% A veces y el resto se iguala en un 4.3% de las veces.

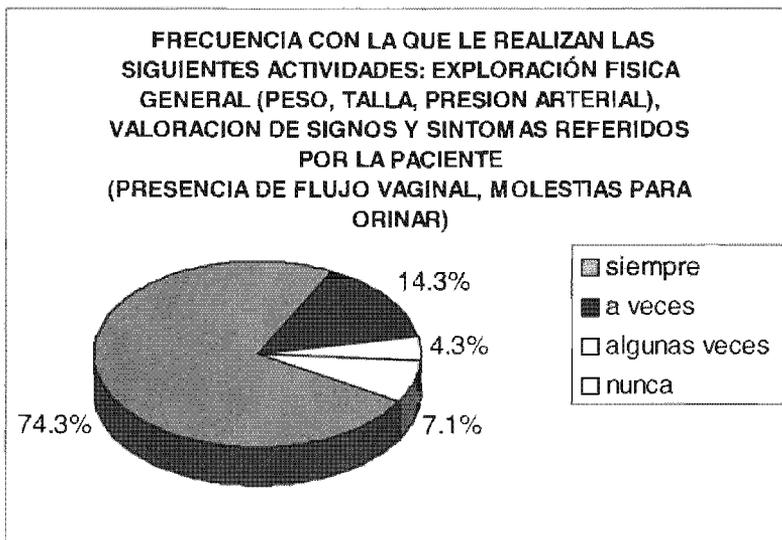
CUADRO # 19

FRECUENCIA CON LA QUE REALIZAN LAS SIGUIENTES ACCIONES: EXPLORACIÓN FÍSICA GENERAL (PESO, TALLA, PRESION ARTERIAL), VALORACIÓN DE SIGNOS Y SÍNTOMAS REFERIDOS POR LA PACIENTE (PRESENCIA DE FLUJO VAGINAL, MOLESTIAS PARA ORINAR)

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	52	74.30%
A VECES	10	14.30%
ALGUNAS VECES	3	4.30%
NUNCA	5	7.10%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 19



DESCRIPCIÓN: En la grafica se observa que el 74.3% de la población refiere ser valorada e Interrogada siempre, el 14.3% A veces, el 7.1% Nunca y el 4.3% Algunas veces.

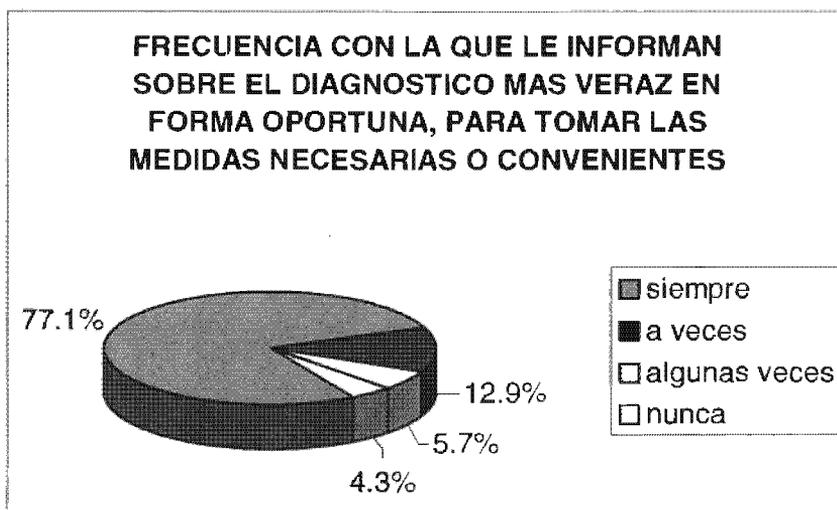
CUADRO # 20

FRECUENCIA CON LA QUE LE INFORMAN SOBRE EL DIAGNÓSTICO MÁS VERAZ EN FORMA OPORTUNA, PARA TOMAR LAS MEDIDAS NECESARIAS O CONVENIENTES

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	54	77.10%
A VECES	9	12.90%
ALGUNAS VECES	4	5.70%
NUNCA	3	4.30%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 20



DESCRIPCIÓN: El 77.1% de la población manifiesta ser Informada Siempre sobre el diagnóstico más veras y de esta manera tomar medidas de prevención, el 12.9% A veces, mientras que Algunas veces se manifiesta con 5.7%, y el 4.3% Nunca fue informada oportunamente, igualando con un 10%.

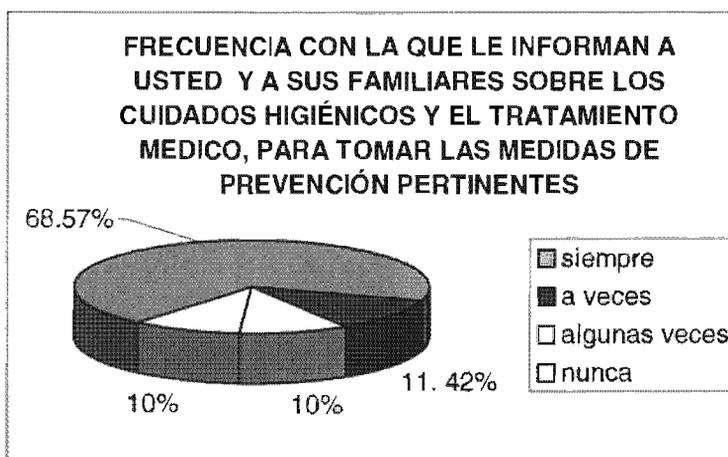
CUARO # 21

FRECUENCIA CON LA QUE LE INFORMAN A USTED Y A SUS FAMILIARES SOBRE LOS CUIDADOS HIGIÉNICOS Y EL TRATAMIENTO MEDICO, PARA TOMAR LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN PERTINENTES

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIEMPRE	48	68.57%
A VECES	8	11.42%
ALGUNAS VECES	7	10%
NUNCA	7	10%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 21



DESCRIPCIÓN: Un 68.5% de las encuestadas refieren ser Siempre Informadas sobre los Cuidados Higiénicos, el tratamiento medico adecuado, el 11.4% de la población manifiesta ser informada A veces, el resto Algunas veces y Nunca.

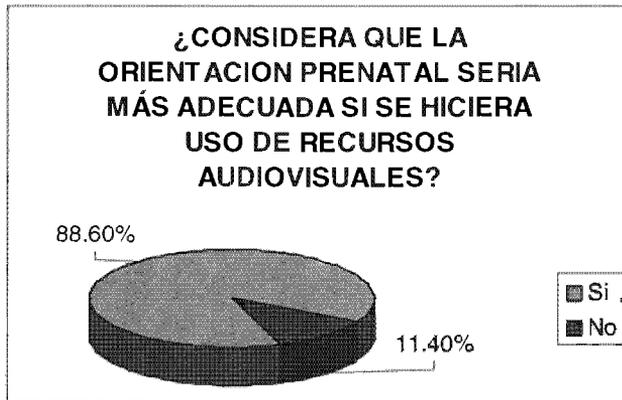
CUADRO # 22

¿CONSIDERA QUE LA ORIENTACION PRENATAL SERIA MÁS ADECUADA SI SE HICIERA USO DE RECURSOS AUDIOVISUALES QUE MOSTRARAN LOS TEMAS TRATADOS DURANTE LA CONSULTA?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	62	88.60%
NO	8	11.40%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 22



DESCRIPCIÓN: El 88.6% de las mujeres embarazadas prefieren el uso de Recursos Audiovisuales para facilitar su aprendizaje, mientras que el 11.4% no lo consideran necesario.

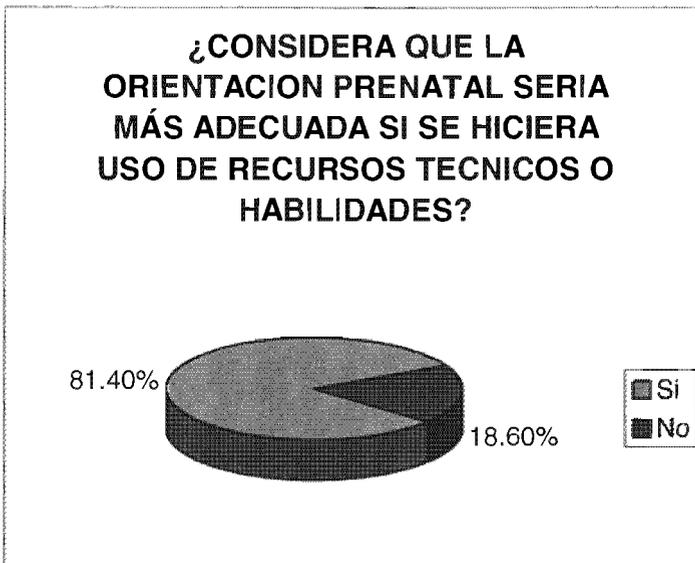
CUADRO # 23

¿CONSIDERA QUE LA ORIENTACION PRENATAL SERIA MÁS ADECUADA SI SE HICIERA USO DE RECURSOS TÉCNICOS O HABILIDADES PARA DEMOSTRAR LOS TEMAS TRATADOS DURANTE LA CONSULTA?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SÍ	57	81.40%
NO	13	18.60%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 23



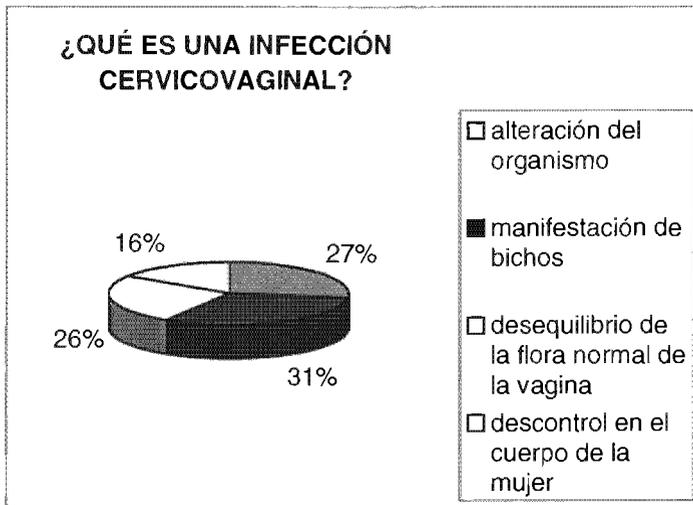
DESCRIPCIÓN: El 81.4% de las mujeres embarazadas preferirían que se hiciera uso de Recursos Técnicos o Habilidades para facilitar su aprendizaje, mientras que el 18.6% no lo consideran necesario.

CUADRO # 24
¿QUÉ ES UNA INFECCIÓN CERVICOVAGINAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALTERACION EN EL ORGANISMO	19	27.10%
MANIFESTACIÓN DE BICHOS	22	31.40%
DESEQUILIBRIO DE LA FLORA NORMAL	18	25.70%
DESCONTROL EN EL CUERPO	11	15.80%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 24



DESCRIPCIÓN: El 27.1% de las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal saben que las Infecciones Cervicovaginales son una Alteración en el Organismo de la Mujer, mientras que el resto tienen una inadecuada información sobre lo que esto significa.

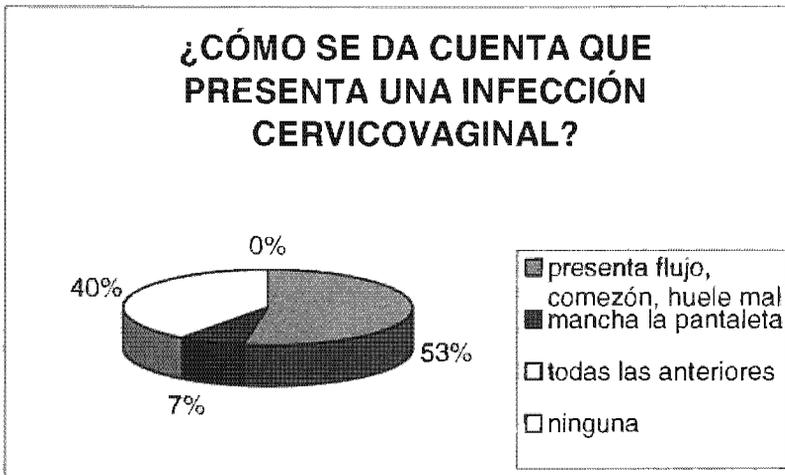
CUADRO # 25

¿CÓMO SE DA CUENTA QUE PRESENTA UNA INFECCIÓN CERVICOVAGINAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESETA FLUJO, COMEZÓN HUELE MAL	37	52.90%
MANCHA LA PANTALETA	5	7.10%
TODAS LAS ANTERIORES	28	40%
NINGUNA	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 25



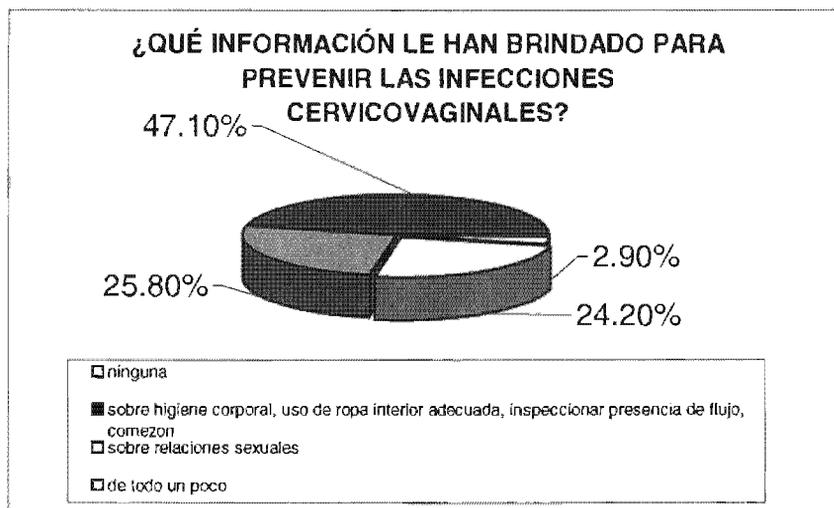
DESCRIPCIÓN: El 52.9% de las mujeres embarazadas que acuden a control prenatal piensan que las Infecciones Cervicovaginales se manifiestan con Flujo, Prurito, Mal Olor, mientras que el 40% considera que todas las opciones son correctas y el 7.1% piensa que solo Mancha la Pantaleta.

CUADRO # 26
¿QUÉ INFORMACIÓN LE HAN BRINDADO PARA PREVENIR LAS INFECCIONES CERVICOVAGINALES?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	18	25.80%
SOBRE HIGIENE CORPORAL, USO DE ROPA INTERIOR ADECUADA, INSPECCIONAR PRESENCIA DE FLUJO, COMEZÓN.	33	47.10%
SOBRE RELACIONES SEXUALES	2	2.90%
DE TODO TIPO	17	24.20%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 26



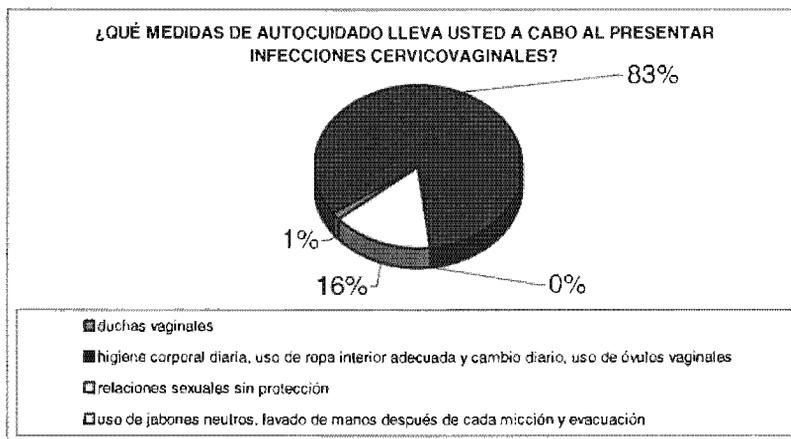
DESCRIPCIÓN: El 47.1% de las mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal han sido Informadas sobre Higiene Corporal, Uso de Ropa Interior adecuada, para Prevenir e Identificar una Infección Cervicovaginal, el 25.8% cree que No ha recibido ningún tipo de información como modo de Prevención, el 24.2% considera haber recibido Información de todo Tipo.

CUADRO # 27
¿QUÉ MEDIDAS DE AUTOCUIDADO LLEVA USTED A CABO AL PRESENTAR INFECCIONES CERVICOVAGINALES?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DUCHAS VAGINALES	1	1.40%
HIGIENE CORPORAL DIARIA, USO DE ROPA INTERIOR ADECUADA Y CAMBIO DIARIO, USO DE ÓVULOS VAGINALES	58	82.90%
RELACIONES SEXUALES SIN PROTECCIÓN,	11	15.70%
USO DE JABONES NEUTROS, LAVADO DE MANOS DESPUES DE CADA MICCIÓN Y EVACUACIÓN	0	0%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 27



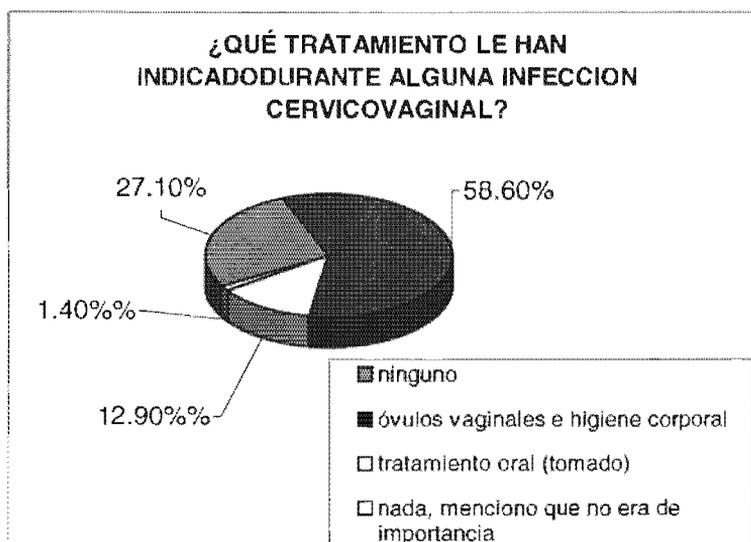
DESCRIPCIÓN: El 82.9% de las mujeres embarazadas lleva a cabo Medidas de Higiene adecuadas al presentar alguna Infección Cervicovaginal.

CUADRO # 28
¿QUÉ TRATAMIENTO LE HAN INDICADO DURANTE ALGUNA INFECCION CERVICOVAGINAL?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNO	19	27.10%
ÓVULOS VAGINALES E HIGIENE CORPORAL	41	58.60%
TRATAMIENTO ORAL	9	12.90%
NADA, MENCIONO QUE NO ERA IMPORTANTE	1	1.40%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 28



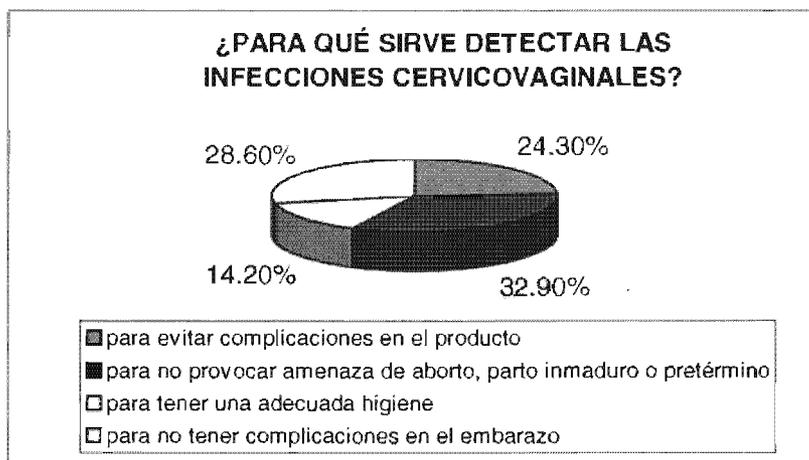
DESCRIPCIÓN: El 58.6% de la población entrevistada ha llevado a cabo un Buen Tratamiento indicado por Personal Capacitado, mientras que el 27.1% no ha llevado a cabo Ningún Tratamiento Médico.

CUADRO # 29
¿PARA QUÉ SIRVE DETECTAR LAS INFECCIONES CERVICOVAGINALES?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PARA EVITAR COMPLICACIONES EN EL PRODUCTO	17	24.30%
PARA NO PROVOCAR AMENAZAS DE ABORTO, PARTO INMADURO O PRETERMINO	23	32.90%
PARA TENER UNA ADECUADA HIGIENE	10	14.20%
PARA NO TENER COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO	20	28.60%
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 29



DESCRIPCIÓN: Un 32.9% de las mujeres embarazadas que acuden a Control Prenatal piensa que el Detectar una Infección Cervicovaginal sirve para Evitar Amenazas de Aborto, Parto Inmaduro o Pretérmino, el 28.6% piensa que Evita Complicaciones No Especificadas, el 24.3% menciona Evita Complicaciones con el Bebé, el 14.20% solo por Higiene.

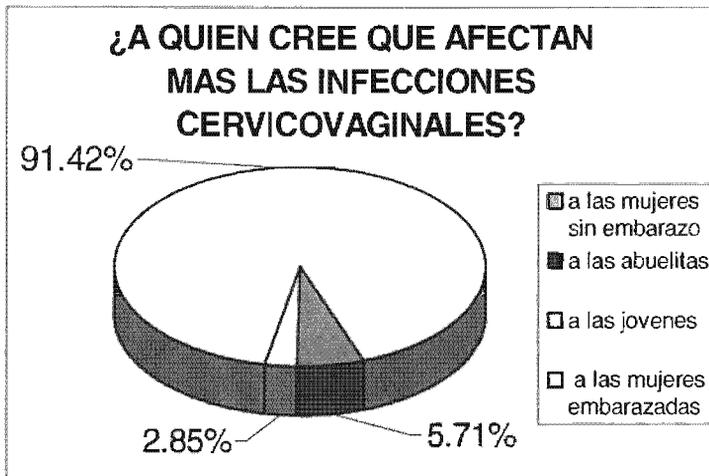
CUADRO # 30

¿A QUIEN CREE QUE AFECTAN MÁS LAS INFECCIONES CERVICOVAGINALES?

VALOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A LAS MUJERES SIN EMBARAZO	4	5.71%
A LAS ABUELITAS	0	0%
A LAS JOVENES	2	2.85%
A LAS MUJERES EMBARAZADAS	64	91.42
TOTAL	70	100%

FUENTE: La misma del cuadro # 1

GRAFICA # 30



DESCRIPCIÓN: El 91.4 de la población entrevistada piensa que las Infecciones Cervicovaginales Afectan Más a las Mujeres Embarazadas, mientras que el 5.7% piensa que Afectan a las Mujeres sin Embarazo, el 2.8% piensa en Mujeres Jóvenes.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Al desarrollar el Servio Social dentro del Control Prenatal de manera cotidiana se determino una estadística de incidencia de Infecciones Cervicovaginales, a saber los puntos de cada 150 pacientes atendidas 90 presentaban algún tipo de Infección Cervicovaginal, por tanto al desarrollar la investigación se implementaron estrategias, administrativas, docentes, técnicas y de investigación para poder incidir sobre dichos índices: se determinaron dentro de la propia consulta de Control Prenatal actividades de concientización sobre lo que es el Control Prenatal, Infecciones Cervicovaginales y el desarrollo del embarazo, se implemento la utilización del instrumento de compilación de resultados en donde se llevo a lo siguiente: de entre de los resultados obtenidos en la investigación podemos destacar en los aspectos sociodemográficos que la presencia de Infecciones Cervicovaginales se encontraba con mayor incidencia entre las mujeres de 13 y 18 años (48%), cuyo estado civil era la unión libre (60%), su religión era católica (90%) con residencia actual en Tultitlan Estado de México (41.50%), destacándose que la ocupación con el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres dedicadas del hogar (92.8%), la escolaridad se encuentra entre lo que es la transición de primaria a secundaria (74.3%).

Benjamín Tondopó Domínguez en febrero del 2003 refiere que las Infecciones Cervicovaginales han sido las enfermedades ginecológicas más frecuentes, son un grupo de enfermedades transmisibles que se adquieren fundamentalmente por contacto sexual. Afectan principal-mente a mujeres en edad fértil entre los 15 y 40 años de edad. (www.amimc.org.mx/revista/2004/vol_24-2/prevalecia.com).

Por lo contrario en una investigación realizada en mujeres usuarias del Hospital General Dr. Rafael Pascacio Gamboa de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. (En el periodo comprendido entre septiembre 2002 a febrero 2003); se obtuvo una prevalencia de Infecciones Cervicovaginales en la cual la edad predominante fue el grupo de 30-34 años. La mayoría, amas de casa, con bajo nivel socio-económico, más de la mitad casadas y el resto viven en unión libre; la mayoría refieren tener una sola pareja sexual. (www.amimc.org.mx/revista/2004/vol_24-2/prevalecia.com).

En la investigación realizada por Guillén M., y Moreno F., en el año 2003 para la Revista de la Facultad de Farmacia Vol. 45 (1) se demuestra que las Infecciones Cervicovaginales se presentaron en un 77,73% de la población estudiada, incidiendo mayormente en el grupo comprendido entre los 26 y 45 años. (www.infomp@medicazpanamerica.com)

A pesar de todo lo anterior dentro del aspecto del Control Prenatal se destaca que existe un conocimiento de lo que es el significado del Control Prenatal (51.40%), la orientación que se debe desarrollar en las consultas iniciándose esta de la semana 14-20 (55.70%) y disipándose las dudas (94.30%) en las consultas de Control Prenatal presentes dentro de la mujer y su pareja; quedando como concepto que un adecuado control prenatal da lugar a un buen desarrollo del embarazo (82.90%), cabe aclarar que se hace necesario la utilización de mayores recursos audiovisuales (88.60%) así como de técnicas didácticas (81.40%) que permitan la concientización del tema que se esta tratando.

La falta de educación determina un embarazo no esperado ni deseado, lo que condiciona una atención prenatal tardía que la expone a riesgos, se requiere la capacitación temprana,

con el objeto de brindarle calidad en su vigilancia prenatal, lo que se resalta es que una vez canalizada al servicio, es muy importante, diagnosticar oportunamente cualquier proceso infeccioso que pueda condicionar el nacimiento de un producto prematuro, o bien, el tratamiento oportuno de los casos de infección, y evitar la transmisión en el momento del nacimiento.

(www.Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.com).

Un estudio retrospectivo realizado en el Instituto Nacional de Perinatología (Dr. José R. Ahued, Dra. Josefina Lira, Dr. Luis A. Simón) que analiza 899 pacientes menores de 16 años, atendidas durante los años 1999-2000; señala que las mujeres embarazadas acudieron a su primer consulta prenatal en el primer trimestre fue de 9.7%, 50.2% en el segundo y 40.1% en el tercero, y las consultas que se les otorgó fueron menos de 4 en 32.7% y más de 5 en el 67.3%. Gracias a un adecuado Control Prenatal con apropiados recursos didácticos, los productos llegaron a término en 84.4%, siendo la resolución obstétrica por vía vaginal en 54.7%. La atención selectiva de este grupo influye en los favorables resultados, mediante una consulta prenatal de calidad y con calidez; se creó una adhesión que redituó los éxitos obtenidos; es un problema social que permitirá la continuación de los estudios; la adaptación familiar procurando un espacio de crecimiento adecuado de su producto. Fomentar una clínica con estas características tiene como objetivos, brindar una información veraz y oportuna que permita al adolescente asumir su sexualidad con responsabilidad, autonomía y libre de riesgos, así mismo orientado con una adecuada información y desde luego una consejería apropiada, así como incidir en las tasas de embarazos no deseados, favoreciendo la protección contra las enfermedades de transmisión sexual.

El embarazo en una mujer adolescente es un problema médico y social, es una gestación de alto riesgo, sobre todo cuando la edad es menor de 16 años. Se define la adolescencia como una etapa crucial de la vida en la que ocurren cambios biológicos que condicionan el inicio de vida sexual y reproductiva, es una época en la que se constituyen proyectos de vida. Se consideraba que el embarazo en esta etapa de la vida presentaba graves complicaciones y tenían una resolución quirúrgica muy frecuentemente; en la actualidad México es un país de gente joven, tiene una base poblacional muy amplia lo que favorece este problema de salud pública, se calcula que en el año 2000, existían 23.9 millones de mujeres entre los 10 y 19 años de edad.

(www.univalle.edu/noticias/journal/journal9/pag5.htm-33k-Resultados-Suplementario).

En la investigación realizada se muestra que las pacientes que acudieron a control prenatal tienen conocimiento sobre Infecciones Cervicovaginales (25.70%), así como de las medidas de autocuidado (82.90%), el manejo del tratamiento farmacológico (58.60%) y la prevención de una posible recaída (32.90%).

La Dra. Josefina Lira Plascencia (2002), refiere que la educación es un elemento básico, para dar una adecuada capacitación en diferentes temas, orienta y disminuye dudas presentes en cada una de las pacientes que reciben un adecuado Control Prenatal, de lo contrario; el binomio madre-hijo se vera afectado por las repercusiones de la morbi-mortalidad ya sean: infección de vías urinarias (23.5%), la anemia y desnutrición (19.9%), amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas (20.2%). (www.perinatalinformaciónl.com).

8. CONCLUSIONES

Para fines de mayor explicitación de las conclusiones estas serán redactadas dentro de las cuatro actividades básicas de la profesión, a saber:

➤ ADMINISTRATIVAS:

- Las Infecciones Cervicovaginales al no ser prevenidas, detectadas y tratadas adecuadamente repercuten dentro de los recursos físicos, humanos y materiales de la unidad hospitalaria prolongando el tiempo de estancia o el reingreso de la paciente por reinfección.
- El tiempo destinado para el desarrollo de las actividades del Control Prenatal y los procedimientos Toco-Quirúrgicos debe ser normatizado para poder llevar a cabo la atención de tipo integral y de calidad a las pacientes que acuden.

➤ DOCENTES

- Los recursos que vayan a ser utilizados dentro de la orientación y educación para la salud en el Control Prenatal sobre Infecciones Cervicovaginales así como las técnicas didácticas deben de ser de índole diversa para poder determinar la obtención de aprendizajes significativos en la mujer.
- Se debe pensar en actividades de orientación sobre lo que son las Infecciones Cervicovaginales y el embarazo no deseado dentro de la población adolescente.

➤ TECNICOS

- El instrumental que sea utilizado con las pacientes y en especial con las que presenten Infecciones Cervicovaginales debe de ser esterilizado para poder impedir que se den infecciones cruzadas.
- El personal que se encuentre asignado a las áreas Toco-Quirúrgicas debe desarrollar sus procedimientos de acuerdo a las normas oficiales establecidas.

➤ INVESTIGACION

- De acuerdo a los índices de morbilidad obtenidos en fecha más reciente (2004) se determina que las Infecciones Cervicovaginales siguen teniendo un lugar de importancia dentro de la morbimortalidad perinatal por lo cual esta investigación es un elemento más que pretende apoyar actividades de concientización y desarrollo de aspectos profesionales para incidir sobre esos índices de presencia de Infecciones Cervicovaginales.
- Permitir ejercitar en el profesional del área de la salud, la investigación a través de una realidad de su acontecer cotidiano de la herramienta para obtener una lógica metodológica de investigación.

Por lo anterior se hace énfasis en que los objetivos planteados al inicio de la investigación se llevaron a cabo satisfactoriamente, ya que se logró identificar el tipo de orientación brindada durante el Control Prenatal por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia así mismo se logró identificar y clasificar a groso modo los tipos de Infecciones Cervicovaginales que se presentan con más frecuencia durante el embarazo y por consiguiente se proponen alternativas de solución para brindar una atención integral, de calidad, esto mostrado posteriormente.

9. RECOMENDACIONES

➤ ADMINISTRATIVAS

- Realizar un programa de prevención sobre las Infecciones Cervicovaginales, realizando trípticos, rotafolios, conferencias, platicas grupales e individuales dirigido hacia la población más vulnerable, en este caso a las adolescentes. Ya sea en la Unidad Hospitalaria correspondiente en las escuelas o en visitas domiciliarias.
- Realizar un manual de procedimientos para la consulta externa y la unidad Toco-Quirúrgica en donde se establezcan reglas como: tiempo; dependiendo del motivo de la consulta, el procedimiento que se va a realizar, el espacio físico, etc.
- Determinar el tiempo utilizado en cada consulta, y llevar acabo una estadística para obtener una media de tiempo utilizado con cada paciente; para determinar en primer lugar, la disminución en el número de pacientes al día, y en segundo lugar aumentar el tiempo destinado para cada consulta con el fin de brindar una atención integral.

➤ DOCENTES

- Realizar periódicamente; semanas de prevención de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo, haciendo uso de bipticos, trípticos, rotafolios, periódicos murales, conferencias, charlas o platicas individuales y grupales a la paciente embarazada con su pareja o familia.
- Formular programas de prevención en las escuelas para las adolescentes, previniendo las Infecciones Cervicovaginales y de igual manera los embarazos no deseados.
- Hacer trípticos con información básica de las Infecciones Cervicovaginales, por ejemplo: que es una Infección Cervicovaginal, etiología, diagnóstico, tratamiento y haciendo bastante énfasis en la prevención.

TÉCNICOS

- Hacer un manual de procedimientos resaltando las normas oficiales y las reglas universales sobre el material utilizado y técnicas de esterilización.
- Tomar en cuenta los procedimientos a realizar, valorando la prioridad del padecimiento, previniendo así posibles complicaciones.

INVESTIGACIÓN

- Continuar con la realización de investigaciones sobre Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo, para prevenir las complicaciones del mismo y disminuir la incidencia de morbimortalidad perinatal.
- Permitir que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia continúe, amplíe y publique las investigaciones sobre Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo.

10. GLOSARIO

Aborto: Interrupción del embarazo antes de que el feto pueda desarrollar vida independiente. Se habla de parto prematuro si la salida del feto desde el útero tiene lugar cuando éste ya es viable (capaz de una vida independiente), por lo general al cabo del sexto mes de embarazo.

Alfafetoproteína: Proteína plasmática, importante de los fetos jóvenes. Sirve para verificar malformaciones del tubo neural.

Amina: Sustancia química derivada del amoníaco por sustitución de uno o dos átomos de Hidrógeno por radicales alifáticos aromáticos.

Bacterias: Microorganismo unicelular, algunas provocan enfermedades el hombre (salmonella, micobacteria tuberculosa, etc.), mientras que otra interviene en diversos ciclos biológicos (como en ciclo del nitrógeno).

Blástula: Estado embrionario que se produce como resultado de la segmentación del óvulo fecundado, el cual se divide mediante mitosis sucesivas, dando lugar a unas células denominadas blastómeros.

Cervicitis: Inflamación del cuello uterino.

Citología: Estudio microscópico de la forma y de las funciones de las células del organismo.

Coito: Es el proceso por el que los espermatozoides son depositados en la vagina mediante la penetración.

Conjuntivitis: Es una afección inflamatoria de carácter benigno, caracterizada por congestión de los párpados, enrojecimiento por dilatación vascular y aparición de secreciones, cuyo aspecto varía según el agente causal.

Cromosoma: Son cada una de las estructuras que se localizan en el núcleo de las células en las que se organiza el ADN.

Diabetes Gestacional: Trastorno producido por un déficit de insulina durante el embarazo que produce un defecto en la capacidad de metabolizar los hidratos de carbono. En general se normaliza después del parto, aunque en algunas mujeres puede ser el anuncio de una diabetes años después. Se considera un factor de riesgo obstétrico, aumentando la tasa de macrosomía, alteraciones del parto, malformaciones congénitas y morbilidad materno fetal. Su tratamiento exige la administración de insulina durante los meses de embarazo y su correcto control de la dieta.

Dispareunia: Dolor genital repetitivo y persistente asociado con las relaciones sexuales, tanto en el hombre como en la mujer.

Disuria: Dolor con la micción.

Eclampsia: Enfermedad que tienen lugar en la segunda mitad del embarazo, se caracteriza por hipertensión arterial, pérdidas de proteínas en la orina, retención de líquidos y convulsiones.

Ectodermo: La más externa de las tres capas germinales primarias que da lugar al sistema nervioso y a la epidermis y a sus derivados.

Edema: Acumulación excesiva de líquido intercelular de los tejidos.

Electroforesis: Método de análisis de las diferentes proteínas del suero sanguíneo, haciendo pasar una corriente eléctrica a través del mismo para separar las partículas cargadas eléctricamente. Las partículas se encuentran gradualmente en bandas, debido a la diferencia de velocidad de movimiento según la carga eléctrica de las partículas.

Embarazo: Es un proceso fisiológico normal con una secuencia de acontecimientos que generalmente se compone de la fecundación, la implantación, el crecimiento embrionario y el crecimiento fetal, y que finaliza con el nacimiento aproximadamente 280 días después o 40 semanas

Embarazo Ectópico: Embarazo en el cual el óvulo fertilizado se implanta fuera del útero en lugar de en la pared. Alterado de su posición fisiológica por alteración congénita y no por una enfermedad.

Endodermo: La más interna de las tres capas germinales primarias del embrión en desarrollo que da origen al tracto gastrointestinal, a la vejiga urinaria y a la uretra y vías respiratorias

Endometrio: Es la capa que reviste la cara interna del útero, se desprende y es expulsado durante la menstruación

Espora: Corpúsculo (pequeño cuerpo) que se produce en una bacteria, cuando las condiciones del medio sean hecho desfavorables para la vida de este microorganismo.

Estrógeno: Hormona esteroidea implicada en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la mujer, en la regulación del ciclo menstrual y de la ovulación, y en el embarazo.

Fecundación: Unión entre el óvulo y el espermatozoide.

Feto: Embrión de los mamíferos placentarios y marsupiales, desde que se implanta en el útero hasta el momento del parto. Desde la séptima u octava semana.

Folículos de Graaf: Folículo grande lleno de líquido que contiene un óvulo inmaduro y su tejido epitelial circundante. El folículo secreta estrógenos.

Flagelo: Proyecciones que ayudan al movimiento de la célula.

Flujo: Flujo vaginal que a cambiado sus características normales habituales tanto en cantidad, color, y olor. El 80% de las veces se debe a una infección vaginal cuya causa suele ser uno de tres agentes: un hongo (*Candida Albicans*), un protozoo (*Tricomona Vaginalis*) o una bacteria (*Gardnerella*)

Frotis: Muestra para el examen microscópico, que ha sido preparada extendiendo una fina película de material sobre una placa de cristal.

Gastrulación: Conjunto de procesos que se dan en el embrión y que conducen a la formación de las capas celulares fundamentales de los metazoos. Como consecuencia de ello se forma el estado de gástrula.

Hiperemia: Exceso de sangre en cualquier parte el cuerpo.

Huevo: Gameto femenino, llamado huevo, óvulo, o célula germinal femenina, es relativamente grande, contiene una reserva de nutrientes (yema y en ocasiones clara), y por lo general, carece de movilidad.

Infundíbulo: Es el extremo distal abierto en forma de embudo de la trompa y se encuentra cerca del ovario.

Inóculo: Sustancia que se emplea para comunicar por medios artificiales una enfermedad contagiosa.

Istmo: Región constreñida de aproximadamente un centímetro de longitud, situada entre el cuerpo y el cuello uterino.

Lactobacillus: Genero de bacterias Gram Positivas en forma de bastoncillo muchas de las cuales producen fermentación.

Lanugo: Pelo fino que cubre el cuerpo del feto y del niño recién nacido, especialmente de los prematuros. Llamado también pelusa.

Leucocitos: Células sanguíneas de mayor tamaño que los hematíes, pero menos numerosas básicamente dedicados a la defensa entre las infecciones, tumores o sustancias extrañas.

Leucorrea: Flujo blanquecino de las vías genitales femeninas.

Levadura: Nombre genérico de ciertos hongos unicelulares, de forma ovoidea que se reproducen por división.

Líquido amniótico: Producido por las membranas fetales y el feto, que rodea a éste durante el embarazo. Su volumen en el momento del parto es aproximado de un litro. Entre sus funciones tiene la de proteger físicamente al feto y la de constituir un medio donde se produce el intercambio activo de sustancias químicas. Contiene distintos componentes químicos del plasma materno y del plasma fetal, siendo continuamente deglutido, metabolizado y eliminado como orina fetal. En condiciones normales es de color claro.

Meiosis: Doble división de las células germinales que reduce a la mitad el número de cromosomas y, por tanto, origina células haploides. La meiosis es un mecanismo adecuado para la distribución de genes entre los gametos, de tal forma que permite su recombinación y segregación al azar.

Mesodermo: Capa medio de las tres capas germinativas primarias que da origen a los tejidos conjuntivos, a la sangre y los vasos sanguíneos y los músculos.

Metazoos: Término que se aplica a todos los organismos multicelulares que digieren comida, incluidas esponjas y animales superiores.

Neumonía: Infección del parénquima pulmonar, se caracteriza por presentarse sangre y secreciones infectadas en el pulmón, perdiendo la capacidad del intercambio gaseoso.

Ovocitos secundarios: Células que se transforman en óvulos maduros solo después de la fecundación.

Oxitocina: Hormona producida por el hipotálamo y almacenada y secretada por el lóbulo posterior de la hipófisis, cuya función principal es estimular las contracciones de la musculatura lisa.

Papanicolaou: Prueba de tinción para detectar enfermedades del cérvix uterino y del endometrio.

Placenta: Órgano temporal que se forma con la única misión de proporcionar la nutrición que el feto necesita durante el embarazo, y que es expulsado cuando su misión a terminado con el parto. Actúa como un filtro entre la madre y el feto, al que esta unida por el cordón umbilical, toma de la sangre de la madre los nutrientes que el feto necesite, y elimina los productos de desecho del feto a través de la madre.

Preeclampsia: Enfermedad que tienen lugar con más frecuencia en la segunda mitad del embarazo, se caracteriza por hipertensión arterial, pérdidas de proteínas en la orina y retención de líquidos.

Progesterona: Hormona producida por las células del cuerpo lúteo del ovario.

Prurito: Picor de la piel cuya causa más frecuente es la piel seca (xerosis).Otros muchos trastornos locales (inflamación, parásitos, etc.) o generales (ictericia, ansiedad, etc.), pueden producirlo.

Ruptura Prematura de Membranas: Ruptura de las membranas fetales acompañado de salida de líquido de cantidad y características variables por la vulva, antes del inicio del trabajo de parto en el embarazo de más de 20 semanas de edad gestacional.

Talasemia: Anemia hemolítica hereditaria, que se presenta de modo preferente en individuos de países mediterráneos y se debe a un trastorno cuantitativo en la producción de hemoglobina.

Ultrasonido: Ondas usadas para examinar los órganos internos del cuerpo.

Vaginitis: Inflamación de la mucosa vaginal.

Vaginosis Bacteriana: Desequilibrio del ecosistema de la flora vaginal.

BIBLIOGRAFÍA

- ❏ Ablanedo, J., Chávez, R: et al. (2000). GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. ASOCIACIÓN DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No. 3 DEL I.M.S.S., A.C. Tercera edición, México; Méndez editorial. Pág. 224-239.
- ❏ Atención de Enfermería, dirección en Internet:
<http://ucu.edu.uy/Facultades/Enfermeria/enfermeria.com>, fecha de consulta 28 de Julio de 2005.
- ❏ Butnarescu. (1982). ENFERMERÍA PERINATAL. Salud en la Reproducción. Primera edición. México; Editorial Limusa. Pág. 437.
- ❏ Cabero, R. (2004). TRATADO DE GINECOLOGÍA, OBSTETRICIA Y MEDICINA DE LA REPRODUCCIÓN. Tomo II, Argentina; Panamericana. Pág. 1174-1779,1968-1970.
- ❏ Casavova, G. et al (2004). INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. Primera edición. México; Alfa. Pág. 123-133, 163-179, 267-276, 291-303, 413, 422-424.
- ❏ Control Prenatal, dirección en Internet:
http://www.Obstetricia/AltoRiesgo/control_prenatal.com, fecha de consulta: 18 Septiembre 2005.
- ❏ Control Prenatal, dirección en Internet:
<http://www.cyberpadres.com/serpadre/futuramm/articulos/controlpre.com>, fecha de consulta: 20 Septiembre 2005.
- ❏ Control Prenatal, dirección en Internet:
<http://www.univalle.edu/noticias/journal/journal9/pag5.htm-33k-ResultadoSuplementario.com>, con fecha de consulta: 21 de Octubre de 2005.
- ❏ Desarrollo del Embarazo, dirección en Internet: <http://www.mujeractual.com/madres/embarazo/img/bebe4>, fecha de consulta: 16 de Mayo de 2005
- ❏ Desarrollo del Embarazo, dirección en Internet: <http://www.embarazohoy.com>, fecha de consulta: 18 Septiembre 2005.
- ❏ Desarrollo del embarazo, dirección en Internet:
<http://www.guiainfantil.com/salud/embarazo/desarrollo//cgibin/albebe/embarazo.com>, fecha de consulta: 18 de Julio de 2005.
- ❏ Díaz, (1974). PEDIATRIA PERINATAL. México; Interamericana. Pág. 1-10.
- ❏ Gary, F. (1995). MANUAL DE GINECO OBSTETRICIA. México; El Manual Moderno. Pág. 312-318.

- ❏ Infecciones Cervicovaginales, dirección en Internet:
http://www.univalle.edu/noticias/journal/journal9/pag5.com, fecha de consulta: 16 de Abril de 2005.
- ❏ Infecciones Cervicovaginales, dirección en Internet:
http://www.infomp@medicazpanamerica.com, fecha de consulta: 16 de Abril de 2005.
- ❏ Infecciones Cervicovaginales, dirección en Internet:
http://www.encolombia.com/medicina/gineco.com, fecha de consulta: 26 de Junio de 2005.
- ❏ Llaca, F. (2000). OBSTETRICIA CLÍNICA. México; McGraw-Hill Interamericana. Pág. 580.
- ❏ Martínez, B., Torrens, R. (2001). ENFERMERIA DE LA MUJER. Madrid; Grupo Paradigma (Difusión avances de Enfermería). Pág. 24-31,114-121, 140-150, 156-160, 468-478.
- ❏ Medina C. (2000). ETICA Y LEGISLACIÓN. Madrid; Grupo Paradigma. Pág. 84-85.
- ❏ Millern, S. (1986). ENFERMERIA GINECOLÓGICA. Quinta edición, México; Interamericana. Pág. 169-174.
- ❏ Mondragón C. (2000). OBSTETRICIA BÁSICA Y APLICADA. México; Trillas, Pág. 822.
- ❏ Mondragón, H. (1999). OBSTETRICIA BÁSICA ILUSTRADA. Cuarta edición México; Trillas, Pág.120-134.
- ❏ Neeson, J. (1998). CONSULTOR DE ENFERMERIA Y OBTETRICIA VOL. I . Barcelona; Océano. Pág. 137-149,158,159,160-168.
- ❏ Novak, E. (1971). TRATADO DE GINECOLOGÍA. Octava edición, México; Interamericana. Pág. 625-628.
- ❏ Pernoll, M. (1993). DIAGNOSTIOS Y TRATAMIENTOS GINECO –OBSTETRICOS, Séptima edición, México; El Manual Moderno. Pág. 222-224.
- ❏ Pernoll, M. (1994). MANUAL DE OBSTETRICIA Y GIGECOLOGIA. Novena edición, México; McGraw-Hill. Pág. 118-125.
- ❏ Planificación familiar, dirección en Internet: *http://www.informaciónsexual.com*, fecha de consulta: 12 de Junio de 2005.
- ❏ Prevalencia de infecciones cervicovaginales, dirección en internet:
http://www. www.amimc.org.mx/revista/2004/vol_24-2/prevalencia.com, con fecha de consulta: 21 de Octubre de 2005 .
- ❏ Reeder, S. (1995). ENFERMERIA MATERNO INFATIL, Tercera edición, México; Interamericana. Pág. 339-401, 406-408, 412, 414-418.

- ❏ San Martín H. (1998). TRATADO GENERAL DE SALUD EN LAS SOCIEDADES HUMANAS. SALUD ENFERMEDAD. México; La prensa Medica Mexicana, Pág. 617-642,1112.
- ❏ Situación Perinatal, dirección en Internet: <http://www.perinatal.bvsalud.org.com>, fecha de consulta:15 de Julio de 2005.
- ❏ Situación Perinatal, dirección en Internet: <http://www.perinatalinformaciónl.com.>, fecha de consulta: 18 de Julio de 2005.
- ❏ Situación Perinatal, dirección en Internet: <http://www.Suplementarioatencion.usuarios@inegi.gob.mx.com>, fecha de consulta: 28 de Julio de 2005.
- ❏ SSA. PLAN ESTRATÉGICO 2001-2006, PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA, MARZO DEL 20001. pp. 1.
- ❏ Watson, H. (1984). ENFERMERIA GINECOLÓGICA Y OBSTETRICIA. México; Harla, Pág. 234-238.

12. ANEXOS



LA ORIENTACIÓN BRINDADA POR EL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL CONTROL PRENATAL, COMO MEDIDA DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES DURANTE EL EMBARAZO.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por medio del presente me permito solicitar a usted su colaboración; para la elaboración de la presente investigación, cuyo propósito es valorar la orientación brindada por el Licenciado en Enfermería y Obstetricia durante la consulta prenatal, como medida de prevención de infecciones cervicovaginales durante el embarazo. Es importante mencionar que los datos proporcionados por usted serán manejados con absoluta confidencialidad y respeto además no afectará el tipo de atención brindado a las pacientes.

Por el tiempo brindado y su amable atención mil gracias.

Firma de autorización.

atte.:

P.S.S.L.E.O. RODRÍGUEZ AYALA TOBIAS.
P.S.S.L.E.O. TINOCO MARTINEZ SILVIA M.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTÉTRICIA



(OLEOCPICVE, RODRIGUEZ, TINOCO 2005)

I. Ficha de identificación:

Fecha: _____

I.I Marque con un circulo la respuesta que considere conveniente:

EDAD:

- a) 13-18
- b) 19-24
- c) 25-30
- d) + de 30

ESTADO CIVIL:

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Unión libre
- d) Divorciada

OCUPACIÓN:

- a) Estudiante
- b) Hogar
- c) Empleada domestica
- d) Profesionista

ESCOLARIDAD:

- a) Primaria-Secundaria
- b) Preparatoria- Carrera técnica
- c) Universidad
- d) Ninguna

LUGAR DE NACIMIENTO:

- a) Estado de Guerrero- Oaxaca
- b) Distrito Federal
- c) Estado de México
- d) Estado de Veracruz
- e) Otro

RELIGIÓN :

- a) Católica
- b) Testigo de Jehová
- c) Cristiana
- d) Otra

LUGAR DE RESIDENCIA:

- a) Cuautitlan Izcalli
- b) Huehuetoca-Zumpango
- c) Melchor Ocampo-Coyotepec
- d) Tultitlan
- e) Otro

II. ¿Qué es el control prenatal?

- a) Son las actividades que se llevan a cabo en cada consulta, para medir peso y talla, tomar presión arterial, escuchar el corazón del bebé.
- b) Es el examen físico por medio del cual el médico o quien brinde la consulta investiga alteraciones que necesita la atención.
- c) Conjunto de acciones y actividades que tienen como objeto, promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones.
- d) Es una historia clínica que contiene información de antecedentes familiares.

¿Qué orientación le es brindada en cada consulta?

- a) Elaboración de historia clínica, medición y registro de peso y talla, presión arterial, identificación de signos y síntomas de alarma, estado de salud del feto, solicitud de exámenes de sangre y orina, signos de infección de vías urinarias e infecciones cervicovaginales, así como interpretación y valoración de los mismos, estableciendo el diagnóstico integral; respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- b) Prescripción de medicamentos, aplicación de al menos dos dosis de tétanos, orientación nutricional, promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- c) Promoción de la lactancia materna exclusiva, promoción y orientación sobre planificación familiar, medidas de autocuidado de la salud.
- d) Orientación sobre higiene personal y de la pareja, uso de calzado adecuado para la embarazada, cuando acudir a urgencias ginecológicas.

¿Cómo considera la orientación que se brinda en su control prenatal?

- a) Deficiente
- b) Malo
- c) Bueno
- d) Excelente

¿Cómo le gustaría que le brindaran el control prenatal?

- a) Más detallada, con una mejor atención por parte del personal
- b) Con más rapidez sin ser detallado, brindando informes únicamente a la paciente.
- c) Brindando informes a la paciente y a la pareja, con una exploración física eficiente, interpretando cada uno de los estudios de laboratorio solicitados, valorando las referencias brindadas por cada una de las pacientes y sobre todo informando las condiciones en las que se encuentra el Bebe.

¿Cómo desarrolla usted los aspectos brindados durante el control prenatal?

- a) Acudiendo constantemente a consultas, realizando los estudios de sangre y orina solicitados.
- b) Permitiendo la exploración completa, contestando con absoluta veracidad al interrogatorio realizado por personal que brinda la consulta así como llevando a cabo los cuidados que ellos proporcionan y la pronta aplicación de los medicamentos indicados.
- c) Con el baño diario, alimentación adecuada y no usando baños públicos.
- d) Realizando Ultrasonidos de control

¿A partir de que semana inicio su control prenatal?

- a) 0 - 10 semanas de embarazo
- b) 11 - 20 semanas de embarazo
- c) 21 - 30 semanas de embarazo
- d) 31 ó más semanas de embarazo

¿Cuándo acude a su control prenatal le aclaran sus dudas?

- a) Sí
- b) No

¿Por qué?

- a) Usted no pregunta sus dudas
- b) El personal es desagradable y siempre se encuentra indispuesto
- c) El personal que lo atiende no conoce las respuestas a sus preguntas
- d) No sabe

¿Para que cree que le brindan orientación en el control prenatal?

- a) Para cumplir un requisito
- b) Para tener un desarrollo adecuado del embarazo
- c) Para tener popularidad
- d) Para tener más pacientes

Marque con una "X" la frecuencia con la que realizan las siguientes actividades durante el control prenatal

ACTIVIDADES REALIZADAS	SIEMPRE	A VECES	ALGUNAS OCASIONES	NUNCA
Preguntar sobre: Enfermedades que afectan el embarazo, operaciones, anteriores, número de embarazos, número de cesáreas, número de partos, número de abortos.				
Preguntar sobre: Fecha de última regla y fecha probable de parto, inspección abdominal, referir las características del producto.				
Realización de una exploración física general (peso, talla, presión arterial), valoración de signos y síntomas referidos por la paciente (presencia de flujo vaginal, molestias para orinar.				
Informar sobre el diagnóstico más veraz posible en forma oportuna, para tomar las medidas necesarias o convenientes.				
Informar a la paciente y familiares, los cuidados higiénicos, tratamiento médico y tomar las medidas pertinentes de prevención.				

¿Considera que la orientación prenatal sería más adecuada si se hiciera uso de recursos audiovisuales que mostraran los temas tratados durante la consulta?

a) Sí

b) No

¿Considera que la orientación prenatal sería más adecuada si se hiciera uso de recursos técnicos o habilidades para demostrar los temas tratados durante la consulta?

a) Sí

b) No

III. ¿Qué es una Infección Cervicovaginal?

- a) Es una alteración en el organismo de la mujer
- b) Es una manifestación de bichos en la vagina
- c) Es un desequilibrio de la flora normal de la vagina
- d) Es un descontrol en el cuerpo de la mujer

¿Cómo se da cuenta que presenta una Infección Cervicovaginal?

- a) Presenta flujo, comezón, huele mal
- b) Mancha la pantaleta
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna

¿Qué información le han brindado para prevenir las Infecciones Cervicovaginales?

- a) Ninguna
- b) Sobre higiene corporal, uso de ropa interior adecuada, inspeccionar presencia de flujo, comezón.
- c) Sobre relaciones sexuales
- d) De todo tipo

¿Qué medidas de autocuidado lleva usted a cabo al presentar Infecciones Cervicovaginales?

- a) Realizando ducha vaginales
- b) Levando a cabo una higiene corporal diaria, uso de ropa interior adecuada y cambio diario, uso de óvulos vaginales
- c) Teniendo relaciones sexuales sin protección.
- d) Haciendo uso de jabones neutros, lavado de manos después de cada micción y evacuación.

¿Qué tratamiento le han indicado durante alguna Infección Cervicovaginal?

- a) Ninguno
- b) Óvulos vaginales e higiene corporal
- c) Tratamiento oral (tomado)
- d) Nada, menciono que no era de importancia

¿Para qué sirve detectar las Infecciones Cervicovaginales?

- a) Para evitar complicaciones en el bebé
- b) Para no provocar amenazas de aborto, parto inmaduro o pretérmino
- c) Para tener una adecuada higiene
- d) Para no tener complicaciones en el embarazo

¿A quién cree que afectan más las Infecciones Cervicovaginales?

- a) A las mujeres sin embarazo
- b) A las abuelitas
- c) A las jóvenes
- d) A las mujeres embarazadas