

9
rej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"FACTORES QUE CONDICIONAN LA
FRECUENCIA DE PROCESOS INFLAMATORIOS
CERVICO-VAGINALES DE LAS MUJERES EN
EDAD FERTIL Y CON VIDA SEXUAL ACTIVA
DE LAS COMUNIDADES LOS AMATES, ATEMPA
Y SAN ANGEL DEL MUNICIPIO CHILAPA, DE
ALVAREZ, EN EL ESTADO DE GUERRERO."

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :
BELLO CATARINO IRMA
SANCHEZ VELASCO ENRIQUE
ZUNIGA ARELLANO YSABEL



MEXICO, D. F.

1995

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ASESOR



LICENCIADO EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

U. P. L. A. N. I.
UNIVERSIDAD NACIONAL DE
LA PLATA Y ELECTRICIDAD
COMISION DE LICENCIACION
Y CONTROL DE TITULACIONES
DE TITULACION

DEDICATORIA

Dedico:

...a mis padres: Sr. José Bello y Sra. Margarita Catarino, quienes a pesar de las circunstancias siempre están a mi lado, para mi formación personal y profesional.

...a mis hermanos: Sritas. Edith, Mary, Magos, Jeanette y José, los cuales creen en mí y con la presente les invito a lograr lo que más anhelen en la vida no importando limitantes.

...a la familia: Sr. Enrique y Adrian, a quienes privé de dedicación y gozos, y con quienes comparto esta lucha por sobrevivir. A tí hijo...siempre avanti.

...a la macrofamilia: Mi abuela, tíos primos, sobrinos, suegros, cuñados, sobre todo a Cecilia, con quienes conviví y me apoyaron en el logro de mi formación sin distinción alguna.

...a las amistades: Quienes a lo largo del camino se fueron acumulando y sembraron su granito en mi carrera, de quienes aprendí otra escuela, en especial de Dios.

IRMA BELLO CATARINO.

Dedico esta obra a:

Dios, por haber hecho de mi de un sueño, una realidad, además de ser quien guía mis pasos en la vida.

Mis padres Eulogio y María Trinidad, quienes me concibieron, me vieron crecer y desarrollarme, apoyandome en todos los momentos alegres, tristes y dolorosos.

Mis hermanos Luis, Victor, Mario, Patricia, Cecilia, Leticia, Marisol y Hugo, quienes se vieron privados de un bocado, un lujo y algún momento de diversión para que yo pudiera continuar con mi desarrollo profesional.

Mi pequeña familia, Irma y Adrian quienes son la fuente de motivación para continuar luchando en esta vida.

ENRIQUE SÁNCHEZ VELASCO.

Dedico a:

A mis padres: Felipe e Ines, quienes sin escatimar esfuerzo alguno han sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme y a quienes nunca podré pagar todos sus desvelos, ni aún con las riquezas más grandes del mundo.

A mis hermanos: Mario, Belem, Miguel, Francisca y Eva, de quienes sólo he recibido cariño, ayuda y comprensión en toda mi vida.

A mis amigos: Carolina, Ariadna, Guadalupe, Leticia, Carmen, Martha, Irma y Enrique, gracias por su amistad, por su confianza y por alentarme a seguir adelante.

YSABEL ZÚÑIGA ARELLANO.

AGRADECIMIENTOS

A nuestra máxima casa de estudios:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO por abrirnos las puertas del conocimiento.

A la ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA por otorgarnos los conocimientos para el logro de nuestra formación profesional.

A las autoridades de jefatura y jurisdicción 03 centro de Chilpancingo, Guerrero.

A los directivos y personal de enfermería del centro de salud de Chilapa, Guerrero.

A la población de las comunidades de Los Arnates, Atempa y San Ángel, por su colaboración y apoyo en el logro de la presente investigación.

Al departamento de Servicio Social por confiar y apoyarnos en nuestra culminación profesional, especialmente al profesor Ezequiel Canela Nuñez por su valiosa asesoría en la presente.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	Pág.
INTRODUCCIÓN	I
JUSTIFICACIÓN	V
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	VII
OBJETIVOS	VIII
VARIABLES	X
METODOLOGÍA	XIV
1. MARCO TEÓRICO.	
1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN MÉXICO.	1
1.1.1 Antecedentes.	1
1.1.2 Generalidades	4
1.1.3 Concepto.	5
1.1.4 Niveles de organización.	5
1.1.5 Actividades	7
1.2 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN GUERRERO.	9
1.3 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA 03 CENTRO.	12
1.4 CONDICIONES AMBIENTALES EN LAS COMUNIDADES.	15
1.4.1 Comunidad de Los Amates.	15
1.4.2 Comunidad de Atempa.	16
1.4.3 Comunidad de San Ángel.	18
1.5 PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CHILAPA.	20
1.5.1 Índice de morbilidad en el municipio de Chilapa durante 1995.	20
1.5.2 Enfermedades transmisibles.	21
1.6 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.	22
1.6.1 Genitales externos.	22

1.6.2 Genitales internos.	24
1.6.3 Fisiología del aparato reproductor femenino.	31
1.7 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.	35
1.7.1 Por bacterias.	35
1.7.1.1 Sífilis.	35
1.7.1.2 Gonorrea.	43
1.7.1.3 Chancro blando.	46
1.7.2 Por virus.	49
1.7.2.1 Herpes genital simple tipo II.	49
1.7.2.2 Condiloma acuminado.	52
1.7.3 Por protozoarios.	55
1.7.3.1 Tricomonas.	55
1.7.4 Por micosis oportunistas.	59
1.7.4.1 Candidiasis.	59
1.8 PROCESOS INFLAMATORIOS CERVICO-VAGINALES DE ACUERDO CON EL ESTUDIO CITOLÓGICO.	62
1.8.1 Interpretación de hallazgos citológicos.	62
1.9 PROPEDEÚTICA GINECOLÓGICA.	64
1.10 MÉTODOS AUXILIARES EN EL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA.	73
1.10.1 Exploración del contenido vaginal.	73
1.10.2 Citología exfoliativa vaginal.	74
1.10.3 Colpocitología.	78
1.10.4 Moco cervical.	78
1.11 EDUCACIÓN SEXUAL.	80
1.11.1 Información sexual.	80
1.11.2 Conceptos básicos.	82
1.11.3 Aspectos biológicos de la sexualidad.	84
1.11.4 Aspectos psicológicos de la sexualidad.	84
1.11.5 Aspecto social de la sexualidad.	85
1.11.6 Religión ante el sexo.	86
1.11.7 Relaciones maritales.	87
1.11.8 Modalidades en la relación genital.	88

1.12 HÁBITOS HIGIÉNICOS.	90
1.12.1 Higiene personal.	90
1.12.2 Higiene vulvoperineal.	91
1.12.3 Eliminación de excretas.	92
2. RESULTADOS.	95
3. CONCLUSIONES.	174
4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.	185
5. ANEXOS.	
BIBLIOGRAFÍA.	189

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro	TITULO DEL CUADRO	Pág.
1	EDAD ACTUAL DE LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	95
2	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	98
3	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	101
4	FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN EL BAÑO LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	103
5	SITIO DONDE SE BAÑAN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	106
6	TIPO DE BAÑO PRACTICADO POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	109
7	FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN EL CAMBIO DE ROPA INTERIOR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN	111
8	MATERIAL UTILIZADO EN LA ELABORACIÓN DE LA ROPA INTERIOR DE LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	114
9	TIPO DE ASEO VULVOPERINEAL QUE SE REALIZAN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	117

10	MATERIAL UTILIZADO DURANTE EL ASEO VULVOPERINEAL POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	120
11	MATERIAL UTILIZADO COMO PROTECCIÓN DURANTE EL PERIODO MENSTRUAL POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	123
12	TECNICA DE CAMBIO DEL MATERIAL UTILIZADO COMO PROTECCIÓN DURANTE EL PERIÓDO MENSTRUAL DE LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	126
13	LAVADO DE MANOS ANTES DE COMER, DESPUÉS DE IR AL BAÑO Y ANTES DE LA RELACIÓN GENITAL PRACTICADO POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	128
14	GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ORGANOS QUE INTEGRAN EL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	130
15	GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ÓRGANOS QUE INTEGRAN EL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	132
16	PADECIMIENTOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CONOCEN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	135
17	TIPO DE RELACIÓN GENITAL QUE PRACTICAN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	138

18	CONOCIMIENTOS DE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER LAS SEÑORAS ANTES Y DESPUÉS DE LA RELACIÓN GENITAL Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	140
19	FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA CON QUE DISPONEN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	142
20	NÚMERO DE HABITANTES QUE TIENEN EN LA CASA DE LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	144
21	NÚMERO DE HABITACIONES CON QUE CUENTAN LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	146
22	LUGAR DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS UTILIZADO POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	149
23	FAUNA DOMÉSTICA QUE CONVIVE CON LAS SEÑORAS Y LA RELACIÓN QUE TIENE CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	152
24	FAUNA NOCIVA QUE CONVIVE CON LAS SEÑORAS Y LA RELACIÓN QUE TIENE CON GRADO DE INFLAMACIÓN.	154
25	FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA CITOLÓGICA REALIZADA EN LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	157
26	DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO OBSERVADO EN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	159
27	AGENTES CAUSALES QUE SE PRESENTARON	

	CON MAYOR FRECUENCIA EN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	161
28	CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL COLOR DEL FLUJO QUE PRESENTARON LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	164
29	CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL OLOR DEL FLUJO QUE PRESENTARON LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	167
30	SINTOMAS QUE MANIFESTARON LAS SEÑORAS Y SU RELACION CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.	170

INTRODUCCIÓN

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia es un profesional al servicio de la comunidad, atiende al individuo como un ser biopsicosocial durante el proceso constante de salud-enfermedad, colabora durante la planeación, dirección y ejecución de las actividades técnicas destinadas a la prevención, curación y rehabilitación durante las diferentes etapas del ciclo de vida y principalmente en la atención materno-infantil.

En la presente investigación realizada por pasantes egresados de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, que al realizar la prestación del servicio social en el Municipio de Chilapa de Alvarez en la estrategia de extensión de cobertura, observaron durante el transcurso de las visitas a las comunidades problemas de índole sanitario, como son los procesos inflamatorios cervico-vaginales en mujeres en edad fértil y con vida sexual activa, que afectan directamente al individuo, familia y comunidad por el impacto que presentan.

Para fundamentar la investigación se integró el marco teórico con temas

como: Antecedentes históricos de la estrategia de extensión de cobertura, condiciones ambientales de las comunidades estudiadas, anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino, infecciones de transmisión sexual, procesos inflamatorios cervico-vaginales, educación sexual y hábitos higiénicos entre otros.

En cuanto a las principales conclusiones a las que se llegaron, estuvieron las siguientes:

- La mayoría de la población estudiada es gente joven que tiene como grado máximo de estudios el de primaria.
- Tienen un inicio de vida sexual activa entre los 13 y 20 años de edad.
- El grado de conocimiento de la sexualidad es deficiente tanto en el aspecto anatomofisiológico como en el de relaciones interpersonales.
- El total de las mujeres estudiadas, cursan con algún grado de proceso inflamatorio.
- Las malas medidas sanitarias empleadas por la población en estudio, es un factor que coadyuva a la presencia de los procesos inflamatorios.

- El 86% de las señoras estudiadas, se realizaron por primera vez la toma de la citología exfoliativa.
- Por pena no acuden a recibir atención medica para tratar las molestias que les ocasionan las infecciones cervico-vaginales.

De lo antes mencionado se desprenden algunas de las alternativas de solución para este problema, tales como:

Organizar conjuntamente con las supervisoras de auxiliares de salud, a las auxiliares de salud, a las autoridades formales y no formales de la comunidad y con el apoyo de las autoridades municipales para divulgar y ofrecer información en cuanto a temas de educación para la salud como son los siguientes:

- Potabilización del agua.
- Sexualidad humana.
- Detección oportuna de cáncer cervico-uterino y mamario.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Promoción de educación para adultos.

- Importancia del uso de letrinas.

Organizar a la comunidad para la construcción de depósitos de agua y letrinas.

Este tipo de estudios permite al profesional de enfermería poner de manifiesto la integración de los conocimientos al momento de confrontar la problemática real existente, definiendo su marco de acción dentro del contexto profesional, al identificar, planear, organizar, implementar y evaluar criterios de acción con el fin de promover la salud, brindar el tratamiento adecuado y delimitar al máximo el daño al que se encuentran expuestos los individuos de la comunidad.

JUSTIFICACIÓN

Durante la prestación del servicio social se observó que es muy común encontrar a mujeres con padecimientos cervico-vaginales que aún cuando tengan presentes los signos y síntomas no acuden a consulta por falta de interés, por pudor, por temor a que se divulgue su padecimiento, por la lejanía de los centros de salud y por el aspecto económico.

Con la presente investigación se pretende en primer lugar contar con datos reales de los procesos inflamatorios cervico-vaginales y de los factores condicionantes que coadyuvan para la presencia de los mismos y en segundo lugar ofrecer como antecedente la iniciativa para el seguimiento de manera sistemática de los casos detectados al centro de salud correspondiente.

Así mismo, la importancia de esta investigación radica en que la mayoría de las mujeres cursan en algún momento de su vida con algún proceso inflamatorio cervico-vaginal, el cual si no recibe atención, control y seguimiento profesional adecuado, les puede ocasionar reinfecciones y futuras

complicaciones que van desde infecciones simples de vías urinarias hasta neoplasias, y en caso de existir embarazo, afectar de manera indirecta al producto de la concepción.

Entre otras medidas que pueden coadyuvar a la resolución de la problemática, están el brindar temas para la educación de la salud referentes a cáncer cervico-uterino, enfermedades de transmisión sexual, educación sexual, paternidad responsable, entre otros temas, así como divulgar y realizar la toma de citología exfoliativa por lo menos una vez al año. de igual forma en aquellos casos que presentan problemas de salud se ofrece el tratamiento adecuado y el seguimiento correspondiente.

Como punto medular se solicita apoyo a las clínicas comunitarias, centro de salud municipal y jurisdicción correspondiente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que condicionan la frecuencia de procesos inflamatorios cervico-vaginales de las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa de las comunidades Los Amates, Atempa y San Ángel del municipio Chilapa de Alvarez, en el estado de Guerrero?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Analizar como repercuten los factores que condicionan la frecuencia de los procesos inflamatorios cervico-vaginales en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa de las comunidades Los Amates, Atempa y San Ángel del municipio de Chilapa de Alvarez, en el estado de Guerrero.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Identificar el grado de información relacionada con los aspectos sexuales en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa.

Conocer los hábitos higiénicos de las mujeres y su repercusión en la frecuencia de los procesos inflamatorios cervico-vaginales.

Detectar las condiciones ambientales en las cuales se desenvuelven las

mujeres en edad fértil y con vida sexual activa.

Detectar la frecuencia de procesos inflamatorios cervico-vaginales en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa a través de la citología vaginal.

VARIABLES**VARIABLES INDEPENDIENTES.**

- Hábitos higiénicos.
- Grado de información sexual.
- Condiciones ambientales.

VARIABLE DEPENDIENTE.

- Procesos inflamatorios cervico-vaginales.

VARIABLES INDEPENDIENTES**HÁBITOS HIGIÉNICOS**

- Frecuencia del baño.
- Sitio de baño.
- Tipo de baño.
- Frecuencia del cambio de ropa interior.
- Material utilizado en la elaboración de la ropa interior.

- Tipo de aseo vulvoperianal.
- Material utilizado en el aseo vulvoperianal.
- Medidas higiénicas durante el periodo menstrual.
- Técnica de cambio utilizado con mayor frecuencia durante el periodo menstrual.
- Lavado de manos.

GRADO DE INFORMACIÓN SEXUAL

- Conocimiento de los órganos que integran el aparato reproductor femenino.
- Conocimiento de los órganos que integran el aparato reproductor masculino.
- Padecimientos de transmisión sexual que conozcan.
- Tipo de relación genital.
- Conocimiento de los cuidados que se deben tener antes y después de tener relaciones genitales.

CONDICIONES AMBIENTALES

- Fuentes de abastecimiento de agua.
- Número de habitantes por casa.
- Número de habitaciones.
- Eliminación de excretas.
- Fauna doméstica.
- Fauna nociva.

VARIABLE DEPENDIENTE**PROCESOS INFLAMATORIOS CERVICO-VAGINALES**

- Toma de muestras citológicas.
- * Negativo.
- * Negativo con proceso inflamatorio.
- * Displasia leve (NIC I).
- * Displasia moderada (NIC II).
- * Displasia grave (NIC III).

- * Epidermoide in situ (NIC III).
- * Epidermoide invasor.
- * Adenocarcinoma.

SIGNOS

- Presencia de flujo vaginal.
- Color.
- Olor.

SINTOMAS.

- * Ardor.
- * Prurito.
- * Dispareunia.
- * Disuria.
- * Sangrado al coito.

METODOLOGIA

1. Procedimientos empleados.

1.1 Tipo de muestra transversal, observacional y descriptiva.

1.2 Planeación para realizar el trabajo de campo: Se seleccionaron tres comunidades del municipio de Chilapa de Alvarez, en el estado de Guerrero.

1.3 Universo de trabajo: Mujeres en edad fértil y con vida sexual activa de las comunidades de Los Amates, Atempa y San Ángel.

1.4 Muestra: Se tomaron a cien mujeres en edad fértil y con vida sexual activa del total del universo, quienes acudieron voluntariamente para tal procedimiento.

2. Instrumentos de comprobación.

2.1 Reunión con el encargado del programa de detección oportuna de cáncer en la jurisdicción sanitaria 03 centro de Chilpancingo, Guerrero.

2.2 Investigación bibliográfica y documental para la estructuración del marco teórico, llevando a cabo la recopilación de la información por medio de fichas bibliográficas y de trabajo.

3. Recopilación de datos: Se obtuvo de fuentes primarias, ya que son obtenidas del lugar de origen, mediante la observación directa y el interrogatorio. Los datos obtenidos se registraron en dos formatos escritos y elaborados para tal propósito (cédula de entrevista y la solicitud y resultado de citología ginecológica).

4. Procesamiento de la información: Recuento por medio del método de tarjetas simples.

5. Presentación de la información: Después de procesar la información se realizaron cuadros de concentración, de tal forma que permitieron claridad para llevar a cabo el análisis comparativo y de confrontación entre la información recabada en el marco teórico, mediante la bibliografía y los datos obtenidos en los instrumentos para la recopilación de datos.

6. Conclusiones y sugerencias: Fueron elaboradas con base en el análisis de la información obtenida.

1. MARCO TEORICO

1.1 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN MÉXICO

1.1.1 ANTECEDENTES.

1925: Se funda la clínica de planificación familiar en el estado de Yucatán por un grupo de mujeres que buscan obtener un mejor desarrollo social.

1973: Es reconocida la necesidad de asociar la política demográfica con las variables que inciden en el desarrollo integral, tomando en cuenta factores económicos y sociales.

A partir de este año, el programa de planificación familiar se sustenta en bases legales, tanto en materia de salud como de población.

1974: Termina en este año la corriente pronatalista como elemento fundamental para propiciar el desarrollo económico nacional.

Se crea el CONAPO (Consejo Nacional de Población) que, conjuntamente con otras secretarías, son responsables de los estudios de los principales

hechos que integran el fenómeno del crecimiento demográfico.

Se promulgan las modificaciones a la Ley General de Población y de su reglamento.

1977 Se aprueba el Plan Nacional de Población, abarcando acciones de educación sexual, prestación de servicios de salud (incluyendo planificación familiar), educación e investigación biomédica y social.

La Secretaría de Salud desarrolla dos programas destinados a ampliar la cobertura en el área rural:

- a) Programa de estrategia de extensión de cobertura con énfasis en la atención primaria a la salud y promoción de la planificación familiar.
- b) Programa comunitario rural, hace incapié en el otorgamiento de los servicios básicos de salud.

1979: Se fusionan ambos programas constituyendo el programa de salud rural.

1980: Continúa el impulso y apoyo al programa anterior, permaneciendo hasta el momento la estructura operativa básica: Auxiliar de salud y la supervisora de auxiliares de salud.

1983: Las instituciones del sector salud y el Consejo Nacional de Población, bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, elaboran el programa institucional de planificación familiar para el periodo comprendido de 1983 a 1988, constituyéndose como elemento estratégico de los programas nacionales de población y salud.

1986: Con base en la experiencia del programa de salud rural se retoma la responsabilidad de ofrecer servicios de salud a la población a través del programa de estrategia de extensión de cobertura por medio de un agente emergido de la misma comunidad.

1995: En este año se fusionan las dependencias de salud materno-infantil y el

de planificación familiar, modificandose el nombre de la Dirección General de Planificación Familiar por el de Dirección General de Salud Reproductiva

1.1.2 GENERALIDADES

Una de las políticas actuales en materia de salud, lo constituye la extensión de servicios de salud y el mejoramiento de la calidad de atención que se brinda en las comunidades rurales dispersas por medio de la estrategia de extensión de cobertura, la cual es coordinada por la Dirección General de Salud Reproductiva.¹

¹ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia; Coordinación del Servicio Social, "Programa de Introducción al Puesto para Pasantes en Servicio Social", pp 189-199.

1.1.3 CONCEPTO DE ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

Es un conjunto de servicios de atención primaria a la salud diseñada para coadyuvar a la satisfacción de las necesidades básicas de los habitantes de las comunidades rurales dispersas.²

1.1.4 NIVELES DE ORGANIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA.

Nivel central. Representada por la Dirección General de Salud Reproductiva que coordina y orienta las acciones que emanan del programa, así como proponer y definir políticas y estrategias en materia de planificación familiar, además de normar, conducir, supervisar y evaluar las actividades de los componentes institucional y comunitario.

Nivel estatal. Representada por la jefatura de servicios estatales de salud, encargada de programar, organizar, ejecutar, supervisar, informar y evaluar las actividades inherentes al programa de estrategia de extensión de cobertura.

² Secretaría de Salud, "Estrategia de Extensión de Cobertura", p 5.

Nivel jurisdiccional. Constituida por un coordinador médico jurisdiccional, el cual coordina, programa, dirige, supervisa, informa y evalúa las actividades realizadas en el programa.

Nivel modular. Es el nivel intermedio entre la comunidad y la jurisdicción. Se integra aproximadamente por diez comunidades, con un rango de población de entre 500 a 2,500 habitantes. El personal responsable es la supervisora de auxiliares de salud.

Nivel comunitario. Representada por las comunidades y guiada por las auxiliares de salud, quienes proporcionan los servicios básicos de atención primaria a la salud, los cuales se clasifican (de acuerdo a los programas prioritarios) en cuatro grandes áreas:

- Planificación familiar.
- Atención del embarazo, parto y puerperio.
- Atención al menor de cinco años.

- Actividades varias.³

I.1.5 ACTIVIDADES.

Para definir el universo de la estrategia de extensión de cobertura, en cada comunidad las auxiliares de salud y las supervisoras de auxiliares de salud efectúan anualmente el recuento de los habitantes de la localidad y la agrupación por edad y sexo, escolaridad, número de parejas, familias y embarazadas. Así mismo se hace la descripción geográfica de la comunidad, el de distribución de las viviendas de cada familia, los edificios públicos, accidentes geográficos y de otros puntos relevantes. En la elaboración del croquis se marcan los hogares de embarazadas, menores de cinco años, ancianos, discapacitados, personas enfermas y usuarias de la planificación familiar.

El censo y el croquis sirven de base para hacer la planeación del trabajo para la ejecución de las actividades de supervisora y sus auxiliares de salud.

³ Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Coordinación del Servicio Social; Op. Cit., p 200.

La participación de las auxiliares de salud es determinante para la integración del censo nominal del programa de vacunación universal, en el que registran a todas las mujeres en edad fértil y los menores de cinco años según las dosis de vacunas, para facilitar la cobertura. La estrategia de extensión de cobertura también constituye uno de los eslabones del sistema de vigilancia epidemiológica simplificada, instrumento que permite identificar oportunamente los riesgos para la salud mediante un registro sencillo de notificación de los casos de enfermedad.

Entre otras actividades se mencionan las siguientes:

- Inmunizaciones.
- Agua limpia.
- Nutrición adecuada.
- Lactancia materna.
- Planificación familiar.
- Prevención de enfermedades diarreicas.
- Control de infecciones respiratorias agudas.⁴

⁴ Secretaría de Salud, Op. Cit., p 20.

1.2 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN EL ESTADO DE GUERRERO.

GENERALIDADES.

Ubicación. Al norte colinda con el Estado de México y Morelos; al noreste con Puebla; noroeste, Michoacán y al este Oaxaca. Al sur y sureste se encuentra con el océano Pacífico.

Superficie. 64, 281 km². Cuenta con 75 municipios y 6 regiones geoculturales: Norte , Tierra Caliente, Centro, la Montaña, Costa Grande y Costa Chica.

Población. La población estimada es de 3, 057, 551 habitantes, de los cuales el programa de estrategia de extensión de cobertura brinda sus servicios básicos de salud a 346, 358 personas, los cuales para su cobertura se integran en siete jurisdicciones sanitarias:

*Jurisdicción sanitaria 01 Tierra Caliente.

* " " 02 Iguala.

- * " " 03 Centro.
- * " " 04 La Montaña.
- * " " 05 Costa Grande.
- * " " 06 Costa Chica.
- * " " 07 Acapulco.

Para planear, dirigir, informar y supervisar las actividades del programa de estrategia de extensión de cobertura encontramos a 7 coordinadores médicos jurisdiccionales, los cuales tienen a su cargo 81 supervisoras de auxiliares de salud y 698 auxiliares de salud y 678 comunidades dispersas.

Para recolectar los datos y generar información desde la comunidad hasta los niveles jurisdiccionales, el sistema de información utiliza cuatro formatos para cada subsistema (subsistema de planificación familiar; el de embarazo, parto y puerperio; el de atención al menor de cinco años y el de actividades varias):

- Calendario de control.
- Registro permanente.
- Informe de módulo.

- Informe de la jurisdicción.

Es en el nivel estatal donde, por medio de la jefatura de los servicios estatales de salud, se concentran los datos obtenidos de las diferentes jurisdicciones y de donde posteriormente se envían a las oficinas centrales a nivel nacional.

1.3 ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA 03 CENTRO

La jurisdicción sanitaria 03 centro se encuentra ubicada en el municipio de Chilpancingo; maneja una población de 670, 766 habitantes (el INEGI maneja la cifra de 502, 541 habitantes según el censo de la población de 1990). Así mismo, la jurisdicción tiene bajo su responsabilidad 12 municipios:

MUNICIPIO	CABECERA MUNICIPAL
Ahuacotzingo	Ahuacotzingo.
Chilapa	Chilapa de Alvarez.
Chilpancingo	Chilpancingo de los Bravos.
Eduardo Neri	Zumpango del Río.
Heliodoro Castillo	Tlacotepec.
Juan R. Escudero	Tierra Colorada.
Leonardo Bravo	Chichihualco.
Mártir de Cuilapan	Mártir de Cuilapan.
Mochitlán	Mochitlán.

Quechultenango	Quechultenango.
Tixtla	Tixtla de Guerrero.
Huamuxtitlan	Tlapa de Comonfort.

En los 12 municipios mencionados con antelación se ubican los 16 módulos que integran la jurisdicción sanitaria 03 centro.

Cada módulo cuenta con una supervisora de auxiliares de salud y éstas a su vez, tienen la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar a 121 auxiliares de salud quienes son oriundas de 116 comunidades. Es conveniente aclarar que unas comunidades se dividen en dos, ya sea por su ubicación geográfica accidentada, por el número de habitantes o por la gran dispersión existente.

El municipio de Chilapa es el único que cuenta con cinco módulos por la gran cantidad de comunidades que lo integran (los cuales tienen en promedio nueve comunidades por módulos).

El esquema básico operativo indica que un coordinador médico jurisdiccional debe conducir las actividades de cuatro enfermeras supervisoras, y cada una de éstas tienen a su cargo coordinar y apoyar el trabajo de diez auxiliares de salud; como podemos apreciar en esta jurisdicción sanitaria se rompe el esquema, ya que solamente hay un coordinador médico jurisdiccional para 16 supervisoras de auxiliares de salud.

1.4 CONDICIONES AMBIENTALES DE LAS COMUNIDADES LOS AMATES, ATEMPA Y SAN ÁNGEL

GENERALIDADES.

El municipio de Chilapa se ubica al este de la ciudad capital y entre los municipios de Tixtla, Mochitlán, Zitlala, Quechultenango, Ahuacotzingo y Atlixtac (Anexo No. 3). Tiene una población de 105, 652 habitantes, de los cuales 20, 115 se encuentran en las cercanías de la cabecera municipal y el restante se distribuye en las 150 comunidades que integran el municipio

1.4.1 COMUNIDAD DE LOS AMATES.

Está situada al oeste de Chilapa, colinda con las comunidades de Tlacoaxtla y Zoquiapa, tiene una población de 639 habitantes.

Su clima es cálido-húmedo, la época de lluvias comienza en el mes de agosto y termina a finales del mes de octubre.

En época de lluvias el terreno se convierte en lodo y barro; y la misma agua

arrastra bastantes piedras lo cual dificulta el acceso a la comunidad.

Los Amates se encuentra en una región montañosa y la agricultura, que es con lo que principalmente se sostiene, es rústica y tradicional, haciendola más productiva utilizando fertilizantes tanto químicos como naturales.

Agricultura. Principalmente se siembra el maíz y el frijol, además de la calabaza, el jitomate y la jicama.

El agua que utilizan para consumo la obtienen de pozos y la minoría clora el agua o la hierve.

En la comunidad la disposición de excretas es inadecuada, ya que se cuenta con muy pocas letrinas en relación al número de habitantes, siendo la mayoría la que defeca al ras del suelo.

1.4.2 COMUNIDAD DE ATEMPA

Se encuentra al sureste del Estado de Guerrero, al este del municipio de

Chilapa, sobre la carretera que comunica con la región de la montaña. Colinda al norte con la comunidad de Nejapa, al sur con Acazacatla y al este con Trigomila.

Habitantes. Hasta enero de 1995 en el censo de la supervisora de auxiliares de salud tenía registrado a 1, 182 habitantes, de los cuales 569 son hombres y 613 mujeres, de ellas 205 son menores de 14 años, 93 mayores de 49 y 318 están en edad fértil y con vida sexual activa.

Vías de acceso. Se llega por el camino de terracería que va de Nejapa y Santa Cruz, y en la comunidad existen sólo veredas.

Hidrografía. Atravieza el cauce de un río por la comunidad, siendo la fuente más importante de agua para la población. Cuentan con pequeños manantiales temporales y con agua intradomociliaria en casi la mitad de la población.

Agricultura. Siembran y cosechan maíz, calabaza, frijol, jitomate, cebolla y

chayote. Consumen frutas y hierbas silvestres, las cuales comercian.

Fauna. Cuentan con animales propios de las comunidades, por ejemplo caballos, burros, vacas, cerdos, aves de corral, perros, gatos, etc.

Servicios. Existe luz eléctrica en la mayoría de las casas, hay iglesia, comisaría, casa de salud, preprimaria, primaria, tendajones, molino de nixtamal, sólo dos casas cuentan con letrina y el resto defeca a orillas del río, barrancas y al ras del suelo; el medio de transporte es a caballo, burro o a pie.

1.4.3 COMUNIDAD DE SAN ÁNGEL.

Se ubica al sur de la cabecera municipal, cruzando por las comunidades de Atzacualoya, Coatzingo, Colotepec y El Jagüey. Cuenta con una población de 713 habitantes, de los cuales 355 son hombres, 109 mujeres menores de 12 años y mayores de 50 años, restando un total de 259 mujeres que se encuentran en edad fértil.

El camino de acceso a la comunidad es en su totalidad de terracería; el área

geográfica es accidentada. Hay en la comunidad río y manantial donde toman agua para uso doméstico, la cual almacenan en piletas, tinacos y botes. En la parte alta de la comunidad la gente acostumbra lavar su ropa y en ocasiones llevan a sus animales a beber agua.

Hay letrinas comunitarias las cuales poca gente usa prefiriendo defecar en barrancas, a orillas del río o al ras del suelo.

La agricultura es su principal fuente de trabajo, sembrando maíz, cebollas y/o ajo; le sigue la crianza de animales como son el chivo, cerdo, bueyes y las aves de corral.

Cuentan con jardín de niños, escuela primaria, caseta telefónica, molino, iglesia, comisaria, casa de salud, bodega de fideicomiso de la palma y energía eléctrica.

Así mismo la comunidad cuenta con el servicio de un microbus que sale de San Ángel hacia Chilapa para regresar posteriormente a la comunidad.

1.5 PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD DEL MUNICIPIO
DE CHILAPA.

1.5.1 ÍNDICE DE MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE CHILAPA EN
EL AÑO DE 1995.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

CONCEPTO	CASOS
Anemias clínicas.	1, 112
Gastritis.	910
Heridas.	909
Infecciones dérmicas.	857
Artropatías.	821
Odontológicas.	659
Otras.	599
Picaduras de alacrán.	582
Trastornos menstruales.	514
Vulvovaginitis.	394

Fuente: Servicio de Estadística.

Productividad del médico durante el año de 1995.

Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.

**1.5.2 ÍNDICE DE MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE
CHILAPA EN EL AÑO DE 1995.**

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

CONCEPTO	CASOS
Infecciones respiratorias agudas.	8, 037
Ascariasis.	2, 273
Amibiasis.	1, 993
Infecciones intestinales y otras.	1, 983
Otras.	1, 071
Escabiasis.	718
Dermatofitosis y dermatomycosis.	375
Varicela.	168
Angina estreptococcica.	134
Neumonía y bronconeumonía	133

Fuente: Servicio de estadística.

Productividad del médico durante el año de 1995.

Centro de Salud de Chilapa, Guerrero.

1.6 ANATOMÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

1.6.1. GENITALES EXTERNOS.

Los genitales externos en la mujer reciben en conjunto el nombre de vulva, está constituida por: El monte púbico, labios mayores y menores, clítoris, vestibulo, meato urinario, las glándulas de Skene y de Bartholin, himen, horquilla y el cuerpo perineal.

Monte púbico. Es una prominencia situada por delante de la sínfisis del pubis, es de tejido adiposo cubierto con vello grueso en forma de triángulo invertido.

Labios mayores. Son dos pliegues de tejido graso longitudinales, elevados, redondeados, cubiertos de piel y contienen glándulas sebáceas además de vello.

Labios menores. Son dos pliegues longitudinales de tejido conectivo cubierto de piel, en su porción anterior se dividen para formar el frenillo del clítoris y en su parte posterior se fusionan para formar la horquilla.

Clítoris. Mide dos centímetros de longitud aproximadamente, es de tejido eréctil, contiene una rica red venosa y es sensitiva, se encuentra por arriba del meato urinario y es homólogo al pene.

Vestíbulo. Se encuentra entre los labios menores, el orificio vaginal y las glándulas vestibulares, se encuentra cubierto de epitelio escamoso estratificado.⁵

Meato urinario. Se encuentra debajo del clitoris y recubierto por epitelio escamoso.

Glándulas de Skene. Rodean el meato urinario y son homólogas de la próstata en el varón, tiene un par de conductos en la capa mucosa de la uretra.

Glándulas de Bartholin. Son dos y se encuentran a ambos lados del vestíbulo, en lo profundo del tejido perineal, cada una se abre por medio de un conducto lateral en un surco entre el himen y el labio menor, secreta moco, lubricando

⁵ Mondragón C., Héctor, "Ginecología Básica Ilustrada", p 13.

el área durante el coito.

Himen. Es una membrana mucosa vascularizada situada por dentro y próxima de los labios menores, señala la entrada del conducto vaginal cerrandolo parcialmente.

Horquilla. Es la unión de los labios mayores y menores en sus extremos inferiores.

Cuerpo perineal. Incluye la piel y tejido subyacentes que se encuentran entre el orificio anal y la abertura vaginal. Están sostenidos por los músculos transversoperineales y las porciones inferiores de los músculos bulbocavernosos.⁶

1.6.2. GENITALES INTERNOS.

Comprende la vagina, cérvix, útero, tubas uterinas y ovarios.

⁶ Benson, C. R., "Manual de Ginecología y Obstetricia", p 12.

Vagina. Es un conducto que se extiende desde el vestíbulo hasta el cérvix. Mide de 8 a 10 centímetros aproximadamente de longitud, es muy distensible, tiene arrugas transversales.

Se inserta en el útero formando los fondos del saco (anterior, posterior y laterales).

Se encuentra formado por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo; se sostiene en su sitio mediante los ligamentos de Mackenrodt y el músculo elevador del ano.⁷

Entre sus funciones sirve como conducto excretor del útero (menstruación y secreciones), órgano de la cúpula y conductor del parto.

La mucosa vaginal contiene grandes concentraciones de glucógeno, cuya descomposición origina ácidos orgánicos, estos ácidos hacen que el microambiente vaginal tenga un pH de 4.5 a 5 aproximadamente, impropio para la reproducción microbiana, sin embargo, tal acidez, también

⁷ Tortora, G. et al., "Principios de Anatomía y Fisiología", p 959.

resulta dañina para los espermatozoides. El semen neutraliza la acidez, en parte garantizando la supervivencia de los gametos masculinos.⁸

Cérvix. De forma cónica, moderadamente firme, mide de 2 a 4 centímetros de largo y un diámetro de 2.5 centímetros aproximadamente, posee un orificio interno y otro externo, y un canal cervical; la inserción vaginal lo divide en intravaginal y supravaginal. La porción externa está revestida por epitelio plano estratificado, se continúa con la endocérvix, provista de epitelio cilíndrico, debajo hay glándulas mucosas revestidas por el mismo tipo de epitelio. En el centro del cérvix se localiza el orificio del conducto cervical que permite la salida de la menstruación y es un conducto del canal del parto.

Útero. Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera invertida, situada en la parte profunda de la pelvis verdadera, la cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres y la inferior con la vagina. Mide de 7 a 8 centímetros de longitud, de 4 a 6 centímetros de ancho y de 2 a 2.5 centímetros de grosor aproximadamente.

⁸ Mondragón C., Héctor, "Op. Cit." p 14:

Está formado por tres capas:

Capa externa. Cubre todo el cuerpo, excepto la parte inferior, origina una serie de refuerzos que forman los ligamentos de sosten del útero, los ligamentos redondos, ligamentos útero-sacros, ligamentos cardinales y ligamentos anchos (peritoneo).

Capa media. Es más gruesa y resistente, está formada por fibras musculares lisas y largas, dispuestas en capas entrelazadas y mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y aciriformes (miometrio).

Capa interna. Reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal, al desprenderse, produce la menstruación. Está formada por epitelio columnar que contiene glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejido conectivo (endometrio).

El fondo del útero es una zona que se adelgaza formando una depresión entre el cuerpo uterino.⁹ Da lugar a la menstruación, implanta en éste el ovulo

⁹ Benson, Op. Cit., 18.

fecundado, permitiendo el desarrollo del embrión y del feto durante la gestación y parto.¹⁰

Tubas uterinas. Son dos conductos que miden de 10 a 12 centímetros de longitud por 1.2 mm de diámetro aproximadamente y presentan movimientos peristálticos. Se originan en los cuernos uterinos, se dirigen lateralmente hacia afuera y adelante, se abren en la cavidad peritoneal por debajo y en la porción medial de los ovarios. El extremo distal está unido al ovario por una franja larga (fimbria ovárica) que mantiene la proximidad de ambos.¹¹

Las tubas se dividen en tres partes:

- a) La intersticial o intramural, hace contacto con la cavidad uterina.
- b) La ístmica, parte intermedia de grosor constante.
- c) La ampular, parte distal que se ensancha progresivamente y se abre en el pabellón, provisto de fimbria, donde se captan los óvulos.¹²

¹⁰ Tortora G., Op. Cit., p 18.

¹¹ Benson, Op. Cit., p 18.

¹² Alvarez, "Texto de Ginecología", p 14.

La función de las tubas es transportar los óvulos de los ovarios al útero y es en ellas, donde normalmente tiene lugar la fecundación.¹³

Ovarios. Son un par de estructuras que miden aproximadamente de 1.5 cm de espesor, 2 cm de ancho y 3.5 cm de longitud, varían considerablemente de tamaño, color y posición de acuerdo con la edad y la actividad endócrina y reproductora.¹⁴

Se localizan en la posición lateral de la pelvis, y se encuentran en la parte distal con las tubas uterinas, mediante la fimbria se mantienen en su sitio debido a un engrosamiento del ligamento ancho (mesovárico) y al ligamento útero-ovárico.

Los ovarios tienen una parte central llamada corteza. La médula está formada por tejido conectivo laxo y vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, el tejido intersticial produce hormonas (estrógenos, progesterona y relaxina), y óvulos

¹³ Tortora, G. et al., Op. Cit., p 959.

¹⁴ Alvarez, R.; Op. Cit., p 14.

expulsandolos una vez maduros.¹⁵

¹⁵ Tortora, G. et al., Op. Cit., p 959.

1.6.3 FISIOLÓGÍA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO.

La función del ciclo menstrual es la de preparar al endometrio, aproximadamente cada mes, para la recepción del óvulo fecundado. El ciclo ovárico guarda relación con la maduración mensual del óvulo.

Los ciclos menstrual y ovárico están regulados por la hormona liberadora de gonadotropinas, que estimula la liberación de las hormonas folículo estimulante (FSH) y la luteinizante (LH).

La hormona folículo estimulante estimula el desarrollo inicial de los folículos ováricos y la secreción de estrógenos por parte de los ovarios. La hormona luteinizante estimula la continuación del desarrollo de los folículos ováricos, la ovulación y la secreción ovárica de estrógenos y progesterona.

Los estrógenos estimulan el crecimiento, desarrollo y conservación de los órganos genitales de la mujer, el desarrollo de las características sexuales secundarias y la anabolía de las proteínas, además de regular los equilibrios

líquidos y electrolíticos.

La progesterona colabora con los estrógenos en la preparación del endometrio para la implantación y en la de las glándulas mamarias para la secreción de leche.

La relaxina relaja la sínfisis del pubis y participa en la dilatación del cuello uterino para facilitar el parto, además de facilitar la motilidad de los espermatozoides.

Durante la fase menstrual, se desprende el estrato funcional del endometrio y tiene lugar un derrame que es una mezcla de sangre, líquido tisular con moco y células epiteliales.

Además los folículos primarios se transforman en secundarios.

En la fase preovulatoria, tiene lugar la reparación endometrial, además de la conversión del folículo secundario en vesicular ovárico. Los estrógenos son las hormonas ováricas predominantes en esta etapa.

La ovulación es la ruptura del folículo ovárico vesicular, y la liberación de un óvulo inmaduro en la cavidad pélvica originado por la inhibición de la hormona folículo estimulante y el aumento de concentración de la hormona luteinizante.

Durante la fase postovulatoria, el endometrio engrosa en previsión de la implantación.

La progesterona es la hormona ovárica que más predomina.

Si no tiene lugar la implantación y la fecundación, el cuerpo lúteo degenera y las bajas concentraciones de estrógeno y progesterona inician otro ciclo menstrual ovárico.

Si ocurre la fecundación y la implantación, la gonadotropina coriónica humana, de origen placentario, mantiene el cuerpo lúteo, éste y la placenta secretan estrógenos y progesterona, que conservan el embarazo y preparan los senos para la lactancia.

El climaterio es el periodo inmediato a la menopausia, interrumpe los ciclos menstruales.¹⁶

¹⁶ Tortora, G., Op. Cit., pp 959-960.

1.7 INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

1.7.1 POR BACTERIAS.

1.7.1.1 SÍFILIS

La sífilis es una enfermedad infecciosa compleja causada por *Treponema pallidum*, una espiroqueta capaz de infectar casi cualquier órgano o tejido del cuerpo y originar manifestaciones clínicas variadas.

La transmisión ocurre con mayor frecuencia durante el coito, a través de lesiones leves de la piel o la mucosa; los sitios de inoculación suelen ser genitales, pero también pueden ser extragenitales.

El microorganismo es muy sensible al calor y desecación pero puede sobrevivir durante días en líquidos; en consecuencia, puede transmitirse por la sangre de personas infectadas. La sífilis pasa de la madre al feto a través del lecho placentario posterior a la décima semana del embarazo.

La respuesta inmunológica a la infección es complicada, pero proporciona la base para la mayor parte de los diagnósticos clínicos. La infección induce la síntesis de varios anticuerpos, algunos de los cuales reaccionan de manera específica con treponemas patógenos y otros con componentes de tejidos normales. Si la enfermedad no se trata, se desarrollan suficientes defensas para producir una resistencia relativa a la reinfección; sin embargo, en la mayoría de los pacientes éstas reacciones inmunológicas no erradican la infección existente y pueden contribuir a la destrucción tisular en etapas posteriores.

La evolución de la sífilis adquirida en dos etapas clínicas principales: La temprana (infecciosa) y la tardía. Las dos etapas están separadas por una fase latente sin síntomas durante la primera parte de la cual (latente temprana) es factible que recurra la etapa infecciosa.

La sífilis infecciosa incluye lesiones primarias (chancre y linfadenopatía regional); secundarias (incluye por lo general piel y mucosas, en ocasiones huesos, sistema nervioso central o hígado); recidivantes durante la latencia

temprana y congénitas. La característica de estas lesiones es una abundancia de espiroquetas; la reacción tisular puede ser mínima. La sífilis tardía consiste en las llamadas lesiones benignas que incluye piel, huesos y vísceras; la afección cardiovascular (principalmente aortitis) y una diversidad de síndromes del sistema nervioso central y oculares. Estas formas de sífilis no son contagiosas. Las lesiones contienen pocas espiroquetas demostrables, pero la reactividad tisular (vasculitis y necrosis) es intensa y sugiere fenómenos de hipersensibilidad.

DIAGNÓSTICO.

Las medidas diagnósticas deben basarse únicamente en pruebas serológicas, detección microscópica de *Treponema pallidum* en lesiones y otros exámenes (biopsias, punción lumbar, rayos X) para pruebas de daño tisular.

ETAPAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Sífilis primaria.

- Úlcera genital: Indolora con base limpia y bordes duros.
- Linfadenopatía regional.

Sífilis secundaria.**-Piel y mucosas.**

Exantema difuso que incluye palmas de las manos y plantas de los pies.

Máculas, pápulas, pústulas y mixtas.

Condiloma plano.

Placas mucosas: Ulceraciones plateadas, indoloras y con eritema circulante.

-Linfadenopatía generalizada.

Febrícula, malestar general, anorexia, artralgia y mialgias.

-Sistema nervioso central.

Cefálea, meningitis, neuropatías craneales (II y VIII).

-Oculares.

Iritis e irididociclitis.

-Otros.

Renales: Glomerulonefritis y síndrome nefrótico.

Hígado: Hepatitis.

Hueso y articulaciones: Artritis y periostitis.

Sífilis tardía.

- Inicio tardío (gomatoso).

Lesiones granulomatosas por lo general en piel, mucosa y hueso.

- Cardiovascular.

Insuficiencia aórtica, estenosis del orificio coronario y aneurisma aórtico.

- Neurosífilis.

Asintomática.

Meningovascular: Convulsiones, hemiparesias o hemiplejía.

Tabes dorsal: Deterioro de la propiocepción y sensación vibratoria, pupila de Argyll Robertson (es la pupila que reacciona a la acomodación, pero no a la luz), dolores fulgurantes, ataxia, signo de Romberg (incapacidad de mantenerse erecto cuando se cierran los ojos y se juntan los pies), incontinencia urinaria y fecal, articulación de Charcot (deformación total de una articulación relacionada con la siringomielia) y afección de nervios craneales II y VIII.

- Paresias generales.

Alteración de la personalidad, hiperactividad de reflejos, pupila de Argyll Robertson, disminución de la memoria, lenguaje furfullante y atrofia

óptica.¹⁷

TRATAMIENTO.

La penicilina G continúa siendo la droga de elección para el tratamiento de la sífilis.

Otros antimicrobianos son: Eritromicina, tetraciclina, cloranfenicol, cefalosporina y sulfonamidas; sin embargo, por su costo, efectos indeseables y menor efectividad siempre serán de segunda elección y particularmente en pacientes alérgicos a la penicilina.

La mayoría de los estudios sugieren que es necesario obtener niveles séricos de 0.03 / ml, por lo menos durante siete días y dado que la forma benzatínica de la penicilina mantiene dichas concentraciones por tiempo prolongado, es la droga más utilizada para el tratamiento.

¹⁷ Schroeder, Steven, "Diagnóstico Clínico y Tratamiento", 973-974.

POSOLOGÍA.

- Sífilis primaria, secundaria o latente de menos de un año de duración:

De elección: Penicilina G benzatínica, 2.4 millones de UI, I.M., dosis única.

Alternativas: Penicilina G procaínica, 800 000 UI, I.M., diarias por diez días.

En alérgicos a la penicilina: Clorhidrato de tetraciclina, 500 mg vía oral, cada seis horas, por quince días; o eritromicina, 500 mg vía oral, cada seis horas por quince días.

- Sífilis tardía, cardiovascular, gomatosa, neurosífilis o latente de más de un año:

De elección: Penicilina G procaínica, 800 000 UI, I.M., diarias durante quince días.

Alternativas: Penicilina G benzatínica, 2.4 millones UI, I.M. cada siete días, en tres aplicaciones (dosis total 7.2 millones).

A personas alérgicas: Tetraciclina o eritromicina, 500 mg vía oral, cada seis

horas, por treinta días.¹⁸

¹⁸ González Saldaña, Napoleón, "Infectología Clínica", pp 496-497.

1.7.1.2 GONORREA.

Neisseria gonorrhoeae es el agente causal de la enfermedad.

Es un diplococo gramnegativo que se obtiene del exudado que ocasiona la gonorrea aguda; de forma arriñonada, mide de 0.6 a 1 micra de diámetro. Los gonococos que se encuentran en el exudado en su mayor parte están dentro de los polimorfonucleares. Es una bacteria que no produce esporas y carece de cápsulas y flagelos.

En el laboratorio se cultiva en medios especiales, como el de Thayer Martin.

Neisseria gonorrhoeae es una bacteria estrictamente aeróbica, oxidasa positiva, metaboliza la glucosa pero no la maltosa, sacarosa ni lactosa.

Es muy lábil a la desecación, luz ultravioleta, ácidos débiles y jabón.

La infección gonocócica se inicia en el momento en que el gonococo se pone en contacto con las mucosas susceptibles; éstas deben estar constituidas por

un epitelio a base de células columnares de transición; tres a cuatro días después se identifican las bacterias en las áreas afectadas y cuando se inician los síntomas de la enfermedad, sobre todo en la uretritis. La presencia del gonococo hace que emigren al sitio de la infección gran cantidad de granulocitos, los que se encargan de transportar al gonococo a la luz de la uretra dando lugar a que la mucosa se inflame y se produzca exudado purulento.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico se basa en criterios clínicos epidemiológicos y de laboratorio siendo éste último el criterio definitivo del cual depende la identificación del germen ya sea por frotis teñido con Gram, cultivo o mediante prueba directa de anticuerpos fluorescentes.

TRATAMIENTO.

- Regimen I: Penicilina procaínica, 4.8 millones de UI, I.M. más 1 g de probenecid, vía oral, dosis única.

- Régimen 2: Ampicilina 3.5 g por vía oral o amoxicilina 3 g. más 1 g de probenecid en dosis única.

- Régimen 3: Clorhidrato de tetraciclina, 1.5 g. por vía oral la primera dosis y continuar con 0.5 g. cada seis horas durante siete días.

- Régimen 4: Espectinomocina, 2 g. en una sola dosis. No se recomienda en infecciones faríngeas ni durante el primer trimestre del embarazo.¹⁹

¹⁹ González Saldaña, Napoleón, Op. Cit., pp. 451-458.

1.7.1.3 CHANCRO BLANDO

El chancro blando (úlceras blandas) o chancroide es una infección aguda de transmisión sexual caracterizada por ulceraciones genitales dolorosas acompañadas frecuentemente de adenopatías inguinales inflamatorias que pueden evolucionar hacia la supuración.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Después de una incubación de 3 a 10 días, aparece una pequeña pápula dolorosa que rápidamente se ulcera. La úlcera clásica del chancro blando es superficial y su diámetro mide de unos milímetros a varios centímetros. El borde es irregular y socavado, el fondo de la úlcera está cubierto de exudado necrótico. Con frecuencia las úlceras son múltiples y puede confluir formando ulceraciones gigantes, a veces las lesiones son pustulosas y se parecen a la foliculitis u otra infección piógena.

Las zonas de localización más frecuentes en el hombre son en el orificio del prepucio, la superficie interna del prepucio y frenillo; en las mujeres son en

los labios, la horquilla y la región perianal.

En casi un 50% de los enfermos aparece adenopatía inguinal inflamatoria aguda y dolorosa, sensible al contacto o a la presión. Si el enfermo no recibe tratamiento, los ganglios afectados se hacen confluentes formando un bubón supurado y uniloculado, la piel que lo cubre parece tensa y enrojecida, finalmente se rompe dejando una sola úlcera profunda.

DIAGNÓSTICO.

El diagnóstico del chancroide se confirma al aislar *Haemophilus ducreyi* de una úlcera, los exudados deben sembrarse directamente en agar chocolate enriquecido con isovitalax al 1% y suero de oveja al 5% más 3 gramos de vancomicina. Las colonias suelen aparecer tras 48 horas de incubación del CO₂ al 5% y 100% de humedad, pero pueden tardar 4 o 5 días.

TRATAMIENTO.

El chancroide no tratado puede durar meses, las lesiones pequeñas pueden cicatrizar de 2 a 4 semanas.

Las pautas terapéuticas son: Trimetropim/sulfametoxazol 320/1600 mg. diarios o eritromicina 2 g. por día, administrando ambos fármacos durante una semana. También es eficaz la ciprofloxacina, 500 mg, dos veces al día por vía oral durante tres días, el tiempo que suele ser necesario para la curación a partir del comienzo del tratamiento es de unos nueve días.²⁰

²⁰ Wilson Jean D., Et. al., "Principios de Medicina Interna", pp. 732-733.

1.7.2 POR VIRUS.

1.7.2.1 HERPES GENTAL SIMPLE TIPO II

Es una infección de transmisión sexual muy frecuente. Cerca del 85% de las lesiones herpéticas genitales son producidas por el virus del *Herpes simple* tipo II que difiere ligeramente del tipo I, que es el que suele provocar lesiones peribucuales.

La infección se transmite por vía sexual y los síntomas clínicos pueden aparecer de 3 a 7 días después de la exposición. En muchos casos la infección inicial provoca pocos síntomas y en ocasiones pasa por alto. En ocasiones aparecen múltiples vesículas pequeñas alrededor de labios, perineo e introito vaginal, estas lesiones son sumamente dolorosas y pueden acompañarse de linfadenopatía inguinal.

Suele acompañarse de cefalea, mialgia, fiebre y malestar general, típico de las infecciones virales. Varios días después las vesículas se rompen y forman

úlceras poco profundas y dolorosas; la vaginitis y cervicitis herpética puede acompañar a la infección vulvar primaria o bien aparecer sola. Las lesiones primarias desaparecen lentamente en un periodo de 14 días, pero en ocasiones persisten durante más tiempo.

Las infecciones secundarias se caracterizan por erupciones vesiculares semejantes que son tan extensas no duran tanto tiempo. Cerca del 50% de las personas con infección primaria desarrollan recurrencias sintomáticas dentro de los 6 meses siguientes.

Durante el embarazo existe el riesgo de infectar al producto, el parto puede ser peligroso por lo que se recomienda una cesárea.

DIAGNÓSTICO.

Se hace una seguridad cuando hay numerosas lesiones vesiculosas típicas sobre un fondo eritematoso. Las muestras por raspado de la base de las lesiones teñidas con Wright, Giemsa o con tinción de Papanicolaou demostrarán las células gigantes o las inclusiones intranucleares

características de la infección por herpesvirus. estas técnicas citológicas suelen ser útiles como método rápido de confirmación diagnóstica en la consulta. Las limitaciones de este método son que no distingue entre infecciones por *Herpes zoster* y por *Varicela-zoster* y que su sensibilidad es sólo del 60% en comparación con el aislamiento del virus. La confirmación diagnóstica de la infección por *Herpes zoster* se efectúa mejor en un laboratorio, por aislamiento del virus en cultivos tisulares.

TRATAMIENTO.

Se puede aplicar una dosis delgada en las lesiones de idoxuridina cada hora durante el primer día y después cada cuatro horas.

También se puede aplicar pomada de aciclovir, reduce el dolor y acorta el tiempo en que la paciente con herpes pueda infectar a otros.

Aciclovir por vía oral en cápsulas interfieren en el proceso de reproducción del virus y con ello reducen las recurrencias.²¹

²¹ Howard W. Jones, "Tratado de Ginecología", pp 519-520.

1.7.2.2 CONDILOMA ACUMINADO

Los condilomas acuminados o “verrugas venereas” son producidas por virus del **papiloma humano**, son de color blanco y aparecen en vulva, perineo, región perianal y vagina. Las lesiones únicas pueden ser muy pequeñas y la paciente no las nota. Estas tumoraciones son indoloras y asintomáticas. Cuando son numerosas tienden a formar grandes agrupaciones; durante el embarazo sufren hipertrofia pronunciada que forma algunas veces tumoraciones semejantes a una coliflor, llegando a obstaculizar el parto vaginal.

DIAGNÓSTICO.

Las lesiones vulvares pueden ser obviamente verrugosas o diagnosticarse después de aplicarse ácido acético al 4% en donde se ven blanquiscas con papilas prominentes, es posible que las lesiones vaginales muestren hipertrofia y las cervicales sólo sean visibles por colposcopia después del tratamiento con ácido acético al 4%.

TRATAMIENTO.

La terapéutica de pequeñas verrugas vulvares consiste en resina de podofilina al 25% en tintura de benzoina (no usarse durante el embarazo o en lesiones con hemorragia) o ácido tricloroacético de 50% a 90%, aplicados cuidadosamente para evitar la piel circundante. El dolor de la aplicación del ácido tricloroacético se puede disminuir con una pasta de bicarbonato de sodio aplicada inmediatamente después del tratamiento; la resina de podofilina debe lavarse de dos a cuatro horas después de la aplicación.

El tratamiento de verrugas grandes (más de 2 cm.) y de verrugas vaginales es con laser de CO₂ o electrodesecación y raspado de la base, después de anestesia local o general.

Pueden tratarse múltiples verrugas vaginales con aplicaciones intravaginales de fluorouracilo, hay que usar la mitad de un aplicador de crema de fluorouracilo al 5% todas las noches por cinco días, después de introducir la crema se coloca un tapón protegiendo adicionalmente el introito y la vulva

aplicando unguento de óxido de zinc.²²

²² Howard W. Jones, Op. Cit., pp 517-519.

1.7.3. POR PROTOZOARIOS.

1.7.3.1 TRICOMONIASIS

Es una infección venérea causada por el protozoo *Trichomona vaginalis*. Entre los muchos miembros del género de Trichomonas, hay tres que son parásitos del género humano: *Trichomona hominis*, en el intestino; *Trichomona tenax*, en la cavidad bucal y *Trichomona vaginalis*, que es el único microorganismo patógeno comprobado en la vagina, uretra y próstata. Los tres se encuentran sólo en forma de trofozoitos y se parecen morfológicamente entre sí. El mayor de ellos es el *Trichomona vaginalis*, y es rara la confusión diagnóstica, dada la especificidad de su localización anatómica. Se han descrito cepas que varían de tamaño, velocidad de crecimiento, virulencia y características antigénicas.

Trichomona vaginalis se transmite durante el coito. Aunque el microorganismo es viable incluso durante 24 horas en orina, semen y agua; pueden sobrevivir en los paños de aseó húmedos durante unas horas,

probablemente sea rara la transmisión por fómites.

En la mujer, la tricomoniasis suele presentarse como una vaginitis persistente. Se calcula que la mitad de las mujeres con tricomoniasis son asintomáticas cuando se diagnóstican por primera vez. Sin embargo, una tercera parte van a desarrollar manifestaciones clínicas en los siguientes seis meses. En dos terceras partes hay flujo vaginal que, con frecuencia, se acompaña de prurito vulvar (50%), dispareunia (50%), mal olor (10%) y disuria. Esta fase aguda puede durar una semana a varios meses, con diferentes fluctuaciones de intensidad; puede empeorar después de la menstruación. Por último, la secreción y demás síntomas remiten y pueden desaparecer realmente por completo, aún cuando la enferma siga albergando tricomonas. La exploración demuestra una inflamación que oscila desde una hiperemia ligera de la bóveda vaginal y el endocérnix hasta una extensa erosión con hemorragias petequiales. Es característico, aunque poco frecuente, el hallazgo de un endocérnix enrojecido, granuloso y frágil (cérnix en "fresa"). En el fornix vaginal posterior se encuentra una acumulación de secreción, típicamente fluida, grisácea a amarilla y de aspecto espumoso.

DIAGNÓSTICO.

Se realiza con el estudio de las secreciones vaginales, prostáticas o uretrales en busca de tricomonas. Un frotis en fresco descubre células epiteliales escamosas, nucleócitos polimorfonucleares, *Trichomona vaginalis* con su típica motilidad en sacudidas, aunque esto es muy específico si se encuentra. El examen es frecuentemente negativo en mujeres asintomáticas y en enfermos que se han duchado en las 24 horas anteriores.

A veces las tricomonas son responsables de alteraciones que inducen a confusión en el patrón citológico de las células vaginales exfoliadas, además no se consiguen buenas preparaciones con el método de Papanicolaou y, cuando se sospecha tricomoniasis debe examinarse el material.

TRATAMIENTO.

El metronidazol (flagyl) por vía oral, en dosis de 250 mg. tres veces al día, durante siete días, o en dosis única de 2 gramos. No debe ingerirse alcohol durante el tratamiento.²³

²³ Wilson Jean D., et al., Op. Cit., pp 941-942.

Cabe aclarar que el tratamiento es incompleto si no se trata conjuntamente a la pareja.

1.7.4 MICOSIS OPORTUNISTA (HONGOS).

1.7.4.1 CANDIDIASIS

Los agentes causales son hongos, la mayoría de los que se encuentran en la vagina pertenecen al género *Candida albicans*.

Con frecuencia se encuentran *Candida albicans* en la flora vaginal como saprófita en mujeres portadoras asintomáticas de manera que su presencia en el flujo no siempre implica que sea un agente etiológico; en cambio cuando las condiciones de un medio se alteran suelen modificar su estado y se vuelven patógenos. La infección es favorecida por factores predisponentes, de los cuales se destacan la diabetes y la prediabetes que aumentan el glucógeno vaginal, esta enfermedad debe ser investigada en casos de vulvitis rebeldes, así como las micosis en todas las diabéticas con síntomas vulvares.

El uso de antibióticos sintéticos o locales facilita el crecimiento de este microorganismo debido a que la flora vaginal normal muchas veces es

destruida por estos fármacos.

Se transmite por contacto sexual y también es posible el contagio por objetos contaminados.

Esta enfermedad se caracteriza por una secreción que puede ser desde líquida hasta muy espesa y con características purulentas, hay prurito que puede ser intenso, irritación local y enrojecimiento de toda la mucosa vaginal o vulvovaginal.

Existe prurito vulvar intenso y continuo, con exacerbación en el premenstruo, ardor particularmente al contacto de la orina con los genitales externos inflamados por el flujo que suele ser escaso, de color blanco espeso y grumoso y con frecuencia dispareunia.

Al realizar la exploración se observa la vulva enrojecida y edematosa con presencia de grumos blancos grisáceos

DIAGNÓSTICO.

Se hace fácilmente por la sintomatología y las características del flujo así como de las lesiones vulvovaginales descritas. El diagnóstico se confirma con el exámen microscópico del flujo.

TRATAMIENTO.

La nistatina es un antibiótico sumamente efectivo en el tratamiento de las micosis genitales.

Nistatina:

- Tabletas vaginales de 100 000 UI cada una, se aplica una por noche durante 15 días.
- Comprimidos orales de 500 000 UI, uno cada ocho horas por diez días.
- Crema de uso externo para uso local.²⁴

²⁴ Gori M., Roberto. Et. al, "Ginecología", pp 173-179.

1.8 PROCESOS INFLAMATORIOS CERVICO-VAGINALES DE ACUERDO CON EL ESTUDIO CITOLÓGICO.

En el Sistema Nacional de Salud, la citología cervico-vaginal se informa de la siguiente manera:

1.8.1 INTERPRETACIÓN DE HALLAZGOS CITOLÓGICOS

RESULTADO	INTERPRETACIÓN
Negativo a cáncer.	Celúlas normales sin alteraciones.
Negativo a cáncer con proceso inflamatorio.	Presencia de bacterias, parásitos, hongos, imagen viral, proceso inflamatorio por agente químico, físico y hormonal.
Displasia leve	Alteraciones atípicas en las células de la capa superficial del epitelio.

Displasia moderada	Alteraciones atípicas en las células intermedias y parabasales.
Displasia severa	Alteraciones atípicas en todas las capas del epitelio escamoso o cilíndrico.
Positivo a cáncer in situ microinvasor	Se observan células atípicas con anisocitosis en todas las capas del epitelio escamoso o cilíndrico.
Positivo a cáncer invasor	Se observan células atípicas y pleomorfismo marcado.

1.9 PROPEDEUTICA GINECOLÓGICA.

INTERROGATORIO.

- Ficha de identificación, donde la edad de las pacientes es importante.
- Antecedentes heredo-familiares, prioritario en los datos fímicos, diabéticos, cardiológicos y neoplásicos.
- Antecedentes personales patológicos, conocer los padecimientos de la infancia que pudieran tener relación con el padecimiento actual.
- Antecedentes personales no patológicos, en donde la conducta y el padecimiento pudieran estar relacionados con el estado sociocultural de la persona.
- Antecedentes quirúrgicos, para saber el por qué se efectua, qué tipo de operación, vía de acceso, resultados obtenidos.

- Antecedentes ginecológicos y obstétricos, fecha de menarca, características de los ciclos (duración, cantidad, aspecto y ritmo de eliminación). Algún trastorno menstrual adicional (cefalea, tensión, mastalgias, edema, insomnio, etc.).
- Inicio de vida sexual activa, frecuencia de las relaciones genitales, si se llega al orgasmo, posición preferida, si existe dispareunia, impotencia, etc.
- Semiología de los embarazos anteriores, cursos evolutivos (complicaciones y tratamiento), culminación de partos eutócicos y distócicos, edad de abortos, condiciones de los productos y los que le sobreviven.
- Abortos, condiciones en los que se dieron y culminación del mismo.
- Cesarea, número, prescripción, sitio de realización, tipo de la misma.
- Planificación familiar, tipo de método, tiempo de uso y consecuencias deseables del mismo.

- Esterilidad de los conyugues, si es primaria o secundaria en la mujer.

PADECIMIENTO ACTUAL.

- Motivo de la consulta, recabando signos y síntomas.

- Fecha de inicio del cuadro clínico, triada ginecológica de dolor, sangrado y leucorrea.

- Fecha de aparición del dolor, tipo, sitio, intensidad, frecuencia, duración, irradiación, síntomas acompañados, espontaneidad y control bajo algún tratamiento.

- En sangrado genital, fecha de última menstruación, cantidad y periodisidad, espontaneidad o con esfuerzo físico, la relación con el coito y la presencia y características de tejido excretado.

- Determinar si es trastorno menstrual o sangrado genital normal:

Por trastorno menstrual, interrogar.

- Amenorrea primaria o secundaria.
- Proiomenorrea (ciclos de menos de 25 días).
- Opsomenorrea (ciclos de más de 35 días).

Por trastornos de duración:

- Polimenorrea (duración de más de 5 días).
- Oligomenorrea (menos de 3 días).

Trastornos de cantidad:

- Hipermenorrea (sangrado de más de 150 ml.).
- Hipomenorrea (sangrado escaso).

Trastornos de eliminación:

- Nictomenorrea (sangrado abundante por la noche).

Por tiempo.

- Registrar el ritmo de sangrado.

Si existe leucorrea, se determina.

- Fecha de aparición, cantidad, color, olor, acompañada de prurito, con tratamiento, culminación, relación con el ciclo menstrual, si es fisiológico o patológico, con ayuda de estudios diagnosticar y tratar adecuadamente.

El crecimiento abdominal determina la causa, lugar, dureza, si es doloroso, fijo o desplazable al movimiento espontáneo o provocado.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS.

Del aparato urinario:

- Presencia de un cuerpo extraño en la región.
- Incontinencia urinaria espontánea o por pequeños esfuerzos.

- Polaquiuria (por infección o por proceso tumoral).

Es importante hacer la semiología de todos los aparatos y sistemas debido a que la paciente es todo un complejo y no sólo un aparato genital.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

- Estatura, peso ideal, peso real, tensión arterial, pulso y temperatura.
- Observar características posibles solo del sexo opuesto.
- Las obesas podrían presentar esterilidad por patología ovarica o tiroidea.

La exploración completa es por aparatos y sistemas.

- La exploración mamaria es correlativo al del aparato genital. Detectar características de la piel, textura, retracción del pezón, color, secreción sanguinolenta, olor de la misma, temperatura local, presencia de masas, forma, tamaño, número, consistencias desplazables, planos superficiales o profundos, con dolor; así como explorar el pliegue axilar en busca de los ganglios, tamaño y número.

- La exploración abdominal.

Detectar datos de irritación peritoneal.

EXPLORACION GINECOLÓGICA.

Deberá dar apoyo emocional en relación a la exploración.

- Colocar a la paciente en posición ginecológica manteniendo su individualidad, observar la distribución de su vello púbico y demás de sus genitales externos.

Presencia de desgarres anteriores o cicatrices de la horquilla vulvar y del periné, el estado del ano y fisuras o hemorroides.

- La visualización del cérvix y vagina es previa al examen bimanual.

En ella se observa las paredes de la vagina, color, humedad, quistes presentes, fistulas recto-vaginales o vesico-vaginales; características de leucorrea presente.

Del cérvix se ve su coloración, superficie completa, erosiones sangrantes, si hay quistes, su posición.

Posición del cérvix correlativo a la anatomía humana.

- Apoyar el diagnóstico con estudios clínicos como el Papanicolaou.
- Se apoya la exploración armada para medir con el histerómetro la cavidad uterina.
- Se exploran las glándulas de Bartholin, localización y características.
- Del útero, se busca forma y volumen, situación, posición y consistencia, estado de superficie móvil o fijo, presencia de dolor al desplazar.
- Así mismo, las tubas uterinas, describiendo grosor, consistencia, movilidad, presencia de dolor; si se palpan los ovarios, se explorarán.
- Determinar si hay cistocele, histerocele y rectocele, así como el grado del mismo.

- En el periné se observarán posibles desgarres y se determinará el grado.
- Al tacto rectal se buscarán hemorroides, fistulas y el estado del tabique recto-vaginal.

Es importante mencionar que el estudio de la paciente se complementa con otros métodos auxiliares de laboratorio.²⁵

²⁵ A.M.H.G.O. No. 3, "Ginecología y Obstetricia", pp 645-654.

1.10 METODOS AUXILIARES EN EL DIAGNÓSTICO EN GINECOLOGÍA.

Los exámenes de especialidad en ginecología se clasifican de acuerdo a la orientación específica que se requiera. Estas se pueden dividir en:

1.10.1 EXPLORACIÓN DEL CONTENIDO VAGINAL.

a) Frotis en fresco. La muestra se toma del fondo del saco con un abatelenguas, aplicándolo a un portaobjetos, se cubre con una gota salina y se observa al microscopio (es un método ideal para la detección de tricomonas)

b) Investigación del ph. En la mujer madura es ácido (3.8 a 4.4); en la niña la púber y la climatérica es neutro o alcalino.

c) Frotis del exudado. Se toma del sitio de la lesión, se prepara para la tinción o cultivo determinando el agente causal y su antibiograma correspondiente. La técnica es bajo esterilidad; se hace bajo la técnica de Gramm para buscar rastros gonocócicos.

d) Cultivo del exudado. Se realiza el de Thayer Martin para la gonorrea o el tioglicolato de sodio para anaerobios o tricomonas, hongos, báculo de Koch, bacterias, Gram negativos, listeria o hemofilus.

1.10.2 CITOLOGÍA EXFOLIATIVA VAGINAL.

La obtención del exudado cervico-vaginal para estudio citológico mediante la técnica de Papanicolaou es de suma importancia para el diagnóstico ginecológico de la paciente.

Requisitos para la técnica de Papanicolaou:

- 1.- La paciente no se debe aplicar ningún medicamento vaginal, ni ducha previa, no haber tenido relaciones genitales mínimo 24 horas antes, acudir entre los días 10 y 20 de un ciclo menstrual de 28 a 30 días y mencionar si lleva un método de control natal.
- 2.- El material e instrumental deberá estar previamente limpio, perfectamente estéril, sin lubricantes y uno para cada paciente.

- Material de curación: Gasas, abatelenguas, guantes, cubrebocas.
- Material de uso: Portaobjetos, lápiz punta de diamante y papelería en general.
- Soluciones: Agua destilada, benzal, jabón y citospray.
- Instrumental: Espejo vaginal de varios tamaños, pinza de anillo, charola y riñon.

Es importante mencionar la preparación física y emocional de la paciente para que ella participe voluntariamente y sea lo menos molesto y falseable la muestra obtenida.

Se prepara el área y se coloca a la paciente en posición ginecológica, se realiza la exploración armada con el espejo vaginal adecuado para la paciente.

El exudado se obtiene de la pared vaginal o del fondo del saco posterior y del

orificio externo del cérvix en la unión con la endocervix. Posteriormente se extiende la muestra sobre el portaobjetos limpio y seco (previa anotación de los datos de la paciente) y se fija con el citospray, se espera 15 minutos para poder observar la muestra.

Toda muestra citológica debe complementarse de los datos clínicos:

- a) Edad.
- b) Fecha de última regla.
- c) Tipo de ciclo.
- d) Tratamientos hormonales previos.
- e) Sintomatología ginecológica.
- f) Método de planificación familiar.
- g) Datos propios ginecológicos.
- h) Hallazgos de exploración ginecológica.

Es funcional para el auxilio en el estudio y manejo de mujeres con problemas de:

- Amenorrea primaria.
- Pubertad precoz.
- Amenorrea secundaria.
- Transtornos menstruales.
- Vigilancia y control de tratamiento con inductores de evolución
- Esterilidad.

El resultado del Papanicolaou nos da datos sobre la funcionalidad del cuerpo lúteo y de la unidad fotoplacentaria. La utilidad más importante es la detección oportuna de cancer cervico-uterino, también detección de infecciones por virus, hongos y bacterias. De esta manera se previenen complicaciones bajo un tratamiento adecuado y complementado con un seguimiento constante en la mujer, se evitan enfermedades que a la larga se convertirían en cancer, causando importantes trastornos ginecológicos y obstétricos.

El estudio del Papanicolaou, bajo el programa del Sector Salud, es un método confiable y económico, poco molesto para la mujer, debe practicarse una a dos veces por año a mujeres con vida sexual activa hasta las mujeres en

en periodo menopáusico.

1.10.3 COLPOCITOLOGÍA.

Se utiliza para la identificación hormonal o detección oportuna de cancer. En México se prefiere el Papanicolaou.

1.10.4 MOCO CERVICAL.

- a) Es de acuerdo a la época del ciclo, aumenta con la concentración de estrógenos, abundante y acuoso en la fase secretora, escasea y se hace espeso.
- b) Aspecto: Durante la ovulación es claro y citrino, opaco y amarillento al inicio y final del ciclo.
- c) Filancia (filantes): Es la capacidad del moco para formar hilos debido a los estrógenos, inhibiéndose la filantes con la progesterona conociendo de esta manera la probable anovulación.
- d) Cristalización: Es precipitación de cristales de cloruro de sodio y potasio,

siendo máxima en la fase preovulatoria.

e) Pureza: El moco cervical debe estar durante la ovulación sin leucocitos ni células.

f) ph: El normal en el exocérnix es de 7 a 7.2.²⁶

Además existen otros estudios como la colposcopia, biopsia cervical y de endometrio, curva de temperatura basal, endoscopia ginecológica, función del fondo del saco vaginal posterior, laparoscopia diagnóstica y terapéutica, insuflación tubaria, histerosalpingografía, hidrotubación, ultrasonografía y determinaciones hormonales.

²⁶ A.M.H.G.O. No. 3, Op. Cit., pp 655-670.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

1.11 EDUCACIÓN SEXUAL.

Aquellas personas que tienen conocimiento sexual están más capacitadas de gozar de sus sentimientos sexuales y de derivar gozo de muchas formas de actividad sexual, que las que son ignorantes del sexo y tienden a restringir sus impulsos sexuales.²⁷

Los estudios de carácter científico de la sexualidad establecen que la conducta sexual del individuo es el resultado de la intervención e interacción de tres factores: Biológicos (anatomía y fisiología), socioculturales(rol sexual: Aprendizaje y desempeño) y psicológicos (identidad sexual: Estructura y psicodinamia de la personalidad).²⁸

INFORMACIÓN SEXUAL.

Las fuentes de información sexual son diversas, y aparecen en diferentes momentos del desarrollo individual. El movimiento va del dominio paterno de

²⁷ McCary, "Sexualidad Humana de McCary", p 9.

²⁸ Consejo Nacional de Población (CONAPO), "La Educación de la Sexualidad Humana", p 89.

la información, a un sistema informativo compartido entre los padres y los medios de comunicación y, luego, a los compañeros y la escuela. Cada uno de estos canales aporta también distintos mensajes de diferente fuerza.

Los padres hacen la mayor contribución a la definición del papel de sexo que sirven como forma primaria para organizar nuevas experiencias. Ofrecen la primera inclinación hacia la heterosexualidad, creando una pareja adulta del modelo de hombre-mujer.

El sistema de medios de comunicación contribuye en primer lugar reforzando las actividades convencionales de papel de sexo y, a medida que los niños crecen, ofreciendo modelos de masculinidad y feminidad, de relaciones hombre-mujer, y de relaciones hombre-hombre y mujer-mujer. Los medios de comunicación dicen a los niños quién es importante y significativo en el mundo.

Las escuelas generalmente ofrecen sólo un contexto institucional en el que los niños deben de actuar. Rara vez proporcionan información sexual; sin

embargo, ofrecen constantes patrones de diferenciación de papel sexual, premian tipos particulares de conducta o actividad mujer-hombre, y refuerzan lo que hacen las mujeres y los hombres.

Los compañeros son la principal fuente de información para los jóvenes proporcionando la mayor parte de la información sexual que estos logran, en cualquier forma que se presente.

Son la otra parte con la que los niños tienen juegos sexuales, hablan, gastan bromas, salen y comparten información. Los compañeros tienden a llenar lo mejor que pueden los verdaderos aspectos concretos de la práctica del sexo.²⁹

Sin embargo, gran parte de esta educación sexual es inconsciente, se toma al azar de lo que dicen y ocultan padres y compañeros.

1.11.2 CONCEPTOS BÁSICOS.

La sexualidad humana es un todo integral, fusionado e interrelacionado.

²⁹ Cagnon, Jhon H., "Sexualidad y Cultura", pp 119-132.

El individuo es un ser sexual desde el nacimiento hasta su muerte.

La conducta sexual es socialmente aprendida y no biológicamente determinada.³⁰

La sexualidad es la forma en la que cada ser humano se manifiesta como hombre o como mujer (manera de vestir, hablar, caminar, etc.) de acuerdo a las normas y valores de cada cultura

La educación sexual es el proceso gradual y progresivo, orientado a la formación de hábitos y comportamientos relacionados con la vida sexual del individuo.

La relación genital es el acercamiento físico entre un hombre y una mujer o personas del mismo sexo, con el objeto de obtener y brindar placer sexual (ya sea por medio de caricias sexuales, masturbación y coito).

³⁰ CONAPO, Op. Cit., pp 24, 31 y 39.

1.1.1.3 ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.

La sexualidad posee una base biológica universal que es el sexo. Entendemos por sexo al conjunto de características anatómicas y fisiológicas que en la especie humana diferencian al varón y a la mujer y que, al complementarse tienen en sí la potencialidad de la reproducción.

1.1.1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD.

Se puede resumir la identidad sexual, en tres aspectos básicos que son: Identidad de género, rol de género y orientación sexual.

La identidad de género se refiere a la conciencia de pertenecer a un sexo determinado, es decir, sentir y pensar como hombre o como mujer a partir de los mensajes explícitos o implícitos, verbales o no verbales, que se reciben del medio ambiente, dependiendo del sexo al que se pertenezca y estrechamente relacionado a la imagen corporal.

El rol de género se refiere al comportamiento del individuo que hace evidente a la sociedad y a sí mismo el sexo al que pertenece. En cada sociedad hay rasgos, intereses, responsabilidades y actos definidos como apropiados para las mujeres y otros definidos como apropiados para los hombres y algunos considerados para ambos sexos.

En cuanto a la orientación sexual, podemos decir que se refiere a la atracción, al gusto o a la preferencia del sujeto para elegir compañero en la relación coital, en la afectiva y en la fantasía.

1.11.5 ASPECTO SOCIAL DE LA SEXUALIDAD.

Los seres humanos se conciben agrupados, asociados entre sí y con múltiples relaciones, formando los diversos grupos donde satisfacen sus necesidades sociales básicas, la sexualidad constituye una de éstas.

El guión sexual da la idea y la pauta de cómo organizar la vida sexual de los miembros de la sociedad a la que pertenecen. El contenido del guión es reflejo de la ideología social, siendo éste introyectado en forma individual y

paulatinamente desde el momento del nacimiento.

En cuanto a la sexualidad, también existe una cultura específica en cada sociedad, es decir, un conjunto de conocimientos, creencias, costumbres, leyes y modelos de conducta que se reflejan en la manera de cómo se relacionan y tratan hombres y mujeres, en la forma y estructura que tiene la familia, en el modo de cómo se concibe la vida sexual, en las pautas de fecundidad y en los problemas sociales que surgen en torno a aspectos sexuales.³¹

1.11.6 RELIGIÓN ANTE EL SEXO.

Las tradiciones religiosas usaron la palabra bueno y malo, virtud y vicio para discriminar entre sexo aprobado y desaprobado. Estos son vocablos de considerable fuerza y significación, que se centran en la importancia del comportamiento sexual en cuanto a la aceptabilidad moral en este mundo y la salvación en el otro.

El pensamiento religioso tradicional era que la sexualidad es un impulso de la

³¹ CONAPO, Op. Cit., pp 37-49, 62.

carne, como resultado de la caída del hombre de la gracia divina. La carne era animal, en oposición a lo espiritual, el impulso sexual era la evidencia primera de la naturaleza potencialmente perversa de la carne pecadora. Se suponía que, en ausencia de control, las personas harían cosas sexuales (la mayoría de las cuales eran pecaminosas: Incesto, adulterio, parejas amancebadas, etc.), tendencias que podían agravarse por la tentación y el mal ejemplo. Esta teoría resultó en lo que podría llamarse un modelo puro de control, en el que la persona sería mantenida inocente del conocimiento sexual, si ello fuese posible, informada de maldad potencial, a fin de fortalecer su conciencia y castigada si desobedecía.³²

1.11.7 RELACIONES MARITALES.

Entendemos por relaciones maritales solamente aquellas aceptadas tanto por la iglesia como por el estado, en donde de acuerdo con los códigos legales y morales de nuestra cultura, el coito entre los conyuges es el único tipo de actividad sexual más a menudo utilizada por los matrimonios.

³² Cagnon, Jhon, Op. Cit., pp 36-43.

1.11.8 MODALIDADES DE LA RELACIÓN SEXUAL.

La posición “tradicional” europea y americana del hombre encima de la mujer, es la más común en nuestra cultura, San Agustín y otros líderes cristianos fueron quienes enseñaron que la posición con el hombre encima era la única aceptable en el intercambio sexual, también conocida como “posición del misionero”.

El término de analismo sexual alude al uso del ano (recto) para la copulación. La sodomia puede comprender una gama mucho más amplia de variación sexual. Tanto la ocurrencia como la frecuencia de la relación han aumentado de manera notable en años recientes, o las parejas son más sinceras con respecto a su práctica.

Sin embargo, se pueden producir enfermedades venéreas, infecciones virales, infestaciones parasíticas y problemas sexuales como la prostatitis si no se da la atención adecuada e higiene durante la relación anal, ya que se afirma que los microorganismos más persistentes que invaden e infectan al conducto

vaginal provienen del intestino.

Otra forma de actividad sexual mucho más popular de lo que se supone consiste en la estimulación bucogenital. La actitud primaria prevaleciente hacia el besuqueo genital, proviene primordialmente ante el hecho de que mucha gente considera a la región genital como "sucias".

La vecindad del ano y la uretra, en los genitales de la mujer y el hecho de que el pene del hombre sirve como conducto seminal y de la orina, constituyen los factores fisiológicos que han dado el concepto de "suciedad", sin embargo, esto no constituye una objeción lógica para el acto. Los términos del besuqueo genital son dos: *Cunnilingus* (del latín *cunus*, vulva y *lingere*, lamer) y el *fellatio* (del latín *fellare*, chupar).³³

³³ McCary, *Op. Cit.*, pp 131-132, 245-246.

1.12 HÁBITOS HIGIÉNICOS.

1.12.1 HIGIENE PERSONAL.

La higiene personal se considera como una de las ramas más importantes de la medicina, que tiene por objeto la conservación de la salud poniendo en práctica los medios para evitar las enfermedades.³⁴

La piel es una barrera que evita la penetración de gérmenes patógenos. Es un órgano de secreción que contiene glándulas sudoríparas que vierten una cantidad variable de sudor, dependiendo de las características de cada individuo, la temperatura, el medio ambiente, etc.

También se encuentran las glándulas sebáceas que segregan materia grasa. Si a estas secreciones se unen los restos de epidermis y el polvo del ambiente, aparecerá la suciedad, que puede ser un buen campo para el desarrollo de gérmenes microbianos y hongos que pueden causar enfermedad. La frecuencia mínima con la que uno puede bañarse es una vez al día, para eliminar el sudor

³⁴ Mercado R., Ernesto, "Educación para la Salud", p 66.

y las células muertas de la piel, y sobre todo, las bacterias que proliferan en este medio.

Los implementos para realizar el baño son: Agua, jabón y algún objeto para el arrastre de impurezas (por ejemplo trapos, esponja, zacate o güaje).

1.12.2 HIGIENE VULVOPERINEAL.

Son frecuentes las infecciones después de evacuar el intestino al arrastrar residuos fecales a los genitales, especialmente a los femeninos, por la cercanía que hay entre el ano y la región vulvar.

En cuanto a la técnica de asco, siempre se debe hacer de adelante hacia atrás, evitando tocar los genitales. Cuando sea posible, se procurará hacer una limpieza de la zona anal con agua y jabón.

Tanto la vulva como el pene tienen una serie de pliegues que facilitan la acumulación de restos de orina y secreciones, por lo que es conveniente separar los pliegues para lavarlos correctamente. También es importante

limpiar el residuo de orina al terminar la micción; así mismo se recomienda el cambio de ropa interior después de cada baño.

Se recomienda que el cambio de ropa interior sea de tejidos naturales, tales como algodón, lana, etc.³⁵

1.12.3 ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.

La adecuada eliminación de excretas humanas es la base de la prevención de algunas infecciones. Se señalan tres condiciones para una correcta eliminación:

- a) Que el suelo y el agua, sean subterráneos o superficiales, no deben contaminarse con excretas.

- b) Las moscas y otros animales no deben tener acceso a la materia fecal.

- c) Deben evitarse los malos olores.

³⁵ Mercado R., Ernesto, Op. Cit., pp 66, 73.

En el medio rural, el tratamiento y alejamiento se hace de manera diferente si se dispone o no de arrastre de agua. En el primer caso los sistemas son semejantes al del alcantarillado: La fosa séptica es un depósito construido de ladrillo o concreto, que recibe los líquidos cloacales que permanecen en él de 24 a 48 horas, tiempo en el que se decantan los sólidos, se separan las grasas y se produce una acción bacteriana útil. Los líquidos pasan después a un pozo absorbente que es una excavación impermeable, permaneciendo 48 horas más, se aconseja la cloración antes de incorporarlos a la tierra.

Cuando no hay arrastre de agua, el sistema es más elemental: Es un pozo negro de 2.5 metros de profundidad sobre el que se coloca un cajón o asiento con tapa, todo dentro de una caseta de madera y con piso de cemento. Es importante el lugar en que se coloque la letrina; no demasiado lejos de la vivienda, pero a la mayor distancia posible del pozo del que se obtiene el agua para bebida o uso doméstico.³⁶

³⁶ Alvarez A., Rafael, "Salud Pública y Medicina Preventiva", p 174.

2. RESULTADOS.

CUADRO No. 1

EDAD ACTUAL DE LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN
CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	GRUPO DE EDAD										TOTAL					
	15 - 19		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		45 - 49		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	5	5	7	7	4	4	1	1	4	4	6	6	7	7	34	34
GRADO II	1	1	5	5	5	5	4	4	2	2	5	5	8	8	30	30
GRADO III	2	2	8	8	8	8	4	4	4	4	4	4	6	6	36	36
TOTAL	8	8	20	20	17	17	9	9	10	10	15	15	21	21	100	100

FUENTE:

CÉDULA DE ENTREVISTA APLICADA A LAS MUJERES EN EDAD FÉRIL
Y CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS COMUNIDADES DE LOS AMATES,
ATEMPA Y SAN ANGEL DEL MUNICIPIO DE CHILAPA, GUERRERO,
JUNIO-AGOSTO DE 1995.

El organismo femenino se desarrolla y madura biológica y psicológicamente durante toda la vida y la etapa más relevante a nivel ginecológico es a partir de la primer menstruación (menarca) hasta la menopausia.

Con la menarca, inicia la maduración del órgano reproductor en la mujer, hormonal y fisiológicamente, le lleva más o menos de ocho a diez años esta etapa, durante este proceso cualquier alteración a nivel genital repercute en su desarrollo creando trastornos en el mismo, que van desde una inflamación vaginal hasta problemas neoplásicos.

En el grado de inflamación reportado de las citologías denota que del 36% con grado III, las de 20 a 24 años y 25 a 29 años se presenta un 8% en cada una y con un 6% las señoras de 45 a 49 años. Es preocupante el 2% de las señoras de entre 15 a 19 años ya que es gente joven con problemas inflamatorios tendientes a neoplasias; así mismo se asemeja la tendencia del 34% de las de grado I, pues las señoras de 20 a 24 años y 45 a 49 ocupan un 7% cada grupo, siguiéndoles con el 5% las de 14 a 19 años. Las señoras que presentan un grado II de inflamación con el 30% recaen en el grupo de 45 a 49 años, con

8% y con el 5% los grupos de 20 a 24 años, 25 a 29 años y 40 a 44 años.

Por diversos factores las mujeres de la región inician desde muy jóvenes su rol social, unión conyugal en la adolescencia y sexualidad precoz desinformada o precariamente informada. Se entiende que las adultas maduras muestren inflamación cervico-vaginal por la disminución de la capa basal, flora vaginal existente, erosión en las paredes de la misma y las laceraciones o desgarrés, y en las adolescentes por no estar lo suficientemente maduras las funciones anatómofisiológicas en dicho órgano.

CUADRO No. 2

EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS MUJERES Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	GRUPO DE EDAD										TOTAL	
	13-15		16-18		19-21		22-24		25-27			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	10	10	19	19	4	4	0	0	1	1	34	34
GRADO II	11	11	10	10	6	6	2	2	1	1	30	30
GRADO II	13	13	13	13	7	7	3	3	0	0	36	36
TOTAL	34	34	42	42	17	17	5	5	2	2	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

La relación que guarda el inicio de vida sexual activa y el grado de inflamación cervico-uterina es importante porque al iniciar de manera temprana las relaciones genitales y al presentar algún grado de proceso inflamatorio condicionan a las señoras a estar más predispuestas a presentar displasias a temprana edad, lo cual puede llegar, si no se recibe el tratamiento adecuado, a carcinomas.

Como se pudo apreciar en el cuadro, las señoras que iniciaron su vida sexual activa entre los 13 a 15 años y 16 a 18 años presentaron con el 29% un grado I de inflamación. El 26% presentó un proceso inflamatorio de grado III y el 21% presentó grado II; como se pudo apreciar las señoras que inician a más temprana edad sus relaciones genitales presentaron un mayor proceso inflamatorio, en el caso contrario se observó que las que iniciaron tardíamente su vida sexual activa, ya que las del grupo de 22 a 24 años presentaron el grado III de inflamación con sólo el 3% y las de 25 a 27 años con el 1% presentaron un grado inflamatorio de I y II respectivamente.

Como se supo, en estas comunidades es común la unión conyugal a edad

temprana y por tanto también el inicio de vida sexual es a pronta edad, lo cual aumenta de manera considerable la tendencia a los procesos inflamatorios y análogamente las pocas mujeres que llegan maduramente a la relación genital tardan en presentar este tipo de trastornos.

CUADRO No. 3

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES DE LAS SEÑORAS Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	PAREJAS SEXUALES				TOTAL	
	UNO		DOS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	32	32	2	2	34	34
GRADO II	30	30	0	0	30	30
GRADO III	34	34	2	2	36	36
TOTAL	96	96	4	4	100	100

FUENTE: *Ibídem* Cuadro No. 1

Referente al número de parejas sexuales y la relación con el grado de inflamación se observó que los resultados se inclinaron hacia el rubro de un solo compañero sexual con el 96%, ya que el grado III presentó el 34%, el grado I el 32% y el grado II el 30% del total de la población estudiada, mientras que, las que manifestaron haber tenido dos compañeros sexuales se apreció en los grados I y II con el 2% cada uno sumando un 4%.

Se observó en este caso que el número de compañeros sexuales no es un factor determinante para la presencia de los procesos inflamatorios, sino más bien puede depender de la frecuencia con que se tengan las relaciones genitales, porque varias señoras llegaron a comentar que cuando sus maridos se van a otros estados y tardan de cuatro a seis meses en regresar, lapso en el cual no tienen relaciones genitales, al regresar sus esposos tienen relaciones a diario y es cuando llegan a sentir molestias en la región pélvica.

CUADRO No. 4

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN EL BAÑO LAS MUJERES Y SU
RELACION CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	FRECUENCIA DE BAÑO								TOTAL	
	DIARIO		C/3ER. DIA		SEMANAL		MAS 8 DIAS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	6	6	19	19	5	5	4	4	34	34
GRADO II	1	1	18	18	11	11	0	0	30	30
GRADO III	2	2	25	25	9	9	0	0	36	36
TOTAL	9	9	62	62	25	25	4	4	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1.

Se apreció que la mayoría de las mujeres se realiza el baño cada tercer día con el 62% de la población total y, de ésta el 25% presentó procesos inflamatorios de grado II, el 19% grado I y el 18% el grado III de inflamación.

La frecuencia de baño semanal indicó el porcentaje del 25% de la población estudiada y de aquí se encontró que el 11% presentó el grado II de inflamación. De manera contrastante se observó que las señoras que se realizan el baño con más de ocho días de frecuencia presentaron el 4% del total de la población estudiada, siendo el mismo 4% en el grado I de los procesos inflamatorios.

Por lo tanto se afirmó que no hay una influencia directa entre la frecuencia del baño y el grado de inflamación

Es conveniente aclarar que durante la época de siembra, la frecuencia del baño es mucho más distanciada, ya que al no encontrarse cerca de sus hogares se les dificulta esta práctica; así mismo hay personas que se realizan el baño con la ropa puesta o consideran como baño nada más el lavarse el cabello y sus

extremidades superiores e inferiores. De igual manera se realizan el baño sin jabón nada más con agua por medio de arrastre mecánico.

CUADRO No. 5

SITIO DONDE SE BAÑAN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN
CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.

GRADO DE INFLAMACIÓN	SITIO DE BAÑO				TOTAL	
	RÍO		INTRADOMICILIARIA		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	1	1	33	33	34	34
GRADO II	0	0	30	30	30	30
GRADO III	1	1	35	35	36	36
TOTAL	2	2	98	98	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

En el cuadro referente al sitio de baño y la relación con el grado de inflamación se observó que en el grado III, con el 35%, el sitio de baño es intradomiciliario mientras que el 1% lo hace en el río. En el grado I el 33% es dentro de su casa y el 1% lo practica en el río; el 30% restante también refiere bañarse en su hogar, este grupo presenta el grado II de inflamación.

Se observó que casi en su totalidad, las personas se bañan en sus hogares y que es un factor determinante en la frecuencia de infecciones y por ende de procesos inflamatorios, tal vez sea por la misma agua que utilizan ya que se observó que el agua de ríos, manantiales y pozos presentaba contaminación.

En los ríos las personas llevan a los animales a beber agua y, estos a parte de revolverla la ensucian con su excremento.

En los manantiales se llega a acumular basura como bolsas y embases de plástico, latas, hojas de árbol y lana.

El agua de los pozos también se contamina, debido a que las hojas de los

árboles o la tierra que cae en ellos no son retirados por los habitantes, también es habitual encontrar larvas de mosquitos o huevecillos de ranas.

CUADRO No. 6

TIPO DE BAÑO PRACTICADO POR LAS SEÑORAS Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	TIPO DE BAÑO				TOTAL	
	TOTAL		PARCIAL		Fo	%
	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	34	34	0	0	34	34
GRADO II	30	30	0	0	30	30
GRADO III	36	36	0	0	36	36
TOTAL	100	100	0	0	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1

De acuerdo al tipo de baño practicado por las mujeres y la relación con el grado de inflamación se encontró que de acuerdo con las variables tomadas, recae el 100% en el rubro de baño total y de éstos el mayor porcentaje se observó en el proceso inflamatorio grado III con 36%, seguido por grado I con el 34% y en el último lugar el grado II con el 30% del total de la población en estudio.

Por la tanto se apreció que la relación que guarda el tipo de baño y su frecuencia con el grado de inflamación no existe según los datos obtenidos.

Las variaciones que se encontraron con respecto al tipo de baño total fueron las siguientes: Por medio de jicarasos en sus hogares y los de inmersión después de lavar en el río. Se pudo observar también que mucha gente aprovechaba la época de lluvias para bañarse y que no utilizaban jabón para realizar dicho baño.

CUADRO No. 7

FRECUENCIA CON QUE SE REALIZAN EL CAMBIO DE ROPA
INTERIOR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL
GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	FRECUENCIA DEL CAMBIO DE ROPA INTERIOR										TOTAL	
	DIARIO		C/3ER DÍA		SEMANAL		8 DÍAS		NO USA		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	2	2	17	17	9	9	3	3	3	3	34	34
GRADO II	4	4	23	23	2	2	0	0	1	1	30	30
GRADO III	7	7	26	26	2	2	0	0	1	1	36	36
TOTAL	13	13	66	66	13	13	3	3	5	5	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

Con respecto a la frecuencia con que se realizan el cambio de ropa interior las mujeres y su relación con el grado de inflamación se encontró que las que se cambian cada tercer día son el 66%, de ahí el 26% tienen un grado III de inflamación, con el 23% el grado II y el 17% es de grado I; en cambio el 13% de las que se cambian diario y el 13% de las que lo hacen semanalmente, el 7% y el 2% son de grado III respectivamente; un 4% y 2% son de grado II y por último los de grado I presentan cifras de 2% y 9% respectivamente cada bloque.

Se notó que el 5% de las que no usan ropa interior el 3% de ellas presentan un proceso inflamatorio grado I, y con el 1% el grado II y grado III cada uno. El 3% restante lo hace con más de ocho días de distanciamiento por lo cual presentó un proceso inflamatorio de grado I.

Dentro de la higiene personal se contempla el cambio diario de ropa interior (como medida de prevención contra enfermedades); y aún cuando las señoras de las comunidades estudiadas lo realizan en su mayoría, se notó que no todas

suelen lavar sus prendas siempre con jabón de pasta o detergente y agua, posteriormente al lavado, tienden o ponen a secar sus prendas sobre piedras cercanas al río, en arbustos, techos y cercas, sitios poco limpios.

CUADRO No. 8

MATERIAL UTILIZADO EN LA ELABORACIÓN DE LA ROPA INTERIOR DE
LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN.

GRADO DE INFLAMACIÓN	MATERIAL UTILIZADO EN LA ELABORACIÓN DE LA ROPA INTERIOR								TOTAL	
	LYCRA		ALGODÓN		NYLON		NO USA		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	9	9	13	13	9	9	3	3	34	34
GRADO II	2	2	5	5	22	22	1	1	30	30
GRADO III	2	2	12	12	21	21	1	1	36	36
TOTAL	13	13	30	30	52	52	5	5	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

El 52% del total de la población estudiada usa ropa interior elaborada con fibras sintéticas, que en este caso es el nylon. El 22% recae en el grado II y el 21% en el grado III, como se pudo apreciar estos porcentajes son significativos porque al utilizar ropa interior elaborada con material sintético se retiene calor y provoca humedad que son medios idóneos para el cultivo y proliferación de microorganismos.

Contrariamente a lo esperado las mujeres que usan ropa interior fabricada con fibras naturales, como lo es el algodón, mostraron cifras importantes ya que dieron el 30% del total de la población en estudio, de esta cifra el 13% presentó un grado I de inflamación y el 12% en grado III, por lo cual no se observó una relación directa entre las variables que se manejaron y, el proceso de inflamación pudo deberse a otras causas.

Le siguió en frecuencia las mujeres que usan como material de elaboración de ropa interior la lycra con un total de 13%, tocando el 9% al grado I de inflamación, con lo cual se infirió el inicio de proceso inflamatorio a causa de la ropa interior.

También se observó que las señoras que no usan ropa interior presentan cifras de inflamación de un 5%, el cual puede tener otro origen.

CUADRO No. 9

TIPO DE ASEO VULVOPERINEAL QUE SE REALIZAN LAS SEÑORAS
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	TIPO DE ASEO VULVOPERINEAL								TOTAL	
	DE ADELANTE HACIA ATRÁS		DE ATRÁS HACIA ADELANTE		DE LAS DOS FORMAS		DUCHAS VAGINALES			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	28	28	1	1	5	5	0	0	34	34
GRADO II	5	5	5	5	20	20	0	0	30	30
GRADO III	10	10	5	5	21	21	0	0	36	36
TOTAL	43	43	11	11	46	46	0	0	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

En la higiene personal de la mujer se manejan medidas preventivas como lo es el aseo vulvoperineal de adelante hacia atrás, recordando la anatomía de ellas y la técnica que va de limpio a sucio, de adelante hacia atrás se encuentra el meato urinario, introito vaginal y el orificio anal, si se hiciera al contrario se arrastraría materia fecal con los microorganismos propios de la región en dirección al introito vaginal provocando infección del mismo.

Las señoras que practican las dos formas de aseo mostraron el 46%, que es la mayoría en relación a los otros dos rubros, de las cuales el 21% se reportaron en el grado III del proceso inflamatorio y el grado II con el 20%, en este caso se observó que si hubo relación directa en la forma en que se realizan el aseo vulvoperineal. Quienes lo realizan de adelante hacia atrás son un total de 43%, el 28% reporto un grado I de inflamación, reafirmando la importancia del porque es más factible esta práctica ya que el 10% y el 5% tienden al grado III y grado II respectivamente.

De quienes lo hacen de atrás hacia adelante un 5% muestra el grado III y grado II; el grado I de inflamación presentó el 1% y con un total de 11%. No se

reportaron datos donde se practiquen duchas vaginales.

Algunas señoras explicaron el uso de las dos formas y refirieron que es debido a que en la micción el aseo es de atrás hacia adelante y en la defecación es al contrario, mientras que otras señoras no precisaron su respuesta.

CUADRO No. 10

MATERIAL UTILIZADO DURANTE EL ASEO VULVOPERINEAL
 POR LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL
 GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	MATERIAL UTILIZADO EN EL ASEO VULVOPERINEAL										TOTAL			
	PAPEL HIGIÉNICO		PAPEL PERIÓDICO		HOJA DE ELOTE		HOJA DE PLANTA		PIEDRA		MÁS DE UNA RESPUESTA		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	6	6	2	2	4	4	6	6	1	1	15	15	34	34
GRADO II	8	8	2	2	1	1	1	1	1	1	17	17	30	30
GRADO III	14	14	0	0	0	0	1	1	0	0	21	21	36	36
TOTAL	28	28	4	4	5	5	8	8	2	2	53	53	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

En el presente cuadro se observó que el 53% utiliza como material de aseo vulvoperineal más de una de las variables; de aquí el 21% presentó un grado III de inflamación, en segundo lugar con el 17% un grado II y por último con el 15% un grado I. Se apreció que la relación entre ambas variables es significativa porque no solamente utilizan un material sino que los usan de acuerdo al lugar en donde se encuentren.

En segundo lugar se obtuvo el 28% con el uso de papel higiénico como material de aseo, aquí el mayor porcentaje se apreció en el grado III con 14%, después los grados II y I con el 8% y 6% respectivamente. Por tanto se pudo decir, en este caso, que no hubo una relación directa entre el material utilizado y los procesos inflamatorios, ya que se supone que utilizan el material indicado para el aseo vulvoperineal.

Por último se apreció que el 19% correspondiente a los rubros de papel periódico, hoja de clote, hoja de planta y piedra es mínima la relación existente con el proceso inflamatorio, lo cual indicaría a otro tipo de agente para la presencia de los problemas inflamatorios en las mujeres.

De acuerdo con marco teórico se observó que la higiene es una medida profiláctica en la prevención de enfermedades, ya que en el medio ambiente hay una diversidad de contaminantes como son la heces fecales, tanto de humanos como de animales, polvo, etc.

CUADRO No. 11

MATERIAL UTILIZADO COMO PROTECCIÓN DURANTE EL
PERIODO MENSTRUAL POR LAS SEÑORAS Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	MATERIAL UTILIZADO COMO PROTECCIÓN DURANTE EL PERIODO MENSTRUAL						TOTAL	
	TOALLA SANITARIA		TROZO DE TELA		AMBAS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	5	5	21	21	8	8	34	34
GRADO II	8	8	22	22	0	0	30	30
GRADO III	16	16	17	17	3	3	36	36
TOTAL	29	29	60	60	11	11	100	100

FUENTE:

Ibídem Cuadro No. 1

El periodo menstrual es un evento que ocurre en promedio cada 28 días, el cual requiere de una atención cuidadosa por parte de las mujeres. La protección femenina varía según la condición económico-cultural de las señoras, en este estudio se tomo como referencia dos variables: Toalla sanitaria y el trozo de tela (lienzo o trapo).

Del total de la población en estudio el 60% refirió que usa durante su periodo el trozo de tela y su incidencia en relación con el proceso inflamatorio es la siguiente: El 22% presentó grado II de inflamación, el 21% grado I y por último el 17% grado III; se observó que la diferencia entre estas cifras es mínima. Es conveniente aclarar que por las condiciones propias de estas comunidades el lienzo no reúne los requisitos de higiene indicados para tal función.

En contraste, en el uso de toallas sanitarias se observó que el 16% marcó un grado III, el 8% y 5% en grados II y I respectivamente.

Así mismo hay gente que usó por la menos una vez la toalla sanitaria y el trozo

de tela con un total del 11%, el 8% en grado I y el 3% en grado III.

Por el mismo estilo de vida predomina el uso del lienzo ya que está al alcance de su mano, se desecha , lava o quema y en contraste la toalla sanitaria es un lujo y es inaccesible durante las jornadas de trabajo.

CUADRO No. 12

TÉCNICA DE CAMBIO DEL MATERIAL UTILIZADO COMO PROTECCIÓN
DURANTE EL PERIODO MENSTRUAL DE LAS MUJERES
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	TÉCNICA DE CAMBIO						TOTAL	
	DE ADELANTE HACIA ATRÁS		DE ATRÁS HACIA ADELANTE		NO CONTESTO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	28	28	3	3	3	3	34	34
GRADO II	7	7	17	17	6	6	30	30
GRADO III	14	14	20	20	2	2	36	36
TOTAL	49	49	40	40	11	11	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1

Al preguntar a las señoras cómo se realizaban el cambio de su protección femenina, encontramos que el 49% lo hace de adelante hacia atrás, de donde el 28% presentó un grado I de inflamación, el 14% un grado III y el 7% un grado II.

Un 40% de la población estudiada lo practican de atrás hacia adelante, y de ahí que el 20% presentó grado III, el 17% de grado II y el restante 3% para las de grado I.

Pero también hubo quienes prefirieron no contestar, de ellas el 6% presentó grado II de inflamación, el 3% grado I y el 2% presentó grado III, dando en total un 11%.

Quienes realizan incorrectamente la técnica de cambio inciden más en un proceso de inflamación que quienes lo hacen correctamente, sin embargo, el 28% que lo hace de adelante hacia atrás presentó un proceso inflamatorio de grado I, lo cual puede tener otras causas ajenas a este punto.

CUADRO No. 13

LAVADO DE MANOS ANTES DE COMER, DEPUÉS DE IR AL BAÑO
Y ANTES DE LA RELACIÓN GENTAL PRACTICADO POR LAS
SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	LAVADO DE MANOS					
	ANTES DE COMER		DESPUÉS DE IR AL BAÑO		ANTES DE LA RELACIÓN GENTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	34	34	34	34	0	0
GRADO II	30	30	30	30	0	0
GRADO III	36	36	36	36	0	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1

En el presente cuadro los resultados nos muestran que tanto las señoras que se lavan las manos antes de comer y las que lo hacen después de ir al baño muestran un grado III del proceso inflamatorio con el 36%, el grado I con el 34% y el grado II con el 30%. Se observó también que nadie se lava las manos antes de la relación genital, lo cual es muy importante por la trascendencia que implica . Al no tener un aseó adecuado en las manos aumenta el riesgo de provocar infección al momento de la relación, ya que esta zona es considerada libre de microorganismos patógenos.

Se apreció que aunque el 100% comentó que se lavan las manos antes de comer y después de ir al baño todas presentaron procesos inflamatorios. El problema puede estar en que nadie se lava las manos antes de la relación genital y también hay que tomar en cuenta la veracidad en las respuestas de las señoras encuestadas, porque al visitar las comunidades se pudo observar que muchas de ellas se lavaban las manos solamente con agua la cual no estaba limpia (es decir, el agua se mantenía en recipientes sin tapar y expuestos al medio ambiente).

CUADRO No. 14

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ÓRGANOS QUE INTEGRAN EL
 APARATO REPRODUCTOR FEMENINO POR LAS SEÑORAS Y SU
 RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	NOMBRE DE LOS ÓRGANOS QUE CONOCE								TOTAL	
	UTERO		UTERO-VAGINA		TODOS		NO SABE			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	8	8	3	3	1	1	22	22	34	34
GRADO II	2	2	0	0	0	0	28	28	30	30
GRADO III	1	1	2	2	0	0	33	33	36	36
TOTAL	11	11	5	5	1	1	83	83	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

En cuanto al grado de conocimiento que tienen las señoras de los órganos que integran el aparato reproductor femenino, se obtuvo que en el grado I el 8% de las mujeres dicen conocer sólo el útero, en el grado II el 2% lo conoce y en el grado III sólo el 1%; quienes conocen el útero y vagina se encontró el 3% en el grado I y el 2% en el grado III. En cuanto a quienes conocen todos los órganos sólo se apreció en el grado I el 1%; por último las señoras que no conocen ningún órgano se observó que es la mayoría ya que en el grado III se apreció el 33%, sigue el grado II con el 28% y el grado I con el 22%.

De acuerdo con los resultados obtenidos y con lo observado durante las visitas a las señoras se observó que al no conocer cómo está formado y cómo funciona el aparato reproductor, difícilmente se dan cuenta del daño que pueden tener, además de no acudir a la atención médica por vergüenza, aún estando avanzado su problema de salud.

CUADRO No. 15

GRADO DE CONOCIMIENTO DE LOS ÓRGANOS QUE INTEGRAN EL
 APARATO REPRODUCTOR MASCULINO POR LAS SEÑORAS Y
 SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	NOMBRE DE LOS ÓRGANOS QUE CONOCE								TOTAL	
	PENE		PENE-ESCROTO		TODOS		NO SABE			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	6	6	1	1	0	0	27	27	34	34
GRADO II	2	2	0	0	0	0	28	28	30	30
GRADO III	1	1	0	0	0	0	35	35	36	36
TOTAL	9	9	1	1	0	0	90	90	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

En la educación sexual del ser humano se le explica como está conformado su cuerpo, así como sus funciones, la higiene personal y el mejoramiento de sus hábitos higiénicos para conservar un estado de salud favorable para vivir, tanto en el hombre como en la mujer. No basta conocerse así mismo, hay que conocer al conyuge y es compromiso el estado de salud en la pareja.

De las mujeres que refirieron no conocer los órganos del aparato reproductor masculino fueron el 90% del total de la población estudiada, siendo el 35% las que presentaron grado III de inflamación, el 28% las de grado II y 27% las de grado I.

Un 9% dijo conocer el pene de donde el 6% tiene grado I, 2% grado II y 1% grado III y sólo el 1% sabe que el hombre tiene pene y escroto habiendo presentado inflamación de grado I.

Quienes por lo menos conocen el pene presentan mínimos problemas inflamatorios en contra posición de aquellas que desconocen o refieren no saberlo.

En estas comunidades es conflictivo entrar en pláticas al respecto, el tipo de cultura, la educación y la religión no permiten hablar abiertamente acerca del cuerpo humano e intimidades en la pareja.

CUADRO No. 16

PADECIMIENTOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL QUE CONOCEN LAS
SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	PADECIMIENTOS DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCIDOS						TOTAL	
	SÍFILIS		GONORREA		NINGUNO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	1	1	1	1	32	32	34	34
GRADO II	0	0	0	0	30	30	30	30
GRADO III	0	0	0	0	36	36	36	36
TOTAL	1	1	1	1	98	98	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

La práctica de la relación genital entre un hombre y una mujer sanos física y mentalmente hacen que el fin del acto sea placentero y único. Es responsabilidad del individuo el practicar la relación genital con el conyuge únicamente en un estado de salud bueno entre ambos, ya que no basta conocer sus órganos genitales normales sino también conocer cuáles signos y síntomas sugieren una alteración en si mismos, y practicar la higiene personal como medida profiláctica para evitar enfermedades que pueden transmitirse sexualmente, ya que a veces el afectado puede ser portador de la enfermedad y no manifestar ningún síntoma clínico.

Al cuestionar a las mujeres sobre el conocimiento de algunas enfermedades de transmisión sexual fué notoria la respuesta a ninguna con el 98% de la población estudiada, el 36% presentaron un grado III de inflamación, 30% un grado II y con 32% las de grado I.

Solo el 1% refirió conocer la patología de la sífilis y otro 1% conoce la gonorrea, las dos presentaron un proceso inflamatorio de grado I.

Al conocer las señoras sobre este tipo de patologías presentaron menos grados de inflamación y el desconocimiento de las mismas influye notoriamente en la incidencia y en el agravamiento del proceso inflamatorio en las mujeres , por lo menos en este estudio.

CUADRO No. 17

TIPO DE RELACIÓN GENTAL QUE PRACTICAN LAS SEÑORAS
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	TIPO DE RELACIÓN GENTAL								TOTAL	
	CUNNILINGUS		FELLATIO		ANAL		MISIONERO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	0	0	0	0	0	0	34	34	34	34
GRADO II	0	0	0	0	0	0	30	30	30	30
GRADO III	0	0	0	0	0	0	36	36	36	36
TOTAL	0	0	0	0	0	0	100	100	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

Por su propia naturaleza las relaciones genitales son escabrosas ya que por ignorancia, temor y vergüenza es difícil conocer su realidad en la práctica actual.

Como se observó el 100% de la población en estudio reconoció o aceptó como única práctica la relación genital denominada la del “misionero” (posición del hombre arriba de la mujer) y de ahí el 36% presentó un grado III de inflamación, con 34% el grado I y por último con 30% grado II.

Las demás variables que se contemplan en este cuadro (cunnilingus, fellatio y anal) no dieron ningún dato estadístico ya que por diversos motivos mencionados anteriormente no aceptan la práctica de estos tipos de relación.

Ahora bien, no se encuentra una relación bien definida entre el grado de inflamación y el tipo de relación genital en los mismos datos obtenidos.

CUADRO No. 18

CONOCIMIENTO DE LOS CUIDADOS QUE DEBEN TENER LAS
SEÑORAS ANTES Y DESPUÉS DE LA RELACIÓN GENTAL
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	CUIDADOS ANTES Y DESPUÉS DE TENER RELACIÓN GENTAL								TOTAL	
	LIMPIARSE		BAÑARSE		NO SABE		NINGUNO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	5	5	1	1	9	9	19	19	34	34
GRADO II	0	0	0	0	30	30	0	0	30	30
GRADO III	0	0	0	0	32	32	4	4	36	36
TOTAL	5	5	1	1	71	71	23	23	100	100

FUENTE: *Ibídem* Cuadro No. 1

Las actividades higiénicas son pilares para la salud, además de ser prácticas sencillas y cotidianas.

La relación entre el grado de inflamación y el de conocimientos de los cuidados que hay que tener antes y después de la relación genital es relevante puesto que las que no saben y las que manifestaron que no hay que tener ninguno presentaron en conjunto el 94% de la población en estudio, lo cual reafirma que entre menos se conozca o practique medidas sanitarias es mayor la predisposición de padecer enfermedades, que en este caso son referentes al aparato reproductor femenino.

Como se apreció en el rubro de no sabe, el mayor porcentaje recae dentro del grado III con 32% siguiéndole el grado II con 30% lo cual reafirma lo antes mencionado.

Referente a las actividades de limpiarse y bañarse sólo se muestra con el 6% en el grado I del proceso inflamatorio.

CUADRO No. 19

FUENTES DE ABASTECIMIENTO DE AGUA CON QUE DISPONEN
LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE
INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	ABASTECIMIENTO DE AGUA										TOTAL	
	MANANTIAL		RIG		POZO		LAGUNA		MÁS DE UNO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	7	7	13	13	1	1	0	0	13	13	34	34
GRADO II	19	19	1	1	9	9	0	0	1	1	30	30
GRADO III	18	18	4	4	11	11	0	0	3	3	36	36
TOTAL	44	44	18	18	21	21	0	0	17	17	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

Las fuentes de abastecimientos de agua con que cuentan las señoras en estudio muestran las siguientes cifras:

El manantial en grado II con 19%, el grado III con el 18% y el grado I con 7%, mientras que el rubro del pozo presentó en grado III con 11%, el grado II con 9% y el grado I con 1%. A continuación el río con un total de 18%, recayendo el 13% en grado I, el 4% en grado III y el 1% en grado II; y por último las que cuentan con más de una fuente abastecedora de agua, en el grado I se encuentra el 13%, el grado III con el 3% y el grado II con el 1%.

Al observar directamente en las comunidades los manantiales ríos y pozos se percato que el agua se encuentra contaminada debido al mal cuidado que les dan los habitantes de dichos lugares, ya que lavan, se bañan, dan de beber a los animales e incluso llagan a defecar cerca de los mismos, lo cual es una fuente de infección para las vías gástricas, dérmicas, oftálmicas y vaginal entre otras.

CUADRO No. 20

NÚMERO DE HABITANTES QUE TIENEN EN LA CASA DE LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	NÚMERO DE HABITANTES POR CASA						TOTAL	
	2 a 5		6 a 8		9 o MÁS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	19	19	4	4	11	11	34	34
GRADO II	19	19	10	10	1	1	30	30
GRADO III	16	16	14	14	6	6	36	36
TOTAL	54	54	28	28	18	18	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

El número de habitantes que viven en las casas de las señoras y la relación con el grado de inflamación es la siguiente: El rubro de 2 a 5 personas grados I y II presentaron el 19% cada uno y el grado III con el 16% dando un total de 54%; le sigue el bloque de 6 a 8 habitantes que en el grado III muestra el 14%, el grado II con el 10% y el grado I con el 4%; y por último de 9 a más personas se obtuvo que en el grado I se encuentra el 11%, en el grado III el 6% y en el grado II el 1%, sumando el 18% del total de la población en estudio.

Se observó que aunque convivan de 2 a 5, 6 a 8 o más de 9 personas existe el problema de hacinamiento, hay que considerar otros factores como el de la higiene personal y de la vivienda que son factores importantes para la presencia de infecciones cervico-vaginales que dan lugar a los procesos inflamatorios.

CUADRO No. 21

NÚMERO DE HABITACIONES CON QUE CUENTAN LAS MUJERES
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	NÚMERO DE HABITACIONES										TOTAL	
	UNA		DOS		TRES		CUATRO		CINCO		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	10	10	9	9	6	6	6	6	3	3	34	34
GRADO II	6	6	13	13	11	11	0	0	0	0	30	30
GRADO III	9	9	13	13	13	13	1	1	0	0	36	36
TOTAL	25	25	35	35	30	30	7	7	3	3	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1

La mayoría de las señoras encuestadas, tienen por casa un reducido número de habitaciones, tan solo el 35% cuentan con dos cuartos, de ellas las que presentaron grado II y grado III del proceso inflamatorio reportaron 13% en cada grupo y el 9% recae en el grado I.

Un 25% del total de la población viven y conviven en una sola habitación, independientemente del número de familias que ahí habitan. De aquí un 10% de las señoras presentaron el grado I de inflamación, 9% grado III y 6% grado II

Caso contrario de quienes pueden construir más habitaciones, ya que sólo un 3% de las señoras cuentan con un máximo de 5 cuartos en cada hogar, representando ese 3% a las señoras que presentaron un grado I de inflamación

Por lo anterior se podría pensar que entre más habitaciones para su convivencia familiar menor será la tendencia a un proceso inflamatorio y por ende a una infección que lleve a una complicación.

Se observó que en su mayoría las casas son construidas con materiales como carrizo, adobe, madera, lámina, entre otros, y son mínimas las construidas con material duradero.

CUADRO No.22

LUGAR DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS UTILIZADO POR
LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE
INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	LUGAR DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS								TOTAL	
	LETRINA		BARRANCA		RAS DE SUELO		OTROS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	20	20	4	4	7	7	3	3	34	34
GRADO II	6	6	24	24	0	0	0	0	30	30
GRADO III	9	9	24	24	1	1	2	2	36	36
TOTAL	35	35	52	52	8	8	5	5	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

El lugar más utilizado como eliminación de excretas por las señoras de las comunidades es la barranca, este rubro presentó en el grado III y grado II un 24% cada uno y en el grado I un 4%, dando un total de 52%.

Le siguió el rubro de la letrina, que en el grado I marca el 20%, en el grado III el 9% y por último el grado II con el 6%; le sigue el fecalismo al ras del suelo con las siguientes cifras: El grado I presentó 7% y el grado III el 1%.

Otros lugares no especificados por las señoras el grado I marco el 3% y el grado III el 2%.

Los sitios que utilizan las señoras para la eliminación de excretas no tienen la suficiente limpieza o cuidados para mantener un funcionamiento adecuado ya que se pudo percatar que por ejemplo, las letrinas tenían materia fecal en el suelo y alrededor de la taza, y muchas de ellas no estaban cercadas o cubiertas como se sugiere, tampoco les ponen cal que tiene la función de deshidratar el excremento evitando la humedad y así la proliferación de microorganismos. Sucede también que las que defecan en la barranca y al ras del suelo tampoco

cubren con cal o tierra la materia fecal dejandola al descubierto en el medio ambiente.

CUADRO No. 23

FAUNA DOMESTICA QUE CONVIVE CON LAS SEÑORAS Y LA RELACIÓN
QUE TIENE CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

FAUNA DOMÉSTICA	GRADO DE INFLAMACIÓN						TOTAL	
	GRADO I		GRADO II		GRADO III		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
PERROS, GALLINAS	0	0	0	0	4	4	4	4
GALLINAS, CERDOS	1	1	1	1	1	1	3	3
VACAS, BURROS	4	4	0	0	2	2	6	6
GATOS, PERROS, CHIVOS	0	0	3	3	0	0	3	3
PERROS, BURROS, GALLINAS	0	0	1	1	5	5	6	6
PERROS, BURROS, VACAS	4	4	0	0	1	1	5	5
BURROS, GALLINAS, CERDOS	0	0	2	2	1	1	3	3
PERROS, BURROS, CABALLOS	0	0	2	2	1	1	3	3
PERROS, BURROS, GALLINAS, CERDOS	2	2	1	1	5	5	8	9
PERROS, VACAS, BURROS, CERDOS	1	1	2	2	1	1	4	4
GATOS, PERROS, BURROS, GALLINAS.	0	0	1	1	2	2	3	3
GATOS, PERROS, VACAS, BURROS	1	1	0	0	2	2	3	3
PERROS, BURROS, VACAS, CABALLOS	2	2	0	0	0	0	2	2
PERROS, BURROS, CHIVOS, VACAS	2	2	0	0	0	0	2	2
PERROS, VACAS, BURROS, GALLINAS	4	4	0	0	0	0	4	4
GATOS, BURROS, GALLINAS, CABALLOS	2	2	0	0	0	0	2	2
VACAS, BURROS, GALLINAS, CERDOS	2	2	1	1	2	2	5	5
BURROS, GALLINAS, CHIVOS, CERDOS	0	0	3	3	0	0	3	3
GATOS, PERROS, BURROS, VACAS, CERDOS	3	3	1	1	2	2	6	6
TODAS LAS ANTERIORES	6	6	12	12	7	7	25	25
TOTAL	34	34	30	30	36	36	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1

Dentro de una comunidad rural es común observar la presencia de fauna doméstica ya sea para su alimentación o para el trabajo, sin embargo, el problema radica en las condiciones en que tengan a sus animales y el cuidado que les brindan ya que son útiles y a la vez fuente de infección.

La cuarta parte de la población (25%) mencionó que posee todos los animales que se citaron, de ahí el 12% presentó el grado II de inflamación, el 7% el grado III y el 6% grado I.

Las otras tres cuartas partes se encuentran distribuidas en los diferentes grupos de asociación que se fueron integrando, diluyéndose la información obtenida y así mismo la relación existente entre las variables establecidas.

Es importante señalar que al no haber límites ni cercas entre una propiedad y otra, los animales andan sueltos introduciéndose dentro de los hogares, haciendo sus necesidades de eliminación dentro y fuera de las casas.

CUADRO No. 24

FAUNA NOCTIVA QUE CONVIVE CON LAS SEÑORAS Y LA RELACIÓN
QUE TIENE CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

FAUNA DOMÉSTICA	GRADO DE INFLAMACIÓN						TOTAL	
	GRADO I		GRADO II		GRADO III		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
MOSCAS,MOSQUITOS,HORMIGAS	0	0	2	2	0	0	2	2
ARAÑAS,MOSCAS,MOSQUITOS	0	0	0	0	1	1	1	1
ARAÑAS,MOSCAS,ROEDORES	0	0	0	0	1	1	1	1
ARAÑAS,MOSCAS,ROEDORES,CUCARACHAS	3	3	0	0	1	1	4	4
MOSCAS,CUCARACHAS,MOSQUITOS,HORMIGAS	2	2	0	0	0	0	2	2
ARAÑAS,MOSCAS,ROEDORES,ALACRANES	0	0	1	1	0	0	1	1
MOSCAS,ALACRANES,MOSQUITOS,HORMIGAS	0	0	0	0	2	2	2	2
ARAÑAS,MOSCAS,MOSQUITOS,HORMIGAS	0	0	0	0	1	1	1	1
MOSCAS,ROEDORES,CUCARACHAS,MOSQUITOS	4	4	1	1	1	1	6	6
TODAS LAS ANTERIORES	25	25	26	26	29	29	80	80
TOTAL	34	34	30	30	36	36	100	100

FUENTE: Ibidem Cuadro No. 1

Todas las regiones geográficas cuentan con ecosistemas muy particulares, aún en la misma zona existe tal variedad de vida que el hombre al convivir con esta se ve afectado de manera positiva para encontrar alimento y de manera negativa cuando se enferma por el contacto con agentes patógenos y vectores que en este caso es la fauna nociva.

De las mujeres que presentaron un grado III de inflamación hicieron referencia que en sus hogares o alrededor de ellos existe toda la fauna nociva que se pregunto (moscas, mosquitos, hormigas, arañas, roedores, cucarachas y alacranes), las de grado II con el 26% y las de grado I con el 25% del proceso inflamatorio, con lo cual se hace un 80% de la existencia total de vectores las cuales por la casi semejanza de porcentaje no es tan notoria la relación entre las variables.

Sin embargo, es importante hacer notar que este tipo de fauna cohabita directamente con las familias de las señoras encuestadas y que tienen el acceso libre a los focos de contaminación (heces fecales de animales y humanos, basura, agua encharcada, etc.) lo cual aumenta considerablemente los

procesos de infección.

CUADRO No. 25

FECHA DE LA ÚLTIMA TOMA CITOLÓGICA REALIZADA EN LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	FECHA DE LA ÚLTIMA CITOLOGÍA								TOTAL	
	PRIMERA VEZ		MENOS DE UN AÑO		1 A 4 AÑOS		MÁS DE 4 AÑOS		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	23	23	4	4	3	3	4	4	34	34
GRADO II	30	30	0	0	0	0	0	0	30	30
GRADO III	33	33	1	1	1	1	1	1	36	36
TOTAL	86	86	5	5	4	4	5	5	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

En cuanto a la fecha de última citología realizadas a las señoras y su relación con el grado de inflamación se observó que en el bloque de primera vez el 33% presentó un grado III de inflamación, el 30% grado II y el 23% el grado I, lo que suma el 86% del total de la población; en cuanto a los grupos de menos de un año y más de cuatro años presentaron los mismos porcentajes: Para el grado I de inflamación el 4% y para el grado III el 1%, lo cual dio el 5% en cada bloque.

Al analizar estas cifras se observó que la mayoría de las señoras que presentaron algún grado de inflamación son las que se tomaron la citología por primera vez, lo cual indica que la relación entre estas dos variables si se da, por lo menos en el primer rubro.

Cabe preguntarse cuantas señoras están en las mismas condiciones, pero al no contar con un registro, como es la toma del Papanicolaou, se desconocen las cifras, amén de no recibir un tratamiento y seguimiento adecuado por los servicios de salud.

DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO OBSERVADO EN LAS SEÑORAS
Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	DIAGNÓSTICO CITOLÓGICO																	
	NEGATIVO		NEGATIVO CON PROC. INFLA		DISPLASIA LEVE		DISPLASIA MODERADA		DISPLASIA GRAVE		EPIDERMIOIDE IN SITU		EPIDERMIOIDE LEVE		ADENOCAR- CINOMA		TOTAL	
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	0	0	34	34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	34	34		
GRADO II	0	0	30	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	30	30		
GRADO III	0	0	36	36	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	36	36		
TOTAL	0	0	100	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100		

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1

El resultado que se obtuvo de los exámenes de Papanicolaou practicado a las señoras es el de negativo con proceso inflamatorio de ahí el grado III tiene un porcentaje de 36%, el grado I el 34% y el grado II el 30%, dando el total de 100%, de acuerdo con los resultados obtenidos se deduce que en muy poco tiempo las señoras pueden presentar algún tipo de displasia si no reciben tratamiento médico oportuno y el seguimiento correspondiente.

En los demás rubros no se reportan resultados, por lo menos en este estudio.

CUADRO No. 27

AGENTES CAUSALES QUE SE PRESENTARON CON MAYOR
FRECUENCIA EN LAS SEÑORAS Y SU RELACIÓN CON
EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	AGENTE CAUSAL										TOTAL			
	BACTERIAS						TRICOMONAS BACTERIAS	HONGOS BACTERIAS	NO HAY					
	MIXTA		BACILOS		COCOS		Fo	%	Fo	%	Fo	%		
	Fo	%	Fo	%	Fo	%							Fo	%
GRADO I	2	2	25	25	4	4	1	1	2	2	0	0	34	34
GRADO II	3	3	20	20	4	4	0	0	0	0	3	3	30	30
GRADO III	4	4	21	21	9	9	0	0	2	2	0	0	36	36
TOTAL	9	9	66	66	17	17	1	1	4	4	3	3	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1.

En la citología exfoliativa practicada a las mujeres se reportan los siguientes agentes causales y la relación existente con los procesos inflamatorios:

El 92% del total de la población estudiada presentó como agente causal a las bacterias, ocupando los báculos el 66%, es decir más de la mitad de la población, y de ellos el 25% está en el grado I, el 20% y 21% en grado II y III respectivamente. Le siguió en porcentaje los cocos con el 17%, el grado III presenta el 9% y los grados II y I el 4% cada uno. Por último se observó con 9% a las bacterias mixtas ocupando en orden decreciente con 4%, 3% y 2% los procesos inflamatorios III, II y I respectivamente.

Le siguió con 4% los hongos asociados con bacterias, el 3% sin presencia de agentes y por último el 1% que presentó tricomonas asociadas con bacterias.

Como se aprecia la mayor frecuencia de agentes causales es por bacterias solas o asociadas con otro tipo de agente causal las cuales dan origen a los diversos grados de inflamación.

Solamente en el rubro "no hay" se observó el 3% en el grado II de proceso inflamatorio, esto puede deberse, según la bibliografía, a cuerpo extraños (papel, DIU, otros) lo cual da origen al grado de inflamación.

CUADRO No. 28

CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL COLOR DEL FLUJO QUE
PRESENTARON LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL
GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	COLOR DEL FLUJO								TOTAL			
	SIN COLOR		AMARILLO VERDOSO		BLANCO LECHOSO		PARDUZCO		BLANCO GRUMOSO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
GRADO I	10	10	0	0	19	19	0	0	5	5	34	34
GRADO II	9	9	0	0	12	12	3	3	6	6	30	30
GRADO III	7	7	2	2	18	18	4	4	5	5	36	36
TOTAL	26	26	2	2	49	49	7	7	16	16	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1.

El flujo vaginal es transparente, ligeramente opaco en cierto momento del ciclo hormonal, dentro de lo normal, pero la presencia de cuerpos extraños en vagina o útero o agentes patógenos condiciona la alteración del color del flujo. Por ejemplo el espumoso cuando presenta burbujas es sospechoso de tricomonas; el grumoso o aspecto de leche cuajada cuando es mezcla de detritos celulares y gérmenes es típica de moniliasis; cremoso o mezcla de moco con pus abundante puede ser originado por gérmenes inespecíficos o gonococos.

En un 49 % de las señoras el flujo es blanco lechoso, en donde el 19% presentó grado I, 18% grado III y 12% grado II.

El 26% del total no presentaron color sospechoso, de éstas el 10% recae en el grado I, 9% en el grado II y el 7% en el grado III. Un 16% de las señoras presentan flujo blanco grumoso, y de ahí 6% tienden a grado II de inflamación y los de grado III y I presentan 5% cada uno.

En menor incidencia con el 7% las que presentan un color pardusco y sólo el

2% las que presentan un flujo amarillo verdoso con un grado III de inflamación.

La ignorancia del flujo normal y del patológico influye para la incidencia y prevalencia de los procesos inflamatorios en las señoras.

CUADRO No. 29

CARACTERÍSTICAS EN CUANTO AL OLOR DEL FLUJO QUE PRESENTARON
LAS MUJERES Y SU RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

GRADO DE INFLAMACIÓN	OLOR DEL FLUJO								TOTAL	
	INOLORO		FETIDO		AGRIO		PESCADO DESCOMPUESTO			
	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%	Fo	%
GRADO I	7	7	5	5	5	5	17	17	34	34
GRADO II	17	17	6	6	3	3	4	4	30	30
GRADO III	19	19	3	3	7	7	7	7	36	36
TOTAL	43	43	14	14	15	15	28	28	100	100

FUENTE: *Ibidem* Cuadro No. 1.

El tipo de lesión o de microorganismos presentan también un olor característico como el de fétido que es causado por protozoos o tricomonas, el de hongos es agrio, etc.

Al tomar la muestra del flujo vaginal el olor percibido variaba en cada una de ellas, el de mayor registro con 43% sin olor (al menos en la bibliografía no es sospechosos de padecimiento alguno).

El olor parecido a "pescado descompuesto" (característico a la vaginosis bacteriana) presentó un 28% del total de la población estudiada, el 17% es para las del grado I, el 7% de grado III y el 4% las de grado II del proceso inflamatorio existente.

Con el olor característico de agrio se encuentra con 15% a este rubro, presentando con 7% un grado III de inflamación, 5% grado I y el restante 3% en grado II.

Con olor fétido se obtuvo al 14% del total de la muestra, el grado II presenta 6%, el grado I 5% y el el grado III 3% de los procesos inflamatorios.

CUADRO No. 30

SÍNTOMAS QUE MANIFESTARON LAS SEÑORAS Y SU
RELACIÓN CON EL GRADO DE INFLAMACIÓN

SÍNTOMAS MANIFESTADOS	GRADO DE INFLAMACION						TOTAL	
	GRADO I		GRADO II		GRADO III		Fo	%
	Fo	%	Fo	%	Fo	%		
ARDOR	5	5	1	1	2	2	8	8
PRURITO	4	4	4	4	7	7	15	15
DISPAREUNIA	4	4	0	0	2	2	6	6
SANGRADO AL COITO	0	0	0	0	1	1	1	1
SANGRADO ANORMAL	0	0	0	0	1	1	1	1
ARDOR, PRURITO	1	1	14	14	11	11	26	26
ARDOR, PRURITO, DISPAREUNIA, SANGRADO AL COITO	5	5	4	4	6	6	15	15
ARDOR, PRURITO, DISPAREUNIA	7	7	4	4	3	3	14	14
PRURITO, DISPAREUNIA	8	8	3	3	1	1	12	12
PRURITO, SANGRADO AL COITO	0	0	0	0	2	2	2	2
TOTAL	34	34	30	30	36	36	100	100

FUENTE:

Ibidem Cuadro No. 1.

Los síntomas que se manifiestan se originan por la presencia de microorganismos patógenos existentes en la región vulvoperineal, los cuales provocan alteraciones en vulva, vagina y cérvix, que van de una simple irritación, prurito, ardor hasta llegar al sangrado anormal.

En el grupo en estudio se observó que el 26% presentaron ardor y prurito, de éstos el 14% recae en el grado II y el 11% en el grado III de inflamación.

Le sigue con 15% el rubro de prurito siendo el de mayor incidencia el referente al grado III con el 7%; le sigue el bloque referente a ardor, prurito, dispareunia y sangrado al coito también con el 15%, de ahí el 6% recae en grado III y con 5% y 4% en grados I y II respectivamente.

Le continuaron con el 14% el rubro de ardor, prurito y dispareunia; el 12% el de prurito y dispareunia; con el 8% el de ardor; 6% dispareunia; 2% prurito y sangrado al coito y por último con 1% los bloques de sangrado al coito y sangrado anormal.

Ahora bien la relación existente entre los síntomas y el grado de inflamación es significativa ya que éstos son una de las formas de manifestarse nuestro organismo ante la presencia de un padecimiento que rompe su equilibrio normal.

3. CONCLUSIONES.

3. CONCLUSIONES

En el transcurso de las visitas a las diferentes comunidades se observaron características afines en relación a las infecciones cervico-vaginales, lo cual dió motivo a investigar las causas de las mismas. El tema a investigar llevó por título el siguiente:

“FACTORES QUE CONDICIONAN LA FRECUENCIA DE PROCESOS INFLAMATORIOS CERVICO-VAGINALES DE LAS MUJERES EN EDAD FÉRTHIL Y CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LAS COMUNIDADES LOS AMATES, ATEMPA Y SAN ÁNGEL DEL MUNICIPIO CHILAPA DE ALVAREZ, EN EL ESTADO DE GUERRERO”.

Los objetivos planteados para la realización del mismo fueron:

OBJETIVO GENERAL:

Analizar como repercuten los factores que condicionan la frecuencia de los procesos inflamatorios cervico-vaginales en las mujeres con edad fértil y con vida sexual activa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Identificar el grado de información relacionada con aspectos sexuales en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa.

Conocer los hábitos higiénicos de las mujeres y su repercusión en la frecuencia de los procesos inflamatorios cervico-vaginales.

Detectar las condiciones ambientales en las cuales se desenvuelven las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa.

Detectar la frecuencia de procesos inflamatorios cervico-vaginales en las mujeres en edad fértil y con vida sexual activa a través de la citología vaginal.

Las conclusiones a las que se llegaron son:

De acuerdo al grupo de edad se encontraron a mujeres jóvenes como adultas maduras con lo cual se puede concluir que la muestra obtenida es representativa al lograr enmarcar a gente de diferentes grupos de edad, con ideología y nivel cultural distinto.

En relación al inicio de vida sexual activa se apreció que la mayoría de ellas la inicia a una edad temprana, con lo cual se predisponen a padecer enfermedades ginecológicas las cuales al no ser tratadas oportunamente pueden dar como resultado complicaciones como las neoplasias.

Así mismo la mayoría manifestó haber tenido sólo un compañero sexual, sin embargo, todas cursaron con algún grado de inflamación, lo que puede relacionarse con el hecho de que la población masculina presenta un nivel de migración debido a las condiciones económicas precarias, desconociendo el tipo de relaciones sexuales establecidas durante los viajes que los maridos realizan.

Los hábitos higiénicos son medidas que coadyuvan al buen estado de salud físico, social y psicológico. La mayoría realiza el baño de manera completa, intradomiliaria y con una frecuencia de cada tercer día, utilizando agua que traen de ríos, pozos y manantiales, dicha agua no tiene un tratamiento adecuado y aún sabiendo que está contaminada con desechos orgánicos tanto de animales como de humanos, así la consumen.

Como es gente que se dedica a labores de campo, en tiempos de cuidados de la siembra llegan a pasar varios días sin que se realicen un baño adecuado, con lo cual se agudizan los problemas de higiene común.

En lo referente al cambio de ropa interior se observó que lo llevan a cabo cada tercer día, siendo el material de elaboración el nylon y el algodón con lo cual se apreció que contrario a la bibliografía, el uso de telas naturales, en este caso, no reducen la aparición de infecciones.

En cuanto al aseo vulvoperineal se notó que no tienen conocimiento de la importancia de esta técnica puesto que la mayoría lo realiza indistintamente.

(de adelante hacia atrás y de atrás hacia adelante), lo cual es un factor importante para la transportación de microorganismos de la región anal al orificio vaginal.

Otra actividad sencilla y eficaz en la profilaxis de enfermedades es el aseo de manos según las encuestas todas contestaron que si realizan el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, sin embargo, al visitar las comunidades se observó que no todas lo realizan y otras lo hacen deficientemente. En cuanto al lavado de manos antes de practicar la relación genital no se obtuvo ningún dato debido a que son cuestiones íntimas que causan malestar al preguntarles.

En cuanto al aseo vulvoperineal y el uso de protección femenina durante la menstruación se encontró que prevalece la técnica de aseo de adelante hacia atrás pero es persistente la presencia de procesos inflamatorios en alguno de los tres grados (siendo de mayor incidencia grado I y III). Sin embargo, de las que se hacen el aseo de atrás hacia adelante en su mayoría presentaron un grado avanzado de inflamación, ya que por medio de arrastre mecánico se

introducen en el introito vaginal microorganismos patógenos provenientes de la región anal.

Otro factor importante es el uso de lienzos durante la menstruación (que es el material predominante) ya que la sangre, aunado al medio ambiente cálido de la región vulvoperineal y las deficientes medidas higiénicas, son factores idóneos para la proliferación de agentes patógenos.

En relación a aspectos sexuales se encontro la existencia de creencias que son originadas por la tradición existente, la ignorancia y aspectos religiosos.

Así mismo se consideró que este aspecto es de suma importancia porque es en el aparato reproductor donde se inician los procesos inflamatorios cervicovaginales, llegando a desarrollar una diversidad de patologías e incluso el cáncer.

Con respecto a los nombres que integran los aparatos reproductores femenino y masculino se observó el deficiente conocimiento de ellos con lo cual al

ignorarlos no se les da una atención específica.

En cuanto a enfermedades de transmisión sexual se encontró que solamente han oído mencionar a la gonorrea y la sífilis, pero desconocen en sí en que consisten estas enfermedades.

Según el tipo de relación genital el 100% manifestó que practican únicamente la posición del "misionero" desconociendo la existencia de otro tipo de modalidad.

Referente a los cuidados que deben tener antes y después de la relación vemos que la mayoría no saben o desconocen lo que hay que hacer; el 5% de las señoras mencionaron que hay que limpiarse y sólo una mencionó que hay que bañarse. La importancia en este rubro radica en que la higiene después del acto sexual elimina las secreciones que favorecen la presencia de infecciones al actuar como un medio adecuado de las mismas.

Se apreció que el grado de conocimientos es deficiente coadyuvando

notablemente a la existencia, prevalencia y agravamiento del aparato reproductor.

Independientemente del tipo de abastecimiento de agua se notó que ésta no es tratada previo a su uso lo cual facilitó las infecciones en las señoras, puesto que ésta se contamina tanto con excretas de animales como de seres humanos, además de basura y tierra.

El hacinamiento también es notable ya que no cuentan con el número adecuado de habitaciones para cada uno de ellos, aunado a esto la existencia de fauna nociva y doméstica, ya que cohabitan con ellos incluso dentro de sus hogares.

En cuanto a la fecha de la última toma citológica se observó que el 5% se la han tomado en menos de un año y que el 86% son de primera vez, como se pudo apreciar, que a pesar que se les dió una plática previa a la toma del Papanicolaou, la mayoría fueron mujeres que nunca se habían hecho la prueba, lo que demostro que se interesaron en su salud.

De acuerdo con el resultado citológico el 100% cursó con algún grado de inflamación, predominando el grado III con 36%, el grado I con 34% y grado II con 30%, como se observó no hay una gran diferencia entre los datos obtenidos.

Según el agente etiológico se notó que predominaron las bacterias, ocupando los bacilos el primer lugar; también el 3% no presentó ningún tipo de agente causal por lo cual el proceso inflamatorio es originado por agentes físicos o químicos.

Referente al flujo vaginal que se observó al momento de la toma y posteriormente a la realización de la entrevista se detectó que la mayoría desconoce las características naturales de su flujo, lo cual influye para que al no conocerlo no puedan diferenciar cuando está alterado este mismo.

De igual forma la presencia de olor que sintomatológicamente indica las alteraciones o lesiones en el organismo, pero que al ser cuestiones íntimas les era incomodo mencionar, con lo cual no reciben un tratamiento adecuado al

problema que presentan.

Por lo mencionado con antelación se pudo afirmar que se cumplieron los objetivos trazados al inicio de la investigación.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN.

En las comunidades rurales dispersas del municipio de Chilapa, Guerrero, es necesario mejorar la calidad en el otorgamiento de los servicios de salud, por lo que es conveniente que las autoridades de salud como son: el director general operativo de los servicios estatales de salud, el jefe de la jurisdicción sanitaria 03 centro, el coordinador médico jurisdiccional del programa de estrategia de extensión de cobertura, el encargado del programa de detección oportuna de cancer y el coordinador médico de los servicios estatales de salud en el municipio de Chilapa, procuren tener una mejor organización, ya que son los responsables de guiar a toda su agrupación hacia el éxito total en la prestación de los servicio de salud que la población requiere, como es el caso de la población en donde se realizó esta investigación mujeres en edad fértil y con vida sexual activa en las comunidades Los Amates, Atempa y San Angel.

Otras alternativas que se proponen van dirigidas específicamente para ser realizadas en las comunidades y son las siguientes:

Organizar conjuntamente con las supervisoras de auxiliares de salud,

auxiliares de salud, autoridades formales y no formales de la comunidad (comisarios, maestros, parteras empíricas, médicos tradicionales y líderes natos) para divulgar los siguientes temas de educación para la salud:

- Higiene personal.
- Higiene de la vivienda.
- Higiene del medio ambiente.
- Sexualidad humana.
- Paternidad responsable.
- Planificación familiar.
- Infecciones cervico-vaginales.
- Enfermedades de transmisión sexual y sexo seguro.
- Detección oportuna de cáncer cervico-uterino y mamario.
- Salud mental.
- Orientación educativa.

Llevar a cabo el programa de detección oportuna, tratamiento y seguimiento

del cáncer cervico-uterino y mamario por parte de las autoridades responsables del programa en coordinación con las supervisoras de auxiliares de salud y las auxiliares de salud en las comunidades.

Poner en marcha programas encaminados al mejoramiento de la salud (como letrinización, creación de chiqueros, lavaderos colectivos o públicos, saneamiento de las fuentes abastecedoras de agua, drenaje, baños intradomiciliarios, etc.) en conjunto con las autoridades municipales, jurisdicción sanitaria y la comunidad.

Construir un depósito para el almacenamiento del agua en las comunidades, quienes verán por la limpieza del mismo y el tratamiento del agua.

Elaborar y llevar a cabo programas por parte de las autoridades mencionadas acordes a la situación real de cada comunidad, en cuanto a:

- Educación para adultos.
- Actividades encaminadas a la educación e integración familiar.

- Actividades encaminadas a la educación e integración familiar.
- Fomentar la autorealización y valoración personal.
- Crear talleres de oficios acordes a la producción de la región.

5. ANEXOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.
CEDULA DE ENTREVISTA PARA EL PROYECTO DE
INVESTIGACIÓN.

1. Ficha de identificación.

- 1.1 Comunidad _____ 1.2 Municipio _____
1.3 Jurisdicción _____ 1.4 Nombre _____
1.5 Edad _____ 1.6 Estado civil _____
1.7 Domicilio _____
1.8 Lugar de procedencia _____
1.9 Sabe leer: si () no () _____
1.10 Sabe escribir: si () no () _____
1.11 Grado máximo de estudios _____

2. Datos gineco-obstétricos.

- 2.1 Menarca _____ 2.2 Gesta _____ 2.3 Para _____
2.4 Aborto _____ 2.5 Cesárea _____ 2.6 Edad del primer
embarazo _____ 2.7 Fecha del último parto o aborto _____
2.8 histerectomía _____
2.9 Inicio de vida sexual activa _____
2.10 Número de parejas sexuales _____
2.11 Fecha de la última regla _____
2.12 Menopausia _____

3. Métodos de planificación familiar.

- 3.1 Hormonal inyectable _____ 3.2 Hormonal oral _____
3.3 Método de barrera _____ 3.4 D.I.U. _____
3.5 O.T.B. _____ 3.6 Otro (especificar) _____
3.7 Ninguno _____

4. Hábitos higiénicos.

- 4.1 Frecuencia de baño: Diario (), cada tercer día (), semanal (), más de ocho días ().
- 4.2 Sitio de baño: Río (), intradomiciliario ().
- 4.3 Tipo de baño: Total (), parcial ().
- 4.4 Frecuencia del cambio de ropa interior: Diario (), cada tercer día (), semanal (), más de ocho días (), no usa ().
- 4.5 Material utilizado en la elaboración de la ropa interior: Lycra (), algodón (), nylon (), otros (), especificar _____
- 4.6 Tipo de aseo perianal: De adelante hacia atrás (), de atrás hacia adelante (), ambas (), duchas vaginales ().
- 4.7 Material que usa para el aseo: Papel higiénico (), papel periódico (), hoja de elote (), hoja de plantas (), piedra (), otros (), especificar _____
- 4.8 Medidas higiénicas durante el periodo menstrual:
Toallas sanitarias (), trozo de tela (), otro (), especificar _____
- 4.9 Técnicas de cambio: De adelante hacia atrás (), de atrás hacia adelante ().
- 4.10 Lavado de manos: Antes de comer (), después de ir al baño (), antes de la relación genital ().
5. Grado de información sexual.
- 5.1 ¿Qué órganos integran el aparato reproductor femenino?

- 5.2 ¿Qué órganos integran el aparato reproductor masculino?

- 5.3 ¿Qué padecimientos de transmisión sexual conoce?

- 5.4 Tipo de relación genital: Cunnilingus (), fellatio (), anal ().
- 5.5 ¿Qué cuidados debe tener antes y después de tener relaciones genitales?

6. Condiciones ambientales.

- 6.1 Fuentes de abastecimiento de agua: Manantial (), río (), pozo (), laguna (), otros (), especificar _____

- 6.2 Número de habitantes por casa _____
- 6.3 Número de habitaciones de la casa _____
- 6.4 Eliminación de excretas: Letrina (), barranca (), al ras del suelo (), otros (), especificar _____
- 6.5 Fauna doméstica: Gatos (), perros (), vacas (), burros (), gallinas (), chivos (), cerdos (), caballos (), otros (), especificar _____
- 6.6 Fauna nociva: Arañas (), moscas (), roedores (), alacranes (), cucarachas (), mosquitos (), hormigas (), otros (), especificar _____

7. Procesos inflamatorios cervico-vaginales.

7.1 Toma de muestras citológicas anteriores: si (), no ().

7.2 Fecha de la última muestra: _____

8. Signos y síntomas.

8.1 Presencia de flujo: si (), no ().

Color: Claro mucoso (), amarillo verdoso espumoso (), blanco lechoso (), parduzco (), blanco grumoso (), otros (), especificar _____

Olor: Inodoro (), fétido (), agrio (), pescado descompuesto ()

8.2 Síntomas referidos: Ardor (), prurito (), dispareunia (), disuria (), sangrado al coito (), otros (), especificar _____



SISTEMA NACIONAL DE SALUD
SECRETARÍA DE SALUD
SOLICITUD Y RESULTADO DE CITOLOGÍA GINECOLÓGICA
(EXAMEN DE PAPANICOLAU)

FORMA 20

1	INSTITUCIÓN	SSA	INSS	ISSSTE	SDM	MARINA	DIF	PEMEX	PRIVADA	OTRA	
	NOMBRE DEL AREA APLICATIVA		JURISDICCION O FILIALIDAD		ENTIDAD		ADJUNTA		CÓDIGO DEL LABORATORIO		
2	APELLIDO PATERNO		NOMBRE		EDAD		ESCOLARIDAD MAXIMA		TEL. EN SU LOCALIDAD		
	CALLE		CÓDIGO		MUNICIPIO DE ORIGIN		ENTIDAD		TELÉFONO		
3	ÚLTIMA CITOLOGÍA <input type="checkbox"/> (1=1 vez 2=2 veces de un año 3=3 a 6 mos. 4=núm. de años)										
4	ANTECEDENTES										
	FUMA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> (1=1 año 2=2 años)		PARAS <input type="checkbox"/>		¿CUANTOS CIGARILLOS AL DÍA? <input type="checkbox"/>		ABORTOS <input type="checkbox"/>		CESARIAS <input type="checkbox"/>		
	MENARCA <input type="checkbox"/>		GESTAS <input type="checkbox"/>		PARAS <input type="checkbox"/>		ABORTOS <input type="checkbox"/>		CESARIAS <input type="checkbox"/>		
	EDAD DEL EMBARAZO <input type="checkbox"/> años		PARTO COMPLETO CIEN POR CIENTO <input type="checkbox"/> (1=1 2=2)		INTERSECCIONES <input type="checkbox"/> (1=1 2=2)						
	FUR <input type="checkbox"/>		MIOMIALSIS <input type="checkbox"/> (1=1 2=2)								
	INICIO DE VIDA SEXUAL <input type="checkbox"/> años		NÚMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES <input type="checkbox"/>								
	PLANIFICACION FAMILIAR ACTUAL										
	NINGUNO <input type="checkbox"/>		MÉTODOS DE BARRERA (LATEX, CONDÓN) <input type="checkbox"/>		HORMONAL ORAL <input type="checkbox"/>		HORMONAL INYECTADO <input type="checkbox"/>				
	DIU <input type="checkbox"/>		SALUD OCULAR <input type="checkbox"/>		OTROS <input type="checkbox"/>		TIEMPO DE USO <input type="checkbox"/> meses				
	DIAGNOSTICO ANTERIOR DE INFECCION VAGINAL PERSISTENTE <input type="checkbox"/> (1=1 2=2)										
	TRATAMIENTOS PREVIOS <input type="checkbox"/> BIOSIS <input type="checkbox"/> CIRUGIA <input type="checkbox"/> ELECTRODIAGNOSIS <input type="checkbox"/> CRIOCIRUGIA <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>										
5	MOMOS Y SÍNTOMAS ACTUALES										
	<input type="checkbox"/> AMILINDO		<input type="checkbox"/> LEUCORRÉA		<input type="checkbox"/> FLUJO CON SANGRE		<input type="checkbox"/> DOLOR AL COITO		<input type="checkbox"/> SANGRADO AL COITO		
	<input type="checkbox"/> SANGRADO ANORMAL		<input type="checkbox"/> ULCERACION		<input type="checkbox"/> POLIPO		<input type="checkbox"/> TUMORACION		<input type="checkbox"/> CONDILOMAS		
6	IMPRESION DIAGNOSTICA CLINICA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> BENIGNA <input type="checkbox"/> MALIGNA <input type="checkbox"/>										
	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA TOMA										
7	DIAGNOSTICO CITOLOGICO										
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO		<input type="checkbox"/> EPIDERMODE IN SITU (NIC III)		<input type="checkbox"/> V. PAPILOMA						
	<input type="checkbox"/> NEGATIVO CON PROCESO INF.		<input type="checkbox"/> EPIDERMODE INVASOR		<input type="checkbox"/> V. HERPES						
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA LEVE (NIC I)		<input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA		<input type="checkbox"/> TRICOMONAS						
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA MODERADA (NIC II)		<input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> BACTERIAS						
	<input type="checkbox"/> DISPLASIA GRAVE (NIC III)		<input type="checkbox"/> MUY FUERTEMENTE PARA DIAGNOSTICO		<input type="checkbox"/> HONGOS						
	CALIDAD DE LA TOMA <input type="checkbox"/> MALA TOMA		<input type="checkbox"/> INTENSA REACCION INFLAMATORIA		<input type="checkbox"/> SANGRE		<input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL				
	<input type="checkbox"/> MAL PRECISEMIENTO POR		<input type="checkbox"/> MALA FIJACION		<input type="checkbox"/> MALA TINCION		<input type="checkbox"/> OTRO		<input type="checkbox"/> METAPLASIA		
8	RECOMENDACIONES										
	<input type="checkbox"/> REPETIR ESTUDIO PARA CONTROL EN <input type="checkbox"/> meses		PESAR A SERVICIO		<input type="checkbox"/> CENTRO DE SALUD		<input type="checkbox"/> CLINICA DE DISPLASIA				
	<input type="checkbox"/> REPETIR ESTUDIO POR TOMA INADECUADA				<input type="checkbox"/> GINECOLOGIA		<input type="checkbox"/> ONCOLOGIA				
9	OBSERVACIONES:										
	NÚMERO CITOLÓGICO										
	FECHA DE INTERPRETACION		LABORATORIO		NOMBRE DEL CITÓLOGO O TÉCNICO						

BIBLIOGRAFÍA

- 01.- A.M.H.G.O. No. 3 IMSS.
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. 3ra, ed. México D.F. 1991.
Ed. Méndez Oteo. pp 1030.
- 02.- Aviles Marin, Martha.
FACTORES QUE INTERACTUAN EN LA PRESENCIA DE
CERVICOVAGINITIS EN MUJERES EN EDAD FÉRTIL Y VIDA
SEXUAL ACTIVA EN LA COMUNIDAD DEL AMATE AMARILLO
DE CHILAPA DE ALVAREZ, GRO. Tesis Profesional. México, D.F.
1995. PP 127.
- 03.- Calvo B., Socorro.
EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN LA ESCUELA. Ed. Diaz de
Santos. México. 1992. pp 762.
- 04.- Cagnon, J.H.
SEXUALIDAD Y CULTURA. ED. PAX-MÉXICO. México. 1987. pp
308.
- 05.- Flores Fernández, Veronica.
RELACIÓN ENTRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
(HORMONALES, PRESERVATIVOS Y D.I.U.), EMBARAZOS
PREVIOS, FRECUENCIA DEL COITO, HÁBITOS HIGIENICOS Y LA
PRESENCIA DE PROCESOS INFLAMATORIOS DEL CERVIX,
DETECTADOS A TRAVÉS DE LA CITOLOGÍA VAGINAL EN
MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA DE LA JURISDICCIÓN
SANITARIA No. 4 PATZCUARO, MICH. 1991. Tesis Profesional.
México, D.F. 1992. pp 212.
- 06.- Hernández P., Méndez C. y Vallejo V.
FACTORES QUE DETERMINAN LA PRESENCIA DE INFECCIONES
CERVICO-VAGINALES EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA
DE LOS MÓDULOS DE COTIJA, CHILCHOTA E IXTLAN EN
ZAMORA. MICHOACÁN. Tesis Profesional. México, D.F. 1995. pp 139.

- 07.-Jones, Howard y cols.
TRATADO DE GINECOLOGÍA DE NOVAK. 11va. ed. Ed. Interamericana. México, D.F. 1994. pp 821.
- 08.- Leslie McCary, James.
SEXUALIDAD HUMANA DE McCARY. 4ta., ed. Ed. El Manual Moderno. México, D.F. 1993. pp 393.
- 09.- López L., María.
SALUD PÚBLICA. Ed. Interamericana. México. 1993. pp 212.
- 10.- Mondragón C., Héctor.
GINECOLOGÍA BÁSICA ILUSTRADA. 4ta. ed. Ed. Trillas. México. 1991. pp 510.
- 11.-Mondragón C., Héctor.
OBSTETRICIA BÁSICA ILUSTRADA. 4ta. ed. Ed. Trillas. México. 1992. pp 822.
- 12.- Paredes Pacheco, Xochitl.
FACTORES QUE CONDICIONAN LA FRECUENCIA DE INFECCIONES CERVICO-VAGINALES EN MUJERES CON VIDA SEXUAL ACTIVA Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO OTORGADO EN LAS COMUNIDADES CORRESPONDIENTES AL MÓDULO URUAPAN EN URUAPAN, MICHOACÁN. Tesis Profesional. México, D.F. 1995. pp 99.
- 13.- Perca J., Eulio.
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA. Ed. Doyma. México, D.F. 1992. pp 1131.
- 14.- Pernol M. y Benson R.
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECO-OBSTETRICO. 5ta. ed. Ed. El Manual Moderno. México. 1991. pp 1990.

- 15.- Prifehard A., Jack, et al.
WILLIAMS OBSTETRICIA. Ed. Salvat. México, D.F. 1992. pp 900.
- 16.- R. Mercado, Ernesto.
EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Ed. Limusa. México. 1990. pp 919.
- 17.- Robert Willson.
GINECO-OBSTETRICIA. Ed. El Manual Moderno. Mexico. 1991.
pp 798.
- 18.- Roper N.
DICCIONARIO DE ENFERMERÍA. 16va. ed. Ed. Interamericana.
México. 1990. pp 399.
- 19.- S.S., D.G.P.E.
ESTRATEGIA DE EXTENSIÓN DE COBERTURA. México, D.F. 1993.
pp 37.
- 20.- Servicios Estatales de Salud.
PROGRAMA ESTATAL DE DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y
CONTROL DEL CANCER CERVICO-UTERINO Y MAMARIO.
Chilpancingo, Gro. 1994. pp 29.
- 21.- Tortora y Anagnostacos.
PRINCIPIOS DE ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA. Ed. Harla. México.
1991. pp 29.
- 22.- Weren y Lobo.
MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA. 3ra. ed. Ed.
Interamericana. México. 1991. pp 392.