

00921
77



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE PREVENCION REPRODUCTIVA DEL CIMIGen

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

P R E S E N T A :

GONZALEZ REMIGIO ADAN

No. CTA. 9307555-8



DIRECTOR DEL TRABAJO LIC. ENFERMERIA Y OBSTETRICIA:
LETICIA HERNANDEZ RODRIGUEZ
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA



a



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**TESIS
FALLA
DE
ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

*Mi enorme agradecimiento
para la Licenciada Leticia Hernández,
por aceptar la tutoría de este trabajo,
por la paciencia y tiempo para el mismo.
Agradezco profundamente su enseñanza,
durante la integración de este trabajo tan
importante en mi vida académica.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS

*Doy gracias a la vida,
por la maravillosa oportunidad de nacer y estar vivo,
y tener la hermosa posibilidad de disfrutar
de cada uno de los días de vida.*

*Dedico profundamente a mi MAMA y PAPA,
por tantos días de esfuerzo, tantos desvelos y preocupaciones,
invertidos en mi persona,
con este trabajo les hago constancia que su esfuerzo
ahora tiene los primeros resultados.*

*A mis hermanas por apoyarme de diversa maneras
durante todas las etapas de mi vida
y por ser parte de este trabajo.*

*A Yohana y a mi amada OSIRIS,
por apoyarme durante los últimos años,
que indudablemente
han sido los más difíciles y los más maravillosos,
que he tenido en vida.*

*Osiris espero que el día de mañana,
tengas la hermosa posibilidad de leer esta
tan especial dedicatoria. Te amo mamita.*

*A mi mejor amigo de los últimos años
Marco Antonio, por enseñarme el verdadero
significado de la amistad y por estar así,
en los momentos difíciles.*

*A todos mis profesores por su enseñanza
y dedicación para mi formación,
especialmente para la Maestra Rosa María Ostiguín Meléndez
por estimularme a seguir adelante en mi vida académica
y por todos sus sabios consejos. Gracias.*

*MIL GRACIAS.
ADAN GONZALEZ REMIGIO.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

PAGINAS

Introducción.....	1
Justificación.....	2
Objetivos.....	3
Políticas para la realización de trabajos como opciones de titulación	5
Marco legal en el desempeño profesional delo Licenciado en Enfermería y Obstetricia.....	8
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.....	8
1. Historia clínica.....	8
1.1. Evaluación y detección de factores de riesgo.....	12
2. Somatometria y constantes vitales.....	15
2.1. Somatometria.....	15
2.2. Valoración de constantes vitales.....	18
3. Exploración física.....	27
4. Citología vaginal exfoliativa para detección oportuna de cáncer cervicouterino.....	35
5. Detección oportuna de cáncer mamario.....	39
6. Consejería en Planificación familiar.....	42
6.1. Consejería en salud reproductiva.....	42
6.2. Métodos anticonceptivos naturales.....	44
6.2.1. Abstinencia.....	44
6.2.2. Método del ritmo y/o calendario.....	44
6.2.3. Método del moco cervical y/o Billings.....	45
6.2.4. Método de la temperatura.....	47
6.2.5. Método MEVA.....	48
6.2.6. Coito interrumpido.....	49
6.2.7. Método sintotérmico.....	50
6.3. Métodos anticonceptivos de barrera.....	51
6.3.1. Preservativo masculino.....	51
6.3.2. Dispositivo Intrauterino.....	52
6.3.3. Espermicidas.....	54
6.4. Métodos anticonceptivos hormonales.....	56
6.4.1. Métodos anticonceptivos hormonales.....	56
6.4.2. Métodos anticonceptivos hormonales subdermicos. (Norplan).....	61
6.4.3. Métodos anticonceptivos definitivos.....	64
6.4.3.1. Oclusión tubarica bilateral.....	64
6.4.3.2. Vasectomía sin bisturi.....	65
7. Colocación del dispositivo intrauterino.....	67

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

d

	PAGINAS
8. Cuidado de las infecciones de vías urinarias.....	72
9. Cuidado de las infecciones del tracto vaginal y cervical.....	74
9.1. Tricomoniasis.....	74
9.2. Candidiasis.....	75
9.3. Infecciones causadas por Gardenella.....	77
9.4. Herpes simple.....	78
9.5. Sífilis.....	80
9.6. Gonorrea.....	84
9.7. Linfogranuloma venéreo.....	86
9.8. Enfermedad Pélvica Inflamatoria.....	88
9.9. Virus del Papiloma Humano.....	90
9.10. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.....	92
10. Elaboración y seguimiento de la Cartilla Nacional de la Mujer.....	98
Anexos.....	101
Glosario.....	105
Bibliografía.....	109

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Este manual está diseñado en función a las actividades del servicio de Prevención Reproductiva del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, con el propósito de unificar criterios, en cuanto a la forma de realizar los procedimientos en esta área, lo que permitirá dar un cuidado eficiente y eficaz a las usuarias de esta institución.

Como se menciona anteriormente, no únicamente es para homogenizar criterios, sino también, permite la existencia de un material de apoyo y de consulta a los Licenciados en Enfermería y Obstetricia en formación, y a aquellos que se encuentren desarrollando sus actividades cotidianas de servicio.

Dentro de este manual de procedimientos se detalla la importancia de realizar una valoración de enfermería integral, para llegar a obtener un mejor resultado en la planeación y ejecución de los cuidados a la mujer en etapa preconcepcional; que va desde la valoración de constantes vitales, hasta la toma de citología vaginal exfoliativa y la detección oportuna de cáncer mamario, así como la importancia de la Cartilla Nacional de la Mujer y la forma de cómo llevar su seguimiento.

Otros elementos dentro de este manual, propios de la atención a la Salud Reproductiva, es lo referente a la Consejería en Planificación Familiar y Metodología Anticonceptiva, además de describir detalladamente todos los elementos importantes para llevarla a cabo.

Es importante hacer una mención especial, que muchas de las actividades del área de Prevención Reproductiva en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, son de educación y orientación, que constituye una forma de procedimientos pero con un enfoque particular por las actividades desarrolladas en dicha institución.

En sí, este documento incluye todas aquellas actividades que como profesionales de la salud dedicados a brindar cuidados de enfermería a las mujeres durante su edad reproductiva, deben de conocer y llevarlos a cabo de manera sistematizada, acorde a las necesidades universales del individuo, aunado a elevar la calidad de la atención a la comunidad que asiste a dicha institución.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

Una de las áreas donde se puede desarrollar el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, es en el cuidado a la salud reproductiva de la mujer, tanto en las etapas del embarazo, parto y puerperio, como en la etapa preconcepcional, por lo que es importante que este profesional, cuente con instrumentos concretos en cuanto a los cuidados de la mujer en dicha etapa, utilizando herramientas metodológicas de la profesión, como es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que apartir de una valoración integral se planeen una serie de intervenciones independientes que permitan mantener la salud o recuperarla a través del enfoque de primer nivel de atención.

Al ser el Licenciado en Enfermería y Obstetricia el personaje principal del CIMIGen, en brindar cuidados a las mujeres en dicha etapa de la vida, es necesario que cuente con un instrumento que guíe sus intervenciones en el servicio de Prevención Reproductiva para sistematizar y desarrollar sus actividades, y así, poder obtener resultados más satisfactorios con los usuarios que así lo demanden. Con lo anterior se unificarán criterios en cuanto a la realización de los procedimientos específicos y fortalecer las debilidades en este área de la enfermería.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

GENERAL:

Elaborar un manual que defina, limite y fundamente, cada una de las actividades que realice el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en el servicio de Prevención Reproductiva durante la etapa preconcepcional en una unidad de primer nivel de atención.

ESPECIFICO:

- Delimitar las funciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, dentro del consultorio de Prevención Reproductiva tomando como eje fundamental el primer nivel de atención.
- Unificar criterios en cuanto a la realización de cuidados en el consultorio de prevención reproductiva.
- Describir y fundamentar metodológicamente procedimientos a realizarse en el servicio de Prevención Reproductiva.
- Mejorar la calidad de atención a las usuarias en etapa reproductiva, que así lo demanden.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

POLÍTICAS EN LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS COMO OPCIONES DE TITULACIÓN

Las políticas para la elaboración de las diferentes formas de titulación se encuentran condensadas en las guías para la elaboración de proyectos para las diferentes opciones de titulación, que ofrece la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), las cuales se describen a continuación:

- Proyectos de investigación.
- Procesos de atención de enfermería.
- Manuales de enfermería:
 - Manual de organización.
 - Manual de bienvenida.
 - Manual de procedimientos.
- Libro de enfermería.¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la elaboración de Manuales de enfermería, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) establece ciertos criterios, los cuales están descritos en la Guía de Servicio Social y Opciones de titulación; en particular sobre los Manuales de Procedimientos se señala lo siguiente:

1. - Investigar la existencia o necesidad de revisión de manuales. En ambos casos deberá solicitarse por escrito a las autoridades de la institución de salud donde se pretende desarrollar el manual, y a las de la institución educativa, en este caso la ENEO para su aprobación y facilidades en su desarrollo.
2. - Elaborar el proyecto inicial del manual justificando su creación.
3. - Para la elaboración considerar la complejidad de los trámites, unificación de procedimientos, simplificación de actividades, capacitación de personal, establecimiento o modificación de un sistema de información.
4. - Programar acciones en tiempos determinados.
5. - Buscar apoyo y cooperación con las autoridades respectivas para la elaborar el manual.
6. - Seleccionar fuentes bibliográficas y hemerográficas, así como paginas electrónicas con información reciente.
7. - Registrar el diseño del manual en la CSSOTT en el primer trimestre de iniciado el servicio social.

¹ SOLIS Guzmán, Carolina. Guía para el servicio social y opciones de titulación, pág. 123-142.

8. - Desarrollar bajo asesoría académica, el contenido propuesto simultáneamente a la realización del servicio social, lo cual facilitará su elaboración y se obtendrán continuamente facilidades de las autoridades correspondientes para lo mismo.

9. - Uniformar la presentación de diagramas.

10. - Informar periódicamente a la CSSOTT sobre los avances de la elaboración del manual.

11. - Una vez terminado el trabajo y antes de reproducirlo, informar a las autoridades competentes sobre el manual, para su corrección, modificación o aprobación.

12. - Una vez concluido el trabajo, en lo posible difundirlo con el personal directamente involucrado, a fin que conozcan la existencia y aclaren dudas sobre el contenido."²

Las políticas y sugerencias en cuanto a la implementación de normatividades, para la realización de manuales en el Centro de Atención Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento son inexistentes, por lo que el autor del presente manual considera pertinentes las siguientes:

1. Presentación del anteproyecto con los directivos del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, correspondiendo éste, a los objetivos de atención de la institución.
2. Ofrecer a los pasantes información sobre los manuales existentes, sus objetivos, contenidos y sus posibles extensiones para la realización y/o integración con otros.
3. Informar a los pasantes sobre la posibilidad de presentar sus anteproyectos, durante su estancia dentro de la institución para su realización durante el año de servicio social (esta posibilidad se encontrará sujeta a las expectativas e intereses del pasante).
4. La aprobación del anteproyecto de Manual de Procedimientos se encontrará sujeta a la falta de los mismos dentro de la institución y corresponderán a los objetivos de atención en el área a la que se encuentren dirigidos.
5. La Institución se comprometerá a entregar la respuesta sobre su aprobación en la brevedad posible.
6. El pasante se compromete a compartir puntos de vista y de ser posible integrar las sugerencias del Jefe de Enfermería hacia con el mismo, a partir de los objetivos del pasante hacia con su trabajo de titulación.
7. El pasante debe compartir la conclusión del manual de procedimientos, con el personal de CIMIGen, a fin de hacer del conocimientos del mismo, la existencia del mismo, para la consulta por el personal que lo solicite. (opcional)

²Idem, pág. 131-133.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO LEGAL EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

El marco legal, que respalda las actividades de enfermería, en el contexto del presente manual es el siguiente:

En cuanto a la Constitución Mexicana, en el artículo menciona lo siguiente:

Artículo 5º. - A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícitos. El ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de terceros o por resolución gubernativa, dictada en los términos que marque la ley, cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo, sino por resolución judicial.

La ley determinará en cada Estado cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deben llevarse para obtener y en las autoridades que han de expedirlo³.

En lo que respecta a la Ley general de Profesiones, contiene los siguientes apartados referentes al desempeño del profesionista:

Capítulo 1º, artículo 1º. - Título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizada, y por instituciones particulares que tengan reconocimiento de validez oficial de estudios, a favor de la persona que haya concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios de conformidad con esta Ley y otras disposiciones aplicables.

Artículo 2º transitorio.- En tanto que se expidan las leyes a que se refieren este artículo 2º reformado, las profesiones que en diversas ramas necesitan título para su ejercicio, son las siguientes: Actuario, Arquitecto, Bacteriólogo, Biólogo, Cirujano dentista, Contador, Corredor, Enfermera, Enfermera partera, Ingeniero, Licenciado en derecho, Licenciado en economía, Marino, Médico, Médico veterinario, Metalúrgico, Notario, Piloto aviador, Profesor en educación preescolar, Profesor en educación primaria, Profesor en educación secundaria, Químico, Trabajador social.⁴

Capítulo 5º. Artículo 24º. Se entiende por ejercicio profesional, para los efectos de esta Ley, la realización habitual a título oneroso o gratuito de todo acto, a la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión, aunque solo se trate de simple consulta o la ostentación del carácter del profesionista por medio de tarjetas, anuncios, placas, insignias o de cualquier otro modo. No se reputará ejercicio profesional cualquier acto realizado en casos graves con propósito de auxilio inmediato.

³ Ley general de profesiones, Ed. PAC S.A. de C.V. pág. 4 y 5.

⁴ Ley general de profesiones, Op. Cit. pág. 7-9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Artículo 25º. Para ejercer en el Distrito Federal cualquiera de las profesiones a que se refieren los artículos 2º y 3º, se requiere:

- I.- Estar en pleno goce y ejercicio de los derechos civiles.
- II.- Poseer títulos legalmente expedidos y debidamente registrados, y
- III.- Obtener de la Dirección General de Profesiones patente de ejercicio.⁵

Artículo 33º El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio del cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable que se requiera al profesionista, se prestará en cualquier hora y en sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.⁶

La Ley General de Salud tiene los siguientes apartados con relación a las actividades del Licenciado en Enfermería y Obstetricia:

Artículo 32º. Se entiende por atención médica, el conjunto de servicios que se proporciona al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.⁷

Artículo 33º. - Las actividades de atención médica son:

- I.- Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II.- Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III.- De rehabilitación que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.⁷

Artículo 78º. - El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud estarán sujetos a:

- I.- La ley reglamentaria del artículo 5º constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal;
- II.- Las bases de coordinación que, conforme a la ley, se definan entre las autoridades educativas y las autoridades sanitarias;
- III.- Las disposiciones de esta ley y demás normas jurídicas aplicables, y
- IV.- las leyes que expidan en los Estados con fundamento en los artículos 5º y 121, fracción V, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 79º. - Para el ejercicio de las actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería, sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

⁵ Ibidem, pág. 21.

⁶ Ibidem, pág. 23.

⁷ Ley general de salud, Ed. Porrúa, pág. 9.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para el ejercicio de las actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería, laboratorio clínico, radiología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y órtesis, trabajo social, nutrición, cito tecnología, patología, bioestadística, codificación clínica, bioterios, farmacia, saneamiento, histopatológica y embalsamamiento y sus ramas, se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 83º.- Quienes ejerzan actividades profesionales, técnicas, auxiliares y las especialidades a que se refiere este capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y, en su caso, el número de la correspondiente cédula profesional. Iguales menciones consignarse en los documentos y papelería que utilice para el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen en su respecto.⁸

⁸ Ibidem, pág. 16-17.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

HISTORIA CLINICA

Historia clínica: Es un instrumento metodológico, sistematizado donde se recaba una serie de datos relacionados a las conductas de salud de un sujeto. A partir de esta valoración se podrán planear las actividades de enfermería.

Es un instrumento que nos permite reconocer todos aquellos elementos que interactúan en el proceso de salud-enfermedad y a su vez forma parte del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que identifica las necesidades de un sujeto y nos permite planear las intervenciones de enfermería. De esta manera se contará con un panorama completo de la situación actual de la usuaria, incluyéndose la detección oportuna de factores de riesgo y actuar de manera oportuna en los anteriores.

Este instrumento debe ser llenado, junto con la usuaria en un lugar donde se cuente con privacidad, libre de ruidos que interfieran con el proceso de comunicación, que permita a la usuaria contar con comodidad y a su vez brindar confianza.

El entrevistador debe mantenerse interesado, atento a la información que brinda el entrevistado, así como evitar la una comunicación no verbal inadecuada. Estos puntos son básicos para obtener una colaboración adecuada por parte de la usuaria y obviamente obtener en su totalidad los datos requeridos en éste documento.

Los elementos básicos que deben tener una historia clínica, orientada a mujeres en etapa reproductiva preconcepcional son:

Ficha de identificación: Son datos de identificación general que orientan al personal de salud acerca de quien es la usuaria, el lugar donde reside y se desenvuelve, el tipo de actividad que desempeña y datos generales que resultan valiosos en la integración del presente documento. La edad de la usuaria es un dato importante, ya que existen patologías frecuentes en cada grupo de edad.

- Fecha y hora: Resulta importante para saber de manera cronológica, el primer contacto con la usuaria.
- Nombre completo: Forma parte primordial en la ficha de identificación.
- Edad (años cumplidos): Nos proporciona información acerca de la etapa en la que se encuentra actualmente y la orientación que se pueda informar.
- Dirección completa. Conocer la zona geográfica en la que se encuentra y los riesgos a los que pueda estar expuesta.
- Ocupación: Nos provee de información de la actividad en la que se desenvuelve cotidianamente.
- Escolaridad: Aporta información sobre la educación formal que recibió y facilitar la comunicación con la misma.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Estado civil: La importancia de tener información en este sentido radica en reconocer posibles riesgos en los que se pueda encontrar expuesta.
- Religión: Al tener datos sobre la religión de la usuaria, podremos saber algunas particulares acerca de la usuaria.
- Nivel socioeconómico: El nivel socioeconómica refleja el medio en el que se desenvuelve y el poder adquisitivo de la anterior.

Antecedentes Heredo-familiares: "El propósito es obtener información de enfermedades crónico-degenerativas, de los integrantes cercanos a su familia (abuelos, padres, hermanos, hijos, etc). Algunas enfermedades son claramente heredadas en forma dominante o recesiva, a su vez permite la identificar y atenuar factores de riesgo que aumenten la posibilidad de aparición de ciertas alteraciones en le estado de salud."³

- Familiares con: Diabetes, hipertensión, cardiopatías, nefropatías, embarazos gemelares, cáncer, alteraciones hematológicas, obesidad, esterilidad y malformaciones.

Es importante recordar que en gran parte de estas patologías, hay una transmisión genética de los familiares directos, por lo que es importante tener en cuenta la frecuencia de las mismas para sistematizar las actividades de enfermería en la reducción de los riesgos, que puedan potencializar la aparición de estas enfermedades, por lo que se debe anotarse que miembro de la familia padece de la alteración y/o enfermedad.

Antecedentes Personales no Patológicos: Este rublo es de gran importancia, ya que se obtiene un panorama general de los estilos de vida de la usuaria, en éste, se identifican hábitos que puedan ser corregibles, para favorecer un mejor estilo de la misma. De la valoración de estos datos, se pueden planear actividades de enfermería, en pro de favorecer un mejor estilo de vida y disminuir el riesgo, debido a que muchos de ellos son modificables, mediante procesos educativos.

- Lugar de nacimiento.
- Casa propia o rentada.
- Número de habitantes.
- Número de habitaciones.
- Existencia de servicios intra y extradomiciliarios como Luz, drenaje y agua potable.
- Frecuencia de la recolección de basura.
- Presencia de promiscuidad.
- Frecuencia de hábitos higiénicos como baño parcial o completo. Frecuencia de lo anterior.
- Frecuencia del cambio de ropa. Parcial o completo.
- Frecuencia de la limpieza de la cavidad oral.
- Hábitos alimenticios: (Frecuencia en un periodo de 7 días o más), preguntados por grupos de alimentos como: Proteínas de origen animal y vegetal: Carne,

³ SEYMOUR A. Carol. Elaboración de la historia clínica. Ed. Manual Moderno. Pág. 11-12.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

leche, huevo, leguminosas; carbohidratos: Tortillas, pan, harinas. Cereales; verduras y frutas; grasas; alimentos enlatados; alimentos congelados; alimentos de bajo contenido nutricional y otros (especificar).

- Ingesta de líquidos en 24 hrs. (tipo)
- Hábitos de evacuación: Frecuencia y características.
- Hábitos de micción: Frecuencia y características.
- Hábitos de Ejercicio: Cual y frecuencia.

Antecedentes Personales Patológicos: En este apartado se reconoce enfermedades actuales agudas y crónicas, así como enfermedades anteriores. De esta manera se identificarán factores de riesgo para atenuar o cancelar, mediante acciones de enfermería.

- Enfermedades de la infancia
- Vacunación en la infancia en la adultez
- Enfermedades anteriores.
- Enfermedades actuales como: Diabetes, hipertensión, cardiopatías, neuropatías.
- Neumopatías, nefropatías, endocrinopatías, enfermedades exantemáticas.
- Alergias medicamentosas o alimentarias.
- Cirugías: Tipo de cirugía, año, evolución.
- Grupo y RH.
- Transfusiones.
- Toxicomanías: Cual, frecuencia, año de inicio y término.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Proporciona un panorama general de la salud reproductiva de la usuaria, patrones sexuales, datos de citologías y examen de mamas etc:

- Menarca.
- Ritmo.
- Características del sangrado menstrual: Cantidad, color, olor.
- Dismenorrea.
- Sangrado intermenstrual.
- Inicio de vida sexual activa.
- Número de parejas sexuales.
- Dispareunia.
- *Preferencias sexuales (heterosexual, homosexual o bisexual).
- Método de planificación familiar.
- Anteriores: Duración, efectos colaterales.
- Actual: Inicio, duración, efectos colaterales.
- Fecha de último citología vaginal exfoliativa: Resultado.
- Fecha de última exploración de mamas: Resultado.
- Gestas.
- Paras.
- Abortos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Cesáreas.

Antecedentes perinatales: Prevé de información importante acerca de los eventos obstétricos, embarazos, evolución, resolución, complicaciones y estado actual, tanto de la usuaria como del feto.

- Fecha de último evento obstétrico.
- Semanas de gestación al nacimiento.
- Vía de nacimiento.
- Evolución del embarazo: Complicaciones durante el embarazo.
- Evolución del trabajo de parto: Analgesia y anestesia.
- Producto vivo o muerto.
- Valoraciones: Apgar, Silverman, Capurro y Usher.
- Condiciones al nacimiento.
- Condiciones actuales.
- Lactancia materna, tiempo y complicaciones.

Padecimiento actual: Describe en forma sintetizada el inicio de la alteración, síntomas relacionados, evolución y tratamientos recibidos.

Interrogatorio por aparatos y sistemas: Preguntar alteraciones de los diferentes aparatos y sistemas del organismo. Enfocado a identificar alteraciones de tipo agudo y crónico.

- Circulatorio.
- Respiratorio.
- Digestivo.
- Urinario.
- Músculo esquelético.
- Reproductor.
- Neurológico.
- Endocrino.
- Tegumentario.

La exploración física debe realizarse en forma cefalo-caudal, utilizando todos los métodos de valoración física (este apartado se describe posteriormente).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.1. EVALUACIÓN Y DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO

El CIMIGen desarrolla sus intervenciones utilizando la metodología del Enfoque de Riesgo y el PAE dirigido a la atención de la mujer en etapa reproductiva, gestante y no gestante; mediante este proceso se permite clasificar el nivel de atención que requiere, de acuerdo a los riesgos encontrados y así planear las intervenciones a desarrollarse.

La evaluación y detección de factores de riesgo, permiten detectar posibles riesgos que en un momento determinado puedan ocasionar un daño. A continuación se describen algunos conceptos importantes para realizar dicha valoración.

Riesgo: en el contexto de la salud, riesgo se define como la probabilidad que tiene un individuo, un grupo de individuos o una comunidad a sufrir daño.

Daño: Es la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico, pudiendo también interpretarse como resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo. La probabilidad de riesgo se estima mediante tasas de incidencia y prevalencia cuando el daño es una enfermedad, un síndrome o complicaciones y en tasas de mortalidad si el daño es de muerte.

Factor de riesgo: Característica o circunstancia especial, personal, ambiental o social, de los individuos o grupos, asociados con un aumento en la probabilidad de ocurrencia de daño.

Riesgo reproductivo: Probabilidad de que tienen tanto la mujer en edad fértil, como su feto, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse embarazo.¹⁰

Con estas especificaciones se pueden clasificar los niveles de atención de acuerdo al riesgo que presente la usuaria:

Riesgo bajo. Primer nivel de atención. Se proporciona la atención por el LEO. Las instalaciones donde se presta este tipo de atención son Centro de Salud y Hospitales Generales. En particular en CIMIGen y los Centros PREVIGen.

Riesgo medio. Segundo nivel de atención. La atención se proporciona por el LEO y con el apoyo del Médico General. La atención se proporciona en Hospitales Generales.

Riesgo alto. Tercer nivel de atención. Las usuarias con riesgos altos, la atención es proporcionada por el Médico Especialista con el apoyo de las Enfermeras Especialistas Perinatales. La atención se presta en instalaciones especializadas, como son los Hospitales Especialistas.

En el CIMIGen, se lleva a cabo la valoración del riesgo, mediante valoración de tablas, con conjuntos de riesgo, que pueden presentar en un momento determinado, de los

¹⁰ Norma Oficial Mexicana. De los servicios de planificación familiar. pág. 6.

resultados obtenidos de esta valoración de dichas tablas, se lleva un concentrado de datos en hojas llamadas Previgen 99.

La funcionalidad de estas tablas, es la de identificación de riesgos y de aquí depende una gran parte de la formación del PAE.

A continuación se describirá el Previgen I, referente a la evaluación de riesgo reproductivo a mujeres en edad fértil no embarazadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN DE RIESGO REPRODUCTIVO A MUJERES EN EDAD FÉRTIL NO EMBRAZADAS

01. Nivel socioeconómico	Medio y alto.	Bajo.	Muy bajo.
02. Escolaridad (años aprobados)	6 o más.	1 a 5.	Cero.
03. Edad (años)	20-30.	15 a 19.	14 o menos.
04. Edad (años)	150 o más.	31-35.	36 o más.
05. Estatura cm.	Casada.	145 a 149.	144 y menos.
06. Estado civil.	Unión libre.	Soltera.	Sin cónyuge.
07. Estado civil.	1 a 3.	Viuda.	
08. Paridad.		Nulipara.	
09. Paridad.	Normal.	4 o más.	
10. Partos anteriores.	1 a 2 años.	Difícil.	Traumático.
11. Intervalo intergenésico.	No.	Menos de 1 año	
12. Abortos.	No.	1 a 2.	Más.
13. Nacidos muertos.	No.	1 a 2.	Más.
14. Hijos con bajo peso.	No.	1 a 2.	Más.
15. Hijos con malformaciones.	No.	1 a 2.	Más.
16. Hijos prematuros.	No.	1 a 2.	Más.
17. Muertes neonatales.	No.	1 a 2.	Más.
18. Diabetes.	No.	Controlada.	Activa.
19. Hipertensión.	No.	Controlada.	Activa.
20. Epilepsia.	No.	Controlada.	Activa.
21. Cardiopatía.	No.	Controlada.	Activa.
22. Enfermedades de la tiroides.	No.	Controlada.	Activa.
23. Enfermedades renales.	No.	Controlada.	Activa.
24. Consanguinidad.	No.	Sí.	
25. Retraso mental.	No.	Sí.	
26. Exposición a radiaciones.	No.	Sí.	
27. Carga de trabajo.	Normal.	Excesivo.	Exagerado.
28. Exposición a tóxicos.	No.	Sí.	
29. Desnutrición.	No.	Moderada I.	Grave II.
30. Anemia Hb. en gramos.	11 y más.	8 a 10.9.	Menos de 8.
31. Alcoholismo.	No.	Sí.	
32. Tabaquismo.	No.	Sí.	
33. Otras farmacodependencias.	No.	Tuvo.	Actual.
34. Toxoplasmosis.	No.	Tuvo.	Actual.
35. Rubéola.	Tuvo.		Actual.
36. Citomegalovirus.	No.		Sí.
37. Herpes.	No.		Sí.
38. Sífilis.	No.	Tuvo.	Actual.
39. SIDA.	No.	Sospecha.	Sí.
40. Otras especifique.			
	Riesgo bajo.	Riesgo medio.	Riesgo alto.

*Fuente: Sistema para detección y valuación de riesgo perinatal. CIMIGen.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2. SOMATOMETRIA

“La somatometría es la parte de la antropología física que se ocupa de las mediciones del cuerpo humano. Sus objetivos son: valorar el crecimiento del individuo, valorar su estado de salud y ayudar a determinar el diagnóstico médico y de enfermería.

Dentro de la exploración física, las mediciones de importancia son: peso, talla y signos vitales.”¹¹

2.1. Peso y talla.

Concepto: Es una serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de la masa corporal y la distancia existente entre las planta de los pies de un individuo a la parte más elevada del cráneo.

Objetivos: Medir y conocer con exactitud el peso y la talla de un individuo, lo que permitirá identificar factores de riesgo.

Material y equipo: Báscula con estadiómetro, hoja de registro, bolígrafo y toallas desechables.

Intervenciones de enfermería:

1. - Lavado de manos antes de preparar el equipo.

FUNDAMENTACION: “La limpieza frecuente de alguna parte del cuerpo, evita y/o elimina muchos microorganismos patógenos.”¹²

2. - Verificar que la báscula se encuentre calibrada.

FUNDAMENTACION: Mantener el equipo en buen estado permite una recolección exacta de resultados.

3. - Colocar una toalla de papel en la plataforma de la báscula.

FUNDAMENTACION: “El modo de transmisión de diversas micosis es por el contacto directo e indirecto de personas infectadas pisos u objetos contaminados.”¹³

4. - Solicitar a la usuaria retirarse el calzado, el exceso de ropa y los objetos que puedan alterar el resultado del peso.

FUNDAMENTACION: La ropa en exceso, así como el calzado, altera el resultado en la báscula.

¹¹ ROSALES Barrera, Susana. Fundamentos de enfermería, Ed. Manual Moderno, pág. 147.

¹² WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 479.

¹³ ROSALES Barrera, Susana. Op. Cit. pág. 147.

5. - Solicitar a la usuaria alinear su cuerpo con el estadiómetro y proceder a la búsqueda del peso y la talla.

FUNDAMENTACION: La utilización adecuada de los instrumentos de valoración arroja resultados más certeros de las mediciones a valorar. La alineación correcta del cuerpo con el estadiómetro evita resultados falsos en la medición de la talla.

6. - Ayudar a la usuaria a bajar de la báscula si es necesario asistirle al vestido y calzado. Posteriormente realizar las anotaciones pertinentes, en la hoja correspondiente.

Valores normales:

En la Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, se describe una tabla para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC), la cual se encuentra concordante con la tabla de la cartilla.

Los límites normales de peso, de acuerdo a la talla se pueden observar en la tabla de la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer.

Para obtener el IMC la fórmula es la siguiente:

Índice de Masa Corporal: $\text{Peso} \div \text{Talla elevada al cuadrado}$.

La obesidad se determina en adultos, cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Las personas de talla baja, se refiere a aquellas mujeres con una estatura menor a 150 cm y para el hombre de 160cm.

¹⁴ Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad, pág. 3

TABLA DE REFERENCIA:

TALLA	PESO DESEABLE EN KG
148	43.8--54.8
149	44.4--55.8
150	45.0--56.3
151	45.6--57.0
152	46.2--57.8
153	46.8--58.5
154	47.4--59.3
155	48.0--60.0
156	48.6--60.8
157	49.2--61.5
158	49.8--62.3
159	50.7--63.0
160	51.2--63.8
161	51.6--64.5
162	52.2--65.2
163	52.8--66.0
164	53.4--66.8
165	54.0--67.5
166	54.6--68.3
167	55.2--69.0
168	55.8--69.8
169	56.4--70.5
170	57.0--71.3
171	57.6--72.0
172	58.2--72.8
173	58.8--73.5
174	59.4--74.3
175	60.0--75.0

Fuente: Cartilla Nacional de Salud de la Mujer 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2. VALORACIÓN DE CONSTANTES VITALES

"Los signos vitales son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir de un organismo vivo, en una forma constante, como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial."¹⁵

Temperatura

Concepto: "La temperatura corporal es el equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y el que se pierde. Hay dos clases de temperatura corporal, interna y superficial. La temperatura interna, es aquella que tienen los tejidos profundos del cuerpo, tales como el cráneo, tórax, cavidad abdominal y cavidad pélvica. Permanece relativamente constante (37°C). La temperatura superficial, de la piel, se eleva o disminuye de manera poco significativa en respuesta al medio ambiente."¹⁶

Objetivo: Tomar y registrar en forma precisa la temperatura corporal.

Material y equipo: Termómetro oral, recipiente porta termómetro, toalla o torunda desechable, hoja de registro y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

Método bucal.

1. Lavado de manos.

FUNDAMENTACIÓN: "La limpieza constante de una región anatómica del cuerpo elimina muchos microorganismos patógenos."¹⁷

2. - Preparar el equipo.

FUNDAMENTACION: Todos los artículos listos y ordenados dentro del consultorio, permite optimizar los tiempos y ahorrar energía.

3. - Explicar a la usuaria acerca del procedimiento y colocarla en posición sedante.

FUNDAMENTACION: "La comunicación afectiva influye en la participación de la usuaria en su atención, una posición correcta permite la realización óptima del procedimiento."¹⁸

4. - Confirmar que la usuaria no haya ingerido alimentos o realizado algún ejercicio media hora antes de la toma de la temperatura.

¹⁵ Idem.

¹⁶ KOZIER, Bárbara, et. al. Fundamentos de enfermería, Ed. McGraw-Hill Interamericana, pág. 457.

¹⁷ WOLF LuVerne, Op. Cit. pág. 479.

¹⁸ ROSALES Barrera, Susana, Op. Cit. pág. 152..

FUNDAMENTACION: "La actividad muscular, el tono muscular, la acción dinámica específica de los alimentos y los cambios de índice metabólico, son los principales mecanismos que regulan la termogénesis."¹⁹

5. - Lavado de manos antes de manipular el termómetro.

FUNDAMENTACION: La limpieza constante de alguna región corporal evita y/o elimina muchos microorganismos.

6. - Sacar y secar firmemente el termómetro de la solución antiséptica con un movimiento firme utilizando una toalla desechable o una torunda seca.

FUNDAMENTACION: "Las soluciones químicas pueden irritar la piel o mucosas y tener un aroma u olor desagradable."²⁰

7. - Colocar el termómetro, en la base de la lengua o un costado del frenillo con la punta que contienen el mercurio (bulbo), pedir a la usuaria que cierre la boca por 3 a 5 minutos.

FUNDAMENTACION: "Se puede obtener una medición de la temperatura corporal, descansando el bulbo del termómetro sobre los vasos sanguíneos superficiales que cursan por debajo de la lengua. El tiempo para que la temperatura corporal se vea reflejada en el termómetro, es de 3 a 5 minutos."²¹

8. - Saque el termómetro de la cavidad oral y límpielo con una torunda desde la parte distal del bulbo, con un movimiento firme y proceda a la lectura.

FUNDAMENTACION: "La fricción con una torunda elimina el material extraño de una superficie. El punto de la escala termométrica que coincide con el mercurio dilatado, determina el grado de la temperatura corporal del usuario."²² En el termómetro Celsius (centígrados) cada línea larga significa 0.5° y cada línea corta 0.1°.

9. - Registro de la temperatura.

FUNDAMENTACION: Realizar el registro de la temperatura inmediatamente, garantiza un dato preciso de la temperatura corporal.

10. - Lave el termómetro con solución jabonosa, séquelo y vuélvalo a colocar en su recipiente.

FUNDAMENTACION: "La sanitización es un paso previo necesario para la destrucción de microorganismos de manera parcial o total."²³

Método axilar.

1. - Seguir con los pasos del uno al cinco del método oral.

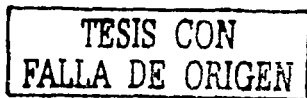
¹⁹ Idem.

²⁰ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 402.

²¹ Idem.

²² ROSALES Barrera, Susana. Op. Cit. pág. 154.

²³ KOZIER Bárbara. Op. Cit. pág. 467.



2. - Colocar el termómetro en el centro axilar y colocar el brazo del usuario a fin de mantener el termómetro en su lugar.

FUNDAMENTACION: "La pérdida de calor ocurre principalmente por piel y pulmones. Las glándulas sudoríparas de la axila y las regiones subyacentes están influidas por el estado emocional del individuo, actividad muscular y procesos patológicos."²⁴

3. - Dejar el termómetro de 3 a 5 minutos y retirarlo.

FUNDAMENTACION: "La temperatura axilar es un grado menor a la normal."²⁵

4. - Continuar con los pasos del 7 al 9 del método bucal..

Valores normales:

De 36.5 a 37.5° centígrados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factores que modifican la temperatura:

Algún proceso infeccioso, ya sea de origen bacteriana o viral, puede alterar la temperatura corporal. Otras causas son los infartos agudos al miocardio, tumores, destrucción tisular por rayos X, reacciones de algunas vacunas.

El ejercicio es otro factor de aumenta la temperatura corporal, cuando el ejercicio es extenuante puede aumentar hasta en un 15%. El sistema nervioso en condiciones de estrés se estimula el sistema nerviosos simpático y los nervios liberan adrenalina lo que aumenta el metabolismo de todas las células del cuerpo.

La temperatura corporal disminuye por hipoglucemia, hipotiroidismo, algunas drogas como el alcohol, antidepresivos, sedantes, tranquilizantes, quemaduras, desnutrición y por cirugías.

La edad, en los niños hay un índice metabólico mayor que en una persona anciana, por lo que un niño mantiene una temperatura ligeramente mayor a la normal y en una persona anciana, mantiene un índice metabólico menor, por lo que la temperatura corporal es ligeramente menor.

La sobreexposición a los climas extremos, modifica los nivele de temperatura, en caso de exponerse a temperaturas calurosas, la temperatura corporal aumentara y la exposición a climas fríos, disminuye la temperatura por la exposición a este tipo de climas.²⁶

²⁴ ROSALES Barrera, Susana, Op. Cit. pág. 155.

²⁵ Idem.

²⁶ TORTORA J, Gerald. Principios de anatomía y fisiología.. Ed Harla, pág. 1016-1024.

Respiración.

Concepto: "El intercambio de gases entre la atmósfera y el aire que se encuentra en los pulmones, constituye el proceso de la respiración. Un ciclo completo de respiratorio consta de dos movimientos, inspiración y exhalación."²⁷

Objetivo: Valorar y registrar en forma precisa la respiración, para la valoración del estado de salud e integrar un diagnóstico en forma oportuna.

Material y equipo: Reloj con segundero, hoja de registro y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

1. - Lavado de manos.

FUNDAMENTACION: "La limpieza frecuente de alguna parte anatómica, en forma frecuente elimina muchos microorganismos patógenos."²⁸

2. - Colocar a la usuaria en posición sedante o decúbito dorsal. De ser posible realizar el conteo sin que la usuaria se percate.

FUNDAMENTACION: La respiración voluntaria es fácilmente controlada por el individuo, algunos individuos son hipersensibles a los sucesos ambientales.

3. - Observe las respiraciones de la usuaria mientras palpa la frecuencia del pulso con la punta de los dedos.

FUNDAMENTACION: "Contar las respiraciones al tiempo que supuestamente todavía se esta contando el pulso, ayuda a evitar que la usuaria le preste atención a la respiración y posiblemente modifique su frecuencia."²⁹

4. - Note la expansión y contracción del tórax con cada inspiración y espiración de la usuaria.

FUNDAMENTACION: "Un ciclo respiratorio completo consta de una inspiración y una espiración."³⁰

5. - Contar las respiraciones durante un periodo de 30 segundos, si estas son irregulares contarlas durante un minuto.

FUNDAMENTACION: "Las características de la respiración son: Frecuencia.- La frecuencia respiratoria en un minuto es de 16 a 20 respiraciones. Ritmo.- Es la regularidad que existe entre los movimientos respiratorios. Amplitud o profundidad.- Es a mayor o menor expansión de los diámetros torácicos, según el volumen de aire inspirado."³¹

²⁷ TORTORA J, Gerald. Op. Cit, pág. 721.

²⁸ WOLF, LuVerne. Op. Cit. pág. 479.

²⁹ Idem, pág. 414.

³⁰ Idem.

³¹ ROSALES Barrera, Susana. Op. Cit, pág. 162.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6. - Anotar los datos en la hoja de registro.

Valores normales:

16 a 20 respiraciones por minuto en un adulto normal.

Factores que modifican la respiración:

Los senos carotídeos y aórtico también contienen a los barorreceptores (receptores de la presión) que detectan los cambios de la presión sanguínea. Aunque se relacionan principalmente con el control de la circulación, también afectan a la respiración. Una elevación súbita en la presión sanguínea disminuye las respiraciones por minuto y por el contrario una disminución en la presión sanguínea aumenta la frecuencia de las respiraciones.

Una elevación en la temperatura corporal, como la que se presenta durante la fiebre o el ejercicio muscular riguroso, aumenta la frecuencia de la respiración. El descenso de la temperatura corporal disminuye la frecuencia respiratoria. Un estímulo frío súbito, como caer al agua fría provoca la aparición de apnea.

El dolor severo y súbito provoca apnea, pero el dolor prolongado dispara un síndrome de adaptación general y aumenta la frecuencia respiratoria.

El estiramiento del músculo del esfínter anal aumenta la frecuencia respiratoria. Esta técnica se emplea en ocasiones para estimular la respiración en casos de emergencia.

La irritación de la faringe o laringe mediante el tacto o sustancias químicas, provoca un cese inmediato de la respiración después de toser.³²

Pulso.

Concepto: "El pulso es una onda de sangre creada por la contracción del ventrículo izquierdo del corazón. El corazón es una bomba pulsátil y la sangre entra a las arterias en cada latido cardiaco, que causa los pulsos de presión u ondas de pulso".³³

Objetivo: Identificar la frecuencia del pulso y realizar las anotaciones pertinentes.

Material y equipo: Reloj con segundero, hoja de registro y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

³² TORTORA, Gerald. Op. Cit. pág. 893-894.

³³ KOZIER, Bárbara. Op. Cit. pág. 470

1. - Lavado de manos.

FUNDAMENTACION: La limpieza constante de cualquier zona anatómica del cuerpo permite la eliminación muchos microorganismos.

2. - Mencionarle a la usuaria que coloque su brazo en una posición cómoda.

FUNDAMENTACION: La posición del brazo en reposo, sobre una superficie, favorece a la realización rápida del procedimiento.

3. - Colocar las puntas de los dedos índice y medio sobre la zona elegida.

FUNDAMENTACION: "Las puntas de los dedos, son sensibles al tacto, por lo cual percibirán las pulsaciones de la arteria radial de la usuaria. Los diferentes pulsos que pueden ser valorados son los siguientes: Temporal, facial, carotídeo, braquial, radial, femoral, popliteo y pedio."³⁴

4. - Percibir el pulso mediante una ligera presión y contarlo durante 30 o 60 segundos.

FUNDAMENTACION: "Ejercer presión moderada por parte del personal de salud, permite sentir la expansión y contracción de la arteria radial superficial con cada latido cardíaco. La presión excesiva obliteran el pulso y la insuficiente lo harán imperceptible. Un pulso irregular requiere que se cuente durante 1 minuto completo para la adecuada valoración".³⁵

5. - Realizar las anotaciones en la hoja de registro.

FUNDAMENTACION: El registro exacto de los datos constituye a la determinación de un diagnóstico certero.

Valores normales:

70 a 90 pulsaciones por minuto en un adulto normal.

Factores que modifican el pulso:

"Sustancias químicas.- La adrenalina que se libera de la médula suprarrenal, como respuesta a la estimulación simpática aumenta la excitabilidad del nodo seno auricular, lo que a su vez incrementa la frecuencia y fuerza de la contracción cardíaca. Las concentraciones altas de potasio o sodio ejercen el efecto opuesto. El exceso de potasio obstaculiza la generación de impulsos nerviosos y el exceso de sodio, en la participación de calcio en la contracción muscular. El exceso de calcio aumenta la frecuencia y fuerza de la contracción cardíaca.

Temperatura.- El aumento de la temperatura corporal, durante la fiebre o el ejercicio intenso, hacen que el nodo senoauricular transmita impulsos con mayor rapidez y aumenta la frecuencia cardíaca. El enfriamiento deliberado del cuerpo antes de una

³⁴ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 410.

³⁵ Idem.

intervención quirúrgica hace que se reduzca la frecuencia y fuerza de la contracción cardíaca.

Emociones.- Las emociones intensas, como el miedo, ira o ansiedad, así como numerosos factores estresantes fisiológicos aumentan la frecuencia cardíaca. Los estados mentales, como la depresión y el duelo, tienden a estimular el centro cardioinhibidor y reducir la frecuencia cardíaca.

Sexo y edad.- El sexo es otro factor, el latido cardíaco es un poco más rápido en las mujeres que en los hombres. El latido cardíaco es más rápido al nacimiento, moderadamente rápido en la juventud, con rapidez media en la vida adulta y más lento durante la etapa senil.³⁶

Presión arterial.

Concepto: "La presión arterial, es la resistencia de los vasos sanguíneos a la sangre expulsada por parte de los ventrículos del corazón y es denominada en dos cifras, la presión sistólica y diastólica."³⁷

Objetivo: Identificar las cifras de la presión arterial.

Material y equipo: Esfigmomanómetro de mercurio, estetoscopio, hoja de registro y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

1. - Mencionarle a la usuaria que se coloque en posición sedante con el antebrazo a la altura del corazón apoyándolo en la mesa.

FUNDAMENTACION: "Esta posición hace que la arteria braquial quede de manera anterior y expuesta, de modo que el disco del estetoscopio se apoye contra esta de manera conveniente. Hacer que el brazo quede por arriba o por abajo del corazón origina una disminución o un aumento en la valoración de la presión arterial, respectivamente. Este efecto queda explicado por las leyes de la presión hidrostática. Los errores en las presiones sistólicas y diastólicas pueden ser hasta de 10mmhg".³⁸

2.- Lavado de manos.

FUNDAMENTACIÓN: El lavado de manos de una zona anatómica del cuerpo, permite una eliminación de muchos microorganismo.

3. - Colocar el estetoscopio con las olivas hacia delante, para que estas, puedan adaptarse a los conductos auditivos externos.

³⁶ TORTORA Gerald, et. al. Op. Cit. pág. 730

³⁸ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 421.

FUNDAMENTACION: La colocación de las olivas hacia delante permite una colocación más cómoda a los conductos auditivos externos, favoreciendo de una mejor percepción de los sonidos producidos por el contacto de la campana del estetoscopio con la arteria braquial.

4. - "Con la punta de los dedos índice y medio, localizar las pulsaciones más fuerte en el antebrazo, colocando el disco en este lugar, procurando que este no quede por debajo del brazalete, pero que toque la piel con una ligera presión. Sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo."³⁹

FUNDAMENTACION: "La colocación del disco del estetoscopio directamente sobre la arteria permite mediciones más precisas. Hacer que el disco del estetoscopio quede directamente sobre la piel, sin contacto con la ropa o el brazalete, evita que se pasen por alto ruidos auscultatorios. La presión excesiva sobre la arteria braquial deformará, a esta última y a los ruidos".⁴⁰

5. - Insufla el manguito hasta que el esfigmomanómetro registre aproximadamente 30 mmhg por encima del punto donde el pulso braquial desaparece.

FUNDAMENTACION: La circulación del brazo desaparece por la presión del brazalete, esto queda reflejado por la desaparición del pulso braquial.

6. - Afloje la válvula del manguito con cuidado para que la presión descienda a una velocidad de dos a tres mmhg por segundo. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de mercurio y hacer la lectura. Esta corresponde a la presión sistólica.

FUNDAMENTACION: "La presión sistólica es el punto en el que la sangre pueda fluir por primera vez en las arterias en contra de la presión ejercida por el brazalete".⁴¹ "El valor de presión sanguínea en el torrente circulatorio es variable en las diferentes etapas de la contracción cardíaca: durante la sístole o máxima es mayor y corresponde a la fuerza que procede del miocardio ventricular, refleja la integridad del corazón, arterias y arteriolas".⁴²

7. - Continúe aflojando el tornillo de la perilla, para que el aire del brazalete escape lenta y uniformemente, mantener la vista fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica. Deje salir completamente el aire del brazalete y retirarlo.

FUNDAMENTACION: "La presión diastólica es el punto donde la sangre fluye con facilidad en la arteria braquial y resulta aproximadamente equivalente a la cantidad de presión normalmente presente en las paredes arteriales con las personas en reposo."⁴³

8. - Hacer las anotaciones correspondientes en las hojas de registro.

³⁹ ROSALES Barrera, Susana. Op. Cit. , pág. 168.

⁴⁰ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 421.

⁴¹ Ibidem, pág. 422.

⁴² ROSALES Barrera, Susana. Op. Cit. pág. 168.

⁴³ WOLFF, LuVerne op. Cit. pág. 422.

FUNDAMENTACION: La anotación correcta de los datos obtenidos contribuye a la integración de un diagnóstico oportuno.

Valores normales de la presión arterial:

110/70 a 130/90 diastólica y sistólica respectivamente. Una media de 120/80. En un adulto normal sano.

Factores que modifican la presión arterial:

“Los diversos factores que influyen en modificar la presión arterial promedio en los adultos se en listan a continuación:

- La edad.
- Hay fluctuaciones normales en el transcurso del día. La presión es usualmente más baja al levantarse por la mañana, antes del desayuno y antes de iniciar cualquier actividad física.
- La presión aumenta después de la ingesta de alimentos.
- El género de una persona también influye en su presión arterial, es usual que las mujeres tengan una presión arterial más baja que los varones de la misma edad.
- La presión arterial se incrementa durante los periodos de ejercicio y de actividad física intensa.
- Emociones tales como la ira, el miedo, la excitación y el dolor por lo general incrementan la presión arterial.
- La presión arterial de una persona tiende a ser baja cuando se encuentra acostada que en las posiciones sedente o anatómica.”⁴⁴

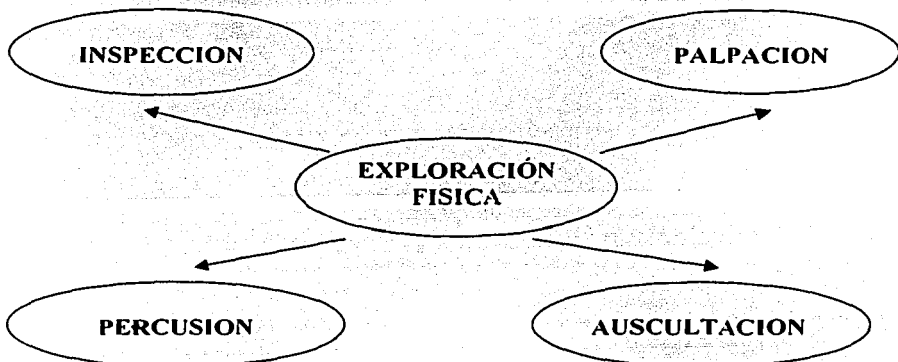
⁴⁴ WOLFF, Luverne. Op. Cit. pág. 414-415.

3. VALORACION FÍSICA.

Concepto: "Es el examen del cuerpo para determinar su estado de salud, utilizando cualquiera de las de las técnicas de exploración como la inspección, palpación percusión y auscultación, o bien todas ellas."⁴⁵

Una valoración completa del estado de salud de un individuo, incluye invariablemente un examen físico.

La gran mayoría de los autores, definen que debe realizarse en forma metódica y cefalo-caudal. La valoración del estado de salud es por lo tanto, conducida sistemática y eficientemente de manera que requiera los más mínimos cambio de posición para el usuario.



INSPECCION.- "Es el método de exploración que nos proporciona datos por medio de la vista. Puede ser simple o instrumental; la primera se llama también directa, ya que se realiza sin la ayuda de ningún aparato; la segunda recibe el nombre de indirecta y requiere el uso de aparatos, como el otoscopio."⁴⁶

PALPACION.- "Es la exploración mediante el uso del tacto. Existen dos tipos de palpación: ligera y profunda. Algunos autores la clasifican bimanual, monomanual y digital."⁴⁷

⁴⁵ TERAN Bleiger, Elena. Diccionario Mosby de medicina y ciencias de la salud, Ed. Mosby Doyman, Colombia 1995, 1538.

⁴⁶ MARTINEZ Cervantes, Luis. Propedéutica clínica, Ed. Méndez, pág. 19.

⁴⁷ KOZIER, Bárbara. Op. Cit. pág. 503.

PERCUSIÓN.- "Consiste el golpear suavemente, en forma metódica un área del cuerpo, ya sea con la punta de los dedos o con un martillo de percusión, a fin de escuchar ruidos que permitan determinar la densidad del tejido."⁴⁸

AUSCULTACIÓN.- Es el proceso que consiste en escuchar los sonidos que se producen en el interior del cuerpo y puede ser directa o indirecta. La auscultación directa es cuando se aplica el oído directamente al cuerpo y la indirecta consiste en el uso de estetoscopio, que amplifica el sonido y lo transmite a los oídos.⁴⁹

La iluminación adecuada, un ambiente de tranquilidad y privacidad durante la exploración física contribuye en buena medida, a tener una mejor percepción de las áreas exploradas.

El procedimiento usualmente se lleva a cabo en una mesa de exploración. Esta deberá encontrarse en buen estado, deberá estar cubierta con una sábana de tela o desechable (deberá ser cambiada con cada una de las usuarias) además es importante contar con otra sábana, para cubrir las áreas del cuerpo que se encuentran expuestas. Se debe pedir a la usuaria que se retire su ropa, protegiendo en todo momento su privacidad con un biombo o pedirle que lo realice en un baño y se coloque una bata, si el examen es completo a fin de facilitarlos. La orientación a la usuaria sobre los procedimientos a realizar, fomentará una participación de la misma y disipará la ansiedad que con frecuencia ocurre.

Exploración física.

Inspección general: EL objetivo es recopilar información del funcionamiento general y no en relación de partes específicas.

"Observe la postura, actividad motora y marcha; vestido arreglo e higiene personal, así como cualquier olor corporal o del aliento."⁵⁰

Piel: Observa la piel de las áreas expuestas la cara y sus características. "Se debe observar la turgencia, que es la tensión celular, que depende de la hidratación de las células. Cuando la turgencia es normal da por resultado la elasticidad de la piel, la cual permite que está regrese a su estado natural después de haberla sujetado con los dedos."⁵¹

El color de la piel varía por cada individuo, bajo condiciones normales, va desde un color blanco rosado hasta diversos tonos de café. Hay que observar la integridad y continuidad de la misma, en situación normal no se observa heridas, eritemas, erosiones, úlceras, hematomas, etc. de identificarse se anotarán la localización, distribución y las características particulares.

⁴⁸ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 422.

⁴⁹ KOZIER, Bárbara. Op. Cit. pág. 504-505.

⁵⁰ BICKLEY S, Lynn. Procedimientos médicos. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. pág.133.

⁵¹ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 429-430.

Cabeza: De la cabeza se inspecciona el cabello, la cantidad de implantación e hidratación, posteriormente se palpa el cráneo, éste deberá guardar relación con el resto del cuerpo, los diferentes huesos que componen el cráneo. Mantendrán continuidad, así como valorar zonas de endosis y extosis. En cuanto al rostro debe existir simetría de las cejas, ojos, nariz y pabellones auriculares, hay que pedirle a la usuaria que suba las cejas, cerrar fuertemente los ojos, abrir y cerrar la boca, para valorar el funcionamiento y tono de los músculos faciales.

Es importante no pasar por alto la valoración de los ojos, de esto se valora la agudeza visual y la respuesta a estímulos luminosos. De la misma forma se valorará la simetría de los párpados y la apariencia de las conjuntivas. La valoración externa de los oídos incluye la inspección de la simetría, la posición, el ángulo que forman las aurículas y si se encuentran unidas al lóbulo. Se deberán palpar de manera normal no habrá dolor durante la palpación.

La agudeza auditiva puede ser valorada durante el interrogatorio, si la usuaria refiere dificultades de percepción, a las diferentes preguntas de la historia clínica. En la nariz se inspecciona que no exista deformidades o una coloración diferente a los fragmentos de la cara y observa que no exista descarga de secreciones de las fosas nasales, se le pide a la usuaria que se recueste en la mesa exploratoria para valorar la mucosa nasal y valorar que exista continuidad, si se encuentra hidratada o no estar desviada en el tabique nasal.

En la boca se inspeccionará los labios que se encuentren íntegros e hidratados, en cuanto a la mucosa deberá tener continuidad e hidratación, las piezas dentarias en condiciones normales, se debe encontrar alineados sin presencia de placa dentó bacteriana o caries.

La lengua debe estar íntegra, rosada e hidratada. La úvula normalmente se encuentra centrada y con libertad de movimiento. Las amígdalas si se encuentran presentes son pequeñas de color rosados y simétricas.

Cuello: "Se inspecciona el cuello en busca de desviaciones de la tráquea, la observación se facilita pidiendo a la usuaria que degluta. Mediante la palpación reconocer cualquier masa o pulsaciones inusuales. Bajo condiciones normales los ganglios no son palpables."⁵²

Miembros inferiores: Se inspecciona la simetría y los movimientos de flexión y extensión, así como la abducción y aducción, se observa el llenado capilar y la coloración de los lechos ungueales. Se le pedirá a la usuaria apretar una de nuestras manos entre las suyas para valorar la fuerza muscular. Se debe inspeccionar la visibilidad de las venas y las características de las mismas, buscando datos de venas varicosas. También es importante valorar los pulsos distales.

Tórax: En la mesa exploratoria, se le pedirá a la usuaria descubrir el tórax. La primera valoración se realizará al inspeccionar los tegumentos, los cuales deberán tener, en condiciones normales, una coloración rosada, posteriormente se valora la simetría y los

⁵² BICKLEY S. Lynn. Op. Cit. pág. 134.

movimientos de amplexión y amplexación del tórax. para valorar lo anterior, se le pedirá que respire en forma acostumbrada.

Para la exploración mamaria, la paciente debe encontrarse sentada con el tórax descubierto y tener una iluminación adecuada. La inspección y palpación son los pasos más importantes.

La inspección se conduce con los brazos de la usuaria colocados, sobre la cabeza y presionados sobre sus caderas con extensión lateral de los codos. Se buscan alteraciones en el contorno, con formaciones de hoyuelos o aplanamientos, puesto que son datos sugestivos de cáncer mamario.

La palpación se realiza mejor con la usuaria en posición supina, permitiendo que el tejido mamario se distribuya por la pared torácica

La colocación de una almohada debajo del hombro del lado que se esta examinando, facilita la detección de nódulos o masas en dicha mama. Se utiliza 3 o 4 yemas de los dedos extendidos para comprimir con suavidad el área total de tejido mamario en contra de pared torácica, en relación a las manecillas del reloj.

“Se deben identificar la consistencia, induración, masas y sensibilidades dolorosas a la presión, es común que las mamas de las usuarias se encuentren menos nodulares una semana después de la menstruación, puesto que la ovulación se vuelvan más llenas y nodulares. Es importante tomar en cuenta lo anterior para no pensar en diagnósticos erróneos. Por tal razón, el tiempo ideal para practicar el examen es cerca de 5 a 7 días después del inicio de menstruación. Si hay masas presentes se describe con relación a su localización, con el uso de cuadrantes o con referencias al pezón y axila. Se anota el tamaño de la masa en centímetros, la forma, regularidad de la superficie, consistencia, movilidad con referencia a la piel que cubre, así como las alteraciones en la piel situada por encima. La presencia de edema o de aumento en la prominencia venosa puede indicar un tumor adyacente.”⁵³

Se inspecciona y se palpa el pezón y la areola, de ordinario con el pulgar y el índice, si hay secreción por el pezón o se logra extraer se deberá hacer la nota correspondiente. La secreción puede ser clara, blanca, roja, verde, negra, gris o amarilla, nuevamente estos son datos sugestivos de cáncer mamario.

Las axilas se examinan con la usuaria en posición supina. Se relajan los músculos pectorales y se coloca el miembro superior en aducción. Con los dedos en forma de palanca se insertan en el vértice de la axila, descendidos hacia la superficie de las costillas mediante la compresión entre las yemas de los dedos y la pared torácica. Se deben palpar los pliegues axilares anterior y posterior, así como también el área situada sobre el húmero, hay que tener un especial cuidado con los ganglios axilares, en busca de inflamación.

⁵³ GANT F. Norman, et. al. Manual de ginecoobstetricia, Ed. Manual Moderno, pág. 16.

*Posteriormente se describe en forma sistemática y más específica la exploración mamaria para detección oportuna de cáncer mamario.

Si la usuaria continúa en decúbito dorsal, se auscultan los campos pulmonares: Se le indica realice una inspiración profunda durante la auscultación, se debe colocar la campana del estetoscopio en la zona apical, media y basal, sin dejar pasar el costo diafragmático. En condiciones normales se escucha la entrada y salida del aire inspirado de los pulmones. Al realizar la percusión se deberá escuchar un sonido claro y uniforme.

Posteriormente se realiza la exploración del corazón. "La percusión tiene un valor limitado y se usa solo si es necesario estimar el tamaño cardíaco, por medio de la determinación de los límites del corazón. El área precordial puede ser difícil de examinar si la usuaria es obesa o si las mamas son muy grandes. Pueden palparse los latidos en esta área, pero se logrará un mejor resultado con la ayuda de un estetoscopio."⁵⁴

"Para la auscultación el corazón es importante recordar, que el sonido cardíaco es el resultado del cierre de las válvulas, no por la contracción del músculo cardíaco. El primer sonido, el cual se escucha como un "tum" es un sonido alto, en cuanto a la intensidad y más largo que el segundo sonido. El primer sonido se crea por el cierre de las válvulas auriculoventriculares después de que se inicia la sístole ventricular. El segundo sonido, el cual no es tan alto y es más corto que el primero se puede escuchar como un "ta". Este es un sonido resultado de por el cierre de las válvulas semilunares que se cierran al final de la sístole ventricular. Una pausa entre el segundo sonido y el primer sonido del siguiente ciclo es de cerca de dos veces más largo que la pausa que se encuentra entre el primero y el segundo sonido de cada ciclo. Cuando se escucha un sonido antes o después de los tonos cardíacos normales, puede representar un soplo cardíaco o alguna otra anomalía."⁵⁵

Abdomen: Para la valoración del abdomen, algunos autores refieren, que la posición decúbito dorsal, es la posición ideal para la exploración: El abdomen se encuentra simétrico, con contornos planos y redondeados, el peristaltismo por lo general no es visible. Para realizar la palpación, es preciso dividir el abdomen en cuadrantes. La palpación deberá ser superficial y profunda, para identificación de las diferentes vísceras que se encuentran el mismo. Sirve para determinar el tamaño, la posición, movilidad y consistencia de los principales órganos abdominales, se examinará de manera sistemática cada cuadrante, el abdomen sano no reflejará molestias.

El hígado, bazo, páncreas y los riñones no son palpables si su tamaño es normal. La vejiga puede ser palpable si se encuentra distendida si se encuentra llena por orina y por el contrario los ganglios linfáticos no pueden ser identificables en condiciones normales. La palpación no provoca dolores. Durante la percusión, de los intestinos, por lo general, es timpánico el sonido, semejante al sonido de un tambor, por virtud de que son vísceras huecas. En cuanto a la zona dorsal se valora la integridad de la piel, la simetría de la

⁵⁴ GAUNTLETT Beare, Patricia. Enfermería principios y práctica. Ed Panamericana. pág. 665.

⁵⁵ TORTORA, Gerald. Op. Cit. pág. 723-724.

columna vertebral y no deberá localizarse dolor durante la palpación, así como masas anormales.

GENITALES FEMENINOS: La exploración deberá realizarse en una mesa ginecológica, para favorecer la comodidad de la usuaria, ésta deberá de adoptar la posición de litotomía o ginecológica, además se deberá de contar con un espacio, para que pueda retirarse la ropa para iniciar con la exploración, debe contar con privacidad absoluta o en su defecto contar con biombos para así favorecerla, se tiene que disponer de una adecuada fuente de luz.

Para facilitar la exploración de los genitales femeninos, deberá ser por los genitales externos y genitales internos:

Se inspecciona toda el área perineal, identificando la integridad de la piel, coloración cutánea y presencia de varices.

Con una separación gentil (con guantes) de los labios mayores, con los dedos pulgar e índice o medio, se observa la presencia de venas varicosas en los labios, mayores y menores, con la misma maniobra se observa el clítoris.

Observar el vestíbulo, contiene el orificio vaginal y las glándulas de Bartholin, estas últimas, por lo general no pueden verse y palpase. Las glándulas Skene, están situadas en la región inferior de la uretra, la función es la lubricar el vestíbulo, se puede colocar el dedo índice y pulgar para palpar dicha glándula y ordeñar, para valorar que no exista obstrucción, se puede observar el himen imperforado en mujeres que no iniciaron actividad sexual, en mujeres multiparas o que ya han iniciado actividad sexual ya no es posible observarlo.

Para la exploración de los genitales internos se le deberá explicar a la usuaria la naturaleza de la exploración. Se realiza mediante un examen vaginal. Es indispensable la utilización de un espejo vaginal que deberá elegirse en cuanto a su tamaño, pero es espejo más satisfactorio para la usuaria sexualmente activa es el de Graves, ya que permite una mejor visualización de la cavidad vaginal.

Para las usuarias con introito pequeño es indispensable valorar la utilización de un espejo de Peterson con hojas angostas (se debe colocar guantes durante todo los procedimientos). En algunos casos es necesario lubricar los espejos para aminorar las molestias del procedimiento, con los dedos índice y medio se realiza separación de los labios mayores y menores para la exposición del introito vaginal con la mano diestra se toma el espejo vaginal cerrado y se coloca en posición oblicua a 45°, con relación al introito vaginal, se introduce gentilmente, 2/3 de la longitud del mismo lentamente y se realiza un movimiento firme para que se coloque en forma longitudinal.

La introducción se realiza en dirección postoinferior y se abren las hojas antes de inserción completa en tal forma que quede expuesto el cuello uterino.

Una vez que se observa el cuello uterino, se puede fijar con el tornillo que se encuentra a la derecha del espejo.

"La inspección del cuello uterino se debe observar el color y las características del orificio cervical. Su color normal es rosado pero puede observarse amoratado si se encuentra embarazada o tomando anticonceptivos orales combinados. Si nunca ha estado embarazada o nunca ha tenido partos vaginales, el orificio es redondo, pequeño u oval. Pero si ya ha tenido partos vaginales, el orificio vaginal presenta una hendidura horizontal."⁵⁶

El endocervix se encuentra cubierto por epitelio escamoso que se observa por un color rosado ligero y continúa epitelio columnar o cilíndrico que se observa de color rojo oscuro. Es importante observar cualquier anomalía en cuanto a la textura, coloración o secreción.

*La toma de citología exfoliativa se abordará más adelante.

Retire el espejo con lentitud mientras observa las paredes vaginales, cuando el espejo libere el cervix, afloje el tornillo y mantenga la posición abierta con el pulgar. Cierre el espejo a medida que sale del introito, cuidando el estiramiento excesivo y el pellizcamiento de la mucosa. Durante la extracción, revise la mucosa vaginal y observe el color y cualquier inflamación, úlcera o masas.

"Antes de la valoración pélvica bimanual, la usuaria deberá vaciar la vejiga.

Nuevamente se le explicará la naturaleza del procedimiento y la importancia del mismo. Se lubricará los dedos índice y medio, previamente enguantados, de la mano con la que se realiza la exploración, posteriormente se separan los labios mayores y menores dejando expuesto el introito vaginal, con la mano diestra se introducen los dedos en la vagina, se identificarán cualquier nódulo o sensibilidad en la pared vaginal, incluyendo la uretra y la vejiga en la cara anterior. Posteriormente la valoración de la mucosa vaginal se realizará en dirección a las manecillas del reloj para no dejar un área sin explorar.

Al final del conducto vaginal se encontrará el cervix se identificará su posición, forma, consistencia, regularidad y sensibilidad. En condiciones normales se podrá movilizar discretamente sin causar molestia alguna, posteriormente se palpan los fondos de saco alrededor del cervix.

Colocar la otra mano sobre el abdomen a unos centímetros de la sínfisis púbica. Mientras se eleva el cervix y el útero con la mano en el conducto vaginal presione con la otra mano hacia abajo y hacia dentro, tratando de tomar el útero con ambas manos, valorar su tamaño, forma, consistencia y movilidad. Deslice los dedos de la cavidad vaginal al fondo del saco anterior y palpe el cuerpo del útero entre ambas manos, con

⁵⁶ GANT F, Norman, et. al. Op. Cit. pág. 20-22.

esta maniobra se puede valorar la superficie del útero. Si es posible palpar el útero con alguna de estas maniobras, es posible que el útero se encuentre en retroversión.

Desliza los dedos hacia el fondo del saco posterior y busque el extremo del útero con los dedos. Es posible que no sea identificable cuando la usuaria no se encuentre relajada o este obesa.

Para la valoración de los ovarios, se coloca una mano sobre el cuadrante inferior derecho de la sínfisis púbica y presionar hacia dentro y abajo las estructuras pélvicas. Trate de identificar el ovario derecho o las estructuras anexas, nuevamente identifique tamaño, forma, consistencia, movilidad y sensibilidad, repita la maniobra del lado izquierdo, en condiciones normales los ovarios son poco sensibles, se facilita en mujeres delgadas y relajadas y por lo contrario se dificultan en mujeres obesas y tensas.

Desplazando los dedos del cervix, pero sin retirarlos, se pide a la usuaria que contraiga los músculos perineales lo más fuerte y prolongados que pueda. Se considera que la fuerza es normal cuando se comprime los dedos y los empuja hacia arriba, y hacia dentro, y dura más de tres minutos.⁵⁷

Miembros inferiores: "La inspección abarca simetría, movilidad, tamaño y color de la piel.

La palpación se realiza para estudiar la temperatura, la fuerza muscular y sensibilidad. Es normal que la temperatura de los miembros sea discretamente menor a la del tronco. La fuerza de los músculos por lo general es semejante de manera bilateral, la sensibilidad debe ser receptiva de cualquier estímulo."⁵⁸

Se pide a la usuaria que realice movimientos de flexión y extensión de los miembros inferiores, así como los movimientos de aducción y abducción.

Se palpa el pulso pedial bilateral, el cual en condiciones normales se encontrara con las mismas características, sin pasar por alto las uñas, las cuales serán delgadas y rosadas. El retorno venoso de las áreas más distales.

⁵⁷ BICKLEY S, Lynn. Op. Cit. pág. 416-418.

⁵⁸ Idem.

4. CITOLOGIA VAGINAL EXFOLIATIVA PARA DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER CERVICOUTERINO

Concepto: "El principio de la citología vaginal exfoliativa (Papanicolaou) consiste en un estudio microscópico de las células descamadas espontáneamente, tanto en condiciones normales como patológicas, que se pueden tomar del conducto cervical, la superficie cervical y el fondo vaginal."⁵⁹

Objetivo: "Obtener un diagnostico oportuno de cáncer cervicouterino."⁶⁰

Material y equipo: Mesa de exploración ginecológica, espátula de madera (Ayre), guantes estériles, espejo vaginal (Graves), citospray, portaobjetos, gasas, lámpara de chicote, solicitud de citología vaginal exfoliativa y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

1. - Explicar a la usuaria la naturaleza del procedimiento y realizar el llenado de la hoja de solicitud de citología vaginal exfoliativa.

FUNDAMENTACION: La explicación a la usuaria acerca del procedimiento, permite la oportuna colaboración de la misma con el personal de salud.

2.- Lavado de manos.

FUNDAMENTACION: "La limpieza frecuente de alguna parte del cuerpo, elimina muchos microorganismos patógenos."⁶¹

3. - Preparar el material y equipo.

FUNDAMENTACION: El equipo ordenado disminuye tiempos de realización de los procedimientos.

4. - Indicar a la usuaria que se retire de ropa de la cintura hacia abajo, proporcionar una bata y posteriormente orientarla para que se coloque en posición ginecológica.

FUNDAMENTACION: La posición ginecológica permite una exposición completa del área perineal, así como favorecer los procedimientos donde se encuentre involucrados los genitales femeninos.

5. - Prender la lámpara de chicote, procurando se observe perfectamente el área perineal.

FUNDAMENTACION: Una adecuada iluminación nos permite observar perfectamente cada una de las zonas anatómicas a valorar o maniobrar.

6. - Realizar lavado de manos.

FUNDAMENTACION: "La limpieza frecuente de alguna parte del cuerpo, elimina muchos microorganismos patógenos."⁶²

⁵⁹ GONZALEZ Merlo, J. Ginecología, Ed. Masson, pág. 80.

⁶⁰ BONILLA Musoles, F. El cuello y sus enfermedades, Ed. Jims, pág. 139.

⁶¹ WOLF, LuVerne. Op. Cit. pág. 479.

7. - Colocar el material en un campo estéril y realizar el calzado de guantes.

FUNDAMENTACION: Los guantes de látex en buen estado ofrecen un alto grado de seguridad de aislamiento, al entrar en contacto con sangre o fluidos corporales.

8.- Seleccionar el tamaño del espejo vaginal de acuerdo a las características del introito vaginal de la usuaria.

FUNDAMENTACIÓN: La introducción de un espejo vaginal desproporcionado a la cavidad vaginal, puede provocar laceraciones en la mucosa vaginal durante la introducción del antes mencionado.

9. - Tomar el espejo vaginal (Graves) con la mano diestra y con los dedos índice y medio de la mano contraria separar los labios mayores y menores, para la exposición del introito vaginal. Se coloca el espejo a 45° con relación al introito vaginal, se introduce el espejo en un solo movimiento gentil dos terceras partes del mismo, realizar un movimiento firme para situarlo en posición longitudinal. Se termina de introducir con dirección postoinferior, antes de la introducción completa, se abren las hojas del espejo para observar la localización del cuello uterino. Una vez localizado el cuello uterino, se fijan las hojas del espejo con el tornillo que se encuentra a la derecha del mismo.

FUNDAMENTACION: Los labios mayores y menores recubren el introito vaginal. En, un alto porcentaje de las usuarias el útero se encuentra en retroversión, por lo que el mismo se encontrara en posición anterior con relación a la cavidad vaginal.

10. - Para obtener la muestra del canal endocervical se introduce la espátula de Ayre por el extremo terminado en punta roma, realizando una pequeña presión y girando a 360° en relación a la posición del Licenciado en Enfermería, obtenido el material celular a través de la secreción de este orificio; es muy importante la extensión de la muestra evitando amontonamiento excesivo de las células, no se debe realizar demasiada presión de la espátula sobre el portaobjetos y la muestra se coloca en forma circular.

FUNDAMENTACION: "Este procedimiento es probablemente el más eficaz para la detección de lesiones precoces, tanto de las cuales se localizan inmediatamente pos dentro del orificio externo. También permite obtener células endocervicales identificables y con frecuencia, células normales o anormales del endometrio".⁶² "Los diferentes estudios comparativos existentes sobre los falsos diagnosticados han demostrado que la toma endocervical es la más importante y la que proporciona menor índice de errores, toda muestra que no posea células endocervicales debe considerarse insuficiente. Indica que la toma no se realice en el lugar apropiado. La extensión defectuosa como el amontonamiento de la misma o por el contrario la movilización excesiva sobre el portaobjetos altera las relaciones celulares y produce cambios de coloración."⁶⁴

11. - La toma exocervical se realiza posterior a la toma endocervical, con la espátula de Ayre, del lado donde se localizan las dos puntas, se debe realizar un barrido de 360°, con una ligera presión y posteriormente se coloca en el portaobjetos, en forma de anterior.

⁶² WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 479.

⁶³ GUSBERG, SG. et. al. Cáncer ginecológico, Ed. Panamericana, pág. 81.

⁶⁴ BONILLA Musoles, F. Op. Cit. pág. 140.

FUNDAMENTACION: Un porcentaje importante de las lesiones cancerosas se localizan en el exocervix, por lo que es importante no omitir la toma de muestra de esta porción del cuello cervical.

12. - Se debe de aplicar el citospray inmediatamente después de la colocación de las tres muestras, esto deberá realizarse lo más rápidamente posible. Permitir que la muestra seque al medio ambiente.

FUNDAMENTACION: "El material obtenido fijarse con el citospay en un tiempo inferior a los 30 segundos. La excesiva exposición al aire de la muestra, produce fenómenos de desecación celular, lo que conlleva a graves errores de diagnostico. El material obtenido deberá fijarse con citospray a una distancia de entre 20 a 30 centímetros."⁶⁵

13. - Aflojar el tornillo del espejo, retire el espejo con lentitud liberando el cervix, manteniendo ligeramente abierto. Cierre el espejo a medida que se sale de la cavidad vaginal evitando pellizcar la mucosa.

FUNDAMENTACION: Si se retira el espejo con rapidez de la cavidad vaginal, se puede lesionar la mucosa del conducto vaginal y provocar laceraciones.

14. - Ayudar a la usuaria a incorporarse, orientarle que se quede sentada por cinco minutos y posteriormente pararse y vestirse protegiendo su privacidad.

FUNDAMENTACION: Si la usuaria se incorpora a una posición anatómica de inmediato, posterior a encontrarse acostada por algunos minutos, puede ocasionar la disminución brusca de la tensión arterial, provocar vértigo y con esto la posibilidad de sufrir desvanecimiento.

15. - Guardar el portaobjetos, con la muestra ya seca, junto con la solicitud de la citología vaginal.

FUNDAMENTACION: Mantener el orden con el material utilizado, evitará la pérdida de las muestras o equivocación al almacenarla, lo que evitará resultados cruzados con el resto de las muestras.

16. - Concertar la cita siguiente para entregar los resultados y resolver las dudas externadas.

FUNDAMENTACION: La orientación a la usuaria sobre las dudas redituará en tranquilidad hasta el día en que se entreguen los resultados.

Requisitos para la toma de la muestra: Es importante mencionar a las usuarias que se realizarán este procedimiento que deberán cumplir con las siguientes recomendaciones, para la obtención de un mejor resultado de la prueba realizar:

- 1) No deberá aplicarse medicamentos por vía vaginal por lo menos de 48 a 72 horas antes del procedimiento.
- 2) No deberá realizarse lavados vaginales por lo menos 48 horas antes de la recogida del material para la citología vaginal.

⁶⁵ Idem.

- 3) Se abstendrá de tener relaciones sexuales por lo menos 72 horas antes del procedimiento.
- 4) Se abstendrá de realizar procedimientos en el cuello uterino tales como la aplicación de ácido acético, biopsias, cauterizaciones y algunos autores recomiendan la no-realización de tactos vaginales antes del procedimiento.

Es importante hacer hincapié en estas recomendaciones hacia la usuaria, ya que esto evitará índices de fallo en lo resultados de las muestras obtenidas.⁶⁶

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁶⁶ GONZALEZ Merlo, J. Op. Cit. pág. 82.

5. DETECCIÓN OPORTUNA DE CANCER MAMARIO

Concepto: Procedimiento mediante el cual, se trata de identificar alteraciones en la anatomía normal de la glándula mamaria.

Objetivo: Detectar en forma temprana alteraciones cancerosas, para su tratamiento oportuno.

Material y equipo: Mesa de exploración, sábana, lámpara de chicote, expediente y bolígrafo.

Intervenciones de enfermería:

1. - Explicar a la usuaria la naturaleza del procedimiento, así como su importancia.

FUNDAMENTACION: La comunicación afectiva influye en la participación de la usuaria en su atención. Una posición correcta permite la realización óptima del procedimiento

2. - Indicar a la usuaria que suba a la mesa de exploración y que será indispensable descubrir el tórax para realizar la exploración.

FUNDAMENTACION: La exposición completa del tórax durante la exploración mamaria, facilita y disminuye los tiempos de espera de las usuarias.

3. -Se indica a la usuaria que permanezca sentada con los brazos a los lados. Inspeccionar visualmente para buscar protuberancias, depresiones o arrugas en la piel.

FUNDAMENTACION: "En ocasiones la situación del cáncer puede ser unilateral, causando asimetría en las glándulas mamarias. Las erosiones muy pequeñas del epitelio del pezón (1 a 2 milímetros), suelen ser las únicas manifestaciones del carcinoma de Paget."⁶⁷ "Generalmente los tumores malignos de la mama son unilaterales, de consistencia dura, con excepción de los intraquisticos. Sus bordes son irregulares cuando se infiltran en los tejidos vecinos, fenómenos que además explica la retracción de la piel y el pezón o la desviación de este, así como la adherencia en los planos profundos."⁶⁸

4. - Sentada con las manos presionando sobre la cadera, de modo que se contraigan los pectorales. Repetir el examen visual.

FUNDAMENTACION: "La asimetría de las glándulas mamarias y la retracción o el hundimiento cutáneo a menudo son acentuados y son signos de cáncer, se reflejan más fácilmente al pedir a la usuaria que presione sus manos sobre su cadera"⁶⁹

5. - Sentada con las manos en la nuca, volver a inspeccionar las mamas y además las axilas.

⁶⁷ DeCHERNEY H. Alan. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstetrico, Ed. Manual moderno, pag. 1439.

⁶⁸ MONDRAGÓN Castro, Héctor. Ginecología básica ilustrada, Ed. Trillas, pág. 325.

⁶⁹ De CHERNEY H. Alan. Op. Cit. pág. 1439.

FUNDAMENTACION: "Los signos de malignidad en el cáncer de mama incluyen: nodulaciones visibles en la mama, ulceraciones extensas en la piel, ganglios axilares visibles y edema en mama y del brazo adyacente."⁷⁰

6. - Sentada e inclinada hacia delante, con las manos sobre el hombro del personal de salud. Realizar palpación bimanual, con particular atención a la base de la porción glandular de la mama.

FUNDAMENTACION: Con la exploración de los planos profundos de la glándula mamaria, se descarta la posibilidad que se encuentren tumoraciones en el músculo pectoral, es importante recordar que algunas tumoraciones y en fases avanzadas se encuentran fijas y encontrarse en la pared torácica. "Generalmente los tumores malignos de la mama son unilaterales, de consistencia dura, con excepción de los intraquisticos. Sus bordes son irregulares cuando se infiltran en los tejidos vecinos, fenómenos que además explica la retracción de la piel y el pezón o la desviación de este, así como la adherencia en los planos profundos."⁷¹

7. - Con la paciente y los brazos extendidos a 60 o 90°. Palpar la axila.

FUNDAMENTACION: "Una características del carcinoma ya se encuentra avanzado, es encontrar linfadenopatía axilar acentuada."⁷²

8. - Con la usuaria en decúbito dorsal y los brazos relajados en los lados. Realizar palpación bimanual de ambas mamas, por lo general por cuadrantes, ya que de esta forma se palpa toda la mama y se realiza en metodológica.

FUNDAMENTACION: La frecuencia de la localización de las lesiones cancerosas se encuentra en un 45% en el cuadrante superior externo, 15% en el cuadrante superior interno, 10% en el cuadrante inferior externo, 5% en el cuadrante inferior interno y 25% en la zona alveolar."⁷³

9. - En esta posición repetir los pasos 5 y 7, con las manos en la nuca.

FUNDAMENTACION: Repetir la exploración en las zonas clave, nos posibilita la confirmación de la apreciación y diagnóstico de la exploración.

10. - En decúbito dorsal y los brazos extendidos a los lados, palpar bajo la areola y el pezón con el pulgar y el índice, para detectar masas y descartar la salida de líquido por el pezón.

FUNDAMENTACION: "Las causas más comunes de la secreción del pezón, en la mama no lactante, son carcinoma, papiloma intraductal y cambio quístico, con dilatación de los conductos. La secreción sanguinolenta es más compatible con cáncer, pero puede ser causada por papiloma benigno en el conducto. Los fármacos del tipo cloropromacina y los anticonceptivos orales también pueden ser los causantes de secreción, aunque esta tienen características de lechosa."⁷⁴

⁷⁰ MONDRAGÓN Castro Héctor. Ginecología básica ilustrada, Ed. Trillas, pág. 332.

⁷¹ Idem.

⁷² DeCHERNEY H, Alan. Op. Cit. pág. 1439.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Ibidem. pág. 1435 a 1436.

11. - En esta misma posición palpar las regiones supraclaviculares.

FUNDAMENTACION: Otra de las manifestaciones de cáncer avanzado es la linfadenopatía supraclavicular, las cuales se encuentran fijas, regularmente no son dolorosas.

12. Permitir a la usuaria vestirse con su ropa, respetando en todo momento su privacidad.

FUNDAMENTACION: Respetar la intimidad de las usuarias, contribuye a la confianza de la misma con el personal de salud.

13. - Realizar las anotaciones pertinentes.

FUNDAMENTACION: La anotación correcta de los datos obtenidos contribuye a la integración de un diagnóstico oportuno.

14. - Proporcionar información a la usuaria sobre el resultado de la exploración y resolver las dudas que nos refiera.

FUNDAMENTACION: Proporcionar orientación a la usuaria sobre los resultados de la exploración mamaria, repercuten en disipar la ansiedad que provoca el procedimiento. En el caso de encontrar indicios de alteraciones o cáncer, comentar con el Ginecoobstetra, para una segunda valoración y comentar a la usuaria sobre los hallazgos encontrados.

Requisitos para la realización del procedimiento: Idealmente se deberán programar las citas para la realización de dicho procedimiento. Para la obtención de mejores resultados, la usuaria se deberá presentar en las condiciones que a continuaciones menciona:

Preferentemente deberá realizarse una semana después del inicio del periodo menstrual, cuando las glándulas mamarias son menos nodulares, ya que se palpan cambios después de la ovulación por la acción de la progesterona en los anteriores. Obviamente esta sistematización en la realización de este procedimiento probablemente se dificulte por la irregularidad de los ciclos menstruales en la mayoría de las mujeres, pero se puede programar indicando a las usuarias comunicarse con el titular del consultorio al inicio de su ciclo menstrual.

6. CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La consejería es un elemento crucial en la planificación familiar, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, orienta a las usuarias a realizar sus propias elecciones sobre su salud reproductiva y planificación familiar, y lo más importante que lo lleven a la práctica. Por lo anterior es importante que este, mantenga una educación continua, acerca de los principios y procedimientos para realizar tan importante tarea con las usuarias que lo soliciten, lo anterior favorece a que las usuarias utilicen en forma exitosa el método anticonceptivo deseado y por más tiempo.

6.1. CONSEJERIA EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

Consejería en salud reproductiva: Es una técnica de comunicación interpersonal que permite conocer y entender de manera más profunda las necesidades de apoyo o información del individuo. No es dar un consejo, es llevar al individuo a tomar sus propias decisiones a través de la reflexión, otorgando la información y el apoyo necesario.

Salud reproductiva: "Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no únicamente en la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el proceso de la sexualidad. Es la capacidad que tiene todo individuo y su pareja para disfrutar una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos."⁷⁵

El Licenciado en Enfermería y Obstetricia debe reunir ciertas características para poder proporcionar consejería en planificación familiar, a continuación se describen:

- Convicción: La convicción del personal de salud acerca de la consejería anticonceptiva, nos llevará a resultados más satisfactorias hacia con las usuarias.
- Ser sociable. Tener un sentido sociable, para poder entablar una plática amena antes o después de la consejería, estas situaciones favorecen el proceso de comunicación.
- Tener seguridad: El Licenciado en Enfermería y Obstetricia, debe tener y reflejar seguridad en cada una de los temas que se están abordando, esto también reditúa en confianza de los usuarios, hacia el personal de salud.
- Aceptable: Aprender a escuchar y aceptar los comentarios de los usuarios, es parte importante de la consejería, ya que podremos saber sus inquietudes o dudas.
- Empatía: Es importante saber escuchar y tratar de comprender el contexto de cada uno de los usuarios.

⁷⁵ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 7.

- **Honestidad:** Es personal debe ser modesto de los conocimientos que se poseen y no utilizar demasiado terminología médica, ya que esta práctica desalentará a los usuarios a resolver sus dudas.
- **Tener conocimiento:** Tener un conocimiento certero de los temas que se están abordando.
- **Ser eficiente:** Llevar a cabo las actividades de la mejor manera, teniendo como objetivo, que el usuario se encuentre satisfecho al término de la consejería. Esta es la mejor manera de valorar la eficiencia de las actividades desempeñadas.
- **Ser congruente:** Tener una sistematización de los temas abordados, fomentará a no confundir a los usuarios.
- **Ser directo:** Se debe dirigir la información directamente sencilla y concreta a los usuarios que requieran la orientación de consejería anticonceptiva.

Los principios de la consejería anticonceptiva son los siguientes:

- **Imparcialidad.** La imparcialidad es indispensable, para que la usuaria tome una decisión responsable, acerca de cual es el método anticonceptivo de su conveniencia, no se proporcionar consejos de cual es el mejor método anticonceptivo.
- **Veracidad.** Este apartado se refiere a lo confiable de la información que se esta proporcionando, el personal de salud debe tener los conocimientos suficientes para dar una información veraz y sin desviaciones.
- **Privacidad.** La consejería anticonceptiva se debe de llevar a cabo en un lugar exclusivo para esta práctica, aislado y libre de distracciones, en el cual el y los usuarios, sientan confianza y comodidad.
- **Confidencialidad.** Las decisión que tome la usuaria debe ser confidencial, por parte del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, evitar comentar sobre la decisión de la usuaria.
- **Voluntariedad.** Debe de existir disposición del personal de salud para llevar a cabo estas actividades, ya que si personal se encuentra comprometido con las mismas, será más eficiente la orientación a la comunidad que lo solicite.

La información antes descrita es un pilar fundamental en la consejería anticonceptiva, es importante que el personal de salud, encargado de realizar dicha actividad conozca, para que los resultados resulten sean más satisfactorio, lo cual se traducirá en usuarias satisfechas de la atención proporcionada.

6.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), entiende como métodos naturales para la regulación de la fertilidad cuando dice, que la planificación familiar natural se refiere a las técnicas para evitar el embarazo o planificar su instauración, a través de la observación de los síntomas y signos que se producen de forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual. Implícito en la definición de planificación natural, cuando se emplea para evitar el embarazo, va el hecho de que exista abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual.”⁷⁶

6.2.1. Abstinencia.

Concepto: “Abstinencia es la ausencia de contacto genital que pudiera causar un embarazo. Algunos autores argumentan que la abstinencia no es un método anticonceptivo, sino un estilo de vida ya que una persona abstinentes, no esta teniendo contactos sexuales y por lo tanto no necesita anticonceptivos. No obstante la abstinencia es promovida como una manera de reducir embarazos no intencionados.”⁷⁷

Mecanismo: Elimina la posibilidad de que el semen se introduzca a la vagina de la mujer.

Efectividad: Por evitar esta posibilidad, su efectividad es del 100%.

Indicaciones: Parejas que sientan que tienen habilidad de abstenerse de tener coito.

Contraindicaciones: Riesgo reproductivo elevado.

Efectos colaterales: Ninguno.

Orientación a la usuaria: Proporcionar orientación sobre técnicas de negociación. Tener métodos anticonceptivos a la mano en caso de presentarse un coito.

Seguimiento: Básicamente se concreta en orientación de métodos anticonceptivos, en el momento en que aparezca la decisión de la no-abstención y reforzar las técnicas de negociación.

6.2.2. Método del ritmo y/o calendario.

Concepto: Como resultado de la observación durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar el

⁷⁶ CALAF, Joaquín. Manual básico de contracepción, Ed. Masson, pág. 30.

⁷⁷ NELSON L, Anita. El uso de los anticonceptivos, Ed. Le Roy E., pág. 32.

coito. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del período fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

Mecanismo: Abstenerse de tener coito durante los periodos fértiles del ciclo menstrual. Mediante la observación y cuantificación de los ciclos menstruales de los cuales se observa los signos y síntomas para de esta manera determinar los días de abstinencia y los días en que se puede tener coitos con una mínima posibilidad de presentarse fecundación.

Efectividad: "Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 a 80%."⁷⁸

Indicaciones: Usuarias con ciclos menstruales regulares, predecibles y en edad fértil. Usuarias que tengan problemas con otros métodos anticonceptivos o alguna restricción por cuestiones socioculturales (ejemplo; religión).

Contraindicaciones: Riesgo reproductivo elevado, relativamente las usuarias que tengan ciclos menstruales irregulares, después de un evento obstétrico y usuarias cerca de la menopausia.

Efectos colaterales: Ninguno.

Orientación a la usuaria: "Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su período fértil restando 19 días del ciclo más corto y calculando el fin de su período fértil restando 12 días del ciclo más largo.

Durante este tiempo se deben evitar el coito. "Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del período fértil son demasiado amplios y requieren abstinencia prolongada."⁷⁹

Seguimiento: Se concreta a reforzar el uso del método del calendario, resolver las dudas cuando lo requiera y proporcionar métodos anticonceptivos cuando aparezca la decisión de no-abstinencia en los días fértiles y técnicas de negociación.

6.2.3. Método anticonceptivo del moco cervical y/o Billings.

Concepto: "Los autores de los estudios de los cambios mucosos a nivel cervical, John y Evelyn Billings, dividen el ciclo menstrual en varias fases según las características de la secreción vaginal, estos cambios pueden reconocerse a nivel vulvar, en el introito que reproduce fielmente los cambios que se dan a nivel cervical.

⁷⁸ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 46.

⁷⁹ Ibidem. pág. 47.

Fase 1: (o de los días secos) Inmediatamente después de la menstruación.

Fase 2: Aumento progresivo de secreción, de duración variable.

Fase 3: La secreción es abundante, clara (como de clara de huevo) es síntoma de ovulación inminente. Persiste incluso un día después de la aparición.

Fase 4: La progesterona, en plena fase lútea, convierte la secreción en espesa, opaca, turbia, pegajosa, etc. hasta provocar resequedad."⁸⁰

Mecanismo: Abstenerse de tener relaciones sexuales durante los periodos fértiles o húmedos de la usuaria.

Efectividad: "Bajo condiciones de uso, estos métodos anticonceptivos ofrecen una protección anticonceptiva del 70 al 80%."⁸¹

Indicaciones: Usuarías en edad fértil, que no deseen usar métodos anticonceptivos de mayor efectividad, que deseen anticoncepción natural temporal. Usuarías comprometidas que estén dispuestas a seguir el uso de la abstinencia en los periodos fértiles o anticoncepción de barrera.

Contraindicaciones: Riesgo reproductivo elevado.

Inhabilidad de la usuaria para reconocer, las características de su ciclo menstrual. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

Efectos colaterales: Ninguno atribuible al método.

Orientación a la usuaria: "Orientar a la usuaria a revisar la cantidad y características de sus secreciones cervicales cada día por varios meses para aprender su ciclo. Puede que sienta humedad en la apertura de su vagina, que vea secreciones en su dedo, en sus pantaletas o en el papel higiénico, puede también encontrarse residuos en los pantiprotectores higiénicos:

- Moco post-menstrual: escaso o indetectable.
- Moco pre-ovulatorio: pegajoso y ligeramente blanquecino.
- Moco ovulatorio: Resbalosa, filante, de cantidad moderada, detectable y claras.
- Moco pos-ovulatorio: escasa, opaca, pegajosa o indetectable."⁸²

"Para evitar el embarazo es esencial, que todo coito se evite, en los días de posible fertilidad. Esto significa que los días seguros, son los días secos o de moco cervical pegajoso y ligeramente blanquecino, que son los días anteriores a la ovulación y todos los que siguen después del cuarto día cúspide hasta el final del ciclo.

Debe de explicarse que este método de planificación familiar, requiere no tener coito en los días de posible fertilidad. Los que no lleven al pie de la letra de esta regla tan

⁸⁰ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 25-26.

⁸¹ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 47.

⁸² NELSON L. Anita. Op. Cit., pág. 39.

sencilla, no están usando el método de manera correcta y no deberá de sorprenderse si ocurriese un embarazo, a expensas que estén utilizando un método anticonceptivo con un gran porcentaje de efectividad."⁸³

Es importante mencionarles que las usuarias pueden llevar un control escrito de los días fértiles, de los que no lo son. Este tipo de controles puede también utilizarse para dar interpretación a la regularidad de los ciclos menstruales.

Seguimiento: Serán para la evaluación periódica del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

6.2.4. Método de la temperatura.

Concepto: "Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La temperatura corporal debe registrarse por la mañana y sin haberse levantado, tras un periodo de sueño de aproximadamente de 6 a 8 horas (en situación mínima de gasto energético o de metabolismo basal) en toma rectal, vaginal u oral. La ovulación se produce inmediatamente antes o al mismo tiempo en que se eleva la temperatura corporal basal. Este cambio generalmente es discreto con una elevación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se debe efectuar un registro grafico de la toma de la temperatura corporal basal para verificar de esta manera si se ha efectuado la ovulación. Dicha elevación es el resultado del efecto de la progesterona en el organismo.

Mecanismo: "La pareja debe de abstenerse de tener coito entre el primer día de menstruación y el tercer día consecutivo de la temperatura elevada. La espera de tres días poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado."⁸⁴

Efectividad: "Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan una protección anticonceptiva del 70 a 80%."⁸⁵

Indicaciones: Mujeres en etapa fértil, comprometidas con el proceso de aprendizaje de sus ciclos menstruales.

Contraindicaciones: Riesgo reproductivo alto.

Una contraindicación del uso del método es la existencia de las siguientes circunstancias, que hacen que se registren resultados alterados, a continuación se enlistan:

"Síndrome de luteinización folicular o del folículo luteinizado no roto, en el que el efecto termogénico de la progesterona existe y sin embargo, no se ha extruido el ovocito.

⁸³ BILLINGS, Jonh. Método de la ovulación. Ed. Paulinas, pág. 17.

⁸⁴ Norma Oficial Mexicana, Op. Cit. pág. 47.

⁸⁵ Ibidem, pág. 46.

Situaciones de enfermedad con fiebre (resfriado común, gripe, etc) que falseen la curva de temperatura basal corporal.

Indisciplina y falta de continuidad en la toma de la temperatura basal corporal.

Variaciones al respecto de la curva estándar, incluso en ciclos consecutivos en la misma mujer; un ejemplo claro son las trabajadoras que rolan turnos.³⁶

Orientación a la usuaria: La temperatura corporal basal deberá medirse diario, a la misma hora, por la mañana y sin haberse levantado de la cama, tras un periodo de descanso o sueño de 6 a 8 horas, con un termómetro clínico de mercurio (en grados centígrados) en toma oral (preferentemente debería ser rectal pero por lo incomodo del procedimiento se aconseja que sea oral). La elevación de la temperatura es de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Como ya se ha mencionado se debe de abstenerse de tener coito entre el primer día de menstruación y tres días posteriores a la elevación sostenida de la temperatura. De no hacerlo de esta manera deberá utilizar métodos de barrera. Esperar tres días más contribuirá a reducir las posibilidades de fecundación del óvulo.

La orientación también deberá ser dirigida, de la forma en que se registren los resultados para dar una interpretación adecuada de los resultados arrojados, en la toma y registro de la temperatura corporal.

Seguimiento: Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

6.2.5. Método de lactancia amenorrea (MELA).

Concepto: La lactancia retrasa el retorno de la fertilidad posnacimiento. Consiste en utilizar la lactancia materna como método anticonceptivo temporal. Brinda protección temporal y promueve la. Sin embargo el MELA es un método efectivo solo bajo ciertas condiciones específicas:

- 1) La usuaria esta amamantando exclusivamente a su hijo.
- 2) El bebe tiene menos de seis meses.
- 3) La usuaria es amenorreica.

Además de que brinda protección contra embarazos a la usuaria después del nacimiento de su bebe, asegura que él bebe obtenga los nutrientes necesarios así como protección contra enfermedades proporcionados a través de la leche materna.

Mecanismo: El proceso de succión de los pezones produce un estímulo que inhibe la producción de estrógenos, mediante lo cual se detiene el proceso de ovulación, ya que durante la lactancia materna, se aumenta la velocidad de producción de la prolactina y

³⁶ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 32.

esto lleva consigo la inhibición de los estrógenos, y la producción de óvulos para una posible fecundación.

Efectividad: "Cuando de usa llevando al cabo todas las condiciones específicas, el porcentaje de efectividad es del 98% durante los primeros 6 meses después del nacimiento del producto."⁸⁷

Indicaciones: Usuaris amenorreicas después del nacimiento de su producto (vía vaginal o abdominal) de menos de seis meses que se encuentren amamantando a su bebe de manera exclusiva.

Contraindicaciones: Usuaris con riesgo reproductivo alto.

Orientación a la usuaria: Orientarla para que comience con el proceso de amamantar inmediatamente después del nacimiento de bebe. Además fomentar la lactancia exclusiva hasta los seis meses.

La orientación también será dirigida a las usuarias infectadas con VIH, ya que existe la posibilidad que infecten al producto, si lo amamantan.

Seguimiento: El seguimiento será orientación acerca de los loquios, después del nacimiento del producto pueden durar de 3 a 4 semanas después del nacimiento, es posible que lo confundan con una menstruación. Cualquier sangrado después de este periodo, puede ser indicio del inicio de la fertilidad.

Hacer hincapié a la usuaria sobre la importancia de mantener una lactancia materna exclusiva, para que el porcentaje de seguridad, no disminuya con la práctica equivocada, del este método anticonceptivo.

6.2.6. Coito interrumpido.

Concepto: El hombre retira el pene completamente de la cavidad vaginal antes de eyacular.

Mecanismo: Con la retirada del pene antes de la eyaculación, reduce o elimina la presencia de espermatozoides en la cavidad vaginal.

Efectividad: "La efectividad de este forma de anticoncepción es del 81%."⁸⁸

Indicaciones: Parejas que tienen la facilidad de comunicarse durante el acto sexual.

⁸⁷ HATCHER A, Robert. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Ed. Programa de información a la población. Pág.15-4.

⁸⁸ NELSON L, Anita. Op. Cit. pág. 61.

Hombres disciplinados que pueden ignorar instintos fuertes, los cuales los impulsan a continuar y eyacular dentro de la cavidad vaginal. Preferentemente este método es más fácil llevarlo a la práctica con parejas monógamas.

Contraindicaciones: Eyaculación prematura.

Orientación al usuario: Se debe de orientar acerca del uso de un método anticonceptivo de respaldo hasta el perfeccionamiento del coito interrumpido. Es importante mencionar que el hombre debe limpiar los líquidos preeyaculatorios antes de la penetración a la cavidad vaginal.

Seguimiento: Se concreta a preguntar a las parejas el éxito del método anticonceptivo descrito, si ha habido eyaculación dentro de la cavidad y si necesita otros métodos de respaldo.

6.2.7. Método sitotérmico.

Concepto: Este método es denominado así, porque combina varios índice o parámetros de la función genital en general y el signo de la temperatura. Concretamente busca determinar la ovulación mediante la combinación de la ovulación que se refiere sintó (o síntomas) y el signo de la temperatura (térmico).

Mecanismo: Como ya se describió con anterioridad, es la combinación de dos métodos naturales temporales, el mecanismo se concreta a la abstención del coito durante la etapa fértil de la usuaria.

Efectividad: Como se ha mencionado la efectividad anticonceptiva de los métodos naturales es del 70 al 80%, en el método sintotérmico aumenta de manera discreta.

Indicaciones: Usuaris en etapa fértil.

Contraindicaciones: Usuaris con riesgo reproductivo elevado. Y con exposición a enfermedades de transmisión sexual.

Orientación a la usuaria: La orientación será exactamente igual al método de la temperatura y el moco cervical, en forma combinada, tratando de determinar con ambos métodos los días fértiles y obviamente los días de abstinencia o mayor riesgo de embarazo.

Seguimiento: El seguimiento será encaminado a la evaluación, conocimiento y adhesión al método anticonceptivo y reforzar la consejería sobre métodos más seguros.

También se aprovechara las consultas de seguimiento, para tomar citología vaginal exfoliativa y exploración de mamas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.3. METODOS ANTICONCEPTIVOS DE BARRERA

Los métodos anticonceptivos de barrera incluyen un conjunto de operativos mecánicos que aplicados, sobre el aparato genital masculino o femenino, bloquean el acceso de espermatozoides al canal cervical, algunos se acompañan de la acción de sustancias químicas. En este apartado se describirán métodos como el preservativo masculino, dispositivo intrauterino y espermicidas.

6.3.1. Preservativos masculinos (CONDON).

Concepto: El preservativo masculino o condón, son fundas de látex, que se colocan en el pene antes del contacto sexual y se mantiene en puesto hasta después de la eyaculación. Hay por lo menos dos tipos de tamaño, también variedad de textura, grosor (0.3 a 0.8mm) y con o sin capa de espermicida. Son impermeables a bacterias y virus, y ofrecen una considerable reducción en la diseminación de enfermedades de transmisión sexual. Es uno de los métodos anticonceptivos más usados actualmente, aunado por la preocupación mundial de la transmisión de enfermedades venéreas.

Mecanismo: "Al actuar como una cubierta del pene durante el contacto sexual, evita el depósito de semen en la vagina, además protege contra enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA."⁸⁹

Efectividad: "Bajo condiciones correctas de uso, este método ofrece una protección anticonceptiva del 85 al 97%."⁹⁰

Indicaciones: "Este método puede ser indicado en hombres con vida sexual activa en las siguientes situaciones: En personas con vida sexual esporádica, como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones después de la vasectomía, cuando además hay riesgo de exposición de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo SIDA."⁹¹

Contraindicaciones: Alergia a látex o espermicida.

Orientación al usuario: Es importante que tanto hombres como mujeres aprendan a utilizarlo de manera correcta: Usar un preservativo o condón nuevo en cada relación sexual.

"Verificar la fecha de la caducidad, la cual no deberá ser de más de cinco años después de su fabricación."⁹²

⁸⁹ DeCHERNEY H, Alan. Diagnóstico y tratamiento en ginecoobstetricia, Ed. Manual moderno, pág. 847.

⁹⁰ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 42.

⁹¹ Ibidem, pág. 43.

⁹² Idem.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Corroborar que el empaque no se encuentre roto, presionando el empaque y al comprimirlo forme una bolsa de aire.

Abrir el paquete con las yemas de los dedos, no debe realizarse con las uñas, dientes y tijeras, ya que el preservativo puede llegar romperse.

Colocar el preservativo en la punta del pene erecto, presionando el receptáculo del semen si lo trae, desenrollarlo hasta llegar a la base del mismo. Debe evitarse al máximo la formación de burbujas de aire, ya que si las contiene éste puede llegar a romperse.

Cuando el hombre no tenga la circuncisión, deberá retraerse el prepucio hacia abajo, antes de colocarse el preservativo.

Debe retirarse después de la eyaculación y antes de que el pene regrese a su estado de flacidez, sostener el condón con la base del pene, para que no se derrame el semen o se quede dentro de la vagina. Posterior a la retirada del pene, se debe hacer un nudo en la zona proximal y deberá ser desechado en la basura.

En caso de ser necesario usar lubricantes exógenos, deben ser hechos a base de agua, ya que los hechos de bases oleosas pueden debilitar el látex y romperse durante el acto sexual.

En caso de presentar alergias, valorar la causa y cambiar de método anticonceptivo o abstenerse de utilizar espermicida.

Cabe resaltar que es el único método anticonceptivo que previene el contagio por enfermedades de transmisión sexual incluyendo en Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Seguimiento: Se realizará hincapié en la metodología del uso del preservativo y resolver las dudas que presente.

6.3.2. Dispositivo intrauterino.

Concepto: "Es un dispositivo intrauterino (DIU) en forma de T hecho de poliuretano radio-opaco, con dos brazos flexibles que se doblan al insertar, pero se abren dentro del útero para sostener dos mangas de cobre sólidas contra el fondo. Tiene fibras de cobre delgado alrededor del tallo. La cantidad de cobre oscila entre 200 (carga baja) y 380 mm² (carga alta), estos últimos son que frecuentemente se encuentran en el mercado, estimando una liberación diaria de 40 a 50 microgramos diarios durante los primeros meses, disminuyendo paulatinamente. Tiene dos fibras de polietileno monofilamento conectadas a la base, las cuales salen de la vagina y sirve para su valoración y extracción."⁹³

⁹³ NELSON L. Anita. Op. Cit. pág. 72.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mecanismo: En la actualidad se desconoce exactamente el mecanismo interno del dispositivo intrauterino, no obstante se han observado diversos mecanismos que a continuación mencionaremos:

"La inserción del DIU en el interior de la cavidad uterina desencadena de inmediato una respuesta inflamatoria aséptica en el endometrio, caracterizada por la existencia de un filtrado leucocitario, que condiciona por una parte la fagocitosis de los espermatozoides y por otra la creación de un ecosistema desfavorable para la implantación.

Si el DIU lleva asociado un filamento de cobre va ha permitir otros mecanismos adicionales. En primer lugar, la ruptura del equilibrio biológico existente por los diferentes iones, por la acumulación del cobre va ha modificar la capacidad enzimática del endometrio, afectando, entre otros, la beta-glucorudinas, la anhidrasa carbónica y a los activadores del plasminógeno. En segundo lugar, se produce un incremento de las síntesis de la prostaglandinas, mecanismo que explica la contractilidad tubárica, lo que a su vez, dificultaría el proceso de fecundación. Algunos autores, han descrito, que los DIU con carga mayor de 300mm² de superficie de cobre, provocan una importante disminución de los receptores de estrógenos y progesterona en el endometrio. Este hecho que podría explicarse por el bloqueo que ejercería el cobre a la unión del esteroide con el receptor una vez utilizado y justificaría la mayor frecuencia de sangrados, que se produce como consecuencia de una maduración irregular del endometrio.

Finalmente, la presencia de cobre en el moco cervical, no solo va ha impedir la capacitación espermática, sino que además, va a ejercer una acción de espermicida directo al impedir la motilidad de los espermatozoides.

Todos estos efectos podrán resumirse en dos; un efecto antiimplantatorio predominante de los DIU inerte y un efecto anticonceptivo como mecanismo fundamental de los adicionados con cobre.

Es importante resaltar, que no existe evidencia clara que el DIU es abortivo."⁹⁴

Efectividad: "Brinda una protección anticonceptiva del 95 al 99%."⁹⁵

Indicaciones: "Usuarías en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la aplicación o toma periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- 1) Antes del primer embarazo.
- 2) En el intervalo intergenésico.
- 3) En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia."⁹⁶

⁹⁴ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 69.

⁹⁵ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 31.

⁹⁶ Ibidem. pág. 32.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Contraindicaciones: Embarazo o sospecha de embarazo.
Útero con histerometría menor a 6 cm.
Patología que deforme la cavidad uterina.
Carcinoma de cervix o del cuerpo uterino.
Enfermedad pélvica inflamatoria activa.
Presencia de corioamnionitis.

Momento de la aplicación: "Durante la edad fértil de la usuaria, después de cualquier evento obstétrico, en el periodo intergésico, después de 4 a 6 semanas posparto o poscesárea e inmediatamente después de un legrado o de una Aspiración Manual Endouterina (AMEU)."⁹⁷

Muchos autores han descrito que el momento ideal para la colocación del DIU son durante los primeros días de la menstruación, ya que hay una alta posibilidad de que la usuaria no se encuentre embarazada, aunque no se trata de un requisito imprescindible para su inserción, ya que ésta se puede realizar en cualquier momento del ciclo menstrual, aunque se exacerban algunas molestias tales como dolor en el momento de la aplicación, debido a que el orificio externo cervical no se encuentra permeable y posiblemente un sangrado discreto posterior a la aplicación.

* Al final de este apartado se describe el procedimiento de aplicación de Dispositivo Intrauterino.

6.3.3. Espermicidas

Concepto: Son métodos anticonceptivos de uso temporal que intervienen la fecundación de manera química, resultando un método más de barrera. Actualmente los espermicidas más usados es el Nonoxinol.

Mecanismo: "Agente surfactante no iónico con efecto espermicida, acción que confiere utilidad como método anticonceptivo cuando se deposita en la vagina antes del coito. Interactúa con las lipoproteínas de la membrana celular de los espermatozoides, acción que daña gravemente la cabeza, el cuello, la parte media y la cola, produciendo pérdida irreversible de la movilidad y la viabilidad. Aumenta la permeabilidad celular y en consecuencia, pérdida de los componentes celulares. También altera el metabolismo y la función mitocondrial. Se lo incluyen en diversas formulaciones; cremas, geles, espumas y óvulos, formulaciones que se consiguen sin prescripción médica y son de fácil aplicación."⁹⁸

Efectividad: "La efectividad de este método anticonceptivo, es del 79%."⁹⁹

⁹⁷ Ibidem, pág. 33.

⁹⁸ RODRÍGUEZ Carranza, Rodolfo. Vademécum académico de medicamentos, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, pág. 616.

⁹⁹ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 54.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Indicaciones: Usuaris con vida sexual activa.

Contraindicaciones: Usuaris con riesgo reproductivo elevado. Usuaris con alergia a los componentes. Usuaris expuestas a enfermedades de transmisión sexual

Inconvenientes sobre el uso: La acción del Nonoxinol, es que no respeta la membrana la membrana de las células epiteliales, de tal suerte que su uso frecuente produce irritación y ulceración de la mucosa vaginal. Este inconveniente es considerado para algunos grupos de riesgo, como las prostitutas, que se ven obligadas a utilizarlo varias veces en el día y el riesgo de ulceración es mayor. Precisamente este inconveniente ha generado una gran polémica, pues la alteración epitelial con rotura, inflamación o ulceración es una puerta de entrada franca para las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Orientación a la usuaria: Las recomendaciones se enlistan a continuación:

- Verificar que el espermicida se encuentre dentro de la fecha activa del producto.
- Lavarse perfectamente las manos, antes y después de la inserción.
- Colocarse el espermicida antes de cada relación sexual, como lo indique el fabricante.
- Regresar a consultoría en el caso de presentar efectos adversos al producto.

Seguimiento: Será enfocado a reforzar las recomendaciones hacia el uso de este método anticonceptivo y orientar al uso de métodos más efectivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.4. METODOS ANTICCEPTIVOS HORMONALES

Los anticonceptivos hormonales, son esteroides sintéticos a las hormonas naturales de la mujer; los estrógenos y la progesterona. Estos esteroides se usan en combinación proporcionando anticoncepción efectiva mediante la inhibición de la ovulación y provocando cambios en el crecimiento natural del endometrio proliferativo.

6.4.1. Métodos anticonceptivos hormonales

Concepto: Los anticonceptivos hormonales orales suprimen la ovulación mediante la acción de los estrógenos y mantienen el moco cervical demasiado espeso, por la acción de la progesterona, para impedir el paso de los espermatozoides, aunado a las alteraciones endometriales no permitir el crecimiento adecuado.

Mecanismo: "Preparación combinada que contiene un estrógeno (etinilestradiol) y un progestágeno (noretisterona). Su administración oral interfiere con la fertilidad de diversas maneras. Inhiben la secreción hipofisiaria de hormona gonadotrófica y la maduración folicular y en un elevado porcentaje de ciclos, suprime la ovulación.

Además, produce cambios endometriales que interfieren en los procesos de nidación e inducen la formación de un moco endocervical que se hace viscoso e impenetrable, interfiriendo con la migración de los espermatozoides de la vagina a las cavidades uterinas y tubárica. Cuando se suprime su administración, el endometrio, que se ha vuelto secretor, bajo los efectos estrogénicos y progestacional sufre descamación que se elimina con el sangrado menstrual."¹⁰⁰

Efectividad: "Bajo condiciones habituales de uso, este método anticonceptivo brinda una protección anticonceptiva del 92 al 99%."¹⁰¹

Indicaciones: "Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad, seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de una tableta en las siguientes circunstancias:

- 1) Antes del primer embarazo.
- 2) En el intervalo intergénéstico.
- 3) En el posaborto inmediato.
- 4) En el posparto o poscesárea después de la tercera semana, si la usuaria no esta lactando.

Contraindicaciones:

Durante la lactancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁰⁰ RODRÍGUEZ Carranza, Rodolfo. Op. Cit. pág. 524.

¹⁰¹ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 14.

Embarazo o sospecha de embarazo.

Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.

Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix.

Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

Precauciones: Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.

Fumadoras mayores de 35 años de edad.

Hipertensión arterial.

Diabetes mellitus no controlada.

Migraña focal.

Leiomiomatosis uterina.

Insuficiencia renal.

Alteraciones de la coagulación.¹⁰²

Ventajas del uso: "Se han descrito las siguientes ventajas por el uso de anticonceptivos hormonales:

Reduce la probabilidad de cáncer endometrial hasta en un 50% de los tres principales tipos histológicos (adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma adenoescamoso) porcentaje que aumenta tras de tres años de uso. No se conoce el mecanismo básico de protección, sin embargo el estado pseudo atrófico del endometrio impide el desarrollo de hiperplasias.

Cáncer de ovario, para este efecto se requiere de un mínimo de tres años de duración continua de anticonceptivos hormonales y al cabo de 10 años hay una reducción de riesgo del 80%.

Hay una disminución en la pérdida de sangre de los ciclos menstruales posteriores a la toma de hormonales, por ende hay un decremento discreto en el riesgo de anemia, a su vez también disminuye la amenorrea, debido a la inhibición de la ovulación.

En cuanto a la enfermedad pélvica inflamatoria hay una disminución importante en la aparición de la misma, del 50 a 60%, en usuarias con un año de anticoncepción hormonal.

Parece disminuir el riesgo de patologías benignas de mama, como en la enfermedad fibroquística en un 30%, fibroadenomas en 60% y en tumores mamarios en un 40%, esto en usuarias con más de dos años de uso.

Disminuye el riesgo en la aparición de quistes ováricos funcionales, tecaluteicos y granulosa-luteínicos. La protección se reserva únicamente a las usuarias actuales.

¹⁰² Norma Oficial Mexicana, Op. Cit. pág. 14-15.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los fibromas uterinos se ven disminuidos en un 30% en usuarias con más de diez años de uso continuo.

La osteoporosis tiene una evolución más lenta en usuarias con anticoncepción hormonal.

Desventajas: Entre las que se encuentran las siguientes:

No ofrece protección contra enfermedades de transmisión sexual en usuarias expuestas.

En cuanto a las enfermedades cardiovasculares, se ha observado que aumenta el riesgo de presentar trombosis venosa, infarto agudo al miocardio y accidentes cerebro vascular, con la presencia de algunos factores de riesgo como, tabaco, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, obesidad y diabetes.

Los anticonceptivos hormonales favorecen a la aparición de cáncer de cervix, en concreto la aparición de hiperplasia polipoidea del epitelio monoestratificado y se ha verificado un progreso más rápido de las displasias de carcinoma in situ en las usuarias.

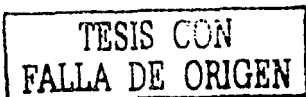
Por ello, algunos autores, recomiendan la citología vaginal exfoliativa cada 6 meses en mujeres con anticoncepción hormonal por un periodo superior a 5 años y que además tengan otros factores de riesgo como múltiples parejas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y historia previa de enfermedades precancerosas de cervix.

Aumento de la presión arterial, aparece en aproximadamente en el 5% de los casos, generalmente durante los primeros 6 meses de tratamiento. Al parecer esta condicionada por la modificación del sistema renina-angiotensina. Se ha observado un aumento del angiotensinogeno (8 veces más), aunque la vasoconstricción es compensada por una disminución de la renina. Afecta tanto la tensión sistólica como la diastólica. Por lo general este aumento cede a los 6 meses del abandono del tratamiento.

Menstruación silente, secundaria a una menor proliferación endometrial en la que la acción del progestageno, actúa en el tejido endometrial atrofiándolo, hecho que impedirá su descamación. Se produce en un 2% de las usuarias durante el primer año.¹⁰³

Orientación a la usuaria acerca de la administración: "Los anticonceptivos hormonales orales, deberá de tomarse durante los primeros cinco días del inicio del ciclo menstrual. Se tomará la tableta diariamente a la misma hora, preferentemente antes de acostarse por la noche. Si produce nauseas, tomarlo con alimento o inmediatamente después. En las presentaciones que únicamente tienen 21 tabletas, se deberá comenzar con el siguiente ciclo siete días después del inicio del mismo. En las presentaciones que tienen 28 tabletas, se deberá iniciar al termino de las mismas, ya que estos regímenes son ininterrumpidos.

¹⁰³ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 98-110.



En el caso de la ingesta irregular de las tabletas se deberá orientar a tomar las siguientes medidas.

Si se olvido tomar una sola tableta, se deberá tomarla tan pronto como recuerde o tomar dos tabletas al siguiente día, una por la mañana y una por la noche.

Si se olvido tomar dos tabletas, se deberá tomar dos tabletas durante los dos próximos días.

En el caso de haber olvidado tomar más de tres tabletas se deberá discontinuar el uso de este método anticonceptivo, ya que existe la posibilidad de quedar embarazada en el caso de no tener un método de respaldo, si la usuaria lo desea puede terminar con las tabletas, pero se debe explicar hacer hincapié que debe usar un método de respaldo."¹⁰⁴

Si la usuaria, al tomar la tableta presenta vómito en la siguiente hora, se deberá recomendar un antiemético y tomar la pastilla después de la ingestión del antes mencionado.

También se debe hacer una mención acerca de los efectos colaterales que pueden presentarse por la ingesta de anticonceptivos hormonales, los cuales son los siguientes los que se presentan con mayor frecuencia:

- Cefalea.
- Náusea y vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma.
- Sangrado intermenstrual.
- Depresión.
- Aumento de peso.

Es importante hacer mención que estos efectos, se presentan inicialmente durante los primeros meses, después de iniciar la anticoncepción hormonal.

"También se debe orientar a la usuaria que deberá suspenderse la ingesta de métodos hormonales, en caso de presentar algunas de los siguientes signos:

- Cefalea intensa.
- Dolor precordial intenso.
- Alteraciones visuales.
- Dolor intenso en miembros inferiores.
- Dolor intenso en el abdomen.
- Ictericia.

TESIS
FALLA DE ORIGEN

¹⁰⁴ RODRÍGUEZ Carranza, Rodolfo. Op. Cit. pág. 523.

- Embarazo (o ausencia de las dos últimas menstruaciones).¹⁰⁵

Es importante que la usuaria regresa a visita con el LEO, para realizar una valoración integral de las referencias que nos manifieste las usuarias para su oportuna atención.

Seguimiento: El seguimiento de la usuaria se relacionará con la resolución de problemas acerca de los efectos colaterales y el refuerzo de la consejería, si los efectos colaterales son muy intensos después de seis meses es importante hacer mención a la usuaria del retiro de este método anticonceptivo y orientarla acerca de otros métodos.

Como se mencionaba anteriormente, es importante realizar citología vaginal exfoliativa cada seis meses, examen mamario y una exploración general para valorar efectos adversos causados por el uso de este método anticonceptivo. Así como proporcionar de anticonceptivos a la usuaria si así lo requiere (si hay disponibles en la institución, para la entrega o distribución de forma gratuita)

Los hormonales únicamente con progestina, varían de los hormonales combinados en los siguientes puntos:

- Obviamente, solo contienen progestina, por lo que no se lo pueden tomar las mujeres con contraindicaciones de la ingesta de estrógenos.
- "La presentación vienen en cajas de 35 tabletas o grageas que deben tomarse de manera ininterumpidas.
- La efectividad anticonceptiva disminuye, en forma poco significativa, la efectividad es de 90 a 97%.¹⁰⁶
- Se pueden utilizar en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia (con lactancia se debe iniciar después de la tercera semana) y en el posaborto.

Los hormonales inyectables varían, en comparación a los hormonales orales combinados en los siguientes puntos:

- La presentación combinada, contiene estradiol (estrógeno) 5mg y noretisterona 50mg o hidroxiprogesterona 25mg en cada dosis.
- Cada aplicación protección una protección anticonceptiva de un mes.
- La efectividad de esta presentación es mayor al 99%.
- Esta presentación es de aplicación intramuscular y se debe aplicar durante los primeros 5 días de iniciado el periodo menstrual.
- La siguiente aplicación debe realizarse 30 + - 3días, después de la primera aplicación, sin importar cuando inicie el siguiente periodo menstrual.
- En el posparto o poscesárea, se aplica después de la tercera semana.
- Después del posaborto se puede aplicar después de la segunda semana.
- Además de las indicaciones ya mencionadas, este método esta indicado para mujeres que les es difícil, tomar una tableta diaria durante 21 días.

¹⁰⁵ NELSON, Anita. Op. Cit. pág. 95.

¹⁰⁶ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pag. 18.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- En cuanto al mecanismo de acción, indicaciones, contraindicaciones y el resto de la descripción del método funciona exactamente igual.

6.4.3. Anticonceptivos hormonales subdermicos

Concepto: "El sistema es un conjunto de 6 cápsulas plásticas (silásticas) de 34mm de largo por 2.4mm de diámetro. Las cápsulas se insertan debajo de la piel en la parte superior (aspecto medial) del brazo menos dominante de la usuaria. Cada implante esta relleno de 36mg de levonorgestrel en polvo, el cual es lentamente liberado a través de los microporos del implante, para alcanzar una concentración promedio en el plasma de 0.30 microgramos/ml en un período de cinco años."¹⁰⁷

Mecanismo: Los implantes Norplan actúan sobre el moco cervical consistentemente durante el ciclo, aumentado su densidad lo cual dificulta el paso de los espermatozoides a la cavidad endometrial impidiendo de esta manera la fertilización. Durante los dos primeros años, mientras los niveles en sangre del levonorgestrel, la ovulación es bloqueada en la mayoría de las mujeres. Sin embargo para el quinto año, el 90% de las mujeres ovulan rutinariamente. El progestageno puede crear una fase lútea y un medio ambiente en el útero no favorable para la implantación del óvulo fecundo, esto explica la utilidad de este método anticonceptivo después de los dos años de anovulación y prevenir el embarazo.

Efectividad: "Bajo condiciones habituales de uso, este método anticonceptivo proporciona una efectividad mayor al 99%. Después disminuye gradualmente al 96.5%, al quinto año de uso."¹⁰⁸

Indicaciones: "Este método esta indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o de la aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- 1) Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- 2) En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- 3) En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- 4) En el posparto inmediato.

Contraindicaciones:

En el embarazo o sospecha de este.

Tener o haber tenido cáncer mamario o de cervix.

Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.

Enfermedad hepática aguda o crónica activa.

¹⁰⁷ NELSON, Anita. Op. Cit. pág. 119.

¹⁰⁸ Norma Oficial Mexicana. Op. Cit. pág. 28.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsionantes.

Precauciones:

Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.

Insuficiencia renal.

Cardiopatía isquémica.

Depresión importante.

Migraña focal.

Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método, después de dos años de uso en mujeres con peso mayor a 70 kilogramos.¹⁰⁹

Ventajas: "Es conveniente, ya que con una sola inserción prevé de protección durante cinco años de protección anticonceptiva.

Hay una disminución en la pérdida de sangre de los ciclos menstruales posteriores a la toma de hormonales, por ende hay un decremento en el riesgo de anemia, a su vez también disminuye la amenorrea, debido a la inhibición de la ovulación, durante los dos primeros años.

Reduce la probabilidad de cáncer endometrial hasta en un 50%, de los tres principales tipos histológicos (adenocarcinoma, adenoacantoma y carcinoma adenoescamoso). No se conoce el mecanismo básico de protección, sin embargo el estado seudo atrófico del endometrio impide el desarrollo de hiperplasias.

Es un método altamente efectivo durante los dos primeros años de uso.

Es una buena opción, para aquellas usuarias que no pueden usar estrógenos.

La fertilidad regresa tan rápido como se retiran los implantes.

Puede ser usado por usuarias que se encuentran lactando a su bebé, sin alteraciones de consideración en la misma.

Desventajas: No protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH.

Menstruaciones irregulares durante el primer año de uso, además de sangrados leve o goteos entre periodos.

Amenorreas (aunque algunas mujeres lo consideran como una ventaja).

Hay un aumento en el tamaño de los ovarios puede estar asociado con un aumento discreto en la posibilidad folículos persistentes en los ovarios.

Este método no puede ser discontinuado por la usuaria, necesariamente tiene que asistir al hospital para el retiro de los implantes.¹¹⁰

¹⁰⁹ Ibidem, pág. 28-29.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Efectos colaterales: Se describen a continuación:

Hematomas en el área de aplicación.

Infección local.

Cefaleas.

Irregularidades del patrón menstrual.

Mastalgia.

Modo de aplicación: "Los implantes Norplan debe colocarse en la parte interna del brazo no dominante. El procedimiento se realiza bajo asepsia y antisepsia, y analgesia local, se aplica y se extrae por un medico ginecoobstetra.

Complicaciones de la aplicación: La infección en la herida es una complicación poco frecuente. La fibrosis desarrollada en la zona puede disminuir el efecto del método anticonceptivo. Es importante hacer mención que los implantes deben colocarse en una zona sana del antebrazo, por ningún motivo deben colocarse en una región infectada, ya que esto puede tener consecuencias."¹¹¹ La colocación adecuada del apósito evita la formación excesiva de hematomas.

Orientación a la usuaria: Va encaminada a reforzar la consejería, si los efectos colaterales son muy intensos debe valorarse el retiro de los implantes.

En caso de confirmarse embarazo deben retirarse inmediatamente y deberá de llevar un control prenatal inmediatamente. Durante cada visita, de preferencia cada medio año, o cuando la usuaria lo crea conveniente, debe de tomarse citología vaginal exfoliativa y hacer una exploración de mamas.

Nota: Es importante resaltar que el CIMIGen, el Licenciado en Enfermería y Obstetricia no lleva a cabo este tipo de procedimiento, se hace referencia en este manual, por la necesidad de conocimiento del método, por las posibles usuarias que llegan a consulta en este hospital.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹¹⁰ HATCHER A. Robert. Op. Cit. pág. 8-4 a 8-5.

¹¹¹ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 129-130.

6.5. METODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS.

Concepto: Son aquellos métodos anticonceptivos en los que se utilizan técnicas quirúrgicas para su realización, que son, como se mencionan definitivos, hay opciones muy remotas para su reversibilidad.

6.5.1. Oclusión tubarica bilateral.

Concepto: Como el nombre lo menciona, este método consiste en la oclusión tubarica bilateral, de esta manera no se permite el contacto entre el óvulo y el espermatozoide.

Mecanismo: Mediante, esta técnica quirúrgica, no se permite el contacto del espermatozoide con el óvulo, por la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio.

Efectividad: Brinda una protección anticonceptiva, mayor al 99%, bajo condiciones habituales.

Indicaciones: Usuaris con paridad satisfecha. Usuaris con retardo mental. Por indicación medica.

Es trascendental orientar perfectamente a la usuaria, ya que este método anticonceptivo es permanente y la reversibilidad del mismo es remota, cuando la técnica quirúrgica se realiza en forma apropiada.

Contraindicaciones: Usuaris con enfermedad pélvica inflamatoria.

Técnica quirúrgica: "Regularmente se utiliza la técnica de Pomeroy modificada, la cual es realizada en quirófano, bajo anestesia regional o local, y consiste en ligar y cortar las trompas de Falopio con material de sutura no reabsorbible en los extremos de la trompa seccionada. Posteriormente a la cirugía, la usuaria se mantiene en observación durante 6 horas aproximadamente y si no existe alguna complicación al procedimiento, se puede dar el alta. Puede reiniciar con sus actividades normales después de dos días, siempre y cuando no implique esfuerzo físico importante.

Posterior a el alta se puede recetar un analgésico en caso de presentar dolor moderado y reiterar que únicamente se tomará en caso necesario."¹¹²

Efectos colaterales: Algunos autores han comentado la aparición de ciertos efectos colaterales, aunque no se han llevado estudios y controles bien establecidos, por lo que a la fecha no se conocen con claridad.

¹¹² Ibidem. pág. 146.

Seguimiento de la usuaria: "Las consultas deben programarse una semana después de la cirugía, para la revisión de la herida quirúrgica, se debe instruir a la paciente para que acuda a consulta en el caso de presentar la siguiente sintomatología:

- Sintomatología urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre o dolor local en la herida quirúrgica."¹¹³

Las actividades del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, en este método, se enfocan principalmente a la orientación sobre el método anticonceptivo y ofrecer alternativas en el caso que la usuaria se encuentre insegura de la realización del mismo, y del seguimiento posterior a la cirugía.

Vasectomía

Concepto: Se trata de un método quirúrgico ambulatorio que en uno 15 o 20 minutos permite mediante una técnica sencilla y con anestesia local, realizar la sección de los conductos deferentes por vía escrotal

Mecanismo: Mediante la oclusión de los conductos deferentes, se evita el paso de los espermatozoides y la mezcla el mismo con el líquido seminal.

Efectividad: Este método anticonceptivo brinda una efectividad mayor al 99%

Indicaciones: Paridad satisfecha. Retraso mental.

Contraindicaciones: Criptorquidia. Antecedentes de cirugía escrotal o testicular. Historial de impotencia.

Técnica quirúrgica: Se realiza con la técnica Li, sin bisturí. Se practica una incisión central en el escroto, previa anestesia local de la piel y del cordón espermático, aislando y seccionando el conducto espermático. Se invagina mediante puntos separados de catgut crómico de 3 o 4 ceros, dejando el extremo opuesto a diferente plano para evitar posible anastomosis espontánea.

Posterior al procedimiento se debe recomendar reposo por lo menos cuatro horas después de la intervención y debe colocarse hielo cada 30 minutos de forma alternada.

Deberá utilizar un suspensorio, traje de baño o un calzón ajustado por siete días y deberá regresar a sus actividades habituales dos días después, siempre y cuando no implique esfuerzo físico importante. Se orientará de abstenerse de no tener relaciones sexuales siete días después de la vasectomía. Se brindará un analgésico, únicamente en caso que lo requiera el usuario.

¹¹³ Norma Oficial mexicana. Op. Cit. pág. 39

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Antes de la realización del procedimiento, se brindará de una orientación completa y se dejará completamente en claro, para el usuario, que este método es definitivo, que la posibilidad de reversibilidad, es remota.

Efectos colaterales: No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, aunque se pueden presentar los siguientes derivados de la cirugía:

- 1) Equimosis.
- 2) Hematomas en el área de la cirugía.
- 3) Infección en la incisión.
- 4) Granuloma.

Seguimiento del usuario: La primera cita se realiza después de una semana de la vasectomía, para la valoración de la incisión y verificar que se encuentra con una evolución favorable. Posteriormente se realizan citas cada medio año o cuando el usuario lo considere pertinente.

Se orientará acerca de un método anticonceptivo, por los siguientes tres meses o 25 eyaculaciones. Se debe realizar un conteo de espermatozoides pasando, la indicación antes mencionada, la cual deberá ser negativa, de lo contrario se realizará un mes después, si vuelve a resultar positivo se canalizará con el especialista, para que este último revise su caso cuidadosamente y brinde a la atención requerida.

Al igual que el anterior método, la actividad del LEO, es la orientación de este método anticonceptivo, mencionar puntualmente que este es un método definitivo, ofrecer alternativas si el usuario no se encuentra completamente convencido de la decisión, y del seguimiento posterior a la cirugía.

Cabe mencionar que este procedimiento no se lleva a cabo en el hospital.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

7. COLOCACIÓN DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Concepto: La aplicación del Dispositivo Intrauterino (DIU), forma parte de atención integral del LEO, en la toma de decisión de la usuaria sobre un método anticonceptivo, en particular del antes mencionado.

Objetivo: Colocar el DIU en la cavidad intrauterina.

Material y equipo: Mesa de exploración ginecológica, guantes estériles, especulo vaginal (Graves), una pinza de Pozzy estéril, un histerómetro, gasas estériles, solución antiseptica (Isodine solución), lámpara de chicote y el DIU con su aplicador.

Intervenciones de enfermería:

1.- Verificar y confirmar, mediante un pequeño interrogatorio, la información relacionado con el DIU, como u método anticonceptivo temporal, antes de continuar con el procedimiento.

FUNDAMENTACIÓN: La evaluación sobre la información que posee la usuaria sobre el método anticonceptivo, repercutirá en la satisfacción de la misma. Resolver las dudas de la usuaria, forma parte de la consejería anticonceptiva.

2. - Se debe de orientar a la usuaria de la naturaleza del procedimiento y su colaboración durante el mismo.

FUNDAMENTACION: La orientación y la oportuna explicación procedimiento, permiten la oportuna colaboración de la usuaria con el personal de salud.

3. - Preparar el material y equipo.

FUNDAMENTACION: Mantener el equipo ordenado, disminuye los tiempos de realización de los procedimientos.

4. - Indicar a la usuaria que se retire de ropa de la cintura hacia abajo, proporcionar una bata y posteriormente orientarla para que se coloque en posición ginecológica.

FUNDAMENTACION: La posición ginecológica permite una exposición completa del área perianal, así como favorecer los procedimientos donde se encuentre involucrados los genitales femeninos.

5. - Prender la lámpara de chicote, procurando que ilumine perfectamente el área perineal.

FUNDAMENTACION: Una adecuada iluminación nos permite observar perfectamente cada una de las zonas anatómicas a valorar o maniobrar.

6. - Realizar lavado de manos.

FUNDAMENTACION: "Lavar alguna zona o región anatómica constantemente contribuye a una cierta disminución de ciertos microorganismos."¹¹⁴

¹¹⁴ WOLFF, LuVerne. Op. Cit. pág. 479.

7. - Colocar el material en un campo estéril y realizar el calzado de guantes.

FUNDAMENTACION: Los guantes de látex en buen estado ofrecen un alto grado de seguridad de aislamiento, al entrar en contacto con sangre o fluidos corporales.

8. - Realizar un tacto vaginal para conocer las características del útero en cuanto a tamaño, forma y posición, y descartar patologías de este órgano.

FUNDAMENTACION: "El útero en condiciones normales, en una mujer adulta, se encuentra entre la vejiga y el recto y tiene forma de una pera invertida, antes del primer embarazo mide aproximadamente siete punto cinco centímetros de longitud, cinco centímetros su parte más ancho y dos punto cinco centímetros de grosor, es frecuente encontrarlo en antero flexión."¹¹⁵

9. - Tomar el espejo vaginal (Graves) con la mano diestra y con los dedos índice y medio de la mano contraria separar los labios mayores y menores, para la exposición del introito vaginal. Se coloca el espejo a 45° con relación al introito vaginal, se introduce el espejo gentilmente, en un solo movimiento dos terceras partes del mismo, realizar un movimiento firme para situarlo en posición longitudinal. Se termina de introducir con dirección postoinferior, antes de la introducción completa, se abren las hojas del espejo para observar la localización del cuello uterino. Una vez localizado el cuello uterino, se fijan las hojas del espejo con el tornillo que se encuentra a la derecha del mismo.

FUNDAMENTACION: "Los labios mayores y menores recubren el introito vaginal. En un alto porcentaje de las usuarias el útero se encuentra en retroversión, por lo que el mismo se encontrara en posición anterior con relación a la cavidad vaginal."¹¹⁶

10. - Una vez colocado el espejo vaginal, se realiza asepsia del orificio cervical, con gasas estériles y la solución antiséptica, en forma de las manecillas del reloj. Se permite que la solución se encuentre en contacto por lo menos durante tres a cinco minutos, antes de realizar la histerometría.

FUNDAMENTACION: La cavidad endometrial es una cavidad estéril, la cavidad vaginal se encuentra con una flora normal, condición completamente diferente a la cavidad endometrial.

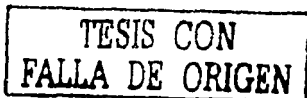
11. - Se toma la pinza de Pozzy y se toma el labio superior del cervix, traccionar suavemente hasta tener una posición horizontal del útero, para realizar la histerometría en forma correcta. Posteriormente realizar la histerometría con el aplicador o el histerómetro, evitando tener contacto con la mucosa vaginal.

FUNDAMENTACION: El útero se encuentra en antero flexión o retroflexión, siendo la primera la posición más frecuente en la se encuentra el antes mencionado. Realizar la tracción del labio superior cervical, permite realizar una histerometría adecuada, para evitar complicaciones como la perforación uterina.

12. - Ajustar el tope del tubo insertor a la medida o profundidad del útero, mediante el cual se aplicará el DIU.

¹¹⁵ TORTORA, Gerard. Op. Cit. pág. 1126-1127.

¹¹⁶ Ibidem. pág. 1127.



FUNDAMENTACION: Esta maniobra, permite la disminución significativa de perforación uterina por el tubo insertor del DIU.

13. - Introducir el tubo insertor ya cargado con el DIU, a través del canal cervical, evitando no tocar las paredes vaginales, hasta que el tope azul realice contacto con el fondo uterino. Ya dentro de la cavidad uterina, jalar hacia fuera el tubo insertor en contra del émbolo, esta acción permitirá que el DIU quede dentro de la cavidad uterina. Posteriormente cortar los hilos monofilamentosos a dos o tres centímetros del orificio cervical.

FUNDAMENTACION: Con esta maniobra se reduce drásticamente la posibilidad de una perforación uterina por medio del tubo insertor.

14. - Retirar la pinza de Pozzy observando que no exista hemorragia, de así observarlo, basta con realizar una ligera presión con una gasa y el sangrado se remitirá. Retirar inmediatamente el espejo vaginal.

FUNDAMENTACION: La presión local es una forma de controlar una hemorragia.

15. - Ayudar a la usuaria a incorporarse, orientarle que se quede sentada de tres a cinco minutos y posteriormente pararse y vestirse protegiendo su privacidad.

FUNDAMENTACION: Si la usuaria se incorpora a una posición anatómica de inmediato, posterior a encontrarse acostada por algunos minutos, puede ocasionar la disminución brusca de la tensión arterial, provocar vértigo y con esto la posibilidad de sufrir desvanecimiento.

16. - Probablemente sea necesario indicar un analgésico, por los espasmos uterinos posteriores a la aplicación del DIU.

FUNDAMENTACION: "El DIU dentro de la cavidad uterina va ha ser identificado como un cuerpo extraño, por lo que el útero va he tener pequeñas contracciones, que para la usuaria ocasionará cierto grado de molestia o dolor, en ocasiones excepcionales llega a ocasionar expulsión del DIU."¹⁷

17. - Concertar la próxima cita en 15 días posteriores a la aplicación, para verificar que el DIU se encuentre en la cavidad uterina.

FUNDAMENTACION: El mayor índice de expulsiones de dispositivos de encuentra durante los primeros días posteriores a la inserción.

Complicaciones de la inserción: Durante la inserción pueden ocurrir algunas complicaciones, si la aplicación del DIU se realiza en forma incorrecta, las cuales se describen a continuación:

Perforación uterina: "La perforación parcial o completa del útero es una complicación rara tras la aplicación del DIU. Los signos clínicos son dolor, sangrado excesivo y el útero mide más de lo antes previsto.

¹⁷ CALAF, Joaquín. Op. Cit. pág. 69.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se debe remover inmediatamente el histerómetro. Si el dolor, el sangrado y el útero siguen aumentando su longitud, es pertinente la evaluación de un especialista, para su valoración y su posible traslado al quirófano, para realizar una cirugía exploratoria.

Si el sangrado es discreto y el dolor continúa, sin algún otro signo, es permitida dejarla en observación estrecha y si continúa sin evolución la sintomatología y al contrario se remiten, se puede dar el alta en las siguientes horas, con previa orientación a la usuaria.

Toda perforación puede evitarse mediante el cuidado meticuloso al evaluar la posición y tamaño del útero y apegándose de manera estricta a los procedimientos recomendados durante la inserción.¹¹⁸

Calambres o dolor: "La presencia del DIU puede provocar calambres uterinos (son intentos del útero para liberarse del DIU) durante las horas o días posteriores a la inserción, es importante mencionar la causa de este malestar a la usuaria, para no dar pie a falsas interpretaciones. Puede haber malestar moderado o dolor cuando se sondea el útero o se inserta el DIU. En general, entre más grande sea el DIU, mayor probabilidad habrá de que exista dolor. Este último, se debe a la dilatación del conducto cervical y a la dilatación de la cavidad uterina. Los AINES reducen significativamente el dolor y ayudan durante varias horas después de la inserción.

En las consultas posteriores para la revisión de la posición correcta del DIU se pueden presentar algunos problemas para su revisión, tales como:

Expulsión: La mayor parte de las expulsiones espontáneas del DIU ocurren durante los primeros meses después de la aplicación, con una mayor frecuencia durante la menstruación. Por lo anterior es importante que la usuaria se realice revisiones periódicas para valorar que los hilos se encuentran en su lugar. Si la usuaria llega a la consulta y los hilos no se visualizan, es importante realizar lo siguiente:

1. - Descartar la posibilidad de embarazo, mediante una Prueba Inmunológica de Embarazo (PIE).
2. - En caso de no haber la presencia de embarazo, se puede realizar una revisión de la cavidad endometrial, con una cánula de Novak, para ver la posibilidad de sentir y remover el mismo.

Si no es posible sentir el DIU y la usuaria está segura de su expulsión, se puede realizar un ultrasonido (USG) o unos Rayos X (RX), si no está embarazada y se intenta una segunda remoción con la cánula de Novak y si no se retira de esta manera la siguiente posibilidad es retirarlo bajo anestesia en el quirófano y con el Ginecoobstetra.¹¹⁹

Retraso en los periodos menstruales con el DIU: Primero se realiza la valoración para tratar de ubicar los hilos del DIU, realizar una exploración física buscando signos de

¹¹⁸ NELSON, Anita. Op. Cit. pág. 76.

¹¹⁹ DeCHERNEY H, Alan. Op. Cit. pág. 857-859.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

embarazo. Deberá confirmarse con un USG y a su vez para valorar la localización del DIU. Si se encuentra embarazada con el dispositivo se canaliza a consulta con el ginecoobstetra.

Seguimiento: Se cita a la usuaria al mes de la inserción, para corroborar que el dispositivo se encuentra en la cavidad uterina.

Se orientará a realizarse una autovaloración mensual, para que verifique que se encuentre el DIU en buena posición. Después de bañarse (preferentemente) colocarse en cuclillas e introducir los dedos índice y medio y tratar de tocar los hilos que salen del orificio cervical. De no tocarlo deberá acudir con el Licenciado en Enfermería y Obstetricia a realizarse una valoración si se encuentra el DIU en posición correcta.

La siguiente cita se realizará en tres meses y posteriormente cada medio año. Se aprovechará para realizar una exploración mamaria y toma de citología vaginal exfoliativa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

8. CUIDADO DE LAS INFECCIONES DE VIAS URINARIAS

Agente etiológico: El agente causal es la *Escherichia coli*, del grupo de las enterobacterias, en un 85% de los casos. El 15% restante por Klebsiella, enterobacter, proteus y pseudomonas.

El dominio de las enterobacterias, es debido a la contigüidad con la región perianal y a los malos hábitos higiénicos.

Manifestaciones clínicas: Frecuentemente acuden las usuarias a consulta, manifestando dolor o ardor al orinar, acompañado de dolor en la región lumbar. Estos son los síntomas que más frecuentemente se presentan.

Interrogatorio específico: El interrogatorio específico se enfocará a preguntar sobre lo siguiente:

- ¿Cuál es la ingesta habitual de agua?
- ¿A presentado dolor o ardor al orinar? ¿Desde cuando?
- ¿Presenta dolor en la zona lumbar?

Diagnóstico: Se basa en tres pilares: signos, síntomas y exámenes de laboratorio.

Por clínica se encuentra lo siguiente:

Dolor: Es el síntoma más común, su inicio es insidioso pero se exagera a medida que progresa la enfermedad, es de tipo cólico, sordo, localizado en la zona dorso lumbar.

Mediante la palpación abdominal se palpa la línea uretral, por palpación profunda, por la cual referirá dolor y al realizar la maniobra del Giordano este resulta positivo.

Fiebre y disuria: Se presenta en un 60% de los casos, a la disuria se le agrega polaquiuria y tenesmo vesical.

La hematuria por lo regular no es macroscopicamente visible, únicamente en los casos que la infección ya haya invadido los riñones.

Mediante el laboratorio se puede realizar un Examen General de Orina (EGO), para la valoración de la cantidad de bacterias que existen en la orina, este tipo de examen se realiza en el caso de no estar completamente seguro de la infección de vías urinarias.

Intervenciones de tratamiento En el caso de las usuarias en etapa preconcepcional y estando seguros de no embarazado se utiliza el siguiente esquema de tratamiento:

- Trimetropin con sulfametoxazol 80 y 400mg respectivamente cada 12 horas durante siete días.
- Ampicilina 1 gramo cada 6 horas durante 7 a 10 días.

- Nitrofurantoina 100mg cada 6 horas durante 7 a 10 días.
- Gentamicina 80mg cada 8 horas durante 7 días.

Si después de los primeros dos tratamientos, no responde favorablemente, será necesario realizar un urocultivo, para identificar la bacteria que esta ocasionando la infección y dar un tratamiento completamente dirigido a la causa.

Intervenciones enfocadas a la prevención: La orientación estará enfocada a la ingesta de por lo menos un litro y medio de agua al día, para evitar la colonización de las bacterias en el tracto urinario.

También se orientará acerca de los hábitos higiénicos, se comentará que el aseo genital se realizará de adelante hacia atrás, evitando de esta manera arrastrar a las bacterias que se encuentran el periano hacia el meato urinario. Por último se orientará que acuda a consulta en el primer síntoma que presente evitando de esta manera que la infección se complique.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

9. CUIDADO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO VAGINAL Y CERVICAL

Las infecciones vaginales son uno de los problemas más frecuentes en la consulta de prevención reproductiva del CIMIGen, por lo que se le debe dar una gran importancia al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las usuarias, para tratar de evitar al máximo la aparición de las mismas en la población que requiera de los servicios del hospital.

9.1. Tricomoniasis

Agente etiológico: "El agente causal de la tricomoniasis, es la *Trichomonas vaginalis* de la familia de los protozoarios. Es flagelado, móvil, de forma oval, que se adhiere con facilidad en las mucosas y otras superficies. Afecta la vagina cuyo epitelio escamoso estratificado le es favorable, en la inflamación subsiguiente también participa el exocervix, puede también invadir la uretra, las glándulas de Skene y la vejiga, estas localizaciones extravaginales explican la persistencia del protozoario después del tratamiento local."¹²⁰

Forma de transmisión: Se contagia por contacto sexual y rara vez por ropas o toallas húmedas. Tanto los hombres como las mujeres pueden ser asintomático. La mayor incidencia ocurre en la etapa de los 16 a 35 años. Muchos autores han descrito que el hombre es el reservorio de este protozoario y frecuentemente se mantienen asintomático.

Manifestaciones clínicas: "Hay hombres y mujeres que pueden permanecer asintomático. La característica secreción amarillenta o verdosa, espumosa, acuosa, mal oliente puede ir acompañada de intensa irritación y prurito vulvar. También son frecuentes la polaquiuria, disuria y dispareunia. Pueden aparecer Petequias en el cervix o en la vagina. Los varones son asintomático con mayor frecuencia que las mujeres, pero pueden presentar secreción uretral y ligera irritación uretral después de la micción o el coito."¹²¹

Interrogatorio específico: Se realizará cuestionando sobre lo siguiente:

- ¿ Cuándo comenzó el flujo vaginal?
- ¿ Que características ha tenido en cuanto a olor, color y cantidad?
- ¿ A tenido comezón vaginal?
- ¿ A recibido tratamiento anteriormente?

Diagnóstico: El diagnóstico se basa principalmente en la referencia de la sintomatología, acompañado de la historia clínica.

¹²⁰ DIAZ G, Federico. et. al. Enfermedades de transmisión sexual, Ed. Corporación para investigaciones biológicas, pág. 122.

¹²¹ BEARE Gauntlett, Patricia. et. al. Op. Cit. 3ed. pág. 1740.

En ocasiones es necesario realizar una especuloscopia para verificar las características del flujo vaginal.

En caso de ser inespecífico las manifestaciones, se puede realizar un exudado vaginal, para corroborar el agente causal.

Intervenciones de tratamiento: El tratamiento siempre deberá ser en pareja, por lo mencionado al inicio, el hombre es el reservorio de este protozooario, este puede ser local o sistémico.

- Para la usuaria consisten en metrodinazol óvulos de 500mg cada 24 horas por siete días.
- Para el hombre consiste en metrodinazol 1 gramo cada 12 horas por dos días.

Es importante mencionar a la usuaria de abstenerse de tener coito durante el tratamiento y por lo menos siete días después de terminado este. Se debe de realizar lavado de manos antes de las aplicaciones de los óvulos, preferentemente antes de dormir.

Intervenciones enfocadas a la prevención: Es muy importante el tratamiento con fármacos, pero es trascendental la orientación posterior:

Aconsejar a los usuarios que no ingieran alcohol durante el tratamiento y hasta después de 48 horas de terminado el tratamiento.

Debe de usar pantaletas de algodón preferentemente, ya que la pantaleta de nylon evita el proceso de transpiración y de esta manera provocar la incidencia de infecciones.

Orientar a la usuaria para evitar las duchas vaginales, aerosolos o polvos que puedan alterar el PH vaginal.

El aseo vaginal, debe de realizarse de adelante hacia atrás, para evitar de esta manera arrastras microorganismos, de la región perianal a la región vaginal.

Deberá de evitar el coito durante el tratamiento.

Explicar la necesidad de contactar a su o sus compañeros sexuales para que puedan ser tratados adecuadamente, dependiendo del diagnostico de la usuaria.

9.2. Candidiasis

Agente etiológico: La Candidiasis vaginal suele deberse a una alteración del ambiente vaginal, que ocasiona una infección por *Candida Albicans*. No obstante la colonización asintomático del pene es frecuente en varones con parejas sexuales femeninas infectadas, por lo que puede haber una infección cruzada. Esta infección vaginal es frecuente en mujeres. Las mujeres infectadas con el VIH, suelen tener Candidiasis recurrente y persistente.

Forma de transmisión: La Candida es una levadura que es un habitante normal de la vagina, boca y tubo digestivo, de casi todas las mujeres adultas. La alteración del PH vaginal por el uso prolongado de antibióticos, esteroides, anticonceptivos orales, exceso de duchas vaginales, diabetes o embarazo favorecen al rápido crecimiento de la levadura. La transmisión sexual es poco importante pese al hecho de que se puede aislar en el surco prepucial, sobre todo en los hombres que no han sido circuncidados o que son compañeros sexuales de mujeres infectadas.

Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones clínicas incluyen prurito acompañado o no de flujo vaginal, el aspecto del flujo es blanquecino, denso, como de queso fresco, la mucosa vaginal aparece difusamente eritematosa. Son frecuentes la sensibilidad vaginal, la dispareunia y la disuria.

Interrogatorio específico: Las preguntas serán las siguientes:

- ¿ Cuándo comenzó el flujo vaginal?
- ¿ Que características ha tenido en cuanto a olor, color y cantidad?
- ¿ A tenido comezón vaginal?
- ¿ A recibido tratamiento anteriormente?

Diagnóstico: "El diagnóstico se basa en tres pilares importantes: las referencias de la sintomatología que nos refiera la usuaria, ya que estos son muy específicos, la exploración física es importante, si existe alguna duda acerca del diagnóstico, se procede a realizar una especuloscopia, para valorar las características del flujo vaginal y las características de la mucosa vaginal. En forma alterna se puede realizar una sencilla prueba de laboratorio, se toma una pequeña muestra del flujo vaginal y agregando hidróxido de potasio, se visualiza en un microscopio, en el que se visualizará la levadura y los micelinos."¹²²

Intervenciones de tratamiento: El tratamiento para este tipo de padecimientos consiste en diferentes esquemas, los cuales se describen a continuación:

- "Nistatina de 100,000 UI en óvulos vaginales uno cada 24 horas por 7 días."¹²³
- Clotrimazol de 100mg en comprimidos vaginales uno cada 24 por 6 días."

Si después del tratamiento no hay una evolución favorable por parte de la usuaria y después de llevar a cabo las recomendaciones, es pertinente realizar un cultivo vaginal, para identificar el microorganismo que esta ocasionando las infecciones vaginales en la usuaria.

Intervenciones de enfocadas a la prevención: Se hace hincapié en los siguientes puntos:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¹²² DIAZ G, Federico, et. al. Op. Cit. pág. 124.

¹²³ RODRIGUEZ Carranza, Rodolfo. OP. Cit. pág 226.

Es importante realizar un aseo perineal adecuado, de adelante hacia atrás, esto evita el arrastre de las bacterias peri anales al introito vaginal. Enseñar sobre la autovaloración del flujo vaginal características de Candidiasis.

Resaltar la importancia de seguir al pie de la letra el régimen farmacológico.

9.3. Infecciones cervicovaginales causadas por Gardnerella

Agente etiológico: Es causado básicamente por un decremento e lactobacilos aerobios productores de H₂O₂ y un aumento de los lactobacilos anaerobios. Es ocupado microorganismo identificado en Gardnerella vaginalis, que se encuentra dentro de la flora normal de la cavidad vaginal.

Forma de transmisión: Se ha discutido en cuanto, si esta enfermedad es o no de transmisión sexual, ya que esencialmente los cambios son producidos por los cambios de PH vaginal, aunque algunos autores mencionan que esta bacteria persiste en el pene masculino, aunque no ha sido plenamente demostrado.

Manifestaciones clínicas: Se manifiesta en las mujeres por secreción vaginal con olor desagradable. La gardnerella vaginalis fermenta glucógeno y produce sustancias metabolizadas por anaerobios, los cuales liberan aminas malolientes que causan el olor a pescado tan característico. Es importante mencionar que esta infección no provoca inflamación de la cavidad vaginal.

Otras de las manifestaciones y como parte de las complicaciones se tienen infección de vías urinarias, enfermedad pélvica inflamatoria, endometritis, infección después de operaciones vaginales y cuando se encuentre embarazada ocurre parto prematuro, ruptura prematura de membranas, coriomnionitis y endometritis posparto o poscesárea.

Interrogatorio específico: Las preguntas serán las siguientes:

- ¿ Cuándo comenzó el flujo vaginal?
- ¿ Que características ha tenido en cuanto a olor, color y cantidad?
- ¿ A tenido comezón vaginal?
- ¿ A recibido tratamiento anteriormente?

Diagnóstico: "El diagnostico se basa principalmente en cuatro datos importantes:

1- Secreción vaginal de olor maloliente, con olor a pescado y no se encuentran datos de inflamación que es lo que nos va ha referir la usuaria y lo que se encontrara en la especuloscopia.

2. - En cuanto al laboratorio se encuentra la presencia de células guía (células del epitelio vaginal recubiertas de cocobacilos adheridos a la superficie), en cantidades tan alta, que los bordes de las células llegan a perder nitidez. Tiene una confiabilidad del 90 en el diagnostico, por lo que se considera bastante viable.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

3. - El flujo vaginal se encuentra con un PH mayor a 4.5.
4. - Olor marcado a pescado (a aminas) al alcalinizar el flujo con KOH.¹²⁴

Intervenciones de tratamiento: El esquema de tratamiento es de la siguiente manera:

- Metrodinazol 500mg VO cada 12 horas durante 7 días.
- Clindamicina 300mg VO cada 12 horas por 7 días.
- Metrodinazol 500mg V. Vaginal cada 24 horas por 7 días.

Intervenciones enfocadas a la prevención: Deberá informarse a la usuaria de evitar las duchas vaginales con preparados que alteren en PH vaginal, que al parecer este es el pivote para la aparición de esta infección.

Se informará de la abstención de relaciones sexuales durante la administración de los tratamientos.

Se deberá tener especial cuidado en especial en usuarias embarazadas y en alérgicos a los componentes del tratamiento.

Se deberá tratar a los compañeros sexuales cuando hay recurrencia en la infección vaginal, se tratará de manera rutinaria con el mismo esquema de la usuaria.

Deberá abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, durante la administración de metrodinazol.

Acudir inmediatamente a consulta, en la aparición de síntomas de recurrencias.

9.5. Herpes simple

Agente etiológico: El herpes simple es causado por la infección de los virus herpes simple tipo 1 y 2, de la familia Herpes Viridae.

Forma de transmisión: "Adquirir la infección por herpes simple depende del contacto íntimo de una persona susceptible con un portador del virus, este debe entrar en contacto con la mucosa o con la piel no intacta, para que pueda iniciarse la infección. La persona asintomático puede transmitir la infección aunque la cantidad de virus excretado sea menor que en las lesiones activas y por ello puede ser menos infectante."¹²⁵

Manifestaciones clínicas: Después de la inoculación del virus en la mucosa, se produce un foco de necrosis y degeneración celular que puede ser muy sintomático o pasar desapercibido. El virus es transportado por los nervios sensoriales al axón central, donde ocurre la translocación de la cápside que contiene el DNA, una vez en el ganglio sensorial que inerva el sitio inoculado, se replica durante algunos días después se

¹²⁴ LUCKMAN MA, Joan. Cuidados de enfermería, Ed. McGraw-Hill, Interamericana, pág. 1471.

¹²⁵ DIAZ G, Federico. Op. Cit. pág. 58.

establece en una fase de latencia que ocurre con los dos serotipos del virus. El periodo de incubación es de 3 a 14 días posteriores al contacto primario.

La lisis celular causa por el virus produce una vesícula entre la dermis y epidermis, que contiene un líquido transparente con gran cantidad de virus, restos celulares, células inflamatorias y multinucleadas. La vesícula se úlcera rápidamente y en unos pocos días ocurre reepitelización.

En la dermis hay una severa respuesta inflamatoria mayor en la inflamación primaria que en la recurrencia. Cuando se compromete la mucosa, la vesícula es menos prominente y la úlcera es más común a que aquella rápidamente se rompe por ser una capa más delgada.

Además de las ulceraciones que ocurren en el sitio de inoculación, se presenta edema, adenopatía inguinal y algunos síntomas sistémicos como fiebre, malestar, cefalea y náuseas.

Un 50% de las personas infectadas y con recurrencia tienen síntomas prodrómicos (previos al inicio de la enfermedad) consistentes en la irradiación de dolor en la zona lumbar, la región sacra, la cara interna de los muslos, que pueden aparentar un dolor ciático. Estos síntomas pueden aparecer 48 horas antes de la aparición de las lesiones herpéticas, estas generalmente son unilaterales, más pequeñas que las aparecidas en la primo infección y en poca cantidad disminuida. La lesión se encuentra aparente durante 3 o 4 días y hay una resolución de las mismas 10 días después.

Interrogatorio específico: A los usuarios se les cuestionará sobre lo siguiente:

- ¿ Tiene una vida sexual activa?
- ¿ A tenido coitos sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?
- ¿ A padecido con anterioridad, de alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?
- ¿ A recibido tratamiento?
- ¿ A tenido lesiones en la boca o en el área genital, con supuración? ¿Características?
- ¿ Estas lesiones se han presentado, con frecuencia?
- ¿ Cuánto tiempo duran las lesiones?
- ¿ Cuando se presentan estas lesiones, ha presentado fiebre, cefalea o malestar general?

Diagnostico: "Primeramente se debe realizar una exploración física en la boca en los genitales y en la zona rectal, para la valoración e identificación de las vesículas.

Si los recursos lo permiten, se debe obtener un cultivo de las lesiones sospechosas, de preferencias en los primeros días posteriores a la aparición de las úlceras. Es importante tomar en cuenta que este tipo de estudios es caro, para que la usuaria absorba este tipo de gastos."¹²⁶

¹²⁶ LUCKMANN MA, Joan, Op. Cit. pág. 1469.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Intervenciones de tratamiento: "El tratamiento debe brindarse inmediatamente después de la aparición de las primeras lesiones y de la confirmación del diagnóstico, el esquema dependerá de la etapa en la que se encuentra la misma y será de la siguiente manera:

- Primer episodio clínico de herpes genital: Aciclovyr 200 mg 5 veces al día o hasta la mejoría clínica.
- Proctitis herpética, primer episodio: Aciclovyr 400 mg 5 veces al día, por 5 o 10 días o hasta la mejoría clínica.
- Herpes genital recurrente: Aciclovyr 200 mg 5 veces al día por 5 días.
Aciclovyr 400 mg 3 veces al día por 3 días.
Aciclovyr 800 mg 2 veces al día por 2 días.
- En infecciones recurrentes como terapia supresiva, con más de 6 episodios en el año Aciclovyr 400 mg 2 veces al día.
- Herpes genital severo, con infección diseminada: Aciclovyr 5 a 10 mg/kg IV cada 8 horas de 5 a 7 días o hasta mejora clínica."¹²⁷

*Este tipo de tratamientos no son manejados por el LEO en el CIMIGen, pero es importante conocer el esquema de medicación así como la dosificación en cada uno de los estadios de la enfermedad.

Intervenciones enfocadas a la prevención: La plática se enfocará en los siguientes puntos:

Evitar tener coitos, cuando existan lesiones y 10 días después que estas desaparezcan.

Deberá utilizar preservativos en cada contacto sexual.

Hacer énfasis en el término del tratamiento farmacológico y que debe llegar al hospital encada una de las recaídas, para su tratamiento oportuno.

En el caso de las usuarias, es importante orientar para evitar el embarazo si las recaídas son frecuentes por la posibilidad de aborto espontáneo.

Fortalecer los hábitos higiénicos en los usuarios infectados.

9.6. Sífilis

Agente etiológico: La sífilis es una enfermedad infecciosa causada por el *Treponema pallidum* de la familia Spirochaetaceae, los treponemas son bacteria gramnegativas, sensibles a la desecación.

Forma de transmisión: "La forma de transmisión de la sífilis es por cinco formas posibles:

¹²⁷ DIAZ G, Federico. Op. Cit pág. 65.

1. - Por contacto sexual, la mayor incidencia de casos en el mundo se transmiten por contacto sexual, únicamente se requiere de la exposición de una mucosa, a una úlcera, que es el periodo de mayor contagio de la sífilis. Se considera que la probabilidad de transmitir esta enfermedad de un compañero sexual a otro es del 30 a 60%, debido a que de acuerdo al tiempo de evolución de la lesión puede ir disminuyendo la cantidad de espiroquetas.

2. - Besos y contacto oro-genital: el contacto de la mucosa oral con una lesión genital de la sífilis puede transmitir la infección.

3. - Transmisión prenatal o transplacentaria: la madre tiene la capacidad de infectar al producto in útero, hay informes que comprueban la infección desde las primeras nueve semanas.

4. - Transfusión sanguínea: este modo de infección ha disminuido notablemente gracias a la cantidad de controles que actualmente existen, para la transfusión de productos sanguíneos.

5. - Inoculación accidental: este tipo de contagio ocurre principalmente en personal de laboratorio, que tienen contacto directo muestras contaminadas por esta bacteria.¹²⁸

Manifestaciones clínicas: La sífilis por la evolución de las manifestaciones se dividen en las siguientes etapas:

Sífilis primaria: En la sífilis primaria se caracteriza por un chancro, que es una pápula endurecida, firme, indolora o una úlcera con los bordes elevados. Esta lesión aparece regularmente en el sitio de inoculación del treponema, esta puede encontrarse en la región genital, anal, oral o digital de acuerdo a las prácticas sexuales de a persona infectada. Los ganglios inguinales suelen estar crecidos, puede ser uni o bilateral, normalmente se encuentran firmes e indoloros.

En las mujeres las lesiones no se visualizan a menos que estas se encuentran en los genitales externos, muchas de las lesiones se encuentran dentro de la cavidad vaginal, por lo que pasa desapercibido por las usuarias, las lesiones pueden ser pequeñas, indolora y no supurativa, por lo que es importante realizar estudios de campo oscuro a todas las lesiones sospechosas.

En los varones, las lesiones en el pene son las más frecuentes, ocurren sobre el prepucio, glande o en el frenillo, es más rara su localización en el cuerpo del pene o en el escroto.

Los chancros en el área rectal asemejan a carcinoma en esta área. Cuando hay lesiones en la cavidad oral se encuentran el labio y en la lengua, cuando ocurre en la amígdala, la úvula se edematiza y se desvía hacia el lado donde se encuentra la lesión, es acompañada por adenopatía cervical indolora.

¹²⁸ Ibidem. pág. 5-6.

El chancro desaparece de dos a seis semanas después de la aparición de la sintomatología y sigue un periodo de latencia asintomático seguidas por manifestaciones secundarias que a continuación describiremos.

Sífilis secundaria: Los signos de la sífilis secundaria se hacen evidentes por la propagación de las espiroquetas por vía hematógena por lo que la infección se vuelve generalizada. Se presenta dentro de los siguientes seis meses posteriores al contagio primario.

Las manifestaciones se asemejan a aun cuadro gripal con cefalea rinorrea, epifora, adinofagia que se acompaña con fiebre moderada, artralgias y pérdida de peso.

Las poliadenopatías generalizadas constituyen unos de los hallazgos más constantes de esta fase. son de uno a dos centímetros de diámetro, móviles, no dolorosas, localizadas principalmente en la región retroauricular, axilares e inguinoculares. Estas pueden cubrir el tronco, y ser maculosas, maculó papulosas, papulosas o postulosas. Pueden asemejar enfermedades exantemáticas.

Se inicia en la parte lateral del tórax, los hombros, las extremidades superiores principalmente, es importante reconocer que no compromete la cara, las palmas y las plantas. El brote inicial puede pasar desapercibido, si no se observa con buena iluminación. Se caracteriza por su aspecto eritemato-violáceo y en general su distribución es asimétrica y su tamaño varía desde pocos milímetros hasta más un centímetro de diámetro. Todas las membranas de las mucosas suelen estar comprometidas incluyendo la nariz, labios, mucosa gingival, lengua, paladar, faringe, laringe, glánde, vulva y cervix. Estas lesiones son ricas en treponemas y gran contagiosidad.

En la fase tardía de la sífilis secundaria, se dan cambios en el cabello como alopecia en parches y que también puede comprometer las cejas, las pestañas, el vello axilar y púbico. Se puede presentar adelgazamiento difuso del cabello.

A medida que la sífilis secundaria progresa con varios episodios de recaídas, las lesiones cutáneas se van haciendo más nodulares y arciformes con tendencia a la distribución asimétrica.

Otras manifestaciones se ven con menos frecuencia como la artritis, osteítis, hepatitis, glomérulo nefritis, debida este al deposito de complejos inmunes en el riñón y ulceraciones gástricas. La iritis causada por la sífilis es una manifestación del secundarismo en su fase tardía y muy frecuente. Se manifiesta por fotofobia, epifora, lagrimaciones y ojo rojo. Las lesiones cutáneas desaparecen entre dos a diez semanas sin dejar cicatrización.

Las pruebas serológicas son siempre positivas.

La enfermedad continua con dos episodios más, la sífilis latente y tardía, durante estas etapas el paciente debe ser referido a una unidad especialista, para su oportuna atención

Interrogatorio específico: El cuestionamiento será en los siguientes aspectos:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¿ A recibido tratamiento?

¿ A tenido lesiones en la boca o en el área genital, con supuración?

¿ Estas lesiones se han presentado, con frecuencia?

¿ Cuanto tiempo duran las lesiones?

¿ Cuando se presentan estas lesiones, ha presentado rinorrea, fiebre, cefalea, dolor en las articulaciones, malestar general o pérdida de peso?

Diagnóstico: El diagnóstico se basa principalmente en los siguientes aspectos.

En la exploración física de los cavidad oral y de los genitales, en el caso de las mujeres, es necesario realizar especuloscopia vaginal, para identificar lesiones en esta cavidad.

Se toman muestra de las lesiones encontradas, para someterlas en un campo fluorescente, para la identificación del T. Pallidum, hay una frecuencia importante de identificación del agente causal, cuando se encuentra lesiones.

Intervenciones de tratamiento: El tratamiento estará orientado a la etapa en la que se encuentre la enfermedad, el esquema a continuación se describe:

- Sífilis primaria: Penicilina G Benzatinica 2.4 millones de unidades IM Dosis única.
- Para usuarios alérgicos: Doxiciclina 100mg VO dos veces al día por 15 días.
- Tetraciclina 500mg VO cada 6 horas por 15 días.
- Eritromicina 500mg cada 6 horas por 15 días.
- Ceftriazona 250mg una vez al día por 10 días

- Sífilis latente o tardía: Penicilina G benzatinica 7.2 millones de unidades, aplicados en 3 dosis, una por semana, 2.4 millones de unidades IM.

Para usuarios alérgicos a la penicilina: Doxiciclina 100mg VO, dos veces al día durante cuatro semanas.

Tetraciclina 500mg VO, cuatro veces al día por cuatro semanas.

¹²⁹ LUCKMANN MA, Joan. Op. Cit. pág. 1462.

*Es importante mencionar que la tetraciclina y la doxiciclina están contraindicadas en el embarazo.

*Los regímenes farmacológicos son llevados por el médico especialista. es importante hacer notar que el licenciado en Enfermería identifica y lleva un proceso de enseñanza, acerca de las formas de disminuir el riesgo para sus parejas sexuales así como de la orientación general, a los usuarios que se encuentran infectados.

Intervenciones enfocadas a la prevención: Se enfocarán a lo siguiente:

Tratar de informar a los compañeros o compañeras sexuales que haya tenido sin protección, para su valoración y tratamiento oportuna y comunicarles que es importante realizar una prueba de VDRL.

Abstinencia en especial en las etapas activas de la enfermedad ya que habrá una mayor probabilidad de infección con el compañero sexual.

Uso de preservativos en el caso de tener varias parejas sexuales.
Tratar de reducir el número de compañeros sexuales.

Orientar sobre la necesidad de realizar una prueba para detectar VIH en caso de recaídas frecuentes.

En caso de usuarios o usuarias con sífilis primaria, hacer hincapié de la importancia de llevar a cabo el régimen farmacológico, así como de las manifestaciones secundarias de la enfermedad.

Orientación sobre prácticas de higiene en general como:

Cuidado buogl.
Lavado frecuente de manos.
Higiene de genitales.

9.7. Gonorrea

Agente etiológico: "El organismo causal es la Neisseria Gonorrhoeae, es diplococo gramnegativo que forma colonias positivas a la oxidasa y fermentan la glucosa, fue descubierto en 1879 por Albert Neiser. Es destruido rápidamente por desecación, luz solar, calor y la mayor parte de desinfectantes."¹³⁰

Forma de transmisión: "La transmisión de la N. Gonorrhoeae a una persona depende del sitio anatómico, de la forma de exposición y del número de veces que se exponga. El riesgo de que un hombre adquiera una infección uretral después de una relación vaginal

¹³⁰ SCHOFIELD C. B. S. Enfermedades transmitidas sexualmente. Ed. Jims. Pág. 129.

única con una mujer infectada es de un 20% y se eleva a un 60 a 80% después de 4 exposiciones.

La diseminación de la enfermedad es difícil controlar puesto que la gonorrea puede cursar en forma asintomática o con síntomas no muy característicos, en un 10% de los hombres y hasta en un 70% de las mujeres.

La forma de transmisión principalmente es por medio del contacto sexual. También se cree que la exposición única de una mujer con un hombre infectado es de riesgo alto, pues el semen infectado se retiene dentro de la vagina. El riesgo de transmisión por otras formas de contacto sexual se encuentra menos estudiada, pero se presume que el contacto rectal es eficiente y la felación menos. Cabe mencionar que otra forma de infección es durante el parto de un feto por una mujer infectada.

Los grupos de edad en los que se encuentra más frecuentemente encontrada esta enfermedad es durante los 15 a 35 años, las personas con múltiples parejas sexuales y con antecedentes de enfermedades de transmisión sexual.¹³¹

Manifestaciones clínicas: "Un gran porcentaje de personas infectadas son asintomáticas. Los síntomas iniciales, se manifiestan en el aparato genitourinario e incluyen exudado vaginal, polaquiuria, disuria y malestar rectal. El periodo de incubación es de 3 a 5 días.

En las mujeres puede haber inflamación de vulva, vagina, cuello uterino, uretra y puede haber prurito. La hinchazón unilateral de la región inferolateral del introito, sugiere la afección del conducto o de la glándula de Bartholin. Esta es una de las manifestaciones primarias de la infección por el gonococo, se puede disminuir comprimiendo la glándula, pero la inflamación reaparece, dando lugar a la aparición de un absceso. La inflamación anorrectal ocurre con poca frecuencia, los síntomas van desde prurito, dolor, exudado o hemorragias anales. De las complicaciones más frecuentes de mujer se encuentran la salpingitis.

Casi el 100% de los varones que desarrollan sintomatología se manifiestan de la siguiente manera: secreción uretral, disuria, polaquiuria, sensibilidad anormal en los testículos o epidídimo.

Otras manifestaciones clínicas son; defecación dolorosa, faringitis y conjuntivitis."¹³²

Interrogatorio específico: El interrogatorio se enfocará en los siguientes aspectos:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¹³¹ DIAZ G, Federico, et. al. Op. Cit. pág. 31.

¹³² DeCHERNEY H. Alan, et. al. Op. Cit. pág. 950.

- ¿ Tiene dolor o ardor al orinar?
- ¿ Tiene secreción vaginal anormal?
- ¿ Que olor, color y cantidad tiene? ¿ Tiempo de evolución?
- ¿ A notado alteraciones en los genitales? ¿ Cuales? (en caso de las usuarias).

Diagnostico: Se basa en síntomas que nos refiera la usuaria. Es datos deberán ir acompañados de cultivos donde se demuestre la presencia del gonococo. Las muestras pueden ser recolectadas del flujo vaginal, uretral, del recto, de las glándulas de Bartholin, faringe o conjuntiva.

Intervenciones de tratamiento: Infecciones gonocócicas no complicadas:

En adolescentes y adultos ciprofloxacina 500mg VO dosis única o ceftriazona 125mg IM dosis única. Ofloxacina 400mg VO dosis única.
 Infecciones gonocócicas diseminadas ceftriazona 1gr IM o IV cada 24 horas por 7 días.
 Ciprofloxacina 500mg VO cada 12 horas durante 7 días.

Intervenciones enfocadas a la prevención: Se recomendará las siguientes actividades:

- 1) Utilizar preservativos en cada contacto sexual.
- 2) Proporcionar tratamiento a los compañeros sexuales, en caso de encontrarse infectados.
- 3) Si reaparecen los síntomas, acudir inmediatamente a consulta.

9.8. Linfogranuloma venéreo

Agente causal: "El agente causal del linfogranuloma venéreo es uno de los serotipos más agresivos de la *Chlamydia trichomatis* (L1, L2 o L3). Es un microorganismo no móvil, gramnegativo e intracelular obligado. El periodo de incubación es 7 a 21 días."¹³³

Forma de transmisión: La forma de transmisión es sexual y aunque hay manifestaciones en ambos sexos es más frecuente encontrar las lesiones en los hombres. El microorganismo no puede penetrar en la piel intacta ni en las mucosas, su entrada requiere de pequeñas lesiones o abrasiones.

Manifestaciones clínicas: "Se manifiesta en la región genital o síntomas sistémicos que incluyen fiebre, cefalea, sudoración, pérdida del apetito, náuseas y ocasionalmente vómito.

La lesión primaria es una vesícula que convierte en pápula, que más tarde se convierte en úlcera alcanzando un diámetro no mayor de 5 a 6 centímetros. En los hombres, la lesión primaria aparece en el surco del pene, es indolora, transitoria y remite de manera espontánea en unos cuantos días sin dejar cicatriz. Ocasionalmente aparece en el meato

¹³³ DeCHERNEY H. Alan. et. al. Op. Cit. pág. 959.

o es endouretral, lo que puede provocar cierta secreción mucosa purulenta. Por lo general, el paciente pasa por alto la lesión primaria y cuando asiste a la clínica suele haber desaparecido sin dejar cicatriz.

En las mujeres las lesiones primarias aparecen en la región posterior de la vulva, cara interna de los labios menores y en ocasiones en el interior de la uretra.

La adenopatía inguinal es la manifestación más frecuente en los hombres infectados, aparece de cuatro días a cuatro meses de la lesión primaria. Puede ser uni o bilateral no muy dolorosa. Esta manifestación es característica del estadio secundario del linfogranuloma en el hombre. Con frecuencia sucede que el pliegue inguinal divide las glándulas afectadas en un grupo inferior y otro superior, que es una de las características típicas de este padecimiento y que se conoce como el "Signo de canal". La lesión puede extenderse hasta los nódulos ilíacos y provocar dolor abdominal bajo.

La perforación del bubón a través de la piel puede dar como resultado la formación de abscesos, que puede contener líquido amarillento, pegajoso y delgado. La cicatrización de la fístula puede ser lenta y la lesión puede seguir drenando por algunas semanas. La recaída por los bubones es de un 20% de los casos no tratados. Solo en 20 a 30% de las mujeres presentan bubón inguinal."¹³⁴

La cicatrización perianal y la estenosis rectal, son complicaciones posteriores, pero rara vez se afecta el diafragma urogenital. La elefantitis vulvar (estiomene) aparece después de 10 a 20 años después de la infección, produce distorsión acentuada de los genitales externos. La uretritis puede ser una de las últimas manifestaciones de la enfermedad, sobre todo en las mujeres, que son en las que hay una mayor destrucción de la uretra, llegan a ocasionar úlceras edematosas o destrucción de ciertas partes o en la totalidad de la uretra lo que puede llegar a producir incontinencia total.

Interrogatorio específico: El interrogatorio se encamina en los siguientes aspectos:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¿ A observado alguna lesión en los genitales recientemente? ¿ Cuáles?

¿ A notado algún tipo de secreción en el meato urinario? Explique.

¿ A experimentado dolor en el área genital o abdomen? ¿ Dónde? ¿ Desde cuando?

Diagnostico: Se basa en los hallazgos encontrados en la exploración física. Se debe de apoyarse en pruebas de laboratorio, se establece al aislar Chlamidia de los tejidos infectados. Se dispone de una prueba de fijación del complemento con el uso de un antígeno termoestable que es específico a grupo de todas las especies de Chlamydia.

¹³⁴ ARYA O, P. et. al. Enfermedades venéreas. Ed. Manual moderno, pag. 197-199.

También puede ser útil la prueba de inmunofluorescencia. Se debe tener en cuenta en realizar un diagnóstico diferencial, ya que las lesiones iniciales se confunden con sífilis primaria, chancroide y la adenopatía con linfoma no hodking.

Intervenciones de tratamiento: "Todos los tratamientos que se han utilizado pero ninguno ofrece una seguridad en la curación del linfogranuloma, a continuación se describen los esquemas más utilizados:

- Doxiciclina 100mg VO dos veces al día por 21 días.
- Eritromicina 500mg VO cuatro veces al día por 21 días.
- Sulfisoxazol 500mg VO cuatro veces al día por días."¹³⁵

Intervenciones enfocadas a la prevención: A los usuarios infectados con esta enfermedad se mencionan las siguientes recomendaciones:

Evitar contactos sexuales con personas portadoras de esta enfermedad, mediante la abstinencia sexual. En caso contrario se deberá usar preservativos en caso de no evitar el coito. Los compañeros sexuales deberán ser tratados para evitar infecciones a terceras personas.

9.9. Enfermedad pélvica inflamatoria

Agente etiológico: Algunos de los microorganismos responsables de la enfermedad pélvica inflamatoria son la *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Escherichia coli*, *Streptococo* aerobios y coco anaerobios. Algunos autores han publicado que regularmente esta enfermedad es poli microbiana, muchos de agentes causales se encuentran dentro de la flora normal de la vagina o el intestino, por lo que es importante identificar el microorganismo que esta ocasionando la enfermedad, así como identificar las estructuras que se encuentran infectadas, para de esta manera proporcionar una mejor y más directa atención.

Mecanismo de transmisión: "Los microorganismos patógenos penetran en la vagina, conducto cervical, útero y en diversas circunstancias pueden continuar hasta una o las dos trompas de Falopio y ovarios, donde atraviesan hacia la cavidad pélvica. En infecciones bacterianas puerperales o posaborto y en algunas causadas por la inserción del dispositivo intrauterino, los microbios invaden directamente el útero. Si es gonocócica, pasan por el conducto cervical a la cavidad uterina, cuyas características permiten que se multipliquen con rapidez, especialmente durante la menstruación y se diseminen a las trompas y pelvis."¹³⁶

Manifestaciones clínicas: "La infección puede comenzar regularmente con flujo vaginal, que dependerá de sus características por la bacteria que este ocasionando la

¹³⁵ DeCHERNEY H, Alan. et. al. Op. Cit. pág. 961.

¹³⁶ SMELTZER C, Suzanne. et. al. Enfermería médico-quirúrgica, Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana, pág.1338.

enfermedad y aparición de dolor o presión en la parte baja del abdomen y la pelvis, que se puede irradiar a las piernas, por lo regular después del inicio o cese de la menstruación, hipersensibilidad abdominal, uterina, de anexos y cervical, en los tactos se suele presentar una molestia de moderada a intensa. Puede haber inflamación de las glándulas de periuretrales.

Entre los síntomas generales de la enfermedad pélvica inflamatoria se encuentran:

- Temperatura mayor y sostenida de 38° C.
- Dispareunia.
- Malestar general.
- Anorexia.
- Náuseas.
- Cefalea.¹³⁷

De las complicaciones que se pueden presentar se encuentran peritonitis pélvica o generalizada, íleo adinámico prolongado, celulitis pélvica grave con tromboflebitis, formación de abscesos, con la destrucción de los anexos, causando infertilidad subsiguiente y adherencias, y obstrucciones intestinales. En lo extremo puede ocurrir bacteremia generalizada y choque.

Interrogatorio específico: El interrogatorio se enfoca en los siguientes aspectos:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¿ A recibido tratamiento?

¿ Usa algún método de planificación familiar? ¿Cuál y desde cuanto? ¿Problemas con el mismo?

¿ Tiene secreción vaginal anormal? ¿Características? ¿Desde cuando? ¿A recibido algún tratamiento? Evolución.

¿ Experimenta de algún tipo de dolor? Explique.

¿ Experimenta algún tipo de molestia? Explique.

Diagnóstico: Es difícil poder realizar un diagnóstico certero, es importante que existan más de 3 o 4 signos y síntomas principales, para pensar en una enfermedad pélvica inflamatoria, se debe apoyar el diagnóstico con algunos datos de exámenes de gabinete como:

- 1) Conteo de leucocitos mayor a 10,000.
- 2) Masas inflamatorias (visibles en un USG pélvico).
- 3) Diplococos intracelulares gramnegativos en secreciones cervicales.
- 4) En algunos casos es necesario realizar una laparotomía exploratoria, para valorar los daños causados y establecer completamente un diagnóstico.

¹³⁷ DeCHERNEY H. Alan. et. al. Op. Cit. pág. 969-970.

Intervenciones de tratamiento: "El siguiente esquema corresponde a la terapia ambulatoria:

- Cefoxitina 2gr IM + probenecid 1gr VO, seguidos de por doxiciclina 100mg dos veces al día por 14 días o tetraciclina 500mg VO cuatro veces al día por 14 días.
- Ceftriazona 250mg IM + probenecid 1gr VO dos veces al día por 14 días.
- Ofloxacina 400mg VO dos veces al día + Clindamicina 450mg VO cuatro veces al día o metrodinazol 500mg por 14 días.

El tratamiento intra hospitalario incluye:

- Mantener reposo en cama.
- Restringir alimentos vía oral.
- Administrar líquidos intravenosos para corregir acidosis y deshidratación.
- Utilizar aspiración nasogástrica en presencia de distensión abdominal o íleo.
- Debe realizarse laparoscopia exploratoria en sospecha de ruptura de absceso.¹³⁸

Intervenciones enfocadas a la prevención:

Orientación de las diversas enfermedades de transmisión sexual y síntomas iniciales.

Orientar a la población sobre el uso de preservativos en relaciones sexuales aisladas.

Mencionar a la usuaria que ya han sido tratadas, acudir a la consulta en caso de presentar signos de enfermedad pélvica inflamatoria

Todos los varones que sean compañeros sexuales de las usuarias tratadas por esta infección, deberán tratarse para identificar enfermedades de transmisión sexual, así como proporcionar tratamiento en las enfermedades diagnosticadas.

9.10. Virus del papiloma humano

Agente causal: "Son más de 20 tipos de virus del papiloma humano (VPH) que pueden afectar el tracto genital. Muchas de las infecciones pasan asintomáticas. Las verrugas genitales regularmente son causadas por los virus 6 y 11. Algunas cepas (números 16, 18, 31, 33 y 35) del virus están asociadas al cáncer cervical y causan lesiones anogenitales.¹³⁹

Mecanismo de transmisión: El mecanismo de transmisión es esencialmente por del contacto sexual, aunque también se ha sugerido la transmisión por instrumentos contaminados como guantes quirúrgicos, instrumental, transmisión perinatal y postnatal.

¹³⁸ Ibidem, pág. 971.

¹³⁹ NELSON I, Anita. Op. Cit. pág. 150-151.

Manifestaciones clínicas: "El condiloma acuminado es una afección frecuente, muy contagiosa y que puede autoinocularse a las áreas vecinas. Es además la expresión más llamativa del VPH, se trata de una lesión vegetante, blanda, carnosa, bien vascularizada, única o múltiple, pequeña o grande, aparece después de un periodo de incubación de 1 a 3 meses, se manifiesta a menudo en las áreas húmedas y las expuestas al trauma coital como el prepucio, frenillo, glande, vulva y vagina. Sin embargo puede presentar en la ingle, escroto, en la parte externa del pene, en la región perianal, ano y en el canal anal, de acuerdo a las prácticas sexuales.

Las lesiones se inician como pequeñas excrescencias blanco rasadas, irregulares, pediculadas, filiformes y a veces papulares que van creciendo y pueden confluir y afectar las zonas circundantes hasta alcanzar tamaños grandes como el de una coliflor, pues su superficie es irregular y granulomatosa.

Ocurre a menudo que la primera manifestación de infección femenina por VPH es el hallazgo de los cambios citológicos característicos, en tales circunstancias cabe proceder a un estudio más completo clínico y colposcópico bajo ácido acético, de igual manera es importante realizar estudios del compañero sexual de la mujer infectada, pero es frecuente que no se encuentren lesiones sugestivas de infección por VPH, ello no lo descarta porque puede estar latente y permanecer así por periodos prolongados, es aconsejable realizar control de manera semestral."¹⁴⁰

Interrogatorio específico: El interrogatorio se enfoca en los siguientes aspectos:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¿ A notado alteraciones en los genitales recientemente? ¿ Cuáles?

En mujeres ¿ Se ha realizado citología vaginal exfoliativa recientemente? ¿Cuál ha sido el resultado?

Diagnostico: El diagnostico se basa en dos pasos principales. Mediante la exploración física con la persona infectada, se revisarán meticulosamente las lesiones que presente así como sus características, en las mujeres se complementará el diagnóstico con una toma de citología vaginal exfoliativa y en caso de ser necesario una colposcopia.

En el varón se realiza inspección del área genital, si no se encuentran lesiones, se llevará un control semestral para valorar su posible evolución a la manifestación de la enfermedad.

Intervenciones de tratamiento: "La infección por el virus del papiloma no tiene curación por lo que las medidas terapéuticas están encaminadas a disminuir las lesiones provocadas por la infección, los esquemas recomendados por el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta EUA:

¹⁴⁰ DIAZ G, Federico. et. al. Op. Cit. pág. 87-88.

1. - Crioterapia.
2. - Podofilox es un compuesto hecho de podofolina.
3. - Ácido tricloroacético.
5. - Electrocauterización.
6. - El láser de dióxido de carbono y la cirugía convencional.”¹⁴¹

Intervenciones enfocadas a la prevención: La orientación a personas con virus del papiloma humano, en apegarse al tratamiento así como al seguimiento.

Cuando se tenga presentes las lesiones genitales, se deberá tener relaciones sexuales con preservativo.

En relaciones sexuales aisladas se deberá usar preservativos.

Acudir inmediatamente en caso de presentarse alteraciones en el área genital.

Evitar el embarazo si se encuentra bajo tratamiento y realizar consultas con un especialista.

¹⁴¹ Ibidem, pág. 90.

9.11. Síndrome de inmunodeficiencia humana

Agente etiológico: "El agente causal del síndrome de inmunodeficiencia humana es el Virus de Inmunodeficiencia Humana, en la actualidad se sabe que hay por lo menos dos subtipos (VIH-1 y VIH-2. Es este momento se atribuyen más casos de SIDA al VIH-1 en el mundo salvo África oriental donde predomina el VIH-2."¹⁴²

Mecanismo de transmisión: "El reservorio natural del VIH es la especie humana y la transmisión esta influenciada por la concentración de virus en los fluidos corporales.

Las tres principales formas de transmisión siguen siendo, el contacto sexual, madre infectada-hijo, la sangre y se explica por la mayor proporción de las formas de formas virales infectantes en la sangre, el semen y las secreciones vaginales, especialmente en su contenido celular.

La transmisión se favorece cuando las capas o subdérmicas, en las heridas o en las laceraciones, entran en contacto con la sangre que contenga el virus o en las secreciones contaminadas por ella.

Transmisión sexual: Es el principal mecanismo de diseminación de la enfermedad, inicialmente con alta prevalencia en las personas homosexuales, en la actualidad la actividad heterosexual la responsable de las infecciones en el mundo. La transmisión depende del estado clínico del infectado, de la frecuencia de las relaciones sexuales, de la presencia de lesiones en la mucosa o en la piel debilitada a traumas o enfermedades de transmisión sexual, sífilis, herpes, también de la práctica sexual durante la menstruación.

Transmisión madre-hijo: Ocurre entre un 11 a 60% de los niños nacidos de madres infectadas de VIH. Se ha encontrado en el líquido amniótico, en los tejidos embrionarios y fetales desde comienzos del embarazo.

Se sabe que el contacto normal con una persona infectada, los besos, las caricias, el compartir los utensilios de cocina y algunos artículos no personales no tiene la posibilidad de contagiar a otra persona, ya que como lo hemos mencionado, el único reservorio del VIH, es el ser humano."¹⁴³

Manifestaciones clínicas: Existen varias clasificaciones de la sintomatología del VIH, en Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC), proporciona una clasificación basada en el recuento de las células CD4, la antes mencionada es difícil llevarlo a cabo en los países subdesarrollados, en Latinoamérica se ha optado por la siguiente clasificación:

Grupo I. Infección aguda: la mayoría de las infecciones por VIH son asintomáticas, pero en algunos casos los pacientes presentan un síndrome retroviral agudo caracterizado por

¹⁴² DURHAM, Jerry. et. al. Pacientes con SIDA, Ed. Manual moderno, pág. 3.

¹⁴³ DIAZ G. Federico. et. al. Op. Cit. pág. 165 a 167.

fiebre, artralgias, mialgias, brote eritema macular o pápula y en algunos casos compromiso neurológico con meningitis aséptica, o encefalitis. Ocurre entre dos a seis semanas de adquirir la infección y desaparece espontáneamente.

Grupo II. Infección asintomático: individuos seropositivos para VIH sin síntomas ni signos compatibles con entidades que definen el diagnóstico de SIDA.

Grupo III. Linfadenopatía generalizada: Pacientes con una prueba positiva para VIH sin síntomas o signos compatibles con la definición del caso de SIDA y quienes presentan adenopatías mayores de un centímetro en dos o más sitios extraingüinales y con una duración mayor a tres meses. En esta etapa se encuentran asintomático pero son infectantes.

Grupo IV. Pacientes con diagnóstico de SIDA: Corresponde a la fase terminal de la infección y se clasifican aquí aquellos infectados por VIH que presentan algunos de los siguientes cuadros clínicos:

Subgrupo A. Enfermedad constitucional: fiebre por más de cuatro semanas, pérdida de peso mayor al 10% y diarrea por más de un mes sin causa aparente.

Subgrupo B. Compromiso neurológico: demencia, encefalitis, neuritis periférica o mielopatía atribuibles directamente con la infección por VIH.

Subgrupo C. Infecciones secundarias: Infecciones secundarias definidas por el CDC como caso de SIDA:

- Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones.
- Criptococosis extrapulmonar.
- Criptosporidiosis con diarrea mayor de un mes.
- Citomegalovirus en un órgano diferente de hígado, bazo o ganglio linfático, en un paciente por más de un mes.
- Herpes simple que causan úlceras mucocutáneas que persisten más de un mes, bronquitis, esofagitis o neumonitis en un paciente con más de un mes de nacido.
- Enfermedad diseminada causada por micro-bacterias no tuberculosas.
- Neumonía por Pneumocystis carinii.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- Toxoplasmosis en el cerebro.
- Strongiloidiasis extraintestinal.
- Isosporiasis.
- Histoplasmosis.

Otras infecciones secundarias: enfermedades sintomática o invasiva por algunos de los siguientes:

- Herpes zoster multidermatómico.
- Leucoplasia vellosa oral.

- Candidiasis oral.
- Bacteremia recurrente por Salmonella.
- Nocardosis.
- Tuberculosis.

Subgrupo D. Tumores.

- Sarcoma de kaposi.
- Linfoma no hodking.
- Linfoma primario de cerebro.
- Linfoma de células T indiferenciado principalmente en personas menores de 60 años.
- Cáncer invasivo de cervix.

Subgrupo E. Otras: Todo paciente con VIH que desarrolla otras complicaciones tumorales, infecciosas o neurológicas no incluidas en los grupos anteriores. A las personas en las que sospecha infección por los virus VIH y que tengan los criterios clínicos, se les debe practicar una prueba presuntiva de anticuerpos para este virus, si es positiva se debe repetir en la misma muestra y por la misma técnica u otra semejante; después de dos pruebas presuntivas positivas en la misma muestra, se solicita una prueba confirmatoria.

Interrogatorio específico: El interrogatorio, estará enfocado a lo siguiente:

¿ Tiene una vida sexual activa?

¿ A tenido relaciones sexuales sin protección, con diferentes personas en los últimos 6 meses?

¿ A padecido con anterioridad, alguna enfermedad de transmisión sexual? ¿ Cual?

¿ Es usted homosexual, heterosexual o bisexual? ¿Cuáles son sus prácticas sexuales?

¿ Utiliza preservativo en todas sus relaciones sexuales?

¿ Usa drogas intravenosas? ¿Desde cuando? ¿Comparte las agujas con otras personas?

¿ A cursado con fiebre de más de cuarenta días, sin alguna causa aparente? ¿Cuándo?

¿ A cursado con diarreas de más de 20 días de duración, sin causa aparente? ¿ Cuando?

¿ A perdido peso últimamente? ¿Cuánto y cuando?

¿ Considera que se encuentra potencialmente en peligro de contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana? ¿Por qué?

Diagnóstico: El diagnóstico para la detección del virus de VIH, en los usuarios se realiza basándose en dos pilares importantes:

1.- En los signos clínicos, como se mencionaba con anterioridad, se han agrupado de tal forma de tener más certeza en la presunción de un diagnóstico de esta naturaleza, por lo que el personal de salud, deberá encontrarse familiarizado, con los signos presuntivos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.- Los resultados de laboratorio, en México se realiza la prueba de Elisa o de aglutinación, que se encuentra catalogada en EUA como una prueba presuntiva, esta prueba es rápida y no requiere de equipo especial porque la lectura es solo visual.

Las pruebas presuntivas tienen una sensibilidad de 99%, en caso de resultar positiva se realiza la prueba de Western Blot, la cual es caracterizada por ser una prueba bastante específica, costosa y muy compleja para su realización.

Se emplea, como lo hemos mencionado para confirmar pruebas presuntivas. El Western Blot, a diferencia de Elisa, detecta proteínas específicas.

Intervenciones de tratamiento: "Los conocimientos de virología suministran vías posibles para crear medicamentos dirigidos a las etapas vulnerables del ciclo de vida del VIH. Se han desarrollado agentes activos contra el VIH en diversas etapas del ciclo vital.

Algunas etapas principales en el ciclo vital del VIH y ejemplos de agentes que interfieren estas etapas comprenden:

1. - Unión, fusión y entrada del VIH a la célula (ejemplo: CD4 soluble, sulfato de dextrán).
2. - Desnudamiento del RNA viral (ejemplo hipericina).
3. - Transcripción inversa del RNA viral a DNA por medio de la transcriptasa reversa (ejemplo zidovudina).
4. - Migración e integración del VIH al núcleo de la célula (ejemplo, todavía se encuentra en teoría).
5. - Transcripción-traducción del RNA viral en proteínas (ejemplo, ampligen).
6. - Maduración viral, del transporte y empacamiento (ejemplo, inhibidores de la proteasa y cetanosperamina).
7. - Gemación viral de células huésped (ejemplo, interferón).

Algunos objetivos de las mezclas terapéuticas son; ataque simultáneo en múltiples sitios del ciclo de replicación viral del VIH, reducir la resistencia viral, disminuir los efectos tóxicos y hacer llegar el fármaco a varios tipos de células."¹⁴⁴

Intervenciones enfocadas a la prevención: El personal de enfermería deberá recomendar la realización de la prueba presuntiva a personas que se encuentran con las siguientes características:

¹⁴⁴ DURHAM D, Jerry. et. al. Op. Cit. pág. 175.



- Personas promiscuas (hombres y mujeres) homosexuales y heterosexuales, sin protección en cada contacto sexual.
- Hombres y mujeres dedicados a la prostitución.
- Personas (hombres y mujeres) bisexuales, sin uso cotidiano de preservativos.
- Compañeros sexuales de personas infectadas por VIH.
- Personas con alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Compañeros sexuales de personas con algunos de los criterios anteriores.
- Trabajadores de la salud que manifiesten exposición percutánea o de piel no intacta o mucosas a líquidos con precauciones universales.
- Recién nacido, hijo de madre con alguno de los criterios mencionados.
- Historia de tatuajes, acupuntura o procedimiento quirúrgico con instrumental no estéril.
- Usuarios sometidos a historial clínico con signos y síntomas de infección de VIH.
- Usuarios que se consideran por si mismos en riesgo.

Es importante mencionara que en estos casos, la intervención más importante del LEO es la referencia a los hospitales de segundo o tercer nivel, para su atención oportuna.

En lo que respecta a las personas ya contagiadas es importante hacer hincapié en las siguientes recomendaciones:

- Abstenerse de donar sangre en cualquier unidad de salud.
- En el caso de necesitar atención médica, con personal que no se encuentre enterado del diagnóstico, hacerlo saber, para que se tomen las medidas necesarias para su manejo.
- En el caso de las mujeres, es importante recalcar, que en caso de embarazo, es muy probable que el producto también se encuentre infectado.
- Reducir en lo posible, en número de parejas sexuales, ya que la vía sexual es efectiva para el contagio.
- En el caso de haber tenido relaciones sexuales con parejas anteriores, mencionar la importancia de hacer estudios de laboratorio, para descartar la posibilidad de infección o realizar controles rutinarios para descartar la posibilidad de infección.
- Mencionarle la existencia de los diferentes grupos de apoyo para personas que padecen de esta enfermedad.
- En cuanto a sus actividades cotidianas, la podrá realizar de manera normal, en personas asintomáticas pero con diagnóstico confirmatorio de laboratorio.
- Deberá tener un cuidado más meticuloso en cuanto a la preparación de los alimentos, deberá hervir perfectamente la carne que pueda estar contaminada.
- Evitar en la manera de lo posible en contacto con algunos animales domésticos, como el gato, que es un transmisor del *Toxoplasma Gondii*.
- Desquitar todos los vegetales que se consuman crudos.
- Evitar la exposición con personas infectadas por enfermedades de vías aéreas superiores e inferiores.
- Evitar en lo posible relaciones sexuales con personas con enfermedades de transmisión sexual.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Consultar al médico antela presencia de cualquier lesión cutánea.
- Evitar el uso excesivo de jabones perfumados, optar por jabones neutros.
- Evitar colocarse en la piel, productos con base alcohólica, porque contribuyen a resecar la piel y esto ocasionar lesiones.
- Usar cremas lubricantes para el uso cotidiano.
- Consultar el uso de antihistamínicos, ya que son de gran alivio ante el prurito causado por el SIDA.
- Recomendar a los familiares asesoria psicológica, para trabajar con el proceso de duelo.

Es de vital importancia que todos los usuarios que lleguen al consultorio con y que mantengan una vida sexual activa, a abstenerse de las prácticas de riesgo, para evitar cualquiera de estas patologías.

En cuanto al personal de salud, hacer hincapié, de hacer uso de las precauciones universales, para el manejo de fluidos y sangre, para evitar riegos de contagio por esta vía de trasmisión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10. ELABORACIÓN Y SEGUIMIENTO DE LA CARTILLA NACIONAL DE LA MUJER

La Cartilla Nacional de la Mujer, fue diseñada por el Sistema Nacional de Salud como un instrumento que permite tener información relacionada con diferentes aspectos sobre su vida reproductiva, antecedentes heredo familiares y antecedentes patológicos que permiten llevar un seguimiento adecuado de su estado de salud.

El objetivo de esta cartilla, es de identificar tempranamente, alguna alteración en el aparato reproductivo y las glándulas mamarias, así como detección y control de diabetes y presión arterial, menopausia, aplicaciones de vacunas, como el toxoide tetánico (TD), métodos de planificación familiar, historia perinatal y antecedentes patológicos, estas actividades implementadas a partir de a los índices de morbi-mortalidad, que se presentan con mayor frecuencia en las mujeres mexicanas.

Se debe llenar con pluma datos tales como, nombre completo de la usuaria, fecha de nacimiento, tipo sanguíneo, lugar de nacimiento y domicilio actual, así como las aplicaciones más recientes de toxoide tetánico, medición de la glucosa, toma de la presión arterial.

En lo referente a la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, se debe reiterar que deberá llevarse un control por lo menos cada seis meses. En esta ocasión se aprovechará para llevar los controles antes mencionados. Puede anotarse la próxima cita, para la detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario, para que la usuaria lo tenga presente y programe dichos controles.

En el rublo de planificación familiar, deberá anotarse con lápiz, los métodos anticonceptivos que se han usado y que actualmente se encuentra utilizando.

En los datos de salud perinatal, de igual manera se anota con lápiz, ya que estos datos se van modificando de acuerdo a los embarazos de la usuaria.

Los antecedentes personales y familiares, se anotan con lápiz, ya que van modificándose, de acuerdo al paso del tiempo.

Es importante que el personal de salud se encuentre relacionado con el manejo de la cartilla, para proporcionar de esta manera un manejo correcto y orientación hacia la usuaria.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AÑEVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AÑEVOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS DEL CIMIGen EN PREVENCIÓN REPRODUCTIVA

NOMBRE COMERCIAL		PRESENTACION	INDICACIONES	DOSIS Y ADMINISTRACION	CONTRAINDICACION
Policresueto.	ALBOTHYL	Gel. Óvulos	Erosiones cervicales, secreciones de etiología diversa.	Gel: piel y mucosa vaginal. 1 óvulo por la noche durante 6 días.	No se absorbe.
Clotrimazol.	CANESTEN 100 mg	Comprimidos vaginales. Pomada.	Infecciones vaginales por Candida Albicans.	1 comprimido cada 24 horas por 6 días. 1 vez al día por una semana.	Sensibilidad al fármaco.
Butilacetato de dexametasona, diyohidroxiqinoleina, nistatina y benzalconio.	DECADRON CON NISTATINA.	Óvulos.	Cervicitis, vaginitis inespecífica, moniliasis y tricomoniasis.	1 óvulo por la noche durante 10 días.	
Nitrofurazona.	FURACIN.	Óvulos. Pomada.	Cervicitis, vaginitis bacteriana.	1 óvulo por la noche por 10 días. Aplicar 1 vez al día por una semana.	Ninguna.
Metrodinazol.	FLAGYL VAGITROL.	Óvulos. Tabletas de 500mg.	Uretritis y tricomoniasis.	1 óvulo por la noche durante 10 días. Vía oral 1 cada 8 horas por 10 días.	Se proporciona tratamiento a la pareja tanto local como sistémico.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Centella asiática y nitrofurales.	MADECASSOL N	Ovulos. Pomada.	Úlcera cervical.	1 óvulo diario por 12 días. 1 vez cada 24 horas por 10 días.	Sensibilidad al fármaco.
Nistatina.	MICOSTATIN V. MICOSTATIN CREMA.	Tabletas vaginales. Crema 60 grs.	Candidiasis vaginales. Micosis ungueal.	1 tableta diaria por 12 días. Aplicar 2-3 veces al día.	Sensibilidad al fármaco.
Ketoconazol.	NIZORAL.	Ovulos.	Micosis vaginal.	Aplicar 1 óvulo cada 24 horas por 6 días.	Sensibilidad al fármaco.
Nonoxinol.	SIN A GEN. LOROPHYN	Ovulos.	Anticonceptivo local.	Aplicar 1 óvulo 10 minutos antes de la relación sexual.	Ninguna.
Ampicilina.	PENTREXIL. BINOTAL.	Cápsulas 500mg. Tabletas 1gr. Comprimidos 1gr.	Infección respiratoria, digestiva y urinaria.	500mg. 1 cada 6 horas por 10 días. 1 gramo: 1 cada 8 horas por 10 días.	Ninguna.
Sulfametoxazol y Trimetoprim.	BACTRIN.	Tabletas.	Infecciones respiratorias, urinarias y digestivas.	1 tableta cada 12 horas por 10 días.	Anemia e insuficiencia renal.
Estolato de eritromicina.	ILOSONE	Tabletas de 500mg.	Infecciones respiratorias y digestivas.	Infecciones respiratorias y digestivas.	Infecciones respiratorias y digestivas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Acetaminofen. Paracetamol.	TEMPRA. TYLENOL. DATRIL.	TABLETAS DE 500mg.	Analgésico. Antipirético.	1 tableta cada 8 horas por dos días.	Ninguna.
Metamizol.	NEOMELUBRINA	Tabletas de 500 mg	Analgésico. Antipirético.	1 tableta cada 8 horas PRN.	No usar en el embarazo o en lactantes.
Naproxen.	FLANAX.	Tabletas 250mg.	Antiinflamatorio.	2 tabletas cada 12 horas por 5 días.	
Butiliosina.	BUSCAPINA.	Grageas.	Espasmos y cólicos.	1 a 2 grageas cada 6 a 8 horas PRN.	Ileo paralítico e insuficiencia renal.
Isotipentilo.	ANDANTOL GEL.	Gel.	Alergias.	Aplicación tópica.	Ninguna.
Mebendazol.	VERMOX.	Tabletas 100mg.	Oxiuros, áscaris, tricrocéfalos y taenia.	1 tableta cada 12 horas por 3 días.	Usar en pacientes ginecológicas.
Acido fólico, vitamina B12, vitamina C, vitamina E y fumarato ferroso.	AUTRIN 600.	Grageas.	Anemias nutricionales.	Tomar 1 al día hasta el termino.	Úlcera gástrica y gastritis.
Hierro dextran.	HI-DEX.	Ampolletas 1ml= 1mg.	Anemia ferropénica.	Aplicar 1 ampolleta cada tercer día por 5 dosis.	Sensibilidad al fármaco. Aplicación en técnica de Z.

TESIS
 FALLA DE ORIGEN

GLOSARIO

Abducción: Movimiento de una extremidad hacia fuera del eje del cuerpo.

Aborto: Finalización espontánea o inducida del embarazo antes de las 20 semanas de gestación o con un peso menor a 500gr.

Abstinencia sexual: Abstinencia es la ausencia de contacto genital que pudiera causar un embarazo.

Adenopatía: Aumento de tamaño de cualquier glándula, en especial del linfático.

Aducción: Movimiento de una extremidad hacia el eje del cuerpo.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación. La amenorrea es normal antes de la maduración sexual, durante el embarazo y después de la menopausia. Para fines obstétricos se denomina amenorrea después de tres meses de la no-aparición de menstruación.

Bacterias: Cualquiera de los pequeños microorganismos unicelulares de la clase Esquizomiceto. Este género tiene diferentes morfologías, pudiendo ser esféricos (cocos), en forma de bastones (bacilos) espirales (espiroquetas) o en forma de comas (vídrios).

Barorreceptores: Una de las terminaciones nerviosas sensibles a la presión localizadas en las paredes de la aurícula cardíaca, la vena cava, el cayado aórtico y el seno carotídeo. Los barorreceptores estimulan los mecanismos reflejos centrales que permiten el ajuste fisiológico y la adaptación a los cambios de presión arterial mediante la vasodilatación o vasoconstricción.

Cáncer: Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido vecino y a metastasizar a distancia.

Cáncer de mama: Enfermedad neoplásica maligna más comúnmente encontrada en mujeres de Estados Unidos de

Candidiasis: Micosis ocasionada por *Candida albicans*, frecuentemente encontrada en la cavidad vaginal y en la mucosa oral, esta última más frecuentemente encontrada en personas inmunocomprometidas.

Centígrados: Escala de la temperatura en la que el 0° es el punto de congelación del agua y el 100° es el punto de ebullición del agua a nivel del mar. También conocido como grados Celsius (científico sueco Ander Celsius).

Chancro: Lesión cutánea generalmente de sífilis primaria que se origina en el lugar de la infección como una pápula que se convierte en una úlcera rosada, no hemorrágica e indolora. El chancro contiene una gran cantidad de espiroquetas *Treponema pallidum* y es sumamente contagioso.

Ciclo menstrual: Ciclo recurrente de cambios en el endometrio, durante el cual se descama la capa decidual del mismo, para después volver a crecer o proliferar, mantenerse varios días y volver a desprenderse. La duración media del ciclo, desde el primer día de la hemorragia hasta el primer día del siguiente es de 28 días. Su duración y sus características varían entre cada una de las mujeres.

Citología vaginal exfoliativa: Examen microscópico de las células descamadas del cervix y la vagina, con fines diagnósticos.

Clitoris: Estructura vaginal eréctil homóloga al cuerpo cavernoso al pene. Está constituida por dos cuerpos cavernosos dentro de una densa capa de membrana fibrosa, unida a lo largo de su superficie internas mediante un tabique fibroso incompleto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Daño: Es la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico, pudiendo también interpretarse como resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo. La probabilidad de riesgo se estima mediante tasas de incidencia y prevalencia cuando el daño es una enfermedad, un síndrome o complicaciones y en tasas de mortalidad si el daño es de muerte.

Dismenorrea: Dolor asociado con la menstruación. La dismenorrea primaria es el dolor menstrual relacionado a factores intrínsecos del útero y el proceso de menstruación. Es extremadamente frecuente y se produce al menos durante una ocasión en casi todas las mujeres. Si el episodio es leve y breve, se considera funcional y normal y no requiere de tratamiento. En el 10% de las mujeres aproximadamente, la dismenorrea es intensa como para producir episodios de discapacidad parcial o total. El dolor se produce típicamente generalmente en la parte baja del abdomen o en la espalda, es cólico, en oleadas, comienza regularmente antes del flujo menstrual que caracteriza el proceso de ovulación. También puede observarse vértigo, mareo, palidez y angustia evidente. La dismenorrea secundaria es el dolor menstrual que se produce como consecuencias de anomalías pélvicas específicas, como endometriosis, adenomatosis, infección pélvica crónica o tumores fibroides en degeneración.

Dispareunia: Trastorno de la mujer en la que las relaciones sexuales se encuentran acompañadas de dolor. El dolor puede ser ocasionado de anomalías genitales, reacciones psicofisiológicas disfuncionales ante la unión sexual, coito forzado o excitación sexual incompleta.

Disuria: Micción dolorosa, normalmente acompañada de una infección bacteriana o un proceso obstructivo de del tracto urinario. El paciente sufre una sensación de quemazón cuando realiza la micción y el examen de laboratorio puede relevar la existencia de sangre, bacterias o leucocitos en la orina.

Embarazo: Proceso de gestación que abarca el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo dentro de una mujer, desde el momento de la concepción, a lo largo de los periodos embrionarios y fetal hasta el nacimiento. El embarazo normalmente dura 280 días (40 semanas, 9 meses del calendario normal o diez meses lunares).

Endocervix: Membrana que limita el conducto del cervix uterino. Orificio del cervix en la cavidad del útero.

Endometrio: Membrana mucosa que tapiza el útero, compuesta por estrato, estrato esponjoso y estrato basal. El ciclo menstrual produce cambios en la estructura y grosor en el endometrio.

Enfermedades de transmisión sexual: Enfermedad contagiosa habitualmente contagiada por vía sexual o contactos genitales.

Epifora: Lagrimeo.

Epermatozoides: Célula germinal masculina madura, que se desarrolla en las túbulos seminíferos de los testículos. Parecido a un renacuajo, tiene una longitud aproximada de 50 micras y presenta una cabeza con un núcleo, un cuello y una cola que le permite la propulsión.

Estrógeno: Uno de los dos compuestos de hormonas esteroideas que promueven el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios femeninos. Los estrógenos humanos se sintetizan en los ovarios, en la corteza suprarrenal, en los testículos y en la unidad feto placentaria. Durante el ciclo menstrual, los estrógenos capacitan al tracto genital femenino para la fertilización, implantación y nutrición del embrión.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Exploración física: Examen del cuerpo para determinar el estado de salud, utilizando cualquiera de las técnicas de exploración (inspección, palpación, percusión y auscultación).

Extensión: Movimiento que permite a ciertas articulaciones del esqueleto en las que aumentan el ángulo entre dos huesos adyacentes, como en la extensión de una pierna en la que aumenta el ángulo entre el fémur y la tibia.

Eyacuación: Emisión súbita del semen desde la uretra masculina que normalmente se produce durante el coito o la masturbación. Es una acción refleja. La sensación de eyacuación también suele denominarse orgasmo.

Eyacuación precoz: Eyacuación prematura, incontrolada del semen, con frecuencia producida por ansiedad durante la relación sexual.

Factor de riesgo: se consideran factores de riesgo todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si es o no una de las causas de daño, aún cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de causalidad.

Fecundación: Acto de la fertilización.

Fornix: Estructura o espacio en forma arco, como los forníces vaginales.

Glándula de Bartholin: Cada una de las dos pequeñas glándulas secretoras de moco localizada en las caras posterior y lateral del vestíbulo de la vagina.

Himen: Pliegue de mucosa, piel o tejido fibroso situado en el introito vaginal, puede estar ausente, puede ser delgado, flexible o raramente duro

Homosexual: Persona atraída sexualmente por personas del mismo sexo.

Iritis: Proceso inflamatorio del iris, caracterizado por dolor, lagrimeo, fotofobia y si es intenso, disminución de la aguja visual.

Mastalgia: Dolor en la mama producido por la congestión que aparece durante la lactancia, una infección, enfermedad fibroquística, especialmente durante o antes de la menstruación o cáncer avanzado

Microorganismo: Cualquier estructura pequeña normalmente microscópica capaz de desarrollar procesos vitales. Algunos tipos de microorganismos son bacterias, hongos, protozoarios y virus.

Migraña: Cefalea vascular recurrente caracterizada por la presencia de un aura prodrómica, comienzo unilateral y dolor intenso, fotofobia y trastornos del sistema nervioso autónomo durante la fase aguda que puede durar horas o días. Afecta con más frecuencia a mujeres que a hombres, pudiendo ser hereditaria la predisposición de la migraña. La inminencia del ataque viene precedida de alteraciones visuales como luces intermitentes o líneas onduladas o por un sabor u olor extraño, acorchamiento de las extremidades, vértigo, tinnitus, o sensación de que cambia de forma o de tamaño una parte del cuerpo. La fase aguda puede acompañarse por náuseas, vómito, escalofríos, poliuria, sudoración, edema facial, irritabilidad y fatiga extrema.

Ovario: Par de gónadas femeninas ubicadas en cada lado inferior del abdomen, junto al útero en el ligamento ancho. En la ovulación un óvulo es expulsado a partir de un folículo situado en la superficie del ovario bajo el estímulo de las hormonas gonadotrópicas, la hormona folículo estimulante y la hormona estimulante.

Óvulo: Célula germinal femenina expulsada a partir del ovario en la ovulación.

Pápula: Lesión cutánea elevada, sólida, pequeña, de menos de un centímetro de diámetro, como en las lesiones de líquen plano y acné no pustuloso.

Parto: Nacimiento de un niño, por vía vaginal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Progesterona: Hormona progestacional natural preescrita para diversos trastornos menstruales, infertilidad asociada a la disfunción de la fase lútea y ante los abortos espontáneos repetidos.

Prostaglandinas: Uno de los potentes ácidos grasos no saturados de tipo hormonal que actúan en concentraciones sumamente pequeñas en los órganos. Se produce en pequeñas cantidades y tienen una gama importante de efectos importantes. Algunos de los usos farmacológicos son la terminación del embarazo, el tratamiento del asma y la hiperacidez gástrica.

Puerperio: Periodo que sigue al parto con una duración aproximada de 40 días, durante los cambios se remite los cambios anatómicos y fisiológicos provocados por el embarazo.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana.

Temperatura corporal basal: temperatura del cuerpo tomada por la mañana, en la boca o en el recto, después de al menos ocho horas de sueño y antes de realizar cualquier actividad física, incluido levantarse de la cama, fumar un cigarrillo, caminar, comer o beber.

Turgencia: Elasticidad normal de la piel causada por la presión hacia fuera de las células y el líquido intersticial. Una parte esencial de la exploración física es la evaluación de la turgencia de la piel.

Úlcera: Lesión circunscrita como un cráter, de la piel o de las mucosas, producida por una necrosis asociada a procesos inflamatorios, infecciosos o malignos.

Úvula: Proyección pequeña, con forma de cono, suspendida en la boca, desde la mitad del borde posterior del paladar blando.

Vesícula: Ampolla o vejiga pequeña en forma de pequeña lesión elevada de paredes finas, que contienen líquido transparente.

VIII: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

- AHUED Ahued, Roberto. Ginecología v obstetricia aplicada.
Ed. JGH. México. D. F. 2000. p. p. 469.
- ALTIRIBAS J. Esteban. Licenciatura en ginecología.
Ed. Salvat. S. A. Barcelona España. 1990. p. p. 350.
- ARAGONES Matéu, José María. Cáncer de útero.
Ed. Jims. S. A. España. 1992. p. p. 516.
- ARYA O, P. et. al. Enfermedades venéreas.
Ed. Manual moderno. México. D. F. 1983. p. p. 281.
- BEARE Gauntlett, Patricia. Enfermería principios v práctica.
Ed. Panamericana.
- BEARE Gauntlett, Patricia. et. al. Enfermería medico-quirúrgica.
Ed. Harcourt. 3ed. España. 2001. p. p. 1895.
- BICKLEY S. Lynn. Propedéutica médica.
Ed. Mc Grav- Hill Interamericana. 7ed. México. D. F. 2000. p. p. 789.
- BILLINGS, John. Método de la ovulación.
Ed. Paulinas. S. A. 15ed. México. D. F. 1984. p. p. 36.
- BOTERO Uribe, Jaime. Obstetricia v ginecología.
Ed. Quebecor Impreandes. 6ed. Colombia. 2000. p. p. 670.
- BONILLA Musoles, J. El cuello v sus enfermedades.
Ed. Jims. Barcelona. p. p. 632.
- CALAF, Joaquín. Manual básico de contracepción.
Ed. Masson. 2ed. España. 1997. p. p. 197.
- DeCHERNEY H. Alan. et. al. Diagnostico v tratamiento en ginecoobstetricia.
Ed. Manual moderno. 7ed. México. D. F. 1998. p. p. 1535.
- DeGOWIN L. Elmer. et. al. Examen v diagnostico clínico.
Ed. La prensa mexicana. S. A. 2ed. México. D. F. 1985. p. p. 1184.
- DIAZ G. Fedrico. et. al. Enfermedades de transmisión sexual.
Ed. Corporación para investigaciones biológicas. Colombia. 1995. p. p. 293.
- DEXEUS Trías de Bes. Santiago. La contracepción hoy.
Ed. Salvat. S. A. Barcelona. España. 1983. p. p. 145.
- DURHAM D. Jerry. et al. Pacientes con SIDA.
Ed. Manual moderno. 2ed. México. 1994. p. p. 566.
- FAUCI S. Anthony. et. al. Principios de medicina interna.
Ed. Mc Graw-Hill. Interamericana. 14ed. México. D. F. 1998. p. p. 1311.
- GANT F. Norman. Manual de ginecoobstetricia.
Ed. Manual moderno. México. 1995. p. p. 608.
- GONZALEZ Merlo, J. Ginecología.
Ed. Masson. 6ed. España. 1993. p. p. 696.
- GUSBERG, SB. et. al. Cáncer ginecológico.
Ed. Panamericana. México. 1971. p. p. 644.
- HATCHER A. Robert. et. al. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva.
Ed. Programas de información a la población. Marylan USA. 1999. p. p.
- HAYMAN, Suzie. Guía de los métodos anticonceptivos.
Ed. Paidós. España. 1995. p. p. 136.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- KATZUNG, Bertram. Farmacología básica y clínica
Ed. Manual moderno. 7ed. México D.F. 2000. p. p.1310
- KOZIER, Barbara, et. al. Fundamentos de enfermería
Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 5ed. México D.F. 1999.
- LEDESMA Pérez, María del Carmen. Introducción de enfermería.
Ed. Limusa. México.1984 . p. p. 89.
- LEWIS.T.L.T. Ginecología.
Ed. Manual moderno. México. D. F. 1994. p. p. 360.
- Lev general de profesiones.
Ed. PAC S.A. de C.V. México 2000. p.p. 102.
- Lev general de salud.
Ed. Porrúa. S.A. 12ed. México 1995. p.p. 1151.
- LUCKMANN MA, Joan. Cuidados de enfermería.
Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. México. D. F. 2000. p. p. 2005.
- MARTINEZ Cervantes, Luis. Propedéutica médica.
Ed. Méndez.
- MUSOLES F, Bonilla. El cuello v sus enfermedades
Ed. Jims. España. 1978. p. p 632
- NELSON L, Anita. El uso de anticonceptivos.
Ed. Le Roy E, Nelson. Estados Unidos de América. 2000. p. p. 158
- Norma Oficial Mexicana. De los servicios de planificación familiar.
México. D.F. 1994. p. p. 51.
- Norma Oficial Mexicana para el manejo integral de la obesidad 1998. p. p. 8.
- REEDER J, Sharon. Enfermería materno-infantil
Ed. McGraw- Hill Interamericana. 3ed. México. D.F. 1995. p. p. 1421
- RODRIGUEZ Carranza, Rodolfo. Vademécum académico de medicamentos.
Ed. McGraw-Hill Interamericana. 2ed. México D. F. 1995. p. p. 885
- SCHOFIELD C. B. S. Enfermedades transmitidas sexualmente.
Ed. Jims. Barcelona. 1977. p. p. 142.
- SCOTT R, James. Tratado de obstetricia v ginecología.
Ed. McGraw- Hill Interamericana. 3ed. México. D.F. 2000. p. p. 1024.
- SEYMOUR A, Carol. Elaboración de la historia clínica.
Ed. Manual moderno. México. D.F. 1987. p. p. 89.
- Sistema para la detección v evaluación de riesgo perinatal.
Ed. Servicio de artes graficas Ramirez. 2ed. México. D. F. 1999. p. p. 24.
- SMELTZER C, Suzanne. et. al. Enfermería medico-quirúrgica.
Ed. McGraw-Hill Interamericana. México. 1994. p. p. 2185.
- SOLIS Guzmán, Carolina. Guía para el servicio social v opciones de titulación.
ENEO-UNAM. 4ed. México. 2000. p.p. 152.
- TORTORA J, Gerald, et. al. Principios de anatomía v fisiología.
Ed. Harla. 6ed. Colombia. 1995. p. p. 1206
- WOLFF, LuVerne, et. al. Curso de enfermería moderna.
Ed. Harla. 7ed. México. D. F. 1992. p. p. 981.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN