

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

Med. Diego Armando Auqui Carangui
Med. Carlos Julio Montenegro Aucancela
Med. Viviana Elizabeth Rodríguez Cruz
Med. Evelin Marcela Villafuerte Lozada
Lcda. Grace Pamela López Pérez Mg.
Dra. Edith Efigenia Espinoza Cabezas Esp.
Med. Dubán Hernando Castañeda Morales
Med. John Patricio Romero Cevallos
Med. Argenys Michael Narváez Rueda
Med. Giovanna Birmania Franco Ruiz



PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

1^{ER} E D I C I Ó N



Med. Diego Armando Auqui Carangui
Med. Carlos Julio Montenegro Aucancela
Med. Viviana Elizabeth Rodríguez Cruz
Med. Evelin Marcela Villafuerte Lozada
Lcda. Grace Pamela López Pérez Mg.
Dra. Edith Efigenia Espinoza Cabezas Esp.
Med. Dubán Hernando Castañeda Morales
Med. John Patricio Romero Cevallos
Med. Argenys Michael Narvárez Rueda
Med. Giovanna Birmania Franco Ruiz

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

AUTORES

Med. Diego Armando Auqui Carangui

Médico

Médico Residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; Hospital General de Ambato
armac710@gmail.com

Med. Carlos Julio Montenegro Aucancela

Médico

Médico Residente Hospital;
General Docente Ambato
carlitosm_1988@hotmail.com

Med. Viviana Elizabeth Rodríguez Cruz

Médico

Médico Residente Hospital
General Docente Ambato
angelitapazmirod@gmail.com

Med. Evelin Marcela Villafuerte Lozada

Médico

Médico Residente Hospital
General Docente Ambato
evevillafuerte91@hotmail.com

Lcda. Grace Pamela López Pérez Mg.

Licenciada en Enfermería;

Master Universitario en Dirección y
Gestión de Unidades de Enfermería

Docente de la Universidad Técnica de Ambato; Licenciada de Enfermería Hospital General de Ambato; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
gracepame_1790@hotmail.com

Dra. Edith Efigenia Espinoza Cabezas Esp.

Doctora en Medicina y Cirugía;

Especialista en Ginecología y Obstetricia

Docente del Internado de Medicina de la Universidad de Guayaquil; Médico Tratante de Gineco Obstetricia; Hospital General de Ambato; Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
edithvin2011@gmail.com

Med. Dubán Hernando Castañeda Morales

Médico

Médico Residente de Cirugía General;
Hospital General de Ambato IESS
dubidubi24@outlook.com

Med. John Patricio Romero Cevallos

Médico

Médico General; Investigador Independiente
romerojopa1408@gmail.com

Med. Argenys Michael Narváez Rueda

Médico

Médico General; Investigador Independiente;
Hospital General Guayaquil (IESS Los Ceibos)
argenysmichael@hotmail.com

Med. Giovanna Birmania Franco Ruiz

Médico

Médico Residente Hospital
General Docente Ambato
gjovisbirmafran@hotmail.com

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

REVISORES

Lcda. Bravo Bonoso Delia Georgina Mg.

Licenciada en Enfermería;
Magister en Emergencias Médicas
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería
deliabravo85@hotmail.com

Dra. Fernández Aguilar María Emilia Esp.

Especialista de Primer Grado en
Gastroenterología; Doctor en Medicina
Universidad Estatal del Sur de Manabí;
Carrera de Enfermería
mariaefa@gmail.com

DATOS DE CATALOGACIÓN

Med. Diego Armando Auqui Carangui
Med. Carlos Julio Montenegro Aucancela
Med. Viviana Elizabeth Rodríguez Cruz
Med. Evelin Marcela Villafuerte Lozada
Lcda. Grace Pamela López Pérez Mg.
AUTORES: Dra. Edith Efigenia Espinoza Cabezas Esp.
Med. Dubán Hernando Castañeda Morales
Med. John Patricio Romero Cevallos
Med. Argenys Michael Narváez Rueda
Med. Giovanna Birmania Franco Ruiz

Título: Patología Ginecológica y Obstétrica

Descriptores: Ciencias médicas; Servicio de salud; Ética médica; Atención médica

Código UNESCO: 32 Ciencias Médicas; 3201 Ciencias Clínicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-826-23-7

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2020

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 164

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-826-23-7>



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Patología Ginecológica y Obstétrica*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Quishpe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores

ÍNDICE

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA





Contenido

PROLOGO..... 9
 INTRODUCCIÓN..... 12

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN A LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Ginecología..... 16
 Ginecología, concepto e importancia..... 16
 Procedimientos en ginecología..... 17
 Inspección..... 18
 Especuloscopía..... 22
 Tacto vaginal..... 24
 Tacto vagino-abdominal..... 24
 Tacto recto-vaginal..... 27
 Examen mamario..... 28
 Patología ginecológica..... 29
 Bartholonitis..... 29
 Enfermedad pélvica inflamatoria..... 31
 Endometriosis..... 32
 Prolapso urogenital..... 35
 Enfermedades de la vulva..... 45
 Obstetricia. Concepto e importancia..... 38
 Consulta Obstétrica..... 39
 Patología obstétrica durante el primer trimestre..... 46
 Hemorragia del primer trimestre..... 47
 Aborto..... 49
 Amenaza de aborto..... 49
 Aborto en curso..... 50
 Aborto incompleto..... 50
 Aborto completo..... 51
 Aborto diferido..... 52
 Aborto séptico..... 53
 Aborto terapéutico..... 54
 Aborto espontáneo..... 54



Embarazo Ectópico.	56
Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico.	57
Metrorragia del 2º y 3º trimestre.	58
Rotura temprana de membranas.	60
Amenaza del parto pretérmino.	61
Patología hipertensiva en el Embarazo.	63
Hipertensión gestacional.	63
Preeclampsia.	64
Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia.	65
Eclampsia.	68
Síndrome de Hellp.	69
Urgencias en Sala de Labor.	72
Hemorragia postparto.	72
Prolapso del cordón umbilical.	76
Rotura uterina.	76
Inversión uterina.	78

CAPÍTULO II

SALUD Y RIESGO REPRODUCTIVO

Importancia de la salud y riesgo reproductivo.	82
Fisiología de la reproducción.	84
Ovulo.	85
Espermatozoide.	88
La fecundación.	89
Genética en reproducción humana.	91
Asesoramiento genético.	93
Reproductiva y/o riesgo reproductivo.	96

CAPÍTULO III

SALUD MATERNO Y NEONATAL

Riesgo preconcepcional, obstetricia y perinatal.	105
Bases biomédicas de la maternidad saludable y segura.	106
Fecundación asistida.	111

Estimulación ovárica.	111
Inseminación artificial.....	112
Transferencia de gametos a la trompa (GIFT)	113
Fecundación in vitro	115
Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	117

CAPÍTULO IV

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Atención integral de la salud sexual y reproductiva por ciclos de vida.....	128
Sexualidad, género e intergeneracionalidad.	130
Factores de riesgo en salud sexual y riesgo reproductivo.	132
Epidemiología en salud sexual y reproductiva.	134
Sífilis.	137
Chancroide.....	139
Herpes simple	140
Infección por VPH	143
Prevención, promoción en salud sexual y reproductiva.	144
Ética y derechos sexuales y reproductivos.....	147
BIBLIOGRAFÍA.....	152

PRÓLOGO

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA





PRÓLOGO

Las visitas a los centros de salud son constantes desde el comienzo de nuestras vidas desde la visita al pediatra hasta las visitas a los médicos especialistas como los internistas, cardiólogos, gastroenterólogos, gineco-obstetra, entre otros. La finalidad es poder solucionar un problema de salud o simplemente un control de la misma. Sobre esto último ha tenido significancia las consultas de las mujeres a los médicos gineco-obstetras.

El control sobre la salud reproductiva, sexual y materno es fundamental en el desarrollo de las mujeres desde el momento en que aparece la menstruación, pasando por la fecundación y terminando la menopausia y salud de los órganos reproductivos en edades no fértiles. La gineco-obstetricia es parte fundamental de la vida de las personas y desarrolla un vínculo entre las mujeres y los médicos especialistas.

En esta rama de la medicina se consideran aspectos como la importancia de la consulta ginecológica y obstétrica, desarrolla la prevención sobre enfermedades en el aparato reproductor femenino, establece criterios en la prevención de enfermedades de transmisión sexual y fortalece el vínculo entre madre e hijo en el desarrollo del embarazo. Muchos de estos temas son tabúes en las sociedades contemporáneas, por lo que los médicos acercan y vinculan los conocimientos de estos estos diferentes aspectos.

Lamentablemente, muchas mujeres al no tener el contacto con la información suministradas en dichas consultas no pudieron obtener el conocimiento y padecen, por decirlo de alguna manera, del embarazo no deseado o sufren de alguna enfermedad de transmisión sexual como el virus del papiloma humano, tan común en nuestra sociedad. Ellos no contaron con la asesoría sobre prevención y sus vidas cambiaron drásticamente.



Es por ello, que considero que la familia, la escuela y demás medio y organizaciones son la punta de lanza en prevenir todo lo concerniente en las situaciones que vulneren la salud sexual y reproductiva. Son los padres que deben llevar esta batuta e inculcarles a sus hijos los cuidados que se deben hacer para cualquier momento de la vida. Solo los médicos especialistas afianzan esos conos cocimientos a través de la ciencia. Esta disciplina, como la gineco obstetricia, busca siempre, a través de métodos científicos, diagnosticas, tratar y controlar todo lo referente al aparato reproductor femenino.

Esta rama es la que puede identificar las causas, los efectos y los síntomas que puedan tener las mujeres en relación a la salud sexual y reproductiva. La importancia de una constante visita al médico es fundamental para tener una mejor calidad de vida.

De aquí la importancia de este libro la cual engloba, en cierto modo, los aspectos más importantes del desarrollo sexual y reproductivo de la mujer y da como protagonismo e importancia su significado en la sociedad como ser humano.

Los autores

INTRODUCCIÓN

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA





INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es una de las principales razones de constantes debates políticos y sociales en nuestra sociedad actual. Garantizar las más notables normas de control promoción y prevención de las enfermedades de transmisión sexual, de embarazos no deseados y de abortos forzados se ha convertido en la punta de lanza de muchas organizaciones.

Las políticas educativas y de formación deben ir impartidas en las distintas aristas que conforman las sociedades. Desde el hogar, las escuelas, universidades, centro de trabajo, consejos comunales, organizaciones y medios de comunicación deben estar articulados para poder promover la salud sexual y reproductiva acorde a las condiciones del sujeto.

Una de las principales entidades que pueden promover esta misión es durante las consulta génico-obstétrica. En ella se pueden realizar diferentes diagnósticos que involucran el aparato de reproducción femenino, así como el proceso evolutivo del embarazo deseado y el parto del neonato. Estas ciencias pueden determinar e influir en el comportamiento de la mujer al momento de buscar protegerse de las enfermedades sexuales y de la prevención del embarazo.

En estas áreas de la medicina se busca poder establecer los parámetros que permitan una mejor calidad de vida de las pacientes. Su función es diagnosticar y tratar medicamente, a través de medios farmacológicos o quirúrgicos, los síntomas y las causas que producen un deterioro en la salud de la mujer, y en si del círculo familiar cercano.

En la gineco-obstetricia descansa la salud sexual, reproductiva, materno y neonatal en la cual se analizan los efectos de riesgo que involucran a cada uno de estos espacios. Así como, por ejemplo, ayudan a poder realizar una fecundación asistida cuando la pareja no puede

engendrar hijos biológicamente. Esto se traduce en la búsqueda constante del bienestar físico y psicológico de la mujer y su entorno.

Se busca siempre mecanismos políticos, nacionales e internacionales, valorando el derecho a la salud sexual y reproductiva como un derecho humano prevaleciendo la mujer como ente vulnerable ante una sociedad que sigue encapsulada en los estigmas culturales ancestrales. Estos derechos están enmarcados en innumerables protocolos internacionales y en las cartas magnas de muchos países, específicamente Ecuador como país multicultural y social.

Es por ello, que el objetivo general de esta investigación es el análisis de la labor gineco-obstétrica en el bienestar de la mujer y el neonato, procurando una buena salud sexual y reproductiva a través de los derechos inherentes en su entorno. Para ello, se plantearon diferentes capítulos que describirán de manera progresiva el cumplimiento de este objetivo.

Capítulo I: Plantea la introducción a la gineco-obstetricia; el Capítulo II: Describe la importancia de la salud y riesgo reproductivo; el Capítulo III: Trata sobre la salud materno y neonatal; y el Capítulo IV: Se basa en la salud sexual y reproductiva. Por último, se describe la bibliografía utilizada como apoyo para el desarrollo de la investigación.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN A LA GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA





1.1. Ginecología

Ginecología. Concepto e importancia.

La medicina a lo largo de los años ha crecido en investigaciones y eso es debido a la complejidad del cuerpo humano. Cada órgano que hace vida dentro del individuo cumple un mecanismo preciso que sirve para su propio funcionamiento y ayuda al desarrollo de los demás. Es un sistema de engranaje donde cada sistema tiene un objetivo general y repercute en el funcionamiento de los demás.

El cuerpo femenino es uno de los organismos más complejo e interesante de todos los seres vivos y de allí la generación de conocimiento que ha permitido la creación de ciencias que buscan respuesta a infinidad de preguntas. Una de estas ciencias es la ginecología.

La ginecología busca solventar las inquietudes de las pacientes a través métodos diagnósticos con el fin de poder realizar un tratamiento que permita generar una calidad de vida óptima. Esta ciencia debe cumplir los más altos estándares de calidad en el servicio debido a que analizar cualquier circunstancia alrededor de la mujer, debido a la importancia que tienen dentro de la sociedad. La mujer ocupa un rol central: junto a la reproducción biológica (embarazo, parto, lactancia), función que obviamente no puede delegar, asume el cuidado y la crianza de los hijos (“reproducción social”), y el cuidado del hogar (rol doméstico) (Castro Santoro, 2007).

Es, por tanto, que la ginecología se fundamenta en el estudio de las enfermedades propias de la mujer (Larousse, 1992). En especial, las que afectan el aparato reproductor y a los órganos genitales femeninos (VISOR, 1999). Por lo cual, la ginecología cumple una función primordial en el bienestar de las mujeres debido a que sirven de instrumento en el control de su estado de salud físico.

Como esta rama es una ciencia de la medicina entonces debe conducir a la solución de los problemas que aquejan a la mujer, aunado a poder solucionar los inconvenientes propios de su desarrollo científico y tecnológico. Los dilemas principales de la ginecología provienen de la patología del ovario, del útero, de las trompas, de la vagina y de los genitales externos (VISOR, 1999).

Para poder solventar esta problemática se debe cumplir un protocolo que demuestre la patología del paciente. Debe conocer las causas más frecuentes de consulta en ginecología y saber realizar una anamnesis dirigida, incluyendo los antecedentes ginecológicos (FUM, ritmo menstrual, actividad sexual, PAP, mamografía, método anticonceptivo, etc.) y obstétricos (edad gestacional, paridad, tipos de partos, etc.) (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). Además, de un examen físico ginecológico que incluye la inspección, la especuloscopia, el tacto vaginal y el examen mamario, siempre y cuando se busque la comodidad y privacidad de la paciente (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

Al mismo tiempo, poder dilucidar los problemas principales de la ginecología se debe evaluar no solo lo biológico sino el contexto psicológico y social. Es decir, se requiere cambiar desde un paradigma predominantemente biomédico y curativo hacia una visión más integral, que incorpore las dimensiones psicológica y social en la comprensión de los procesos de salud/enfermedad, asignándole mayor importancia a los aspectos de promoción y prevención (Castro Santoro, 2007).

Es, por tanto, que el ginecólogo tiene una labor loable dentro del campo científico y social. Busca solventar las inquietudes, de la mujer, más allá de una revisión, diagnóstico y tratamiento de algún padecimiento, sino que sirve de consejero y de ayuda en el desarrollo psicosocial de la mujer.

1.2. Procedimientos en Ginecología



Ahora, las razones de la mujer en asistir a una consulta ginecológica son variadas, de las cuales se pueden distinguir en la Tabla 1. Después de conocer las razones de la consulta a través del interrogatorio hecho por el médico especialista, se procede a realizar el examen físico. Éste debe incluir la inspección, la especuloscopia, el tacto vaginal y el examen mamario, donde el conocimiento del vocabulario ginecológico y de los instrumentos de uso habitual es fundamental para la comunicación adecuada, cuidando la comodidad y respetando la privacidad de la paciente (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020).

Tabla 1. Motivos para la consulta ginecológica

Control sano: toda mujer en edad reproductiva debiese ir una vez al año al ginecólogo.
Planificación familiar: métodos naturales y artificiales
Trastornos del flujo rojo: metrorragia, o ligo/amenorrea.
Leucorrea: flujo genital de cualquier tipo. Es más frecuente que los trastornos del flujo rojo.
Algia pélvica: si es cíclica, lo más probable es que sea de causa ginecológica. Por el contrario, si es intermitente o no cíclica, lo más probable es que sea de otro origen.
Infertilidad: incapacidad de concebir cuando una pareja lleva un año con actividad sexual regular, sin métodos anticonceptivos.
Climaterio: cambios de la perimenopausia por déficit de estrógenos.
Tumor abdominal o lesión tumoral genital.
Prolapso genital.
Trastornos de la micción: principalmente incontinencia.
Sexualidad: disfunciones sexuales.
Patología mamaria.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

1.3. Inspección

Uno de los primeros pasos en la consulta ginecológica es la inspección, de la vagina y demás órganos, que se le realiza a las pacientes. En la Figura 1 se muestra la vagina y sus asociaciones. Para poder realizarla se debe tener a la mano los implementos que permitan un desarrollo óptimo del registro, los cuales se detallan en la Tabla 2.

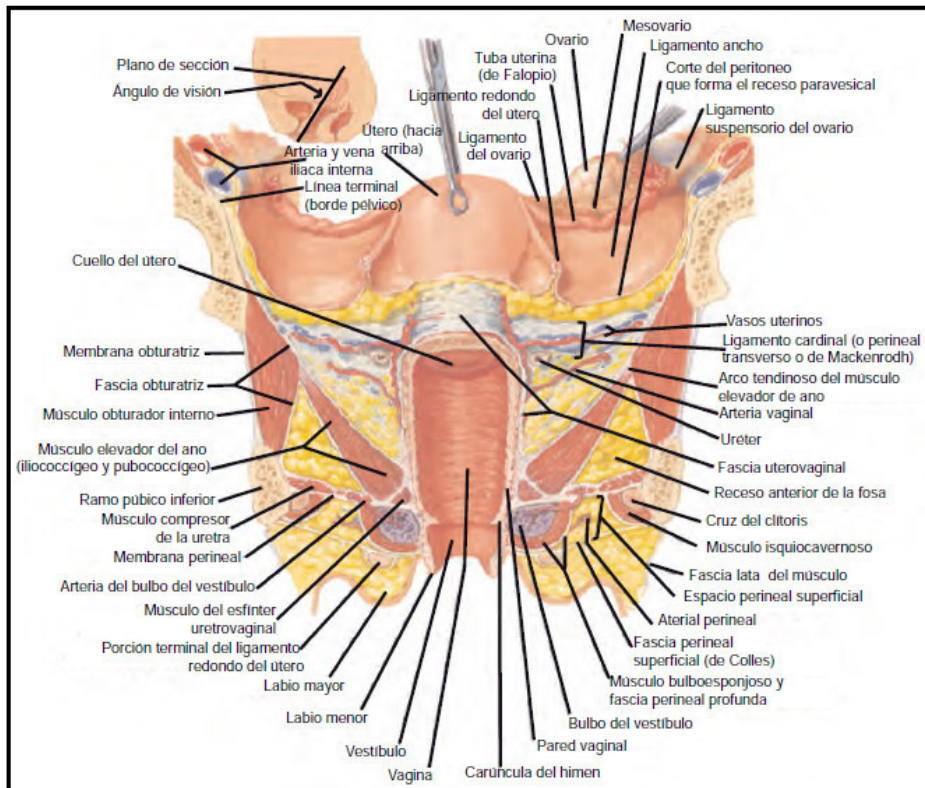


Figura 1. La vagina y sus asociaciones

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

Tabla 2. Equipo y material utilizado en la consulta ginecológica.

Camilla ginecológica
Bata: permite a la mujer estar más cómoda en la camilla
Sabanilla limpia.
Iluminación
Guantes estériles.
Lubricante
Espéculos: distintos tamaños y distintos tipos.
Pinzas
Torulas
Elementos para tomar PAP
Colposcopio: Lupa que permite observar la zona de transición entre el epitelio cervical columnar y escamoso y lesiones cervicales. Es de utilidad para el ginecólogo–oncólogo.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

El médico especialista debe contar con la colaboración de un enfermero que permita que el desarrollo del examen físico se logre a normalidad. El examen debe comenzar por la observación de los genitales externos, para la cual la paciente reposará en posición decúbito dorsal con los muslos bien flexionados sobre la pelvis y las piernas sobre los muslos, los cuales se separarán para visualizar la vulva (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). Esta posición se detalla en la Figura 2.

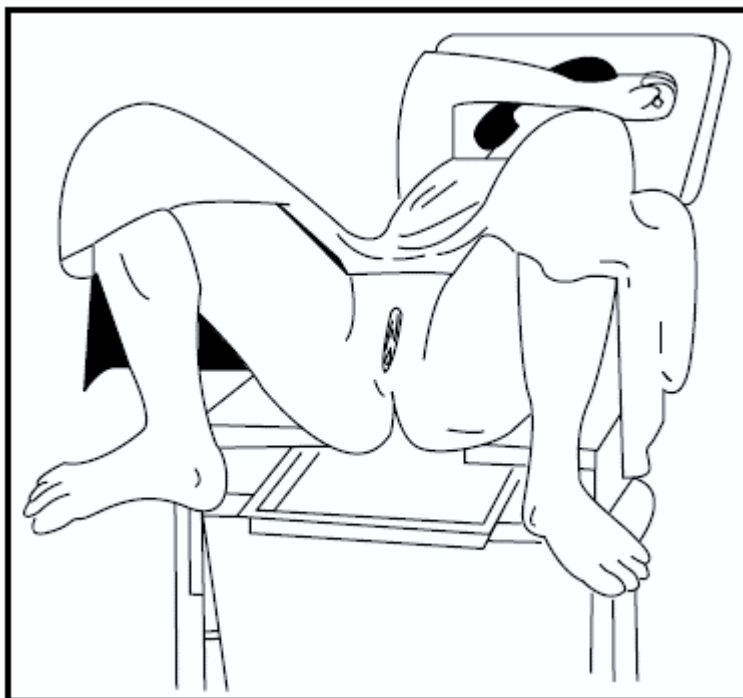


Figura 2. Posición ginecológica o de litotomía

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

Luego, el médico especialista procede a lavarse las manos y realizar inspección visual a través de la vulva para observar características de los genitales externos, los cuales se observa en la Figura 3. Con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda se abren los labios, los cuales pueden observarse rosados y llenos en la mujer en edad reproductiva o adelgazados y con arrugas en la posmenopáusica (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). También se puede observar excoriaciones en los labios o alrededor producto de la depilación del vello púbico con afeitado.

dora o cera.

Para una mejor visualización del genital y del himen se recurre a maniobras físicas con la utilización de los dedos del ginecólogo. Con los dedos índice y pulgar de cada mano se traccionan los labios mayores en sentido lateral y anterior, además se le pide a la paciente que aumente la presión intrabdominal (que puje), y así el himen quedará expuesto (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). Los tipos de himen se detalla en la Figura 4.

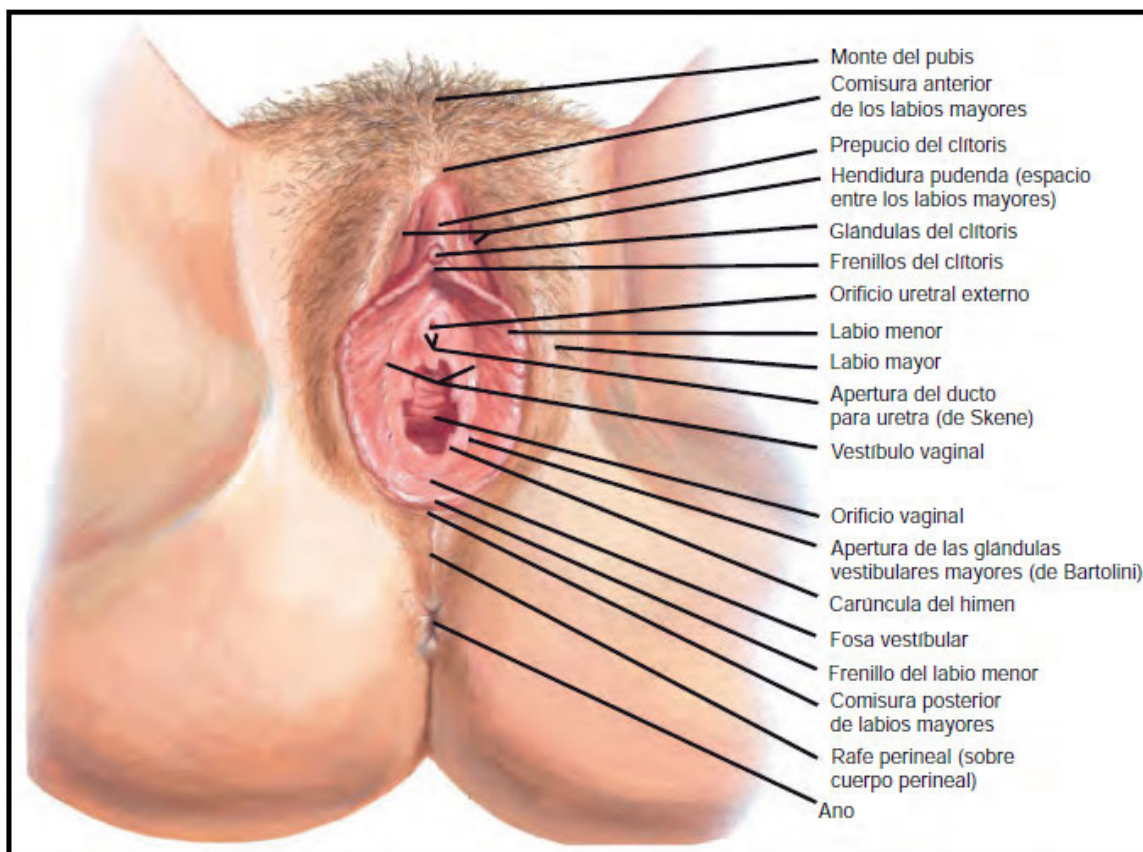


Figura 3. Genitales externos femeninos

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

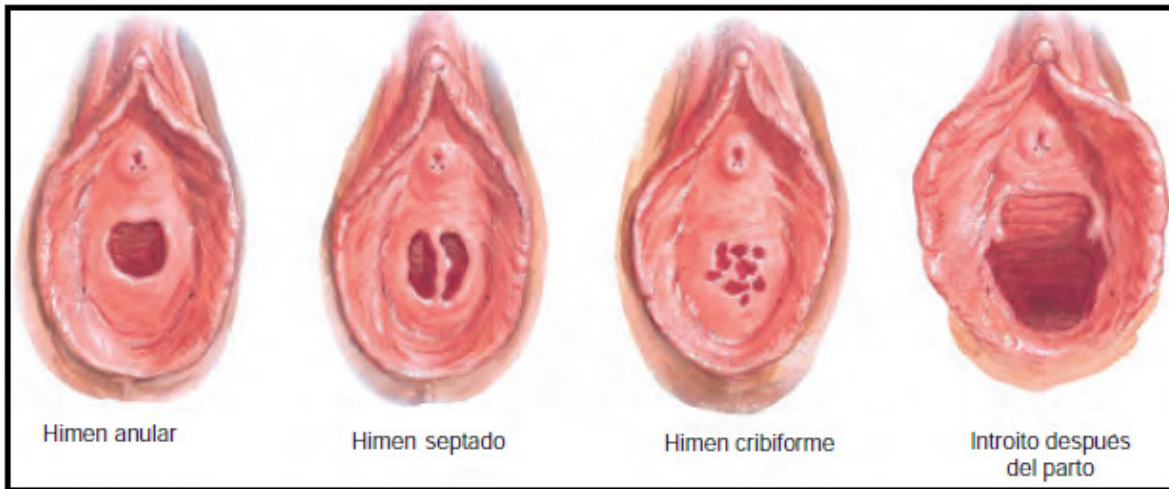


Figura 4. Tipos de himen

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

1.4. Especuloscopía

Es la técnica que utiliza como instrumento principal el espéculo, los cuales se pueden visualizar en la Figura 5. También llamada vaginoscopia. Se realiza a mujeres con vida sexual activa o que han tenido hijos, por lo que regularmente no se practica en niñas menores de 14 años o que no hayan tenido relaciones sexuales, sólo en casos especiales, empleándose espéculos virginales o nasales (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).



Figura 5. Tipos de espéculos. (A) **Graves:** espéculo clásicamente utilizado, (B) **Cusco:** tiene forma de pico de pato. Es más cómodo y anatómico, (C) **Desechable:** es transparente. Permite ver paredes vaginales y evaluar presencia de lesiones y (D) **Collins:** es mejor para maniobras

○ y uso de pinzas. Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

Luego, se procede a introducir el especulo en la cavidad vaginal de forma oblicua aunado con la ayuda de los dedos de la mano que no sujeta el instrumento. Esto se hace con los dedos pulgar, índice y medio con el fin de abrir los labios menores; de esta manera se mejora la inspección del introito y evita el atrapamiento de los labios menores y vellos púbicos (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020). Idealmente el espéculo no debe lubricarse ya que se perdería la posibilidad de tomar muestras para citología, flujos, etc. Si es necesario humedecerlo se utilizará agua o solución salina (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). En la Figura 6 se observa la toma de muestra a través del uso del especulo por las paredes de la vagina.

Los pasos que siguen después de introducido el especulo se especifica a continuación:

“Se recomienda presionar con la paleta posterior hacia la parte posterior de la vagina, para dejar el cuello visible en el centro. Cuando visualice el cuello del útero, el espéculo debe atornillarse. La introducción del espéculo puede asociarse a molestias o leve dolor. Al retirar el especulo, desatornillar manteniendo las paletas abiertas hasta dejar de rodear el cuello uterino, posteriormente cerrar las paletas y terminar de extraer el especulo”. (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020, pág. 319)

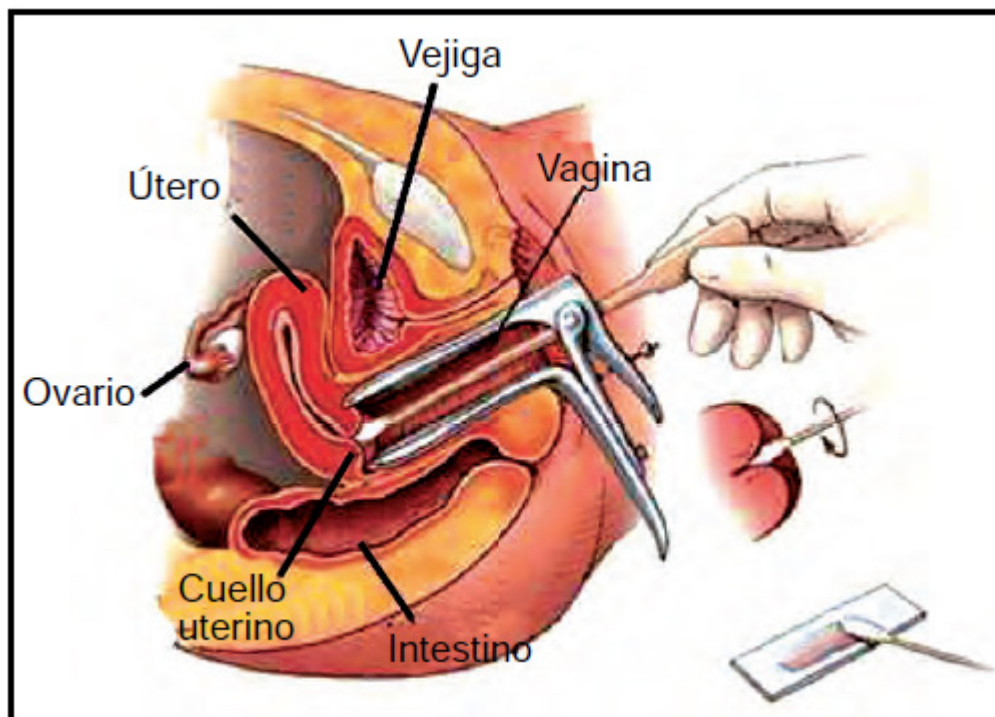


Figura 6. Toma de muestra de secreción vaginal o cervical.
Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

1.5. Tacto vaginal

Primero se realiza el tacto vaginal con la mano diestra la cual estará apoyada con la otra mano para separar los labios vaginales y permitir una mejor introducción de los dedos índice y medio, como se observa en la Figura 7. El tacto vaginal nos suministra datos acerca de la permeabilidad, amplitud, profundidad de la vagina, estado de los fondos de sacos vaginales, si el saco de Douglas se encuentra libre u ocupado, también se pueden palpar algunas condiciones físicas del cuello uterino (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

1.6. Tacto vagino-abdominal

Seguidamente, se procede a la palpación combinada vagino-abdomi-

nal con lo cual se utiliza la mano no diestra para hacer presión en el área abdominal, específicamente en la zona del hipogastrio. Esta área se muestra en la Figura 8. La segunda mano se coloca por encima del abdomen comprimiéndolo más o menos a 10 cm por encima de la sínfisis púbica (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). Esta compresión permite evaluar características del cuerpo uterino (por ejemplo, pared irregular por presencia de miomas) y, por último, permite evaluar anexos y presencia de tumores anéxales (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

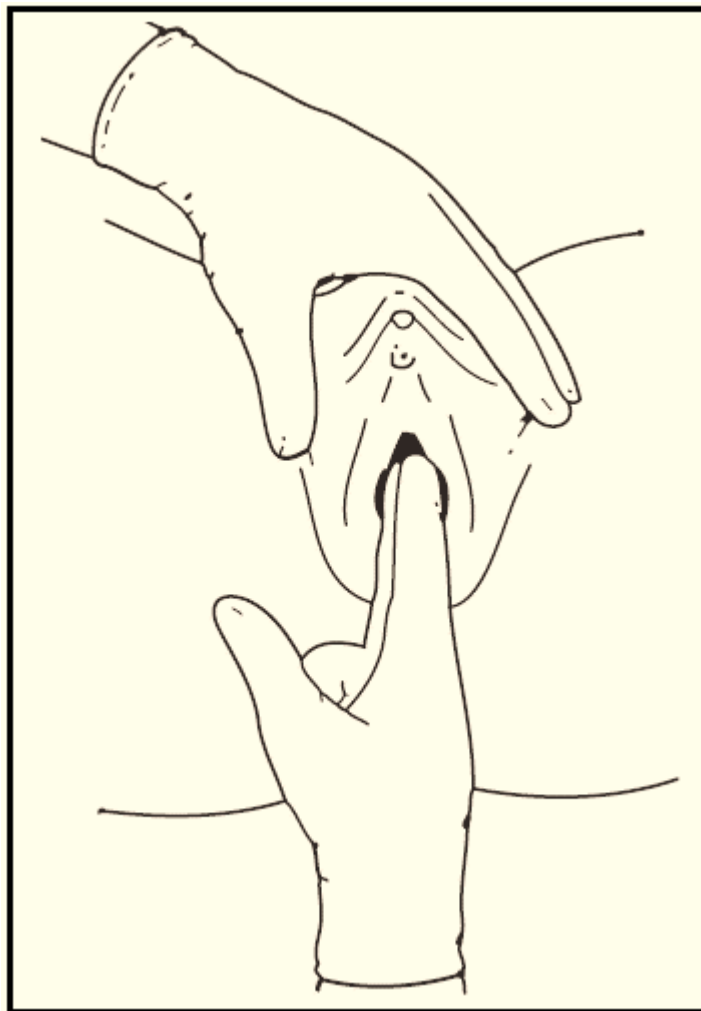


Figura 7. Tacto vaginal.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

Con ambas manos se puede percibir la morfología interna del aparato reproductor femenino. Se pueden distinguir cualquier anomalía que pueda existir en el útero o alrededores según sea el caso. Esto se logra con los dedos colocados en la vagina empujando el útero hacia atrás y hacia arriba y la mano abdominal puede palpar fácilmente este órgano o las condiciones patológicas que lo afecten (miomas), si existen (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). En la Figura 9 se visualiza este procedimiento vagina-abdominal.

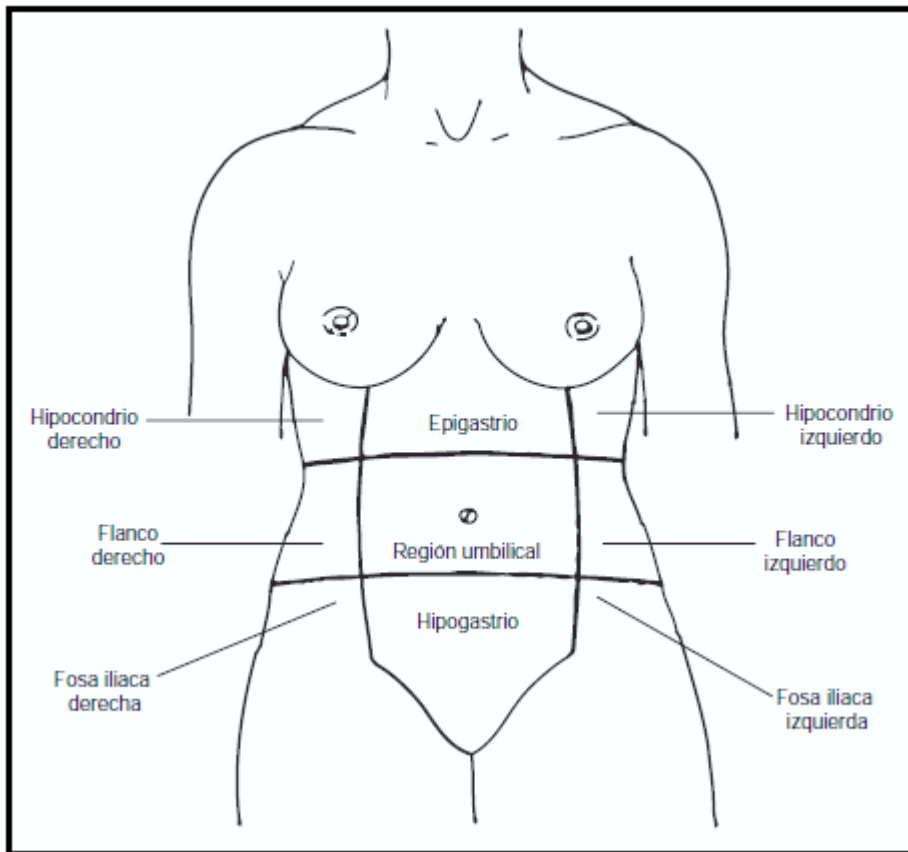


Figura 8. División regional del abdomen.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

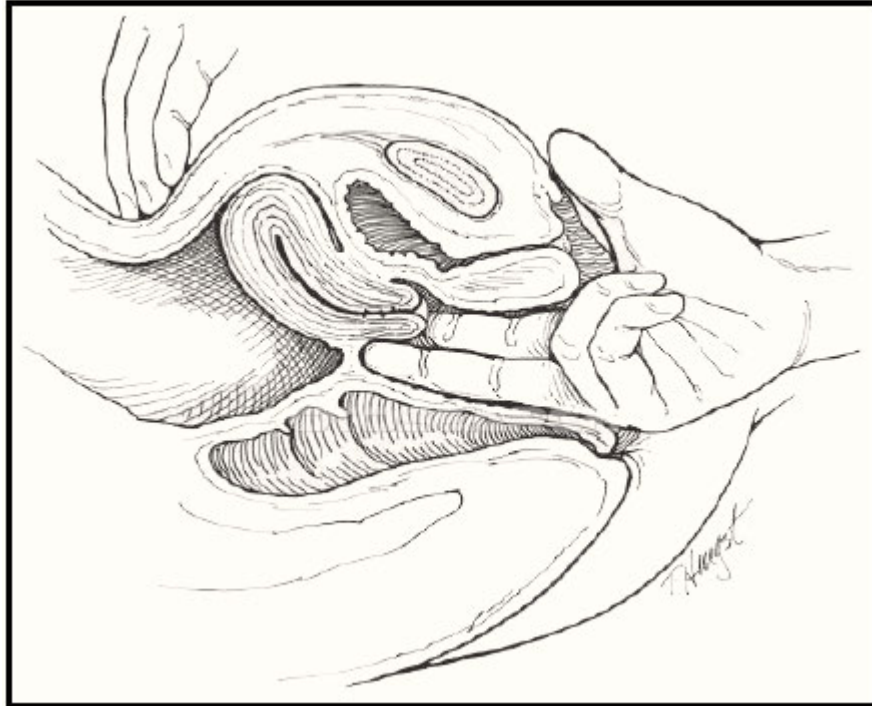


Figura 9. Procedimiento vagino-abdominal.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

1.7. Tacto recto-vaginal

Esta técnica es realizada según especificaciones médicas del especialista con el fin de corroborar o desestimar alguna anomalía procedente de los anteriores procedimientos. Se usa en pacientes portadoras de lesión cancerosa para palpar los ligamentos cardinales de Mackenrodt (parametrios) (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). Este procedimiento se muestra en la Figura 10.

“El dedo medio se introduce en el recto y el índice de la misma mano en la vagina, hasta encontrar el intersticio entre los dos ligamentos útero sacros. Cuando se alcanza esta separación, la falange del dedo rectal se dirige hacia adelante y hacia arriba hasta abordar toda la cara posterior del útero. Una vez individualizado el útero, sigue la exploración del nacimiento de las trompas y de éstas en toda su longitud. Si el

dedo rectal gira en abanico y la mano abdominal sigue presionando, se puede entrar en contacto con los ovarios”. (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020, pág. 112)

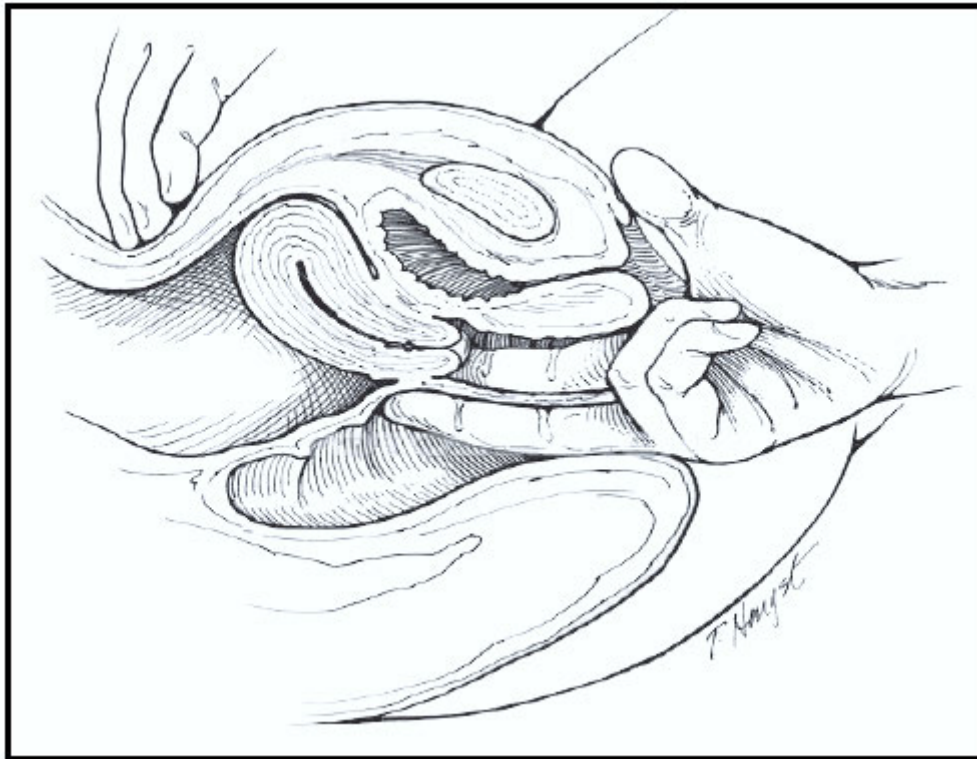


Figura 10. Tacto recto-vaginal, se detalla el tabique recto-vaginal situado entre el dedo medio e índice.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

1.8. Examen mamario

En la consulta ginecológica no debe faltar el examen mamario. Este ayuda a diagnosticar, de una manera más amplia, los factores más severos de una complicación clínica o corrobora la estabilidad del organismo. Es preferiblemente realizarlo después de la menstruación. Este examen no reemplaza el uso de la mamografía. Su objetivo es la búsqueda de nódulos, alteraciones en la piel y presencia de galactorrea (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020). En la Figura 11 se puede visualizar nódulos que pueden ser detectados a través del exa-

men mamario.

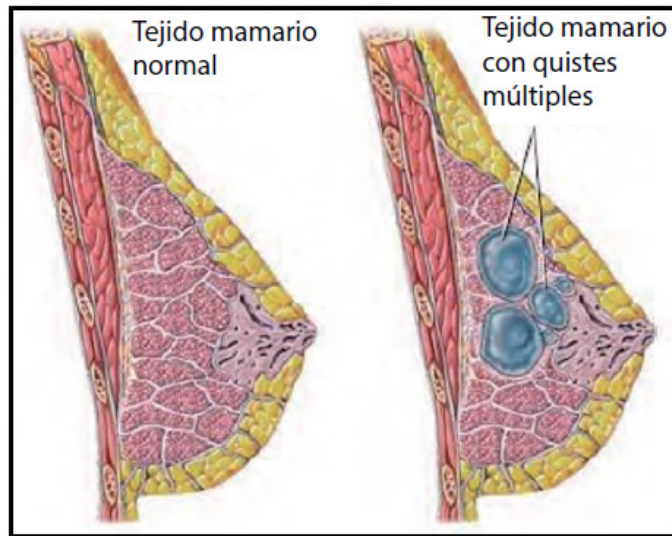


Figura 11. Diferenciación entre un seno normal y uno con quistes en el cual al examen físico se encontraría nódulos, móviles, cuya consistencia es suave y si lo puncionamos se extraería un contenido líquido, con el cual desaparece la sensación de masa.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

1.9. Patología ginecológica

Existen innumerables enfermedades que pueden diagnosticarse a través de la consulta ginecológica. Se determinará la patología más frecuente que se observan en el organismo de la mujer dentro del aspecto ginecológico.

1.10. Bartholonitis

En la parte inferior de la vagina, especialmente en el interior de los labios gruesos se encuentra las glándulas de bartholino. Estas glándulas se forman procesos inflamatorios (bartholinitis) de fácil diagnóstico, por el aumento de volumen del labio, muy doloroso y deformado por una tumoración ovoide y tensa, además hay presencia de todos los signos del proceso inflamatorio (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

El cuadro clínico es promovido por la inflamación acompañada de dolor agudo vulvar. Existe dificultad para caminar y tumefacción de la zona por absceso, que líquido seroso, que se puede producir en 2 o 3 días, provocando edema, inflamación, dolor y sensibilización de la zona, que habitualmente es palpable y fluctúa (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). Este se puede observar en la Figura 12. El tratamiento para esta complicación va depender del diagnóstico observado y de las características de la bartholinitis, las cuales se pueden visualizar en la Tabla 3.



Figura 12. Quiste de bartholino.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

Tabla 3. Tratamiento para la *bartholinitis*.

CARACTERÍSTICAS DE LA BARTHOLINITIS	TRATAMIENTO
Sin presencia de absceso	La mayoría de las pacientes consultan en fase más avanzada siendo necesario el tratamiento quirúrgico, sino: tratamiento antibiótico para evitar la formación del absceso: Cloxacilina 500 mg / 8 horas vía oral o Amoxicilina / Ácido clavulánico 500 / 125 mg / 8 horas vía oral durante 7 días. Alternativa en alérgicos.
Con presencia de absceso	Tratamiento quirúrgico mediante incisión y drenaje para evitar las recidivas o marsupialización con cobertura antibiótica.
Si se ha formado quiste con infección	Extirpar la glándula de forma programada y derivar a consulta de ginecología.

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020)

1.11. Enfermedad pélvica inflamatoria

Esta enfermedad es producto de una infección de transmisión sexual provocada en pacientes menores de 25 años sexualmente activa y de múltiples parejas. El método de protección sexual no es el de barrera, sino anticonceptivos. Es un síndrome clínico caracterizado por la infección del tracto genital superior femenino y que puede afectar al endometrio, trompas de Falopio, ovarios, miometrio, parametrio y peritoneo pélvico, produciendo combinaciones de endometritis, salpingitis (la más frecuente), abscesos tubo-ováricos y pelviperitonitis (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

El cuadro clínico que padece la persona es dolor agudo en hipogastrio que proviene de un absceso tubo ovárico (ATO), fiebre mayor 38°, leucorrea (flujo vaginal purulento maloliente), sangrado vaginal irregular, dispareunia, síntomas gastrointestinales (náuseas y vómitos) y malestar general (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). El diagnóstico efectivo es a través de laparoscopia porque permite la toma de muestra. El tratamiento se puede detallar en la Tabla 4.

Tabla 4. Tratamiento para la enfermedad pélvica inflamatoria.

CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA	TRATAMIENTO
Tratamiento ambulatorio	Ceftriaxona 250 mg en monodosis o Cefoxitina 2 g en monodosis + Doxiciclina 10 mg/ 12 horas oral durante 14 días. Alternativa: Ofloxacino oral 400 mg / 12 horas durante 14 días o Levofloxacino 500 mg / 24 horas + Clindamicina 450 mg / 6 horas o Metronidazol 500 mg / 12 horas durante 14 días.
Tratamiento hospitalario	Cefoxitina 2 g / 6 horas iv + Doxiciclina 10 mg / 12 horas iv hasta 48 horas de mejoría clínica, después Doxiciclina 100 mg / 12 horas hasta 14 días (asociar Metronidazol si sospecha de ITS). Alternativa (de primera elección si existen gérmenes anaeróbicos o ATO): Clindamicina 900 mg / 8 horas iv + Gentamicina a dosis inicial de 2 g / Kg de peso y después 1,5 mg / Kg / 8 horas iv hasta 48 horas de mejoría clínica y después completar hasta 14 días con Doxiciclina 100 mg / 12 horas o Clindamicina 450 mg / 6 horas. Si existe alergia a penicilinas y derivados utilizar Espectinomicina 2 g im. Y si alergia a tetraciclinas o Doxiciclina, usar Eritromicina 500 mg / 6 h durante 14 días. En general la monoterapia no está indicada.

Tratamiento quirúrgico	Si tras 48 horas de tratamiento hospitalario no hay respuesta, se debe plantear este tratamiento mediante laparoscopia o laparotomía.
-------------------------------	---

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020)

1.12. Endometriosis

La localización de esta patología se encuentra en el ovario donde los quistes se llenan de sangre y terminan formando las endometriomas.

La endometriosis es una patología caracterizada por la implantación y desarrollo de la mucosa uterina (glándula y estroma) fuera de su localización habitual (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). Se presenta con mayor frecuencia en la cavidad pélvica, incluyendo ovarios, ligamentos útero sacros, el saco de Douglas y uréteres, así como rara vez ocurre en vejiga, pericardio y pleura (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). En la Figura 13 se puede observar la ubicación de la endometriosis en el aparato reproductivo femenino.

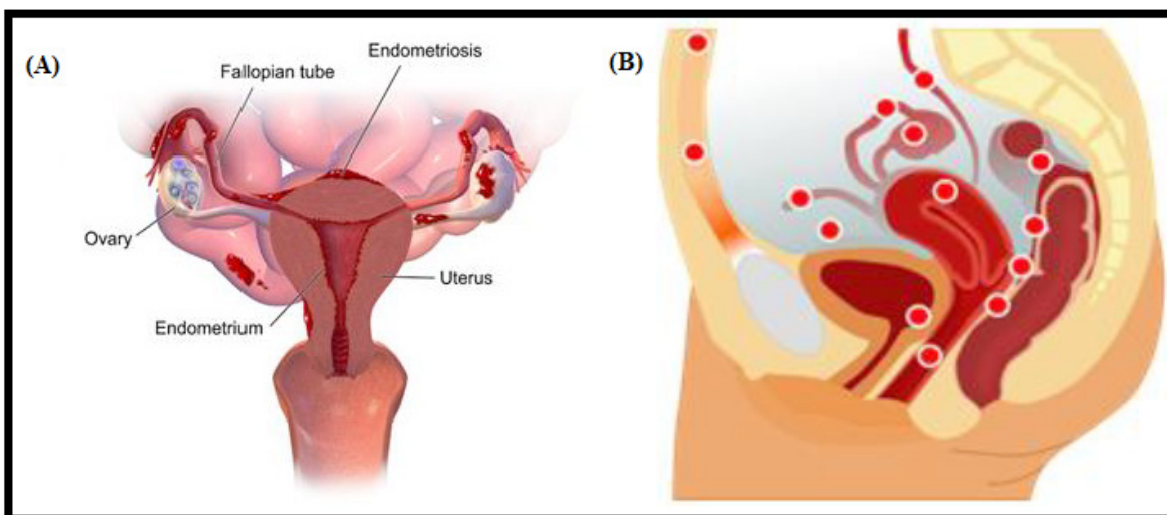


Figura 13. Los puntos y segmentos rojos fuera de lo habitual son los implantes de endometriosis. (A) vista frontal y (B) vista lateral.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

El fuerte dolor abdominal y la dismenorrea (dolor parecido al dolor de la menstruación). También pueden aparecer alteraciones menstruales,

infertilidad, dispareunia, distensión abdominal y disuria (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

Las técnicas diagnósticas están asociadas al examen físico, ecografía y exámenes de laboratorio. El diagnóstico de certeza nos lo da la laparoscopia ya que permite visualizar las lesiones y la confirmación diagnóstica se realiza mediante el estudio anatomopatológico de estas lesiones (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

La endometriosis requiere de un trabajo multidisciplinario, por lo que requiere la evaluación de algunos especialistas en busca de carácter maligno de estos implantes. Esta enfermedad se asocia a la infertilidad de la mujer. Para poder determinar un tratamiento eficaz es necesario realizar una orientación terapéutica en endometriosis, como se detalla en la Figura 14. Después de obtener el análisis se procede a realizar el tratamiento farmacológico para contrarrestar esta enfermedad, tal como se visualiza en la Tabla 5.

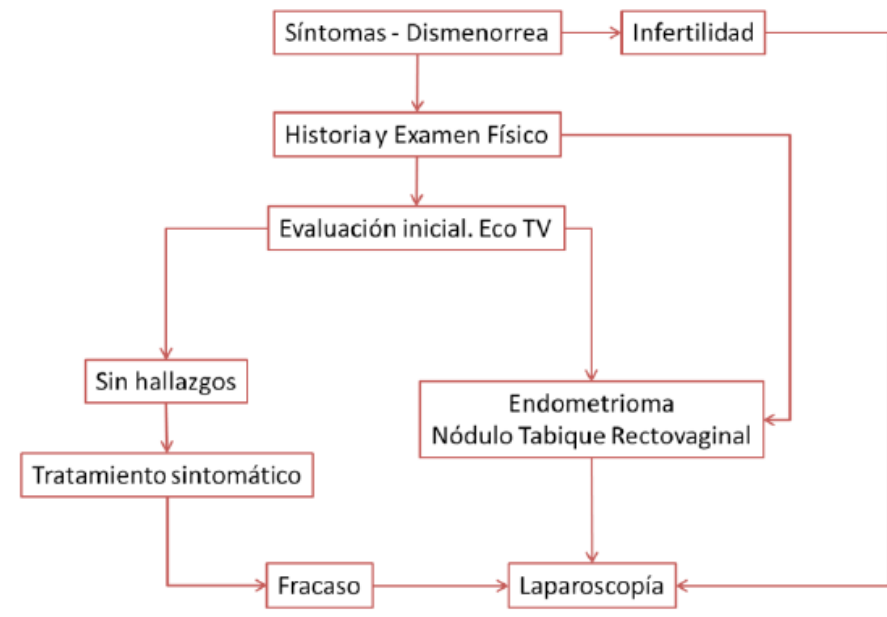


Figura 14. Orientación terapéutica de la endometriosis.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

Esta patología se refiere al desprendimiento de útero a través de la vagina. Esto sucede a mujeres que han tenido partos de manera natural y ocurre en damas de mayor edad. La mujer suele acudir a urgencias cuando lo percibe por primera vez (aun siendo un proceso crónico y de instauración paulatina), identificándolo como algo agudo que le acaba de salir o por la preocupación de que pueda ser una posible tumoración maligna (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

“El único síntoma que tiene buena correlación con la presencia del prolapso es la presencia de bulto vaginal visible o palpable. El grado de descenso asociado a la presencia de síntomas es de al menos -0.5 cm en relación al introito. Tomando esto como límite, se estima que el 22% de la población tendría prolapso”. (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020, pág. 505)

Tabla 5. Tratamiento médico de endometriosis.

Tratamiento médico de endometriosis				
Medicamento	Mecanismo de acción	Duración recomendada	Efectos adversos	Notas
ACOs Combinados Primera línea en el tratamiento del dolor.	Supresión ovárica	El tratamiento debe ser prolongado, pues el síntoma recurre al suspenderlo.	Leves. Náuseas, cefalea	Puede ser beneficioso para el manejo del dolor tomar las cajas consecutivas y/o saltándose las píldoras placebo. Esquema bimensual o trimensual.
Progestinas ACOs con solo progestinas	Induce la decidualización del endometrio normo y ectópico. Logra atrofia de las lesiones y alivio del dolor.	A largo plazo La enfermedad recurre al suspenderlo	Aumento de peso, retención de líquido, acné, sangrado menstrual irregular, cambios de humor, disminución libido, dolor mamario, depresión	Puede usarse en presentación oral o en inyección IM o subcutánea
Agonistas de GnRh Segunda línea de tratamiento (no responden a ACO combinados, progestinas puras o recurren los síntomas)	Supresión ovárica por inhibición competitiva: ↓ los niveles de estrógeno (hipogonadismo hipogonadotrófico)	3-6 meses	Síntomas por hipoestrogenismo: bochornos, sequedad vaginal, disminución libido, desmineralización ósea por uso crónico	Inyectable im o en aerosol nasal; el Lupron (acetato de leuprolide) es el más usado
Dispositivo intrauterino Levonogestrel	Supresión endometrial; supresión ovárica 60% mujeres	A largo plazo, pero cambiar cada 5 años en mujeres menores de 40 años	Sangrado irregular, riesgo de PIP en nulíparas	También reduce el flujo menstrual
Inhibidores de la Aromatasa	bloquean la enzima aromatasa, que convierte el andrógeno en pequeñas concentraciones de estrógeno	Largo plazo si se tolera	Bochornos, artralgias, mialgias	Tercera línea, en pacientes refractarias a los anteriores

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

1.13. Prolapso urogenital

En la Tabla 6 se detalla la terminología de esta patología, así como en la Figura 15 muestra alguna de ellas.

El diagnóstico se realiza a través de examen físico y en condiciones de bipedestación con el fin de observar el grado de salida del bulto de la vagina. El tratamiento para esta patología es el quirúrgico. Aunque es excepcional que se realice en urgencias (por ejemplo, si existe incarceration de un asa intestinal en un enterocele). Se pueden aplicar diversas técnicas; las más utilizadas son la colpoplastia anterior y/o la colpoplastia posterior (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

Tabla 6. Terminología del prolapso urogenital.

TERMINOLOGÍA	CONSECUENCIAS
Cistocele	Prolapso de vejiga a través de la vagina.
Uretrocele	Prolapso de la uretra a través de la vagina.
Histerocele	Prolapso de útero a través de la vagina.
Rectocele	Prolapso del recto a través de la vagina (distinto del prolapso rectal que es cuando se exterioriza el recto a través del ano).
Enterocele	Saco herniario de peritoneo con epiplón y/o vísceras a través de la vagina.
Colpocele	Prolapso de la cúpula vaginal en hysterectomizadas.
Prolapso completo	Incluye histerocele, cistocele y rectocele.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)



Figura 15. Diferentes prolapsos. (A) Cistocele moderado, (B) cistocele severo, (C) histerocele y cistocele severo y (D) procidencia genital, máximo grado de prolapso que incluye vagina, recto y útero.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

1.14. Enfermedades de la vulva

La vulva puede tener múltiples enfermedades causadas por el contac-

to con la ropa, toallas sanitarias, roce, entre otros. Toda evaluación ginecológica debe incluir el examen vulvar antes de la especuloscopia, debido a que permite la evaluación de la presencia de lesiones., aunado a que, sin importar su origen, se ven macroscópicamente similares (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). En la Figura 16 se detalla el flujograma de evaluación patológica.

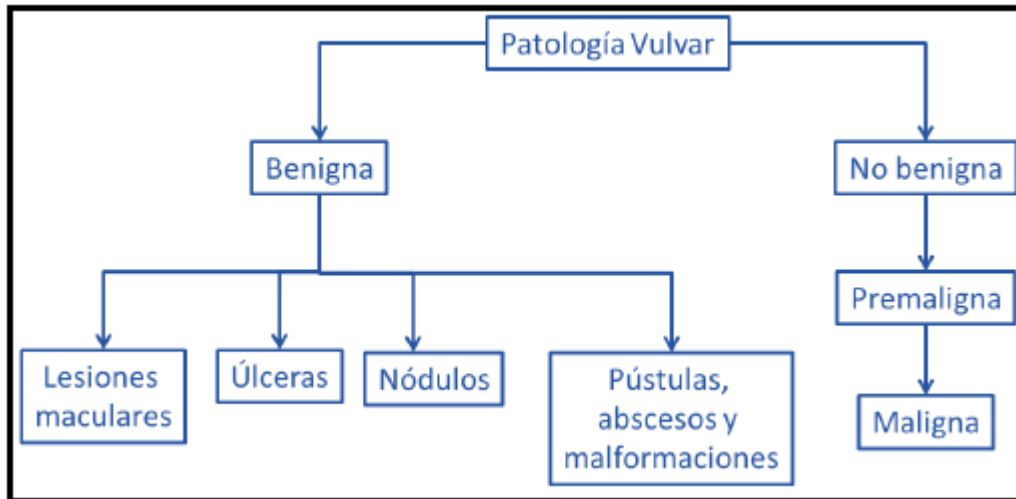


Figura 16. Flujograma de evaluación patológica.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

“Dentro de las enfermedades benignas vulvares destacan las lesiones maculares (dermatitis, eczema, vulvitis, liquen y distrofias vulvares, etc.), las que son en su mayoría tratadas con corticoides tópicos. Las lesiones ulcerativas pueden ser secundarias a infección (ej.: herpes, sífilis) o a enfermedades sistémicas (ej.: Behçet, Crohn). Ante úlceras vulvares es importante descartar la presencia de cáncer. Otras lesiones benignas son las nodulares (ej.: condilomas, molusco contagioso) y las pustulares/abscedadas (ej.: absceso de Bartholino, foliculitis, furúnculos).

La mayoría de la patología vulvar no benigna corresponde a lesiones del epitelio columnar escamoso, principalmente secundarias a infección por VPH, pero también puede haber presencia de melanoma y



carcinoma basocelular, entre otros. Es fundamental la realización de biopsia apenas surja la duda diagnóstica”. (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020, pág. 524)

1.15. Obstetricia. Concepto e importancia

Una de las partes fundamentales de todo ser humano es la reproducción, la idea de poder engendrar vida. El papel protagonista de la esta reproductiva lo lleva la mujer debido a sus cambios fisiológicos y psicológicos que conlleva la gestación y el parto del feto. Es por ello, que nace la obstetricia como ciencia médica. Este cumple con el objetivo de estudiar y analizar la gestación, parto y el puerperio, por lo cual no puede confundirse con la ginecología (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020).

La fecundación de la especie humana es uno de los temas más interesantes que todavía genera conocimientos y propone información para la sociedad. Parte fundamentalmente de la gestación nace con los cambios del cuerpo femenino por medio de la menstruación. El ciclo menstrual representa la madurez sexual de la mujer, que por medio de cambios hormonales permite el desarrollo de una célula germinal y la expulsión del ovario para que pueda ser fecundada por un gameto masculino (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

La menstruación son ciclos donde el cuerpo femenino hace una limpieza de su aparato reproductivo debido a que en ciertos tiempos se hace más fértil para la fecundación. Esta consiste en la expulsión de la capa más interna o mucosa del útero, acompañada de cierta cantidad de sangre, la cual sucede cada 28 días de manera fija o anárquica o sea que se adelante o se atrase (Aguilar Caballero & Galbes Garcia de Aguilar, 1976). La duración de esos ciclos es casi igual para todas las mujeres. Se calcula desde el primer día de la menstruación hasta el día previo a la menstruación siguiente, como, por ejemplo: una mujer que menstrúa el 1 de enero y luego el 30 de enero, tiene un ciclo de 29 días



(Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

“El ciclo menstrual femenino se caracteriza por tener un control hormonal central el cual, por medio de la acción de ciertos neurotransmisores, produce la secreción de la Hormona Liberadora de Gonadotropinas (GnRH: **Gonadotropin-releasing hormone**) en el hipotálamo. Esta, a su vez, genera la liberación de las hormonas folículoestimulante (FSH) y luteinizante (LH) en la hipófisis, que actúan en los ovarios desencadenando en estos el desarrollo folicular y en el oocito la continuación de la meiosis. Sincrónicamente, los folículos o el cuerpo lúteo producen hormonas específicas según el momento del ciclo (estrógenos, andrógenos, activina, inhibina y progesterona), las cuales modifican el estado funcional del endometrio, además de afectar otros sistemas. Este ciclo prepara el útero para recibir el producto de la concepción (blastocisto), facilitando la implantación y el desarrollo de un nuevo ser humano”. (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020, pág. 69)

1.16. Consulta Obstétrica

Los motivos para una consulta obstétrica son por motivo de fecundación, control de embarazo o problemas durante la gestación. Si es por motivo gestacional se recurre a hacer preguntas relevantes en las cuales predominan la última fecha de menstruación (FUM), cuantos embarazos ha tenido e historia clínica de la paciente. La edad gestacional se calcula a partir del primer día de la última menstruación hasta la fecha del interrogatorio, y la fecha probable de parto se calcula sumando 7 días al día de la FUM, y se resta 3 meses al mes de la FUM (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

Después de esta consulta se procede a realizar control de embarazo periódicamente basado en ciclos mensuales, en la cual se dispondrá de examen hematológicos, exámenes físicos y examen ecográficos. Dentro de esta consulta, la historia contiene información completa acerca de los antecedentes mórbidos generales, hábitos, medicamentos y

alergias de la paciente (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). De los exámenes ecográficos, la primera es muy importante porque establece la edad gestacional con seguridad (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

Seguidamente, se realiza un examen físico a la embarazada, donde se observa la cabeza el cuello, tórax, abdomen y extremidades. La primera busca observar piel, grado de hidratación y palpar tiroides y adenopatías en el cuello; el segundo evaluación pulmonar y cardiaco; el tercero procura detectar presencia de cicatrices y estrías; y el último visualiza forma, simetría, movilidad y presencia de edema (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

También se realiza examen ginecológico por medio de inspección de los órganos genitales, especuloscopia, tacto vaginal y examen mamario.

“El primero es para determinar características de genitales externos (presencia de posibles lesiones) y de flujo genital; el segundo se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal, permitiendo la toma del frotis de Papanicolaou (PAP); el tercero se efectúa rutinariamente en el primer control prenatal, el cual permite caracterizar el tamaño uterino (para saber si es acorde con la edad gestacional estimada por FUM); y el cuarto se efectúa mediante inspección y palpación, por lo que permite determinar las características de las mamas (volumen, consistencia, forma, presencia de nódulos), el pezón y la presencia o ausencia de secreción láctea”. (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020, pág. 10)

Además, se realiza examen obstétrico abdominal, el cual consiste en una serie de pasos que permiten el estado de salud en periodos de gestación. Antes de las 12 semanas, el útero aún se encuentra dentro de la pelvis, por lo que el examen abdominal en este periodo es similar al de una mujer no embarazada (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso,

2020). Entre la semana 12 y 20, la parte superior de útero gestante se encuentra al nivel de la sínfisis púbica, siendo posible el examen obstétrico abdominal, el cual consiste de palpación y auscultación de latidos cardíacos fetales (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020). La palpación en este período de gestación se realiza comprimiendo ligeramente la pared abdominal con el fin de poder determinar el tamaño del útero. Este tamaño estará referenciado a través de suprapúbico (12 semanas), entre pubis y ombligo (16 semanas) y 20 semanas (umbilical) (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). Para la auscultación de latidos cardíacos fetales (LCF) se realiza mediante el doppler obstétrico porque permite a la madre escuchar los latidos de su bebé (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).

Para mayor de 20 de semanas, la palpación y la LCF son diferentes. En la palpación se basa en las maniobras de Leopold, que se describen en la Tabla 7 y en la Figura 17.

La LCF se realiza con la campana de Pinard. Consiste en un tubo que tiene un extremo dilatado llamado colector o campana, terminando por el otro lado en una superficie circular, ligeramente cóncava, con orificio central, llamado auricular ya que allí se aplica el pabellón de la oreja (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020). Este se puede observar en la Figura 18.



Tabla 7. Palpación a través de la aplicación de las maniobras de Leopold.

MANIOBRA	CARACTERÍSTICAS
Primera	El examinador debe colocarse frente a la paciente, con las palmas de ambas manos colocadas a lado y lado de la parte superior del útero, tratando de abarcar por completo el fondo. Esta maniobra además de darnos una idea del tamaño fetal, nos indica qué parte del feto (cabeza o pelvis) se encuentra en el fondo del útero.
Segunda	En principio se palpa con las dos manos, deslizándolas desde el fondo uterino hacia abajo, siguiendo las partes laterales del abdomen, a derecha e izquierda llegando a la altura aproximada del ombligo. En este momento se deja una mano inmóvil ejerciendo una ligera presión en sentido contrario (derecha a izquierda o izquierda a derecha), para llevar el útero y el feto a tener más contacto con la otra mano que ahora se desplazará hacia arriba y hacia abajo. Con esta maniobra se averigua la posición.
Tercera	Se efectúa con una sola mano, ubicando la región suprapúbica entre el pulgar de una parte y los dedos índice y medio por la otra. Se debe abarcar el polo fetal que está en contacto con el estrecho superior de la pelvis y que a su vez ocupa el segmento uterino. Luego se realizan rápidos movimientos laterales, con el objeto de hacer que el polo fetal se choque contra los dedos; cuando se encuentra una estructura dura, lisa y regular que pelotea se considera que es positiva, y que el polo fetal será la cabeza. Si la estructura es lisa, blanda y no pelotea se considerará negativa y el polo fetal será el caudal (podálico). Con esta maniobra se encuentra la presentación fetal; deberá describirse como positiva: cefálico; negativa: podálico o no encontrado polo fetal.
Cuarta	El examinador se colocará de espaldas al rostro de la paciente, se aplican ambas manos en el hipogastrio deslizándolas lateralmente desde la inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis, de modo de alcanzar y abarcar el polo inferior del feto entre las puntas de los dedos de ambas manos que tratan de aproximarse. Esta maniobra permite seguir la penetración de la presentación en la pelvis (encajamiento) y apreciar y diagnosticar el polo que se presenta. Se considera la maniobra más importante, por lo cual algunos invierten el orden aconsejado por Leopold e inician el examen con esta maniobra

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

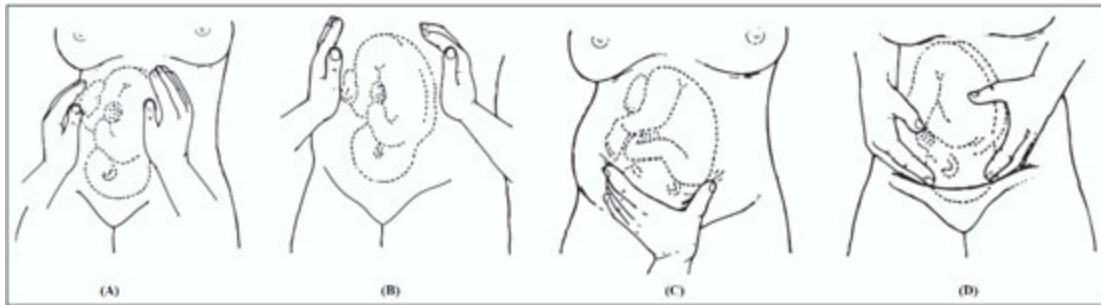


Figura 17. Palpación a través de las maniobras de Leopold. (A) Primera maniobra, (B) segunda maniobra, (C) tercera maniobra y (D) cuarta maniobra.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

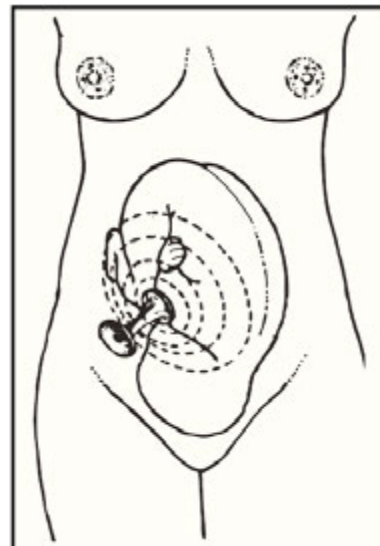


Figura 18. Auscultación fetal con la campana de Pinard.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

“Entre las 20-28 semanas el foco de auscultación máxima se encuentra sobre el ombligo, en situación paramediana. Después de las 28 semanas, se identificará el foco de auscultación máxima gracias a las maniobras de Leopold. El foco de auscultación máxima se encuentra donde estimemos se encuentre el hombro del feto, lo que en presentación cefálica suele estar bajo el ombligo en situación paramediana, y a derecha o izquierda según esté el dorso fetal”. (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020, pág. 15)

El sonido del feto sale del corazón pasando por los pulmones, la caja torácica, la pared uterina hasta la pared abdominal donde está ubicada la campana de Pinard. Debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización, donde la frecuencia normal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto, con una frecuencia media de alrededor de 140/m (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

Así mismo, también se realiza la medición de la altura uterina, la cual consiste en medir desde la zona púbica hasta el fondo uterino, tal como se describe en la Figura 19. La altura uterina es un reflejo del crecimiento fetal, y se correlaciona con la edad gestacional, donde existen tablas que permiten determinar si la altura uterina es adecuada para la edad gestacional, como se detalla en la Figura 20 (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). Si existe valor mínimo al percentil 10 entonces puede sospecharse de una restricción de crecimiento fetal o si existe valor máximo al percentil 90 puede sospecharse que se trata de un feto grande para la edad gestacional (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020).



Figura 19. Medición de la altura uterina.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

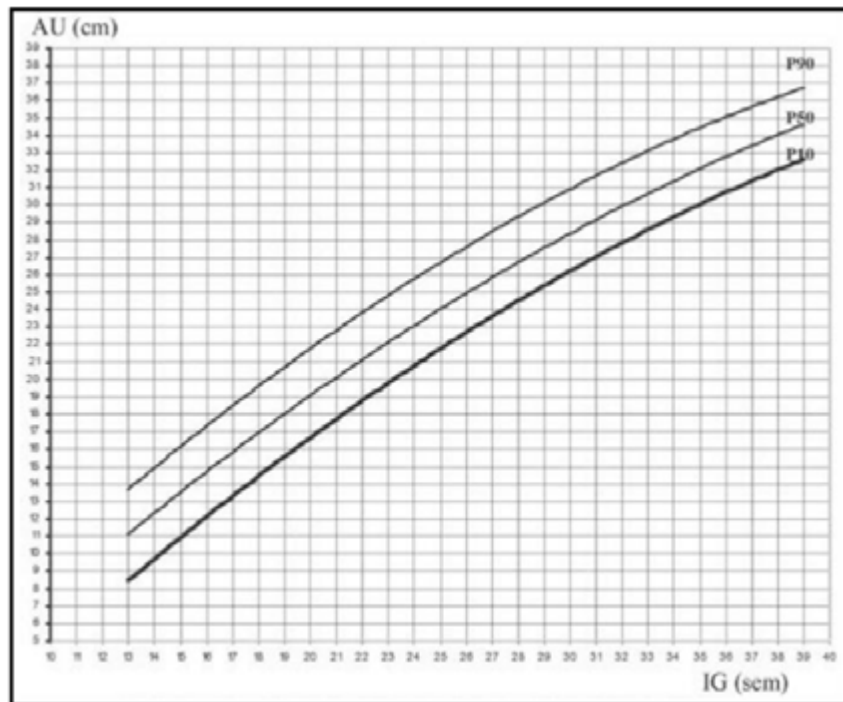


Figura 20. Curva de altura uterina según edad gestacional donde se muestran los percentiles 10, 50 y 90.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

Existen motivos que no son frecuentes, como dolores abdominales, contracciones uterinas frecuentes, sangrado vaginal y posibilidad de parto urgente, que se debe realizar un tacto vaginal obstétrico. Permite obtener información sobre el cuello uterino, el polo fetal y la pelvis materna. Se efectúa con la mano más hábil (habitualmente la mano derecha) (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020). Esto se detalla en la Figura 21.

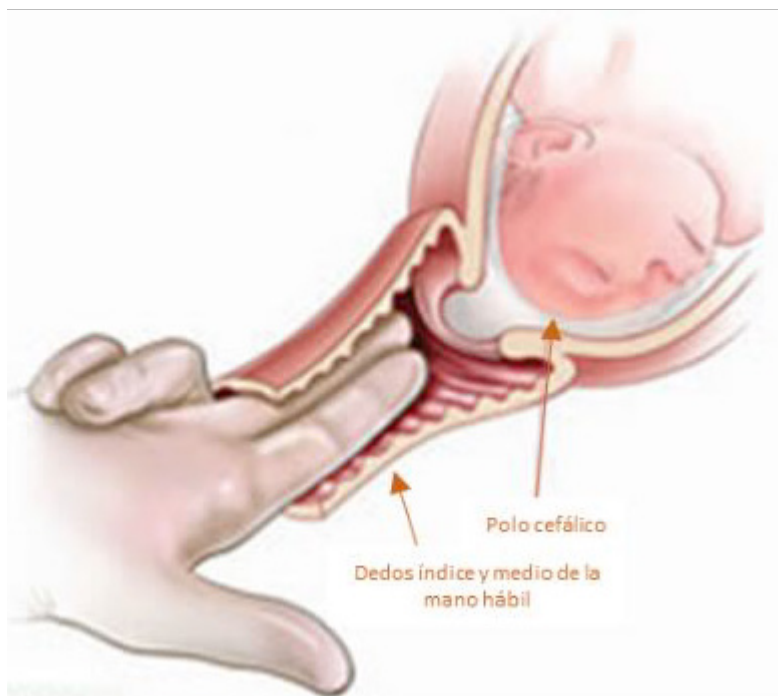


Figura 21. Tacto vaginal obstétrico, el cual se efectúa con la mano más hábil para determinar las características del polo fetal, el cuello y la pelvis.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Barriga Cosmelli, 2020)

1.17. Patología obstétrica durante el primer trimestre

El primer trimestre es de suma importancia y será clave para llegar a término sin ninguna complicación. Corresponde a las 12 primeras semanas contadas a partir de la última regla (período menstrual), aun cuando probablemente la fecundación no haya ocurrido sino hasta la segunda semana. No será si no en la semana ocho que el embrión se convierta en feto, pero desde la fecundación, debería ser considerado una vida humana, tanto para la gestante, su pareja, familiares, así como para el mismo obstetra, que deslastrado del inhumano científico, comprende y entiende a un nivel superior, el valor de la fecundación.

Durante el embarazo las hemorragias genitales son procesos patológicos que suelen presentarse en el primer, segundo y tercer trimestre del periodo gestacional, para lo cual debemos establecer la causa y

proceder a brindar un tratamiento oportuno con el fin conservar el producto hasta el fin del embarazo.

La embarazada debe asistir a consulta médica y someterse a control mensual como normativa. Y si presentara durante estas primeras semanas algún indicio de alarma, debería acudir al obstetra y las consultas deberían ser más frecuente. La vigilancia y el control deben ser la máxima prioridad, así como las indicaciones correctas que debe seguir la gestante. Los exámenes de laboratorio, así como una anamnesis adecuada en la primera consulta, garantizarán un conocimiento real con el que se pueda tener una base para posibles correctos diagnósticos, en caso de presentarse alguna patología o irregularidad.

A la paciente se le debe instruir, aun cuando no sea primeriza, sobre cómo manejar las principales molestias propias del embarazo y sus cambios hormonales: Problemas gastrointestinales, micciones frecuentes, insomnio, agotamiento, cambios de humor, crecimiento de los senos, etc. La medicación debe ser mínima y acorde para mejorar algunos de estos síntomas, por lo menos los gastrointestinales, y especialmente las náuseas. Debe orientársele hacia una correcta alimentación, porque será el eslabón base para el correcto desarrollo del embarazo.

La hemorragia en el embarazo es considerada un asunto serio. Es una de las principales causas de muerte materna, especialmente, en el post parto. En el primer trimestre, una hemorragia importante tiene un origen diverso, que debe ser determinado con un correcto diagnóstico y un efectivo tratamiento para llegar a un feliz término. El contenido de este apartado está orientado al manejo de la Hemorragia en estos primeros meses cruciales para la gestación, como una solución o control de su etiología patológica.

1.18. Hemorragia del primer trimestre

El sangrado en el primer trimestre puede ser debido a múltiples razo-

nes, que usualmente suelen ser diagnosticadas con prontitud, si existiera la asistencia sanitaria adecuada. Las consultas de emergencia por motivo de una hemorragia en el primer trimestre, nunca deben subestimarse, porque detrás de ella puede haber una complicación que puede causar hasta la muerte.

A continuación, se exponen de manera precisa, las posibles causas de Hemorragia en el primer trimestre de embarazo:

Implantación del blastocito (embrión) en el fondo uterino. Siete días después de la fecundación, puede ocurrir una hemorragia que en algunas mujeres llega a ser abundante y ser confundida con la menstruación.

Ocurre entre la primera y segunda semana de gestación, por lo que es casi imposible que una paciente acuda a consulta obstétrica, dado que ni siquiera sospecharía que está embarazada, a menos que estuviese planificando su embarazo. En este caso, la hemorragia por implantación sería algo decepcionante para la paciente, sino no conociera nada sobre ello, porque creería que tiene un sangrado irregular de su ciclo menstrual y perdería esperanza en su embarazo.

Éste tipo de hemorragia no es patológica, y realmente lo que indica es que el embrión se ha arraigado en el útero, e inicia su gestación.

Hemorragia vaginal. Cuando el sangrado proviene de la vagina o de cualquier lado del tracto genital, incluyendo la vulva, se debe determinar (con examen físico y eco transvaginal) el origen del mismo. Así por ejemplo, los pólipos vaginales durante la relación sexual pueden llegar a romperse y producir un leve sangrado, que no tiene que ver con el embarazo propiamente.

Alteración hormonal. Durante el embarazo se pueden producir trastornos hormonales y algunos pueden causar una aparente menstruación (deficiencia de progesterona), que con el tiempo, y sin necesidad de

tratamiento, puede desaparecer antes de que termine el primer trimestre de gestación. En caso contrario, cuando la hemorragia aumentara, y fuese acompañada de leves contracciones, se estaría en presencia de una amenaza de aborto.

1.19. Aborto

Interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 20 semanas de gestación y/o el feto pesa menos de 500 gramos. La tasa de pérdida clínica es del 10 al 15% de las gestaciones y más del 80% de abortos ocurren antes de las 12 semanas. Para establecer un diagnóstico certero nos guiaremos de un buena anamnesis, examen físico y exámenes de laboratorio pudiendo encontrar: amenorrea, sangrado vaginal variante, dolor, modificaciones o no del cuello uterino, complementariamente se podrá solicitar pruebas hormonales en sangre y ecografía transvaginal (León, Yopez, & Nieto., 2008).

1.20. Amenaza de aborto

Embarazo de producto vivo con contracciones uterinas, con o sin sangrado genital.. Se trata de una paciente que manifiesta amenorrea y los síntomas precoces de embarazo, que se presenta en la consulta por sangrado genital en ausencia de dolor. Al examen vaginal el cuello uterino es de longitud normal y se encuentra cerrado. Se debe determinar la hemoglobina y el hematocrito para valorar la magnitud del sangrado, examen de orina para descartar la presencia de bacteriuria asintomática, que está asociada a parto pretérmino. La ecosonografía es de mucha utilidad en el diagnóstico de viabilidad y bienestar fetal porque permite observar un embrión con latido, en cuyo caso el tratamiento consiste en reposo y analgésicos con vigilancia clínica y ecosonográfica semanal hasta que ceda el sangrado. No se recomienda terapia hormonal complementaria, a no ser que la causa así lo requiera. También puede ocurrir que con la ecosonografía se observe un saco gestacional con ausencia de estructuras embrionarias, lo que se deno-

mina “huevo ciego”. En estos casos está indicado el vaciamiento antes de que ocurra la expulsión espontánea (Tineo & Benjamin, 2017). En la Figura 22 se describe el aspecto de la amenaza de aborto.



Figura 22. Amenaza de aborto.

Fuente: [Autores, 2020]

1.21. Aborto en curso

Es un cuadro más avanzado en el progreso del aborto. Se caracteriza por sangrado genital más o menos abundante, sin expulsión de estructuras gestacionales, contracciones uterinas ocasionales y el cuello corto y permeable pero sin dilatación, tal como se describe en la Figura 23. El pronóstico es malo y menos del 25% de los casos llegan al término de la gestación. El tratamiento es similar al anterior, sólo que algunos casos requieren de hospitalización y el control ecosonográfico debe ser más frecuente (Tineo & Benjamin, 2017).

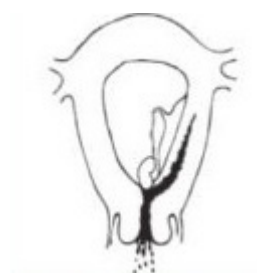


Figura 23. Aborto en curso.

Fuente: [Autores, 2020]

1.21. Aborto incompleto



Expulsión parcial de tejidos fetales, placentarios o líquido amniótico a través de un cuello con modificaciones y sangrado variable, como se detalla en la Figura 24. Durante el examen físico se puede apreciar el útero aumentado de tamaño, menor que el que corresponde al período de amenorrea y está blando y doloroso a la palpación. La ecosonografía es fundamental porque se puede apreciar dentro de la cavidad uterina imágenes ecorrefringentes sugestivas de coágulos, mezcladas con imágenes ecomixtas sugestivas de tejido ovular aún sin expulsar. Aunque la cavidad uterina muestre esas imágenes, siempre es importante visualizar los anexos porque se puede estar en presencia de un embarazo ectópico, cuya manifestación es el sangrado genital o, más raro aún, ante un embarazo heterotópico (Tineo & Benjamin, 2017).



Figura 24. Aborto incompleto.

Fuente: [Autores, 2020]

1.22. Aborto completo

Expulsión completa del feto y anexos ovulares con cese posterior de la hemorragia y del dolor. Al examen físico pélvico el útero es de tamaño correspondiente al estado no grávido, y con la ecosonografía se puede observar claramente la línea endometrial sin imágenes ecomixtas en su interior. En estos casos se puede observar a la paciente, si el sangrado persiste se procede al curetaje, aunque la mayoría de los casos evoluciona sin necesidad de este procedimiento (Tineo & Benjamin, 2017). Este tipo de aborto se muestra en la Figura 25.

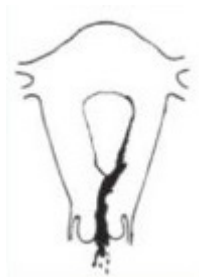


Figura 25. Aborto completo.

Fuente: [Autores, 2020]

1.23. Aborto diferido

Aborto caracterizado por la retención en la cavidad uterina, de un embrión o feto muerto (incluyendo el embarazo anembrionado) o la detención de la progresión normal del embarazo, puede acompañarse o no de sangrado variable. Este tipo de aborto se puede observar en la Figura 26. Se debe realizar un examen físico general, haciendo énfasis en el ginecológico, es importante determinar cualquier alteración de la anatomía normal que pueda orientar hacia alguna causa orgánica que esté produciendo el aborto, como miomas o incompetencia cervical, así como también estigmas de traumatismo que haga suponer maniobras abortivas.

Siempre se debe tener en cuenta el estado hemodinámico de la paciente porque en algunos casos puede haber un sangrado profuso que pone en peligro la vida de la paciente. El ultrasonido representa un instrumento valioso para discernir la viabilidad y anticipar el pronóstico de un embrión. Entre los exámenes de laboratorio recomendados se encuentran determinación cuantitativa seriada de HCG, que varía según la edad del embarazo y la viabilidad del embrión, hemoglobina y hematocrito en caso de anemia. En cuanto al tratamiento se puede

realizar mediante curetaje o aspiración (Tineo & Benjamin, 2017).



Figura 26. Aborto diferido.

Fuente: [Autores, 2020]

1.24. Aborto séptico

Infección de causa obstétrica que cursa con fiebre (temperatura de 38°C o más) antes, durante o después del aborto espontáneo o provocado acompañada de otros signos como dolor uterino, mal olor o pus, producido por diseminación del microorganismo y/o toxinas que originan además endometritis, parametritis y septicemia. La ecosonografía permite observar estos restos como áreas ecorrefringentes de aspecto decidual más o menos adheridas a alguna pared uterina. Generalmente, se acompañan de coágulos que aparecen como pequeñas áreas fuertemente ecorrefringentes de bordes irregulares. En caso de existir miometritis, se puede observar aumento de la refringencia del miometrio. Es importante examinar los fondos de saco, porque cualquier colección en ellos es anormal y sugiere perforación uterina.

El tratamiento persigue minimizar el daño que puede ocasionar la en-

fermedad y reducir las secuelas que pueda producir. La paciente debe ser hospitalizada para la administración de líquidos y antibióticos vía parenteral y para proceder a la evacuación del útero. Deben obtenerse cultivos de sangre, orina y cuello uterino e iniciar inmediatamente tratamiento con antibióticos de amplio espectro. Los cultivos de cavidad uterina se obtienen por medio de aspiración o curetaje y se sugiere una coloración de Gram inmediata para orientar el tratamiento antibiótico. La parte más importante del tratamiento es la erradicación del foco séptico, para ello está indicado el vaciamiento uterino mediante legrado uterino o por aspiración (Tineo & Benjamin, 2017).

1.25. Aborto terapéutico

Terminación médica o quirúrgica del embarazo para prevenir lesiones graves o permanentes en la madre. El ACOG lo considera en caso de morbilidad aumentada de la madre por el embarazo, violación o incesto, producto con malformaciones graves o incompatibles con la vida (León, Yopez, & Nieto., 2008).

1.26. Aborto espontáneo

El aborto espontáneo clínico se produce entre el 10-20 % de los embarazos, por lo que la mayoría son preclínicos (60 %) y, por lo general, el 85 % tienen lugar antes de la 12^a semana de embarazo (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013).

Para un diagnóstico efectivo en los diferentes tipos de aborto en la consulta obstétrica es necesario realizar una evaluación física. El procedimiento se describe en la Figura 27. Seguidamente se debe realizar ecografía de carácter obligatorio para saber las condiciones del feto. De aquí se estiman signos ecográficos de los cuales se puede estimar un mal pronóstico.

- a. Ausencia de actividad cardíaca en un embrión con longitud céfalo-caudal (LCC) >5 mm.

- b. Ausencia de actividad cardiaca en un embrión con LCC >3,5 mm demostrada por un evaluador experimentado en condiciones óptimas para la visualización del embrión.
- c. Saco gestacional con un diámetro medio ≥ 20 mm sin evidencia de polo embrionario ni saco vitelino en su interior”. (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013, pág. 166)

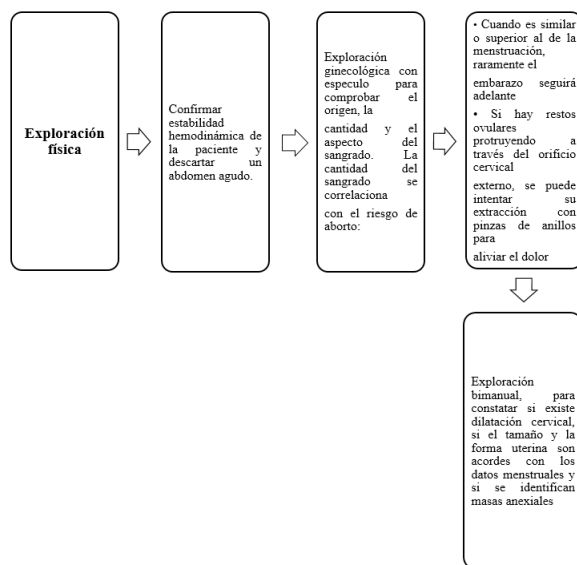


Figura 27. Exploración física cuando existe la posibilidad de aborto espontáneo.

Fuente: (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013)

Seguidamente de los resultados del diagnóstico se procede a realizar tratamiento quirúrgico por lo que su aplicación se debe a circunstancias graves. Estas son: hemorragia intensa y persistente, inestabilidad hemodinámica, evidencia de tejidos retenidos infectados, contraindicación para el tratamiento médico o sospecha de enfermedad trofoblástica gestacional (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013).

Cuando la mujer desea no realizarse un tratamiento quirúrgico entonces se procede a realizar aborto farmacológico siempre y cuando se

cumpla ciertas condiciones. Estas son: cuando el IMC sea mayor a 30, la presencia de malformaciones, miomas uterinos o intervenciones a nivel del cérvix uterino que dificulten el tratamiento quirúrgico (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013).

Aunque, cuando el embarazo tiene pocas semanas es recomendable el uso de este tratamiento. En la Tabla 8 se puede observar los distintos medicamentos para este tratamiento.

Tabla 8. Tratamiento farmacológico para el aborto en el primer trimestre.

<p><i>Mifepristona y Misoprostol</i></p> <p>600 mg mifepristona oral y 1 ó 2 dosis de 400 µg misoprostol vaginal (36-48 h) o 200 mg de mifepristona oral y una dosis de 800 µg misoprostol vaginal (36-48 h)</p> <p>96.6 %-99 % en gestaciones <49 días</p>
<p><i>Misoprostol</i></p> <p>800 µg misoprostol vaginal o 200 µg vaginal cada 4 horas hasta un total de 800 µg</p> <p>1ª dosis: 72 %</p> <p>2ª dosis: 85-87 %</p> <p>3ª dosis: 90-93 %</p>

Fuente: (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013)

1.27. Embarazo Ectópico

Es la implantación de un blastocisto fuera del revestimiento endometrial de la cavidad uterina. Es la primera causa de emergencia ginecológica. Es una importante causa de mortalidad materna en el primer trimestre, correspondiendo al 10-15% de estas. La mortalidad por embarazo ectópico ha ido en disminución gracias al diagnóstico precoz (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020).

En cuanto a los factores de riesgo se describen en la Tabla 9.

Tabla 9. Factores de riesgo para el embarazo ectópico.

Factores de Riesgo para embarazo ectópico	
Los siguientes se consideran factores de riesgo para embarazo ectópico, sin embargo, la mitad de las mujeres con diagnóstico de embarazo ectópico no presenta factores de riesgo conocidos.	
Factores de riesgo mayores:	
•	Antecedente de embarazo ectópico previo: 10% recurrencia con 1 ectópico previo, y al menos un 25% de recurrencia con 2 o más. Incluso aquellas pacientes a las que se les extirpó la trompa afectada (salpingectomía), tienen mayor riesgo de embarazo ectópico en la trompa remanente (comparado con población general).
•	Patología tubaria demostrada, por ejemplo hidrosálpinx
•	Antecedente de cirugía tubaria:
•	Salpingostomía por hidrosálpinx: incidencia 2-18% post cirugía
•	Salpingostomía por EE: riesgo de EE de 10-15%
•	Esterilización tubaria fallida: riesgo de EE de 5-90%
•	Repermeabilización tubaria: riesgo 5%
•	Exposición in útero a Dietilestilbestrol (DES)
Factores de riesgo intermedios:	
•	Antecedentes de PIP
•	> 4 parejas sexuales en la vida
•	Infertilidad: porque probablemente la causa de ésta sea un daño tubario funcional o estructural
•	Fertilización asistida.
Factores de riesgo menores:	
•	Edad > 35 años
•	Antecedente de cirugía abdominal o pélvica
•	Tabaquismo
•	Inicio precoz de actividad sexual: asociación importante con PIP
•	Duchas vaginales (EE.UU.)

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

En cuanto a las zonas de ubicación del embarazo ectópico la zona intersticial tiene mayor complicación ya que el embrión se implanta en parte del miometrio y eso hace que se desarrolle más el tejido embrionario, con mayor vascularización. La ubicación más frecuente es en la trompa de Falopio alrededor del 95%, continua en la ampolla 70%, istmo 12%, fimbria 11% e intersticial 3% (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020).

1.28. Diagnóstico y tratamiento del embarazo ectópico

En la Figura 28 se describe el flujograma para el diagnóstico del embarazo ectópico.

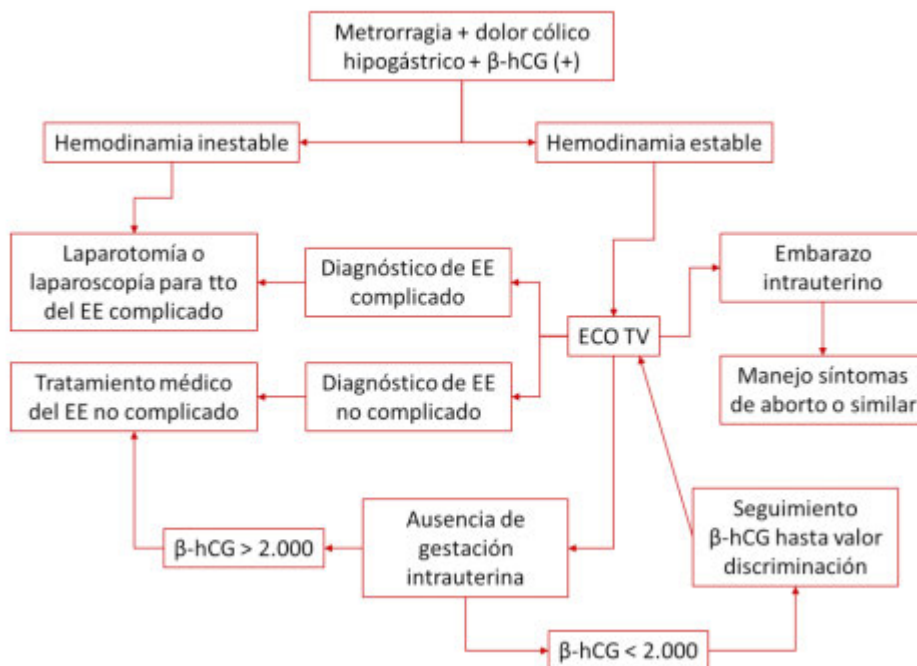



Figura 28. flujograma sobre el diagnóstico del embarazo ectópico.

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

El tratamiento del embarazo ectópico debe ser precoz, adecuado a la ubicación y proporcional a la gravedad del EE; debe velar por preservar la vida y la fertilidad futura. El tratamiento de referencia es quirúrgico realizando la extracción de la trompa (salpingectomía), sin embargo, el manejo conservador o médico deberá ser evaluado caso a caso. Tipos de manejo: • Expectante • Médico • Quirúrgico (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020).

Metrorragia del 2º y 3º trimestre

A partir del segundo trimestre es la etapa de crecimiento exponencial



del feto hasta que se ralentiza en los dos últimos meses. De ello pueden derivar muchas o ninguna sintomatología que podrían molestar a la futura madre. Por lo menos, las náuseas deben haber desaparecido. Esto va a depender de la condición física, mental y espiritual de la embarazada.

El segundo trimestre comienza en la semana 13 hasta finalizada la semana 26, y es la época que debería ser más tranquila para la embarazada. El tercer trimestre va de la semana 27 y termina en la semana 40. Sin embargo, este estimado es a modo de control, ya que el parto suele producirse entre la semana 38 y 41, según la fecha propiamente de fecundación y condición genético-fisiológica materna. Si por complicaciones del embarazo el feto naciera (parto o cesárea) en las semanas 24 hasta la 37, podría sobrevivir si se le provee de cuidados intensivos en una unidad neonatal especializada.

En cada visita se pesa, se mide el abdomen, se registra la medición de presión arterial; se realiza ecografía pélvica para evidenciar la correcta evolución y desarrollo del embarazo: se verifica la altura del fondo uterino, líquido amniótico, desarrollo fetal, pulso cardíaco del feto, cordón umbilical, desarrollo placentario, etc. Se indica exámenes de sangre y de orina para próxima consulta, y se revisan los exámenes indicados en la consulta anterior. El médico tratante debe explicarle a la futura madre cómo va evolucionando su bebé y educarle sobre cómo manejar la sintomatología típica de esta etapa del embarazo y las recomendaciones generales de cuidado prenatal.

Cualquier sangrado que pueda tener la mujer embarazada es causa de alarma y más si el feto está vivo. Si pasa de la semana 24 entonces se puede considerar dos aspectos fundamentales, la placenta previa (PP) y el desprendimiento prematuro de la placenta normo-inserta (DPPNI). La primera consiste en hemorragia típicamente de sangre roja e indolora que comienza de forma insidiosa; y la segunda por dolor abdominal

intenso, sangrado y endurecimiento brusco del abdomen (hipertonía) (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013).

El diagnóstico se realiza a través de la técnica de diagnóstico diferencial para las dos patologías. Estas se describen la Tabla 10.

Tabla 10. Diagnóstico diferencial para PP o DPPNI.

PROCEDIMIENTO	CARACTERÍSTICAS
Rotura uterina	La interrupción de la integridad de la cavidad uterina en el embarazo tiene serias consecuencias feto-maternas. La mortalidad materna es del 10-40 % y la fetal del 50 %. Con frecuencia las partes fetales se palpan con mayor facilidad, y si la presentación fetal se había apoyado con el trabajo de parto, tras un tacto vaginal, se detecta que la presentación se ha alejado del estrecho superior y pelotea.
Rotura de vasos previos	Vasa previa es una entidad en la cual los vasos umbilicales transcurren por las membranas sin la protección del cordón umbilical o de tejido placentario, y atraviesan el segmento uterino más inferior por delante de la presentación, en contacto con el OCI o en su región circundante. La lesión de los vasos en el momento del parto, por la presentación fetal o por la amniorraxis espontánea o artificial, ocasiona una hemorragia fetal con elevada mortalidad perinatal, mayor del 75 %. La palpación ocasional del vaso o su visualización por amnioscopia permiten el diagnóstico.

Fuente: (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013)

1.29. Rotura temprana de membranas

Esto es por consecuencia de la pérdida del líquido amniótico (LA) que tiene la placenta y que protege al feto y sucede antes del parto. Para poder asegurar de la rotura temprana de membrana (RTM) es necesario aplicar métodos diagnósticos. Estos son: Especuloscopia +/- Val-salva para salida de líquido, PH vaginal que debe ser alcalino si hay presencia de LA, ECO donde el ILA disminuido (normal entre 5-22) y además se realizará exploración y RCTG (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013). El tratamiento va a depender si en la RTM hay infección o no. Esta se describe en la Tabla 11.

Tabla 11. Tratamiento para la RTM.

PRESENCIA DE INFECCIÓN	EDAD GESTACIONAL	TRATAMIENTO
Con infección	-----	Finalizar gestación bajo cobertura antibiótica.

		Antibioterapia amplio espectro: Clindamicina iv + Gentamicina iv diarias.
Sin infección	Mayor a 34 semanas	Antibioterapia a las 12 h de la rotura y valorar inducción: Cultivo positivo o desconocido <37 s: Penicilina G 5000000 UI iv., luego 2500000 UI iv. / 4 h hasta fin de parto. Cultivo negativo o desconocido >37 s: Ampicilina 2 gr iv. y luego 1 gr iv. / 6 h hasta fin de parto. Control de constantes por turnos. RCTG / 12 h. Avisar medico guardia si aumenta dinámica uterina
	Entre 32 y 34 semanas	Reposo absoluto.
		Antibioterapia a las 12 h de la rotura: Cultivo positivo o desconocido: Penicilina G 5000000 UI iv, luego seguir con 2500000 UI iv / 4 h hasta fin de parto. Cultivo negativo: Ampicilina 2 gr iv y luego 1 gr iv / 6 h hasta fin de parto.
		Corticoides: Celestote cronodose 12 mg 1 vial / 12 h dos dosis.
		Control de constantes por turnos.
		RCTG diario.
		Pedir ECO para ILA y EG.
		Realizar cultivos vagino-rectales.
		Valorar inducción tras 24 h de 1ª dosis de corticoides.
	Si APP: Atosiban según protocolo 24-48 h hasta corticoterapia efectiva.	
	Avisar médico guardia si aumenta dinámica uterina.	
	Entre 24 y 32 semanas	Reposo absoluto.
		Antibioterapia: Ampicilina 2 gr / 6 h + Eritromicina 250 mg / 6 h durante 48 h iv y luego Amoxicilina 250 mg / 8 h + Eritromicina 500 mg / 8 h v/o 5 días más.
Corticoides: Betametasona 12 mg 1 vial / 24 h 2 dosis.		
Control de constantes por turnos.		
RCTG diario.		
Analítica / 48 h, Perfil biofísico / 72 h, ILA / 4 d.		
Pedir ECO para ILA y EG.		
Realizar cultivos vagino-rectales.		
Valorar inducción tras 24 h de 1ª dosis de corticoides		
Si APP: Atosiban según protocolo.		
		Avisar medico guardia si aumenta dinámica uterina.
	Menores a 22 semanas	Avisar equipo de guardia para valorar límite de viabilidad fetal.

Fuente: (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013)

1.30. Amenaza del parto pretérmino

Esta patología sucede cuando la gestante presenta síntomas dinámicos en la región del abdomen y en especial en el útero que sucede entre la semana 23 y 37. El proceso diagnóstico sucede al momento de la exploración, la cual se debe realizar examen de orina para ver el sedimento, registro cardiotocográfico (mínimo 30 minutos), ecografía (biometría fetal y longitud cervical) (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013). En la Tabla 12 se detalla los criterios de actuación por amenaza del parto pretérmino.

Tabla 12. Criterios de actuación por amenaza del parto pretérmino.

	<i>DU no existente</i>	<i>DU existente</i>
<i>LC > 25 mm</i>	<i>Alta</i>	<i>Ingreso en observación</i> <i>Reposo 2-3 h y se le hace RCTG. Si continua DU + y modifica cuello → TOCOLISIS</i> <i>Si no, reposo 48 h en planta y LC al alta</i>
<i>LC < 25 mm</i>	<i>Ingreso en planta</i> <i>Control RCTG</i> <i>LC por la mañana</i>	<i>TOCOLISIS</i>

Fuente: (Riesco González, Arroyo Molina, & Rivero Gutiérrez, 2013)

El tratamiento va a depender de la maduración pulmonar del feto y esto se logra en la edad de gestación mayor a 34 semanas. Si la gestante entra a centro clínico, el tratamiento que se debe prescribir es el mostrado en la Figura 29.



Figura 29. Tratamiento por amenaza por parto prematuro.
Fuente: (León, Yepez, & Nieto., 2008)

1.31. Patología hipertensiva en el Embarazo.

Hipertensión gestacional

Se denomina hipertensión gestacional cuando la Tensión Arterial sistólica se encuentra ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo > 20 semanas en mujer previamente normotensa, acompañada de proteinuria en 24 h < 300 mg / tirilla reactiva NEGATIVA (León, Yepez, & Nieto., 2008).

Se desarrolla tardíamente en el embarazo (sin signos de preeclampsia) y desaparece tras el parto. Habitualmente, las mujeres que desarrollan esta enfermedad son obesas o bien tienen un historial familiar de hipertensión. Debe prestarse atención a la detección de aumentos de proteínas en orina y ácido úrico, creatinina o BUN en suero, dado que éstos permanecen normales en la hipertensión gestacional y se elevan en la preeclampsia. Los betabloqueantes o alfametildopa suelen ser eficaces en la reducción de la presión arterial (Cabañas, Longoni, & Corominas, 2001).

Preeclampsia

Se refiere cuando la TA sistólica ≥ 140 mm Hg o TA diastólica ≥ 90 mm Hg en embarazo ≥ 20 semanas en mujer previamente normotensa, se acompañada de Proteinuria en 24 h \geq a 300 mg / tirilla reactiva positiva ++ (León, Yopez, & Nieto., 2008).

Es una enfermedad de la fase tardía del embarazo en la que la hipertensión se asocia a alteración hepática, neurológica, hematológica o renal. El desarrollo rápido de edema, sobre todo en la cara y las manos, junto a un aumento de la presión arterial, indican habitualmente el inicio de la enfermedad. Puede haber ictericia y una función hepática anormal. La hiperreflexia, las alteraciones visuales y la cefalea son síntomas de afectación neurológica, y las convulsiones indican la presencia de eclampsia. Las manifestaciones hematológicas son la trombocitopenia con una lactato deshidrogenasa elevada y la anemia hemolítica microangiopática (Cabañas, Longoni, & Corominas, 2001).

En la preeclampsia fulminante, la coagulación intravascular diseminada puede dar lugar a una reducción del plasminógeno plasmático y a un aumento de los productos de degradación del fibrinógeno circulantes. La proteinuria indica afectación renal y dado que el filtrado glomerular (FG) aumenta casi un 50% en una gestación normal, una reducción del FG anuncia el inicio de preeclampsia, incluso con valores

normales de nitrógeno ureico en sangre y creatinina sérica. Se reduce el aclaramiento de uratos por lo que la hiperuricemia suele preceder al aumento de creatinina sérica y del nitrógeno ureico (BUN). La síntesis aumentada de dos prostaglandinas vasodilatadoras, PGE₂ y PGI₂, puede explicar la vasodilatación y la resistencia a la angiotensina II en el embarazo normal. En la preeclampsia, se reduce la síntesis de PGI₂, y aumenta la sensibilidad a la angiotensina II, y puede perderse el equilibrio que normalmente existe entre los efectos agregante plaquetario y vasoconstrictor del tromboxano A₂ y los efectos opuestos antiagregantes y vasodilatadores de la PGI₂, contribuyendo a la hipertensión y a la agregación plaquetaria. La probabilidad de desarrollar preeclampsia en las mujeres con riesgo puede reducirse administrando a lo largo del embarazo dosis bajas de aspirina (Cabañas, Longoni, & Corominas, 2001).

En cuanto al tratamiento está indicada la hospitalización, dado que la enfermedad puede progresar rápidamente a la eclampsia, caracterizada por las convulsiones. El tratamiento definitivo de la preeclampsia y de la eclampsia es el parto, que debe hacerse lo antes posible si el tamaño y madurez del feto son adecuados. Si el feto es inmaduro están indicados el reposo en cama, la restricción de la ingesta de sodio a menos de 2g/día y el tratamiento antihipertensivo. Son útiles los betabloqueantes, los antagonistas del calcio, la hidralacina y los antagonistas simpáticos centrales. Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) se contraindican en el embarazo dado que aumentan el riesgo de aborto. Si se necesita una reducción inmediata de la presión arterial, son útiles la hidralacina, alfametildopa, y labetalol por vía intravenosa (Cabañas, Longoni, & Corominas, 2001).

1.32. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia

El objetivo principal del manejo de la preeclampsia deberá siempre estar orientado a la seguridad materna, reducción de los factores de

riesgo, detección oportuna de complicaciones obstétricas, para lo cual en una instancia inicial la paciente va tener el primer contacto con las profesionales enfermeras que se encargaran de la toma de los signos vitales que servirá como ayuda en detección y tratamiento de la hipertensión durante el embarazo. Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con el diagnóstico, riesgos de la alteración de la salud materno neonatal, se recomienda: revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de preeclampsia, determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de su patología, fomentar la expresión de sentimientos y miedos a cerca del bienestar fetal y seguridad personal, instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado favorable, recomendar que asista a la atención medica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales, 4 o más contracciones por hora antes de las 37 semanas de gestación, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema y enseñarle a contar los movimientos fetales.

La enfermera de atención prenatal deberá generar una relación de confianza y estimular la participación de la familia, como red social de apoyo, además en la consulta externa vigilará las pacientes con riesgo y motivará para acudir a su control médico de rutina. A todas las pacientes debe comunicárseles de una manera clara y comprensible, los síntomas y signos de alarma de la preeclampsia, para promover la autorreferencia inmediata y prevenir complicaciones. Ante la paciente con preeclampsia leve, se recomienda vigilancia del crecimiento fetal por ultrasonido cada 3 semanas para valorar para valorar la curva. Solo en caso de restricción del crecimiento intrauterino realizar un perfil biofísico completo y Doppler en la arteria umbilical, cerebral media y ductus venoso.

Entre las intervenciones de enfermería relacionadas con las complicaciones de la eclampsia se encuentra las crisis convulsivas para lo cual se recomienda: mantener la vía aérea abierta, permanecer con el



paciente durante la crisis, canalizar una vía intravenosa, según proceda, comprobar el estado neurológico, vigilar los signos vitales, registrar la duración de las crisis, registrar las características de las crisis, administrar la medicación prescrita, si es el caso, comprobar la duración y características del periodo post-ictal. Otra complicación de la eclampsia es el deterioro del estado de alerta y disnea para lo cual se deberá monitorizar la frecuencia, profundidad, y esfuerzo respiratorio, monitorizar los signos vitales y saturación de oxígeno, verificar la permeabilidad de la vía aérea, aspirando secreciones o extrañando algún cuerpo extraño, si fuera el caso, observar piel y mucosas para detectar cianosis.

Los profesionales de enfermería deben estar familiarizados con dosis y vías de administración de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las pacientes con eclampsia; el sulfato de magnesio utilizado para prevenir las crisis convulsivas puede presentar toxicidad, por lo que se deberá conocer los datos que sugieran intoxicación por magnesio (ausencia del reflejo patelar) y tener disponible el antídoto gluconato de calcio (Secretaría_de_Salud, 2011).

En la actualidad, no existe ningún tratamiento farmacológico médico efectivo que prevenga la preeclampsia. La aspirina en dosis bajas tiene un papel muy limitado en la prevención de la preeclampsia. Se asocia a una reducción de 10% del riesgo de preeclampsia. Se recomienda que el uso de aspirina en dosis bajas sea individualizado y debe iniciarse antes de las 16 semanas de gestación. El uso de calcio en la prevención de la preeclampsia es inconsistente y contradictorio. La suplementación con calcio tan sólo se recomienda en pacientes con baja ingesta de calcio (< 600 mg/día).^{41,42} No se recomienda para la prevención de la preeclampsia el aceite de pescado, magnesio, cinc, vitaminas C y E ni diuréticos. En relación a la predicción de la preeclampsia en el primer trimestre, la mayoría de los modelos efectúan una combinación de variables clínicas maternas, presión arterial media, marcadores bioquímicos como los factores angiogénicos y Do-



pples de arterias uterinas; se incrementa el poder de predicción entre las semanas de gestación 11 y 13 para predecir preeclampsia severa temprana, con detecciones mayores de 90% y falsos positivos de 5% (Romero, Álvarez, & Carcaño, 2013).

1.33. Eclampsia

Cuando la TA $\geq 140/90$ mm Hg en embarazo >20 semanas, proteinuria en tirilla reactiva $+ / ++ / +++$, en 24 horas >300 mg acompañado de Convulsiones tónico clónicas o coma (León, Yopez, & Nieto., 2008). Pueden ocurrir durante el embarazo, el parto y hasta una tercera parte en el posparto, por lo general en las primeras 48 horas. Esta entidad ocurre en 1 a 2% de los casos de preeclampsia severa. La ceguera cortical y algunos casos de eclampsia pueden originarse a partir del síndrome de leucoencefalopatía reversible posterior (PRES) caracterizado por cefalea, confusión, alteraciones de la visión y convulsiones (Romero, Álvarez, & Carcaño, 2013).

Los objetivos inmediatos en el manejo de la eclampsia son la estabilización de la paciente y la prevención de la hipoxia y el traumatismo, prevención de las convulsiones recurrentes y en el manejo de la hipertensión arterial grave. Es importante administrar oxígeno suplementario (8 a 10 L/min) y tener oximetría de pulso disponible. Se requiere un manejo multidisciplinario. Los lineamientos de manejo básicos son: reconocimiento temprano para evitar daño cerebral permanente, control de la presión arterial, tratamiento de las convulsiones con sulfato de magnesio IV y finalmente la interrupción oportuna y expedita del embarazo (Romero, Álvarez, & Carcaño, 2013).

Cerca de 10% de las mujeres con eclampsia presentarán una segunda convulsión después de recibir el sulfato de magnesio. Debe darse otro bolo de 2 g de sulfato de magnesio IV en 3 a 5 min para esta situación.. Es habitual que el feto responda a la actividad convulsiva materna con bradicardia temporal (frecuencia cardiaca < 120 latidos/min), tal vez

debido al cese temporal de la respiración materna, con hipoperfusión placentaria causada por incremento del tono uterino y contracciones frecuentes. Esto puede ir seguido de episodios de desaceleraciones tardías transitorias con eventual recuperación y taquicardia compensatoria. La normalización de la frecuencia cardiaca fetal en 10 a 15 min evita la necesidad de un nacimiento de emergencia, en especial si las condiciones maternas son inestables y se ha iniciado una terapia de soporte agresiva (Romero, Álvarez, & Carcaño, 2013).

1.34. Síndrome de Hellp

Variante de la Preeclampsia Severa caracterizado por: PA diastólica >90 mm Hg en embarazo >20 semanas + Proteinuria en 24 h > a 300 mg / tirilla positiva. Sus criterios diagnósticos están basados en : Hemólisis , elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas. Puede ser completo cuando presente tres criterios diagnósticos e incompleto uno o dos de los criterios diagnósticos (León, Yopez, & Nieto., 2008).

Se presenta en 10 a 12% de los casos de preeclampsia severa y en cerca de 50% de eclampsia. Se considera una variante atípica de la preeclampsia, ya que la hipertensión o la proteinuria están ausentes en 10 a 15% de las pacientes con síndrome de HELLP, está asociado a elevada morbimortalidad materna y perinatal (Romero, Álvarez, & Carcaño, 2013).

El diagnóstico se efectúa mediante exámenes de laboratorio. Se caracteriza desde el punto de vista bioquímico a través de la clasificación que se muestra en la Tabla 13.



Tabla 13. Diagnóstico del síndrome hellp.

CLASIFICACIÓN.	
Clase I	Plaquetas: < 50 000 plaquetas/mm ³ • LDH: >600 UI/L. • TGO, TGP o ambas: >70 UI/L
Clase II	Plaquetas: > 50.000 y < 100.000 plaquetas/ mm ³ • LDH: >600 UI/L. • TGO, TGP o ambas: >70 UI/L.
Clase III	Plaquetas: >100.000 y 600 UI/L. • TGO, TGP o ambas: >40 UI/L.

Fuente: (León, Yopez, & Nieto., 2008)

En la Figura 30 se visualiza el flujograma para atención de la patología hipertensiva originada durante el embarazo del ministerio de salud pública de la República del Ecuador.

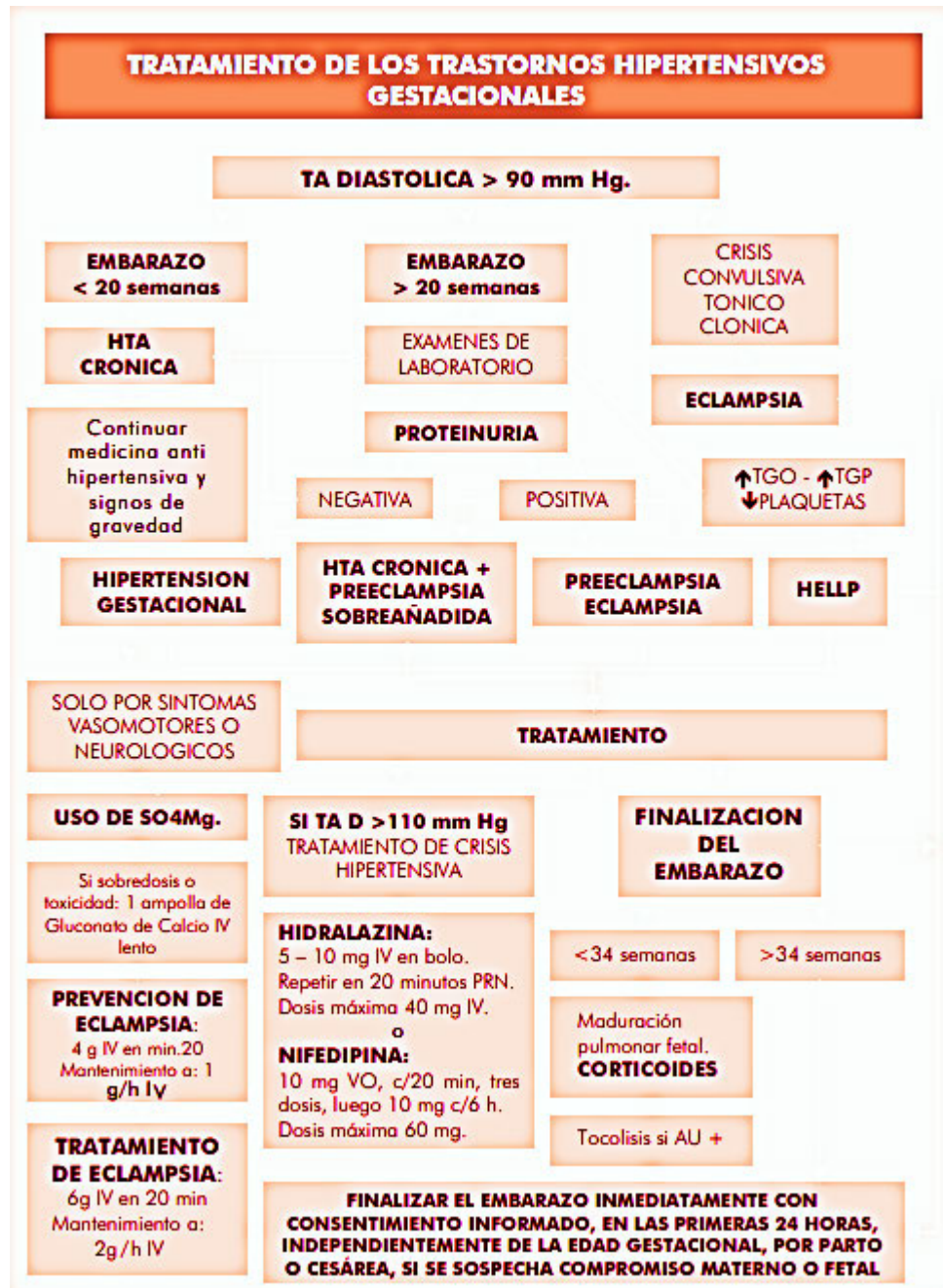


Figura 30. Flujograma para atención de la patología hipertensiva originada durante el embarazo del ministerio de salud pública de la República del Ecuador.

Fuente: (León, Yopez, & Nieto., 2008)



1.35. Urgencias en Sala de Labor

Hemorragia postparto

La hemorragia obstétrica es una causa importante de morbimortalidad materna y perinatal; a pesar de los avances en la atención obstétrica, su tratamiento sigue siendo un reto para el equipo médico quirúrgico (ginecobstetra, anestesiólogo e intensivistas). La mortalidad materna representa un problema grave de salud según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) muestran que la hemorragia obstétrica es la causa de 25% de las muertes maternas que ocurren en todo el mundo. Los países con menos recursos son los que más contribuyen a las muertes por hemorragia, con casi la mitad de los fallecimientos posparto; éstos ocurren en las primeras 24 h y 60% en las salas de recuperación. Se define como la pérdida de sangre mayor de 500 ml después de la atención de un parto o mayor de 1 000 ml después de haber realizado una cesárea. Ocurre en las primeras 24 h después del parto; las causas son la atonía uterina, la retención de restos placentarios, anomalías placentarias y laceraciones del tracto genital (Arce, Morales, & Pérez, 2013). En la Tabla 14 se describe la clasificación de la hemorragia postparto.

Tabla 14. Clasificación de la hemorragia postparto.

ETIOLOGÍA Y FRECUENCIA	ETIOLOGÍA	FACTORES DE RIESGO
TONO 70%	Sobredistensión Uterina Parto prolongado/precipitado (Ej.: inducido).	Embarazo múltiple. Macrosomía. Polihidramnios. Gran Múltipara. Hidrocefalia severa.
	Fatiga Muscular Uterina.	Trabajo de parto prolongado. Corioamnionitis.
TRAUMA 20%	Desgarros vaginales/ Cervicales / perineal.	Parto instrumental. Episiotomía.
	Extensión del desgarro en la cesárea.	Mal posición fetal. Manipulación brusca durante la extracción fetal.
	Ruptura Uterina	Cirugía uterina previa.
	Inversión Uterina	Excesiva tracción del cordón. Gran múltipara.
TEJIDOS 9%	Retención de restos	Placenta o membranas.
	Anormalidades Placentarias	Localización: Placenta previa. Invasión: acreta, percreta, increta. Congénitas: Útero bicórneo. Adquiridas: Cirugía previa, leiomioma
TROMBOS 1%	Coagulopatías congénitas.	Hemofilia. Enfermedad Von Willebrand. Hipofibrinogemia.
	Coagulopatías adquiridas embarazo.	HTA. Muerte fetal. Enfermedad hepática. Síndrome HELLP.
	Púrpura trombocitopénica idiopática.	
	Coagulación intravascular diseminada.	Muerte fetal intrauterina. Toxemia. Abruptio placentae Embolismo amniótico Sepsis
	Coagulopatía dilucional.	Transfusiones masivas.
	Anticoagulación.	Historia de TVP y TEP. Uso de Aspirina, Heparina.

Fuente: (Fescina , De Mucio, Ortiz, & Jarquin , 2012)

Su diagnóstico de la HPP es clínico, se observa un sangrado mayor de lo esperado. La causa más frecuente es la atonía uterina, que es la incapacidad del útero para contraerse de manera apropiada después

del parto La hemorragia por atonía uterina y la debida a desgarros genitales se diferencian de manera tentativa con base en factores de riesgo predisponentes y el estado del útero. Si la hemorragia persiste aunque el útero esté firme y bien contraído, lo más probable es que se deba a desgarros. La sangre de color rojo brillante sugiere sangrado arterial procedente de los desgarros. Para confirmar que los desgarros sean una causa de hemorragia es esencial la revisión cuidadosa del canal del parto y en caso de cesárea, de la histerotomía (Arce, Morales, & Pérez, 2013). En la Tabla 15 se detalla la clasificación de la hemorragia postparto por pérdida de la volemia.

Tabla 15. Clasificación del choque hipovolémico

CLASIFICACIÓN DEL CHOQUE HIPOVOLÉMICO					
Pérdida de vol (%) y ml para una mujer de 50 - 70 Kg	Sensorio	Perfusión	Pulso	PAS	Grado de Choque
10 - 15 % 500 - 1000 ml	Normal	Normal	80 - 90	Normal	Compensado
16 - 25% 1000 - 1500 ml	Normal y/o agitada	Palidez, frialdad	91 - 100	80 - 90	Leve
26 - 35% 1500 - 2000 ml	Agitada	Palidez, frialdad más sudoración	101 -120	70 - 80	Moderado
> 35% 2000 -- 3000 ml	Letárgica Inconciente	Palidez, frialdad, sudoración, Llenado capilar > 3 seg	> 120	< 70	Severo

Fuente: (Arce, Morales, & Pérez, 2013)

El tratamiento debe ser médico, mecánico y quirúrgico. Al mismo tiempo que se estén pasando los medicamentos uterotónicos se inicia ma-

saje o compresión uterina, y de no obtenerse una buena respuesta se procede a realizar la cirugía necesaria y efectiva. Su Evaluación inicial en HPP según la estimación de las pérdidas se debe tener dos vías parenterales permeables, de preferencia calibre 14 o 16. Administración inmediata de oxitócicos, reposición de volumen con cristaloides, coloides y derivados hemáticos (Arce, Morales, & Pérez, 2013). Los agentes uterotónicos deben ser la primera línea de tratamiento para HPP por atonía uterina, los cuales se describen en la Tabla 16.

Tabla 16. Agentes uterotónicos usados en atonía uterina

Oxitocina:	20 unidades en 500 ml de solución glucosada; en otra vía permeable se puede usar solución fisiológica o Ringer lactato.
Ergometrina:	0.2 o 0.5 mg intramuscular, dosis única; revalorar nuevamente a los 10 min tomando en cuenta las contraindicaciones.
Carbetocina:	100 mg IV en bolo DU en pacientes que tienen contraindicación para ergometrina, o con pobre respuesta a la oxitocina, o ergometrina previa; liberación de sus receptores aplicando 200 ml de solución fisiológica en infusión continua y esperando de 5 a 6 min para administrar la carbetocina.
Misoprostol:	se debe iniciar con dosis de 400 a 600 mcg vía rectal, o sublingual o en los carrillos. La dosis máxima es de 1 000 mcg

Fuente: (Arce, Morales, & Pérez, 2013)

Cuando los uterotónicos fallan se debe realizar laparotomía exploratoria. Cuando no se logra revertir la atonía uterina se puede hacer uso de la compresión intrauterina (balones, sondas, guantes, compresas) de acuerdo con la disponibilidad del recurso. En algunos casos se debe realizar histerectomía para salvar la vida de la paciente. La pérdida masiva de sangre disminuye la perfusión y la oxigenación de los tejidos, lo cual causa falla orgánica múltiple y muerte. Se recomienda la transfusión de paquete globular cuando se haya perdido un volumen sanguíneo de 30 a 40%, y en forma urgente si éste es de más de 40%, o cuando las concentraciones de hemoglobina sean superiores a 6 g/dl o menores a 10 g/dl y exista pérdida rápida de sangre. Hay que monitorear frecuentemente las pruebas de coagulación y considerar la transfusión de plasma fresco congelado después de que se haya per-



dido un volumen sanguíneo (Arce, Morales, & Pérez, 2013).

1.36. Prolapso del cordón umbilical

Protrusión del cordón umbilical a través del cuello uterino dilatado, antes de la salida del feto. La frecuencia es de aproximadamente 1 en 400 partos. Se denomina procúbito de cordón (o presentación funicular), a la presencia del cordón umbilical delante de la presentación fetal, con membranas íntegras; si ocurre rotura de membranas se producirá el prolapso del cordón umbilical, y por lo tanto en una contraindicación para efectuar RAM. El diagnóstico de prolapso de cordón se realiza usualmente por bradicardia fetal, palpación del cordón prolapsado a la vagina y, en ocasiones, visualización del cordón que sale fuera de la vagina (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020). En la Tabla 17 se muestra los factores de riesgo.

Tabla 17. Factores de riesgo que predisponen al prolapso de cordón.

FACTORES DE RIESGO	MANEJO DEL PROLAPSO DE CORDÓN:
<ul style="list-style-type: none"> • Parto prematuro • Embarazo múltiple • Polihidroamnios • Presentación podálica • RAM o REM con presentación no encajada: factor desencadenante más importante 	<ul style="list-style-type: none"> - Empuja la presentación fetal evitando la compresión del cordón por la cabeza fetal. - Se mantendrá en esta posición hasta la extracción del RN por cesárea. - Si el prolapso de cordón se produce en una mujer con dilatación completa y presentación en espinas +2, se atenderá el parto vaginal, probablemente con ayuda de un fórceps

Fuente: (Carvajal Cabrera & Ralph Troncoso, 2020)

1.37. Rotura uterina

Se entiende por rotura uterina al desgarramiento de la porción supravaginal del cuello, del segmento inferior o del cuerpo del útero. La rotura uterina es una de las complicaciones más serias del embarazo y del parto. Es más común la rotura uterina en los casos de distocias o de partos

laboriosos, y es más rara cuando espontáneamente llega a presentarse durante el embarazo. En la mayoría de los casos el origen de este accidente debe ser atribuido a alguna cosa, materna o fetal, que sobrepasando la resistencia elástica de la fibra uterina logra romperla o disociarla, tal como ocurre cuando padecimientos propios del músculo uterino o de los anexos fetales logran producir este accidente inversa el curso del embarazo (Anaya & Infante, 2010).

El desgarro del segmento inferior y el del cuerpo del útero se puede clasificar de acuerdo con su extensión y con su profundidad. En cuanto a su extensión, será parcial si comprende una sola porción, ya sea el segmento inferior o el cuerpo uterino y será total si abarca ambas porciones. En cuanto a su profundidad, será incompleta cuando interese las capas mucosa y muscular de la matriz, respetando la serosa peritoneal y será completa si al interesar el peritoneo pone en comunicación la cavidad uterina con la cavidad abdominal. El diagnóstico es clínico a través del examen físico a nivel de abdomen se podrá determinar el anillo de Bandl, se tocan los ligamentos redondos sumamente tensos en forma de cordones duros y muy dolorosos además puede ayudar los signos vitales que puede mostrar hipotensión, taquicardia, desaturaciones, exámenes de laboratorio mostraran estados anémicos agudos (Anaya & Infante, 2010).

En cuanto al tratamiento un recurso será la laparotomía, ya sea porque haya necesidad de extraer un producto que se encuentre todo o en parte dentro de la cavidad abdominal o que el fin sea con objeto de suturar una herida uterina posparto. La histerectomía estará indicada cuando la extensión de la herida y sus infiltrados sean de tal consideración que quede el peligro latente de la rotura uterina. En la rotura incompleta superior la conducta a seguir estará regida por el valor de la hemorragia y muchas veces será la laparotomía la que haga el diagnóstico preciso y establezca la conducta terapéutica (Anaya & Infante, 2010). En la Figura 31, se visualiza esquema de la rotura uterina.

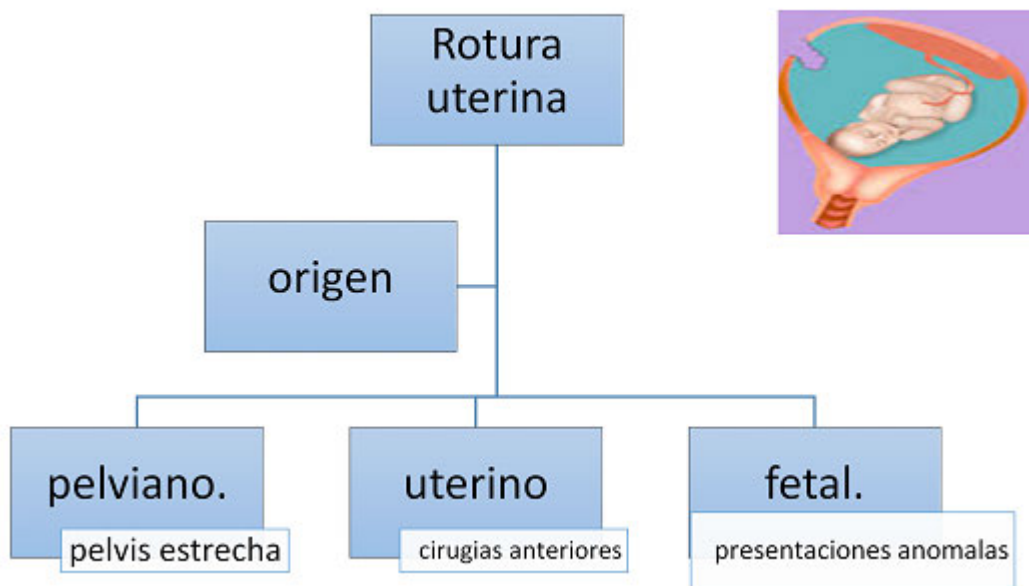


Figura 31. Esquema de la rotura uterina.

Fuente: [Autores, 2020]

Inversión uterina.

La inversión uterina puerperal es una emergencia obstétrica rara y constituye un desafío en su diagnóstico y tratamiento. El reconocimiento oportuno y su tratamiento inmediato son indispensables para reducir la morbilidad y la mortalidad. La incidencia reportada en la literatura es variable. La inversión uterina puerperal es una complicación poco frecuente y muy seria que ocurre en el tercer estadio del trabajo de parto; los grandes estudios reportan una incidencia de 1:20.000 - 1:25.000 partos. La inversión uterina no puerperal es aún más rara, y se asocia a patología maligna (carcinoma endometrial, sarcoma). En la serie de casos de McCullagh el 85% fue de origen puerperal y el 15% fue no puerperal. Existen distintas clasificaciones de la inversión uterina dependiendo de su relación con el parto, el tiempo y la extensión de la inversión. Con relación al parto se puede clasificar en puerperal y no puerperal, siendo esta última casi siempre crónica. La mayoría de casos reportados asociados a inversiones crónicas se deben a tumores benignos o malignos del cuerpo uterino, comúnmente miomas

submucosos, pólipos endometriales, sarcomas uterinos y cervicales, cáncer endometrial o idiopática cuando no se encuentra ninguna causa. Según la duración en tiempo desde el parto hasta el momento del diagnóstico se considera que la inversión es aguda en las primeras 24 horas puerperales, subaguda de 24 horas hasta el primer mes y crónica por más de 4 semanas (Parra W, Sedano M, & Sofia., 2008). (Paulina Parra W, Rodrigo Sedano M, Sofia Peña M, 2008)

Según la extensión la inversión uterina se puede clasificar según su extensión, como lo muestra la Tabla 18.

Tabla 18. Agentes uterotónicos usados en atonía uterina

Grado	Características
Grado I	El fondo se extiende hasta el cuello uterino.
Grado II	Protrusión del fondo por debajo del anillo cervical pero que no alcanza el orificio vaginal
Grado III	Completa. Extensión del fondo hasta el orificio vaginal.
Grado IV	Total o prolapso. Vagina invertida con el útero por debajo del orificio vaginal.

Fuente: [Autores, 2020]

Entre los factores de riesgo se describe un inadecuado manejo de la tercera etapa del parto. La tracción inapropiada del cordón umbilical, con la placenta aún adherida y el útero relajado, aumentan el riesgo de inversión uterina, principalmente si la placenta está inserta en el



fondo uterino. Otros factores que aumentan el riesgo incluyen maniobras de presión fúndica (maniobra de Crede), extracción manual de la placenta, la presencia de un cordón corto y acretismo placentario. Las manifestaciones clínicas incluyen hemorragia severa, que puede llevar a shock hipovolémico, shock neurogénico y dolor. Al examen físico, dependiendo del grado de inversión del útero, se puede evidenciar una masa roja que protruye o no por el introito y a la palpación abdominal no se encuentra el fondo uterino (Parra W, Sedano M, & Sofia., 2008). Una vez hecho el diagnóstico de inversión uterina, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente. En el manejo inicial es fundamental el soporte hemodinámico y la anestesia. Simultáneamente, las tentativas de restaurar el fondo uterino deberían ser emprendidas independientemente del nivel de anestesia o analgesia. La técnica, conocida como la maniobra de Johnson, implica tomar el fondo uterino invertido y empujarlo a través del anillo cervical para restaurar su posición normal. La dirección de la presión es hacia el ombligo y la rapidez es clave. Si fracasa esta maniobra, existen otras opciones para reposicionar el fondo uterino. Se han reportado resultados exitosos postadministración intravenosa de sulfato de magnesio, ritodrina y terbutalina. A pesar de ser un buen relajante uterino, el sulfato de magnesio requiere al menos 10 minutos para ejercer su efecto. La nitroglicerina intravenosa es un relajante uterino de rápida acción, que ha sido utilizado para el tratamiento de la inversión uterina y retención placentaria (Parra W, Sedano M, & Sofia., 2008).

Ocasionalmente, la contracción del anillo cervical puede impedir maniobras de reposición del fondo uterino a pesar del uso de relajantes uterinos. En estos casos, la indicación es una laparotomía para la corrección quirúrgica de la inversión uterina (Parra W, Sedano M, & Sofia., 2008).

CAPITULO II

SALUD Y RIESGO REPRODUCTIVO





2.1. Importancia de la salud y riesgo reproductivo

La salud y riesgo reproductivo se han convertido en temas de gran importancia en la sociedad debido a la gran proliferación de enfermedades de transmisión sexual y al gran aumento de embarazos que han ocurrido, sobre todo en adolescentes. Estos temas se han convertido en la punta de lanza de muchas organizaciones, fundaciones y entes gubernamentales. Como instrumentos que permitan una buena y eficaz información están programas, talleres, simposios, folletos sobre salud y prevención sexual y reproductiva.

La educación sobre salud y riesgo reproductivo debe surgir en todos los niveles de educación y pasar esas fronteras para llegar a todas las comunidades. Es primordial que las personas conozcan los factores más importantes que involucran una vida sana personal, así como la vida que viene de la reproducción. Es decir, es velar por un futuro mucho mejor.

“La falta de educación sólida con respecto a la vida sexual y reproductiva, desde los primeros años de escuela o desde ámbitos en la comunidad, es de las causas que influyen en el inicio muy temprano, y de manera desinformada, de la vida sexual, con el frecuente resultado de un embarazo no planeado ni deseado en ese momento”. (Lenkiewickz, 1994, pág. 155)

Es importante entonces comenzar con el significado de la salud reproductiva, debido a que permite controlar, por parte del individuo, la calidad de vida que necesita en su entorno. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de completo bienestar físico, mental, social, que no solamente comprende la ausencia de enfermedad durante el proceso de la reproducción, sino que también la atención preconcepcional, prenatal, del parto, del recién nacido, del puerperio y neonatal precoz (Sarmiento, Peña, & Damas, 2008).



Uno de los factores importantes en la salud reproductiva es como el hombre enfrenta esta relación y su compromiso de evitar el riesgo reproductivo, desde toda arista, para la mujer. Es decir, la conducta del hombre juega un papel importante en el desarrollo de una buena salud reproductiva. Para ello se deben promover cambios de comportamiento que incluyan una modificación de las relaciones de género y Ofrecer información y servicios a los hombres que los necesitan y hacerlo con parámetros de calidad, con respecto y sensibilidad hacia sus necesidades (Herrera & Rodríguez, 2001).

El papel del hombre en el bienestar de la mujer embarazada es fundamental, porque da equilibrio a la función familiar que está en proceso. Cuando existe desequilibrio por parte de la conducta del hombre entonces los riesgos de reproducción se incrementan, sobre todo en casos de parejas jóvenes. Esto produce desconocimiento del futuro de esas relaciones debidas a un embarazo, su calidad, duración y las condiciones de protección, afecto y bienestar en que estarán la mujer y el futuro niño (Lenkiewickz, 1994).

Ahora, la salud reproductiva no solo es prevenir alguna enfermedad de transmisión sexual sino también tener los cuidados necesarios en el proceso de reproducción. Esto conlleva a conocer los riesgos de reproducción. Es necesario entonces analizar la importancia del factor de riesgo. Es todo aquello atributo o exposición asociado con una probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad; este atributo no necesariamente constituye un factor causal directo y puede ser modificado por alguna forma de intervención (Barrios, Castañeda-Camey, Romero-Gutiérrez, D., & Langer-Glas, 1993).

De aquí se extrapola este concepto y se relaciona el termino reproducción para así obtener un concepto más específico de lo que se denomina riesgo reproductivo. Este se puede definir como la posibilidad que tiene una mujer o su hijo de sufrir daño, lesión o muerte durante el



proceso de la reproducción: embarazo, parto, puerperio, etapa perinatal, infantil y niñez (Sarmiento, Peña, & Damas, 2008).

De la misma manera, estos riesgos reproductivos están asociados al embarazo por lo que al final busca el bienestar de la familia y el hogar. Es por ello, que el embarazo sea planificado, deseado, y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas para disminuir el riesgo de reproducción (Sarmiento, Peña, & Damas, 2008).

El embarazo es el factor importante en el desarrollo de una salud reproductiva óptima, por lo que se deben cumplir y satisfacer las condiciones mínimas para el bienestar de la gestante y del feto. Los riesgos están condicionados tanto por los antecedentes biológicos, hereditarios y psicológicos, como por la situación socioeconómica y cultural e incluyen condiciones desfavorables orgánicas, emocionales, ambientales y de comportamiento, así como el acceso a los servicios de atención a la salud (Cruz, Alarcón, López, & Nader, 1998).

2.2. Fisiología de la reproducción

Uno de los factores más importante para el desarrollo de la reproducción es el contacto entre personas de sexo distinto en la cual busca proporcionar una nueva vida y con él una nueva herencia física, química y biológica que ha trascendido de generación en generación en las diferentes sociedades que conforman nuestro mundo. Es uno de los eventos más complejos, pero al mismo tiempo más fascinantes de la naturaleza, pues representa para cada individuo la posibilidad de perpetuarse a través de sus descendientes (Cornejo, 2009).

Sin duda es un fenómeno que trasciende más allá de lo físico sino también lo psicológico, porque la relación va más allá de este proceso, es un acontecimiento social entre dos personas que buscan un fin común. La relación sexual es el acto consumado del compromiso entre las dos

personas a la cual pueden esperar como respuesta la reproducción de sus genes.

Para ello, para la reproducción es necesario poder comprender la importancia de los organismos que hacen vida dentro del aparato reproductor del ser humano, y esto es a través del carácter netamente biológico. Es decir, el gameto femenino es de gran tamaño y carece de motilidad recibiendo el nombre de ovulo y el gameto masculino es de tamaño pequeño y se mueve hasta llegar al gameto femenino el cual recibe el nombre de espermatozoide (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993).

2.3. Óvulo

Una de las estructuras más importantes en el organismo de la mujer son los ovarios. Su función es compleja, pero a la vez muy importante para el desarrollo de la reproducción humana. El ovario está conformado por la médula ovárica, donde se encuentran los vasos ováricos, y la corteza ovárica, en donde se alojan los folículos en sus diferentes estadios, estos, a su vez, contienen el oocito que está rodeado por células foliculares (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020).

La génesis de la formación del ovulo empieza con el crecimiento del folículo, la cual se produce en varias etapas de maduración permitiendo al final la expulsión del oocito apto para ser fecundado. Es decir, que la maduración del ovulo ocurre en los folículos ováricos o de Graaf que las transforma en células para la reproducción (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993). Estas etapas de maduración de los folículos se detallan en la Figura 32.

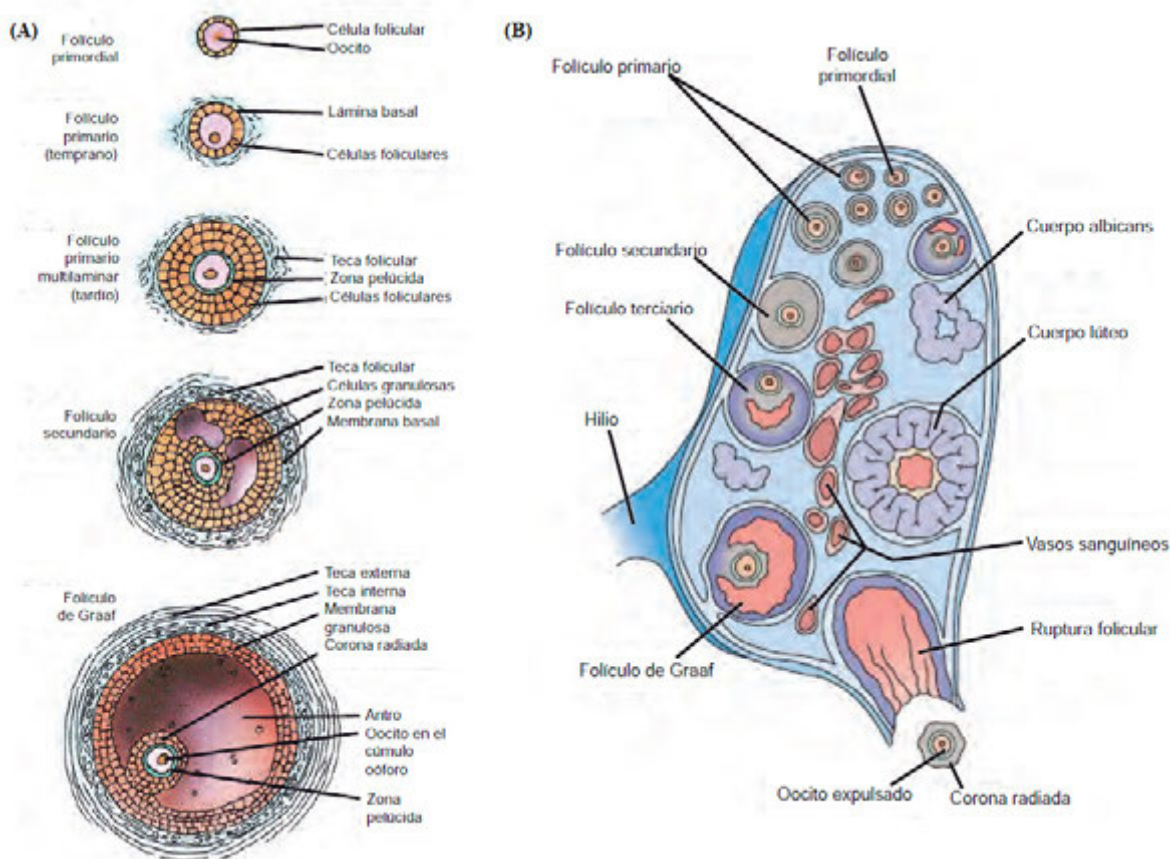


Figura 32. (A) Esquema del crecimiento de los folículos, donde en el de Graaf ya el oocito está a punto de ser expulsado y (B) esquema del útero, el cual muestra el mismo crecimiento del folículo y la expulsión del oocito.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)

El proceso de expulsión del oocito se llama ovulación. En esta fase debe cumplir algunos factores que permitan la segregación de esta célula hacia las trompas de Falopio.

“Cuando se acelera la parte media del ciclo, el incremento rápido de estradiol (E2) desencadena la secreción aguda de la hormona luteinizante (LH) y, en menor proporción, de la hormona foliculoestimulante (FSH), conocidos como picos hormonales (retroalimentación positiva de los estrógenos); específicamente, la de LH parece disparar la ovulación a través de la biosíntesis de diferentes sustancias intramolecula-

res, como las prostaglandinas, proteoglucanos y enzimas proteolíticas (activador de plasminógeno) que a su vez activan otras sustancias que participan en la digestión de la pared folicular, previa a la rotura. Finalmente, se restablece la meiosis y la rotura posterior del folículo resulta en la expulsión del complejo ovocito-**cumulus**, con lo que termina la fase folicular del ciclo”. (Cornejo, 2009, págs. 118-119)

Poder producir esta expulsión del oocito del folículo se requiere ciertos niveles de energía, esta proviene del líquido folicular que está dentro del ovario, el cual genera una gran presión que hace estallar el folículo. Aquí el oocito, ahora ovulo, salta hacia la trompa de Falopio, donde empezara un recorrido a lo largo de esta a la espera de ser fecundado por un espermatozoide; si no es así, llega hasta el útero, y es expulsado de él (menstruación) (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993). Esto último es lo que se denomina el ciclo lúteo, cuando el ovulo no es fecundado y es expulsado 28 días después de su creación. En la Figura 33 se visualiza la fase folicular y luego la fase lútea.

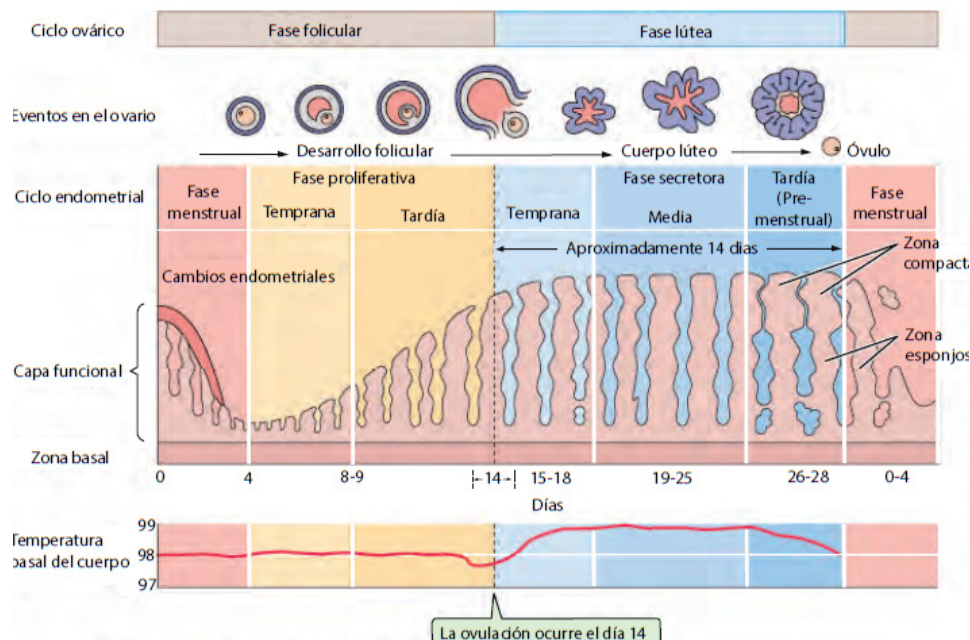


Figura 33. Esquema que detalla la fase folicular y la fase lútea en un período de 28 días.

Fuente: (SALDARRIAGA & ARTUZ, 2020)



2.4. Espermatozoide

El espermatozoide es una célula muy pequeña que tiene como finalidad fecundar el ovulo. Durante el coito, 200 a 500 millones de espermatozoides son depositados en el cuello uterino y el fondo del saco posterior, de la cual la primera porción contiene la concentración más alta (3/4 partes) y en condiciones favorables penetran rápidamente el moco cervical (Cornejo, 2009).

El espermatozoide está compuesto por dos partes, una es la cabeza y la otra es la cola. La primera es piriforme que sólo contiene el núcleo; y la segunda es llamada filamento axil, apéndice caudal o protoplasma, cuyos movimientos permiten el desplazamiento del espermatozoide (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993). El espermatozoide es una célula de 45 a 50 μ de longitud, que se desplaza con una velocidad promedio de 75 μ /seg (Cornejo, 2009).

Las células madres de los espermatozoides son las espermatogamas que tienen formas redondas, de gran tamaño y están ubicadas en las glándulas genitales masculinas. Los grandes cambios que deben sufrir estas células para convertirse en espermatozoides son de llamarse espermatogénesis (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993). Las células primarias, por influencia de la testosterona se divide, una en espermatogonia tronco y otras en espermatocito primario, esta última se convierte en espermatocito secundario y después en espermatides, la cual se diferencian en espermatozoides maduros (Cornejo, 2009).

La edad máxima para producir gran cantidad de espermatozoides es en edad adulta joven, de 20 a 30 años. Existen parámetros fundamentales para obtener una gran eyaculación en el coite y así extender la cantidad de espermatozoides. Estas son: la edad, temporada, grado de excitación sexual, tamaño testicular y frecuencia de eyaculación (Cornejo, 2009).

“El espermatozoide tiene marcada habilidad para penetrar el moco cervical, atravesar la cavidad uterina, entrar al oviducto y alcanzar el sitio de fertilización en la porción distal de la salpíngex en menos de 15 minutos. Al final de esta arriesgada jornada, la célula espermática debe preservar su actividad y capacidad fertilizante, la cual mantiene por al menos 48 horas y quizás 72”. (Cornejo, 2009, pág. 120)

2.5. La fecundación

El camino que ha de recorrer el gameto masculino es de 8 a 9 cm, donde la fecundación se da gracias a la penetración del núcleo espermático en el ovulo donde se fusiona con el núcleo de esta célula (Olmeda Latorre & Ubach Soler, 1993). Para que el espermatozoide se desplace por el recorrido para fecundar al ovulo es necesario que cumpla ciertas condiciones.

“La migración espermática dentro del cuello uterino incluye tres factores: **a)** capacidad del espermatozoide para penetrar el moco; **b)** estructura y composición única del moco cervical que guía, alimenta y protege al espermatozoide; **c)** configuración morfológica de las criptas cervicales, que contribuyen al almacenamiento y preservación de espermatozoides en el canal cervical y su liberación sostenida y prolongada dentro del aparato genital superior”. (Cornejo, 2009, pág. 121)

Es decir, el desplazamiento del espermatozoide a través del órgano reproductivo femenino es una intrincada serie de obstáculos que deben sopesar para poder lograr el objetivo, atrapar el ovulo. En parte, los espermatozoides guiados por la línea del moco cervical son transportados a las criptas cervicales, donde se almacenan y alimentan por muchas horas después del coito (Cornejo, 2009).

Es el moco cervical parte fundamental para la sobrevivencia de los espermatozoides. Su importancia radica en que es una secreción compleja producida continuamente por las células secretorias del endocér-



vix, aunado a una pequeña cantidad de fluidos endometriales, tubarios y quizás foliculares pueden contribuir con el moco cervical (Cornejo, 2009).

Ahora, el transporte del espermatozoide al útero también es considerado como un factor imprescindible para la fecundación. Esto se hace a través de la cavidad uterina, que además sirve como incubadora cuando el feto está en proceso de crecimiento. Cuando se encuentran en el interior de la cavidad uterina, se considera que se ha sometido a una selección, de modo que se trata de células activas y con capacidad fertilizante, la cual depende de las contracciones uterinas y de su propia motilidad (Cornejo, 2009).

Luego, este espermatozoide pasa por las trompas de Falopio las cuales están diseñadas para facilitar el desplazamiento de estos y por ende ayuda a la fertilización. Además, las uniones entre el ampulla y el istmo, y el útero y la trompa son esfínteres fisiológicamente importantes que regulan el tiempo de permanencia de los ovocitos y embriones tempranos en el oviducto (Cornejo, 2009).

El desplazamiento del espermatozoide dentro del aparato reproductor femenino termina en el istmo, donde se encuentra con el ovulo y se realiza la fusión. La eficiencia general de captura ovular es del 44%, es decir que esta parte capturada ocurre la fertilización la cual permite la interacción y penetración de la zona pelúcida por el espermatozoide, y la fusión de las membranas del espermatozoide y del ovocito (Cornejo, 2009).

En este momento, ocurre el estado embrionario donde ocurre múltiples situaciones del embrión con el fin de poder lograr el desarrollo gestacional. Este estado inicia 14 días después de la fertilización. Sin embargo, en la mayoría de los casos, el término embrión se utiliza para describir al producto de la concepción, desde la primera división celular hasta los estadios iniciales del desarrollo de órganos (Cornejo, 2009).

En la Figura 34 se puede detallar las secuencias de eventos después de la fertilización.

2.6. Genética en reproducción humana

El cuerpo humano tiene un conjunto de códigos que representa las características individuales y colectivas de todos los órganos que abarcan, desde el sistema nervioso hasta el sistema locomotor, respuestas psicológicas, sociales y culturales, y que afectan la cotidianidad y el futuro de su desarrollo. El principal código que permite la fusionalidad de todos estos aspectos es la genética.

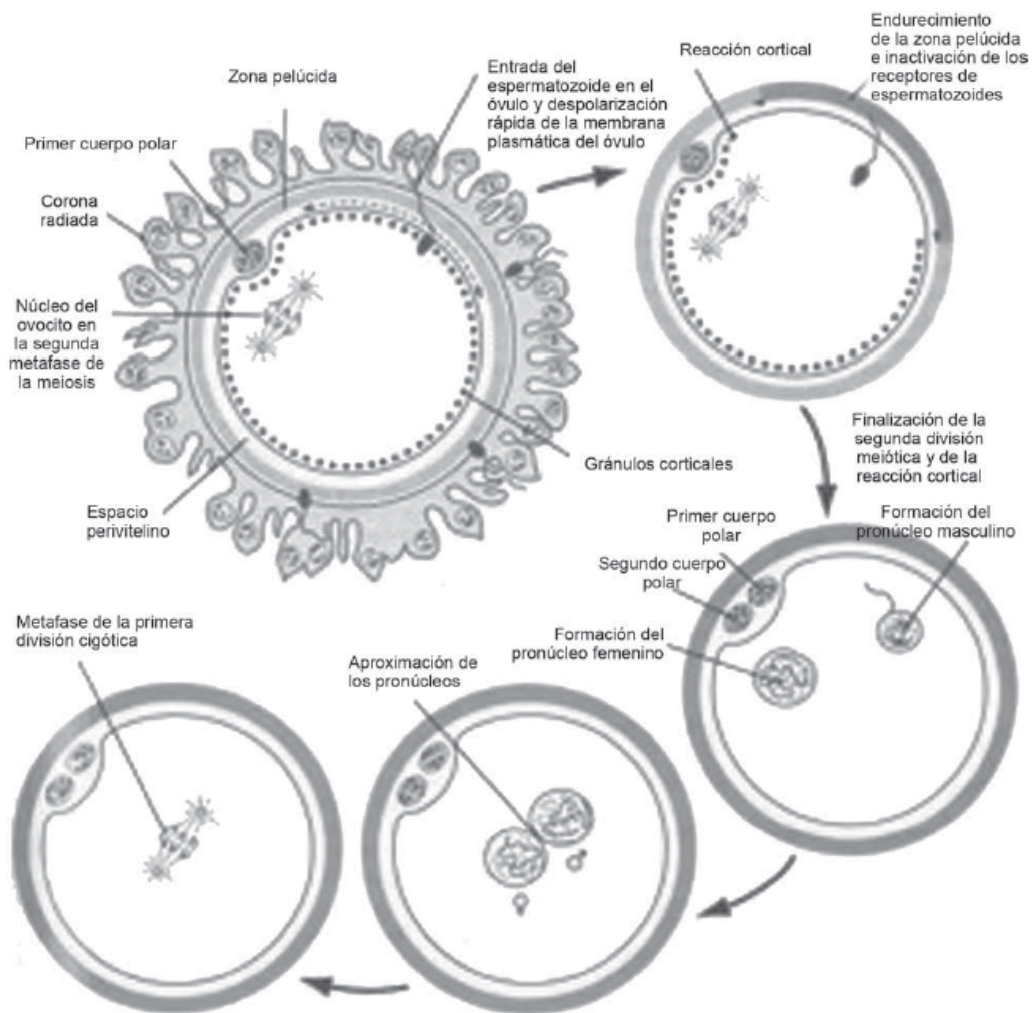


Figura 34. Secuencia de eventos después de la fertilización.
Fuente: (Cornejo, 2009)



Ahora, desde el punto de vista reproductivo, el mismo organismo se encarga de realizar mutaciones genéticas que permiten el desarrollo de nueva vida. Eso ocurre en la fecundación con la unión de los genes maternos y paternos. Durante la meiosis, sucede la duplicación del ADN; esto quiere decir que permite la recombinación de material genético, la cual permite una diversidad generada que aumenta el éxito de la especie para adaptarse a un ambiente en constante cambio (Cornejo, 2009).

Así mismo, con esta genética se puede analizar el pasado para comprender el futuro del individuo, desde la manera de pensar hasta los rasgos físicos, químicos y biológicos de la salud en general. La genética ha sido la vanguardia para los estudios de múltiples enfermedades que aquejan a las sociedades. Prácticamente todas las enfermedades tienen componentes genéticos constitutivos o adquiridos, las cuales pueden utilizarse para diagnosticar enfermedades e identificar nuevos tratamientos o medicamentos destinados a tratar más específicamente una enfermedad (González-Andrade, Romero, & Vallejo, 2012).

Es por ello, que la generación de conocimientos radica en la genética humana es fundamental para el desarrollo de la especie a futuro, a través de la biomedicina y la biotecnología. Estos logros se están centrando en los ámbitos de suma importancia para el ser humano; la salud (procedimientos diagnósticos y tratamientos) y la reproducción, se halle o no ésta vinculada a problemas de salud (de la Pareja o del futuro hijo) (Casabona, 2013).

“El punto de partida es proponer la inviolabilidad de la herencia genética como un Derecho Humano, o sea que tenemos el derecho de tener descendencia y de heredar nuestras características genéticas a salvo de cualquier manipulación. Dicho en otra forma, como regla general, no se puede intervenir en el genotipo”. (Manzanera, 2007, pág. 173)

Existen situaciones médicas que pueden permitir alguna modificación genética. Esto es porque hay sospecha de la existencia de alguna afección dentro de los genes. Los exámenes de corte epidemiológico para detectar anomalías genéticas deben limitarse a los casos en que se tenga una finalidad médica claramente definida, los sujetos de examen deben estar ampliamente informados, y prestar su consentimiento en forma inequívoca (Manzanera, 2007).

Las enfermedades que no son diagnosticadas en la etapa prenatal o neonatal pueden tener una forma de poder conocer esas situaciones a través de la ingeniería genética. Es por ello, que se aplica un tamizaje para identificar a las personas que tienen más posibilidades de desarrollar una enfermedad, con el objetivo de prevenir el cáncer o las aneuploidías y los defectos del tubo neural, como por ejemplo (González-Andrade, Romero, & Vallejo, 2012).

Todas estas alternativas o biotecnologías y biomedicina son aceptados en la actualidad, aunque muchos de estos procesos fueron creados violando toda norma jurídica y ética, y han permitido solventar infinidad de situaciones. En la actualidad esta admitido la elaboración de procedimiento y productos biotecnológicos que testan sustentados en las medidas de seguridad y manejo de materia viva con modificaciones genéticas, aunque estas son todavía impredecibles (Casabona, 2013).

2.7. Asesoramiento genético

La tecnología en el ámbito genético ha repercutido en los valores morales y éticos desde el mismo momento que se descubrió que se puede modificar una estructura celular con el fin de poder prevenir ciertas condiciones que anteriormente no se sabía que podría suceder hasta el momento de su aparición. La biotecnología se ha convertido en una ventana hacia el futuro en búsqueda de acciones que permitan la existencia del hombre a futuro en un completo ambiente de bienestar. Los aspectos éticos y morales surgen en todas las ramas de las medicinas,



pero son especialmente beligerantes en la genética, no solamente por la forma en que este tema choca con el individuo sino también con la sociedad en general (Cidre, 2008).

Una de las situaciones más importantes en el desarrollo de prevención de estas enfermedades a futuro y manifestadas de generación en generación a través de la genética humana es el asesoramiento genético.

Es un proceso de comunicación acerca de los problemas humanos asociados con la ocurrencia, o riesgo de ocurrencia y repetición, de un desorden genético familiar (Pinto-Escalante, Ceballos-Quintal, Castillo-Zapata, & López-Avila, 2001).

La búsqueda de evitar estos desordenes en el futuro y de buscar el desarrollo y bienestar familiar en la generación posterior es que nace esta rama. Es una estrategia fundamental de los servicios de genética, con el objetivo de facilitar a individuos y familias afectadas la comprensión de los mismos, el enfrentamiento de sus consecuencias médicas y sociales y permitirles tomar las mejores decisiones (Cidre, 2008).

Uno de los principales contextos de trabajo en el área pediátrica y neonatal. Esto es debido a la participación de los defectos al nacimiento y las hospitalizaciones pediátricas debidas a alteraciones genéticas como causa principal o componente parcial (Pinto-Escalante, Ceballos-Quintal, Castillo-Zapata, & López-Avila, 2001).

El asesoramiento genético se basa en dar las pruebas y resultados de análisis sobre la genética del embrión y de sus posibles consecuencias a futuro. El médico asesora; la conducta reproductiva la decide el paciente, donde pone a disposición de sus pacientes todos los elementos informativos necesarios para facilitar la toma de decisión que será confidencial y únicamente derecho de la pareja consultada (Cidre, 2008). La mayoría de los genetistas coinciden en que el asesoramiento genético debe ser imparcial, sin embargo, en situaciones de

diagnóstico fetal anormal pueden optar por proponer la interrupción del embarazo o no (Pinto-Escalante, Ceballos-Quintal, Castillo-Zapata, & López-Avila, 2001).

Uno de los métodos más importantes para el asesoramiento genético es el diagnóstico prenatal. En él se realizará todos los pasos los cuales permitir que la mujer o la pareja tomen la decisión que permita un bienestar a futuro. Uno de las técnicas es el ultrasonido y existen otras técnicas, “invasivas”, como la extracción de líquido amniótico (amniocentesis) o la obtención de un pequeño fragmento de la placenta (biopsia de vellosidades coriales BVC) en las que se estudian directamente las células fetales (Cidre, 2008).

Muchas parejas, no solo realizan este diagnóstico prenatal, sino que buscan información antes de la gestación. Estas buscan, sobre todo, cuando existe la posibilidad de que sean portadoras de alguna enfermedad con patrón de transmisión autosómico recesivo., permitiendo que estos estudios genéticos presintomáticos puedan ser utilizados para intercambiar información antes de tomar la decisión de tener descendencia (Cidre, 2008).

Los resultados de este diagnóstico pueden ocasionar complicaciones, no solo en salud, sino afectación de la vida social de la persona o círculo familiar. Es por ello, que se debe manejar la información con extrema confidencialidad. Por lo cual, la información que se tenga como resultado de estas pruebas puede conducir a consecuencias serias en el estilo de vida futura, empleo y seguros de vida de la persona estudiada (Pinto-Escalante, Ceballos-Quintal, Castillo-Zapata, & López-Avila, 2001).

El impacto psicológico de saber un riesgo genético, y las difíciles decisiones a las que se enfrenta un individuo identificado con riesgo genético, pueden requerir un apoyo mayor al de una sesión de información (Pinto-Escalante, Ceballos-Quintal, Castillo-Zapata, & López-Avila,

2001). De tal forma, que se requiere un equipo multidisciplinario que ayude y apoye a lograr obtener el mejor resultado sin afectar el desarrollo, físico y mental, de la mujer y su entorno.

2.8. Reproductiva y/o riesgo reproductivo

Una de las poblaciones más vulnerables a sufrir riesgos reproductivos es la joven porque experimentan experiencias debido a la búsqueda de nuevos horizontes reflejados en su comportamiento variable, es decir en la búsqueda de su personalidad a través de mecanismos complejos que dependerán de condiciones psicológicas. Esto hace que emerjan la necesidad de buscar alternativas integrales de promoción, prevención y educación sexual integral, junto a las posibilidades de brindar servicios integrales de salud en la universidad (Hernández, Del Carmen, Pérez Piñero, & Sanabria Ramos, 2015).

Esta valoración que se hace del comportamiento joven y la capacidad de hacer frente a los factores de riesgo para la salud, y por ende a los riesgos reproductivos, hacen analizar que no tienen el conocimiento sobre salud sexual a lo que se enfrentan cuando tienen una relación. De otra manera, tienen poca percepción de riesgo e insuficientes valores en las relaciones de parejas, elementos que están dados por pocos conocimientos, conceptos erróneos provocados por estigmas, y problemas educativos del contexto familiar y escolar precedente, así como elementos culturales presente en sus apreciaciones (Rodríguez Cabrera, Sanabria Ramos, Palú, & Cáceres, 2013).

Y esta situación es más percibida en los varones debido a la cultura de su entorno y a su creciente demostración a los fenómenos machistas que inculca la sociedad. El reto radica en estimularles conductas sexuales y reproductivas saludables, responsables consigo mismo y con sus compañeras, partiendo de la promoción de cambios culturales en las relaciones de género que modifiquen la actitud de hombres y mujeres ante la sexualidad y reproducción (Herrera & Rodríguez, 2001).



Todo esto da como resultado la intervención de la sociedad manifestado en las políticas gubernamentales y el desarrollo cultural de las personas. Las políticas públicas deben de buscar un horizonte que describa la protección y prevención sobre los riesgos reproductivos en la población, y más en los jóvenes.

“Para muchos la política pública de salud sexual y reproductiva es catalogada como la política más humana, en función de su relación con el plano íntimo y la creación misma de las personas. Características que han generado el apareamiento de una frontera entre lo privado y lo público. Desde lo privado se considera que los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción son asuntos de la intimidad y la esfera personal, espacio ocupado generalmente por la familia. La dimensión pública por su parte refiere al fortalecimiento de los derechos individuales desplazando paulatinamente a la familia quien tradicionalmente se reservó para ella estos temas. Así surge la política pública de salud sexual y reproductiva, procurando solucionar problemas que para muchos corresponden a la esfera personal, dando énfasis a los valores familiares; y otros quienes consideran es un asunto público que debe propender a garantizar la autonomía individual, la libertad y la igualdad”. (Cifuentes Ruiz, 2016, pág. 125)

Estas políticas públicas dirigidas a los jóvenes deben seguir ciertas pautas que permitan la vinculación a su entorno, forma de pensar y cultura social, permitiendo una mejor prevención a estos riesgos reproductivos. El estado debe garantizar: Programa y servicios de salud sexual y reproductiva amigables para los jóvenes; Acciones para prevenir el embarazo en adolescentes y prevenir el aborto inseguro; Involucrar a los hombres en la Salud Sexual y Reproductiva; y Suficientes recursos financieros, humanos y tecnológicos (Zambrano, Castro, & Obregón, 2016).

Ahora, si en la pareja existe la responsabilidad de llevar un control prenatal y de embarazo exitoso entonces la salud reproductiva juega un

papel determinante para el desarrollo de estas facultades. Es por ello, que el riesgo reproductivo es importante tomarlo en cuenta. En sí “Riesgo reproductivo es la probabilidad (grado de peligro) de enfermedad o muerte que tienen tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo en caso de quedarse embarazada en condiciones no ideales (Tixicuro Cabrera, 2013).

De aquí, es necesario entonces conocer los parámetros más importantes en el desarrollo del embarazo y a las cuales permiten la vulnerabilidad de la salud de la mujer. Las complicaciones más frecuentes del embarazo son la ruptura prematura de membranas, hipertensión inducida por el embarazo, parto pretérmino, tendencia a la macrosomía fetal y a las diversas causas de distocias que se producen en el embarazo y/o durante el trabajo de parto (Cruz, Alarcón, López, & Nader, 1998).

Aunado a estas complicaciones es necesario poder efectuar unos niveles de riesgo reproductivo que deben ser tomados en cuenta para tener una buena salud reproductiva. Estos niveles se encuentran detallados en la Tabla 19.

Tabla 19. Niveles de riesgo reproductivo

NIVELES DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS
Riesgo bajo (0)	Están dentro de éste nivel de riesgo las mujeres embarazadas que no han tenido ni tienen patología alguna, pero en las cuales existe circunstancias especiales o hábitos que hacen su posible embarazo más amenazado que el resto.
Riesgo medio (I)	<p>Dentro de éste nivel de riesgo se encuentran las mujeres que presentan los siguientes factores de riesgo:</p> <p>Anomalía pélvica.- Dificulta la posibilidad de parto vaginal.</p> <p>Baja estatura.- Por debajo de 140 cm. Hay una mayor incidencia de retraso de crecimiento intrauterino y mayor probabilidad de cesárea por desproporción cefalopélvica.</p> <p>Condición socioeconómica.- el nivel socioeconómico insuficiente condiciona un aumento de morbimortalidad por diversos mecanismos: insuficientes cuidados, alimentación deficiente, embarazados no deseados ni aceptados, hábitos sociales inadecuados, etc.</p> <p>Control insuficiente.- La OMS considera que un embarazo está suficientemente controlado cuando se han realizado por lo menos 5 visitas, produciéndose la primera antes de la semana 20.</p> <p>Edad inferior a 16 años.- Con frecuencia tienen problemas económicos y educacionales, y tanto ellas como sus parejas son emocional y psíquicamente inmaduros.</p> <p>Edad superior de 35 años. - La mortalidad perinatal y las malformaciones congénitas aumentan con la edad, sobre todo a partir de los 40 años.</p> <p>Esterilidad previa.- Pacientes con historia de esterilidad o de infertilidad.</p> <p>Fecha de la última regla incierta.- Su desconocimiento impide calcular correctamente la fecha probable de parto, por lo que será igualmente difícil saber si se produce una amenaza de parto prematuro, un embarazo prolongado o si el ritmo de crecimiento fetal es adecuado.</p> <p>Fumadora.- Se calcula que los hijos de mujeres que fuman pesan a término 200 g menos de lo que correspondería.</p> <p>Embarazo múltiple.- más de un feto.</p> <p>Incremento o disminución excesiva de peso.- Se ha demostrado que el estado de nutrición antes del embarazo y la ganancia de peso durante el mismo guardan relación con el crecimiento y desarrollo fetal.</p> <p>Infección materna.- En la primera mitad de la gestación son especialmente importantes las infecciones víricas, que pueden atravesar la barrera placentaria y provocar malformaciones congénitas.</p> <p>Infección urinaria.- Por el riesgo de extensión, llegando a provocar incluso sepsis. Además de que la pielonefritis puede desarrollar actividad uterina y parto prematuro.</p> <p>Periodo ínter genésico menor de 12 meses.- Ocasiona una sobrecarga para organismo materno, que puede repercutir en el desarrollo de la gestación.</p> <p>VDRL positivo o sífilis.- Riesgo de malformaciones congénitas o de enfermedad en el neonato, según el momento de la infección materna.</p>



<p>Riesgo alto (II)</p>	<p>Cuando se presentan los siguientes factores de riesgo:</p> <p>Amenaza de parto prematuro.- La prematuridad es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal.</p> <p>Anemia.- Un nivel de hemoglobina inferior a 11 g/dl favorece a la morbimortalidad perinatal.</p> <p>Drogadicción/alcoholismo.- Se acompañan de problemas sociales o económicos, provocan síndrome de abstinencia en el neonato, un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, y además el alcohol puede generar malformaciones.</p> <p>Hemorragia del 2o y 3er trimestre.- La placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta comprometen la vida del binomio materno-fetal.</p> <p>Hidramnios y oligohidramnios.- Son signos de sospecha de malformación fetal.</p> <p>Historia obstétrica desfavorable.</p> <p>Malformación fetal.- Sospechada por exploración física o por ecocardiografía.</p> <p>Malformación uterina o cirugía uterina previa.- Las malformaciones uterinas pueden intervenir en el curso de la gestación provocando su finalización antes de tiempo o dificultando el desarrollo fetal, mientras que la cirugía previa incrementa el riesgo de rotura uterina o de dehiscencia de cicatrices anteriores, especialmente durante el parto.</p> <p>Mortalidad perinatal recurrente. Cuando presentan antecedentes de dos o más fetos o neonatos muertos.</p> <p>Presentación anómala. Incrementa la posibilidad de cesárea.</p> <p>Riesgo de retraso del crecimiento intrauterino. Mujeres con antecedentes de recién nacidos con bajo peso, con dietas deficientes o sometidas a estrés importante.</p> <p>Preeclampsia leve.</p>
<p>Riesgo alto (III)</p>	<p>Cardiopatías tipo III y IV.</p> <p>Diabetes. Todas las diabéticas previas a la gestación.</p> <p>Estados hipertensivos del embarazo.</p> <p>Mujeres Rh negativas</p> <p>Patología asociada grave.</p> <p>Cualquiera que por su gravedad pueda poner en peligro el curso de la gestación o la salud de la paciente.</p>

Fuente: (Tixicuro Cabrera, 2013)

CAPITULO III

SALUD MATERNO Y NEONATAL



MAWIL

Publicaciones Impresas
y Digitales

Uno de los factores más importantes para el desarrollo maternal o neonatal es la atención primaria y especializada en salud. Con estas medidas de control y prevención se estaría evitando los problemas específicos en el embarazo y la gestación. Es decir, las mujeres necesitan atención prenatal especializada, requieren cuidados específicos en el parto y demandan apoyo en las primeras semanas del puerperio, por lo que, las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones deben ser indispensables, tomando en cuenta los protocolos establecidos (Cárdenas, Fierro, & Contenido, 2018).

Para ellos es necesario que las sociedades y poblaciones tengan las mínimas condiciones de asistencia médica. En la Figura 35 se puede observar el porcentaje de partos asistidos por personal médico en Ecuador para el 2018 y la Figura 36 detalla los profesionales de salud obstétricos en Ecuador para el 2017. También es interesante que los médicos obstétricos han crecido a razón de años anteriores en Ecuador, demostrando el interés por parte del colectivo y de los entes gubernamentales por el desarrollo de profesiones que busquen el bienestar y la salud de los habitantes, esto se puede visualizar en la Figura 37.

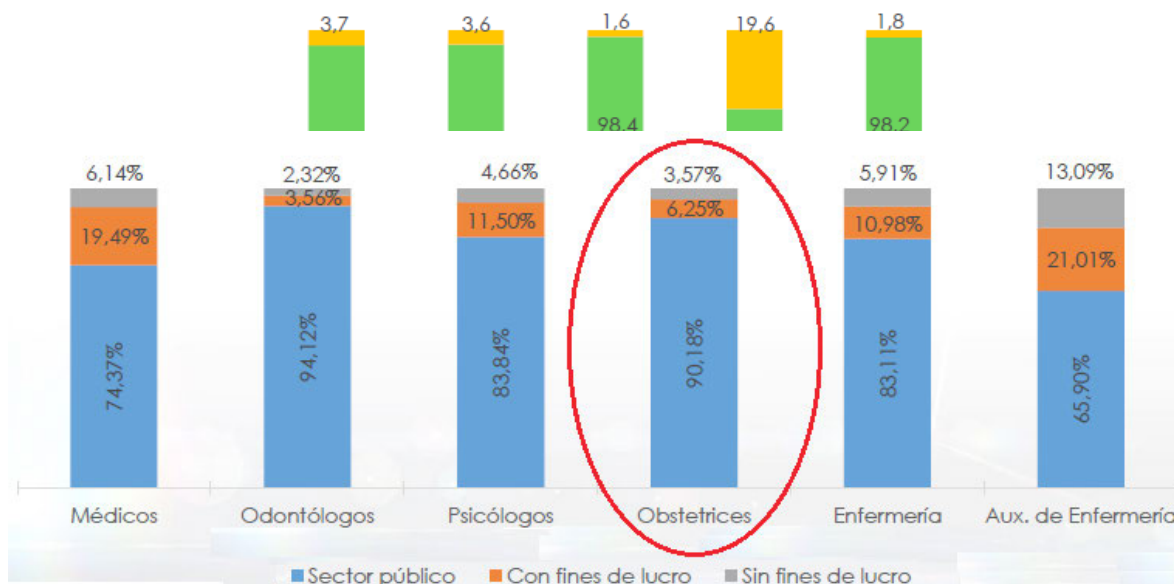


Figura 36. Profesionales de salud obstétricos en Ecuador para el 2017.

Fuente: (INEC, Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Sa-



lud, 2017, 2020)

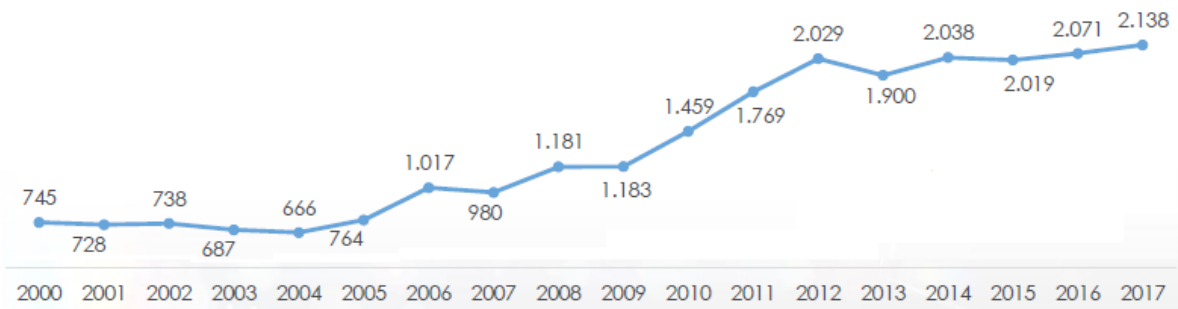


Figura 37. Cantidad de médicos obstétricos desde el año 2000 hasta el año 2017 en Ecuador.

Fuente: (INEC, Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2017, 2020)

Las tasas de mortalidad infantil, en los primeros 1000 días de vida es creciente y se debe a múltiples causas. Estas son las infecciones



Figura 38. Las primeras diez causas de morbilidad hospitalaria en mujeres, en Ecuador, para el año 2018.

Fuente: (INEC, Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018, 2020)

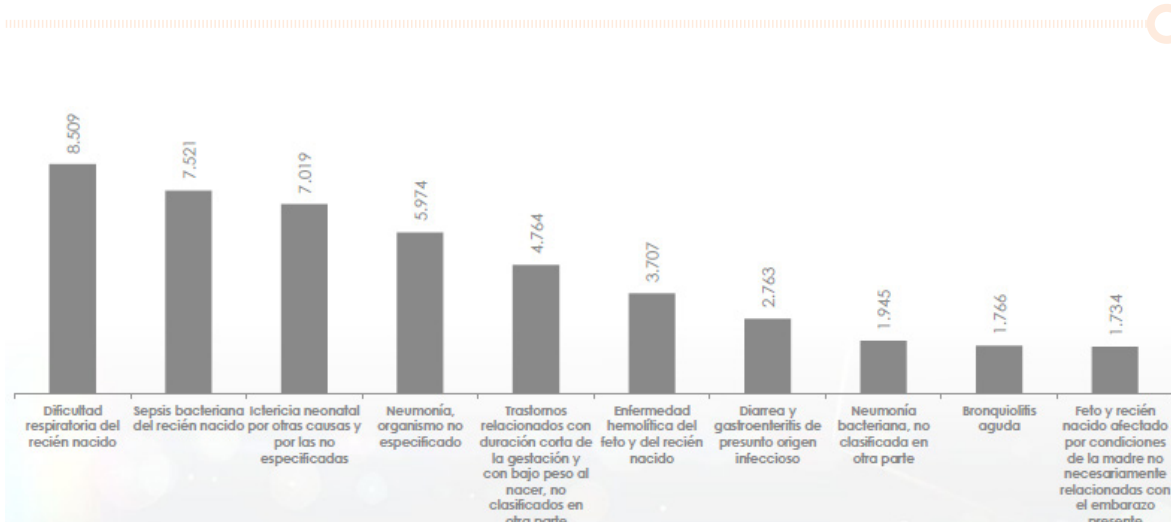


Figura 39. Las primeras diez causas de morbilidad hospitalaria en niños menores de un año de edad, en Ecuador, para el año 2018.

Fuente: (INEC, Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018, 2020)

Por ejemplo, en Ecuador, la salud materno y neonatal debe ser prioridad de la familia, sociedad y entes gubernamentales ya que existe una gran cantidad de embarazos en edades jóvenes por la falta de información y por conductas adquiridas. Por lo cual, se deben identificar y tratar los trastornos de conducta que conduzcan al descuido de embarazos futuros sin la preparación para los mismos de la mujer, la pareja y la familia (González & Reyes, 2015). Aunado a que no se puede negar que existen importantes características sociales, culturales y aun de las prácticas políticas, ligadas a circunscripciones territoriales que guardan relación con la salud colectiva (Breilh, Campaña, & Granda, 1991).

En la mayoría de las provincias ecuatorianas las principales causas de enfermedades son concernientes al aparato digestivo, pero en el sector amazónico la principal causa de morbilidad fue los traumatismos, como lo describe la Figura 40. Es decir, dependiendo de los factores geográficos, socioeconómicos, culturales y de género, las enfermedades pueden catalizar en un sector u otro y por ende la salud materna y neonatal se ve afectada.

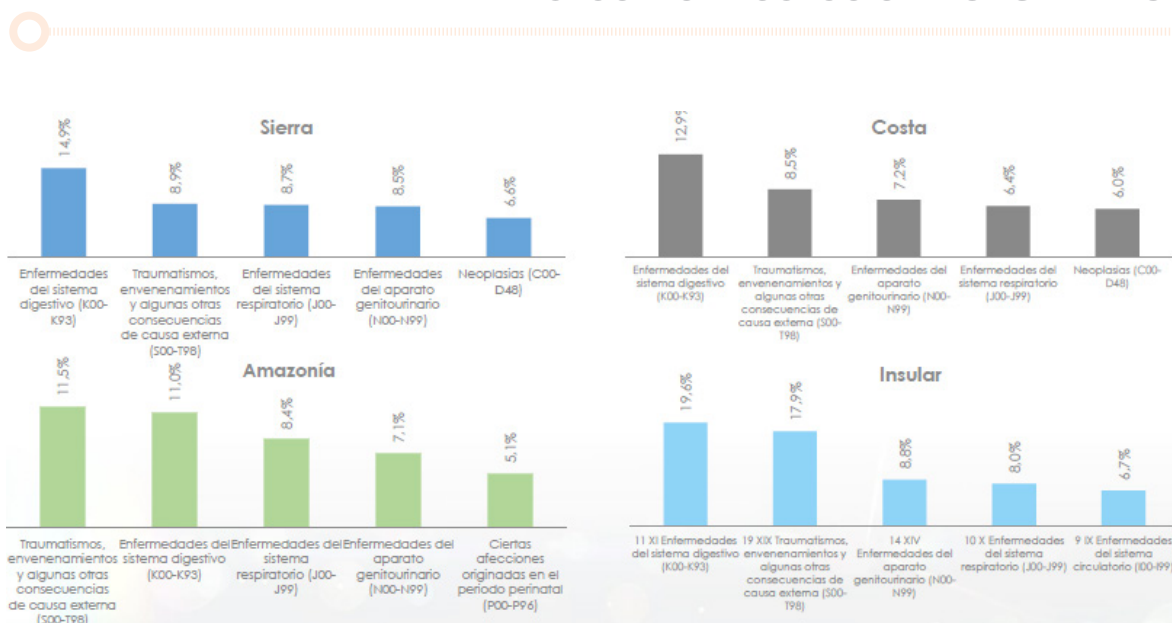


Figura 40. Causas de morbilidad en las regiones ecuatorianas para el año 2018.

Fuente: (INEC, Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018, 2020)

3.1. Riesgo preconcepcional, obstetricia y perinatal

El control y prevención de riesgos reproductivos debe ser la punta de lanza para las sociedades en la actualidad. Estos riesgos deben ser tomados en cuenta para que la calidad de vida de la mujer y de su hijo sea la más óptima. Para ello nace el término riesgo preconcepcional. Es aquel que afecta a mujeres en edad fértil que planean tener un embarazo (Varona de la Peña, Hechavarría Rodríguez, & Orive Rodríguez, 2010). Es decir, es la existencia de factores de diversa índole, que constituyen un peligro potencial para la salud reproductiva, identificados en mujeres comprendidas en edad fértil no gestantes (Regueira Naranjo, Rodríguez Ferrá, & Brizuela Pérez, 1998).

Este tipo de riesgo preconcepcional debe ser evaluado a través de varias clasificaciones y varios factores. Las múltiples clasificaciones no sustituyen al pensamiento médico para cada caso individual, de manera que las mujeres en edad reproductiva deberán ser evaluadas

para identificar los factores de riesgo que incrementen la vulnerabilidad durante la reproducción, y trazar estrategias para eliminarlos o modificarlos (Prendes Labrada, Guibert Reyes, González Gómez, & Serrano Borges, 2001). Los factores de riesgos preconceptionales se observan en la Tabla 20.

Tabla 20. Factores de riesgo preconceptionales.

FACTORES DE RIESGO	CARACTERÍSTICAS
Biológicos	Menor de 18 años, mayor de 35 años, estado nutricional deficiente III-IV, anemia, talla inferior a 150 cm.
Antecedentes obstétricos importantes.	a) Aborto a repetición del 2do. trimestre, multiparidad, espacio intergenético corto, defunciones neonatales o fetales anteriores, parto pretérmino o recién nacido con bajo peso, factor Rh negativo sensibilizado, toxemia gravídica, cesárea anterior. b) Durante el embarazo actual; incompetencia ístmica cervical, anemia dependiente del embarazo, embarazo múltiple, embarazo largo, retardo del crecimiento intrauterino.
Con enfermedades asociadas	Asma bronquial, diabetes mellitus, disfunción tiroidea, cardiopatía, nefropatía, HTA, enfermedad del colágeno, sicklemia, epilepsia y otras.
Socioambientales	Bajo nivel de escolaridad, madre soltera, relaciones sexuales inestables, hábitos tóxicos, condiciones de vida y trabajo adversas.

Fuente: (Regueira Naranjo, Rodríguez Ferrá, & Brizuela Pérez, 1998)

Con la información sobre los diferentes factores que pueden catalizar los riesgos preconceptionales permite una transformación en conocimiento que servirá para poder tomar la decisión correcta en pro de un futuro mejor. Caso contrario, el desconocimiento sobre riesgo preconceptional puede empeorar la situación y ser la causa de resultados desfavorables para la mujer y su hijo, si no se trabaja para modificar factores o controlar enfermedades previas al embarazo, que aumentarían el riesgo obstétrico y perinatal (Cáceres Cabrera, García Núñez, & San Juan Bosch, 2017).

Es por ello, que se recomienda que la pareja que desea tener hijos se involucre en el proceso de consulta preconceptional meses antes para conocer la información y poder realizar los pasos más importantes para lograr que el neonato tenga buena salud y bienestar. Con esto se logra la identificación de condiciones dañinas que serán dirigidas a

la prevención y control de enfermedades, que incluye el asesoramiento genético, con el fin de brindar orientación y educación, a través de acciones interdisciplinarias, con fines de promocionar las tomas de decisiones (Varona de la Peña, Hechavarría Rodríguez, & Orive Rodríguez, 2010).

Por esta información suministrada por la paciente, se procede a llevar la historia clínica. En ella estarán los elementos físicos o las situaciones psicosociales negativas que podrían poner en riesgo la vida de la gestante o del futuro bebé (Cáceres Cabrera, García Núñez, & San Juan Bosch, 2017).

En Ecuador, los riesgos preconcepcionales más destacados fueron la desnutrición, menos de 2 años desde el último parto y la edad menor de 18 años (Prendes Labrada, Guibert Reyes, González Gómez, & Serrano Borges, 2001). Para el año 2018, la edad promedio de la gestante al dar a luz a su primer hijo era de 21 años, en edad correspondientes entre 10 a 49 años. En la Figura 41 se muestra la tasa de edad en las provincias ecuatorianas para el año 2018.

Ahora, los factores de riesgos obstétricos son edad mayor de 35 años, antecedentes obstétricos desfavorables, dispositivos intrauterinos y el uso de píldoras anticonceptivas (Telpez-García, Acevedo-Vega, & Falcón-Segura, 2018). También esta como riesgo obstétrico potencial la anemia, la sepsis urinaria y la vaginal (Regueira Naranjo, Rodríguez Ferrá, & Brizuela Pérez, 1998).

Es también necesario poder determinar los factores de riesgo prenatal a la cual pueden estar afectando a la gestante. Estos son: riesgo de cromosomopatía de acuerdo con las causas: edad materna avanzada, embarazo en la adolescencia y otras (Varona de la Peña, Hechavarría Rodríguez, & Orive Rodríguez, 2010). Aunque, existe otros riesgos, asociados a los mismos riesgos preconcepcionales y obstétricos, como el bajo peso al nacer, la toxemia, el distrés respiratorio y el sufrimiento

fetal agudo son los más frecuentes (Telpez-García, Acevedo-Vega, & Falcón-Segura, 2018). Aunado, a que los niños nacidos de madres con riesgo preconcepcional y obstétrico están expuestos a tener una mayor morbilidad y mortalidad perinatal que los recién nacidos de madres sin riesgo con un embarazo normal (Regueira Naranjo, Rodríguez Ferrá, & Brizuela Pérez, 1998).

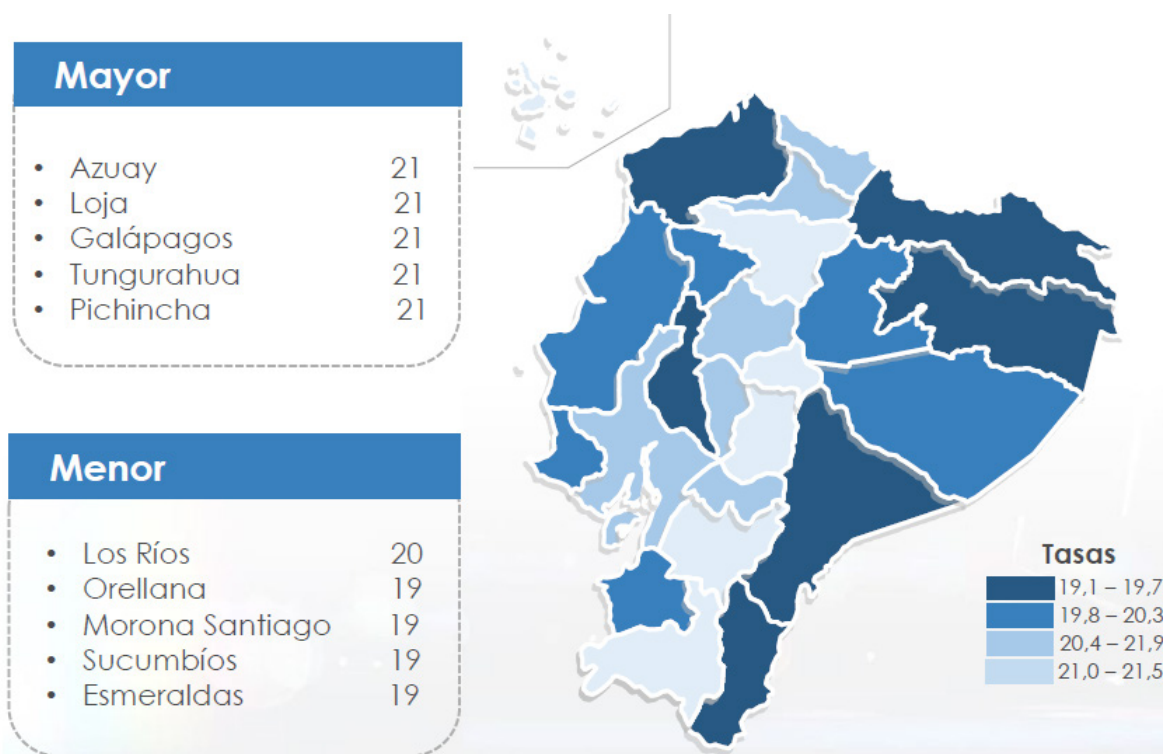


Figura 41. Promedio de edad al primer nacimiento en Ecuador, para el año 2018.

Fuente: (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020)

3.2. Bases biomédicas de la maternidad saludable y segura

Sin duda alguna que el proceso de fecundación, maternidad y vida neonatal es parte fundamental de la sociedad. Esta importancia ha

permitido que se desarrollen conocimientos que permiten acercar más lo asombroso y lo inexplicable a un entendimiento y razonabilidad. Es aquí donde la biomedicina entra en juego y permite darle carácter importante en la búsqueda de información que desarrolle procesos, técnicas o métodos que permitan el bienestar de la mujer y del hijo.

Estas herramientas han ayudado tener un mejor control en el desarrollo de las nuevas sociedades. Este sistema ha tenido una situación de expansión y contracción que ha desarrollado nuevas formas de gestación. Esto ha hecho que la reproducción humana decrezca, pero el desarrollo del conocimiento aumente. De aquí, que la familia, como espacio de socialización primaria sufrió una retracción, en tanto la racionalidad biomédica con sus normas, pasó a jugar un importante rol en el dictado de las normas regulatorias de la reproducción (Drovetta, 2009).

Por ejemplo, la biomedicina ha creado miles de técnicas que permiten la fecundación asistida para aquellas familias que no pueden tener hijos debido a diferentes problemas patológicos. Todas estas técnicas han permitido el crecimiento de la sociedad, pero a su vez han regulado jurídicamente los derechos de las personas que han participado en estas técnicas como de los solicitantes. Todo esto ha generado que la medicina se expanda, pero los derechos de las sociedades para con los niños provenientes de estas técnicas se contraen.

La reproducción asistida está dividida en dos grandes grupos, uno en la fecundación intracorpórea y otros en la fecundación extracorpórea.

“En la reproducción asistida in situ o intracorpórea la fecundación se lleva a cabo en el interior del aparato sexual femenino, por eso estas técnicas se consideran como elementales y de baja complejidad. Dentro de ellas encontramos la Estimulación Ovárica y la Inseminación Artificial; en este grupo también incorporamos a la Transferencia de Gametos a la Trompa (GIFT), aunque su desarrollo es más complejo, la



fecundación se lleva a cabo en el interior del cuerpo femenino.

Existen técnicas avanzadas que se efectúan a nivel extracorpóreo es decir que la fecundación se realiza fuera del cuerpo de la mujer, consideradas por tanto de alta complejidad, entre ellas tenemos: la Fertilización In Vitro (FIV); y, la Inyección Intra Citoplasmática de Espermatozoide (ICSI)". (Rodríguez Calle, 2013, pág. 20.)

Del mismo modo, existen nuevas terminologías que han nacido de la reproducción asistida. De esto nace la maternidad subrogada. Esta maternidad implica el nacimiento de un niño que es gestado por una mujer ajena a quien desea tener el hijo, bien una pareja con problemas de infertilidad, una mujer sola o un varón solo (de la Barreda, 2017).

Para poder cumplir con este objetivo es necesario la aplicación de las técnicas de reproducción asistida. Es decir, pudiendo el óvulo ser aportado por la mujer que va a gestar, en cuyo caso se recurre a la inseminación artificial, o ser implantando un embrión producido por fecundación in vitro (FIV) procedente o no de los padres que van a adoptar al niño (de la Barreda, 2017).

Por supuesto estas biomedicinas deben ir acompañadas de la bioética. Se debe indagar sobre el origen de la necesidad de reproducirse de forma asistida y no para otros fines fuera de la fecundación. Es decir, en la creación de vida que sirva de generación de órganos humanos para otros seres vivos, como, por ejemplo. La bioética debe buscar las situaciones más intrínsecas sobre el buen uso de la biomedicina. El acceso a estas técnicas debe estar limitado a parejas que deseen formar una familia, no es moral iniciar una vida solo para utilizarla como vehículo de células, órganos y demás (Rodríguez Calle, 2013).

De igual forma, la biomedicina debe involucrar los aspectos psicológicos para aquellos que están relacionados con la maternidad subrogada. Aunque esta práctica es reciente y no hay grandes series de datos

sobre estudios psicológicos, son cada vez más los expertos que destacan la importancia de los vínculos afectivos creados entre la madre gestante y el bebé durante la gestación (de la Barreda, 2017).

3.3. Fecundación asistida

Existen diversidad de técnicas de fecundación asistida por lo que las características van a depender de factores biológicos. Las técnicas se denominan “homólogas” cuando se valen de elementos biológicos de la pareja para obtener una fecundación; “heterólogas” cuando, por el contrario, se utilizan uno o varios elementos biológicos (espermatozoides, óvulos o útero) ajenos a la pareja (Anchapaxi Chango, 2017).

Ahora, las razones para optar a esta reproducción asistida son variadas, pero hay razones de peso a la cual se incline porque sea infertilidad. Existen otras causas que derivan de un aspecto más subjetivo, característicos de las personas que recurren a estas técnicas. Se ha evidenciado que cada vez más mujeres deciden congelar sus óvulos para poder retrasar la maternidad, como también el que parejas que quieren erradicar enfermedades genéticas de las que son portadoras, o personas homosexuales que desean una maternidad compartida (Serrano & Jara-Reyes, 2018).

3.4. Estimulación ovárica

Este tipo de técnica sirve para estimular los ovarios con el fin de que se reproduzcan más cantidad de óvulos dispuesto ser germinados por el espermatozoide. Esta estimulación se trata farmacológicamente por lo que no se produce de manera natural y por ende entra en el grupo de la fecundación asistida intracorpórea.

“Durante un ciclo ovulatorio espontáneo, de todos los ovocitos (aproximadamente 10), solo uno alcanza la madurez. El resto de los folículos se reabsorben y nunca más serán usados por el ovario. El objetivo de

la estimulación de la ovulación es reclutar un mayor número de ovocitos en ambos ovarios y evitar la reabsorción. Esto permite disponer de un mayor número de ovocitos los que una vez aspirados del ovario puedan ser fecundados”. (Rodríguez Calle, 2013, pág. 21)

3.5. Inseminación artificial

Es una de las primeras técnicas que se descubrió en la fecundación intracorpórea y tiene como objetivo introducir el espermatozoide, mediante una jeringa, al ovulo de la mujer. El semen se obtiene por masturbación, un par de horas antes de la inseminación, a fin de prepararlo en el laboratorio para filtrar impurezas y capacitarlo para lograr máxima capacidad fecundante (Rodríguez Calle, 2013).

Este proceso es realizado a través del tratamiento farmacológico suministrado por médicos especialistas. Estos medicamentos inducen la ovulación, por lo que es necesario la evolución del ovario mediante ecografías vaginales (Anchapaxi Chango, 2017). Es un procedimiento ambulatorio, no requiere de anestesia y no se indica reposo ni medidas especiales (Rodríguez Calle, 2013).

El proceso se realiza según las pautas y normas internacionales donde la pareja que se debe someter a este tratamiento es informada constantemente. Esta Información refleja los pasos a seguir, donde se deberá plasmar y estar firmado por los solicitantes en un consentimiento antes de realizarse el procedimiento (Anchapaxi Chango, 2017).

Este proceso de fecundación asistida puede traer patologías a las mujeres que optan por esta técnica. La frecuencia de la preeclampsia es mayor en pacientes a quienes se les realiza inseminación con semen de donante que en pacientes a quienes se les realiza inseminación homóloga, es decir de su pareja (Saavedra-Saavedra, Becerra, & Recalde-Losada, 2012).

3.6. Transferencia de gametos a la trompa (GIFT)

Otra técnica que se utiliza para la implantación de los gametos en las trompas de Falopio. Estos gametos han sido previamente recolectados, para luego ser transferidos con el fin de que se produzca la fecundación de manera natural (Serrano & Jara-Reyes, 2018). Los espermatozoides y ovocitos seleccionados son depositados cada uno por separado, no fecundados en las trompas de Falopio por medio de un catéter por lo que es requisito indispensable que al menos una trompa este sana (Rodríguez Calle, 2013).

En la Tabla 21 se puede observar los casos que se aplica esta técnica por infertilidad en hombres y mujeres.

Tabla 21. Casos de aplicación de GIFT por infertilidad de hombre y mujeres.

HOMBRES	MUJERES
Alteraciones del semen del varón, aunque no es muy eficaz.	Infertilidad idiopática.
Varicocele de poca intensidad.	Alteraciones del moco cervical.
En otras patologías, como tratamiento alternativo a los tratamientos de elección.	Endometriosis.
En los casos de eyaculación retrograda y alteraciones psicológicas que afectan a la eyaculación con la GIFT se obtienen resultados comparables con los de la ayuda a la inseminación.	Lesiones en la trompa de Falopio.
	Fallo ovárico precoz. La GIFT parece ser la mejor solución para esta causa de fertilidad por incluir una estimulación ovárica con hormonas. La medida terapéutica para estas pacientes es la estimulación hormonal, que es una de las etapas operativas de la GIFT.
	Complemento de algunos tipos de cirugía de reconstrucción de las trompas.
	La GIFT es un tratamiento eficaz para la infertilidad femenina idiopática, pero hay otros tratamientos mejores.
	No es conveniente usar la GIFT en mujeres mayores de 40 años y está contraindicada a las mujeres que pasan de 43 años.

Fuente: (Gómez-Cantero, 2000)

Aunado, a estas situaciones es necesario que se cumplan ciertas condiciones en el gameto masculino. El semen debe contener una gran cantidad de espermatozoides móviles por lo que es necesario la aprobación de un urólogo; luego se extraen a través del centrifugado del semen, pero si el varón es infértil entonces resulta conveniente provocar la capacitación y la reacción acrosómica (Gómez-Cantero, 2000).

También, es necesario que se cumplan ciertas condiciones en los gametos femeninos. Los oocitos se obtenían con una operación que exigía anestesia general (la laparotomía) o una cirugía menor (la laparoscopia) que se puede hacer con anestesia intrarraquídea, pero ahora la técnica más reciente utiliza un abordaje transvaginal por control ecográfico (Gómez-Cantero, 2000).

Existen factores principales para que la técnica de GIFT sea llevada con éxito, estas son:

- a. “Una buena respuesta del ovario a la estimulación hormonal que se detecta por la presencia de niveles altos de estradiol en la sangre de la mujer a mitad del ciclo ovárico.
- b. Numero de oocitos recogido: un número alto permite transferir más oocitos, además de ser señal de buena función ovárica.
- c. Que la muestra de semen analizada contenga más del 16% de gametos masculinos normales. Si la muestra de semen hay menos del 5% de espermatozoides normales no debe hacerse la GIFT, pues no es eficaz. En estos casos, otras técnicas de fecundación in vitro ofrecen la posibilidad de usar semen donado por otro varón.
- d. Edad de la mujer: se recomienda no hacer la GIFT en mujeres mayores de 40 años, pero a partir de ellos 36 años se obtiene resultados peores que en las pacientes más jóvenes.
- e. Los comités de ética de la asociación de profesionales han indicado que no se transfieran más de 4 oocitos, con el objetivo de producir embarazos múltiples, ectópicos y embarazos de alto



riesgo debido a la técnica misma”. (Gómez-Cantero, 2000, pág. 386)

Entre las patologías que se puedan sufrir por consecuencia de la aplicación de esta técnica es principalmente la de aborto espontáneo. Esto es debido a que se consigue la fecundación alterada en la mujer, al parecer la enfermedad que le impide fecundar pone el embarazo en situación de riesgo (Gómez-Cantero, 2000).

3.7. Fecundación in vitro

Esta es la principal técnica de fertilización asistida extracorpórea que se utiliza para procreación de vida humana. Es una técnica que tiene origen a fines del siglo XIX, siendo usada en animales; sus investigaciones en humanos inician en los años 30 aunque los verdaderos logros se empiezan a producir desde los años 60 (Miranda Justicia, 2015).

La fecundación in vitro es muy parecida a la inseminación artificial. La principal diferencia es que la fusión de gametos masculino y femenino es realizada de manera extracorpórea –in vitro–, para posteriormente ser implantados en la mujer (Serrano & Jara-Reyes, 2018).

“En un inicio la fecundación in vitro fue usada en casos de infertilidad causada por la esterilidad tubárica definitiva, es decir en casos donde las mujeres carecen completamente de trompas de Falopio funcionales. Después pasó a usarse en casos de esterilidad tubárica relativa, esto es en casos en los que existe una patología no definitiva en las trompas de Falopio; estas aplicaciones con el paso de los años han ido ampliándose hasta convertirse en una técnica usada en todo caso que existan problemas del óvulo y el espermatozoide”. (Miranda Justicia, 2015, pág. 13)

Para poder lograr que este procedimiento sea el más adecuado para la pareja solicitante se deben cumplir ciertas condiciones antes del

desarrollo, como la orientación y preparación por medio de un especialista. El médico especialista en reproducción asistida procede a dar información sobre las posibilidades de éxito, los posibles riesgos, etc., ésta debe plasmarse a través de un consentimiento informado, el cual deberá estar firmado por la pareja antes de someterse a esta técnica (Anchapaxi Chango, 2017).

En la Tabla 22 se describe las etapas del procedimiento de este tipo de técnica. Ha manera general se realiza en el laboratorio, manteniendo óvulos y espermatozoides en una cápsula con medio de cultivo y bajo condiciones ambientales controladas de temperatura, humedad, concentración de oxígeno, anhídrido carbónico, etc. (Rodríguez Calle, 2013).

Tabla 22. Procedimiento para la realización de la fecundación in vitro.

PASOS	CARACTERÍSTICAS
Estimulación Ovárica	Este paso consiste en estimular a los ovarios de la mujer para que se produzcan más de un óvulo en cada ciclo femenino, de esta manera se conoce el ciclo exacto de la mujer y la probabilidad de éxito es mayor.
Obtención de Gametos	En este paso se recogen los óvulos a través de una punción bajo el control ecográfico, para colocarlos posteriormente en un tubo que contienen un medio de cultivo que mantiene a los óvulos nutridos.
Fecundación	Se coloca cada óvulo en un tubo de inseminación junto a los espermatozoides que han estado por 24 horas incubados a 37°C, después de eso se revisa si exigen signos de fertilización, es decir la aparición de una nueva célula.
Transferencia al Útero	La nueva célula que aparece en el tercer paso, es transferida a un nuevo medio de cultivo en el que permanecerá 48 horas; para ser transferido a través de la introducción de un catéter hasta el útero.

Fuente: (Miranda Justicia, 2015)

Por otra parte, esta fecundación asistida extracorpórea puede producir anomalías muy frecuentes. Se presenta el desarrollo frecuente de embriones con anomalías cromosómicas; ya que la misma naturaleza realiza una selección, de óvulos como de los espermatozoides más rápidos y fuertes, sin embargo, en la fecundación in vitro no se lleva a cabo esta selección (Rodríguez Calle, 2013).



Esta técnica también produce abortos espontáneos y uno de los factores es las anomalías cromosómicas. Solo el 10% de las transferencias son exitosas, por ello se transfiere tres o cuatro embriones simultáneamente, pero esto aumenta la posibilidad de embarazos múltiples; posteriormente se realiza un examen prenatal, y si existe alguna probabilidad de malformaciones se practica habitualmente el aborto (Rodríguez Calle, 2013).

Desde el punto de vista legislativo, se plantea la fecundación in vitro de la siguiente manera:

“Esta técnica de FIV la podemos encontrar en un solo artículo de nuestra legislación ecuatoriana plasmado en el Código de Ética Médica en el Art. 109 mencionando que “La fecundación in vitro será realizada por médicos especialistas en institutos o centros de investigación autorizados, previo el consentimiento de los cónyuges y ante el fracaso comprobado y total de los procedimientos naturales”. (Anchapaxi Chango, 2017, pág. 16)

3.8. Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)

Esta es otra de las técnicas extracorpórea de fecundación asistida. Es un procedimiento de micro manipulación de gametos incorporado para el tratamiento de la esterilidad masculina en aquellos casos en que la calidad del semen no alcanza para la fertilización in vitro (Rodríguez Calle, 2013).

“En este tipo de infertilidad los espermatozoides no tienen la capacidad de penetrar al interior del ovocito, es necesario facilitar la fecundación, inyectando un espermatozoide al interior del ovocito. Esto se realiza usando equipos de magnificación (microscopio invertido) equipados con sistemas hidráulicos que permiten introducir el espermatozoide suavemente, usando una finísima aguja de vidrio”. (Rodríguez Calle,



2013, pág. 23)

Este procedimiento es utilizado cuando ya las alternativas o técnicas anteriores no cumplen con las expectativas, aunado también a problemas de fertilidad del hombre. Es uno de los tratamientos reproductivos más utilizados en la actualidad, implementada en 1992 con el fin de mejorar la fecundación de oocitos en parejas con factor masculino alterado o sin resultados satisfactorios en los ciclos de fertilización in vitro (Calderón-Mendoza & Cardona-Maya, 2015).

En la Tabla 23 se describe el procedimiento para este tipo de técnica tanto para los oocitos como para los espermatozoides.

Tabla 23. Procedimiento de la inyección intracitoplasmática de espermatozoides.

GAMETOS	PROCEDIMIENTO
Oocitos	Se realizan ciclos con estimulación ovárica controlada utilizando gonadotropinas para optimizar los tratamientos de reproducción asistida y aumentar la tasa de embarazo. Una vez se logra el desarrollo de múltiples folículos (observados por ecografía) se realiza la aspiración transvaginal de los oocitos (bajo anestesia general) 36 horas después de la aplicación de la hormona gonadotropina canónica humana (HCG). Posteriormente, los oocitos son incubados en medio de cultivo especializado para fertilización in vitro por aproximadamente tres horas antes de remover las células del cumulus. Luego, se evalúa la madurez de los oocitos en el microscopio (200x) y se seleccionan aquellos que han alcanzado la metafase de la segunda división meiótica, es decir, estadio de desarrollo en el cual el oocito muestra el primer cuerpo polar en el espacio perivitelino. Finalmente, los oocitos son llevados a la incubadora alrededor de una hora hasta la inyección.

<p>Espermatozoides</p>	<p>El procedimiento para la recuperación de los espermatozoides de las muestras seminales se lleva a cabo utilizando diferentes métodos dependiendo de la calidad y la movilidad de los espermatozoides observados, y consiste en seleccionar los espermatozoides con mejor movilidad y separarlos del plasma seminal, los espermatozoides inmóviles, las células inmaduras y los detritus. Este procedimiento da lugar a una modificación en la movilidad flagelar y al movimiento de la cabeza del espermatozoide, lo que favorece la penetración de los oocitos. Así mismo, los espermatozoides deben ser capaces de llevar a cabo la reacción acrosómica que consiste en la liberación de enzimas que permiten la penetración a través de la zona pelúcida. Por tanto, técnicas tales como los gradientes de densidad y el Swin-up están relacionadas con la adquisición de esta capacidad de fecundar. Estas técnicas se muestran en la Figuras 32 y en la Figura 33.</p>
-------------------------------	--

Fuente: (Calderón-Mendoza & Cardona-Maya, 2015)

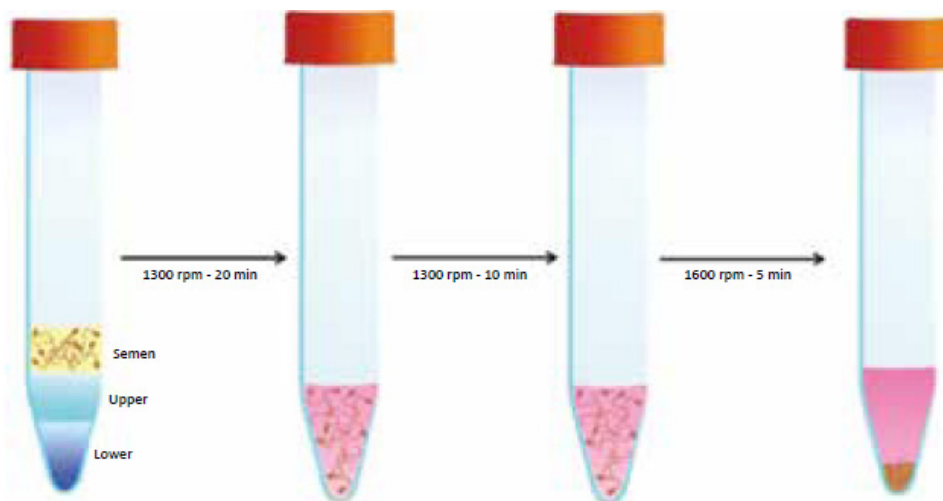


Figura 42. Procedimiento de recuperación espermática usando el método gradientes de densidad.

Fuente: (Calderón-Mendoza & Cardona-Maya, 2015)

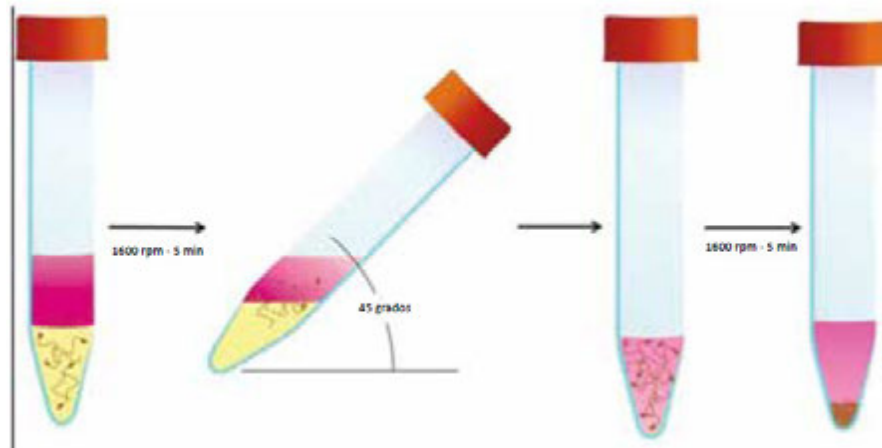


Figura 43. Procedimiento de recuperación espermática usando el método Swin-up.

Fuente: (Calderón-Mendoza & Cardona-Maya, 2015)

Al igual que las otras técnicas de fecundación asistida existen probabilidades de peligro en diversas patologías, aunque para esta técnica no son mayores ni preocupantes. Los riesgos asociados a la inyección intracitoplasmática de espermatozoides más relevantes son los embarazos múltiples y el bajo peso al nacer; sin embargo, el subsecuente desarrollo y crecimiento de estos niños es normal (Calderón-Mendoza & Cardona-Maya, 2015).

CAPITULO IV

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA





Los seres humanos han tenido siempre curiosidad y deseo de descubrir más información sobre sexualidad. Al comienzo era un tema tabú que poco a poco fue tomando conciencia en la importancia de la sociedad la cual ha permitido que sea conversado y analizado con mayor interés. Es por ello, que la historia de la sexualidad demuestra que el comportamiento sexual no es simplista, ya que éste dependerá del contexto sociohistórico y cultural en que se desarrolla (Vera-Gamboa, 1998).

Esta atracción ha crecido por el aumento de las infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. Es aquí, donde la sexualidad pasa a ser la conducta sexual del individuo. Esta última se define como el conjunto de actitudes tendentes a estimular el erotismo personal y de la pareja; y que debe distinguirse de la conducta sexual de riesgo, donde la exposición a una situación puede ocasionar daños a la salud (García-Vega, Menéndez, Fernández, & Cuesta, 2012).

Es decir, la conducta sexual es directamente proporcional a los factores desencadenantes que perjudican el bienestar y salud del individuo o la pareja. Una conducta sexual de riesgo sería la exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles (Gonçalves Câmara, Castellá Sarriera, & Carlotto, 2007).

La conducta sexual hace referencia a muchas situaciones personales y sociales que buscan una estabilidad a través de la satisfacción sexual. Esta es la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones del individuo de su relación sexual a partir de la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales tanto propias, como de la pareja (Rodríguez Jiménez, 2010).

Este cumplimiento de las necesidades sexuales que repercuten en la satisfacción sexual depende de la actividad sexual que se realice. Di-

cha actividad tiene una marcada progresión que va de menores grados de intimidad y estimulación, como tomarse de la mano, hasta grados de intensa compenetración y máxima estimulación, referente al coito (Vargas Trujillo & Barrera, 2002).

Estos grados van a depender de las necesidades sexuales y además de los valores psicosociales del entorno. Es por ello, que existen distintas relaciones entre la satisfacción sexual y los aspectos emocionales, como la ansiedad; los aspectos conductuales, como las prácticas sexuales, o los aspectos demográficos, como la edad (Rodríguez Jiménez, 2010).

“Los hombres y las mujeres le atribuyen un significado distinto a la actividad sexual genital, el cual no sólo influye en su comportamiento, sino que juega un papel importante en su salud sexual y reproductiva. En efecto, mientras los hombres reconocen que para ellos la primera relación sexual constituyó un episodio sin mayor trascendencia, una prueba que les permitió confirmar su “normalidad”, las mujeres reportan que su primera experiencia sexual fue por amor con alguien que era importante emocionalmente”. (Vargas Trujillo & Barrera, 2002, pág. 121)

Todas estas situaciones pueden generarse espontáneamente, lo cual hace conllevar y determinar una salud sexual efectiva cumpliendo los parámetros que en ella se establece. Es por ello, que el concepto de salud sexual destaca la significación de aspectos cualitativos para el ser humano, como el desarrollo personal, el vínculo con los otros, el valor de la afectividad y de la comunicación (Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal, & Serrano-Rodriguez, 2012).

Ahora, existen parámetros que pueden condicionar la salud sexual y reproductiva de un individuo o sociedad. Estas variables condicionan la conducta sexual y por ende pueden modificar los factores de riesgo sexual. La salud sexual y reproductiva en particular están condiciona-


das por situaciones de inequidad de clase, etnia, género, generacional, las cuales definen los roles de mujeres y hombres, generando modos y estilos de vida que impactan en la salud de los individuos (Ortiz Segarra, y otros, 2016).

Dentro de la sociedad existen grupos que son más vulnerables que otros. Los adolescentes conforman este grupo. Por sus características, son los que más comprometen su salud reproductiva, debido a la conducta sexual irresponsable que puede desencadenar en el embarazo no deseado y el aborto provocado lo cual constituyen problemas de salud que se presentan con frecuencia (Doblado Donis, Batista, Pérez Rodríguez, Jiménez Sánchez, & González, 2009).

La gran mayoría de los adolescentes tiene el primero contacto sexual a edad muy temprano ocasionando que estén en riesgo su salud sexual y reproductiva. Esto refleja que el inicio precoz de las relaciones sexuales parece estar relacionado, en parte, con un mayor número de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (García-Vega, Menendez, Fernandez, & Cuesta, 2012).

Es por ello, que la educación sexual juega un papel importante y es que promueve el cuidado ante riesgos sexuales por enfermedades de transmisión sexual o por embarazos no deseados. En Ecuador, el 43,7 % de las mujeres y el 53,8% de los hombres usaron anticonceptivos en la primera relación sexual en la edad de 12 a 24 años (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020). Esto se puede detallar en la Figura 44, donde se visualiza esta característica a nivel de cada provincia.

Esto quiere decir que los ecuatorianos en edad joven tienen conocimientos sobre protección sexual y los riesgos que conllevan una conducta sexual deliberada. La caracterización de conocimientos y prácticas en sexualidad y reproducción con, permiten construir categorías analíticas sobre los factores que desfavorecen y/o favorecen una bue-



na salud sexual y reproductiva, partiendo del contexto familiar, cultural, educativo y ambiental en el cual se desarrollan (Rengifo-Reina, Córdoba-Espinal, & Serrano-Rodríguez, 2012).

Aunque, los factores sociales que rodean a los adolescentes influyen notablemente en su comportamiento. Los medios de comunicación juegan un papel determinante en el desarrollo sexual de las personas en crecimiento. Esto va a depender de la perspectiva como se aborde, desde la motivación a la sexualidad o a la prevención de enfermedades y embarazos no deseados. Los adolescentes pueden ser más sensibles a los mensajes sobre temas de sexo porque se encuentran en un período de desarrollo en el que los roles de género, las actitudes y los comportamientos sexuales se están moldeando (Vargas Trujillo, Barrera, Burgos, & Daza, 2006).

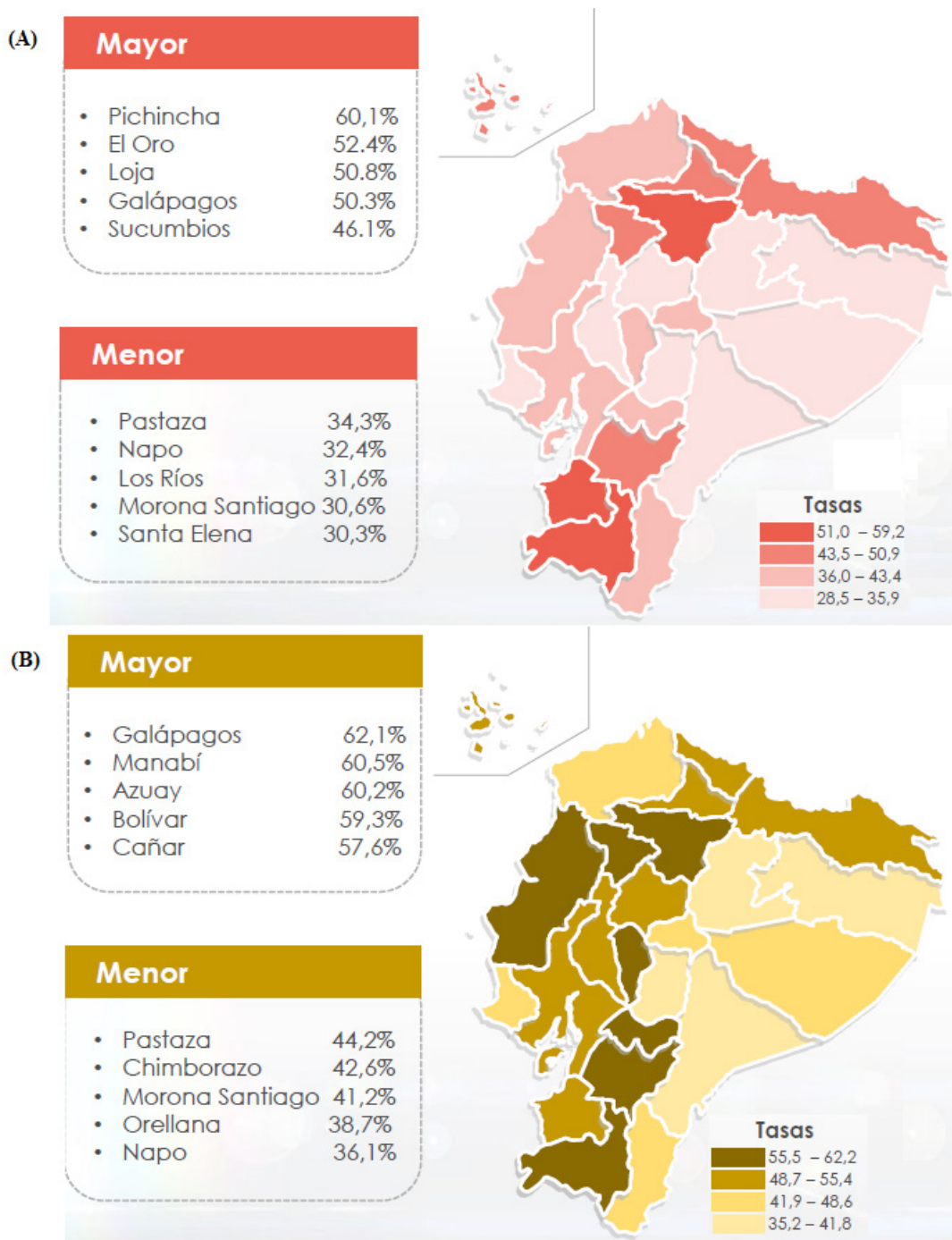


Figura 44. Uso de anticonceptivos en la primera relación sexual en edad de 12 a 24 años, en Ecuador para el 2018. (A) Hombres y (B) mujeres.

Fuente: (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020)

Además, aún no han completado el desarrollo de las habilidades cognitivas que se requieren para analizar críticamente los mensajes que presentan los medios y para tomar decisiones teniendo en cuenta las posibles consecuencias de su comportamiento (Vargas Trujillo, Barrera, Burgos, & Daza, 2006). Para contrarrestar estos efectos están la familia y las instituciones educativas, las cuales permiten contrarrestar el desequilibrio informativo y en la cual puede apoyarse con las tecnologías de la información y comunicación para llevar una cultura sexual sana.

“Las ventajas que ofrece la institución escolar en la integración de conocimientos acerca de la educación sexual, posibilita la contribución al desarrollo de actitudes críticas y reflexivas, punto de partida para asumir conductas favorables en esta dirección que permita mejorar la calidad de vida de los seres humanos. Es por ello que resulta evidente la necesidad de cambiar la metodología para impartir los temas de educación sexual en las escuelas, las cuales son esquemáticas, tradicionales y que si bien en un momento jugaron su rol y tuvieron su impacto social, en estos momentos analizando las estadísticas, demuestra que es insuficiente lo realizado para mejorar este programa tan importante, por lo que es la consideración de la autora que con la utilización de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), así como las ventajas que ellas ofrecen, se logrará en los estudiantes una actitud motivacional positiva. De una forma activa, participativa y dinámica se difunde información a los adolescentes y así se tratan de modificar estilos de vida”. (Doblado Donis, Batista, Pérez Rodríguez, Jiménez Sánchez, & González, 2009, pág. 194)

Es por ello, la necesidad de abordar la salud sexual y reproductiva como punta de lanza para el bienestar individual y colectivo, tomando en cuenta los valores subjetivos y objetivos de cada persona involucrada. Por lo que, el grado de vulnerabilidad del joven está en función de su historia anterior, sumada a la susceptibilidad o fortalezas inducidas por los cambios de algunos factores sociales, demográficos, el mi-



croambiente familiar y hasta las políticas socioeconómicas del estado (Rodríguez Cabrera, Sanabria Ramos, Palú, & Cáceres, 2013).

4.1. Atención integral de la salud sexual y reproductiva por ciclos de vida

La atención integral que se debe realizar sobre salud sexual y reproductiva debe cumplir con los más altos estándares de calidad porque toca temas tan profundos que pueden modificar el estilo de vida del individuo. Es necesario que las informaciones suministradas estén actualizadas y puedan darse de manera eficiente, participativa y dinámica. En muchos casos, no se cumple esta premisa.

“La información recibida, superficial y carente de aspectos psicológicos, va en desmedro de la promoción de medidas de autocuidado, y del conocimiento de las consecuencias y real trascendencia que podrían acarrear conductas de riesgo, que pueden aumentar el contagio de infecciones, y de enfermedades que afectan el desarrollo normal de la sexualidad y reproducción en distintas etapas de la vida”. (ZUMELZU SÁNCHEZ, 2005, pág. 64)

A razón de esta situación es necesario que exista compromiso por parte de todos los sectores que conforman la sociedad, pero en especial a la pareja que tendrá la relación sexual. La vinculación de la mujer y el hombre en actividades integrales sobre estos temas permiten mejor una estabilidad en la relación y por ende una mejor calidad de vida a futuro. Esta se convierte en una garantía para el acceso pleno a la información, educación y comunicación, con el fin de que puedan ejercer sus derechos y responsabilidades, permitiendo trascender desde una perspectiva individual hacia una toma de conciencia colectiva de compromiso y responsabilidad (Ordoñez Sánchez, 2017).

Son los adolescentes que sufren más por la falta de esta atención integral ocasionando el riesgo a las enfermedades o a la responsabilidad

temprana a un embarazo no deseado. La actividad sexual no se vincula al matrimonio, no tiene propósitos reproductivos y además busca postergar la paternidad hasta lograr una estabilidad económica, social y afectiva; sin embargo, un porcentaje aplican prácticas que no coinciden con esto último, debido a que no usan métodos anticoncepción (ZUMELZU SÁNCHEZ, 2005).

Estas situaciones ocurren debido a que no existe promoción ni marketing para la educación sexual y reproductiva o que sus políticas de promoción no captan la atención de los adolescentes. La realidad de este tipo de formación es que existe una baja asistencia de los jóvenes, fundamentalmente porque no sienten que se apunta a ellos y que no está dirigida por personal capacitado y eficiente como médicos, sociólogos o psicólogos (ZUMELZU SÁNCHEZ, 2005).

Caso contrario lo que percibe la población mayor en referencia a la atención integral. Las respuestas que buscan son satisfactorias para las condiciones físicas y psicológicas que puedan tener. Estas se caracterizan por: a) reconocer la posibilidad de tener relaciones erótico-afectivas sin la presencia de prácticas coitales; y b) abordar los determinantes psicosociales y orgánico-funcionales (fisiológicos) que inciden en la disminución y deterioro de la respuesta sexual en esta etapa (Campanioni, 2013).

La atención integral para la población adulta va dirigida al uso de los métodos anticonceptivos modernos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados. Estos métodos son: esterilización masculina o vasectomía, esterilización femenina o ligadura, implante (Implanon, Jadelle), inyección anticonceptiva, pastillas anticonceptivas, Diu/T de cobre, condón o preservativo femenino, condón o preservativo masculino y pastillas anticonceptivas de emergencia (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020).

En Ecuador, el 92,8 % de las mujeres y el 94,8% de los hombres, ambos en edad de 15 a 49 años, usan anticonceptivos modernos para el año 2018. Esto también se puede observar a través de la Figura 45.

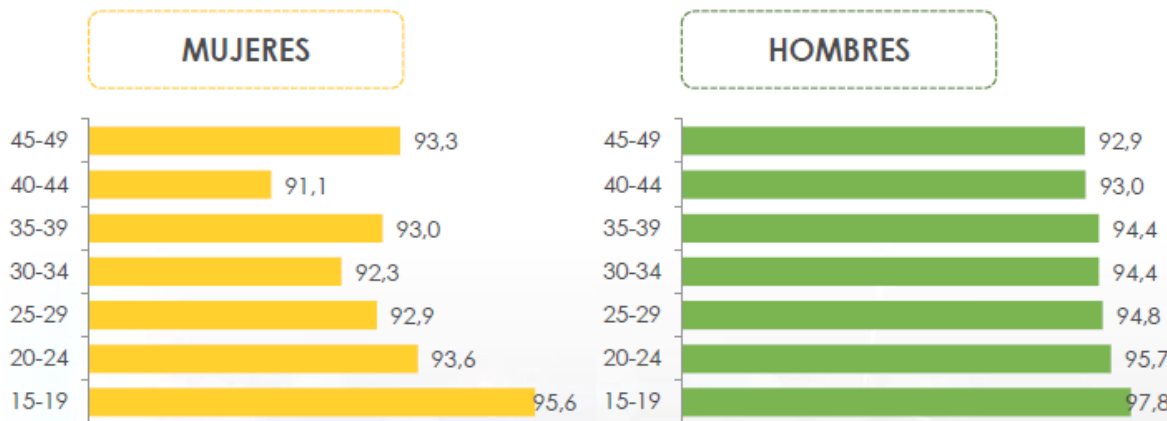


Figura 45. Uso de anticonceptivos modernos por parte de la mujer y el hombre, en Ecuador para el 2018.

Fuente: (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020)

4.2. Sexualidad, género e intergeneracionalidad

La intergeneracionalidad se fundamenta en la experiencia y conocimientos adquiridos en una generación son llevados a otra generación naciente bajo condiciones socioculturales, demográficas, políticas, religiosas, económicas y familiares distintas, es decir como la generación actual percibe la información suministrada por otra generación tales como padre a hijo, esposa a esposa, profesor a estudiante, etc.

Cuando el tema es de sexualidad el dominio de la información es totalmente distinto entre género y generación. La sexualidad es un punto abierto en la actualidad a diferencia como la percibieron los padres y abuelos, así como también la percibe un hombre de una mujer. Aunque la brecha de género, en la actualidad, está más cerrada, pero siempre existe factores como el machismo que no permite que las mujeres tengan la información y el conocimiento completa.

“Entre generación y generación siempre existe un quiebre; nuestro aporte intenta mostrar que, entre las generaciones de los jóvenes de hoy y las generaciones adultas, dicho quiebre, en temas de sexualidad, se encuentra atravesado por luchas de poder entre sujetos políticos. Nos proponemos indagar cómo repercuten en las visiones de jóvenes y adultos de las escuelas medias los discursos sostenidos por los movimientos socio sexuales –desde el feminismo hasta el movimiento LGBT-, los movimientos por los Derechos Humanos –a partir del marco legal de los tratados internacionales-, y las posibilidades antes desconocidas a las que abre el uso de las nuevas tecnologías de comunicación”. (Baez & Diaz Villa, 2007, pág. 2)

Una de las aberturas en la transferencia de información, y especialmente en temas de sexualidad, es la de género a género, es decir de hombres a mujeres. Esta categoría de género no puede representar posiciones sociales (o biológicas) compactas, permanentes y fijas, las cuales permite pensar las formas en que las personas construyen sus relaciones basado en torno a la identificación de género, sexualidad, lazos de parentesco, entre otros elementos (Riveiro, 2017). Al contrario, la información y el conocimiento de género a género debe construirse a través de un mecanismo dinámico y actualizado, donde la opinión e ideas son respetadas por igual.

De igual forma, otro boquete intergeneracionalidad muy frecuente es la relación adulto-joven específicamente docente-estudiante. Los docentes abordan los temas de sexualidad, conductas sexuales, salud sexual y reproductiva de manera de prevención de enfermedades o de embarazos no deseados. No toman en cuenta el enfoque que tienen los adolescentes bajo otras perspectiva más humana, personal y dinámica. No solo es la sexualidad sino otros temas que no permiten cerrar la brecha. Noviazgos, temores, la relación con los padres son algunos temas que los jóvenes desearían abordar en la escuela, aunque hay interés en temas como el “aborto”, “de la primera vez”, “la relación social”, “la masturbación” que parecieran posibles de nombrarse (Baez



& Diaz Villa, 2007).

Caso contrario se puede observar en la visión que pueden tener sobre sexualidad y las habilidades donde la transmisión entre padres e hijos cumple en gran parte con el desarrollo de la personalidad de estos últimos. Para la promoción de habilidades sociales y de la salud es imprescindible el entorno familiar donde la promoción de la competencia social entre los miembros de la familia es un factor que genera calidad de vida y salud de las personas (Braz, Cômodo, Prette, Prette, & Fontaine, 2013).

Definitivamente, es necesario poder comprender la internalización de los mensajes culturales a través de generación en generación, con lo cual se podrá determinar la dirección del comportamiento humano a medida del tiempo. Para ello es necesario tener en cuenta ciertas circunstancias. 1) Los mensajes culturales pueden ser cambiantes, inconsistentes o difíciles de “descifrar”; 2) La intemalización de dichos mensajes no implica “copiarlos” exactamente; y 3) Al aprenderse estas descripciones culturales, los individuos no necesariamente adquieren la motivación para ponerlas en práctica (Mummert, 1995).

4.3. Factores de riesgo en salud sexual y riesgo reproductivo

Los factores de riesgo, en los temas de salud sexual y reproductivo, son innumerables y en la cual descansa en las formas y situaciones como se presentan. Estos factores, de caracteres objetivo, es decir de cómo lo perciben las personas, por lo que es importante conocer la prevención de riesgos ante cualquier acontecimiento. Es la conducta sexual de riesgo que tiene la persona a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contaminación por enfermedades sexualmente transmisibles (Gaviria Bolaños, 2016).

Un factor de riesgo para la salud sexual, reproductiva y para la salud del niño, es la violencia de género. Estas situaciones, que en la actualidad ocurren en gran cantidad, puede ocasionar no solo daños físicos sino psicológicos entre la madre y su hijo. La consecuencia más desfavorable es a los neonatos. La violencia conduce al bajo peso al nacer (BPN) y afecta en la etapa inicial de la vida, por sus efectos sobre el desarrollo de las capacidades físicas, cognoscitivas y sociales, que pueden limitar considerablemente a los que sobreviven estos episodios (Núñez-Rivas, Monge-Rojas, Gríos-Dávila, Elizondo-Ureña, & Rojas-Chavarría, 2003).

En Ecuador, desde el año 2014 al año 2018 se registraron 8,9% de niños nacidos, del total, con bajo peso, es decir menor a 2500gr (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020). Uno de los posibles motivos de esta situación es la violencia intrafamiliar que puede existir en ese núcleo familiar.

Ahora, con respecto a las mujeres que sufrieron de violencia de género padecieron enfermedades durante el embarazo que pudieron alterar las condiciones de nacimiento de los recién nacidos. Estas enfermedades fueron el asma, hipertensión o anemia, y la depresión como aspecto psicológico (Núñez-Rivas, Monge-Rojas, Gríos-Dávila, Elizondo-Ureña, & Rojas-Chavarría, 2003). La autoestima constituye un factor individual que guarda estrecha relación con los conocimientos deficientes, actitudes desfavorables y prácticas malas sobre la salud sexual y reproductiva (Gaviria Bolaños, 2016).

Uno de los factores de riesgo para contraer enfermedades de transmisión sexual es el inicio de la actividad sexual temprana. El inicio precoz de la actividad sexual en la adolescencia provoca desenlaces no deseados como embarazos, abortos e ITS ocasionados principalmente por relaciones sexuales sin protección y como consecuencia de relaciones bajo los efectos del alcohol (Díaz-Cárdenas, Arrieta-Vergara, & González-Martínez, 2014).



4.4. Epidemiología en salud sexual y reproductiva

Una de los principales problemas de salud que pueden aquejar en la salud sexual y reproductiva son las enfermedades de transmisión sexual, debido a que abarca no solo a la población en general sino también puede afectar a la población embarazada. Hay también algunos subgrupos de individuos que sufren particularmente las complicaciones; por ejemplo, las mujeres que inician su actividad sexual a edad temprana y que tienen varias parejas en lapsos cortos (Calderón-Jaimes, 1999).

Entre las enfermedades de transmisión sexual más frecuentes que afectan a las mujeres están la sífilis y el VIH. Una sífilis no tratada durante el embarazo puede provocar una tasa de mortalidad del 25% y un 14% de muertes neonatales, así como también por año se infectan aproximadamente con VIH 2,7 millones (Nieto, Larrea, Moreno, Pinto, & Iturralde, 2012).

Aunado a que las enfermedades de transmisión sexual afectan la salud de las mujeres produciendo diferentes patologías. Entre las mujeres un 40% de casos de enfermedad pélvica inflamatoria son atribuibles a infecciones gonocócicas y clamidianas no tratadas, con el riesgo de que 1 de cada 4 de estos casos llegue a la infertilidad (Nieto, Larrea, Moreno, Pinto, & Iturralde, 2012). Aunado a la infertilidad que puede ocasionar tanto en la mujer como en el hombre, también puede producir cáncer cervical, demencia y muerte (Heredia Hernández, Velazco Boza, Cutié León, & Álvarez Pineda, 1998).

El cáncer de cuello uterino también es una de las enfermedades que ocurren de conductas sexuales erróneas. Se ha relacionado con las habilidades sexuales y con factores reproductivos en la mujer, debido a la presencia de enfermedades como el virus de papiloma humano o la entrada a la actividad sexual en edades muy tempranas (Lazcano, Rojas, del Pilar López, López, & Hernández, 1993).

En Ecuador, el 54,8% de las mujeres, entre 15 y 49 años de edad, se han realizado el examen de Papanicolau para el 2018. Este examen tiene como finalidad extraer con una espátula células del cuello uterino, con el fin de determinar si hay cáncer o cambios en las células que puedan producirlo, así como también puede ayudar a encontrar otras afecciones como infecciones o inflamaciones (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020). En la Figura 46 se describe por grupos de edad la tasa de mujeres que se realizaron el examen de Papanicolau en Ecuador para el año 2018.

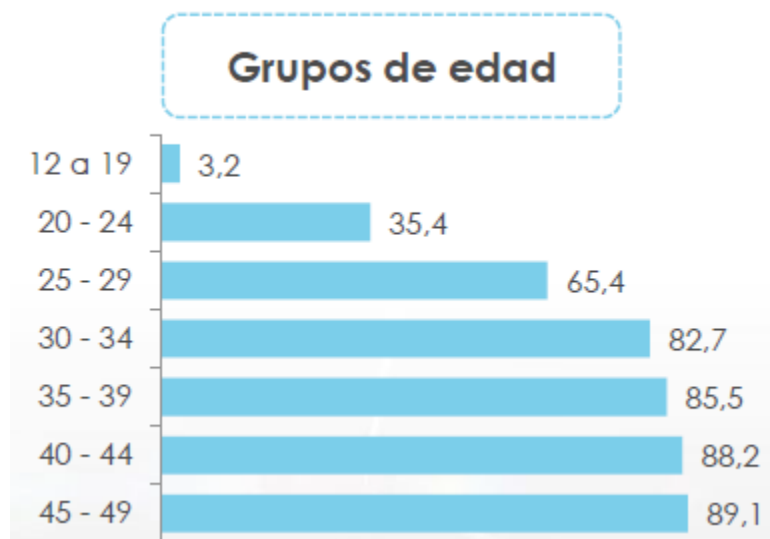


Figura 46. Mujeres que se realizaron el examen de Papanicolau en Ecuador para el año 2018.

Fuente: (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020)

Poder determinar estos factores de riesgo fue imprescindible la consulta ginecológica, donde los síntomas físicos determinaron la presencia de este tipo de cáncer. Los principales signos y síntomas en la citología son tumoración a nivel cervical, sangrado transvaginal disfuncional, metrorragia y leucorrea sanguinolenta (Lazcano, Rojas, del Pilar López, López, & Hernández, 1993).

Algunas de las enfermedades de transmisión sexual afectan al feto y al recién nacido; los embarazos de mujeres que sufren estas enfermedades pueden terminar en una muerte fetal, neonatal o el nacimiento de un niño gravemente enfermo (Heredia Hernández, Velazco Boza, Cutié León, & Álvarez Pineda, 1998). Esto puede ser una de las otras causas por la cual se refleja un 8,9% de niños nacidos con bajo peso en Ecuador para el año 2018 (INEC, Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018, 2020).

Así mismo, la población más vulnerable a padecer estas enfermedades es la adolescente, esto es debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que sufren en este período.

“Entre los cambios físicos, se encuentran el crecimiento corporal, el desarrollo sexual y el inicio de la capacidad reproductiva, que a su vez conllevan al inicio de las relaciones sexuales; y entre los cambios psicológicos, se encuentran la necesidad de independencia que provoca relaciones conflictivas con los padres, la búsqueda de su identidad, las contradicciones en las manifestaciones de la conducta y las fluctuaciones del estado de ánimo. Igualmente, entre los cambios sociales, se encuentra la tendencia a reunirse en grupos, la elección de una ocupación, así como la necesidad de adiestramiento y capacitación para el desempeño de esa ocupación que se convertirá en su proyecto de vida”. (García Roche, Cortés Alfaro, Vila Aguilera, Hernández Sánchez, & Mesquia Valera, 2006, pág. 1)

Los adolescentes y la población joven son los que tienen más riesgo de padecer estas terribles enfermedades. Sumado a que el uso de preservativos y anticonceptivos genera ciertas situaciones psicológicas que incrementan su no uso en las relaciones sexuales. Considerarlos como que le resta espontaneidad a la relación, que pueden fallar mucho (probablemente no sólo por desconocimiento en sí mismo sino también por desconocer su correcta utilización), que impiden que se disfrute plenamente de la relación y que sienten vergüenza al comprar-

los (Santín Vilariño, Torrico Linares, López López, & Revilla Delgado, 2003).

Este último, la adquisición de los preservativos, es un efecto que se puede considerar psicológico por la edad en la cual se encuentra el hombre. Los adolescentes no se fijan en la calidad del preservativo, sino que tienen la percepción de que los de colores y sabores son relativamente malos, así como también creen que los mejores son los que venden en las farmacias o droguería (Diezma, 2005).

Es necesario poder analizar las diferentes enfermedades de transmisión sexual con el fin de poder conocer sus características y así poder contrarrestar este flagelo que sacude a la sociedad.

4.5. Sífilis

Una de las enfermedades de transmisión sexual que más ha crecido durante el tiempo ha sido la **sífilis**. Es una infección crónica generalizada conocida como “la gran simuladora” que está causada por *Treponema pallidum*. Infecta a través de mucosas y lesiones de piel, generalmente por contacto sexual (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). Es considerada una enfermedad sistémica causada por el ***Treponema pallidum***; se caracteriza por fases de actividad y prolongados periodos de latencia, condiciones que deben ser tomadas en cuenta para el desarrollo y la interpretación de las pruebas de laboratorio (Calderón-Jaimes, 1999). En la Figura 47 se puede observar la lesión por **sífilis**.

Esta enfermedad presenta tres fases de latencia primaria, secundaria y tardía, donde tiene períodos que conllevan a ser precoz y tardía. El tiempo de presentación dependerá de factores y condiciones de salud del paciente. Los signos y síntomas de infección primaria son la presencia de úlcera o chancro en el sitio de la inoculación (Calderón-Jaimes, 1999).



Figura 47. Lesión por *sífilis*.

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020)

Los signos y síntomas de la fase secundaria y tardía es cuando la lesión ataca otros órganos del cuerpo. Para la secundaria sobresale la erupción mucocutánea con lesiones húmedas aparentes, y hay una respuesta sistémica de la infección en órganos como hígado y ganglios regionales; y para la tardía con afección cardíaca, neurológica, oftálmica, auditiva o presencia de lesiones gomosas (Calderón-Jaimes, 1999). Ahora, referente al tiempo va a depender del tiempo de infección. La fase precoz hace referencia a que la infección tuvo lugar en los últimos doce meses y la fase tardía es aquella en la que la infección se produjo hace más de un año o no se sabe cuándo se produjo el contagio (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

Esta infección puede aparecer durante el embarazo ya que pueden existir infecciones in el útero. Es decir, cuando la madre presenta espiroquetemia recurrente periódica, por lo que el feto se puede ver afectado dependiendo de la fase del embarazo, y el contagio al nacimiento es posible cuando el producto se expone al canal del parto infectado (Calderón-Jaimes, 1999).

Para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad es necesario aplicar un protocolo donde dependerá del período o tiempo de infección. Esta se muestra en la Tabla 24.

Tabla 24. Diagnóstico y tratamiento de la *sífilis*.

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se confirma con examen al microscopio con campo oscuro de una muestra del fondo de la úlcera. ✓ También se puede realizar inmunofluorescencia directa en el exudado de la lesión. ✓ La serología con pruebas treponémicas (PHA, FTA-Abs) y no treponémicas (RPR, VDRL) no son realizables en el momento de la actuación en urgencias, pero se pueden solicitar para ver la evolución de la enfermedad. 	<p>Sífilis precoz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular en única dosis. Se recomienda la administración de lidocaína en el solvente para disminuir el intenso dolor que produce la inyección intramuscular. ✓ Si hubiera alergia a penicilina: desensibilizar. ✓ Alternativa: Doxiciclina 100 mg / 12 horas durante 14 días, Eritromicina 500 mg / 6 horas durante 14 días, Ceftriaxona 250-500 mg / 24 horas durante 10 días, Azitromicina 2 gr única dosis oral (aunque se han descritos resistencias).
	<p>Sífilis tardía</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Penicilina G benzatina 2.400.000 UI im/semana durante 3 semanas. ✓ Alternativa: Eritromicina 500 mg / 6 horas durante 28 días. ✓ El tratamiento con penicilina intramuscular es válido para embarazadas y pacientes VIH positivo.

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020)

4.6. Chancroide

Esta enfermedad es poco frecuente. Es producido por el *Haemophilus ducreyi*, un bacilo gramnegativo que se observa en los frotis con material obtenido de las úlceras, además se manifestaba en lugares de hacinamiento y promiscuidad, por lo que está más frecuente en personas que ejercen la prostitución (Calderón-Jaimes, 1999).

Del mismo modo debe manifestarse unos signos y síntomas que puedan determinar este tipo de enfermedad. La lesión característica o chancro blando es una lesión ulcerosa múltiple, de fondo sucio eritematoso con bordes más o menos regulares, intensamente dolorosa. En las zonas cercanas puede aparecer una adenopatía fluctuante-bubón

que en ocasiones puede fistulizar o ulcerar (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

Los signo y síntomas se pueden manifestar de acuerdo:

“En ninguna etapa del desarrollo de las lesiones se observa la formación de vesicoulceras (características del herpes); la lesión es papular enrojecida, edematosa y con dolor progresivo mientras se inicia la formación de la úlcera con bordes circinados poco limitados y con tendencia a coalescer. En esta fase del desarrollo, el dolor es intenso quemante y ardoroso, sobre todo cuando la localización en el hombre se encuentra en el frenillo, el glande, el prepucio y el surco balanoprepucial. En la mujer esta signología llama la atención cuando se establece en el periné, los labios y el introito; en cambio, es menos evidente cuando es interna en vagina y cérvix; se acompaña de leucorrea y en ocasiones hay un discreto sangrado que puede manchar la ropa interior. En la mujer la signología puede ser de tipo urinario con disuria, urgencia y frecuencia en la micción. La frecuencia de lesiones ulcerosas y verdaderas placas ulceradas es mayor en el chancroide que en el herpes. Otra manifestación importante es la respuesta regional de linfadenopatía, que puede llegar a provocar la formación de bubas dolorosas y fluctuantes”. (Calderón-Jaimes, 1999, pág. 335)

En la Tabla 25 se detalla los criterios diagnósticos y tratamiento farmacológico para este tipo de infección de transmisión sexual.

4.7. Herpes simple

Es también considerado como herpes genital y es una enfermedad recurrente e incurable. Es producida por dos serotipos identificados como VHS-1 y VHS-2, aunque la gran mayoría de las infecciones genitales primarias y recurrentes son producidas por el VHS-2 (Calderón-Jaimes, 1999). Es una infección recurrente debido a que el virus permanece latente en los ganglios nerviosos sensitivos sacros, a partir

de los cuales se reactiva, también esta reinfección puede ser sintomática (75%) o asintomática, pero siempre es contagiosa (Sánchez-Crespo Bolaños & González Hernando, 2010).

Tabla 25. Diagnóstico y tratamiento de *chancroide*.

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El criterio diagnóstico se establece con base en la presencia de úlceras después de siete días del contagio. ✓ Estudio en campo oscuro o por fluorescencia, así como mediante de pruebas serológicas. ✓ Igualmente se debe descartar la infección por herpes primario o recurrente; no obstante, cabe aclarar que en este caso las pruebas son poco eficientes sobre todo para el virus del herpes simplex 2 (VHS-2) y, además, las lesiones vesiculares no siempre se encuentran cuando el paciente va a consulta, o bien, éste no refiere su presencia 	Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ceftriaxona 250 mg im monodosis. ✓ Alternativa: Azitromicina 1000 mg oral. ✓ Añadir analgesia potente y antisépticos tópicos sin alcohol.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Otras menos usadas por las posibles resistencias creadas: Ciprofloxacino 500 mg / 12 horas durante 3 días. Eritromicina 500 mg / 8 horas durante 7 días. ✓ En embarazadas, el tratamiento sería Ceftriaxona y Eritromicina, ya que el Ciprofloxacino está contraindicado y la Azitromicina no ha confirmado su seguridad en embarazadas.

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020; Calderón-Jaimes, 1999)

La transmisión de esta enfermedad es por contacto con la piel, a través de relaciones sexuales. Una de las parejas es portador asintomático de lesiones con poca o nula signología, o bien, es eliminador intermitente de partículas virales infectantes en la mucosa genital; tiene localización fundamentalmente genital, y las recurrencias son frecuentes en más de 65% de los pacientes (Calderón-Jaimes, 1999). La transmisión viral puede ocurrir durante las tres fases: el pródromo, el desarrollo y la cura, adicionalmente, la transmisión también puede ocurrir durante los períodos asintomáticos, especialmente en los primeros 2 años, después de la infección (Hernández Cortina, 2008).

El herpes se acumula en la zona de ganglio neuronal y de allí repite en cada cierto período. Primer episodio clínico tras nueva exposición al virus, nuevo periodo de latencia clínica, recurrencia o recidiva (el virus vuelve a la piel por nervios que parten del ganglio neuronal) y excreción viral asintomática (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). El Herpes Genital tiene aproximadamente una recurrencia de 5 veces al año (Hernández Cortina, 2008).

Los síntomas dependen del tiempo de recurrencia y de la patología del paciente. Se presentan vesículas dolorosas a la palpación y que producen úlceras en la piel genital, aunado a fiebre y glándulas abotagadas (Hernández Cortina, 2008).

Las mujeres embarazadas no escapan de esta realidad por lo que su contagio y posibles efectos es necesario tenerlo en cuenta. Las recurrencias son mayores, por lo que se debe vigilar la presencia de infección primaria o recurrencias durante el último trimestre del embarazo, del mismo modo, es posible que se convierta en causa de aborto, o bien, en infección neonatal sistémica grave (Calderón-Jaimes, 1999).

El diagnóstico y tratamiento de este padecimiento se refleja en la Tabla 26.

Tabla 26. Diagnóstico y tratamiento de *herpes simple*.

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> ✓ El diagnóstico en urgencias es clínico. ✓ Es importante considerar que el periodo de incubación, después del contagio, es de 2 a 7 días cuando aparecen las típicas lesiones vesiculares, pequeñas, límpidas y extraordinariamente frágiles; se rompen rápidamente y dejan pequeñas lesiones ulceradas que coalescen y que, dependiendo del sitio en que aparecen, llaman la atención del paciente por el dolor lacerante. ✓ También se puede realizar mediante la demostración del virus en el material obtenido de las lesiones por cultivo viral, inmunofluorescencia o PCR. La serología permite identificar el tipo de VHS. 	<p>Los antivirales no erradican el virus, pero ayudan a delimitar la intensidad de síntomas y la duración de los mismos, y en casos de recurrencias (más de 6 brotes al año) disminuye el número de las mismas.</p>



	<p>Primoinfección: Aciclovir 400 mg / 8 horas durante 7-10 días o Valaciclovir 1000 mg / 12 horas durante 7 días o Famciclovir 250 mg / 8 horas durante 7-10 días.</p>
	<p>Recurrencias: Aciclovir 400 mg / 12 horas durante 5 días o Valaciclovir 500 mg / 12 horas durante 3-5 días o Famciclovir 125 mg / 8 horas durante 5 días oral.</p>
	<p>Terapia supresora (6 o más episodios al año): Aciclovir 400 mg / 12 - 24 horas o Valaciclovir 500 mg / 24 horas o Famciclovir 250 mg 12 horas, durante 6-12 meses.</p>

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020; Calderón-Jaimes, 1999)

4.8. Infección por VPH

Este tipo infección es una de las más frecuentes de las enfermedades de transmisión sexual. En la población general y durante el transcurso de toda la vida, la tasa de infección puede llegar hasta el 70-80 %, sin embargo, solo el 1 % de las personas infectadas desarrollará patología producida por este virus (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).

Esta enfermedad se manifiesta a través de condilomas perineogenitales. Estos condilomas acuminados son de diversas formas (verruugosas, papulosas, filiformes, pediculadas) que pueden ser blanquecinas, rosáceas, marronáceas o grisáceas. Las lesiones pueden aparecer agrupadas o confluyentes (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020). Aparecen en el hombre en la uretra terminal, el glande, el prepucio, el surco balanoprepucial, el recto y el margen anal; y en la mujer se sitúan entre los labios mayores y menores, en el periné, la vagina y el cérvix (Calderón-Jaimes, 1999).

Este tipo de infección es la responsable de las neoplasias en los miembros del aparato reproductor. La importancia de esta infección radica en que el VPH es el responsable del 100 % de los cánceres de cuello uterino, y se relaciona causalmente con otros tipos de neoplasias (cáncer anal, de vulva, pene) (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020).



El diagnóstico y tratamiento se reflejan en la Tabla 27.

Tabla 27. Diagnóstico y tratamiento de *VPH*.

DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
El diagnóstico es clínico, por medio de la presencia de las lesiones que son asintomáticas; en ocasiones forman placas queratósicas. En la mujer pueden presentarse como lesiones exofíticas, pequeñas placas o zonas ulceradas. Las lesiones en el cérvix se ulceran con más frecuencia y sangran fácilmente. Se debe realizar un estudio ginecológico y colposcopia y/o rectoscopia si es preciso.	No hay tratamiento antiviral disponible. El objetivo es erradicar las lesiones verrugosas y así disminuir el número y la intensidad de las recidivas. Hay que destacar que en ocasiones las lesiones pueden ser autoinvolutivas. Existen diversas opciones terapéuticas:
	Agentes inmunomoduladores: Imquimod crema al 5 %, 1 aplicación /día, 3 días por semana hasta la desaparición de las lesiones o un máximo de 16 semanas. Se debe lavar la zona a las 6-8 horas.
	Agentes citotóxicos: Podofilotoxina en solución al 5 % o en crema al 15 %, 1 aplicación / 12 horas durante 3 días y descansar 4 días, hasta la desaparición de la lesiones o un máximo de 4 semanas. Alternativa: Resina de Podofilino al 25 %, 1 aplicación semanal. Se debe lavar la zona a las 1-4 horas.
	Agentes físicos: Crioterapia con nitrógeno líquido, afeitado y/o electrocoagulación.

Fuente: (Vázquez Lara. & Rodríguez Díaz, 2020; Calderón-Jaimes, 1999)

4.9. Prevención, promoción en salud sexual y reproductiva

De los posibles efectos que produce la conducta sexual deliberada donde las relaciones sexuales no están planificadas son las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo no deseado. La primera es considerada la de más alto riesgo a la salud y bienestar del individuo. Deben existir políticas que vinculen la salud sexual encaminada a minimizar los riesgos de las mujeres por causas asociadas al disfrute de su sexualidad placentera y reproductiva, y la participación y compromiso de estas con el autocuidado de su salud (Rodríguez, 2006).

Para el autocuidado de la salud sexual y reproductiva y poder disminuir los riesgos de padecer enfermedades de transmisión sexual debe ocurrir un cambio drástico en la cultura de la sociedad, a través de la consolidación de una cultura de prevención que permita ser más abierta y dinámica. Esto requiere que la transmisión de los conocimientos se haga en un contexto que incluya el trato humano digno, el respeto a los valores individuales y la opción de hablar abiertamente de la sexualidad sin temor a ser sancionado o puesto en ridículo (Montoya Montoya, 2007).

Ahora, poder hacer real la prevención de los riesgos de salud sexual y reproductiva es necesario aplicar métodos que permitan a la población conocer los instrumentos de protección sexual. Es importante que los jóvenes conozcan acerca de los métodos anticonceptivos que pueden utilizar con el fin de evitar infectarse de alguna enfermedad, de los cuales se encuentran los naturales, métodos de barrera, métodos hormonales, dispositivo intrauterino y quirúrgicos (González F. G., 2004).

Dentro de los métodos más efectivos están los condones porque su utilización puede ser bivalente debido a que puede evitar embarazos no deseados y a su vez protege de enfermedades de transmisión sexual. Las estrategias de promoción para el uso del preservativo pudieran estar conformada de la siguiente manera:

- a. Sensibilizar a los varones acerca de la importancia del uso del condón en relaciones secundarias podría ser una estrategia a utilizar, ya que esta parece ser una práctica bastante difundida.
- b. Intervenciones que incluyan un conjunto de cuestiones relevantes para su salud reproductiva, que recuperen la sexualidad y promuevan la conciencia crítica acerca de su condición de género.
- c. Aumentar la accesibilidad del condón femenino podría ser una estrategia a explorar, con el fin de que les permitiría tomar el control frente a la negativa del varón a cuidarse". (Gogna, 1998, pág. 85)

Igualmente, los entes gubernamentales están en el deber de aplicar políticas de promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva. En la Tabla 28 se detallan las cinco metas para los organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluido el sector salud de la Región de las Américas (PAHO/WHO, 2001).

Tabla 28. Metas de los organismos e instituciones gubernamentales y no gubernamentales para la promoción de la salud sexual planteada por PAHO/WHO.

METAS	CARACTERÍSTICAS
<i>Promover la salud sexual, con especial énfasis en la eliminación de barreras a la salud sexual.</i>	<p>Los esfuerzos destinados a la promoción de la salud sexual serán más eficaces si se toman en cuenta todos los elementos de la sexualidad, en vez de adoptar únicamente enfoques parciales. Por lo tanto, es necesario que la inclusión de la salud sexual en los programas de salud pública dé cabida a las todas dimensiones de la salud sexual (por ej., desarrollo de los vínculos afectivos/amor del género y la salud reproductiva).</p> <p>El placer erótico es una dimensión del ser humano que con frecuencia se ha negado como necesidad fundamental, positiva, gratificante y promotora de la salud.</p> <p>El placer erótico se ha estigmatizado aún más cuando se experimenta como autoerotismo (generalmente conocido como masturbación). Se ha observado que el valor del autoerotismo constituye una herramienta importante para la promoción de relaciones sexuales sin riesgo.</p> <p>Cabe señalar que el estigma en torno al placer sexual ha dado lugar a la eliminación de toda mención del placer en muchos programas de educación sexual. Esta omisión incide en el comportamiento de búsqueda de atención de salud.</p> <p>No se debe subestimar la importancia del vínculo afectivo/amor sano. La importancia de contar con un entorno sano donde reine el afecto ha sido reconocida por los científicos desde hace mucho tiempo.</p>
<i>Ofrecer educación sexual integral a todos los sectores de la población.</i>	<p>La educación sexual integral es considerada como el proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman, informal y formalmente, conocimientos, actitudes y valores respecto de la sexualidad en todas sus manifestaciones, es una de las mejores inversiones que una sociedad puede hacer cuando se trata de promover la salud sexual entre la población.</p> <p>La educación sexual integral debería iniciarse en épocas tempranas de la vida, debería ser adecuada para la edad y el grado de desarrollo y debería promover una actitud positiva hacia la sexualidad.</p> <p>La educación de la sexualidad debe proporcionar una base de conocimientos sobre la sexualidad humana. Además, se ha reconocido que la información sexual por sí sola no basta. La educación de la sexualidad también debe incluir el desarrollo de destrezas, además de la adquisición del conocimiento.</p>
<i>Dar educación, capacitación y apoyo a los profesionales que se desempeñan en campos relacionados con la salud sexual.</i>	<p>La meta de dar educación y capacitación en salud sexual destinada a una amplia gama de especialistas, otros profesionales y para profesionales que participan en la promoción de la salud sexual, incluyendo médicos, enfermeras, terapeutas, especialistas en VIH/SIDA, personal de planificación familiar, así como educadores y activistas comunitarios, es necesaria para promover eficazmente la salud sexual entre la población.</p>
<i>Desarrollar y dar acceso a servicios integrales de atención de salud sexual y brindar a la población el acceso a dichos servicios.</i>	<p>Lamentablemente, la incidencia actual de muchos problemas sexuales hace que los esfuerzos de prevención sean insuficientes. Un gran número de personas tiene problemas sexuales que exigen atención clínica. También es poco realista pensar que la prevención sea capaz de eliminar todos los problemas sexuales en el futuro. De aquí que el desarrollo de la atención integral de salud sexual sea una necesidad crítica en todas las sociedades, tal como lo es brindar acceso a esta atención a toda la población.</p>



<p><i>Promover y auspiciar la investigación y evaluación en materia de sexualidad y salud sexual, así como la difusión del conocimiento resultante.</i></p>	<p>La investigación es necesaria para aumentar la comprensión del sexo, la sexualidad, la salud sexual y el comportamiento sexual, así como para evaluar la eficacia de las estrategias de prevención, programas, cursos y tratamientos.</p>
---	--

Fuente: (PAHO/WHO, 2001)

4.10. Ética y derechos sexuales y reproductivos

Existen diferentes perspectivas de cómo afrontar los derechos sobre la salud sexual y reproductiva en las sociedades. Hay una teoría que vincula los derechos sexuales a través de la perspectiva evolutiva, devolutiva o revolucionaria.

“La aproximación evolutiva busca aplicar los derechos existentes a nuevos sujetos (ej. trabajadoras sexuales) y a nuevas situaciones (ej. elección de pareja del mismo sexo), invocando los derechos existentes para responder a los diferentes aspectos de las necesidades sexuales. Desde esta aproximación, se invoca el derecho a la privacidad para proteger la actividad sexual entre personas del mismo sexo, el derecho a la integridad para proteger la violencia sexual contra mujeres, el principio de igualdad a favor de los homosexuales, etc.

De acuerdo con la perspectiva devolutiva, los derechos sexuales son identificados con reclamos sectoriales específicos, como considerar que estos derechos corresponden única y específicamente a las personas gay, lesbianas, bisexuales y transgénéricas.

Finalmente, la perspectiva revolucionaria reivindica la primacía de la igualdad y no discriminación, pone énfasis en la dignidad de la persona y en la idea de que los derechos son interdependientes en su realización, señalando la importancia de la participación de individuos y grupos en la determinación de los temas que los afectan”. (Flores, 2006, pág. 391)



De esta situación se puede decir que las perspectivas evolutivas y revolucionario buscan el mismo enfoque, la igualdad en los derechos sobre la salud sexual y reproductiva tanto en hombres como en mujeres. Es decir que los derechos sexuales y reproductivos están estrechamente vinculados con los derechos humanos, pero existe discrepancia en que los hombres no sufren la misma discriminación y falta de equidad que las mujeres (Schutter, 2000).

Esto mismo sucede cuando existe un embarazo no deseado y más si es en la etapa de adolescencia. Son más los efectos negativos para las chicas que para los chicos, el estigma de la sociedad señala más a la embarazada que al progenitor. Es por ello que los derechos de salud sexual y reproductiva debe velar un poco más en la mujer. Esto se refleja porque provoca limitaciones en el desarrollo integral, así como el empeoramiento de la situación socioeconómica; de la misma forma, limita las oportunidades y la integridad emocional sufre ante una experiencia para la que no están preparadas (Garcés, 2002).

Indudablemente, los derechos sexuales y reproductivos deben estar enmarcados en los derechos humanos. En Ecuador están garantizados a través de la Constitución de la República de 1998 en sus artículos 23 numeral 25 (Weir, 2008). El reconocimiento de ciertos derechos sexuales y derechos reproductivos en la Constitución ecuatoriana de 1998, marcan sin duda un hito en la redefinición de los derechos humanos y su impacto en los diversos aspectos sociales (Garbay Mancheno, 2006).

Esto sin duda, tiene significado en las políticas educativas y de información, así como la educación familiar han calado en la psiquis de esta población. Estas políticas se pueden observar en la Figura 48.



Figura 48. Publicidad realizada por una fundación argentina para manifestar los derechos sexuales y reproductivos en la mujer.
Fuente: (PUCHA BARONA, 2016)

Ahora, de manera política gubernamental y legislativa se manifiesta en los diferentes artículos que hacen vida en la carta magna ecuatoriana los cuales buscan reflejar los derechos sobre salud sexual y reproduc-

tiva de todos los ecuatorianos. Esto se puede detallar en la Tabla 29.

Tabla 29. Derechos sexuales y reproductivos en la Constitución de la Republica del Ecuador.

DERECHOS	CARACTERÍSTICAS
Derecho a la Libertad Sexual	Se refiere a la posibilidad de vivir y expresar de forma plena, placentera y segura nuestra sexualidad, afectos e identidad, sin abuso sexual, amenazas, en cualquier etapa y situación de vida.
El Derecho a la Autonomía Sexual, Integridad Y Seguridad Sexual	Este derecho incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas y responsables sobre la propia vida sexual partir de la ética y valores personales. También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
El Derecho a la Privacidad Sexual	Este derecho involucra el derecho a las expresiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad, siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otras personas.
Derecho a la Equidad Sexual	Este derecho garantiza que ninguna persona puede ser excluida, aislada o violentada por razones de sexo, género, edad, raza, clase social, religión o discapacidad física y/o psicológica, en cualquier situación o espacio de su vida cotidiana.
Derecho a vivir de forma Placentera la Sexualidad	Este derecho se refiere a el bienestar emocional, físico, intelectual y espiritual que cada persona debe experimentar en cada momento de su vida. Incluye las relaciones sexuales consentidas y placenteras, sin presiones, violencia o chantaje, así como la vivencia del autoconocimiento del cuerpo sin culpa, prejuicios o mitos.
Derecho a la Expresión Sexual Emocional	Se refiere al derecho que tenemos las personas de comunicar afectos, amor, no solo en las relaciones sexuales, sino también desde la comunicación y expresión de emociones. Las agresiones y violencia en su expresión psicológica, como los gritos, humillaciones, amenazas, desvalorización, burla, etc., son formas de violentar este derecho.
Derecho a la Libre Asociación Sexual	Significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales y emocionales responsables.
Derecho a la toma de Decisiones Reproductivas, Libres y Responsables	Este derecho protege la decisión autónoma, libre y responsable de decidir el número de hijos que se desea tener, el espacio entre cada uno, con quién se desea tenerlos o no tenerlos, y el acceso a los métodos anticonceptivos modernos adecuados a la necesidad de cada mujer y pareja.
Derecho a la Información basada en el Conocimiento Científico	Este derecho implica el acceso y difusión de información sobre sexualidad basada en los resultados de investigaciones científicas, y en las evidencias que resulten acerca de su funcionamiento, uso y efectos. La información que se basa en mitos, temores, vergüenza o críticas pueden confundir a las personas, y dificultar la toma de decisiones responsables y saludables para su sexualidad.
Derecho a la Educación Sexual Integral	La educación sobre sexualidad debe empezar desde la infancia, ya que no solo se refiere a las relaciones sexuales o, a los aspectos físicos como los genitales, sino también a las ideas, conocimientos, dudas, inquietudes y emociones que surgen en el desarrollo de las personas. Tenemos derecho desde la niñez a contar con espacios seguros para recibir educación sexual integral en todas las instituciones sociales como la familia, los centros de salud, principalmente los centros educativos.
Derecho a la atención de la Salud Sexual	La atención a la salud debe estar disponible de forma gratuita, sin discriminación, críticas y juzgamientos. Debe incluir acciones de prevención y el tratamiento de todos los problemas y riesgos en relación con la sexualidad.

Fuente: (DELGADO ESPINOSA, RAMOS DE LA TORRE, & ALTAMIRANO, 2015)

“Se garantiza el acceso y la universalidad en los servicios de salud de

calidad sin discriminación, así como el derecho a la educación, información, consejería y orientación sobre su sexualidad y salud reproductiva; es un proceso fuertemente asociado al desarrollo de la mujer y del hombre, dentro de todos los ámbitos de acción y asegura el desarrollo humano a través de la responsabilidad del hombre y la mujer en calidad de padre y madre responsables. Parte del derecho que tienen todas las personas a una sexualidad plena y enriquecedora como elemento importante para alcanzar el bienestar individual y colectivo y como una responsabilidad individual, familiar y socio-cultural; trasciende, por lo tanto, al tradicional concepto de atención madre-niño; y, otorga un valor a los sistemas de salud sexual y reproductiva convirtiéndose en un mecanismo, para eliminar la discriminación, el maltrato y la violencia contra la mujer, la pareja o cualquier otra condición sexual sobre la cual se perturbe la dignidad humana”. (Ordoñez Sánchez, 2017, pág. 14)

BIBLIORAFÍA

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTETRICA



BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Caballero, I., & Galbes Garcia de Aguilar, T. (1976). *Tratado práctico de medicina moderna*. Mountain View, Estados Unidos: Publicaciones Interamericanas.
- Anaya, C., & Infante, D. (2010). *Ginecología y obstetricia*. Rotura Uterina, Pág 254-258. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom104i.pdf>
- Anchapaxi Chango, P. V. (2017). *Análisis Jurídico Social de la Reproducción Humana Médica Asistida por el procedimiento de Fecundación In-vitro y los vacíos legales en los contratos de vientre de alquiler*. Quito, Ecuador: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE JURISPRUDENCIA, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES.
- Arce, H. R., Morales, H. S., & Pérez, M. A. (2013). *Hemorragia obstétrica*. Capítulo 11, pág 127-221. Obtenido de <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexce-lencia/06%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20obstetricia-Interiores.pdf>
- Baez, J., & Diaz Villa, G. (2007). *Solemnidad-irreverencia frente al sexo en el vínculo intergeneracional docente-estudiante: un problema de justicia En*. Buenos Aires, Argentina: IV Jornada de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires.
- Barrios, C. G., Castañeda-Camey, X., Romero-Gutierrero, X., D., G.-H., & Langer-Glas, A. (1993). Percepción de las parteras sobre factores de riesgo reproductivo. *Salud Pública de México*, **35(1)**, 74-83.
- Betancourt Ortiz, S. L., & Guanga Lara, V. E. (2017). Influencia de las prácticas integrales durante el parto sobre el estado nutricional de neonatos con bajo peso en una zona de salud del Ecuador. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, **27(2)**, 355-368.
- Braz, A. C., Cômodo, C. N., Prette, Z. A., Prette, A. D., & Fontaine, A. M.

- (2013). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de Psicología*, **31 (1)**, 77-84.
- Breilh, J., Campaña, A., & Granda, E. (1991). Regionalización de la calidad de vida y salud materno-infantil: aproximación a la geografía de las condiciones de salud-enfermedad en el Ecuador. En S. Argüello Mejía, J. Breilh, A. Campaña, W. Freire, E. Granda, C. R. Bustos, . . . M. Rivadeneira, **GEOGRAFIA DE LA SALUD EN EL ECUADOR** (págs. 91-110). Quito, Ecuador: Instituto Panamericano de Geografía e Historia, Sección Ecuador, IPGH.
- Cabañas, J., Longoni, M., & Corominas, N. (2001). *Obstetricia y ginecología*. Capítulo 9 (Págs 1003-1004). Obtenido de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP09.pdf>
- Cáceres Cabrera, A., García Núñez, R., & San Juan Bosch, M. (2017). Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. *Medisur*, **15(6)**, 807-818.
- Calderón-Jaimes, E. (1999). Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *Salud pública de méxico*, **41(4)**, 334-343.
- Calderón-Mendoza, L. F., & Cardona-Maya, W. D. (2015). Inyección intracitoplasmática de espermatozoides, treinta años después de su implementación. *Medicina y Laboratorio*, **21(9-10)**, 431-444.
- Campanioni, Y. B. (2013). Estudios sobre sexualidad y género: su visualización en la revista Sexología y Sociedad. *Revista sexología y sociedad*, **19(1)**, 31-43.
- Cárdenas, G. B., Fierro, B. E., & Contento, V. R. (2018). Atención de enfermería durante el puerperio en un hospital de Machala, Ecuador. *Enfermería Investiga Investigación Vinculación Docencia y Gestión*, **3(1)**, 21-25.
- Carvajal Cabrera, J. A., & Barriga Cosmelli, M. I. (30 de Enero de 2020). *Manual Obstetricia y Ginecología. Décima Edición*. Obtenido de Pon-



tificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina, 2019: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2019/03/Manual-Obstetricia-y-Ginecologia-2019.pdf>

Carvajal Cabrera, J. A., & Ralph Troncoso, C. A. (30 de Enero de 2020). *Manual Obstetricia y Ginecología. Octava Edición*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Medicina: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/04/Manual-Obstetricia-Ginecologia-2017.pdf>

Casabona, C. M. (2013). Hacia un Derecho transcultural para la Genética y la Biotecnología humanas. *Anuario jurídico de La Rioja*, (12), 11-38.

Castro Santoro, R. (2007). Una nueva mirada sobre rol del gineco-obstetra en la salud de las personas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(1), 1-4.

Cidre, Y. M. (2008). Dilemas éticos en el asesoramiento genético del diagnóstico prenatal. *Bioética*, 31, 10-17.

Cifuentes Ruiz, D. G. (2016). *Redes de política y participación: el diseño de la política pública de salud sexual y reproductiva en Ecuador*. Quito, Ecuador: Trabajo de Grado - Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cornejo, G. V. (2009). Fisiología de la reproducción humana. *Revista Mexicana de Medicina de la Reproducción*, 1(4), 115-130.

Cruz, A. H., Alarcón, F. M., López, A. P., & Nader, J. D. (1998). Riesgo reproductivo en mujeres mayores de 35 años de edad, año 1996. *Revista "Medicina" Vol. 4 N° 4*, 302-308.

de la Barrera, N. J. (2017). Perspectivas biomédicas de la maternidad subrogada. *Cuadernos de bioética*, 28(2), 153-162.

DELGADO ESPINOSA, D. A., RAMOS DE LA TORRE, L. A., & ALTAMIRANO, G. (2015). *Salud sexual y reproductiva con enfoque de género en jóvenes adolescentes de segundo de Bachillerato B del colegio*

- Consejo Provincial del Carchi. Abril-diciembre 2013.** Ibarra, Ecuador: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.
- Díaz-Cárdenas, S., Arrieta-Vergara, K., & González-Martínez, F. (2014). Prevalencia de actividad sexual y resultados no deseados en salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios de Cartagena, Colombia, 2012. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, **65(1)**, 22-31.
- Diezma, J. C. (2005). Promoción de la salud y prevención de enfermedades sexuales. *Estudios de Juventud*, **Nº 55/01**, 21-23.
- Doblado Donis, N., Batista, I., Pérez Rodríguez, E., Jiménez Sánchez, C. J., & González, G. (2009). Estrategia de intervención educativa para elevar el conocimiento sobre algunos aspectos de sexualidad en estudiantes. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, **;35(4)**, 191-204.
- Drovetta, R. I. (2009). BIOMEDICINA Y POLÍTICAS DE SALUD REPRODUCTIVA EN UN CONTEXTO RURAL INDÍGENA DE LA PUNA JUJEÑA, ARGENTINA. *Barbarói*, **2(31)**, 139-154.
- Flores, R. V. (2006). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista IIDH*, **Vol. 43**, 391-450.
- Garbay Mancheno, S. (2006). *Derechos sexuales y derechos reproductivos en la normativa constitucional e Internacional*. Quito, Ecuador: Programa Andino de Derechos Humanos, PADH.
- Garcés, R. R. (2002). *DISEÑO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA PROTECCIÓN INTEGRAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN EL ECUADOR*. Quito, Ecuador: DIPLOMA SUPERIOR EN DERECHOS HUMANOS Y DEMOCRACIA, PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR.
- García Roche, R. G., Cortés Alfaro, A., Vila Aguilera, L. E., Hernández Sánchez, M., & Mesquia Valera, A. (2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud.



Rev Cubana Med Gen Integr; 22(1).

- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P., & Cuesta, M. (2012). Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. *International Journal of Psychological Research, 5(1)*, 79-87.
- Gaviria Bolaños, A. P. (2016). *Factores que influyen en los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes, sector ER05, Mulliquindil, 2016*. Ambato, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Dirección de Posgrado.
- Gogna, M. (1998). Factores psicosociales y culturales en la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. *Cad. Saúde de Públ., 14(Supl. 1)*, 81-85.
- Gómez-Cantero, O. Ó. (2000). *GIFT. Procedimiento y valoraciones éticas*. Pamplona, España: Extracto de la Tesis Doctoral presentada en la Facultad de Teología de la Universidad de Navarra.
- Gonçalves Câmara, S., Castellá Sarriera, J., & Carlotto, M. S. (2007). Predictores de Conductas Sexuales de Riesgo entre Adolescentes. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology; , 41(2)*, 161-166.
- González, F. G. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Acta colombiana de Psicología, (12)*, 59-68.
- González, M. V., & Reyes, Y. G. (2015). *El embarazo en la adolescencia como principal riesgo obstétrico y perinatal en el Ecuador*. Ambato, Ecuador: III Congreso Científico Internacional UNIANDES.
- González-Andrade, F., Romero, G. A., & Vallejo, F. (2012). *Implementación de la Política Nacional de Genética en Salud Humana: eje de un nuevo paradigma en Ecuador*. La Habana, Cuba: Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud.

- Heredia Hernández, B., Velazco Boza, A., Cutié León, E., & Álvarez Pineda, A. B. (1998). ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SU RELACIÓN CON EL EMBARAZO. *Rev Cubana Obstet Ginecol*;24(1), 28-33.
- Hernández Cortina, A. (2008). Infección por herpes simple genital: revisión global. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(4), 1-10.
- Hernández, S., Del Carmen, R., Pérez Piñero, J., & Sanabria Ramos, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitar ecuatorianos. *Humanidades médicas*, 15(3), 421-439.
- Herrera, G., & Rodríguez, L. (2001). Masculinidad y equidad de género: desafíos para el campo del desarrollo y la salud sexual y reproductiva. *Masculinidades en Ecuador*, 157-178.
- INEC. (02 de Febrero de 2020). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2018*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/ENSANUT_2018/Principales%20resultados%20ENSANUT_2018.pdf
- INEC. (02 de Febrero de 2020). *Registro Estadístico de Camas y Egresos Hospitalarios 2018*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2018/Presentacion_ECEH_2018.pdf
- INEC. (02 de Febrero de 2020). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud, 2017*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2017/Principales_Resultados_%28RAS%29.pdf
- Larousse. (1992). *Diccionario enciclopédico Larousse, Tomo IV*. Barcelona, España: Editorial Planeta, S. A.
- Lazcano, E. C., Rojas, R., del Pilar López, M., López, L., & Hernández, M. (1993). Factores de riesgo reproductivo y cáncer cervico-uterino en la Ciudad de México. *Salud pública de México*, 35(1), 65-73.

- Lenkiewickz, N. E. (1994). Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. *Salud Pública de México*, **36(2)**, 154-160.
- León, V. W., Yopez, G. E., & Nieto. (2008). *Componente normativo materno*. Quito; Ecuador: Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Obtenido de <http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Prestaciones/bt172%20-%20Componente%20Normativo%20Materno.pdf>
- Manzanera, L. R. (2007). *INGENIERIA GENETICA, REPRODUCCION ASISTIDA Y CRIMINOLOGIA*. 169-182.
- Miranda Justicia, M. L. (2015). *Manejo de embriones criogenizados su manipulación y conservación en la legislación Ecuatoriana*. Ambato, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Facultad de Jurisprudencia.
- Montoya Montoya, G. J. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta bioethica*, **13(2)**, 168-175.
- MOSCOSO, H., & GUZMAN, L. (1987). SITUACION DE LA SALUD MATERNA Y PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION PERINATAL. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 7-12.
- Mummert, G. (1995). Cambio socio-cultural y género: internalizando y cuestionando relaciones conyugales e intergeneracionales. *Relaciones 61/62, Estudios de Historia y Sociedad*, 123-132.
- Nieto, T. P., Larrea, S., Moreno, G., Pinto, M., & Iturralde, P. (2012). Infecciones de transmisión sexual, prevalencia de VIH/SIDA Sífilis, en estudiantes adolescentes de 5 y 6tos cursos, encuesta de conocimientos, actitudes y practicas (CAP) en el Cantón Ibarra. Imbabura Ecuador. Junio 2011. *COMITÉ REVISORES*, **4**, 60-69.
- Núñez-Rivas, H. P., Monge-Rojas, R., Gríos-Dávila, C., Elizondo-Ureña, A. M., & Rojas-Chavarría, A. (2003). La violencia física, psicológica, emocional y sexual durante el embarazo: riesgo reproductivo predictor de bajo peso al nacer en Costa Rica. *Revista panamericana de salud Pública*, **14**, 75-83.

- Olmeda Latorre, C., & Ubach Soler, T. (1993). *Nueva Enciclopedia Temática Planeta. Ciencias Naturales*. Colombia: Planeta Colombiana Editorial, S. A. .
- Ordoñez Sánchez, J. L. (2017). *Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y su relación con el comportamiento sexual de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Babahoyo 2014*. Lima, Perú: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, FACULTAD DE MEDICINA.
- Ortiz Segarra, J. I., Freire Argudo, M. V., Palacios Espinoza, E., Vega Crespo, B. J., Jiménez Brito, D. A., Campoverde Cisneros, M. A., . . . Alvarado Verdugo, L. (2016). PERCEPCIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES INDÍGENAS KICHWAS Y SHUARAS. ECUADOR, 2016. *Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca*. **21, 34 (2)**, 21-31.
- PAHO/WHO. (2001). *Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción*. Guatemala: Actas de Reunión de Consulta realizada en Antigua Guatemala, Guatemala en la fecha 19 al 22 de mayo de 2000.
- Parra W, P., Sedano M, R., & Sofia., P. M. (2008). *Revista de Obstetricia y Genecologia. Hospital Santiago Oriente Dr Luís Tisné*, 27-30. Obtenido de <https://pdfs.semanticscholar.org/5f67/6e5f502c31dc51a87d0f45245cafcb16adf5.pdf>
- Pinto-Escalante, D., Ceballos-Quintal, J. M., Castillo-Zapata, I., & López-Avila, M. T. (2001). Fundamentos y actualidades del asesoramiento genético. *Revista Biomédica*, **12(3)**, 186-195.
- Prendes Labrada, M. D., Guibert Reyes, W., González Gómez, I., & Serrano Borges, E. (2001). Riesgo preconcepcional en la consulta de planificación familiar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, **17(4)**, 360-366.
- PUCHA BARONA, J. I. (2016). *Influencia de los proyectos sociales en salud sexual y reproductiva en los procesos de vinculación con la co-*



lectividad en la carrera de obstetricia de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Guayaquil año 2014. Guayaquil, Ecuador.: Trabajo de Grado - Universidad de Guayaquil: Facultad de Filosofía, Letras Y Ciencias De La Educación.

Regueira Naranjo, J. L., Rodríguez Ferrá, R., & Brizuela Pérez, S. (1998). COMPORTAMIENTO DEL RIESGO PRECONCEPCIONAL. *Rev Cubana Med Gen Integr*;14(2), 160-164.

Rengifo-Reina, H. A., Córdoba-Espinal, A., & Serrano-Rodriguez, M. (2012). Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. *Revista de Salud Pública*, 14, 558-569.

Riesco González, F. J., Arroyo Molina, J. A., & Rivero Gutiérrez, C. (2013). Patología obstétrica general durante el embarazo. Capítulo 5. En J. M. Vázquez Lara, & L. Rodríguez Díaz, *Manual básico de Obstetricia y Ginecología* (págs. 160-224). Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf).

Riveiro, M. (2017). Apuntes críticos sobre las relaciones de género en los estudios de movilidad social intergeneracional. *Laboratorio*, (27), 113-129.

Rodríguez Cabrera, A., Sanabria Ramos, G., Palú, M. E., & Cáceres, B. P. (2013). Estrategia educativa sobre promoción en salud sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes universitarios. *Revista cubana de salud pública*, 39(1), 161-174.

Rodríguez Calle, P. V. (2013). *El derecho genético en el Ecuador: el derecho a la vida, la dignidad humana y la seguridad jurídica.* Ambato, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad Regional Autónoma de los Andes, FACULTAD DE JURISPRUDENCIA.

- Rodríguez Jiménez, O. R. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, *7(14)*, 41-52.
- Rodríguez, A. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana de Salud Pública*, *32(1)*.
- Romero, A. J., Álvarez, J. M., & Carcaño, C. M. (2013). *Enfermedades hipertensivas del embarazo*. Capítulo 10. Obtenido de <http://cvoed.imss.gob.mx/COED/home/normativos/DPM/archivos/coleccionmedicinadeexcelencia/06%20Ginecolog%C3%ADa%20y%20obstetricia-Interiores.pdf>
- Saavedra-Saavedra, J., Becerra, E. P., & Recalde-Losada, P. (2012). Preeclampsia en pacientes infértiles llevadas a inseminación homóloga y heteróloga en el Centro de Biomedicina Reproductiva del Valle-Fecundar, Cali, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *63(1)*, 57-63.
- SALDARRIAGA, W., & ARTUZ, A. (01 de Febrero de 2020). *Fundamentos de ginecología y obstetricia*. Obtenido de Edición Digital: Julio 2017; Universidad del Valle. Programa Editorial: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/10317/3/Fundamentos%20de%20ginecologia.pdf>
- Sánchez-Crespo Bolaños, J. R., & González Hernando, C. (2010). Herpes Genital. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, *3(2)*, 124-126.
- Santín Vilariño, C., Torrico Linares, E., López López, M. J., & Revilla Delgado, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*; *19(1)*, 81-90.
- Sarmiento, G. A., Peña, D. I., & Damas, H. P. (2008). Factores de riesgos reproductivos preconcepcionales en pacientes del Centro de Salud Soibada en Timor Leste. *Correo Científico Médico de Holguín*, *12(3)*, 1-10.

- Schutter, M. M. (2000). El debate en América Latina sobre la participación de los hombres en programas de salud reproductiva. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7, 418-424.
- Secretaría_de_Salud. (2011). *Guía de práctica clínica. Intervenciones de enfermería en la paciente con preeclampsia/eclampsia*. México: Pág 27-31. Obtenido de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/586_GPC_Enfermeriaenpreeclampsia/586GER.pdf
- Serrano, M. C., & Jara-Reyes, S. (2018). *Apuntes sobre la reproducción asistida: una mirada desde la bioética a la situación normativa en Ecuador*. Congreso Internacional Universitario de Bioética, Memorias Universidad del Azuay, 90-125.
- Telpez-García, I. M., Acevedo-Vega, M. A., & Falcón-Segura, B. (2018). Caracterización de mujeres del municipio Manatí con riesgo reproductivo preconcepcional. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 43(1), 565-572.
- Tineo, R., & Benjamin, I. (2017). *Hemorragias del primer trimestre*. Obtenido de <https://docplayer.es/17241934-Hemorragias-del-primer-trimestre.html>
- Tixicuro Cabrera, J. J. (2013). *Conocimientos sobre riesgo reproductivo en adolescentes de los quintos y sextos cursos del Colegio Experimental " Jacinto Collahuazo " sección nocturna del cantón Otavalo, provincia Imbabura, período 2006-2007*. Trabajo de Grado.
- Vargas Trujillo, E., & Barrera, F. (2002). ADOLESCENCIA, RELACIONES ROMÁNTICAS Y ACTIVIDAD SEXUAL: UNA REVISIÓN. *Revista Colombiana de Psicología*, , No. 11, 115-134.
- Vargas Trujillo, E., Barrera, F., Burgos, M. C., & Daza, B. C. (2006). La intención de los jóvenes de tener relaciones sexuales en la adolescencia: el papel de la televisión, la relación con los padres y las cogniciones. *Universitas Psychologica*, 5(1), 69-84.
- Varona de la Peña, F., Hechavarría Rodríguez, N., & Orive Rodríguez, N. M. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal.

Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 36(4), 565-572.

- Vázquez Lara., J. M., & Rodríguez Díaz, L. (01 de Febrero de 2020). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Obtenido de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria: https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/b4e5eb6e-95b6-47fa-8d71-8234e284c52c/6B5DACE8-E074-4104-B6BC-2FD8A8AD4573/df42b241-737e-4415-9932-30fe103aa141/Manual_obstetricia_g.pdf
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Rev Biomed, 9*, 116-121.
- VISOR. (1999). *Enciclopedia VISOR, tomo 12*. Buenos Aires, Argentina: VISOR Enciclopedias Audiovisuales, S. A. .
- Weir, G. V. (2008). *Los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Ecuador ponen sobre el tapete la vigencia o no del estado laico*.
- Zambrano, A. C., Castro, Y. D., & Obregón, E. A. (2016). Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta Ecuador). *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales, 79.*, 1-21.
- ZUMELZU SÁNCHEZ, P. E. (2005). *PARTICIPACIÓN E INCORPORACIÓN DE LOS HOMBRES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA,¿ CUÁLES SON SUS NECESIDADES?* Valdivia, Chile: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD AUSTRAL.

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

TER E D I C I Ó N



Publicado en Ecuador
Abril 2020

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2019 hasta noviembre del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje Digital

Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en tipo fuente y familia.

ISBN: 978-9942-826-23-7



© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.



Med. Diego Armando
Auqui Carangui



Med. Carlos Julio
Montenegro Aucancela



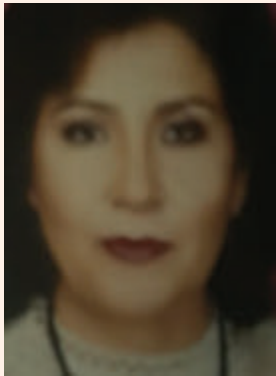
Med. Viviana Elizabeth
Rodríguez Cruz



Med. Evelin Marcela
Villafuerte Lozada



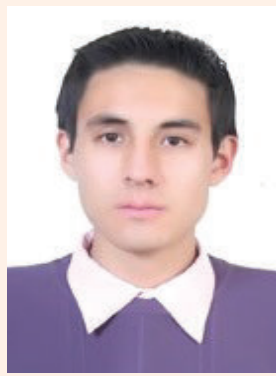
Lcda. Grace Pamela
López Pérez Mg.



Dra. Edith Efigenia
Espinoza Cabezas Esp.



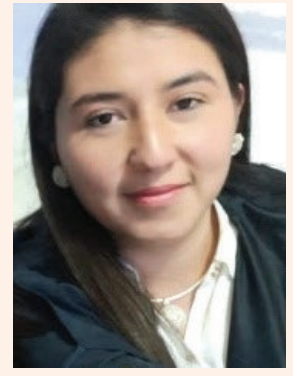
Med. Dubán Hernando
Castañeda Morales



Med. John Patricio
Romero Cevallos



Med. Argenys Michael
Narváez Rueda



Med. Giovanna Birmania
Franco Ruiz

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA

