

46  
223



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**INFLUENCIA DE LA PARTICIPACION DE LA  
SUPERVISORA DE AUXILIARES DE SALUD Y  
AUXILIAR DE SALUD EN LA ATENCION QUE SE  
OTORGA A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL,  
ASI COMO LA REPERCUSION EN SU ESTADO DE  
SALUD.**

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A N :  
ANGELA GONZALEZ SOLANO  
ESPERANZA HIDALGO SALAZAR  
ALICIA RAMIREZ JACINTO

CON LA ASESORIA DEL  
LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

**FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1994





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

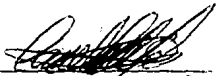
### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

U. N. A. M.  
ESCUELA NACIONAL DE INVESTIGACIONES  
EN FISIOLÓGICA Y QUÍMICA  
CARRERA DE...  
SECRETARÍA

Vo. Bo. DEL ASESOR ACADEMICO



L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

## AGRADECIMIENTOS

A nuestros PADRES por brindarnos generosamente su amor, su paciencia y su apoyo, para alentarnos a la terminación de nuestra carrera. GRACIAS.

A nuestros FAMILIARES y AMIGOS, quienes nos ayudaron siempre a seguir adelante.

Gracias al Profesor Ezequiel por habernos asesorado en la realización de nuestra tesis y a su apoyo brindado durante el Servicio Social.

A la persona que siempre está presente en los momentos difíciles de nuestra vida, dándonos la confianza para seguir adelante.

## D E D I C A T O R I A

A mis PADRES, por su infinito amor, comprensión e inagotable apoyo en los momentos difíciles.

## G R A C I A S

A VICTOR, MAURA Y CARLOS, por su - confianza, cariño y aliento para afrontar los obstáculos y llegar a - mi meta.

A MIS ABUELOS Y TIOS, por su preocupaci3n y ayuda incondicional.

A LOS SERES MAS QUERIDOS, que no se encuentran presentes, pero que viven en mi coraz3n.

A VICTOR HUGO, adorado nieto de mis padres, representante de futuras generaciones.

A NORMA, amiga entrañable.

## A G R A D E C I M I E N T O

A MIS PROFESORES, que me forjaron - con sus conocimientos para ser un - profesional; así como aquellos que me ayudaron a dar lo mejor de mí.

AL PROFESOR EZEQUIEL, por su asesoría y paciencia en la presentación de mí tesis.

A TOMY, ROSA, GUDE, ESTELA Y RUFINA "personas especiales" que compartieron conmigo mis altibajos y ayudaron a terminar con éxito el servicio social.

E S P E R A N Z A .

## C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION	
I <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u> .....	4
1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA.....	5
2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	6
3. JUSTIFICACION.....	7
4. OBJETIVOS.....	8
5. VARIABLES E INDICADORES.....	9
6. CAMPO DE INVESTIGACION.....	10
7. TIPO DE INVESTIGACION.....	11
8. RECURSOS.....	12
9. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION .....	12
II. <u>MARCO REFERENCIAL</u> .....	13
1. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.....	14
1.1 PERFIL DEL PERSONAL QUE PROPOR- CIONA EL CONTROL PRENATAL.	
2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO RE- PRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO.....	20
3. FECUNDACION.....	28
4. EMBARAZO NORMAL.....	31
4.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO.	
4.2. DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.	
4.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL -- EMBARAZO.	

4.4. DURACION DEL EMBARAZO Y FECHA PROBABLE DE PARTO.	
5. ANTECEDENTES DEL CONTROL PRENATAL - EN MEXICO.....	57
6. CONTROL PRENATAL.....	62
6.1. HISTORIA CLINICA.	
6.2. EXPLORACION FISICA.	
6.3. CONSULTAS EN EL EMBARAZO NORMAL.	
6.4. NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO.	
6.5. MOLESTIAS LEVES DEL EMBARAZO.	
6.6. HIGIENE.	
6.7. ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO.	
6.8. SISTEMAS DE ELIMINACION.	
6.9. TRASTORNOS CIRCULATORIOS.	
6.10. TOXICOMANIAS.	
7. SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.....	100
8. ASPECTOS PSICOLOGICOS DURANTE EL -- EMBARAZO.....	102
8.1. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL EMBA RAZO.	
9. PREPARACION PARA EL PARTO.....	106
III. <u>PRESENTACION Y DESCRIPCION DE RESULTADOS.....</u>	108
IV. <u>REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, CONCLUSIO- NES Y ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....</u>	148

	PAG.
<u>ANEXOS</u> .....	157
ANEXO N° 1 GUIA DE OBSERVACION.	
ANEXO N° 2 CEDULA DE ENTREVISTA.	
<u>BIBLIOGRAFIA</u> .....	164



## INDICE DE FIGURAS

	PAG
1. PROCESO DE FECUNDACION.....	29
2. FECUNDACION.....	29
3, 4. PLANOS Y DIAMETROS PELVICOS.....	67
5. CUIDADO DE LAS MAMAS.....	81
6, 7, 8, 9, 10. EJERCICIOS PRENATALES.....	85
11. VARICES.....	94

## INDICE DE CUADROS.

## (GUITA DE OBSERVACION)

CUADRO N° 1-A	TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS S.A.S. EN RELACION AL INTERROGATORIO QUE LES REALIZAN A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	109
CUADRO N° 1-B	TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS A.S. EN RELACION AL INTERROGATORIO QUE LES REALIZAN A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	110
CUADRO N° 2	TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS S.A.S. Y A.S. EN RELACION A TOMA DE SOMATOMETRIA DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	113
CUADRO N° 3-A	TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS S.A.S. EN RELACION A LA EXPLORACION FISICA QUE LE REALIZAN A LAS USUARIAS EN CONTROL	

	PAG.
	115
CUADRO Nº 3-B	117
CUADRO Nº 4-A	119
CUADRO Nº 4-B	121
CUADRO Nº 5-A	123
CUADRO Nº 5-B	124
CUADRO Nº 6	127
CUADRO Nº 7	129

## (CEDULA DE ENTREVISTA)

CUADRO Nº 1	TOMA DE SOMATOMETRIA REALIZADOS POR - LAS S.A.S. Y A.S. SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	131
CUADRO Nº 2	TOMA DE TENSION ARTERIAL POR LAS S.A.S. Y A.S. SEGUN LA OPINION DE LAS USUA--- RIAS EN CONTROL PRENATAL.....	133
CUADRO Nº 3	PERSONA QUE OTORGA LA ATENCION EN REL <u>A</u> CION A LA EXPLORACION FISICA (FONDO - UTERINO, MANIOBRAS DE LEOPOLD, FRECUEN <u>E</u> CIA CARDIACA FETAL) SEGUN LA OPINION - DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	135
CUADRO Nº 4	INFORMACION DE LOS SIGNOS DE ALARMA - POR LAS S.A.S. Y A.S. SEGUN LA OPI-- NION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENA- TAL.....	137
CUADRO Nº 5	ORIENTACION GENERAL OTORGADA POR LAS - S.A.S. Y A.S. SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL.....	139
CUADRO Nº 6	NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS OTORGA <u>A</u> DAS POR LAS S.A.S. Y A.S. DURANTE EL - CONTROL PRENATAL SEGUN LA OPINION DE - LAS USUARIAS.....	142
CUADRO Nº 7	NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS POR LAS	

	PAG.
S.A.S. Y A.S. DURANTE EL CONTROL PREN <u>A</u> TAL SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS.....	144
CUADRO N° 8 DETECCION DE ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO POR LAS S.A.S. Y A.S. SE-- GUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CON- TROL PRENATAL.....	146

## INTRODUCCION

La presente tesis se ha estructurado con el objeto de conocer y resaltar la participación de la Supervisora de Auxiliares de Salud y Auxiliar de Salud en la atención del control prenatal que brindan y confrontarlo con la opinión de las usuarias atendidas de los módulos asignados para la realización del Servicio Social (Tulancingo, Tepeapulco y Singuilucan pertenecientes a la Jurisdicción Sanitaria N° 2 Tulancingo, Hgo).

Es importante subrayar que el control prenatal se debe otorgar en forma constante y completa, realizando un interrogatorio y exploración física, que permitan detectar oportunamente factores o enfermedades que compliquen el embarazo y dificulten el parto, así como proporcionar una orientación general, haciendo énfasis en la información de signos de alarma para tratar de disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

El contenido de ésta investigación se ha organizado en los siguientes cuatro capítulos:

En el Primero se aborda la fundamentación del tema de investigación, para lograr éste propósito se da a conocer la descripción de la situación problema derivándose la identificación del problema, el cual determina los objetivos de la investigación y posteriormente la justificación. Además de presentarse la metodología de la investigación que incluye las variables, el tipo y delimitación del campo de investigación, los recursos e instrumentos de la misma.

El Segundo Capítulo comprende el marco de referencia en el cual se describen los conocimientos teóricos con respecto a las variables de estudio; desarrollando los antecedentes del control prenatal en México, cambios anatómo-fisiológicos del aparato reproductor femenino, diagnóstico de embarazo, realización de una historia clínica y exploración física; así como otros aspectos que son de interés para el lector.

En el Capítulo Tres por medio de la instrumentación estadística se presenta la descripción de resultados de la investigación, confrontando lo anterior con el marco de referencia y las experiencias vividas de las pasantes en los módulos asignados.

En el Capítulo Cuatro se aborda el replanteamiento del problema, en el cual se retoman el problema, los objetivos y las variables de estudio, así como las conclusiones que enmarcan un conjunto de reflexiones analíticas de los resultados obtenidos, exponiéndose algunas, de éstas: que el tiempo en el programa tanto de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud no influye en la atención que otorgan a las usuarias en control prenatal; las Supervisoras de Auxiliares de Salud no cuentan con los suficientes conocimientos para capacitar a las Auxiliares de Salud, además de que el formato E-1 no contiene los datos necesarios para brindar una atención completa a la usuaria y la selección de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud no es acorde al perfil que marca la Estrategia de Extensión de Cobertura.

De las cuales surgen las siguientes alternativas de solución: Que las Supervisoras de Auxiliares de Salud reciban capacitación so-

bre control prenatal para que a su vez les transmitan los conocimientos a las Auxiliares de Salud, además que al formato E-1 se le agregue los aspectos necesarios para otorgar una atención completa o en su caso se utilice el carnet perinatal a nivel módulo y que a nivel jurisdiccional se seleccione a las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud en base al perfil que marca la Estrategia de Extensión de Cobertura. Con lo anterior se pretende que el control prenatal otorgado sea de calidad y resulte beneficiada la población materno-infantil.

Al final se exponen los anexos que comprenden los instrumentos de investigación utilizados, siendo una guía de observación y una cédula de entrevista. Incluyendo también la bibliografía básica utilizada como apoyo para la realización de la investigación.

**I. FUNDAMENTACION  
DEL TEMA DE  
INVESTIGACION.**



## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA

El programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, es considerado como una opción más de salud para las comunidades rurales dispersas que tienen una población aproximada de 500 a 2,500 habitantes y las cuales carecen de servicios básicos de atención médica. Por lo cual la Dirección General de Planificación Familiar y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia han querido trabajar conjuntamente a través del Programa Específico de Colaboración para que el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia tenga una alternativa más para la realización del Servicio Social y a la vez llevar hasta éstas comunidades los servicios de atención primaria a la salud, basada en sus cuatro subsistemas: Atención al menor de 5 años, Planificación Familiar y Métodos Anticonceptivos, Actividades varias y Embarazo, parto y puerperio. De los cuales en éste último se observa que la participación de la Supervisora de Auxiliares de Salud y la Auxiliar de Salud es muy importante durante el control prenatal de una embarazada, ya que por diversas razones se omite una adecuada prestación de éste servicio, contribuyendo así al aumento de la morbi-mortalidad infantil. La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido; los factores de riesgo fetal durante el desarrollo intrauterino son mayores que los que se presentan durante el parto y los primeros días de vida del neonato. De aquí la importancia de un buen control prena-

tal.

## 2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye la participación de la Supervisora de Auxiliares de Salud y Auxiliar de Salud en la atención que se otorga a las usuarias en control prenatal, así como la repercusión en su estado de salud, de la Jurisdicción Sanitaria N° 2, Tulancingo, Hgo.?

### 3. JUSTIFICACION

En la prestación del Servicio Social realizado por el pasante - de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia dentro del Programa - Especifico de Colaboración en el Estado de Hidalgo, se observó que - la mujer embarazada no le da importancia el llevar un control prenatal, ya que sólo acude en caso de presentar alguna alteración o malestar en su estado de salud, aun cuando tiene fácil acceso a alguna Institución de Salud.

Así mismo se observó deficiencia en la atención que se brinda a la mujer embarazada en su control prenatal, detectadas por la aplicación de la gufa de detección de necesidades de capacitación a la Auxiliar de Salud, por la realización de visitas domiciliarias a mujeres embarazadas y a través de la salida conjunta con la Supervisora de Auxiliares de Salud.

Motivo por el cual surge el interés por conocer la influencia - de la participación de la Supervisora de Auxiliares de Salud y Auxiliar de Salud en la atención que brindan a las usuarias en Control - Prenatal, de las comunidades rurales que integran los módulos Tulancingo, Singuilucan y Tepeapulco.

Se considera importante la investigación, ya que en el Estado - de Hidalgo se registra un alto porcentaje de morbi-mortalidad materno-infantil.

#### 4. OBJETIVOS

**La Pasante:**

- Conocerá el grado de conocimientos de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud con respecto al Control Prenatal y su repercusión en el estado de salud de la mujer -- embarazada.
- Identificará la participación de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud en la atención que brindan a las usuarias de Control Prenatal.
- Analizará la importancia que tiene la participación de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud en la atención que otorgan a las usuarias embarazadas en Control Prenatal.
- Sugerirá alternativas de solución al término de la investigación.

## 5. VARIABLES E INDICADORES

Observadas en las S.A.S. y A.S.

## INDICADORES

- Interrogatorio. Edad, antecedentes personales patológicos, antecedentes gineco-obstétricos, ingreso - económico.
- Exploración física. Toma de peso, talla, tensión arterial, altura de fondo uterino, frecuencia cardíaca fetal, maniobras de Leopold.
- Orientación general. Alimentación, higiene, actividades durante el embarazo, molestias leves, toxicomanías.
- Signos de alarma. Ausencia de movimiento fetal, ruptura prematura de membranas, crecimiento uterino - anormal, sangrado trasvaginal, cefalea y - alteraciones visuales.
- Lugar donde se dá la consulta. Consultorio rural, domicilio.
- Número de consultas. De 1 a 2; de 3 a 4 y de 5 a más.
- Enfermedades captadas durante el embarazo.

Preguntadas a las usuarias en control prenatal.

- Toma de peso Si - no
- Toma de talla. Si - no

- Toma de tensión -- Si - no arterial.
- Medición de altura Si - no de fondo uterino.
- Maniobras de Leopold Si - no
- Toma de frecuencia - Si - no cardíaca fetal.
- Signos de alarma. Ausencia de movimiento fetal, ruptura prematura de membranas, crecimiento uterino - anormal, sangrado trasvaginal, cefalea y - alteraciones visuales.
- Orientación general. Alimentación, higiene, actividades durante el embarazo, molestias leves, toxicomanías
- Visitas domicilio--- De 1 a 2, 3 a 4 y 5 a más. rias.
- Consultas otorgadas. De 1 a 2, 3 a 4 y 5 a más.
- Enfermedad detectada Durante el embarazo.  
Las variables son cualitativas y nominales.

## 6. CAMPO DE INVESTIGACION.

### Lugar:

La presente investigación se realizó en 28 comunidades rurales de la Jurisdicción Sanitaria N° 2, en los módulos: Tulancingo, Sin-

guilucan y Tepeapulco en el Estado de Hidalgo.

Universo:

Se conformó por 61 mujeres embarazadas, mismas que residen en las comunidades de los módulos investigados, 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud y 28 Auxiliares de Salud.

Tiempo:

Se consideró a partir del mes de mayo de 1993 al mes de enero de 1994, para la realización de la investigación desde la planeación, ejecución y presentación de resultados.

## 7. TIPO DE INVESTIGACION

De acuerdo a los objetivos, planteamiento del problema, variables a investigar, y metodología a utilizar en la investigación es socio-médica, transversal, observacional, descriptiva y comparativa.

## 8. RECURSOS

- A) Humanos: 3 Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia.
- B) Materiales: Material de escritorio, guías de observación, cédulas de entrevista para la recolección de datos.
- C) Financieros: Fué financiado por las 3 Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia con las becas otorgadas, por la Secretaría de Salud y la U.N.A.M.

## 9. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

Fué aplicado a las mujeres embarazadas en Control Prenatal una cédula de entrevista y una guía de observación a las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud.



## II. MARCO DE REFERENCIA

## 1. ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

Es la salud uno de los componentes fundamentales del bienestar social, así como una economía equilibrada y la educación.

En México el 28.7% de la población es considerada población rural dispersa, es decir, comunidades con menores de 2,500 habitantes, diseminadas en áreas geográficas de difícil acceso.

Para atender a ésta población la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Planificación Familiar, viene operando la Estrategia de Extensión de Cobertura desde 1986.

El objetivo primordial es proporcionar servicios de Planificación Familiar y atención primaria a la salud en comunidades menores de 2,500 habitantes.

La E.E.C. se define como el "conjunto de acciones para proporcionar servicios mínimos de salud y que se otorgan a través de personal voluntario de la propia comunidad". 1/

En el medio rural se necesita una coordinación eficaz de la persona voluntaria (Auxiliar de Salud) con el personal de las unidades aplicativas, para la referencia y contrarreferencia de pacientes, para brindarles una atención de salud de buena calidad. Así mismo se necesita la supervisión continua a las Auxiliares de Salud por Enfermeras Supervisoras, quienes deben adiestrar y capacitar en servicio así como del aprovisionamiento de materiales.

---

1/ S.S., MANUAL TECNICO DE PLANIFICACION FAMILIAR N° 12, p. 13

Sus objetivos son:

a) Proporcionar servicios de Planificación Familiar y atención primaria a la salud de la población rural.

b) Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

c) Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas.

La E.E.C. se apoya en la infraestructura institucional de la S. S.:

1) D.G.P.F. (Area Central) tiene funciones de normatividad, -- programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la E.E.C.

2) Jefaturas de Servicios Coordinados de Salud Pública y Servicios Estatales de Salud (Nivel Estatal), tiene funciones de programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información, y evaluación de la E.E.C.

3) Nivel Jurisdiccional, que llevan a cabo la programación local, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de la E.E.C. en cada uno de los módulos y unidades aplicativas a su cargo.

4) Nivel Modular, se integra por 10 comunidades rurales dispersas y está a cargo la S.A.S., que tiene la responsabilidad de supervisar, capacitar y asesorar en servicio y dotar de los recursos materiales básicos a la A.S.

5) Las comunidades de la E.E.C., son la base de la estructura operativa, en ellas la A.S. (persona voluntaria) se responsabiliza de la prestación de servicio básico de atención primaria de salud, -

con la participación de su comunidad.

Los servicios básicos de atención primaria a la salud que proporciona la E.E.C. a través de la Auxiliar de Salud son: Planificación Familiar, Atención en el Embarazo, Parto y Puerperio, Atención al menor de 5 años y actividades varias.

La prestación de servicio comprende: atender a la población, promoción detección oportuna de riesgo para la salud, así como referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención correspondiente.

Estos servicios comprenden los programas de: Planificación Familiar, Atención materno-infantil, Enfermedades Prevenibles por Vacunación, Prevención y Control de Infecciones Respiratorias Agudas, Nutrición y Salud.

Para el cumplimiento de los objetivos de la E.E.C. depende en gran parte de la participación comprometida y entusiasta tanto de la comunidad como de la Auxiliar de Salud. Por ello, la promoción, se entiende como el proceso a través del cual se sensibiliza, informa, motiva y educa a la población con el fin de propiciar cambios de comportamiento y actividades que favorezcan su salud, representa uno de los aspectos más importantes de la E.E.C.

Para promover la participación de la comunidad en pro de su salud, tanto la S.A.S. y A.S. llevan a cabo, de manera sistemática, entrevistas, visitas domiciliarias y pláticas a grupos, utilizando apoyos didácticos apropiados a las características culturales de la comunidad.

## 1.1. PERFIL DEL PERSONAL QUE PROPORCIONA EL CONTROL PRENATAL

### Supervisora de Auxiliares de Salud.

En todo programa de salud, el papel que desempeña el personal - que participa en él resulta indispensable, por lo que en la E.E.C. - S.S.A. la Supervisora de Auxiliares de Salud representa el enlace entre las Auxiliares de Salud y los Servicios institucionales fortaleciendo la cobertura de los servicios de salud a la población rural.

La Supervisora de Auxiliares de Salud se ha definido como personal de enfermería con características específicas para obtener el puesto.

- Con una escolaridad de Auxiliar Técnico ó Enfermera General.
- Disponibilidad para viajar a las comunidades rurales que integran el módulo.
- Experiencia en actividades de campo, supervisión y capacitación mínimo un año.
- De preferencia ser residente de la localidad.
- Tener habilidad para establecer el enlace entre el sistema de salud tradicional y el institucional.
- Establecer comunicación con los líderes de la comunidad.
- Identificar áreas problema a las cuales debe darse solución.
- Mejorar la cantidad y calidad del trabajo realizado por el Auxiliar de Salud mediante la asesoría que proporcione.
- Capacidad para programar, organizar y controlar con otros traba

jadores de la salud, las actividades que se lleven a cabo en -- las comunidades rurales que están bajo su responsabilidad. Proporcionar atención selectiva y referencia de usuarias de la Auxiliar de Salud, cuando requieran una atención de salud de mayor nivel. 2/

Sus funciones son: supervisar, capacitar, adiestrar y apoyar a las Auxiliares de Salud en las actividades de la E.E.C.

#### Auxiliar de Salud:

Es la persona que suministra los servicios básicos de salud y - promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias.

La selección de la Auxiliar de Salud se realiza en forma conjunta con la comunidad, generalmente en asambleas convocadas por los líderes y autoridades, lo que permite establecer los requisitos indispensables con base en las siguientes características:

- Ser residente de la localidad rural en la que prestará sus servicios.
- Ser líder natural y participar en bien de la comunidad.
- Mostrar interés por el trabajo en la comunidad.
- Disponer de un tiempo de cuatro horas mínimo para el desarrollo de sus actividades.
- Ser propuestas por la comunidad para desempeñar el trabajo de Auxiliar de Salud.

---

2/ S.S., ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA, pp. 314-315

- Tener de 20 a 45 años de edad.
- Ser casada o haberlo sido.
- Saber leer y escribir o tener educación primaria.
- Contar con el apoyo de sus familiares hacia el trabajo a desarrollar.
- Contar con el apoyo y asesoría del Supervisor de Auxiliares de Salud y del Coordinador Médico de P.F. de la Jurisdicción.
- Obtener un resultado satisfactorio de las entrevistas y el examen.

Sus tareas cuya finalidad es contribuir a resolver los problemas de salud que aquejan principalmente al grupo de mujeres y niños. 3/

## 2. ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO Y FEMENINO

Los aparatos reproductores masculino y femenino están organizados de modo que se les pueden agrupar conforme a sus funciones, las cuales difieren notablemente de las de cualquier otro aparato o sistema corporal pues, su funcionamiento adecuado y sus mecanismos de control no sólo garantizan la supervivencia del individuo; ya que -- también, la de la especie a través de la reproducción.

### APARATO REPRODUCTOR MASCULINO.

Los órganos del sistema reproductivo del varón pueden clasificarse como órganos esenciales para la producción de gametos y órganos accesorios que desempeñan cierto tipo de función del sostén en el proceso de la reproducción, e incluyen diversos conductos genitales, glándulas y estructuras de sostén.

#### Organos Esenciales.

##### Testículos.

Son dos glándulas ovoideas que contienen en su interior varios lóbulos compuestos por túbulos seminíferos y células intersticiales separados por tabiques y encerrados en una cápsula fibrosa denominada túnica albugínea, sus funciones principales son la espermatogénesis a nivel de los túbulos seminíferos y la secreción de hormonas -



(testosterona) por las células intersticiales (células de Leydig). 4/

#### Conductos Excretorios de los Testículos.

##### Epidídimo.

Túbulo único enrollado con firmeza, encerrado en una cubierta - fibrosa que se encuentra en la parte alta y hacia un lado de cada -- testículo es conducto para el líquido seminal secretando parte del - mismo y es el sitio en que tiene lugar la maduración de los espermatozoides los almacena y durante la eyaculación, los impulsa hacia la uretra mediante peristaltismo del músculo no estriado (liso) de sus paredes.

##### Conducto deferente.

Túbulo que se extiende por el conducto inguinal hacia la cavidad abdominal y pasa por la superficie posterior de la vejiga, para unirse con el conducto de la vesícula seminal. Conecta el epidídimo, con el conducto eyaculatorio funcionando como conducto excretorio para el líquido seminal. 5/

##### Conducto eyaculador.

Los dos conductos eyaculadores son túbulos de corta longitud -- que atraviesan la próstata y terminan en la uretra, formados por la

---

4/ Parker, A.C. ANATOMIA Y FISILOGIA. p. 607

5/ Idem. p. 617

unión de los vasos deferentes con el conducto de la vesícula seminal y su función es la de impulsar a los espermatozoides hacia la porción prostática de la uretra.

#### Uretra.

Es un túbulo de trayecto tortuoso en forma de S y mide 20 cm. de longitud, el orificio que la comunica al exterior es el meato urinario. Como porción terminal del aparato urinario, la uretra es el conducto para eliminar la orina del cuerpo además del semen.

#### Glándulas Accesorias.

#### Vesículas seminales.

Son sacos contorneados en la superficie posterior de la vejiga - secretan un líquido viscoso componente del semen rico en fructosa y - prostaglandinas. Su actividad secretoria normal depende de las concentraciones adecuadas de testosterona.

#### Próstata.

Es una glándula tubuloalveolar compuesta situada por debajo de la vejiga y rodea a la porción superior, o prostática, de la uretra. Secreta una sustancia alcalina y acuosa formando la mayor parte del líquido seminal protegiendo así a los espermatozoides de la acidez de la vagina y de la uretra masculina.

#### Glándulas bulbouretrales de Cowper.

Organos pares situadas por debajo de la próstata, a un lado de la porción membranosa de la uretra que secretan moco alcalino de acción lubricante, y sus conductos desembocan en la porción esponjosa de la uretra.

#### Estructuras de Sostén.

##### EXTERNAS:

##### Escroto.

Es la estructura de sostén de los testículos, y en su aspecto exterior semeja una bolsa de piel separada en dos porciones laterales por una unión media (rafe), en su interior está dividido por un tabique. Representa un medio en que la temperatura es  $1.67^{\circ}\text{C}$  inferior a la corporal por lo que las fibras de músculo no estriado y el músculo cremáster proporcionan la temperatura adecuada a los testículos en me días fríos ó cálidos. 6/

##### Pene.

Formado por tres capas cilíndricas de tejido eréctil ó cavernoso en su extremo distal hay una estructura abultada; el glande, cubierto por un pliegue doble de piel llamado prepucio. Incluye a la uretra y es el órgano de la cópula por el cual los espermatozoides son introdu cidos en la vagina.

---

6/ J. Tortora, G. PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISILOGIA, pp. 904, 905

**INTERNAS:**Cordón espermático.

Son cilindros de tejido fibroso blanco situados en los conductos inguinales que van del escroto a la cavidad abdominal; incluyen conductos deferentes, vasos sanguíneos, linfáticos y nervios.

**APARATO REPRODUCTOR FEMENINO**

Compuesto por los órganos sexuales primarios: ovarios, y los órganos sexuales secundarios: dos trompas uterinas, un útero, una vagina, una vulva y dos mamas ó glándulas mamarias.

**Organos Sexuales Primarios.**Ovarios.

Son un par de cuerpos ovoídes, situados uno a cada lado del útero, por debajo y por detrás de las trompas uterinas, unidos al útero y al ligamento ancho con forma y volumen de almendras grandes. La estructura microscópica está compuesta por varios millares de folículos de Graaf incluidos en una base de tejido conectivo, existen folículos en todas las etapas de desarrollo; por lo regular, cada mes uno madura, se rompe y expulsa el óvulo hacia la cavidad abdominal. Los ovarios tienen dos funciones la ovulación y secreción de hormonas estrógeno y progesterona.

## Organos Sexuales Secundarios.

### Trompas uterinas.

Están unidas a los ángulos superoexternos del útero; se encuentran en el borde superior libre de los ligamentos anchos; están compuestas por tres capas la interna o mucosa, la media o muscular y la externa o serosa. Sus divisiones son istmo, ampolla e infundíbulo; - las trompas uterinas brindan el conducto por el cual el óvulo puede - llegar al útero y en las cuales en estado normal ocurre la fecunda-- ción.

### Útero.

Es el órgano donde se efectúa la menstruación, la implantación - del huevo fecundado, el desarrollo del feto durante el embarazo y el parto, se localiza en la cavidad pélvica entre la vejiga y el recto.- Es de forma piriforme midiendo 7.5 cm. de longitud, 5 cm. de ancho y 1.75 cm. de grosor. Consiste en cuello, cuerpo y fondo; la cavidad -- del cuerpo es pequeña y triangular con tres orificios, dos de las - trompas y uno (orificio interno) que comunica con el conducto cervi- cal, el orificio externo es la desembocadura del conducto cervical en vagina. Su estructura consiste en tres capas: La interna llamada endo metrio formada por dos capas principales, la funcional que se despren- de durante la menstruación y la permanente o basal.

La capa media es el miometrio constituida por fibras de músculos no estriado y la parte externa o peritoneo parietal. El útero está - flexionado entre el cuerpo y el cuello, con el cuerpo adosado sobre -

la vejiga y orientado hacia adelante y algo hacia arriba de modo que el cuello, se une a la vagina en ángulo recto manteniendo su posición por diversos ligamentos.

### Vagina.

Tubo musculomembranoso susceptible de colapsarse y dilatarse de unos 10 cm. de longitud situado entre el recto y la uretra, está orientado en sentido posterosuperior formado principalmente por músculo liso y revestido de mucosa dispuesto en arrugas manteniendo un pH bajo. Sus funciones son recibir el semen, ser el conducto de excreción para secreciones uterinas y flujo menstrual y formar la parte inferior del canal del parto.

### Vulva.

Consta de muchas estructuras que, en conjunto, forman los genitales externos femeninos. El monte púbico es un acumulo adiposo cubierto de piel sobre la sínfisis púbica y desde él se extienden en sentido inferoposterior dos pliegues longitudinales de piel, los labios pudendos mayores revestidos de piel pilosa, en plano medial a estos se encuentran los labios pudendos menores que contienen numerosas glándulas sebáceas. 7/

Inmediatamente debajo de su unión se encuentra el clítoris, pequeña formación de tejido eréctil cubierto por un repliegue cutáneo de prepucio; el meato urinario es el pequeño orificio de la uretra lo

calizado entre el clítoris y el orificio vaginal, éste último ocupa mayor parte del vestíbulo. Las glándulas de Bartholin son dos formaciones que se sitúan a cada lado del orificio vaginal y producen una secreción mucoide que lubrica la vagina, las glándulas de Skene, son un grupo de glándulas diminutas mucosas que desembocan en el vestíbulo cerca del meato urinario.

#### Glándulas mamarias.

Están situadas sobre los músculos pectorales y unidas a ellos -- por una capa de tejido conectivo, su volumen depende del depósito de tejido adiposo. Están divididas en lóbulos y lobulillos, éstos últimos consisten en glándulas racemosas, un conducto excretorio por cada lóbulo desemboca en el pezón él cual está rodeado de una zona circular pigmentada llamada aréola. Su función es secretar leche para la lactancia.

### 3. FECUNDACION.

El proceso de fecundación se realiza bajo las siguientes etapas: depósito de los espermatozoides en la vagina, progresión intrauterina e intratubaria de los espermatozoides, maduración ovular en el ovario, ruptura folicular y captación del óvulo por las fimbrias tubarias así como la fusión de los gametos masculino y femenino en el tercio externo de la trompa. 8/ (fig. N° 1) Durante el coito se depositan en el fondo de saco vaginal posterior un promedio de 3 a 5 ml. de semen, el 80% son formas móviles con un recuento espermático, promedio de 120 millones de espermatozoides por mililitro, conservan su poder fecundante por 48 horas aunque su tiempo de vida es de 4 a 6 días. 9/

Después de que son depositados los espermatozoides penetran en el útero a través del moco cervical, el cual tiene acetilcolinesterasa, que capacita al espermatozoide para penetrar el óvulo y ascienden por la cavidad uterina mediante autopropulsión flagelar recorriendo la trompa hasta alcanzar el tercio externo de la misma, lugar en que se efectúa la fecundación, para que esto suceda se requiere un pH vaginal adecuado, moco cervical propicio (filante), movimiento flagelar, hialuronidasa en la cabeza espermática y contractilidad uterina producida por las prostaglandinas y el orgasmo. Solo uno de los millones de espermatozoides y el de mayor vitalidad es el fecundante.

---

8/ Mondragón, C.H. OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA. p. 37

9/ McLenna, CH. E. COMPENDIO DE OBSTETRICIA. pp. 6-7



FIG. No. 1. PROCESO DE FECUNDACION

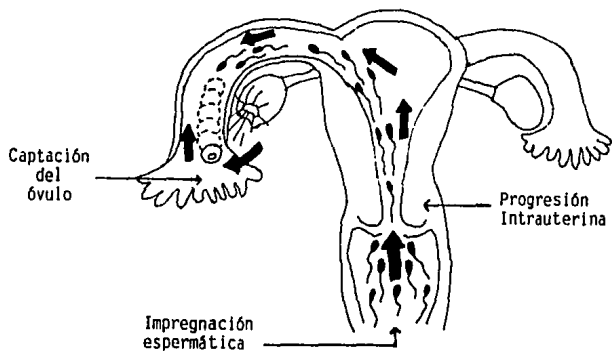
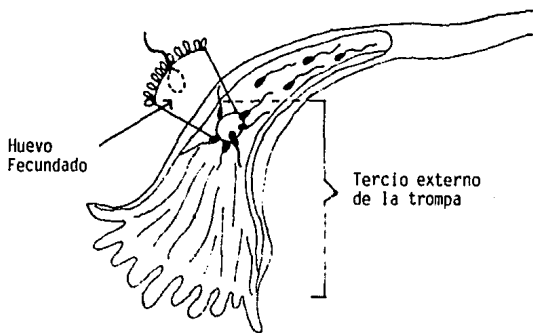


FIG. No. 2. FECUNDACION



TOMADA DE: HECTOR C. MONDRAGON. OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, dp.  
37, 40

Además de lo anterior, es necesario que el óvulo sea captado.-- por la ampolla tubaria por medio del peristaltismo tubario, de las adherencias del óvulo por secreción tubaria, movimiento ciliar, surcos de endosalpinx y corriente de líquido folicular. El promedio de vida del óvulo es de un día, al ser rodeado por los espermatozoides, solo uno hace contacto con un sitio de la membrana ovular (zona pelúcida) permitiendo la entrada a la cabeza (pronúcleo) de ese espermatozoide ocurriendo un cambio en la membrana, haciéndola impenetrable y uniéndose así los dos pronúcleos masculino y femenino. 10/ (fig. - Nº 2)

#### 4. EMBARAZO NORMAL

El embarazo es el estado fisiológico de la mujer que inicia --- con la fecundación y termina con el nacimiento del producto a término y en cuya evolución no se presentan factores que afecten la salud de la madre o del producto.

##### 4.1. CAMBIOS FISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO

La paciente embarazada presenta muchos síntomas y hallazgos físicos bastante diferentes y solamente a través del conocimiento de cambios fisiológicos durante el embarazo, el médico pueda reconocer, alguna patología al entender y evaluar éstos síntomas.

##### Cambios del Sistema Respiratorio.

El cambio más manifiesto del embarazo, es una elevación gradual del diafragma, acompañada del ensanchamiento compensador de las costillas, así no hay déficit significativo del volumen intratorácico.

La frecuencia respiratoria permanece constante durante el embarazo. El volumen de ventilación pulmonar (volumen de aire movido con cada inspiración y espiración normal) se incrementa gradualmente a lo largo del embarazo, hasta que al término es de 30% - 40% sobre niveles basales.

Con el avance del embarazo, hay un descenso gradual del volumen espiratorio de reserva (cantidad máxima de aire que puede ser espirada después de una espiración normal) que alcanza un 20% de descenso,

máximo a término. Hay un descenso similar al volumen residual (vol. de gas que permanece en los pulmones no incluyendo el espacio muerto anatómico, al final de una espiración forzada), puesto que la capacidad funcional residual es la suma de la reserva espiratoria más el vol. residual cuando el embarazo se aproxima a su término siendo aproximado 20%. La capacidad inspiratoria aumenta 10% en el embarazo, alcanzando un máximo de 22 - 24 sem. de gestación.

La capacidad vital media, así como la máxima capacidad inspiratoria (máxima cantidad de ventilación lograda por inspiración voluntaria forzada en 15 seg.) permanece sin cambios a lo largo del embarazo.

El aumento de vol. de ventilación pulmonar asociado con frecuencia respiratoria normal se traduce, en un aumento mínimo de vol. respiratorio, esto es, la hiperventilación del embarazo responsable del descenso de la concentración de dióxido de carbono en el alveolo causando una baja de la tensión del dióxido de carbono en la sangre de la mujer embarazada. La hiperventilación debida al aumento de progesterona. La disnea en mujeres embarazadas es frecuente pero desconocida su causa. 11/

#### Cambios hematológicos.

Los ajustes en sistema hemático de la mujer embarazada son necesarios en base a las características inmunológicas creadas por el fe

---

11/ Danforth, D.N., TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA, pp. 321-

to en la madre, el aporte oxígeno nutrientes, el control de la hemorragia durante el embarazo y parto.

Glóbulos blancos. Durante el embarazo hay un aumento de éstos a expensas de los polimorfonucleares neutrófilo éste cambio está en relación al estímulo de los estrógenos. Este aumento se inicia alrededor de los 45 días de gestación, aumentando progresivamente hasta alcanzar el máximo en los trimestres 2º y 3º. Existe otro aumento al inicio del trabajo del parto y después de los 6 días desciende a los valores normales.

Junto con la elevación de los leucocitos, se han observado cambios en la actividad metabólica de los mismos como: aumento de la actividad de la fosfatasa alcalina del leucocito, aumento de la actividad de la mieloperoxidasa (importante para la destrucción intracelular de hongos y bacterias). Estos cambios en la actividad metabólica encaminados a favorecer la actividad fagocítica del leucocito y parece resultado estrogénico.

Los eosinófilos muestran un cambio en un aumento discreto en su número, se observa un descenso en el número de basófilos. Los monocitos no se modifican ni los linfocitos sufren cambio. Sin embargo se ha observado que la inmunidad está diseminada, hecho que está encaminado a la supervivencia del feto. El mecanismo íntimo aparente es el aumento de glucoproteínas que revisten la superficie del linfocito con una barrera mucoide. Otro de los mecanismos de los linfocitos son el bloqueo en su transformación por la gonadotropina coriónica humana, la prolactina y el lactógeno placentario.

Los glóbulos rojos, aunque no hay un acuerdo para determinar el

grado de aumento en la masa de los glóbulos rojos, se ha llegado a observar que el vol. normal fuera del embarazo (1,400 ml.) aumenta - 50 ml. a las 20 sem., 150 ml. a las 30 semanas y 250 ml. en el embarazo a término. Este aumento no está en relación a la supervivencia, de los mismos, la cual no se modifica. La masa de glóbulos rojos disminuye inmediatamente después del parto a consecuencia de la pérdida de sangre.

El corazón sufre un cambio en su posición ya que es desplazado, hacia arriba y a la izquierda a medida que progresa el embarazo y se alarga en sus diámetros longitudinal y transverso. El vol. sanguíneo de manera progresiva desde el primer trimestre y más lento en el tercer. Este incremento se relaciona con una serie compleja de factores renales, cardíacos y por concentraciones elevadas de estrógenos, durante el embarazo. Los estrógenos estimulan la secreción suprarrenal de aldosterona, con lo que ocurre retención de sal y agua, dando como resultado aumento de agua y vol. sanguíneo. El gasto cardíaco - representa la magnitud de las demandas impuestas por el embarazo al aparato circulatorio. En decúbito lateral ocasiona disminución del - gasto en relación al registrado en decúbito supino (aparentemente -- por mejor distribución de vol. al disminuir la compresión aórtica y de la vena cava inferior). El aumento del gasto dado por aumento de vol. Sistólico no se modifica en gran forma la frecuencia cardíaca.- Otro factor que lo modifica es el dolor y la ansiedad de la paciente. El riego sanguíneo muestra un aumento desde 50 ml. por minuto a la - semana 10, hasta 200 ml. por minuto a la semana 28 y a término entre 500 a 700 ml. por minuto. Es importante hacer mención que después de

las 40 semanas hay descenso en el riego sanguíneo utero-placentario, lo cual hace notar la importancia de un manejo de embarazo placentario ya que agregado a un factor envejecimiento placentario, se encuentra ésta disminución. El riego sanguíneo de extremidades está disminuido, sobre todo en extremidades inferiores relacionado con la posición supina por obstrucción de la aorta y de la vena cava inferior por el útero grávido. El sistema venoso está modificado por factores personales de tono y presión en las venas, lo cual proporciona datos divergentes. Trastorno que se presenta por la dilatación de la pared venosa y obstrucción del útero grávido.

#### Cambios en el aparato urinario.

El cambio anatómico más notable es la dilatación de los cálices pelvis renal y ureteros. Existe un aumento de vol. en el riñón, cambios que se inician en el tercer mes de embarazo, ocurriendo en un 90% de las pacientes. Esta dilatación se atribuye por cambios hormonales, en particular a la progesterona, otros autores mencionan que a factores obstructivos por el embarazo del útero gestante.

Estos cambios predisponen a una serie de eventos como: la obtención de resultados alterados en la medición del vol. urinario (por retención de orina en los conductos urinarios), o bien en la determinación de productos de excreción metabólica, igualmente, hay mayor tendencia a las infecciones que pueden llegar a ser graves si hay obstrucción y dilatación e influyendo además el elevado contenido de nutrientes en la orina (glucosa), el reflujo uretral, etc.

Ante estos conocimientos se aconseja a la mujer embarazada au-

mentar la ingesta de líquidos y descansar en decúbito lateral. Estos cambios morfológicos sufren una regresión en los siguientes tres meses después del parto.

En términos generales se sabe que la filtración glomerular y el flujo plasmático renal aumenta de un 30 a 50% en fases tempranas del embarazo, notándose una disminución en los mismos valores cerca del término del embarazo. La posición de la paciente influye en la función renal, cambio que se acentúa más al final del embarazo, al cambiar de posición (decúbito lateral a supino o a posición erecta) se condiciona a una disminución inmediata del flujo plasmático, renal, de la filtración glomerular y de la diuresis. Otro factor importante es la ingesta de sal, ya que la ingesta de alimentos ricos en sal aumentan la filtración glomerular y la diuresis.

El aumento de la filtración glomerular condiciona a que mayor cantidad de solutos y plasma atraviesen el glomérulo. Esto explica, en parte la glucosuria, aminoaciduria y el aumento de diversas vitaminas en la orina. El aumento en el reflujo plasmático renal proporciona más sustancias y oxígeno al riñón, lo cual mejora todas las funciones celulares que requieren consumo de energía, tales como la reabsorción de glucosa, de electrolitos, eliminación de hidrógeno y amoniaco, reabsorción de sodio, etc.

A pesar que la concentración plasmática de sodio está disminuída se sabe que hay retención gradual acumulativa de 500 a 900 meq. - que se atribuyen entre madre y producto, siendo el valor máximo durante el tercer trimestre de embarazo, el riñón encargado de mantener el balance adecuado entre la concentración plasmática y su elimi



nación, en la cual influye la filtración glomerular que facilita una reabsorción de sodio para evitar una depresión masiva y colapso circulatorio.

La progesterona condiciona una mayor eliminación de sodio por el riñón por acción salurética siempre y cuando esté en condición adecuada y con función suprarrenal intacta. 12/

#### Cambios en el aparato digestivo.

Los cambios del aparato digestivo en el embarazo como náuseas y vómito tan comunes por el aumento de las hCG que secreta el óvulo anidado y a los cambios del metabolismo de los carbohidratos que ocurren en el período inicial. El tejido gingival se puede ablandar ante los traumas más pequeños; se alteran las secreciones bucales y gástricas ocurriendo hipersalivación o ptialismo, el cambio más notable es la disminución gástrica. El calcio de los dientes es estable, y no está en constante circulación como el calcio de los huesos. La tendencia a las caries en el embarazo resulta de no cambios en los dientes, sino a la composición salival.

Durante los últimos meses de embarazo ocurren cambios gastrointestinales atribuibles a la presión del útero que aumenta de tamaño. Desde el punto de vista anatómico los intestinos se desplazan hacia los lados y hacia atrás, el estómago hacia la parte baja del esófago como resultado de la relajación del cardias. Se retrasa el tiempo en el vaciamiento gástrico y motilidad intestinal con lo cual ocurre es

---

12/ Nuñez, M.E., et al., GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, pp. 61-71.

treñimiento. A menudo se desarrollan hemorroides al final del embarazo a causa de la presión del útero contra los vasos que están por debajo del mismo.

A causa de los efectos de las concentraciones elevadas de estrógenos y progesterona sobre el hígado ocurren cambios menores durante la gestación como: colestasis y prurito grávido desapareciendo después del parto. Otros fenómenos se observan a veces de manera transitoria los nevos de araña y eritema palmar. 13/

La función hepática al parecer no sufre cambios durante la gestación; sin embargo hay cierto grado de estasis biliar. Por lo tanto puede ocurrir ictericia colestática durante el embarazo y la formación de cálculos vesicales son más frecuentes durante la gestación.

El tiempo de vaciamiento de la vesícula biliar es prolongado durante el embarazo como resultado del relajamiento del músculo liso - propiciado por la progesterona. 14/

#### Cambios en los tegumentos.

Los cambios en la piel durante el embarazo son más evidentes en algunas pacientes. Ocurre un aumento del depósito de pigmentos en la cara distribuidos alrededor de los ojos y sobre los huesos del cuello y mejillas, llamado cloasma, la cual desaparece terminando el embarazo. Se aparece una línea media del abdomen con frecuencia y se vuelve de color pardo oscuro. Cambios al aumento de pigmentación de

---

13/ Danforth, D.N., op cit., p. 328

14/ Benson, C.R., DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO GINECOOBSTETRICO, p. 80.

melanina. Aunque también se presenta pigmentación en la aréola mamaria.

En algunos pacientes, aparece un despegamiento en el tejido subcutáneo del abdomen cuando el útero crece, ésto produce las estrías, del embarazo. Durante el cual, las estrías adquieren un color púrpura, debido al aumento de la distensión venosa de la piel. Cuando termina el embarazo las estrías se hacen de un color blanquecino, sin embargo no desaparecen. 15/

#### Cambios en el tracto reproductor.

El útero sufre cambios mayores durante el embarazo; aumenta en forma notoria de tamaño, alrededor de 500 veces. Esto se logra por la hipertrofia extrema de las células musculares individuales. Al final del cuarto mes, el útero puede ser palpado arriba de la sínfisis púbica. 16/

Los factores que intervienen en el crecimiento uterino son en el primer trimestre por estimulación hormonal de estrógenos, tal vez principalmente por la progesterona. En el segundo y tercer trimestre por estimulación mecánica, la cual está determinada por el desarrollo fetal progresivo. El crecimiento uterino no es simétrico; es mayor en el fondo y en el sitio donde se inserta la placenta. Al término de la gestación las paredes del útero se caracterizan por: constituir un saco muscular de 3 a 5 mm. de espesor; tener sus paredes del

---

15/ Danforth, D.N., op cit., pp. 329-330

16/ Benson, C.R., op cit., p. 79

gadas, blandas y depresibles; permitir efectuar a través de ellas, - la palpación de las partes fetales; ser moldeables al feto y ceder a los movimientos del mismo y contraerse en forma irregular (contracciones de Braxton Hicks). 17/

Las arterias uterinas se van enredando paulatinamente para proporcionar una mejor circulación al útero crecido. La circulación sanguínea aumenta en forma gradual durante el embarazo, de manera que - al término fluctúa alrededor de 500 ml/min. Vol. que está grandemente disminuido durante las concentraciones uterinas.

La cérvix se vuelve mucho más blanda y más congestionada a medida que progresa la gestación. Estos cambios son aparentes inclusive al principio del embarazo. Hay una hipertrofia notoria de las glándulas endocervicales, con un aumento resultante en la cantidad de moco cervical. La cérvix se acorta (borramiento) y se dilata levemente a medida que el parto se aproxima. Cabe mencionar que hay alteraciones en la mucosa cervical, que dan lugar a la producción del tapón mucoso.

La vagina se vuelve mucho más blanda y más congestionada. Hay - un relajamiento considerable del tejido conjuntivo para permitir mayor distensibilidad. La secreción vaginal está aumentada en volumen, y es habitual el aumento del contenido de ácido láctico que produce, un descenso de pH a 4.0 - 6.0 que sirve para proteger a la cérvix de la invasión de bacterias patógenas. 18/

---

17/ Mondragón, C.H., OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, p. 107-108

18/ Benson, C.R., op cit., p. 79

Los ovarios tienen cambios durante el embarazo como la supresión del desarrollo folicular y por tanto, de la ovulación, crecimiento del cuerpo amarillo (funcionante hasta 10 a 12 semanas) en uno de los ovarios. Aparición de una reacción decidual importante en la superficie ovarica y aumento del calibre de los vasos ováricos.

Las principales modificaciones a nivel de las trompas de falopio son: hipertrofia moderada, aumento de vascularización y disminución de la motilidad tubarica. 19/

Ocurren también cambios pronunciados en las glándulas mamarias. Aumentan de tamaño y la congestión es tan grande que es común el doloramiento de las glándulas mamarias al inicio del embarazo. Las venas superficiales se hacen aparentes (red venosa de Haller) los senos se vuelven más firmes como resultado del aumento de los alveolos. Los pezones crecen, se oscurecen y se ponen más eréctiles. La hipertrofia de las glándulas sebáceas en las aréolas produce pequeñas prociencias conocidas como los Tubérculos de Montgomery. El calostro puede aparecer después del segundo trimestre, pero es más probable a medida del término del embarazo. 20/

#### Cambios en las hormonas.

El funcionamiento del cuerpo lúteo (amarillo) continúa después, de la concepción y consiste en la producción de estrógenos y progesterona.

---

19/ Mondragón, C.H., op cit., p. 108

20/ Benson, C.R., op cit., p. 80

Los estrógenos requieren de interacción entre el feto, la madre y la placenta de modo que la concentración de estridíol es útil para evaluar el bienestar fetal y el funcionamiento placentario.

El cuerpo amarillo se encarga de la producción de progesterona, hasta que la placenta asume dicha función. La síntesis de progesterona por parte del feto es mínima a diferencia de lo que ocurre con los estrógenos. Por otra parte, la producción de progesterona depende de la interacción entre el organismo materno y la placenta. Es probable que el sincitiotrofoblasto sea el sitio placentario de producción de estrógenos y progesterona. La segunda de éstas hormonas es indispensable para la elaboración de glucocorticoides fetales ya que su efecto es aumentar la excreción de sodio por los riñones, con lo que disminuye la absorción de dicho material en los túbulos renales. La progesterona también conserva el funcionamiento del útero -- embarazado.

La identificación de muchos de los efectos de los estrógenos y progesterona se hace por observación, gracias a los cambios somáticos comunes en la embarazada. Se piensa que los cambios en la pigmentación, los episodios termógenos (bochornos), la conservación del embarazo y el crecimiento fetal y placentario, guardan relación con la síntesis de éstas hormonas.

La somatomatotropina coriónica humana a la que se le conoce también como lactógeno placentario humano se sintetiza en las células sincitiotrofoblasticas de la placenta. Ejerce efectos en el mecanismo, de los carbohidratos durante el embarazo como antagonista de la insulina. El nivel de somatomatotropina guarda relación directa con el -

peso placentario y las mediciones de la hormona son útiles para saber si existe posmadurez, ya que en tal caso disminuirá dicho nivel y la función placentaria.

Los trofoblastos sintetizan la hormona gonadotropina coriónica humana desde los inicios del embarazo. Aspecto en el que reside su utilidad para el diagnóstico del embarazo en el laboratorio. Se desconocen en parte sus funciones pero es probable que influyan la estimulación de la síntesis de progesterona y estrógeno por parte del cuerpo amarillo hasta que la placenta se haga cargo de ella, es probable que funja como estimuladora de las funciones placentarias y de las gónadas y glándulas suprarrenales del feto.

La placenta sintetiza la tirotopina coriónica humana, cuya función es la estimulación del funcionamiento del tiroides.

Existen diferencia de opinión en cuanto a si la función suprarrenal realmente se incrementa en el embarazo, ya que dicho aumento, quizá sería la causa de estrías gravídicas; la disminución en la tolerancia a los carbohidratos, la hipertensión, la retención de líquidos.

Los cambios hipofisarios en el embarazo guardan relación con las modificaciones hormonales en todo el organismo del embarazo. No ovula normalmente la embarazada por lo que también se suprimen las hormonas foliculoestimulante y luteinizante, quizás por acción de estrógenos.

La secreción de la hormona paratiroidea se incrementa en grado, inmensurable durante el embarazo. Se sabe que las cantidades de calcio en la segunda mitad de la gestación también aumentan de 0.5g. --

hasta 1.5 a 2g. diarios a fin de conservar el equilibrio de éste elemento.

La síntesis de insulina aumenta una vez que se forma la placenta, ya que la hormona gonadotropona coriónica humana es un antagonista de aquella. 21/

#### Cambios en el sistema músculo esquelético.

El cambio fundamental es una lordosis lumbar, ocurrido por el aumento del útero de la paciente, tiende a cambiar su centro de gravedad, por lo que la mujer suele inclinarse hacia atrás para guardar su equilibrio. 22/

Durante la última parte del embarazo se relajan las articulaciones sacroiliacas, sacrococcígeas y del pubis posiblemente como resultado de cambios hormonales. Como consecuencia es frecuente la marcha de pato. 23/

---

21/ Watson, H.J., et al., ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA, pp. 149-152

22/ Danforth, D.N., op cit., p. 332

23/ Olds, S.B., et al., ENFERMERIA MATERNOINFANTIL, p. 227



## 4.2. DIAGNOSTICO DE EMBARAZO

El embarazo se diagnostica por la historia de ciertos síntomas - notados por la paciente, junto con síntomas observados mientras el -- examen físico se realiza.

### Cambios subjetivos (presuncionales)

Llamados así por que pueden ser producidos también por otras alteraciones y por tanto no son concluyentes del embarazo.

### Posibles Causas.

#### Amenorrea.

- Factores endócrinos: Menopausia temprana, lactancia, disfunciones de la hipófisis, glándulas suprarrenales u ovarios.
- Factores metabólicos: Malnutrición, anemia, cambios climatológicos, diabetes sacarina, transtornos degenerativos.
- Factores psicológicos: Choque emocional, miedo al embarazo o enfermedad venérea, deseo intenso del embarazo (seudociesis).  
Obliteración de la cavidad endometrial por infección o legrado.  
Enfermedad general cómo: Tuberculosis o enfermedad maligna.

#### Náuseas y vómito.

- Transtornos gastrointestinales.
- Infecciones agudas como encefalitis.
- Transtornos emocionales, seudociesis o anorexia nerviosa.

#### Micción frecuente.

- Infección en vías urinarias.

- Cistocele.
- Tumores pélvicos.
- Divertículos uretrales.
- Tensión emocional.

#### Hipersensibilidad mamaria.

- Tensión premenstrual.
- Mastitis quística crónica.
- Seudociesis.

#### Vivificación.

- Aumento del peristaltismo.
- Fluctulencia (gases).
- Contracciones del músculo abdominal.
- Cambios del contenido abdominal.

La amenorrea, primer síntoma del embarazo, en una mujer cuyos ciclos son regulares, la falta de un período menstrual hace pensar en un embarazo, la ausencia de períodos menstruales sucesivos incrementa el valor diagnóstico de éste síntoma.

Casi la mitad de mujeres embarazadas experimentan náuseas y vómito en el primer trimestre del embarazo y son resultado de una elevación de las concentraciones de hCG y de cambios en el metabolismo de los carbohidratos. Síntomas que ocurren a menudo durante la mañana u otras se quejan de náuseas y vómito al final de la tarde y al anochecer.

Quizás exista fatiga excesiva unas cuantas semanas después de la falta del primer período menstrual o continúe durante el primer trimestre.

Algunas embarazadas experimentan micción frecuente ya que durante las primeras semanas el útero aumenta de tamaño ejerciendo presión contra la vejiga. El aumento de la vascularización y congestión pélvica ocurrido durante cada embarazo puede provocar micción frecuente. Síntoma que desaparece durante el segundo trimestre, época en la que el útero es un órgano abdominal, pero reaparece en el tercer trimestre al descender la parte de la presentación hacia la pelvis.

A menudo se observan cambios mamarios al principio del embarazo, para algunas mujeres presentan cambios de mamas importantes antes de la amenorrea. La injurgitación de las mamas a causa del crecimiento del sistema de los conductos secretores inducidos por las hormonas da como resultado la hipersensibilidad y hormigueo en la zona, del pezón. Algunas presentan pigmentación de la aréola y pezón, así, como cambios en las glándulas de Montgomery.

La llamada vivificación o percepción de los movimientos fetales por la madre se presentan en la semana 18 y 20. Esta sensación de aleteo en el abdomen aumenta progresivamente en intensidad y frecuencia.

Aproximadamente antes de la finalización del embarazo notan una sensación de pesantes en la pelvis producida por el encajamiento de la cabeza fetal.

#### Cambios objetivos (probables)

Los cambios objetivos que ocurren durante el embarazo son más diagnósticos que los síntomas subjetivos. Sin embargo no ofrece una,

base clara o diferencial para el embarazo.

#### Posibles Causas

Cambios de los órganos pélvicos.	Aumento de la congestación vascular.
- Signo de Goodell.	Contraceptivos bucales de estrógenos y progestágenos.
- Signo de Chadwick	Hiperemia vulvar, vaginal y cervical.
- Signo de Hegar.	Paredes del útero no ocupado - excesivamente blandas.
- Aumento de tamaño del útero.	Tumores uterinos.
- Signo de Braun Von Fernwald	Tumores uterinos.
- Signo de Piskacek	Tumores uterinos.
Aumento de tamaño del abdomen.	Obesidad, ascitis, tumores pélvicos.
Contracciones de Braxton Hicks.	Hematómetra, mioma pediculados submucosos y blandos.
Soplo uterino.	Grandes miomas, tumores ováricos o cualquier alteración que aumente el flujo sanguíneo uterino.
Pigmentación de la piel.	Contraceptivos con estrógenos, y progestágenos.
- Cloasma, línea negra, pezones y areóla.	Estimulación hormonal de los melanocitos.
Estrías abdominales.	Obesidad, tumor pélvico.

Peloteo.	Tumores y pólipos uterinos, ascitis.
Pruebas de embarazo.	Aumento de las gonadotropinas hipofisarias durante la menopausia, coriocarcinoma, mola hidatiforme.
Palpación del contorno fetal.	Miomas uterinos.

Los signos perceptibles durante el primer trimestre son los cambios en los órganos pélvicos y lo produce el aumento de la congestión vascular. Cambios que se observan a la exploración pélvica. El signo de Goodell se presenta cuando el cuello uterino está blando. - Al observar de coloración roja intensa a purpúreo o azulado de la mucosa del cuello uterino, vagina y vulva a causa de la vasocongestión pélvica nos referimos al signo de Chadwick Pritchard y McDonald --- (1980) consideran el anterior como signo presuncional, en tanto Danforth (1982) lo considera como objetivo. El signo de Hegar consiste, en el ablandamiento del istmo uterino, región entre el cuello y --- cuerpo del útero presente en la semana 6 y 8 del embarazo. El signo, de Ladin, es una zona blanda por delante de la parte media del útero y cerca de la unión del cuerpo con el cuello. El signo de McDonald - consiste en la flexión fácil del fondo sobre el cuello.

El útero adopta una forma globular irregular durante los primeros meses, cerca de la quinta semana sobrevienen ablandamiento y aumento de tamaño irregular desde el sitio de implantación y se le llama signo de Braun Von F. A veces se produce un aumento de tamaño - asimétrico casi de tipo tumoral llamado signo de Piskacek. Después - de la octava semana de embarazo ocurre aumento del útero y ablanda-

miento generalizado. El fondo es palpable por arriba de la sínfisis del pubis entre la semana 10 y 12 de la gestación y a nivel del ombligo en la semana 20 y 22.

El aumento de tamaño del abdomen puede considerarse embarazo si es progresivo y se acompaña de amenorrea continua. Sin embargo también puede ser causado por obesidad o tumor pélvico, por lo que no es confiable como diagnóstico.

Las contracciones de Braxton Hicks son contracciones indoloras del útero que ocurren a intervalos durante todo el embarazo, percibida más durante la vigésima octava semana, no son un signo positivo de embarazo ya que se han observado en casos de hematómetra y miomas pediculados.

Puede escucharse un soplo uterino al auscultar el abdomen sobre el útero. El cual es un ruido soplante suave que tiene la misma frecuencia que el pulso materno, causado por el aumento de la vascularización uterina y por la sangre que pulsa por la placenta.

Manifestaciones cutáneas comunes de la gestación son cambios en la piel y aparición de estrías abdominales. Puede oscurecerse la pigmentación del pezón y la aréola sobre todo en las primigrávidas. Aumentan de tamaño los tubérculos de Montgomery, que son glándulas sebáceas de la aréola. En el abdomen se puede desarrollar una línea pigmentada llamada línea negra, que puede abarcar el ombligo y región circundante, cambios inducidos por la acción de las hormonas. Con el aumento del útero aparecen estrías rojizas, irregulares, onduladas y deprimidas sobre el abdomen y regiones glúteas al desintegrarse el tejido conectivo subyacente.

El fenómeno llamado cloasma, que consiste en el oscurecimiento de la piel sobre la frente y alrededor de los ojos, fenómeno que se intensifica tras la exposición al sol. Lo induce la actividad hormonal y suele desaparecer después del embarazo.

Se llama peloteo a los movimientos pasivos desencadenados cuando se golpea suavemente el polo inferior del útero y cuello uterino, con dos dedos situados dentro de la vagina, empujando el cuello fetal hacia arriba, y al caer éste, el examinador percibirá un golpe o rebote.

Las pruebas del embarazo basadas en el análisis de sangre u orina materna para identificar la gonadotropina coriónica humana, hormona secretada por el trofoblasto, aunque no se les considera signos positivos del embarazo por que la semejanza entre la hCG y la LH secretada por la hipófisis produce ocasionalmente reacciones cruzadas. Además que puede confundirse con una mola hidatiforme que también -- produce concentraciones de hCG.

#### Cambios de diagnóstico (positivos)

Los signos positivos del embarazo son totalmente objetivos, no pueden confundirse con datos patológicos y ofrecen pruebas concluyentes de embarazo, pero suelen encontrarse por lo general al cuarto -- mes de embarazo. 24/

La presencia del feto puede ser confirmada por la auscultación aproximadamente entre las semanas 17 y 20 de la gestación. Con el --

---

24/ Idem, pp. 218-220

dispositivo Doppler es posible identificar la frecuencia cardiaca fetal en la semana 10 y 12 del embarazo. El latido cardiaco fetal es - un rápido sonido de tic toc con una frecuencia de 120 a 160 latidos, por minuto y debe contarse y compararse con el pulso materno para establecer la distinción. Quizás sea extraordinariamente agudo el pulso materno proveniente de la aorta abdominal, ó se escuche un soplo uterino.

Otro sonido uterino es el fonicular, sonido sibilante sincrónico con el pulso fetal, sonido producido por la circulación de la sangre a través de las arterias umbilicales.

Un sonido más tenue sincrónico con el pulso materno, el ruido uterino, resultante del paso de la sangre a través de los vasos uterinos dilatados, es audible en cada uno de los lados del hipogastrio justo encima de la sínfisis del pubis. 25/

El examinador percibe los movimientos fetales activos después de la decimoctava semana de embarazo. Puede variar de un aleteo débil a unos movimientos más violentos hacia el final de la gestación.

Los exámenes radiológicos tienen utilidad especial para identificar la muerte fetal o distinguir entre un útero embarazado y un tumor abdominal. No se emplea ésta técnica para diagnóstico por la posibilidad de anomalías genéticas al feto.

Las pruebas electrocardiográficas fetales al día 84 del embarazo ofrecen confirmación de que esté vivo el feto. La falta de identificación eléctrica en cuanto a la actividad del corazón fetal no ex-

---

25/ Danforth, D.N., op cit. p. 352



ciuye la ocurrencia de un embarazo temprano, ni indica la muerte fetal necesariamente.

El ultrasonido es una técnica posible de emplear ya a la semana sexta del embarazo para lograr el diagnóstico positivo, es posible - observar el saco gestacional entre la quinta y sexta semana del embarazo (3 a 4 semanas después de la concepción); a las 10 semanas se - puede observar las partes fetales, lo mismo que los movimientos del corazón fetal. 26/

#### 4.3. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DEL EMBARAZO

A pesar de que en la mayoría de los casos el diagnóstico de embarazo resulta sencillo, en ocasiones presenta dificultades por lo - que es necesario realizar el diagnóstico diferencial, pues todos los síntomas y signos presuntivos y probables de embarazo pueden ser causados por otros padecimientos.

Diagnóstico diferencial sintomatológico.

Amenorrea.

---

26/ Olds, S.B., et al, op cit. p. 222

Puede presentarse por:

- Factores psíquicos como amenorrea hipotalámica (psicogena), choque emocional, temor al embarazo o a enfermedades que se transmiten sexualmente, así como, al deseo intenso de embarazo (seudociesis).
- Factores endocrinos: menopausia precoz, lactancia, disfunción - pituitaria, tiroidea, suprarrenal u ovárica.
- Factores metabólicos que ocasionan anemia, desnutrición, diabetes mellitus y padecimientos degenerativos.
- Obliteración de la cavidad endometrial a causa de infección o - legrado.
- Enfermedades generales, agudas o crónicas (infecciones como tuberculosis o brucelosis, neoplasias malignas).

#### Náuseas y vómito.

- Alteraciones gastrointestinales, que puede ser enteritis, úlcera péptica, hernia hiatal, apendicitis, obstrucción intestinal o intoxicaciones alimentarias (contaminación bacteriana de alimentos, tóxicas, alergenicos).
- Infecciones agudas como la influenza o encefalitis.
- Alteraciones emocionales que abarcan la seudociesis y anorexia nerviosa.
- Hipersensibilidad mamaria por tensión premenstrual, hiperestri-nismo (por terapéutica hormonal o ciclos anovulatorios), masto-patía quística crónica, seudociesis.
- Polaquiuria que puede ser provocada por infección del sistema -

urinario, cistocele, tumores pélvicos o tensión emocional.

- Movimientos fetales confundidos con peristaltismo aumentado, meteorismo (particularmente asociado con seudociesis), contracciones musculares abdominales o con desplazamientos de órganos abdominales.

#### Diagnóstico diferencial de los signos.

Pueden presentarse los siguientes signos como epulis por infección bucal, cálculos dentarios o por deficiencia de vitamina C. Secreción láctea por la estimulación mamaria manual persistente, galactorrea y fluido residual de embarazo previo. Crecimiento abdominal por lo que se debe descartar obesidad de rápido desarrollo, relajación de la musculatura abdominal (muy común en seudociesis), tumores pelvico abdominales, timpanismo, ascitis y eventraciones. Leucorrea que puede presentarse por sobreproducción de moco cervical o inducida por factores psíquicos así como por infecciones o tumores tanto de la vagina - como de cérvix. Cambios de coloración en la vagina y cérvix por turgencia premenstrual, obstrucción venosa por tumores o infecciones pélvicas, además de presentarse cambios en su consistencia, tamaño y forma debido a congestión premenstrual (notable en multíparas con hipertrofia uterina), tumores uterinos (miomas), quistes tuboováricos adheridos al útero o estenosis cervical con hemato-muco o piometra. 27/

#### 4.4. DURACION DEL EMBARAZO Y FECHA PROBABLE DE PARTO.

El embarazo en la mujer tiene una duración aproximada de 10 meses lunares (9 meses del calendario) y una duración promedio de 266 días. La duración media de un embarazo producido por un solo coito, de fecha conocida, es de 269 días. En ausencia de complicaciones médicas u obstétricas, el cálculo de la duración del embarazo efectuado por el médico, está influido por los antecedentes obstétricos de las pacientes, algunas mujeres son propensas a tener gestaciones prolongadas o cortas. 28/ Es posible determinar la fecha de parto, o fecha estimada de confinamiento (F.E.C.) de manera muy diferentes, - el método más común y más aceptado para calcular la fecha probable - del parto (FPP) es la regla de Nägeli que está basada en un ciclo de 28 días, en el cual la ovulación tiene lugar el 14o. día. La discrepancia causada por los meses de 31 días o la variación de febrero en años bisiestos, influyen en la precisión de ésta regla sin embargo - sus resultados para predecir la FPP son aceptables. Para utilizar este método se toma en cuenta el primer día de la última menstruación, se restan tres meses y se añaden siete días. En una mujer con un período regular de 28 días le será bastante precisa la regla de Nägeli sin embargo, si su ciclo ha sido irregular o dura 35 a 40 días quizá se retrase la ovulación durante varios días. Por ello, cuando la mujer tiene períodos más cortos o más largos, se debe hacer un ajuste al calcular la fecha probable de parto.

---

28/ Idem p. 57

## 5. ANTECEDENTES DEL CONTROL PRENATAL EN MEXICO

Un procedimiento curativo ampliamente usado por los pueblos pre hispánicos en México era el baño en el temazcal, sitio de purificación por excelencia; entendiéndose el término en el sentido de hechar del cuerpo las sustancias que enfermaban. Tenía entonces un sentido ritual y terapéutico que se relacionaban entre sí, ya que éstas sustancias podían representar muchas veces las causantes de ésta enfermedad.

Cuando se empleaba el baño con fines medicinales, durante la preparación y atención del parto, siempre la mujer parturienta era acompañada por el médico, partera o algún familiar. Al parecer el uso terapéutico del temazcal estaba encaminado a las acciones físicas del calor húmedo. En el interior del temazcal se practicaban masajes y procedimientos rutinarios para relajar a la mujer embarazada, hasta antes del parto, así como durante el puerperio. Las maniobras externas para colocar al feto en posición adecuada, llamada versión externa, también se hacía en el temazcal o inmediatamente una vez que la paciente salía de él.

Como la gran mayoría de las sociedades cuya economía depende básicamente de la agricultura, en las comunidades nahuas uno de los ideales era, que las parejas procrearan muchos hijos, por lo que la mujer como misión principal era el procrear hijos; por que la relación entre el acto sexual y reproducción era considerada como merced divina. Sin embargo creían a la vez que los niños eran hechos en lo alto de los dioses creadores y de ahí descendían al seno materno. re

Tan familiar era la aceptación del marido o esposa, familiar sería la responsabilidad de la selección de la partera cuando se embarazase; sintiéndose preñada, avisaba a sus padres de ambos conyuges; dos viejos fungían como oradores en el gran significado de un embarazo y de la misericordia de los dioses que harían que la criatura pudiera nacer sana. Estas dudas y preocupaciones eran justificadas en esa época ya que una de las principales muertes eran problemas relacionados con el parto y en la que la mitad de niños moría durante el primer año de vida.

Numerosos consejos se daban a la mujer embarazada, siempre esforzándose en todo, en que debía de llorar y suspirar ante los dioses, no enorgullecerse ni pensar que se había preñado por merecimientos propios, en que debía barrer y limpiar los altares y oratorios que hubiera en su casa, quemar incienso a los dioses, no dormir demasiado, por que no fuese disforme de la cara que había de nacer; meditar todo el tiempo acerca de lo incierto del porvenir. El castigo de los dioses era la muerte de la criatura en el seno materno, al nacer o en sus primeros meses.

Otros muchos consejos se dirigían en razón de las prohibiciones y acciones de carácter práctico que debían cumplir para tener un curso feliz del embarazo. Algunos de ellos eran de carácter dietético - como la recomendación de comer alimentos calientes y blandos, no trabajar mucho, no levantar cosas pesadas, ni brincar o correr, ni temiese, ni se espantase por que éstas cosas causan aborto. El calor excesivo era considerado peligroso, porque se decía a las embarazadas que no se expusieran al sol ni permanecieran cerca del fuego pa-

ra que no se tostase la criatura. Era necesario mantener a la mujer preñada en un ambiente de cordialidad. La preñada no debía llorar, estar triste, ni angustiarse puesto que el niño enfermaría. 29/ Si sangraba debía comer "todo bueno, caliente y blando" a fin de que no se secase el líquido amniótico y de que enfermase la criatura. Se recomendaba que no viera las cosas con ira, ni cosas que le provocaran disgusto pues le causarían daño al niño; no viera cosas rojas para que no naciera de lado la criatura. Deberían de cumplirse, los deseos y antojos de la embarazada para evitar que el niño sufriera necesidad.

Tenían algunas creencias como: que la embarazada no debía dormir de día por que al hacerlo el niño tendría los parpados abultados; el masticar chicle al niño se le endurecería el paladar y se le pondrían gruesas las encías, no podría mamar y moriría; no debía dejar de comer para que no tuviese hambre el niño, aunque de comer, tierra, gis, el niño nacería enfermo o incompleto; si comía tamales pegados a la olla el niño se le pegaría y no podría parir; si veía ahorcados podría enrollarsele el cordón umbilical en el cuello del niño. 30/ También se pensaba que cuando era su primer, segundo o tercer mes de embarazo que tuviera relaciones sexuales con su marido de vez en cuando porque si se abstuviese, la criatura saldría enferma; cuando ya llegara el tiempo de parir que se abstuviese sino,

---

29/ Basich, Z., TESTIMONIOS SOBRE MEDICINA DE LOS ANTIGUOS MEXICANOS. Cap. II

30/ Viesca, T.C., op cit., pp. 172-173

saldría sucia la criatura con una viscosidad, además de tener un parto prolongado y quedar lastimada por dos o tres días. 31/

Creían en la influencia de los astros para el correcto desarrollo intrauterino del niño, existía temor a un eclipse porque podría convertirse en ratones los niños en el vientre materno o tener defectos como: labio leporino, boca desviada, nariz "comida", ojos bizcos, en otras palabras tener deformaciones.

Consideraban que el embarazo tenía propiedades especiales a la mujer, la hacía más susceptible a ciertos peligros y amenazas, pero a la vez le daba una fuerza particular para el parto.

El cuidado del embarazo y atención del parto estaba a cargo de la tictl nombre dado a la médica y partera, se aunaban a él medidas higiénicas, discursos encaminados a reafirmar el papel central de la procreación dentro de los ideales de la cultura y técnicas médicas.

Según Sahagún, manifiesta que la partera era quién indicaba a la embarazada todo lo que debía o no hacer por lo que se afirma que se llevaba un control prenatal casi desde el tercer mes de embarazo.

La partera además de decirle todos los tabués que debía observar en el momento que se responsabilizaba de ella, establecía una disciplina de: alimentación, actividad, higiene incluyendo los baños de temazcal, indicaba el momento de tomarse el baño y el tiempo de su duración entraba con sus pacientes al baño y le palpaba el vientre si estaba mal colocado lo enderezaba efectuando maniobras sobre el vientre llamadas externas, ésta palpación se repetía varias veces



dentro y fuera del temazcal buscando cualquier anomalía y recolocar al niño si éste hubiese cambiado de posición que implicara problemas durante el parto. 32/

Por otra parte la atención de los médicos aztecas hacia las mujeres en período gestacional e inmediatamente después del parto no es muy diferente a lo que hoy en día se considera: una vez teniendo, el conocimiento de su preñez, las mujeres embarazadas recibían la -- orientación en que no deberían trabajar en exceso, no cargar objetos pesados o sufrir colapsos emocionales. Además se les enseñaba que -- las leyes aztecas de limpieza debían ser más usuales, se prescribía, una dieta tomando en cuenta las necesidades del futuro bebé y para - proteger mejor al feto, se prohibían las relaciones sexuales. 33/

El conocimiento y la profunda toma de raíces en los aspectos -- centrales de la cultura, está la explicación de la persistencia en - la práctica, en el curanderismo hasta nuestros días, ya que la atención del embarazo y parto ofrecen un ejemplo de la sólida integra--- ción entre elementos religiosos, creencias mágicas y aplicación de - conocimientos obtenidos notándose la congruencia en sus fines como - contenidos. 34/

---

32/ Viesca, I.C., op. cit., pp. 174-178

33/ Shendel, LA MEDICINA EN MEXICO, p. 79

34/ Viesca, T.C., op. cit. p. 187

## 6. CONTROL PRENATAL

Una de las funciones de la medicina preventiva, es conocer la importancia de la vigilancia prenatal para evitar que durante la gestación abandone límites fisiológicos o bien, poder detectar oportunamente alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado; con lo que se espera obtener madres y productos sanos y tratar de disminuir las tasas de morbi-mortalidad materno-infantil. 35/

### 6.1. HISTORIA CLINICA

Es importante efectuar una historia clínica completa en ella se determina todos los antecedentes que tengan importancia por la posibilidad de afectar de alguna forma el curso del embarazo.

Datos generales:

1. Fecha de primera visita.
2. Nombre completo, domicilio y número telefónico, nombre del esposo y ocupación.
3. Ocupación de la paciente.
4. Edad, estatura, peso, raza, país de origen.

Antecedentes hereditarios y familiares:

1. Enfermedades como:

- Diabetes, hipertensión, cardiopatía, malformaciones congénitas, gemelaridad, etc., en padres y hermanos de la paciente.
- Tuberculosis en la paciente o pariente cercano.

Antecedentes personales no patológicos:

1. Alimentación inadecuada.
2. Tabaquismo.
3. Habitación e higiene.
4. Alcoholismo y toxicomanías.

Antecedentes personales patológicos:

1. Enfermedades eruptivas de la infancia.
  - Rubéola.
  - Varicela.
  - Sarampión, etc.
2. Patologías que afecten el embarazo.
  - Cardiopatías.
  - Tuberculosis.
  - Fiebre reumática, etc.

Antecedentes quirúrgicos:

1. Operaciones directas en útero.
  - Cesáreas.
  - Miomectomías.
  - Plástia.
  - Cerclajes cervicales, etc.
2. Operaciones sobre anexos.

- Ooforectomías.
  - Resecciones de ovario.
  - Salpingectomías.
  - Salpingoclasias, etc.
  - Colporrafias.
3. Operaciones en órganos abdominales.
- Gastrectomías.
  - Colectomías.
  - Apendicectomías.
4. Operaciones extraabdominales.
- Toracoplastias.
  - Safenectomías, etc.

Antecedentes alérgicos:

- A medicamentos.
- Alimentos.
- Reacciones postransfusionales.

Antecedentes ginecoobstétricos.

1. Menarca (frecuencia, duración, ritmo, cantidad, síntomas asociados).
2. Edad de inicio de relaciones sexuales.
3. Control de fertilidad.
4. Análisis de la evolución de cada embarazo en orden cronológico (fechas).
5. Complicaciones, resolución del producto (sexo, peso, salud).
6. Complicaciones del parto, puerperio y lactancia.

Padecimiento actual:

1. Fecha de última menstruación.
2. Fecha probable de parto.

Interrogatorio por aparatos y sistemas:

1. Interrogatorio espontáneo y dirigido para conocer los síntomas y signos de embarazo. 36/

## 6.2. EXPLORACION FISICA

1. Pulso, temperatura, respiración, presión arterial.
2. Peso.
3. Examen general.
  - Piel, cabello, ojos.
  - Boca, dientes y amígdalas.
  - Tiroides.
  - Corazón y pulmones.
  - Pechos.
  - Extremidades (várices, edema).
4. Exploración abdominal.
  - Utero.  
Tamaño, consistencia, forma, contracciones, altura del fondo, tu

mores

- Feto.

Presentación, posición y actitud, tamaño, movimientos, ruidos -  
cardíacos. 37/

- Hernias (umbilicales).

5. Examen pélvico.

- Cérvix.

Posición, longitud, consistencia, dilatación, borramiento.

- Mediciones pélvicas.

Diámetro bisquiático, diámetro interespinoso, conjugado verda-  
dero, conjugado diagonal (fig. Nº 3 y 4)

- Palpación.

Angulo subpúbico, espinas isquiáticas, sacro, cóccix.

6. Exámenes de laboratorio.

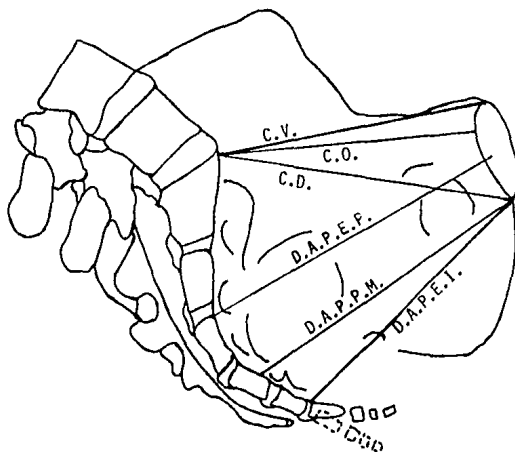
E.G.O., B.H., Grupo sanguíneo y factor Rh, V.D.R.L., Q.S. (can-  
tidad de glucosa), VIH 38/

---

37/ Beck, M.D., PRACTICA DE OBSTETRICIA, pp. 145-146

38/ Benson, C.R., MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA pp. 108-114

FIG. No. 3. PLANOS Y DIAMETROS PELVICOS



CV = Conjugado verdadero 11 cm.

CO = Conjugado obstétrico 10.6 cm.

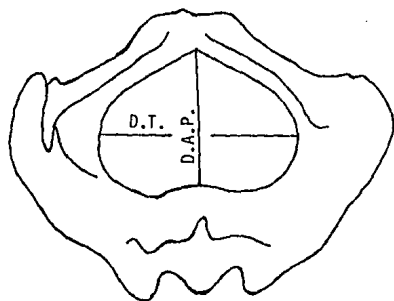
CD = Conjugado diagonal 12.5 cm.

DAPEP = Diámetro anteroposterior de la excavación pélvica 12.75 cm.

DAPPM = Diámetro anteroposterior del plano de la pelvis media 11.5 cm.

DAPEI = Diámetro anteroposterior del estrecho inferior 11.5 cm.

FIG. No. 4.



DT = Diámetro transverso 11 cm.

DAP = Diámetro anteroposterior 9.5 - 11.5 cm.

TOMADA DE: JACK A. PRITCHARD, et. al. WILLIAMS OBSTETRICIA, pp. --

221-222



### 6.3. CONSULTAS EN EL EMBARAZO NORMAL

La frecuencia de las consultas debe regirse por la necesidad dada por los posibles riesgos según los meses de embarazo y deben ser de la siguiente manera:

Primera. Durante las primeras doce semanas.

Segunda. Entre la 13a. y 24a. semanas.

Tercera. Entre la 25a. y 32a. semanas.

Cuarta. Entre la 33a. y 36a. semanas.

Quinta. De la semana 37 en adelante. 39/

### 6.4. NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO

#### Dieta.

La nutrición materna es determinante para el crecimiento y desarrollo del feto normal. Cualquier deficiencia importante de la circulación materna puede alterar la nutrición de la madre y el feto en los mecanismos del transporte placentario. Por lo que el médico debe

valorar algunos factores como: nivel socioeconómico y hábitos culturales para los aspectos nutricionales. 40/

Durante el primer trimestre muchas pacientes necesitan una dieta rica en carbohidratos si las náuseas matutinas son penosas, por lo que las pequeñas comidas frecuentes son provechosas aunque tan pronto desaparezcan las náuseas deben discontinuarse para evitar un excesivo aumento de peso.

En el segundo trimestre es esencial un régimen balanceado de minerales y vitamínicos, esto es, consumir carnes, frutas, verduras, -leche, pescado, entre otras.

Durante el tercer trimestre reemplazar parte de las proteínas -de la carne, pescado, huevo, por las contenidas en los vegetales.41/

Se requiere de hierro suplementario para prevenir una anemia, -en especial en el último mes de embarazo, ya sea en forma de complemento de gluconato o fumarato ferroso, o bien comiendo chabacanos, -ciruela pasa, frijoles, carnes rojas en especial vísceras como el hígado. Durante el embarazo no son dañinas las cantidades moderadas de sal o sodio. Los requerimientos de sodio pueden aumentar levemente y no una restricción plena de sodio, evitando las papas fritas, nueces, cacahuates salados, embutidos, excepto si existe un aumento de peso súbito o preeclampsia-eclampsia.

En el embarazo deben tomarse 2-3 litros de líquidos para favoreer el proceso metabólico y ayudar a la eliminación. Este volumen de de

---

40/ Benson, C.R., op cit. p. 122

41/ Beck, M.D., PRACTICA DE OBSTETRICIA, p. 156

be incluir normalmente un litro de leche.

#### Aumento de peso.

El aumento promedio que debe tener una embarazada desde su inicio hasta su término es de 12 kg., la importancia que tiene es que se ha demostrado en forma aparente que una ganancia de peso excesivo causa el nacimiento de niños pretérminos, niños de bajo peso y alto riesgo. Por lo que la evidencia de un aumento de peso exagerado es significativamente de riesgo de preeclampsia. Esta ganancia de peso se pierde después del parto y si permanece puede ser menor en madres que lactan ya que las secreciones lácteas requieren de gran cantidad de energía. 42/

### 6.5. MOLESTIAS LEVES DEL EMBARAZO

#### Náuseas.

Uno de los signos tempranos del embarazo es la náusea y el vómito casi el 50% de las mujeres tienen vómito en los inicios del embarazo. Se desconoce las causas de las náuseas y el vómito pero algunas -

---

42/ Benson, C.R., op cit., pp. 122-125

pueden atribuirse al incremento de las concentraciones de estrógenos y progesterona o a las modificaciones a nivel sanguíneo de glucosa, o quizás a ambos. También influyen factores emocionales. A menudo -- son útiles en algunas pacientes los cambios alimenticios como el comer pan tostado o galletas y gelatina antes que inicie el estado nauseoso; cuando exista la posibilidad de que éstos síntomas guarden relación, con períodos de baja concentración sanguínea de glucosa, por la falta de alimento. La ingestión frecuente de pequeñas cantidades de alimentos suele ser útil para conservar la concentración de glucosa en niveles más estables y disminuir las molestias. 43/ Es importante evitar olores desagradables y alimentos muy condimentados, grasos o con alto contenido de proteínas; se debe indicar a la paciente que ingiera agua u otros líquidos entre comidas para evitar la -- deshidratación y acidosis que predispone hacia la náusea. 44/ La - administración de medicamentos para el alivio de las manifestaciones normales de los cambios que acompañan al embarazo, no resulta aconsejable.

### Pirosis.

Son pocas las mujeres que no sufren uno o más de los trastornos propios del aparato digestivo resultante de la rejugitación gastroesofágica. Este síntoma puede agravarse al final del embarazo, -- por el desplazamiento del estómago y el duodeno por el fondo uteri-

---

43/ Watson, H.S., ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA, p. 201

44/ Benson, C.R., op cit., p. 117

no. Es más frecuente la pirosis cuando la paciente está acostada o flexiona el cuerpo. El alivio, es de carácter subjetivo y se considera exenta la administración de antiácidos de hidróxido de aluminio, si bien resulta el té caliente y los cambios posturales prestan ayuda, el no ingerir col y cebolla. Por último no es apropiado el tratamiento con bicarbonato de sodio ya que podría ejercer efectos en las modificaciones del equilibrio del sodio vinculadas con el embarazo.

#### Dorsalgia.

El avance del embarazo se acompaña por dorsalgia o dolor de espalda en menor o en mayor grado. La postura se ajusta a la creciente protuberancia abdominal, de modo que el incremento en la curvatura lumbar suele tirar de los músculos y ligamentos y representar un factor causal de dorsalgia. 45/ Los responsables más frecuentes son: la fatiga, el espasmo muscular, los vicios posturales y otro tipo de tensiones sobre la espalda, particularmente en el último trimestre.- La relajación de las articulaciones causada, las hormonas esteroides sexuales y quizás por la relaxina es también una causa atribuyente.

La dorsalgia se puede aliviar mediante las siguientes medidas: tener una mejor postura, realizar ejercicio moderado diariamente, -- utilización de tacones de 5 cm., es útil un colchón firme ya que ayuda a relajar los músculos tensos, el calor local y el masaje; una faja de maternidad para soporte dorsal debe ser usado por gestantes -- con dolor lumbar debido a lordosis marcadas, obesidad o embarazos --

---

45/ Watson, H.J., op cit., pp. 201-204

múltiples 46/ caminar con frecuencia, el doblar las rodillas al recoger objetos en lugar de flexionar el tronco sobre la cintura. Los analgésicos para las molestias leves.

#### Sialorrea.

El ptialismo es una molestia rara del embarazo que se caracteriza por producción de excesos de saliva, a menudo amarga. El ptialismo puede ser problemático especialmente en el embarazo temprano por que puede asociarse con la náusea, interferir con el sueño y provocar pérdida de líquidos electrolitos y enzimas. El problema desaparece en las etapas finales del embarazo o después del parto. Puede disminuirse la magnitud de éste problema mediante enjuagues bucales astringentes, empleo de goma de mascar o con caramelos duros. 47/

#### Leucorrea.

Durante el embarazo ocurre un aumento gradual del flujo vaginal. El aumento de estrógeno causa un incremento en la producción de moco cervical. El flujo vaginal es de color lechoso, poco viscoso y no irritante a menos que ocurra infección. El prurito leve es causado por la humedad externa persistente debida al moco. Si ocurre leucorrea excesiva con prurito, o cambio de color nos indica una infección que requiere de tratamiento específico. 48/

---

46/ Benson, C.R., op cit., p. 116

47/ Olds, S.B., et al, ENFERMERIA MATERNOINFANTIL, p. 287

48/ Benson, C.R. op cit. p. 118

### Exantema.

Algunas mujeres experimentan exantema y escozor frecuente durante el embarazo, el tratamiento consiste en descartar infecciones y factores parasitarios o alérgicos, es importante preguntarle a la embarazada si ha cambiado el tipo de jabón para ropa o baño, si utiliza suavisante de telas u otro producto semejante. En caso de que no, el tratamiento se limita a algunas sugerencias como: no emplear cremas o lociones con perfume, enjabonar las áreas indispensables durante el baño y dar cuidados apropiados a la ropa.

### Calambres.

Los calambres en las piernas son espasmos musculares dolorosos de los músculos gemelos. Ocurren más o menos durante la noche una vez que la mujer se ha acostado pero puede suceder en otros momentos, la extensión de los pies los produce, de modo que se indicará que los evite mientras realiza ejercicios o cuando está en reposo. Los calambres se observan con mayor frecuencia en mujeres que consumen gran cantidad de productos lácteos y la causa es por un desequilibrio de la producción entre calcio y fósforo del cuerpo. La leche, y el queso, contienen mayor cantidad de fósforo que de calcio y la concentración de fósforo se incrementa cuando éstas se ingieren. La disminución de calcio y concentraciones elevadas de fósforo que puede dar como resultado espasmo muscular por lo que los espasmos se pueden aliviar evitando comer productos lácteos o disminuirlos.

Los calambres de las piernas son más frecuentes durante el tercer trimestre a causa del aumento del peso del útero con el incremento

to de la presión correspondiente contra los nervios que inervan las extremidades inferiores. Contribuyen a éste problema la fatiga y la mala circulación hacia las mismas.

Se logra el alivio inmediato del espasmo muscular mediante estiramiento del músculo. Esto se efectúa con más eficacia cuando la mujer se recuesta sobre el dorso y otra persona le comprime la rodilla hacia abajo para estirar la pierna a la vez que dobla la punta del pie hacia ésta. Se puede emplear técnicas de flexión del pie masaje y compresas calientes para aliviar el malestar a causa de los calambres en las piernas. Facilita el alivio el no permanecer de pie durante períodos largos.

#### Edema.

La mayoría de las mujeres experimentan edema de los tobillos durante la última parte del embarazo a causa de la dificultad cada vez mayor que afronta el retorno venoso desde las extremidades inferiores. El edema se incrementa tras los períodos prolongados de posición erguida o estar sentada o bien durante el tiempo de calor.

Debe evitarse las situaciones mencionadas que agravan el problema. Si es necesario permanecer de pie durante períodos prolongados o el estar sentada, la dorsiflexión frecuente de los pies le ayudará a contraer los músculos y por lo tanto impulsará el líquido hacia la circulación. No emplearse ligas apretadas alrededor de la pierna, durante el reposo la mujer debe elevar las piernas por arriba de las caderas. El edema será anormal si persiste por la mañana o cuando se acompaña de hipertensión o proteinuria o si no tiene origen pos



tural. 49/

## 6.6. HIGIENE

### Vestido.

Los vestidos que lleve de forma normal la embarazada deben ser cómodos en la gestación inicial y deben ser reemplazados tan pronto como los vestidos usuales sean estrechos, esto ocurre normalmente en el cuarto mes de embarazo. Por lo que deben ser sueltos, prácticos y atractivos. No usar ligas, cinturones, fajas, etc., que constriñan ó dificulten la circulación sanguínea y la digestión.

La faja (materna) disminuye la sensación de peso e incomodidad y la interferencia con la circulación de retorno de los miembros inferiores disminuye. Con ésto, es menos frecuente el edema y las várices. Si se usa con constancia después del quinto mes, el contorno de la pared abdominal se preservará mejor y las estrías de la gravidez, raramente se verán. Pueden aliviarse con una faja materna bien adaptada la lumbalgia y la presión asociadas con la postura lordótica y un abdomen péndulo.

Los zapatos deben ser confortables con un tacón sólido. Los tacones altos traen fatiga, dolor de espalda, a menudo caídas que en ocasiones son responsables de la terminación prematura del embarazo. No existe motivo real para insistir en que usen zapato de tacón bajo, a menos que la mujer embarazada desarrolle lumbalgia por el in-

cremento de la lordosis a consecuencia del uso de zapato de tacón al to o éste sea incapaz de mantener buen equilibrio.

### Baño.

La mujer puede tener una sudoración profusa durante el embara--zo, por lo que es necesario tomar frecuentes baños o duchas. 50/

Los baños de tina y la natación no están contraindicadas en el embarazo normal. En el último trimestre del embarazo el útero altera el equilibrio de la mujer gestante y la torpeza de sus movimientos - aumentan las probabilidades de sufrir un resbalón o una caída en la bañera. Razón por lo que a veces son desaconejables los baños de ti na hacia fines del embarazo. El baño debe ser diario, en lo que ca- be, y si es posible con agua tibia. Estan contraindicadas las duchas vaginales ya que, contribuyen a un aborto espontáneo o al parto pre- maturo, y las irrigaciones deben ser prohibidas. El cabello necesita especial atención a causa del aumento en la actividad de las glándu- las sebáceas del cuero cabelludo.

### Cuidado dental.

Si la embarazada descuida con frecuencia la higiene bucal en -- los primeros meses, cuando la náusea es muy molesta, la hipertrofia hormonal y la turgencia de las encías (épulis de la gestación), de - origen hormonal, favorecen su irritación e infección.

---

50/ A. Joyllngalls, et. al., ENFERMERIA MATERNO-INFANTIL Y PEDIATRI- CA, p. 98

Las variaciones del pH salival pueden ser una de las causas de caries dental. No obstante inclusive con deficiencias importantes de calcio en la dieta, la descalcificación de la dentadura materna no es un resultado del embarazo. 51/

La anestesia en reparación y extracción dental tiene rara contraindicación durante el embarazo. Las intervenciones dentales mayores no son causa de aborto o parto prematuro. Los abscesos dentarios pueden dar lugar a septicemia que puede repercutir gravemente en la embarazada, especialmente si existen alteraciones cardiovasculares y renales. En estos casos está indicado como profilaxis el antibiótico.

El período más adecuado para métodos pequeños sistemáticos es del 4o. al 7o. mes, siente menos náuseas, y por lo regular se siente bien. Hasta después de la segunda mitad del embarazo es conveniente las radiografías odontológicas de índole diagnóstico.

#### Cuidado de las mamas.

Debe evitarse la compresión de los pechos y pezones. 52/ La mastalgia o mastodinia es el resultado de la congestión mamaria fisiológica a veces muy molesta, y que se presenta particularmente al principio y al final del embarazo. El uso del portabustos ajustado por 24 horas puede aliviar ésta molestia. También son convenientes las compresas frías o una bolsa de hielo.

---

51/ Benson, C.R., MANUAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, p. 126.

52/ Beck, M.D., PRACTICA DE OBSTETRICIA, p. 160.

ESTA COPIA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Deben explicarse las ventajas de la lactancia materna a la paciente obstétrica y reservar la decisión final de amamantar o no hasta el tercer trimestre del embarazo. 53/ La aversión y las objeciones a la lactancia materna pueden eliminarse si se proporciona información adecuada y se anima a la paciente.

Si la paciente decide amamantar, se le debe instruir sobre los cuidados preparto de mamas y pezones, siendo los siguientes:

- A). Debe preparar y "dar firmeza" a los pezones durante el tercer trimestre.
1. Debe lavar los pezones diariamente con esponja, usando jabón -- neutro y agua. Después de un secado riguroso debe aplicarse vaselina líquida. Los jabones perfumados o cremas para la piel o manos contienen irritantes o alergenicos. El uso del alcohol no se recomienda porque reseca y endurece la piel.
  2. Los pezones cortos o invertidos deben estirarse con suavidad, - para lograr alargarlos se debe realizar movimientos percutorios que deben comenzar a practicarse en el 5o. o 6o. mes del embarazo o antes. Se harán 4 a 5 veces sucesivamente, por las mañanas diariamente. (Ver figura No. 5).

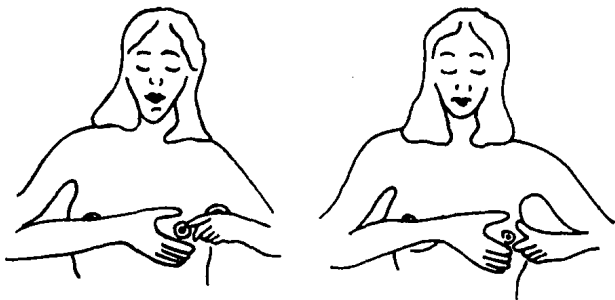
#### Higiene vaginal.

Las infecciones vaginales son comunes durante el embarazo, en particular las causadas por el hongo *Candida albicans*, y es importante el tratamiento para prevenir el contagio del feto.

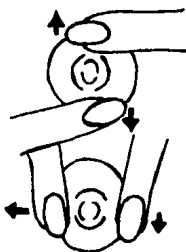
---

53/ Benson, C.R., op. cit., p. 127.

.FIG. Nº 5 CUIDADO DE LAS MAMAS



En los últimos dos meses, la mujer debe dar masaje a sus senos.



Puede tratarse la inversión del pezón colocando los pulgares - cerca del pezón invertido, comprimir firmemente el tejido mamario, y después poco a poco - desplazarlo desde la areola. - Los movimientos de distensión - deben hacerse verticalmente -- (arriba) y horizontalmente (abajo).

TOMADA DE: SHARON J. REEDER, ENFERMERIA OBSTETRICA Y NEONATOLOGIA, -

p. 440

Las micosis suelen contagiar al feto cuando éste pasa por el -- conducto del parto, apareciéndole algodoncillo en la cavidad bucal o a veces en los labios del neonato.

El metronidazol es el fármaco indicado para infecciones por Trichomonas, pero está contraindicado en el embarazo, se sospecha que - ejerce efectos teratógenos. Las cremas y los óvulos vaginales ali-- vian los síntomas, el tratamiento del compañero sexual permite aumentar la posibilidad de erradicar la infección.

El aumento del flujo vaginal es común durante la gestación. La vascularidad de la vagina y el cuello uterino son mayores, lo cual - se acompaña de incremento en la producción de moco cervical y el trasudado por las paredes vaginales. 54/

Son útiles la higiene personal: uso de prendas interiores de ajgodón, baños frecuentes. Las pantimedias de fibra sintética dan origen a la transpiración e irritación mayores.

---

54/ J. W., Hawkins, et. a., ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA, -

## 6.7. ACTIVIDADES DURANTE EL EMBARAZO

### Ejercicio.

El ejercicio es un medio agradable de distracción; disipa la an gustia y la tensión, tranquiliza la mente; mejora el sueño y estimula el apetito, aspectos que son útiles para la embarazada. 55/

Deben prohibirse las actividades peligrosas que lleven un riesgo de lesión corporal o cambios súbitos de equilibrio (sostener o al zar objetos pesados, desplazar muebles, etc.,) que puedan ocasionar caídas o traumatismo físico. Pero no es necesario limitar el ejercicio en la gestante siempre que ésta no se fatigue en exceso.

Los deportes extenuantes requieren de un esfuerzo físico que au menta el consumo de oxígeno materno (aumenta el riesgo de hipoxia) y demanda sobre la reserva cardiaca (que dá lugar a la disminución del flujo sanguíneo hacia el feto).

Son recomendables durante el embarazo el aire fresco y el sol.- Caminar al aire fresco, estimula la actividad muscular de todo el o rganismo; refuerza alguno de los músculos utilizados en el parto, y pueden practicarlo con períodos de descanso.

Los ejercicios prenatales, incluyen ejercicios que refuerzan -- los músculos del abdomen, relajan los del suelo pélvico, orientan so bre el balanceo pélvico, estiran y logran aducción de músculos, er jercicio como oscilación de brazo, cuclillas, posición de flor de lo to, arqueo del dorso y circunducción de los tobillos.

Los ejercicios deben adaptarse a cada persona. Las mujeres con lordosis, vientre sobresaliente y genu valgu necesitan la técnica de oscilación pélvica, que aplanan la porción posterior del dorso, gira la pelvis hacia arriba y adelante, lleva el abdomen hacia adentro, y "destraba" las rodillas. Dicha posición por lapsos mayores y practicando la respiración regular, constituye una forma de evitar la dorsalgia y la fatiga. Otras mujeres necesitan reforzar músculos abdominales por medio de "sentadillas" o ejercicios de estiramiento de músculos como la posición de loto. ( Fig. No. 6, 7, 8, 9 y 10).

La mujer debe evitar estar sentada o de pie por largo tiempo. - Los ejercicios adecuados generan una sensación de bienestar y evitan las pequeñas molestias del embarazo.

Las mujeres que han tenido pérdidas gestacionales tempranas o - dos recién nacidos pretérmino, que presentan anomalías uterinas, tienen mayor riesgo de trabajo de parto prematuro cuando se exceden en el ejercicio. 56/

Es conveniente llevar una vida sedentaria, cuando la gestante - tiene hipertensión inducida por su embarazo.

#### Descanso.

El reposo no sólo denota acostarse y dormir, sino estar cómodamente instalada, esto es, que reposen el cuerpo, mente, músculos abdominales, piernas y dorso, y se restiren en forma libre para facilitar la acción impelente del corazón y la circulación de sangre en --



## EJERCICIOS PRENATALES



FIG. Nº 6

Balaneo Pélvico.

Refuerza los músculos de -  
dorso y abdomen y mejora -  
la dorsalgia.

Elevación de Piernas.

Para reforzar músculos del  
abdomen y mejorar su tono.

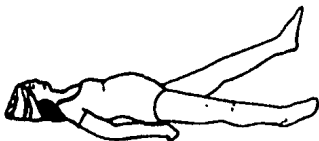


FIG. Nº 7



FIG. Nº 8

"Sentadillas".

Refuerzan los músculos del  
dorso y la flexibilidad de  
articulaciones de piernas  
y cadera.

"Flor de Loto".

Facilita la relajación de músculos del suelo pélvico, permite aliviar la dorsalgia y refuerza los músculos de los músculos.



FIG. Nº 9

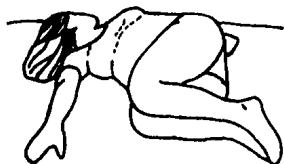


FIG. Nº 10

Aducción y Giro de Rodillas-Tórax.

Permiten estirar los músculos de la columna y aliviar la dorsalgia.

las extremidades.

Es necesario que la mujer embarazada tenga ocho horas de sueño en una habitación bien ventilada. Debe evitarse las influencias deprimentes y excitantes, ya que durante el embarazo aumenta la inestabilidad emocional.

En los últimos meses del embarazo la colocación de una pequeña almohada bajo el vientre cuando la mujer está sobre su costado, alivia las molestias comunes en éste período y mejora el reposo.

La posición sedante para reposar en períodos breves en el transcurso del día, es beneficioso si eleva sus pies y piernas.

Con el reposo se corrigen algunas molestias. El reposo y la posición en ángulo recto corrigen el edema y las várices de las extremidades inferiores. La posición de Sims aminora el volumen de las várices de vulva y recto.

También es conveniente, en los últimos meses colocar una almohada adicional debajo de los hombros, la cual hará que la mujer embarazada respire más fácilmente y tenga un sueño tranquilo.

### Trabajo.

No se deben hacer aseveraciones sobre los efectos beneficiosos o perjudiciales del trabajo durante el embarazo. Algunas clases de trabajo son arduos, duros, estresantes, mientras que otros son agradables, fáciles y estimulan el intelecto.

El tipo y los peligros propios del empleo, la legislación al respecto y complicaciones del embarazo, son factores que determinarán cuando es conveniente y seguro trabajar durante el embarazo.

Hay que cuidar que la mujer embarazada no maneje sustancias tóxicas o esté expuesta a radiaciones, que no realicen movimientos y esfuerzos abdominales violentos ni carguen objetos pesados.

La Ley Federal del Trabajo señala obligatoriedad a los patrones de otorgar incapacidad laboral 42 días antes y 42 días después del parto; esto tiene por objeto proteger a la madre y a su hijo de posibles riesgos. Algunas empresas acostumbran dar 90 días de incapacidad (30 días antes y 60 días después del parto), brindando mayor oportunidad a que la madre cuide a su hijo recién nacido. 57/

Durante el trabajo son convenientes los períodos de descanso para evitar fatiga indebida. 58/

### Relaciones sexuales.

Las limitaciones a la expresión de la sexualidad durante el embarazo están desapareciendo. 59/

La vascularización de los órganos pélvicos es mayor, lo cual hace que se incremente la tensión sexual, particularmente con los cambios del segundo y tercer trimestre. Los antecedentes obstétricos insatisfactorios que incluyan aborto espontáneo suelen suprimir el orgasmo hasta que la placenta funcione adecuadamente, en caso de rotura de las membranas, no llevar a cabo el coito vaginal a fin de --

---

57/ Mondragón, H., OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, p. 130.

58/ Benson, C.R., op. cit., p. 127.

59/ J. W., Hawkins, et. al., ENFERMERIA GINECOLOGICA Y OBSTETRICA, p. 207

disminuir las probabilidades de infección. El orgasmo suele desencadenar el parto en caso de que el cuello uterino este "maduro" y esto tiene lugar en el término del embarazo. Con una higiene adecuada las infecciones no son frecuentes.

Los temores comunes en relación son daño al feto, aborto; molestias físicas, incremento en el tamaño de las mamas y su sensibilidad anormal, que son comunes en la gestación.

Es necesario modificar las posiciones durante el coito a fin de lograr mayor comodidad, las opciones a la penetración vaginal en la parte final del embarazo suelen permitir la expresión sexual, sin la inquietud y angustia de trastornar el embarazo. Las formas de expresión (sexo bucal, anal; masturbación mutua) y la aportación de información y apoyo a la pareja cuando está contraindicada o resulta molesta la penetración vaginal, suelen aliviar los sentimientos de culpa y tensión vinculadas con la abstención.

Algunos autores mencionan que las relaciones sexuales pueden -- causar aborto en los primeros meses o un parto prematuro en la última parte del embarazo, por lo que la abstinencia se recomienda durante los tres primeros y los dos últimos meses. Si hay amenaza de interrupción del embarazo, el coito debe ser evitado por el resto de la gestación.

### Viajes.

Viajar no es perjudicial para el embarazo, sólo debe evitar los viajes largos y extenuantes. No se le puede atribuir al viaje la causa de aborto o de parto pretérmino.

Es mejor viajar durante el 2o. trimestre, ya que en éste periodo la mujer embarazada está más cómoda.

Los viajes prolongados de último momento, cerca del término del embarazo, no son aconsejables sin importar el medio por el que efectúen.

En los últimos meses, un paseo diario a pie, prepara a la madre para el trabajo de parto y le ayuda a prevenir que el embarazo dure más de su tiempo.

## 6.8. SISTEMAS DE ELIMINACION

### Síntomas urinarios.

Una de las molestias más comunes del embarazo es la micción frecuente y urgente. Ocurre muy al principio de la gestación por la presión del útero que crece sobre la vejiga urinaria. Trastorno que cede durante un tiempo cuando el útero sale de la región pélvica hacia la cavidad abdominal. Aunque durante el embarazo se incrementa la filtración glomerular, no produce aumento importante de la excreción urinaria. Ocurre micción durante el último trimestre frecuente al empezar nuevamente a hacer presión el útero contra la vejiga. En tanto no aparezcan otros síntomas que señalen la existencia de infección de vías urinarias las necesidades de orinar en el primer y último --

trimestre serán normales. 60/

### Estreñimiento.

Es frecuente en el embarazo y se deriva de la presión mecánica, que ejerce el útero grávido sobre los intestinos lo cual da por resultado modificaciones y disminución de la evacuación. El alivio de éste síntoma, en la alimentación influye una ingesta liberal de agua por generosas cantidades de frutas frescas, vegetales y ensaladas, - así como pan de grano entero y cereales en abundancia; 61/ también - es útil la ingestión de yogurt de leche descremada. Deben evitarse - los enemas y los catárticos fuertes.

## 6.9. TRASTORNOS CIRCULATORIOS

### Várices.

Son resultado del debilitamiento de las paredes venosas o del funcionamiento deficiente de las válvulas de las venas. La mala circulación de las extremidades inferiores predispone a las venas varicosas en las piernas y muslos. Al ser insuficiente la circulación, - las válvulas de las venas impiden que la sangre vuelva hacia los --

---

60/ Olds, S.B., et al. op. cit., pp. 287-288

61/ Danforth, D. N., op cit. p. 365

pies, y al estar estancada ejerce presión y debilita gradualmente -- las paredes.

Las varicosidades siguen una tendencia hereditaria, y es más -- frecuente al avanzar la edad, con embarazos múltiples, obesidad y ac tividades que exigen estar de pie por largo tiempo.

El peso del útero grávido contra las paredes pélvicas agrava el desarrollo de varicosidades en las piernas y la región pélvica al im pedir el retorno venoso suficiente. 62/

Las várices pueden molestar a la gestante al término del embara zo. Aunque afectan principalmente a la parte baja de las extremida-- des, también pueden aparecer en la vulva y alrededor del ano.

Las mujeres que tienen várices tienen molestias y fatiga en las extremidades inferiores y éstas aumentan al transcurrir el día.

En fases iniciales del embarazo, la gestante debe recibir orien tación para hacer ejercicio, reposar en decúbito lateral, elevar las piernas a un nivel superior de la cadera, usar ropas flojas, controlar el peso y evitar acumular líquidos, no usar fajas o medias que - constriñan y ocasione presión en piernas o muslos. Debe evitarse el ejercicio excesivo.

Las gestantes que tengan várices significativas en extremidades pélvicas deben usar medias elásticas.

Las várices de la vulva pueden mejorar si se coloca una almoha- da debajo de los glúteos y se elevan las caderas, para asumir períodos frecuentes de reposo o asumir la posición elevada de Sims, por -

---

62/ Olds, S. B., et. al., op. cit., p. 289



varios minutos, varias veces al día. 63/ (figura No.11).

### Hemorroides.

El embarazo suele desencadenar la aparición de hemorroides en parte como resultado del estreñimiento, y aumenta por virtud de la presión que el útero grávido ejerce en las venas de la región anal. Así como los hábitos alimenticios son un factor importante en el origen y gravedad de las hemorroides, ya que la defecación con esfuerzo predispone la dilatación de las venas de esa región.

Los síntomas de las hemorroides consisten en prurito, tumefacción y dolor, lo mismo que hemorragia hemorroidal.

Se evitan con la conservación de costumbres regulares de defecación, reblandecimiento de heces y evitar "pujar" al defecar. El estar de pie por largo períodos y usar ropas ajustadas, agravan el problema. La expulsión de heces duras pueden lesionar la mucosa del recto y ocasionar hemorragia.

Se debe intentar aliviarlas en forma gradual. Brinda gran alivio, la aplicación de una bolsa con hielo o compresas frías humedecidas con hamamelis o una solución de sulfato de magnesio. El médico puede indicar la aplicación de ácido tánico en supositorios, o compresas de hamamelis y glicerina.

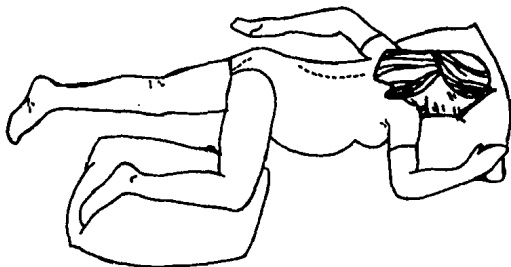
Rara vez se necesita una operación quirúrgica durante el embarazo. 64/ Pueden ser también eficaces los supositorios anales astrin-

---

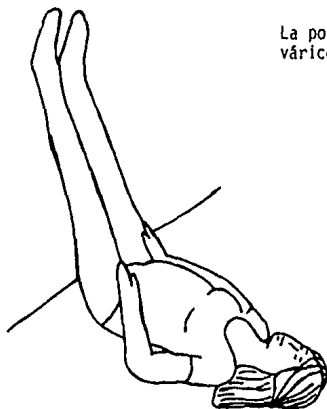
63/ J. Reeder, S., ENFERMERIA OBSTETRICA Y NEONATOLOGIA, p. 453.

64/ Idem., p. 444

FIG. No. 11 VARICES



La posición de Sims corrige  
várices de vulva y recto.



La elevación de piernas es  
útil para aliviar la fati-  
ga, hinchazon, calambres y  
várices de piernas.

gentes, los calmantes, los anestésicos tópicos y los laxantes, después de tratar las hemorroides trombosadas.

#### 6.10. TOXICOMANIAS

##### Tabaco.

Los datos acumulados informan que los hijos de madres fumadoras pesan 200 gs. menos de las que no fuman; varios estudios han identificado una relación entre el tabaquismo y menores índices de natalidad, cifras mayores de premadurez y mayor mortalidad neonatal. Otros estudios que se han realizado indican otras alteraciones que se resumen en el siguiente cuadro:

##### Riesgos para el feto.

- Parto pretérmino.
- Ruptura prematura de membranas. 65/
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Parto prematuro.
- Muerte perinatal.
- Desarrollo en el retardo del recién nacido. 66/
- Aborto.

---

65/ Danforth, D. N., op cit., p. 366

66/ Ledward, R.S., TRATAMIENTO FARMACOLOGICO EN OBSTETRICIA, p. 29

- Obito fetal.
- Placenta previa.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Peso bajo al nacer (lesión cerebral, retardo mental, trastornos del aprendizaje, deficiencias neurológicas, disminución del coeficiente intelectual.)

#### Riesgos para la madre

- Hemorragia (por desprendimiento prematuro de placenta y placenta previa).
- Sepsis por ruptura de membranas.
- Deficiencia de vitaminas y minerales.
- Bronquitis, enfisema, bronquiectasia.
- Cáncer de pulmón.
- Hipertensión y enfermedades cardiovasculares, infarto del miocardio. 67/

Por lo que a las mujeres se les debe dar orientación sobre lo que causa el tabaco y más si tienen historia de pérdidas prenatales, hemorragias, complicaciones placentarias o si ellas son de una edad elevada. 68/

Se recomienda decididamente dejar el cigarrillo lo más antes de la concepción, con base en la preocupación de los posibles daños al bebé; es posible obtener información sobre de como dejar de fumar, y algunas clínicas o grupos de sostén dan orientación al respecto. Las

---

67/ Sharon, R.J., ENFERMERIA OBSTETRICA Y NEONATOLOGIA, pp. 446-448

68/ Danforth, D. N., op cit., p. 366

mujeres que siguen fumando durante el embarazo se les considera de alto riesgo y se debe hacer una vigilancia adecuada.

### Bebidas alcohólicas.

Actualmente, está demostrado que el alcohol es perjudicial durante el embarazo. Más de 34 ml. de etanol por día produce retardo en el crecimiento fetal, más de 90 ml. al día provoca la aparición del síndrome del feto alcohólico, lo que implica en el niño se describe en el siguiente cuadro:

#### Riesgos para el feto

- Síndrome del feto alcohólico (hipoplasia del maxilar inferior y superior, pequeñas fisuras palpebrales, en algunos casos estrabismo u optosis unilateral, 69/ menor peso, menor desarrollo cerebral y anomalías mentales de un grado mínimo a uno severo. -- 70/ Otras alteraciones serían retardo del desarrollo físico y mental del recién nacido.)
- Síndrome de abstinencia del neonato.
- Trastornos neurológicos y psicosociales.
- Aborto, óbito fetal.

#### Riesgos para la madre

- Cirrosis.
- Desnutrición, deficiencia de vitaminas y minerales.
- Síndrome de abstinencia (delirium tremens).

---

69/ Ledward, R. S., op cit., p. 28

70/ Danforth, D. N., op cit. p. 366

- Síndrome cerebral crónico.
- Trastornos familiares y sociales.
- Problemas sexuales.

Se recomienda se abstenga de las bebidas alcohólicas durante la gestación. La disminución de éste consumo, en cualquier momento incluso en el tercer trimestre puede aminorar la lesión en el feto. -- Son importantes el consejo y la orientación respecto al síndrome del alcoholismo fetal para ayudar a las mujeres a conocer los riesgos y hacer decisiones con conocimiento de la causa. Con arreglo a la respuesta de la mujer, si el alcohol está muy arraigado a veces es necesario el envío a un programa u orientador sobre el problema. 71/

#### Café.

Estudios preliminares en animales sugieren que la cafeína puede producir defectos en el nacimiento y trastornos en el esqueleto de la descendencia, por lo que las mujeres embarazadas deben evitar todos los alimentos y farmacos que contienen cafeína. 72/

La cafeína más de 600 mg/día puede afectar sobre el feto en un aborto espontáneo, aumento de la frecuencia de paladar hendido y otras anomalías.

#### Medicamentos.

El consumo de farmacos durante el embarazo, en particular en el

---

71/ Sharon, R. J., op cit., p. 448

72/ Danforth, D. N., op cit., p. 366

primer trimestre, puede afectar de manera adversa el crecimiento y - el desarrollo normal del feto. Originalmente se creía que la placenta actuaba como barrera protectora que impedía que los fármacos llegaran al feto. No ocurre así, todos los medicamentos cruzan la placenta y pueden ejercer efectos nocivos en el feto o embrión, por lo que se debe evitar los agentes nuevos o en fase de experimentación, así como los teratogénicos potenciales; por lo que cualquier medicamento debe ser prescrito solamente por el médico una vez valorada la necesidad de su administración y considerando el riesgo de su efecto. 73/

---

73/ Mondragón, C. H., op cit., pp. 131-132

## 7. SIGNOS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.

En la primera visita el médico debe instruir a la paciente acerca de ciertos síntomas que pueden ser peligrosos y cuya aparición debe ser comunicado inmediatamente. Una de las tareas de la Auxiliar de Salud es detectar el embarazo con riesgo de acuerdo a lo encontrado durante la atención que le brinda. Los siguientes síntomas requieren de una pronta investigación en cuanto se presenten:

- 1.- Hemorragia vaginal de cualquier cantidad.
- 2.- Ruptura espontánea de las membranas, queda marcada por un repentino e incontrolable fluir de líquido claro.
- 3.- Oliguria, reducción en la cantidad de orina eliminada; puede ser el primer síntoma de una preeclampsia.
- 4.- Cefalea, cualquier dolor de cabeza que no responda rápidamente a los remedios simples requiere de una visita médica. Este síntoma puede representar el inicio de un ataque ecláptico y de la primera convulsión, incluso sin ningún otro aviso.
- 5.- Alteraciones visuales y mentales, vértigo, confusión mental, -- manchas delante de los ojos, así como luces, son signos de preeclampsia severa.
- 6.- Edema, hinchazón de pies, extremidades inferiores, así como manos y cara marcada y notada por la paciente, debe ser comunicado inmediatamente.
- 7.- Calambres, dolores pélvicos recurrentes o calambres abdominales, ya que puede presentar el inicio de un aborto en la gestación temprana o del parto más tarde.



- 8.- Ausencia de movimientos o del latido fetal a partir del 6o. --  
mes.
- 9.- Crecimiento uterino anormal, aumentado o disminuido.
- 10.- Inicio de trabajo de parto antes de las 37 semanas, o su ausencia a las 42 semanas.

## 8. ASPECTOS PSICOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO.

El embarazo y el nacimiento son fenómenos de importancia en casi todas las culturas. Sin embargo, las actitudes varían en culturas distintas, e incluso dentro de una misma. Algunas, el nacimiento es un hecho social, al cual acuden amigos y parientes, mientras que en otras se le hace en secreto.

Para la mujer el embarazo y el puerperio son etapas de tensión psicológicas, algunas experimentan una ligera inquietud y para otras estos períodos representan los momentos más felices de sus vidas. -- Las manifestaciones clínicas dependerán de la tensión y eficacia del proceso adaptativo de la gestante, que a su vez tiene relación con las circunstancias de su vida pasada y presente.

El objetivo de la valoración y tratamiento de los aspectos emocionales son:

- 1) Orientar a la madre con respecto a la aceptación de su embarazo. El rechazo puede causar molestias somáticas leves o graves.
- 2) Informar a la gestante sobre la evolución de su embarazo y trabajo de parto. La comunicación y confianza ayudan a disminuir la ansiedad y la tensión.
- 3) Ayudar a los padres a aceptar al hijo inmediatamente después -- del nacimiento. A pesar del deseo de un hijo, el miedo y la aprensión se asocian con las primeras sospechas de embarazo.

Los principales factores psíquicos adversos en el embarazo son:

Miedo a lo desconocido, temor al dolor durante el trabajo de -- parto y parto, temor a morir, miedo a las consecuencias socioeconómi

cas del embarazo y maternidad; resentimiento por pérdida de independencia y atracción personal; resentimiento hacia el descendiente como posible competidor del amor y cariño del cónyuge e incertidumbre acerca del papel de progenitor.

Las actitudes negativas deben ser reemplazadas por positivas, - ésto se logra gradualmente al ir aceptando el embarazo. El rechazo - constante es destructivo, perjudica la salud mental, física y emocional de la gestante y pone en riesgo la salud y futuro de su hijo. Al igual en aquella que está obsesionada con el embarazo (seudociesis).

Otros factores que afectan el embarazo y su desenlace son: antecedentes familiares, salud física, edad, madurez y estabilidad emocional, situación económica, habitación, estado civil, sentimientos del padre hacia el embarazo e hijos, número de hijos existentes, planes para el futuro.

Una mujer casada y emocionalmente madura, que tiene amor, respeto y comprensión de su esposo, lo económico no es un problema. Por el contrario, si es soltera su embarazo lo vé como una desgracia, ya que tiene que mantenerse a sí misma; se dá cuenta que la iglesia, -- sus padres y amigos la ven con desprecio.

### 8.1. CAMBIOS EMOCIONALES EN EL EMBARAZO.

Como indicamos, el embarazo es un lapso de cambios físicos y -- psicológicos, pero de igual importancia. Las reacciones emocionales predominan en diferentes períodos del embarazo, en tanto que otros - surgen y desaparecen conforme avanza el embarazo.

A) Primer Trimestre. Experimentan varias mujeres ambivalencia res pecto a su embarazo, como resultado de cierta aversión a abandonar - las formas y conductas antiguas y conocidas. Y se manifiesta por mo- lestias físicas como náuseas y vómitos.

Al mismo tiempo que lucha con sus dudas, también siente alegría . excitación y felicidad-anticipación.

Las mujeres que se conceptualizan a sí mismas con confianza y - claridad durante este período tienden a adaptarse más satisfactoria- mente durante todo su embarazo.

Es importante que sepa que el embarazo puede percibirse como -- fuente de angustia. Si surge angustia, habrá tensión motora, inquietud, taquicardia, sudoración e hiperemia cutánea. Estos son mediados por el sistema nervioso simpático, por liberación de catecolaminas y cambios en los niveles circulantes de hormonas corticosuprarrenales y de otro tipo.

B) Segundo Trimestre. Se caracteriza por una sensación de bienest- ar porque el cuerpo se adapta a los cambios hormonales y desapare-- cen algunas molestias. Se olvidan temporalmente de los temores res- pecto a la salud y bienestar del pequeño. La percepción de los movi- mientos fetales y auscultación del latido cardiaco son tranquilizan-

tes y satisfactorios para los futuros padres.

Las mujeres se interesan por el crecimiento y desarrollo del feto. Ambos progenitores muestran interés por el embarazo y nacimiento de su bebé.

Durante este período, la mujer es más narcisista, pasiva e in--trovertida, porque se concentra en sus propias necesidades y del be--bé que espera.

Su talante cambia drásticamente de la alegría a la tristeza, --sin causa aparente. En ocasiones pueda aparecer romántica y preocupada por ensoñaciones diurnas.

Sus preocupaciones pueden molestar a la gente que le rodea, in--cluso para ella misma, por su pasividad y necesidad de dependencia.- Por ello necesita mayor atención y cariño. Es importante tranquili--zar a sus familiares al señalarles que la conducta y labilidad emo--cional es normal.

C) Tercer Trimestre. Al cambiar su cuerpo y su imagen que tiene -de sí misma, reflejada por torpeza y desaliño, se siente poco femenina y se preocupa por la forma en que su compañero o esposo la mire o perciba.

Es un lapso de mayor introversión, que se caracteriza por períodos de regresiones a su niñez y proyección en ideas sobre el hijo --que va a nacer. Surgen nuevos temores respecto a la salud y bienes--tar del pequeño y propios, ya que comienza a pensar en el trabajo de parto. Es importante darle a conocer el trabajo de parto para dismi--nuir su miedo a lo desconocido.

## 9. PREPARACION PARA EL PARTO

A través de los años, se han desarrollado muchos programas de - preparación para el parto. Sus objetivos son reducir o eliminar el - dolor durante el parto y la necesidad de analgesia, así como reducir o eliminar la necesidad de intervención por el obstetra. 74/

Sugieren a la pareja participar en la preparación educacional - para el parto, en cursos e instrucción psicoprofiláctica.

Los cursos están diseñados para dar información sobre embarazo, parto y el papel del asistente al parto, para eliminar el miedo a lo desconocido. La instrucción tiende a disminuir el dolor que ocurre - en el parto, basado en el principio de Pavlov del reflejo condionado. La mayoría de las mujeres creen que el parto es doloroso, y la - psicoprofilaxis intenta condicionar a las mujeres, de manera que -- crean que las contracciones uterinas necesarias para el trabajo de - parto no son dolorosas. Un curso normal consta de seis sesiones:

- 1a. sesión: Definiciones básicas de los períodos del parto, así como una descripción general del cuerpo materno y los cambios que ocurren en el embarazo normal.
- 2a. sesión: Se realizan ejercicios de relajación y se describen ejercicios básicos para preparar el cuerpo para el embarazo, parto y puerperio.
- 3a. sesión: Se instruye a la pareja en la técnica que deben seguir - para la respiración durante los períodos iniciales del -

parto, y se aprende el entrenamiento para el momento en que lleguen las contracciones.

4a. sesión: Se aprenden diferentes métodos de respiración para ser usados en la fase tardía del parto, así como respiraciones rápidas para ser usadas en la etapa de transición de la dilatación cervical a la expulsión.

5a. sesión: Se realizan ejercicios para aprender la relajación de -- los músculos del periné, así como el área rectal y vaginal. Se enseña el uso de los músculos abdominales y del diafragma para aumentar la presión en el momento de la - expulsión del feto sincrónicamente con las contracciones uterinas.

6a. sesión: Las parejas aprenden los síntomas y signos del inicio -- del parto, uso de los medicamentos, consejo práctico necesario para el momento del parto, así como los movimientos a realizar cuando éste se presente en su acercamiento al hospital.

La mayoría de las parejas que acuden a éstos cursos mencionan - un beneficio significativo; ya que es menos necesaria la analgesia y anestesia, y se producen espontáneamente con mayor frecuencia los -- partos. Las parejas que eligen y siguen estos programas son las que están más motivadas y tienen menor riesgo obstétrico.

III. PRESENTACION  
Y  
DESCRIPCION  
DE  
RESULTADOS



## CUADRO N° 1 A

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD EN  
 RELACION AL INTERROGATORIO QUE LES REALIZAN A LAS USUARIAS  
 EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA -  
 N° 2 TULANCINGO, HGO. 1 9 9 3 .

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	INTERROGATORIO			
	EDAD	A.P.P.	A.G.O.	I.E.
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
0 - 1	1	1	1	1
2 - 3	-	-	-	-
4 - 5	-	-	-	-
6 - 7	-	-	-	-
8 a +	2	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

## CLAVE:

A.P.P. = ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

A.G.O. = ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

I.E. = INGRESOS ECONOMICOS

FUENTE: GUIAS DE OBSERVACION APLICADAS A LAS SUPERVISORAS DE AUXILIA  
 RES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD DE LOS MODULOS TULANCIN--  
 GO, SINGUILUCAN Y TEPEAPULCO, HGO. JULIO-OCTUBRE 1993.

## CUADRO Nº 1 B

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS AUXILIARES DE SALUD EN RELACION AL  
 INTERROGATORIO QUE LES REALIZAN A LAS USUARIAS EN CONTROL  
 PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA Nº 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	INTERROGATORIO							
	EDAD		A.P.P.		A.G.O.		I.E.	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
0 - 1	13		1	12	11	2		13
2 - 3	8		5	3	8	-		8
4 - 5	4		-	4	4	-		4
6 - 7	1		1	-	1	-		1
8 a +	1		1	-	1	-		1
TOTAL	27		8	19	25	2		27

## CLAVE:

A.P.P. = ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.

A.G.O. = ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS.

I.E. = INGRESO ECONOMICO

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 1 A Y 1 B

De acuerdo a la antigüedad en el programa de las Supervisoras - de Auxiliares de Salud en relación al interrogatorio que realizan a las usuarias en control prenatal, se observa que en los rubros de edad y antecedentes ginecoobstétricos las 3 lo preguntan, siendo lo contrario en los antecedentes personales patológicos e ingreso económico, todo esto sin importar la antigüedad en el programa. Aun cuando el manual Nº 12 maneja los antecedentes personales patológicos de la gestante, los cuales dan una información general de su estado de salud y que en un momento dado, pueden afectar la evolución normal del embarazo; así como la importancia de conocer el ingreso económico que influye en el macroambiente en el que vive. .

De acuerdo a la antigüedad en el programa de las Auxiliares de Salud en relación al interrogatorio se observa que en el rubro de la edad todas lo preguntan, en los antecedentes personales patológicos 19 no y 18 sí lo preguntan, en los antecedentes ginecoobstétricos la mayoría lo cuestiona a excepción de 2 Auxiliares de Salud y en el ingreso económico ninguna lo pregunta todo esto sin importar la antigüedad en el programa.

Las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud preguntan la edad y los antecedentes ginecoobstétricos por que el formato E-1 de Embarazo, parto y puerperio lo incluye, excepto los antecedentes personales patológicos e ingreso económico. Además por

que conocen directamente a la usuaria así como la actividad económica de sus comunidades, aunado a esto la falta de conocimiento e interés por prestar un servicio de calidad a la embarazada y por darle prioridad a otros subprogramas.

## CUADRO N° 2

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y  
 AUXILIARES DE SALUD EN RELACION A TOMA DE SOMATOMETRIA DE  
 LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION  
 SANITARIA N° 2 TULANCINGO, HGO. 1993

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	TOMA DE SOMATOMETRIA			
	PESO		TALLA	
	SAS	A.S.	SAS	A.S.
	SI NO	SI NO	SI NO	SI NO
0 - 1	1	7 6	- 1	8 5
2 - 3	-	4 4	- -	2 6
4 - 5	-	4 -	- -	2 2
6 - 7	-	1 -	- -	1 -
8 a +	2	1 -	1 1	1 -
TOTAL	3	17 10	1 2	14 13

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 2

De acuerdo al tiempo en el programa de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud en relación a toma de somatometría se observa que en el rubro de peso las 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud lo toman y 17 Auxiliares de Salud a excepción de 10. En la toma de talla 1 Supervisora de Auxiliares de Salud lo realiza así como 14 Auxiliares de Salud; sin tomarla 2 Supervisoras de Auxiliares de Salud y 13 Auxiliares de Salud, sin importar el tiempo que tienen en el programa.

La mayoría de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud toman el peso por ser uno de los puntos que contiene el formato E-1 de Embarazo, parto y puerperio. La toma de talla aun -- cuando no está contemplada en dicho formato la mayoría de Auxiliares de Salud lo hace debido a la capacitación recibida en cursos organizados por la Dirección General de Planificación Familiar y su propio interés, ya que conocen su importancia como factor de riesgo.

## CUADRO N° 3 A

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD EN  
 RELACION A LA EXPLORACION FISICA QUE LE REALIZAN A LAS USUARIAS  
 EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	EXPLORACION FISICA							
	T/A		AFU		M.L.		FCF	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
0 - 1	1		1		1		1	
2 - 3	-		-		-		-	
4 - 5	-		-		-		-	
6 - 7	-		-		-		-	
8 a +	2		2		2		2	
TOTAL	3		3		3		3	

## CLAVE:

T/A = TENSION ARTERIAL.

AFU = ALTURA DE FONDO UTERINO.

M.L. = MANIOBRAS DE LEOPOLD.

FCF = FRECUENCIA CARDIACA FETAL.

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 3 A

En lo referente al tiempo en el programa de las Supervisoras de Auxiliares de Salud en relación a la exploración física se observa - que las 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud toman la tensión arterial y que ninguna realiza la altura de fondo uterino, maniobras de Leopold y frecuencia cardiaca fetal, sin importar que tengan más o - menos años en el programa.

Aun existiendo esta información en el manual N° 12 que contempla aspectos teóricos como los puntos de exploración física manejados en éste cuadro que los fundamenta y son de fácil entendimiento - para su realización y aplicación en el formato E-1 de Embarazo, parto y puerperio las Supervisoras de Auxiliares de Salud no los realizan porque no saben, dejando esta responsabilidad a las Auxiliares - de Salud.



## CUADRO Nº 3 B

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS AUXILIARES DE SALUD EN RELACION A LA  
EXPLORACION FISICA QUE LE REALIZAN A LAS USUARIAS EN CONTROL  
PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA Nº 2  
TULANCINGO, HGO. 1 9 9 3

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	EXPLORACION FISICA							
	T/A		AFU		M.L.		FCF	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
0 - 1	9	4	13		10	3	11	2
2 - 3	8	-	8		7	1	7	1
4 - 5	4	-	4		2	2	2	2
6 - 7	1	-	1		1	-	1	-
8 a +	1	-	1		1	-	1	-
TOTAL	23	4	27		21	6	22	5

## CLAVE:

T/A = TENSION ARTERIAL.

AFU = ALTURA DE FONDO UTERINO.

M.L. = MANIOBRAS DE LEOPOLD.

FCF = FRECUENCIA CARDIACA FETAL

FUENTE: ibidem

## CUADRO N° 3 B

De acuerdo al tiempo en el programa de las Auxiliares de Salud en relación a la exploración física se observa que en el rubro de -- tensión arterial 23 Auxiliares de Salud la toman y 4 no, en altura - de fondo uterino todas la realizan, así como en maniobras de Leopold 21 y 22 toman frecuencia cardiaca fetal y no lo realizan 6 y 5 res-- pectivamente todo esto, sin tomar en cuenta los años que tengan en - el programa.

Considerando de antemano que estos aspectos nos marcan en cierta forma la evolución del embarazo y son de gran importancia para la detección oportuna de su anormalidad, ante estos conocimientos la ma yoría de las Auxiliares de Salud los realizan, aunque existen mino-- rías que no lo practican debido a la falta de material y a la renue ncia de la usuaria a pesar de las explicaciones que la misma Auxiliar de Salud le proporciona.

## CUADRO N° 4 A

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD EN  
 RELACION A LA DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA EN LAS USUARIAS  
 EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA									
	AMF		RPM		CUA		CAV		STV	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
0 - 1	1		1		1		-	1	-	1
2 - 3	-		-		-		-	-	-	-
4 - 5	-		-		-		-	-	-	-
6 - 7	-		-		-		-	-	-	-
8 a +	2		2		2		2	-	1	1
TOTAL	3		3		3		2	1	1	2

## CLAVE:

AMF = AUSENCIA DE MOVIMIENTO FETAL.

RPM = RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

CUA = CRECIMIENTO UTERINO ANORMAL.

CAV = CEFALEA Y ALTERACIONES VISUALES.

STV = SANGRADO TRANSVAGINAL.

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 4 A

De acuerdo al tiempo en el programa de las Supervisoras de Auxiliares de Salud en relación a la detección de signos de alarma se -- observa que en los rubros de ausencia de movimiento fetal, ruptura - prematura de membranas y crecimiento uterino anormal ninguna de las 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud las detectan observándose que dos Supervisoras de Auxiliares de Salud a excepción de 1 identifica cefalea y alteraciones visuales y que sólo 1 detecta el sangrado --- transvaginal sin importar el tiempo que tengan en el programa.

El detectar con oportunidad estos signos de alarma ayudan a -- identificar los inicios de alguna enfermedad durante el embarazo, - además de prevenir complicaciones que pongan en riesgo la vida de la madre y del producto. Por lo que es de vital importancia su detec--- ción oportuna y sin embargo es notorio que las Supervisoras de Auxi- liares de Salud los desconocen aun teniendo material teórico en don- de basarse, aunado a la falta de capacitación e interés, ya que generalmente atienden embarazos aparentemente fisiológicos.

## CUADRO N° 4 B

TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS AUXILIARES DE SALUD EN RELACION A LA  
 DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA EN LAS USUARIAS EN CONTROL  
 PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
 TULANCINGO, HGO., 1993.

TIEMPO EN EL PROGRAMA EN AÑOS	DETECCION DE SIGNOS DE ALARMA									
	AMF		RPM		CUA		CAV		STV	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
0 - 1	9	5	3	11	6	8	5	9	9	5
2 - 3	1	6	1	6	2	5	2	5	2	5
4 - 5	3	1	1	3	1	3	-	4	2	2
6 - 7	-	1	-	1	1	-	1	-	1	-
8 a +	-	1	-	1	1	-	1	-	1	-
TOTAL	13	14	5	22	11	16	9	18	15	12

## CLAVE:

AMF = AUSENCIA DE MOVIMIENTO FETAL.

RPM = RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS.

CUA = CRECIMIENTO UTERINO ANORMAL.

CAV = CEFALEA Y ALTERACIONES VISUALES.

STV = SANGRADO TRANSVAGINAL.

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 4 B

De acuerdo al tiempo en el programa de las Auxiliares de Salud en relación a la detección de signos de alarma se observa que en los rubros de, ausencia de movimiento fetal de 27 Auxiliares de Salud 14 no la detectan, 22 en ruptura prematura de membranas, 16 en crecimiento uterino anormal y 18 en cefalea y alteraciones visuales, no así en la detección de sangrado transvaginal ya que 15 si lo detectan y 12 no, sin tomar en cuenta la antigüedad en el programa.

Como ya se mencionó la importancia de la detección de estos signos de alarma, es relevante mencionar que en el caso de las Auxiliares de Salud y que en su mayoría conocen estos signos, no son detectados; porque generalmente sus usuarias en control prenatal cursan embarazos aparentemente normales, ya que al existir algún embarazo complicado son referidos al Centro de Salud o manejados por otra Institución.

## CUADRO N° 5 A

ORIENTACION GENERAL INDICADA A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL EN  
 RELACION AL TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS SUPERVISORAS DE  
 AUXILIARES DE SALUD DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

ORIENTACION GENERAL	TIEMPO EN EL PROGRAMA (AÑOS)										TOTAL	
	0-1		2-3		4-5		6-7		8+		SI	NO
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
ALIMENTACION	1	-							2	-	3	-
INMUNIZACIONES	1	-							2	-	3	-
HIGIENE	1	-							1	1	2	1
DESCANSO	1	-							-	2	1	2
VESTIDO	-	1							1	1	1	2
RELACIONES SEXUALES	-	1							-	2	-	3
EJERCICIO	-	1							-	2	-	3
GANANCIA DE PESO	-	1							-	2	-	3
SIGNOS DE TRABAJO DE PARTO	-	1							-	2	-	3
TOXICOMANIAS	-	1							-	2	-	3

FUENTE: Ibidem

CUADRO Nº 5 B

ORIENTACION GENERAL INDICADA A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL EN  
RELACION AL TIEMPO EN EL PROGRAMA DE LAS AUXILIARES DE SALUD  
DE LA JURISDICCION SANITARIA Nº 2 TULANCINGO, HGO. 1993.

ORIENTACION GENERAL	TIEMPO EN EL PROGRAMA (AÑOS)										TOTAL	
	0-1		2-3		4-5		6-7		8-+		SI	NO
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
ALIMENTACION	12	1	8	-	4	-	1	-	1	-	26	1
HIGIENE	10	3	7	1	4	-	1	-	1	-	23	4
DESCANSO	10	3	8	-	1	3	-	1	1	-	20	7
VESTIDO	10	3	4	4	-	4	1	-	1	-	16	11
INMUNIZACIONES	8	5	4	4	3	1	1	-	1	-	17	10
EJERCICIO	8	5	4	4	1	3	-	1	-	1	13	14
GANANCIA DE PESO	3	10	1	7	-	4	1	-	1	-	6	21
SIGNOS DE INI- CIO DE TRABAJO DE PARTO	5	8	1	7	-	4	1	-	1	-	8	19
RELACIONES SEXUALES	-	13	-	8	-	4	-	1	-	1	-	27
TOXICOMANIAS	-	13	-	8	-	4	-	1	-	1	-	27

FUENTE: Ibidem



## CUADRO Nº 5 A Y 5 B

De acuerdo al cuadro de orientación general indicada a las usuarias en control en relación al tiempo se observa en los rubros de - alimentación e inmunizaciones las 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud dan la orientación; en higiene sólo 2 consideran importante o--orientar a la usuaría y 1 no; tanto en descanso como en vestido 1 lada y 2 no; en relaciones sexuales, ejercicio, ganancia de peso, signos de inicio de trabajo de parto y toxicomanía ninguna proporciona ésta orientación, sin importar el tiempo que llevan en el programa.

De acuerdo al cuadro de orientación indicada a las usuarias en Control Prenatal en relación al tiempo se observa que de 27 Auxiliares de Salud sólo 26 dan orientación sobre alimentación; en higiene 23; en descanso 20; en vestido 16; en inmunizaciones 17. En ejercio 13 sí orientan y 14 no; en ganancia de peso 6 sí y 21 no; signos de inicio de trabajo de parto 8 sí y 19 no; en la orientación de relaciones sexuales y toxicomanías ninguna de las Auxiliares de Salud la otorga, ésto sin importar el tiempo que tienen en el programa.

La orientación general indicada a las mujeres embarazadas es importante porque guía su vida, modificando en cierta manera sus hábitos y costumbres durante su estado gestacional, ayudándole a despejar dudas y temores, más aun si es primigesta.

Dado que es un aspecto sencillo y difícil de abordar se ha identificado que las Supervisoras de Auxiliares de Salud no proporcionan una orientación completa, ya que no le dan la suficiente importancia a la misma. Siendo las Auxiliares de Salud las que abordan más éstos

aspectos, por conocer y tratar más a sus usuarias, hay puntos que -- consideran conocidos por la gestante o son difíciles de tratar, como las relaciones sexuales que son consideradas parte íntima de la pareja. En lo que respecta al punto de signos de inicio de trabajo de -- parto, generalmente las Auxiliares de Salud no dan ésta orientación, no por restarle importancia, sino por la ausencia de la usuaria en su comunidad al estar próximo el término de su embarazo; aunque ésto debería darse desde los primeros meses.

## CUADRO N° 6

NUMERO DE CONSULTAS EN RELACION AL LUGAR DONDE OTORGAN EL CONTROL  
 PRENATAL LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES  
 DE SALUD A LAS USUARIAS DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

NUMERO DE CONSULTAS	L U G A R				T O T A L	
	CONSULTORIO		DOMICILIO		S.A.S.	A.S.
	S.A.S.	A.S.	S.A.S.	A.S.		
1 - 2	1	4	2	4	3	8
3 - 4	-	7	-	6	-	13
5 a +	-	1	-	1	-	6

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 6

De acuerdo al número de consultas en relación al lugar donde -- otorgan el control prenatal las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud se observa que de las Supervisoras una da consulta en el consultorio y dos en el domicilio de la usuaria; y de -- las Auxiliares 12 la otorgan en el consultorio y 15 en el domicilio. Teniendo mayor frecuencia las Auxiliares en número de consultas de -- 3 a 4: 7 en consultorio y 6 en domicilio.

El control prenatal es la atención que se otorga a la mujer embarazada para vigilar la evolución de su embarazo y detectar oportunamente algún riesgo que ponga en peligro la vida de la madre y del producto. Para ésto, es necesario otorgar un mínimo de 5 consultas, sin importar persona o institución que la proporcione.

Es notorio que en los módulos investigados las Auxiliares otorgan el mayor número de consultas en el domicilio, ya que la mayoría de las usuarias no se encuentran conscientes de la importancia que tiene su control, razón por la cual las Auxiliares de Salud tienen -- que visitarlas por su inasistencia; donde en contadas ocasiones es -- acompañada por las Supervisoras de Auxiliares de Salud, ya que ésta le da preferencia e importancia a otros programas.

## CUADRO N° 7

ENFERMEDADES CAPTADAS POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y  
 AUXILIARES DE SALUD EN LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE  
 LA JURISDICCION SANITARIA N° 2 TULANCINGO, HGO. 1993

ENFERMEDADES CAPTADAS	S.A.S.		A.S.	
	SI	NO	SI	NO
INFECCIONES DE VIAS URINARIAS	-	-	2	-
ANEMIA	1	-	3	-
TRICOMONIASIS	-	-	-	-
NINGUNA	-	2	-	22
TOTAL	1	2	5	22

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 7

De acuerdo al cuadro de enfermedades captadas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud en las usuarias en control prenatal se observa que 1 Supervisora de Auxiliares de Salud detectó anemia y 2 no detectaron ninguna enfermedad. Las Auxiliares de Salud 2 detectaron infección de las vías urinarias; 3 anemia y 22 no detectaron ninguna.

Durante el control prenatal se deben detectar con oportunidad - las enfermedades que pueden presentarse durante la gestación, ya que ocurren cambios fisiológicos que facilitan su aparición y llegan a - interrumpir o alterar la evolución del embarazo.

La mayor parte de las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud no captaron ninguna enfermedad, dado que las usuarias cursan con embarazos aparentemente normales, y la incidencia de embarazo con posible complicación es baja, al menos en aquellas mujeres gestantes que son atendidas por éstas personas.

## CUADRO N° 1

TOMA DE SOMATOMETRIA REALIZADOS POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
TULANCINGO, HGO. 1 9 9 3

TOMA DE SOMATOMETRIA	PERSONA QUE OTORGA LA ATENCION				TOTAL	
	S.A.S.		A.S.		S.A.S.	A.S.
	SI	NO	SI	NO		
PESO	2	1	28	30	3	58
TALLA	1	2	14	44	3	58

FUENTE: ENTREVISTA APLICADA A LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE --  
LOS MODULOS TULANCINGO, SINGUILUCAN Y TEPEAPULCO, HGO. JULIO  
OCTUBRE 1993.

## CUADRO Nº 1

En la toma de somatometría realizada por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud de acuerdo a la opinión de las usuarias en control prenatal, se observa que en la toma de peso, solo 2 Supervisoras de Auxiliares de Salud lo hacen y 1 no, de las Auxiliares de Salud 30 usuarias mencionan que no lo realizan y 28 manifiestan que sí; en el rubro que corresponde a la toma de talla, solo 1 Supervisora de Auxiliares de Salud lo realiza y las otras 2 no; para las Auxiliares de Salud 44 usuarias mencionan que no se les toma y solo a 14 sí.

La toma de somatometría a la usuaria nos determina que orientación alimenticia se le debe dar, además de ser un factor de riesgo para el embarazo por un excesivo aumento o un bajo peso; al igual -- que la toma de talla se considera importante como factor de riesgo.

Las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud -- realizan con mayor frecuencia la toma de peso por estar incluido dentro del formato de Embarazo, parto y puerperio; y no muchas veces -- por conocer la importancia que tiene, las que no lo hacen es por la falta o no funcionamiento del equipo. La toma de talla se realiza en menor frecuencia por restarle importancia como factor de riesgo para el embarazo, por no estar incluido en el formato E-1 y en raras ocasiones por no contar con el material para realizarlo.



## CUADRO Nº 2

TOMA DE TENSION ARTERIAL POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA Nº 2 TULANCINGO, HGO. 1993.

PERSONA QUE PROPORCIONA LA ATENCION	TOMA DE PRESION ARTERIAL		T O T A L
	SI	NO	
SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD	3	-	3
AUXILIARES DE SALUD	52	6	58

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 2

De acuerdo a la toma de la tensión arterial por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud según la opinión de las usuarias en control prenatal se puede observar que las 3 Supervisoras de Auxiliares de Salud la realizan, en cuanto a las Auxiliares de Salud 52 usuarias manifiestan que se las toman y sólo 6 lo niegan.

La importancia que tiene el que lo hagan es un factor determinante para darnos una orientación como un signo importante de una posible hipertensión o en determinado caso una anemia, si las cifras son bajas que pueda complicarnos el embarazo.

Aun cuando el manual N° 12 lo menciona algunas Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud lo toman por ser parte del formato, y no por conocimiento de su importancia o por solo una rutina más que cumplir. Algunas veces no lo realizan por falta o mal funcionamiento del equipo, por parte de algunas Auxiliares de Salud en sus comunidades.

## CUADRO N° 3

PERSONA QUE OTORGA LA ATENCION EN RELACION A LA EXPLORACION FISICA  
(FONDO UTERINO, MANIOBRAS DE LEOPOLD, FRECUENCIA CARDIACA FETAL)  
SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA  
JURISDICCION SANITARIA N° 2 TULANCINGO, HGO. 1993

EXPLORACION FISICA	PERSONA QUE OTORGA LA ATENCION				TOTAL	
	S.A.S.		A.S.		S.A.S.	A.S.
	SI	NO	SI	NO		
ALTURA DE FONDO UTERINO	1	2	58	-	3	58
MANIOBRAS DE LEOPOLD	-	3	51	7	3	58
FRECUENCIA CARDIACA FETAL	-	3	45	13	3	58

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 3

De acuerdo a la persona que otorga la atención en relación a la exploración física según la opinión de las usuarias se observa que - de las usuarias atendidas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud 2 no revisan altura de fondo uterino y sólo 1 sí, en maniobras - de Leopold y frecuencia cardíaca fetal las 3 usuarias refieren que - no se lo hacen. De las Auxiliares de Salud que revisaron a 58 usuarias a todas les tomaron altura de fondo uterino, sólo a 7 no les -- realizaron maniobras de Leopold y a 13 no les tomaron frecuencia car--  
díaca fetal.

Siendo actividades prioritarias para la exploración de la mujer embarazada las Supervisoras de Auxiliares de Salud no las realizan - por falta de conocimiento e interés por aprender a realizarlo, moti--  
vando a que las Auxiliares de Salud aprendan por interés personal y acudan a otra persona que les capacite.

## CUADRO N° 4

INFORMACION DE LOS SIGNOS DE ALARMA POR LAS SUPERVISORAS  
DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD SEGUN LA  
OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA  
JURISDICCION SANITARIA N° 2 TULANCINGO, HGO. 1993

INFORMACION DE LOS SIGNOS DE ALARMA	PERSONA QUE INFORMA.				TOTAL	
	S.A.S.		A.S.		S.A.S.	A.S.
	SI	NO	SI	NO		
-RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	-	23	35	-	58	
-CRECIMIENTO UTERINO ANORMAL	-	6	52	-	58	
-SANGRADO TRANSVAGINAL	-	23	35	-	58	
-AUSENCIA DE MOVIMIENTO FETAL	-	15	43	-	58	
-HIPERTENSION	-	3	55	-	58	
-EDEMA	-	1	57	-	58	
-AUSENCIA DE TRABAJO DE PARTO	-	0	58	-	58	
-NINGUNA	3	-	-	3	-	

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 4

De acuerdo a la información de los signos de alarma por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud según la opnión de las usuarias se observa que a las 3 usuarias atendidas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud no les dieron ninguna información. De las 58 usuarias atendidas por las Auxiliares de Salud no les informaron a 35 de ruptura prematura de membranas, a 52 de crecimiento uterino anormal, a 35 de sangrado transvaginal, a 43 de ausencia de movimiento fetal, a 55 de hipertensión, a 57 de edema y a ninguna de ausencia de trabajo de parto.

Las Supervisoras de Auxiliares de Salud no informan a la usuaria por carecer de conocimiento teórico de la importancia de los signos de alarma, y sólo se basan en llenar un formato establecido para proporcionar atención a la embarazada. Las usuarias que reciben información por parte de las Auxiliares de Salud son en menor frecuencia por que no todas tienen el conocimiento e interés por documentar se aun cuando lo contiene el manual N° 12.

CUADRO Nº 5

ORIENTACION GENERAL OTORGADA POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE  
 SALUD Y AUXILIARES DE SALUD SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS  
 EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA Nº 2  
 TULANCINGO, HGO. 1993.

ORIENTACION GENERAL	PERSONA QUE ORIENTA.				TOTAL	
	S.A.S.		A.S.		S.A.S.	A.S.
	SI	NO	SI	NO		
ALIMENTACION	1	2	41	17	3	58
HIGIENE	1	2	34	14	3	58
DESCANSO	2	1	28	30	3	58
EJERCICIO	-	3	28	30	3	58
VESTIDO	-	3	28	30	3	58
RELACIONES SEXUALES	-	3	1	57	3	58
SIGNOS DE INICIO DE TRABAJO DE - PARTO	-	3	22	36	3	58
ALCOHOLISMO Y - TABAQUISMO	-	3	-	58	3	58

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 5

De acuerdo al cuadro de orientación general otorgada por las -- Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud según la -- opinión de las usuarias se observa que en los rubros de alimentación e higiene 1 usuaria es orientada y 2 no lo son por las Supervisoras de Auxiliares de Salud; en descanso sólo a 2 usuarias orientan y 1 -- no; en lo que respecta a ejercicio, vestido, relaciones sexuales, -- signos de inicio de trabajo de parto, alcoholismo y tabaquismo ninguna de las 3 usuarias son orientadas.

De las 58 usuarias atendidas por las Auxiliares de Salud, no recibieron orientación 17 en alimentación, 14 en higiene y 30 en ejercicio, descanso y vestido respectivamente; así como a 57 en relaciones sexuales, en signos de inicio de trabajo de parto a 36 y en alcoholismo-tabaquismo ninguna fue orientada.

Aun conociendo la importancia de la orientación general que se debe brindar a la usuaria, la misma refiere que las Supervisoras de Auxiliares de Salud no proporciona la orientación, ocasionada a su -- falta de interés y conocimiento. No así la mayoría de las usuarias -- atendidas por las Auxiliares de Salud, ya que en algunos aspectos, -- como relaciones sexuales, que es un tema difícil de abordar por respeto al pudor de la gente e incluso de ella misma, así como el tabaquismo y alcoholismo por sus costumbres; es por ello que no les proporciona ésta orientación. Además de que la mayoría de las usuarias mencionan que no son orientadas sobre los signos de inicio de traba-



jo de parto, debido a que la Auxiliar de Salud espera hasta los últi  
mos meses del embarazo para darla o porque las usuarias son orienta-  
das por sus propias madres.

## CUADRO Nº 6

NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS OTORGADAS POR LAS SUPERVISORAS DE  
 AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD DURANTE EL CONTROL  
 PRENATAL SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS DE LA  
 JURISDICCION SANITARIA Nº 2 TULANCINGO, HGO. 1993.

NUMERO DE VISITAS DOMICILIARIAS	PERSONA QUE DA LA ATENCION.	
	S.A.S.	A.S.
0 veces	1	15
1 - 2	2	22
3 - 4	-	11
5 a +	-	10
TOTAL	3	58

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº. 6

De acuerdo al número de visitas domiciliarias otorgadas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud durante el control prenatal según la opinión de las usuarias se observa que de 3 usuarias atendidas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud, só lo a 2 de ellas les realizaron visitas domiciliarias.

De las 58 usuarias atendidas por las Auxiliares de Salud a 15 - no les realizaron ninguna visita domiciliaria, a 22 las visitaron de 1 a 2 veces; a 11 de 3 a 4 veces y 10 de 4 a más veces.

La promoción en la E.E.C. es un aspecto relevante que debe ser realizada por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y las Auxiliares de Salud. Las Supervisoras de Auxiliares de Salud sólo realizan visitas domiciliarias por interés personal, ya que a ellas les exigen sólo números y no calidad de atención. Siendo lo contrario en las Auxiliares de Salud, que no sólo lo hacen por responsabilidad, sino también por conocer su importancia. Aunque es representativo -- las 15 usuarias que no son visitadas, ya que muestra la conscientiza-- ción que han realizado las Auxiliares de Salud, para que sus usua--- rias acudan a su control.

## CUADRO N° 7

NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE  
SALUD Y AUXILIARES DE SALUD DURANTE EL CONTROL PRENATAL SEGUN  
OPINION DE LAS USUARIAS DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2  
TULANCINGO, HGO. 1 9 9 3 .

NUMERO DE CONSULTAS	PERSONA QUE DA LA ATENCION.	
	S.A.S.	A.S.
1 - 2	3	29
3 - 4	-	22
5 a +	-	7
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>58</b>

FUENTE: Ibidem

## CUADRO N° 7

De acuerdo al número de consultas otorgadas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud durante el control prenatal según la opinión de la usuaria se observa, que las 3 usuarias atendidas por las Supervisoras de Auxiliares de Salud han recibido de 1 a 2 consultas. De las usuarias atendidas por las Auxiliares de Salud a 29 les han otorgado de 1 a 2 consultas; a 22 de 3 a 4 consultas y a 7 de 5 a más consultas.

Habiéndose mencionado la importancia que tiene el control prenatal, así como el número de consultas que deben otorgarse. Las Supervisoras de Auxiliares de Salud aun con su falta de interés y conocimiento otorgan consultas incompletas. Siendo lo contrario en las Auxiliares de Salud, y ésto se refleja en las usuarias que han tenido consultas de 5 a más.

## CUADRO N° 8

DETECCION DE ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE EL EMBARAZO POR LAS SUPERVISORAS DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIARES DE SALUD SEGUN LA OPINION DE LAS USUARIAS EN CONTROL PRENATAL DE LA JURISDICCION SANITARIA N° 2 TULANCINGO, HGO. 1993

ENFERMEDAD DETECTADA	PERSONA QUE DETECTA.				T O T A L	
	S.A.S.		A.S.		S.A.S.	A.S.
	SI	NO	SI	NO		
INFECCION EN VIAS URINARIAS		-	5	-	-	5
ANEMIA		-	4	-	-	4
TRICOMONIASIS		-	2	-	-	2
NINGUNA		3	-	47	3	47
TOTAL		3	11	47	3	58

FUENTE: Ibidem

## CUADRO Nº 8

La detección de alguna enfermedad durante el embarazo por las - Supervisoras de Auxiliares de Salud y Auxiliares de Salud según la - opinión de las usuarias en control prenatal se observa que las Super-visoras de Auxiliares de Salud ninguna de las 3 detecta alguna enfer- medad, por su parte las Auxiliares de Salud en su mayoría 47, no de- tecta alguna enfermedad en las usuarias, manifiestan 5 usuarias que si se les detectó infección en vías urinarias, 4 en anemia y 2 en -- tricomoniasis.

El conocer que ninguna Supervisora de Auxiliares de Salud detec- te alguna enfermedad es debido a la falta de conocimiento al reali- zar un interrogatorio y exploración física que le permita detectar - algún dato patológico de la embarazada. Las Auxiliares de Salud en - ocasiones no saben detectarlas porque los embarazos que atienden son aparentemente normales. Aunque algunas muestran interés por aprender y realizarlo.

IV REPLANTEAMIENTO  
DEL PROBLEMA  
CONCLUSIONES  
Y  
ALTERNATIVAS  
DE  
SOLUCION



## REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una vez presentado y descrito los resultados de la investigación, a continuación se presentarán los aspectos básicos de la planeación que incluyen el problema, objetivos y variables.

Mencionada la delimitación del problema de los módulos investigados, queda definido de la siguiente manera:

¿Cómo influye la participación de las S.A.S. y A.S. en la atención que se otorga a las usuarias en control prenatal, así como la repercusión en su estado de salud, de la Juris dicción Sanitaria N° 2 Tulancingo, Hgo. 1993?

Planteando los siguientes objetivos:

- Conocerá el grado de conocimientos de la S.A.S. y A.S. con respecto al control prenatal y su repercusión en el estado de salud de la mujer embarazada.
- Identificará la participación de las S.A.S. y A.S. en la atención que brinda a las usuarias en control prenatal.
- Analizará la importancia que tiene la participación de las S.A.S. y A.S. en la atención que otorga a las usuarias embarazadas en control prenatal.
- Sugerirá alternativas de solución al término de la investigación.

Por lo tanto las variables son: Interrogatorio, exploración física (toma de peso, talla, presión arterial, medición de altura de fondo uterino, maniobras de Leopold, toma de frecuencia cardiaca fetal), orientación general, signos de alarma, consultas otorgadas (lu

gar donde se da la consulta), visitas domiciliarias y enfermedades - captadas.

### CONCLUSIONES

En ésta investigación se toma como referencia el análisis de -- los cuadros, obteniéndose los siguientes resultados, entre lo planeado y lo encontrado:

- + Cabe puntualizar que no influye la antigüedad en el programa, - tanto de las S.A.S. y A.S. para brindar una atención completa, ya que se consideraba que la persona que tenía más tiempo en la E.E.C. era la que proporcionaba una atención completa de con-- trol prenatal.
- + Tomando en cuenta el perfil que deben tener las S.A.S. se creía que era la persona que tenía los conocimientos necesarios para poder capacitar a las A.S., en cuanto a la atención que se le - debe brindar a la usuaria en control prenatal, así como el se-- guimiento de la misma, sin embargo se encontro lo contrario de acuerdo a los datos obtenidos.
- + En lo concerniente a la atención de control prenatal que otor-- gan la mayoría de las A.S. a la usuaria, se considera que tie-- nen los conocimientos necesarios al momento de realizarlos, así como el interés personal por aprender y buscar en otra persona

nuevos conocimientos que no les proporcionan las S.A.S.

- + En cuanto a la falta de interés y conocimientos mostrados por las S.A.S. en la atención de una embarazada, cabe mencionar que sus actividades estaban inclinadas a la prioridad de otros subprogramas, especialmente al de P.F., ya que se les exigía una mayor cantidad de usuarias en forma constante; aunque no se considera una justificación para no proporcionar una atención de buena calidad a la usuaria en control prenatal.
- + Por otra parte es importante puntualizar que algunas de las A.S., no mostraban el suficiente interés y conocimiento para brindar atención a la embarazada, como la mayoría de las otras A.S. y ésto es debido a que no estaban suficientemente conscientes del puesto que desempeñaban en su comunidad, quizás por el tiempo que tenían en el programa, por el estímulo económico ---brindado, por que su familia no estaba totalmente de acuerdo a lo establecido por el programa de E.E.C., además por que en ocasiones sólo les brindaban una breve o ninguna explicación de sus actividades por parte de las S.A.S. y Coordinador Médico Jurisdiccional, así como la limitación de sus actividades por las S.A.S., médico pasante y TAPS (técnico en atención primaria a la salud) ya que realizaban funciones de las A.S., para repor-tar mayor cantidad de actividades en su informe personal.
- + Al valerse únicamente del formato E-1 de Embarazo, parto y puerperio, el cual no contiene los suficientes parámetros para brindar la atención de control prenatal, ocasiona que no se capte la información necesaria para valorar de una manera completa la

atención en el embarazo.

- + Resulta relevante mencionar que de acuerdo a los resultados en la observación aplicada a las S.A.S. y A.S., así como entrevistas realizadas a las usuarias en control prenatal, se encontro, que al no realizar las 3 S.A.S. y algunas A.S., el interrogatorio, exploración física y detección de signos de alarma, así como algunos aspectos de orientación general; dan la posibilidad de que la embarazada tenga problemas en su estado de salud y -- contribuya a la aparición o complicación de alguna enfermedad - que ponga en peligro la vida de la embarazada y del producto, - por lo que es de vital importancia realizar una atención completa de control prenatal, con el cual se modifique en cierta manera sus hábitos y costumbres, durante su estado gestacional, además de ayudarle a despejar algunas dudas y temores, más aun si es primigesta. Aun cuando existiese algún embarazo complicado - era canalizado y manejado a otro nivel de atención ya sea público o privado, por lo que las A.S. manejaban embarazos aparentemente fisiológicos.
- + En cuanto a los aspectos de relaciones sexuales, alcoholismo y tabaquismo, no proporcionados por las A.S. ya que los consideraba difíciles de abordar, se deduce que no los daba por pudor de la gente e incluso de ella misma, por considerarlos como parte íntima de la pareja y por respeto a sus costumbres, por lo que se pensaba que la persona más indicada para tratar éstos temas eran las S.A.S., sin embargo se encontro que ellas tampoco los abordaban. En lo que respecta a los signos de inicio de parto -

la mayoría de las A.S. y todas las S.A.S. no los daban, por lo que las A.S. se esperaban hasta el último mes de embarazo además de que creían que eran orientadas por sus propias madres y en otras ocasiones era debido a que se ausentaba la usuaria casi al finalizar su embarazo. Aunque no es justificable no proporcionar ésta orientación a una mujer multípara o las que acuden a otra institución de salud y que generalmente son las inasistentes.

- + Es importante puntualizar que el número de consultas de control prenatal son un mínimo de 5 a 6, independientemente de la persona o institución que la proporcione, por lo que llama la atención que de acuerdo a los resultados, la mayoría de las A.S. só lo otorgaban de 3 a 4 consultas, aunque con calidad, sin importar el lugar donde la daban y que además las S.A.S. sólo daban, de 1 a 2 consultas basándose únicamente en el formato E-1 para otorgarla, dándola con mayor frecuencia en el domicilio.
- + Es importante mencionar que la promoción es un aspecto relevante, que debe ser realizado por las S.A.S. y A.S. aunque las primeras hacen visitas domiciliarias por cumplir un requisito y no por otorgar con calidad la atención; siendo lo contrario en las A.S. que no sólo lo hacen por responsabilidad, sino por conocer su importancia ya que de acuerdo a los resultados, ellas son -- las que realizan una mayor cantidad de visitas, sobre todo cuando la usuaria es renuente.
- + Cabe mencionar que de algunos de los resultados obtenidos en la investigación, influye en menor grado la falta o mal funciona--

miento del material y/o equipo para proporcionar la atención de control prenatal, pues esto ocasionaba en cierta forma que las A.S. no la otorgara con calidad ya que la usuaria se desanimaba en la asistencia para sus siguientes consultas.

#### ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- Que se basen en los puntos estipulados por la E.E.C., para seleccionar a las S.A.S. y A.S.
- Realización de cursos de capacitación para las S.A.S. en atención de Control Prenatal, haciendo énfasis en la exploración física, tanto teórica como haciéndola práctica.
- Que los programas que maneja la E.E.C., se desarrollen de igual manera a nivel Jurisdiccional, sin darle prioridad al subprograma de Planificación Familiar.
- Se les oriente de manera completa a las S.A.S. y A.S. en cuanto a sus funciones y actividades que maneja la E.E.C.
- Que el médico pasante y TAPS (técnico en la atención primaria a la salud) que son parte integrante del módulo, conozcan sus actividades así como las de las S.A.S. y A.S., para evitar desligar a las A.S. como parte del módulo.
- Que las S.A.S. reciban un curso de Relaciones Humanas para facilitar las actividades de los integrantes del módulo y desempeño

de las mismas.

- Que se incluya en el formato E-1 los aspectos de interrogación y exploración (talla, antecedentes personales patológicos, frecuencia cardíaca fetal, orientación de los signos de alarma) - apegándose a una estructura de Historia clínica (utilizando la parte frontal del formato para embarazo y la parte posterior pa ra la atención del parto y puerperio) o en su caso la utiliza-- ción del carnet perinatal a nivel módulo.
- Que los aspectos de difícil manejo a tratar por las A.S. como - relaciones sexuales y toxicomanías en la orientación general de la embarazada, sean tratados por las S.A.S.
- Que se les capacite y supervise a las S.A.S. en cuanto a la ex- ploración física de la mujer embarazada.
- Concientizar a las S.A.S. por medio de cursos de capacitación, de la importancia que tiene el proporcionar un control prenatal de calidad y que ella a su vez lo realice con las A.S.
- Dar mayor importancia a la promoción por parte del personal del módulo, apoyándose en recursos didácticos existentes, para cons- cientizar a las usuarias de la importancia que tiene un control prenatal.
- Realizar reuniones (mesa redonda) en donde participen las usua- rias en control prenatal, para tratar aspectos biológicos y psi cológicos del embarazo, además de que las embarazadas expongan sus propias experiencias; así como la realización de sociodra-- mas para motivarlas, los cuales deben ser organizados por las - S.A.S. y A.S. con el apoyo del Coordinador Médico Jurisdiccio--

nal.

- Que las A.S. cuenten cada una con el maletín completo y en buenas condiciones de uso.
- Las S.A.S. tengan el conocimiento de la importancia de tener un inventario actualizado de todo su material y equipo en las comunidades, que en su momento realicen las gestiones necesarias para solucionar los problemas respecto a la falta o mal funcionamiento del mismo.



A N E X O S

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

GUIA DE OBSERVACION

SU OBJETIVO ES RECABAR INFORMACION QUE PERMITA IDENTIFICAR LA PARTICIPACION DE LA SUPERVISORA DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIAR DE SALUD EN LA ATENCION QUE SE OTORGA A LA USUARIA EN CONTROL PRENATAL.

I. DATOS GENERALES.

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Módulo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tiempo en el programa \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

II. OBSERVE LO SIGUIENTE Y MARQUE CON UNA "X" LA RESPUESTA SOBRE LA LINEA.

1. PREGUNTA LO SIGUIENTE A LA MUJER EMBARAZADA:

	SI	NO
- Edad	_____	_____
- Antecedentes patológicos personales.	_____	_____
- Antecedentes ginecoobstétricos.	_____	_____
- Ingreso económico.	_____	_____

2. DURANTE LA EXPLORACION FISICA REALIZA:

- Toma de peso.	_____	_____
- Toma de talla.	_____	_____
- Toma de presión arterial.	_____	_____
- Medición de altura de fondo uterino.	_____	_____

	SI	NO
- Realiza las maniobras de Leopold.	_____	_____
- Frecuencia cardíaca fetal.	_____	_____
3. DETECTA SIGNOS DE ALARMA COMO:		
- Ausencia de movimiento fetal.	_____	_____
- Ruptura prematura de membranas.	_____	_____
- Crecimiento uterino anormal.	_____	_____
- Cefalea y alteraciones visuales	_____	_____
- Sangrado transvaginal	_____	_____

III. SUBRAYE LA CONDUCTA OBSERVADA.

4. ORIENTA A LA MUJER EMBARAZADA SOBRE:

- a) alimentación
- b) higiene
- c) ejercicio
- d) descanso
- e) vestido
- f) relaciones sexuales
- g) inmunizaciones
- h) ganancia de peso
- i) signos de inicio de trabajo de parto
- j) toxicomanías

5. LUGAR DONDE SE BRINDA LA CONSULTA:

- a) consultorio rural
- b) domicilio de la usuaria

6. NUMERO DE CONSULTAS OTORGADAS:

- a) 1 - 2 consultas

b) 3 - 4 consultas.

c) más de 5 consultas.

7, CAPTA ALGUNA PATOLOGIA DURANTE EL EMBARAZO:

a) si.

b) no.

COMENTARIOS:

---

---

---

---

---

---

ELABORADO POR: AGS/EHS/ARJ/

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

CEDULA DE LA ENTREVISTA

TIENE COMO OBJETIVO VALORAR LA ATENCION QUE BRINDA LA SUPERVISORA DE AUXILIARES DE SALUD Y AUXILIAR DE SALUD A LA USUARIA EN CONTROL PRENATAL.

I. DATOS GENERALES:

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Mes de embarazo \_\_\_\_\_  
Comunidad \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicación \_\_\_\_\_

II. SUBRAYA LA RESPUESTA.

1. LE TOMAN EL PULSO:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

2. LE TOMAN LA TALLA:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

3. LE TOMAN LA PRESION ARTERIAL:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

4. LE MIDEN FONDO UTERINO:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

5. LE PALPAN EL ABDOMEN PARA CONOCER, PRESENTACION, POSICION Y SITUACION DE SU BEBE:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

6. LE ESCUCHAN EL CORAZON DE SU BEBE:

a) sí      b) no      porque \_\_\_\_\_

7. LE INFORMA DE LOS SIGNOS DE ALARMA:

a) sí      b) no      cuales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. LE ORIENTA SOBRE:

a) alimentación

b) higiene

c) ejercicio

d) descanso

e) vestido

f) relaciones sexuales

g) signos de inicio de trabajo de parto

h) alcoholismo y tabaquismo

9. CUANTAS VISITAS DOMICILIARIAS LE HAN REALIZADO DURANTE SU EMBARAZO:

a) ninguna visita

b) 1 - 2 visitas

c) 3 - 4 visitas

d) más de 5 visitas

10. CUANTAS CONSULTAS HA RECIBIDO DURANTE SU CONTROL PRENATAL.

a) 1 - 2 consultas

b) 3 - 4 consultas

c) más de 5 consultas

11. LE HAN DETECTADO ALGUNA ENFERMEDAD DURANTE SU EMBARAZO:

a) sí      b) no      cual \_\_\_\_\_

---

ELABORADO POR: AGS/EHS/ARJ/

## BIBLIOGRAFIA



## BIBLIOGRAFIA.

- Amor de Fournier, El control prenatal, Edit. La Prensa Médica Mexicana, 3a. reimpresión, México, D. F., 1982, 90 pp.
- A. Joyngalls, et. al. Enfermería materno infantil y pediátrica, Trad. Carlos Guisa Bravo, Edit. Limusa S. A., México, D. F., 1991, 935 pp.
- Baena P., Guillermina Instrumentos de investigación, Edit. Editores Mexicanos Unidos, S. A., 12a. ed., México, D. F., 1984, 134 pp.
- Basich, Zita Testimonio sobre medicina de los antiguos mexicanos, I.M.S.S., México, D. F., 1980, 140 pp.
- Beck, M. L., Alfred Práctica de Obstetricia, Trad. Dr. Alfonso Alvarez Bravo, Edit. La Prensa Médica Mexicana, S. A., 9a. reimpresión, México, D. F., 1984, 847 pp.
- Benson C., Ralph Diagnóstico y tratamiento gineco-obstétrico, Trad. Dr. Bernardo Rivera Muñoz, --- Edit. Manual Moderno, S. A. de C. V., 4a. ed., México, D. F., 1986, 1103 pp.
- Benson C., Ralph Manual de ginecología y obstetricia, --- Edit. Manual Moderno, S. A. de C. V., 7a. ed., México, D. F., 1985, 744 pp.
- Bethea C., Doris Enfermería materno-infantil, Trad. Garst Antonio, Edit. Interamericana, S. A. de - C. V., 4a. ed., México, D. F., 1989, 428 pp.
- Danforth N., David Tratado de obstetricia y ginecología, --- Edit. Interamericana, S. A. de C. V., 4a. ed., México, D. F., 1987, 1287 pp.
- E. McLennan Compendio de obstetricia, Edit. Interamericana, S. A. de C. V., 9a. ed., México, D. F., 1980, 490 pp.
- García-Pelayo, Ramón Larrousse diccionario usual, Ediciones Larrousse, S. A. de C. V., 6a. ed., México, D. F. 1985, 742 pp.

- J. Reeder, Sharon Enfermería obstétrica y neonatología, --- Trad. Dr. José R. Blengio Pinto, Edit. -- Harla, S. A. de C. V., 15a. ed., México, - D. F., 1988, 1157 pp.
- J. Tortora, Gerard Principios de anatomía y fisiología, --- Edit. Harla, S. A. de C. V., 3a. ed., México, D. F., 1984, 1034 pp.
- J. W. Hawkins, et. al. Enfermería ginecológica y obstétrica, --- Trad. Jorge Blanco Correa, Edit. Harla, - S. A. de C. V., ed., México, D. F., 1984, 587 pp.
- Lasty Balseiro, A. Investigación en enfermería, Edit. Librería Acuário, México, D. F., 1991, 225 pp.
- L'Gamiz Matuk, Arnulfo Bioestadística. La estadística con aplicación al área de la salud, Edit. Fco. Méndez Cervantes, México, D. F., 250 - pp.
- Mondragón Castro, Héctor Obstetricia Básica Ilustrada, Edit. Trillas, S. A. de C. V., 3a. ed., México, D. F., 1991, 820 pp.
- M. F. Gibb, Donald Ginecología y Obstetricia, Trad. Ietza -- Chapela Mendoza, Edit. Limusa, S. A. de - C. V., México, D. F., 1990, 118 pp.
- Navarro B., Estanislao, et. al. Diccionario terminológico de ciencias médicas, Salvat Editores, S. A., 12a. ed., - Barcelona, España, 1984, 1209 pp.
- Núñez Maciel, G. Eduardo Ginecología y obstetricia, Edit. Fco. Méndez Oteo, 3a. ed., México, D. F., 1989, - 1029 pp.
- Olds B., Sally, et. al. Enfermería materno-infantil, Trad. Dr. Sa Dña Santiago, Edit. Interamericana, S. - A. de C. V., 2a. ed., México, D. F., 1987, 1283 pp.
- Parker, Anthony C., et. al. Anatomía y Fisiología, Trad. Dr. Santiago Sapina Renard, Edit. Interamericana, S. - A. de C. V., 10a. ed., México, D. F., --- 1983, 724 pp.
- Pritchard, Jack A., et. al. Williams Obstetricia, Trad. Dr. José Chacón López-Muñiz, Edit. Salvat, S. A. de -

- C. V., 3a. ed., México, D. F., 1986, 900 pp.
- Rodríguez, Shadow M. La mujer azteca, Edit. U.N.E.M., 1991, -- 287 pp.
- R. S., Lereward, et. al. Tratamiento farmacológico en obstetricia, Trad. Dr. Carlos Casacuberta, Edit. Científica, S. A. de C. V., México, D. F., -- 1985, 320 pp.
- S.S. - S.S.S. - D.G.P.F. Cuaderno técnico de planificación familiar, 365 pp.
- S.S. - S.S.S. - D.G.P.F. Estrategia de Extensión de Cobertura, Un instrumento para proporcionar servicios básicos de salud a la población rural, México, D. F., 1993, 59 pp.
- S.S. - S.S.S. - D.G.P.F. Normas técnicas de salud materno-infantil 29 pp.
- Tamayo T., Mario El proceso de la investigación científica Edit. Limusa, S. A. de C. V., 2a. ed., México, D. F., 1987, 161 pp.
- Viesca T., Carlos Medicina prehispánica de México, Panorama Editorial, México, D. F., 1990, 246 pp.