

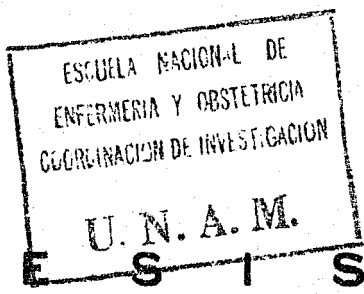
62  
201



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL CONTROL  
PRENATAL DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO, EN LA  
POBLACION DE CIUDAD NEZAHUALCOYOTL,  
ESTADO DE MEXICO



**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**L I C E N C I A D A** E N  
**E N F E R M E R I A** Y **O B S T E T R I C I A**  
**P R E S E N T A:**

**IRMA HILDA MONTES SANCHEZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

Todo el material contenido en esta tesis 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.

# INDICE

	Páginas
I. INTRODUCCION	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Objetivos generales	3
1.3. Hipótesis, variables y su clasificación.	4
1.4. Metodología general del estudio	8
II. MARCO TEORICO	
2.1. La asistencia materno infantil en México.	9
2.1.2. Programa en la atención materno <u>in</u> fantil.	10
2.1.3. Morbilidad y mortalidad materno <u>in</u> fantil.	13
2.1.4. Factores de riesgo en el embarazo.	16
2.2. Estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y <u>peri</u> natal.	24
2.3. Programas de atención prenatal en - embarazos de bajo riesgo.	31
2.3.1. Generalidades sobre el embarazo	36
2.3.1.1. Cambios anatomofisiológicos en la embarazada.	39

	Páginas
2.3.1.2. Crecimiento y desarrollo em brionario y fetal.	46
2.3.2. Atención médica prenatal.	50
3. Participación del personal de en- fermería en la atención prenatal del embarazo de bajo riesgo.	57
III. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION	80
IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS	83
V. RESUMEN Y CONCLUSIONES	115
BIBLIOGRAFIA	119
ANEXOS	128

## LISTA DE CUADROS

Cuadro No.		Página
1	Edad de las embarazadas que acuden a consulta	90
2	Efectos que produce el embarazo	92
3	Causas por las que solicitan atención prenatal.	94
4	Evolución de los embarazos.	96
5	Manifestaciones post-partum encontradas en la consulta.	98
6	Causas de morbilidad y mortalidad materno infantil.	100
7	Etapas de la gestación en que solicitan atención.	103
8	Problemas detectados en las embarazadas	105
9	Enseñanza proporcionada a las embarazadas en la consulta	107
10	Participación del personal de enfermería en el servicio de admisión.	109
11	Participación del personal de enfermería en labor y expulsión.	111
12	Propósitos del personal de enfermería en la extensión de los servicios de atención prenatal.	113

## LISTA DE GRAFICAS

Gráfica No.		Página
1	Edad de las embarazadas que acuden a consulta.	91
2	Efectos que produce el embarazo.	93
3	Causas por las que solicitan atención prenatal	95
4	Evolución de los embarazos	97
5	Manifestaciones post-partum encontradas en la consulta	99
6	Causas de morbilidad y mortalidad materno infantil	101
7	Etapa de la gestación en que solicitan atención	104
8	Problemas detectados en las embarazadas	106
9	Enseñanza proporcionada a las embarazadas en la consulta	118
10	Participación del personal de enfermería en el servicio de admisión.	110
11	Participación del personal de enfermería en labor y expulsión.	112
12	Propósitos del personal de enfermería en la extensión de los servicios de atención prenatal.	114

## INTRODUCCION

## INTRODUCCION

En este trabajo se pretende dar un panorama general sobre los elementos más sobresalientes de la reproducción, los cambios anatomofisiológicos que se suceden durante el embarazo y los factores de riesgo y dada la incidencia de anomalías que se presentan en las mujeres embarazadas de la población en edad fértil de Ciudad Nezahualcoyotl; es fundamental la atención que se proporcione en esta etapa a fin de establecer el control prenatal en embarazos de bajo riesgo donde el personal de enfermería está capacitado para participar directamente en la atención primaria como apoyo a los programas a seguir, con el propósito de que la mujer se responsabilice de su cuidado y así trabajar coordinadamente con el equipo de salud y contribuir a disminuir los índices de morbilidad y mortalidad materno infantil.



## 1.1. Planteamiento del problema

La población materno infantil representa aproximadamente el 68% de la población total. Resulta importante referir que el grupo de mujeres en edad fértil, 15 a 49 años, se ha incrementado: ocupó en 1980 el 46%; en 1985 el 48% y se espera en 1990 el 52%.<sup>(1)</sup>

En la morbilidad y mortalidad materna persisten las tres - principales causas que son: sepsis, hemorragias y toxemias, y en el producto la muerte perinatal y neonatal.

Este tipo de problemas exige generar acciones que las contrarresten ya que en muchos de los casos, se consideran - evitables.

Se parte de la problemática de la atención de la salud a población materno infantil por los servicios médicos, es de - interés señalar que la falta de difusión de éstos, aunado a la preparación del personal de enfermería cuyo enfoque en la formación profesional primordialmente está dado para el segundo nivel de atención, todo lo cual contribuye de manera importante en el índice reducido de la demanda de la atención prenatal en la población abierta, por la falta de programas de promoción de la salud adecuados.

Por lo que respecta a la población de mujeres de Ciudad Nezahualcoyotl, en su mayoría son inmigrantes del interior - de la República con predominio de los estados de: Oaxaca, Tlaxcala, Guanajuato y Michoacán. En ellas persisten los

(1) Poder Ejecutivo Federal. Programa Nacional de Salud, 1984-1988. p. 67.

patrones culturales, religiosos, económicos, sociales y de presión familiar, lo que da por resultado la convicción de que la atención prenatal resulte innecesaria en la mayoría de los casos.

Lo anterior conlleva a que las parteras empíricas sean las personas que dan la atención a la embarazada durante el parto, puerperio y cuidados al recién nacido. De una forma directa ofrecen una atención integral y continua a la madre y al recién nacido durante cuarenta días; además les resulta de menor costo, sin tener la necesidad de abandonar el hogar y a los otros integrantes de la familia.

En su mayoría son mujeres multíparas, dedicadas al hogar, sin recursos económicos y carentes de servicios de salud y por lo tanto, de la información adecuada respecto a las medidas para conservar la salud.

Las condiciones de vida son precarias; se observa; hacinamiento, saneamiento deficiente, alimentación insuficiente, lo que hace que la población materno infantil sea más vulnerable a cualquier padecimiento.

Generalmente las mujeres acuden al centro de salud por -- otros motivos diferentes al embarazo, como son: consulta - pediátrica, inmunizaciones, dotación de leche. En esta instancia se aprovecha la ocasión para invitarla a control en el servicio de prenatal.

En algunos casos se obtiene respuesta positiva, por lo que se registran y así continúan acudiendo periódicamente para su control prenatal. En otros casos, automáticamente se niegan o bien aceptan sin continuar con la periodicidad indicada para su atención. En términos generales refieren -

que no es necesario puesto que en sus embarazos anteriores cursaron sin problemas, razón suficiente para que no consideren necesaria la atención prenatal.

Sin embargo, en el momento que la mujer presenta alguna alteración indicativa del riesgo para el embarazo, y pese a que transcurre un tiempo considerable en decidirse a solicitar la atención, desde luego que lo que le interesa realmente es un tratamiento sintomático, ya que en caso de internamiento para vigilancia estrecha, por lo regular se niegan aceptar, argumentando infinidad de factores.

La participación de la enfermera es importante en este tipo de pacientes ya que logra la confianza de la paciente y la familia, para aceptar una atención prenatal profesional lo que responsabiliza a discernir adecuadamente y apoyarse de los conocimientos básicos sobre aspectos obstétricos, - de tal forma que se le oriente de manera eficaz y oportuna para contribuir en cierta medida a reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno fetal.

## 1.2. Objetivos del estudio

Analizar los principales factores que determinan la falta de control médico prenatal en la población de Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México.

Conocer el índice de morbilidad materno fetal en las embarazadas de Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México.

Identificar las acciones que realiza el personal de enfermería en el control prenatal, de las embarazadas de bajo riesgo.

Averiguar el índice de utilización de los servicios de consulta prenatal por las embarazadas de bajo riesgo.

Detectar las necesidades de capacitación del personal de enfermería que realiza el control prenatal a las embarazadas de bajo riesgo.

### 1.3. Hipótesis

La incidencia de la morbilidad materna fetal se disminuye en la medida en que la atención de enfermería se eleva en calidad, junto con el tratamiento oportuno durante la etapa prenatal.

#### Variables y su clasificación

Variables	Independiente	Dependiente
Incidencia de morbilidad materno fetal		X
Atención de enfermería de calidad	X	
Tratamiento oportuno	X	

Operacionalización de las variables.

Qué criterios se utilizarán para detectar o medir la morbilidad materna?

Cómo entenderemos la atención del personal de enfermería?

Cómo evidenciar que se dificulta establecer el tratamiento oportuno en la etapa prenatal?

En principio, el marco teórico que se ha trabajado para la investigación, de alguna manera responde a las preguntas y enseguida la operacionalización de las variables, es decir, las posibilidades prácticas de comprobarlas y medirlas.

Para ello se puede recurrir a las definiciones conceptuales y a la definición real.

Definiciones conceptuales:

Incidencia	Proporción de enfermos nuevos de una enfermedad por 1,000 habitantes, en un espacio dado de tiempo, generalmente un -- año.
Morbilidad	Número proporcional de personas que enferman en una población y tiempo determinados.
Materna	Relativo a la madre o propio de ella.
Fetal	Relativo al feto.
Atención de enfermería*	Acciones de la enfermera en la promoción, protección específica, diagnóstico pre--coz y rehabilitación de los usuarios.

\* Enf. Ma. Teresa McDermit.  
Consultora OPS/OMS/, julio 1980.

**Tratamiento** Conjunto de medios de toda clase, higiénicos, farmacológicos y quirúrgicos que se ponen en práctica para la curación o alivio de la enfermedad.

**Dificultad** Obstáculo, traba.

**Oportuno** Que ocurre o se hace en el momento que conviene.

**Definiciones operacionales:**

- . Nivel de salud de las embarazadas; condiciones físicas, psíquicas y sociales en que se encuentran las embarazadas.
- . Grado académico del personal de enfermería; estudios realizados en la preparación para el ejercicio profesional.
- . Captación de las embarazadas en las últimas semanas de gestación; detección de embarazadas en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

**Las dimensiones de las variables:**

- . En el caso de la variable morbilidad materna fetal, se

estudiarán las dimensiones en la madre y recién nacido.

- De igual forma para la variable atención de enfermería se podrá estudiar si la proporciona personal profesional, auxiliar u otro.
- Para la variable tratamiento oportuno en el control prenatal, se estudiarán las dificultades que existen en establecerlo en la primera y segunda etapa del embarazo.

#### Determinación de indicadores:

De las variables independientes el indicador va a ser si la atención de enfermería y el tratamiento en la etapa prenatal son de acuerdo a como se conceptualizaron anteriormente.

De la variable dependiente se tendrá que señalar en la cédula que vaya a servirnos para recabar la información aquellos indicadores que nos sean necesarios para detectar el elevado índice de morbilidad materna fetal.

Desde luego que los indicadores están en relación con la elaboración del instrumento que servirá para comprobar la hipótesis planteada.

## Marco Teórico

1. La asistencia materno infantil en México
    - 1.1. Programa y políticas en la atención materno infantil.
    - 1.2. Causas de mortalidad materna y perinatal.
    - 1.3. Factores de riesgo en el embarazo.
    - 1.4. Morbilidad materna y perinatal.
  2. Programas de atención prenatal en embarazos de bajo riesgo.
  3. Estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.
  4. Participación de la enfermera en la atención prenatal del embarazo de bajo riesgo.
- 1.4. Metodología general del estudio.

Investigación documental utilizando fichas bibliográficas y de trabajo para la estructuración del marco teórico.

Para la investigación de campo se utilizó la encuesta a través de un cuestionario aplicado por muestreo aleatorio a embarazadas y parteras empíricas de la comunidad donde se encuentra ubicado el Hospital de La Perla. Y a 25 enfermeras



de los tres turnos de los servicios de módulo de Gineco-Obs  
tetricia.

Método estadístico para la sistematización, procesamiento y  
presentación de los datos

## II. MARCO TEORICO

### 2.1. Asistencia materno infantil en México.

La salud materno infantil es, sin duda, uno de los aspectos vitales para el ser humano; si partimos del hecho mismo que en nuestro país un porcentaje considerable y representativo está dado por este grupo de población.

Para ubicarse se hace mención que durante siglos se han realizado esfuerzos por mejorar la salud de la madre y el niño, los que se incrementan en el siglo XX. En los últimos años se observan logros como es la disminución de la mortalidad materna por infecciones y hemorragias, aún cuando persisten los problemas de orden perinatal y neonatal.

Asimismo, resulta impresionante que aún en nuestros días se presenten problemas severos durante el embarazo, los cuales afectan en forma trascendental tanto a la madre como al producto, llegando a extremos de carácter irreversible e incluso la muerte.

Si recordamos la base de población de los mexicanos y la estructura que presente, surge la evidencia que se trata de una población eminentemente joven, con un mínimo de individuos en edad productiva; por lo que la relación nos indica

que las condiciones de vida de los mexicanos son difíciles desde el punto de vista económico y social, careciendo así de aspectos sólidos que contribuyan al desarrollo individual y colectivo.

El presupuesto destinado a la salud es insuficiente y sobre todo se acentúa en población abierta, difícilmente se podría precisar lo que se destina para la atención materno infantil, por lo que no se sabe el costo de efectividad de las actividades.

Los servicios de salud son insuficientes; no se cuenta con atención prenatal estrecha y una población representativa de mujeres que se encuentran en situaciones precarias carecen de estos servicios y por lo tanto, la atención materno infantil se limita a un porcentaje reducido de la población en las etapas: del embarazo, parto, puerperio y recién nacido; lo que da como resultado la presencia de complicaciones en cualquiera de las etapas antes mencionadas y la atención por personal no profesional.

### 2.1.2. Programa en la atención materno infantil.

Se orienta fundamentalmente a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a proteger la salud física y mental de los menores, tratando en forma integral al binomio madre-hijo.

La importancia de los servicios de atención materno infantil se constatan al considerar que el 68% de la población pertenece a este grupo, y que las tasas de mortalidad materno infantil son elevadas, asociadas a padecimientos prevenibles.

Indican los registros que las causas en las dos terceras partes de las defunciones de menores de un año son ocasionadas por enteritis y otras enfermedades diarréicas; influenza y neumonías; y a ciertas causas relacionadas con la morbilidad y mortalidad perinatales. Y en lo referente a la mortalidad materna en 1981 un alto porcentaje de defunciones fue por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Es interesante mencionar que la práctica en el campo de la salud materno infantil, incluye conceptos preventivos y terapéuticos, que abarca todo el ciclo de la vida humana.

#### Objetivo Específico

Promover y proteger la salud de la población materno infantil previniendo riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como propiciar el sano crecimiento y desarrollo de la niñez.

#### Líneas estratégicas de acción:

- Diseñar e implantar normas técnicas programáticas, de cobertura, supervisión, evaluación e información por niveles de atención, etapas de desarrollo humano y características socioeconómicas de los usuarios del servicio.
- Integrar institucionalmente comités de prevención de la mortalidad materna e infantil a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas consecuentes.
- Diseñar y aplicar modelos de capacitación y supervisión de los recursos humanos que brindan la atención materno

infantil, otorgando prioridad al perfeccionamiento del diagnóstico clínico.

- Fomentar la investigación científica y tecnológica en el área de servicios de salud, en el campo clínico y en el de investigación básica en torno a los problemas de salud materno infantil.
- Promover una participación social activa en la prevención de los riesgos de la población materno-infantil, así como la adopción de medidas para su protección.
- Realizar programas de educación para la salud materno-infantil, así como la adopción de medidas para su protección.
- Fortalecer las acciones de higiene escolar, estableciendo normas técnicas para proteger la salud del educando y de la comunidad escolar.
- Establecer mecanismos que permitan la participación activa de la familia en la prevención y atención oportuna de los riesgos y daños a la salud materno-infantil. (2)

Es fundamental la relación que deberá existir entre las instituciones de atención a la salud, con el propósito de unificar los programas. Se pretende que la prestación de servicios de salud se otorgue por niveles, de tal forma que cada uno de ellos tiene diferente grado de especialización y complejidad, facilitando así la atención progresiva según el riesgo y la prioridad del problema.

(2) Ibidem. p. 69.

La Atención Primaria. Se ofrece a las personas e incluye el medio ambiente en el nivel periférico, zonas rurales o áreas marginadas. Con énfasis en: Promoción a la Salud, Prevención Primaria y Secundaria, Diagnóstico Precoz y Atención a los pacientes de bajo riesgo, Manejo Ambulatorio y Hospitalización con menos horas promedio.

Con la atención primaria se pretende resolver; los problemas de salud más frecuentes, simples y de trascendencia en la comunidad. Soluciona aproximadamente las dos terceras partes de los problemas de salud de las madres y niños y reduce la atención hospitalaria considerada como la más costosa dentro del sistema de salud.

### 2.1.3. Morbilidad y mortalidad materno infantil

Cuando se hace referencia a la morbilidad señala "anormalidad, enfermo" y el índice representa la frecuencia de una determinada enfermedad en relación con la población no enferma.

La morbilidad materna se presenta durante el período de embarazo, y se observa mayor incidencia en aquellas mujeres que no asistieron al control prenatal, acentuándose en el medio sub-urbano y rural. Sin embargo en los centros asistenciales se puede percibir que la morbilidad entre las futuras madres es alta, principalmente por una mala alimentación que trae consigo cuadros carenciales que originan padecimientos infecciosos de otra índole, así como enfermedades derivadas de la deficiente o nula atención en los embarazos y partos anteriores, la fatiga de órganos vitales y la persistencia de toxemias.

La mortalidad materna se refiere a la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los noventa días siguientes después del parto. <sup>(3)</sup>

Las causas de muerte incluyen: infecciones, toxemias, hemorragias, aborto y otras complicaciones. En el país existen regiones con índice de mortalidad más elevada, prácticamente en mujeres pobres de zonas rurales o rubanas.

"La concepción unitaria de la perinatología y la idea fundamental que los problemas del neonato en gran parte, su morbilidad tiene raíces en la vida intrauterina; riesgo gestacional, neonatos cuyos estados representan una amenaza de enfermedad, muerte o secuelas".

En cuanto a la magnitud del problema perinatólogico en México, se dice que del total de los niños nacidos un porcentaje importante fallecen en el primer año de vida, de los cuales prácticamente dos tercios no alcanzaron a vivir el séptimo día de su existencia. Se registra además un número significativo de muertes fetales tardías (entre siete y nueve meses de vida intrauterina), lo que indica que un sin número de vidas se perdieron entre la ventiochoava semana de gestación y el séptimo día de vida, aumentando considerablemente si comprende todo el período neonatal.

Si se compara con otros países del mundo, se observa que México reporta lo doble de la mortalidad perinatal en relación con Suecia y Bulgaria, que son las cifras más bajas y con Estados Unidos nuestra cifra es un tercio más alta y con Guatemala resulta un 40% más baja. <sup>(4)</sup>

(3) Dickason J. Elizabeth. Asistencia Materno Infantil. p 316

(4) Díaz del Castillo E. Pediatría Perinatal. p. 17

La situación de la reproducción de gran complejidad, cobra especial interés, siendo un sin fin de variables relacionadas con el estado físico de la gestante y su condición pre-concepcional, con problema durante la gestación, el parto y el período neonatal, muchas de las cuales son determinadas por condiciones sociales, culturales y económicas de la población; considerándose un fenómeno multifactorial, polifacético cuya solución sería mejorar las condiciones de vida de la población.

Sin embargo, si se toma en cuenta la práctica privada aún - continúan más del 50% de nacimientos sin atención médica adecuada durante el embarazo y parto. Demostrando así, que no - son de fácil solución los problemas del común denominador; - sociales, económicos y culturales; por lo que necesariamente se debe jerarquizar las necesidades, ya que se dice que los neonatos de menos de 38 semanas de gestación y con un peso - menor de 2,500 gr. tienen morbimortalidad de 10 a 20 veces mayor que la de los niños nacidos a término, puesto que generalmente proceden de embarazos patológicos, que seguramente han sufrido agresiones importantes, y se trata de un parto complicado, teniendo niños víctimas más fácil de hemorragia, infección, traumatismos.

Cabe señalar que las cifras absolutas e índices de letalidad infantil, son abrumadoras en los países que se consideran en desarrollo ya que como se ha mencionado están íntimamente - ligados a los aspectos ambientales, socioeconómicos, cultura - les y sanitarios. Entre las principales causas de defunción están las enfermedades de los aparatos digestivo y respirato - rio. Se presenta en niños de todas edades pero afecta principal - mente a los de la primera infancia y se incrementan más el primer año de vida.

Por lo que las acciones se enforarán para lograr:

- Disminuir la tasa de mortalidad infantil de 35.7 de - funciones por mil nacidos en 1981 a un nivel inferior a 30 defunciones para 1988.
- Disminuir la tasa de mortalidad materna de 0.9 falleci mientos por mil nacidos vivos a 0.5 fallecimientos en el año 1988<sup>(5)</sup>.

#### 2.1.4. Factores de riesgo en el embarazo.

Los acontecimientos durante la permanencia en el útero son de gran importancia así como de trascendencia en la conformación del ser.

Aún no se puede precisar, controlar, las condiciones y los efectos nocivos, causales en la patología del crecimiento y desarrollo; se encuentra íntima relación con la gestación, parto y período neonatal.

El proceso reproductor generado y desarrollado íntegramente en la mujer, les afecta en sus condiciones biológicas que - contribuyen con carácter predominante las situaciones socio económicas y culturales. La gestación de un hijo afecta lo individual, a la pareja gestante, su relación interpersonal, la organización y actividades de la familia. Por lo que si la familia es el seno de la sociedad, evidentemente se busca el cuidado de la reproducción como factor integrativo; como sucesos continuos al ciclo de la vida, como toda una experien cia; contenidos en los genes y cromosomas; experiencia que -

(5) Ibidem. p. 19



afirma, niega o modifica sus caracteres heredados y crea su individualidad, que asocia a la de otro individuo del sexo opuesto para dar lugar a la siguiente generación.

Los problemas que se presentan responden a diversas causas; médicas, psicológicas, obstétricas, socioeconómicas, culturales o bien de la combinación de éstas.

El embarazo de riesgo puede producir aborto, morbinato, recién nacido prematuro o malformaciones. También puede producir un niño normal aunque afecte la salud de la madre.

El embarazo puede terminar por muerte o morbilidad del feto como consecuencia de una enfermedad pregestacional, que afecta la salud de la madre o el feto; complicaciones causadas por el embarazo y aquellas que ocurran durante los períodos del parto y neonatal.

Independientemente de los múltiples factores, se consideran de riesgo por su importancia;

Factores ambientales

Estado de salud de la mujer

Instituciones de salud

Factores Ambientales. En la vida humana intrauterina, se suceden fenómenos impresionantes, hasta que el organismo entero queda integrado. Se trata entonces de un proceso largo, complicado y trascendente, donde se accionan múltiples factores genéticos, ambientales interrelacionados, que hacen cuarenta semanas aproximadamente de gestación, la etapa "básica de existir", del "SER". Donde se deberá responder a verdaderas agresiones físicas, psíquicas y sociales; donde la resistencia del homigénito estarán dadas por la calidad de su pro

pio material genético, a las condiciones ambientales, tipo de agente agresor, intensidad de su acción y en forma muy importante el momento de la gestación.

El ambiente puede favorecer o limitar, tanto biológicamente (micro y matroambiente) como ecológico (macroambiente); los resultados serán un ser vivo y sano si los riesgos pudieron evitarse, controlarse, o un aborto, una muerte fetal, o un homigénito malformado, enfermo o lesionado.

En algunos casos las creencias y costumbres pueden ser factores de riesgo, por las prácticas antihigiénicas, situación social de la mujer o atención por personal no profesional. Dentro de otros factores se encuentran los climatológicos, medio insalubre y falta de información adecuadas.

Todo defecto en la estructura y de forma del cuerpo, debido a un factor ambiental que altera el desarrollo del feto después de la fecundación, se denomina anomalía congénita defectora; y las sustancias o virus que son nocivas se denominan teratógenos. Los agentes que lesionan el óvulo o el espermatozoide antes de la fecundación (ocasionan defectos genéticos), cuando se dañan las células somáticas del feto después de la fecundación (ocasionan defectos genéticos). Son causantes de trastornos genéticos y anomalías congénitas: radiación, polución industrial, fármacos y virus.

Según Schneider; ...Los factores socioeconómicos que contribuyen a que un embarazo presente un riesgo elevado se reduce en la práctica a uno solo: la pobreza. En teoría se podría considerar aisladamente varios factores, pero en realidad todos ellos constituyen un nudo gordiano que implica hacinamiento, nutrición deficiente, fatiga, suciedad, bajo nivel moral, falta de educación, y necesidad de trabajar incluso

durante el período de un embarazo difícil... El medio ambiente socioeconómico, reducido ingreso per cápita que limita en forma considerable la adquisición de bienes y servicios de la familia, ejerciendo cada vez más presión la población infantil sobre los escasos recursos de salud, vivienda, servicios públicos, agravando los problemas de desempleo y subempleo.

Estado de salud de la mujer. El organismo materno, es sin duda alguna el factor fundamental en la creación del hijo; además de aportar el 50% del capital genético inicial, ofrece su propia estructura y sus medios de vida para la integración del producto.<sup>(6)</sup>

Su aparato reproductor deberá constituirse en un medio propicio y fértil para anidar al huevo, protegerlo y nutrirlo, lo que depende durante las primeras semanas, del trofoblasto, y después de un órgano especialmente para ello, la placenta, cuyos elementos de origen materno y de aportación embrionaria; para el crecimiento adecuado y el parto óptimo.

Influyen las condiciones del aparato reproductor, como las situaciones de salud o de enfermedad del organismo materno. Se considera un embarazo con mejores oportunidades si no existen problemas heredados, en buenas condiciones de salud, en edad reproductiva óptima y por supuesto en estado anímico adecuado.

El estado de salud de la mujer antes de la concepción consiste primeramente en los antecedentes con los progenitores, -- así como talla, peso, edad, número de orden de la gestación,

(6) Ibidem p. 13

intervalo de los embarazos, estado nutricional previo y nutrición durante la gestación.

La talla; es factor determinante del crecimiento de los hijos en el útero, una mujer de talla menor generalmente el hijo puede tener un crecimiento fetal menor.

Cawley, Mckocown y Record han demostrado que el peso al nacimiento es menor en los hijos de mujeres de corta estatura - que en los de mujeres altas.

La gestación debe realizarse en la etapa de vida en que la mujer coincida con su madurez reproductiva. La extrema juventud presupone menor desarrollo, de calidad óptima en el campo obstétrico, en menores de 20 años tiende a presentarse problemas de prematuridad, incidencia más alta de malformaciones, en relación con la edad avanzada, obstétricamente hablando, mayor de 35 años resulta aún más peligroso porque en esta condición, en una primigesta habrá problemas de su rigidez tisular, y en una múltipara del deterioro de su aparato reproductor que origina mecanismos anormales del parto, y en ambas la incidencia mayor de algunas anomalías estructurales del hijo (mongolismo, acondroplasia) y diversos trastornos relacionados con la implantación y vascularización -- placentaria, lo mismo que defectos del útero que aquellos relacionados con los que afectan la placenta en mayor grado - cuanto más tiempo ha estado presente o menor control se ha - tenido sobre ellos.

La paridad o número de orden del embarazo, después de un número determinando de embarazos, el aparato reproductor de la mujer declina en cuanto a su eficiencia funcional, de tal - forma que tanto el crecimiento como el desarrollo se ven -- con cierta frecuencia, afectados.

Algunos autores señalan que a partir del sexto embarazo, y otros del séptimo, indican que el peso al nacer está en relación con la paridad; las complicaciones obstétricas son manifiestas en las grandes multíparas, encontrándose mayor mortalidad, incidencia de presentaciones anormales y tendencias a aumentar el número de malformaciones.

Aparecen diversas enfermedades como diabetes, toxemias; su severidad condiciona diversos trastornos que afectan al producto de la gestación directamente o a través del daño placentario.

El riesgo de la multiparidad se presenta en relación inversa con el nivel cultural, se presenta con mayor frecuencia en población cuyo nivel socioeconómico es deficiente.

En cuanto a los intervalos de los embarazos, se dice que menor de dos años y mayor de seis, afecta la gestación y - el crecimiento fetal. Haciendo más corta aquella y más pequeño éste, de tal forma que la incidencia de bajo peso al nacimiento es mayor en los hijos de mujeres embarazadas de manera casi continua.

El estado nutricional de la mujer influye de manera tal, - incluso que afecta el desarrollo mental y físico. Infección-desnutrición, déficit en desarrollo- desnutrición-pe-so bajo al nacer. Desde luego que en la mortalidad sería como causas asociadas, ya que hacen más adverso el ambiente a la salud y a la supervivencia.

Las infecciones virales son inevitables, las infecciones - graves pueden provocar aborto o un mortinato, en todo caso, los trastornos fetales son consecuencia de la extremada perturbación metabólica o circulatoria sufrida por la embarazada. La relación que puede presentar con el embarazo es:

- Especial predisposición de la embarazada a contraer la infección, con cierta resistencia o tendencia a complicaciones, en comparación con la mujer no embarazada.
- El desarrollo del feto (o del embarazo) se halla amenazado como desproporción a la gravedad de la afección materna.

Dentro de las infecciones gravídicas peligrosas para el feto, tenemos: citomegalovirus, blenorragia, herpes simple, listeriosis, malaria, rubeola, sífilis, toxoplasmosis y tuberculosis.

#### Recursos de Salud

Conociendo el crecimiento demográfico acelerado, explicado por las altas tasas de natalidad y el descenso de las tasas de mortalidad general, es interesante señalar que la población materno infantil está constituida por el 68% de la población total; lo que dificulta ofrecer en forma sistemática e integral la atención a la madre y al hijo, no se cuenta con atención prenatal estrecha, y una población representativa de mujeres se encuentra en condiciones socioeconómicas precarias y por ende con problemas de salud.

En las zonas urbanas, donde una migración reciente obliga a que la mujer luche tenazmente para integrarse a las grandes ciudades y donde una visita a la clínica obstétrica resulta desagradable, favorece a que no se lleve voluntariamente el control prenatal. En el medio rural, la indigencia, el temor y los prejuicios son tan perjudiciales como en la ciudad. Otro factor importante es la distancia, ya que cuando ésta es considerable decide la población no acudir a la clínica obstétrica.

Quedando aproximadamente el 50% de población carente de recursos de salud, lo que indica que se trata de población desprotegida y de escasos recursos económicos.

Aunado a lo anterior influyen considerablemente; las creencias, costumbres, las cuales no son compatibles con la promoción y participación; el bajo nivel de desarrollo de la comunidad, escaso nivel educativo y en forma especial, "desconocimiento de los recursos que dispone la comunidad e incompatibilidad del sistema tradicional comunitario con el institucional".

En resumen, los riesgos durante el embarazo se presentan - cuando se favorece;

- El peligro de un embarazo complicado depende, en gran parte, del estado de salud y nivel socioeconómico de la mujer.
- La mujer pobre que trabaja todo el día o que se encuentra con toda la responsabilidad familiar, por lo que difícilmente se preocupa por la atención prenatal.
- Los servicios médicos se distribuyen y resultan accesibles para la práctica privada, lo que la pobreza crea un círculo sumamente difícil de romper.

De ahí que se debe identificar los factores predisponentes al riesgo tales como:

- Mujeres menores de 15 años y más de 35 años.
- Enfermedades médicas de la niñez de la madre.

- En caso de mujeres con seis embarazos o más
- Un segundo embarazo dentro del mismo año.
- Trastornos metabólicos
- Enfermedades crónicas
- Portador de trastornos genéticos
- Abortos anteriores.
- Muerte o enfermedades en hijos anteriores.
- Alteraciones psicológicas
- Otros; (7)

## 2.2. Estrategias para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal

La definición de Salud de la organización mundial de la salud dice "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la existencia de enfermedad o incapacidad".

El Doctor Milton Terris ha sugerido que se revise de tal forma que "... debe eliminarse la palabra completo pues la salud no es absoluta...debe sustituirse enfermedad por padecimiento pues... Salud y Enfermedad no son mutuamente excluyentes... es necesario que la salud se defina en términos funcionales además de subjetivos..."La salud es un estado de bienestar físico, Mental y Social, y de capacidad para -

(7) Ibidem. p. 320.



funcionar...y no sólo la inexistencia de padecimiento o in  
capacidad".

Además Terris ha representado la relación entre los aspectos  
subjetivos de "Sentirse bien o Sentirse mal":

Estas definiciones enfocal al individuo y su capacidad de lo  
grar comodidad, estabilidad bienestar y autorrealización en  
relación con variables físicas, emocionales y sociales.

Concibiéndose la salud de la reproducción, como el logro de  
un estado de salud en relación a la forma más alta de creati  
vidad de que es capaz el ser humano, es decir, la reproduc-  
ción de su propia especie.

En el período de gestación, la salud de una mujer y de su hi  
jo no nacido aún son un binomio armónicamente funcionales.

En este logro de bienestar se incluye la producción de un hi  
jo que cuente con los elementos básicos para transformarse  
en un adulto sano capaz de realizarse y contrubuir a la So-  
ciedad.

Para participar adecuadamente en la atención materna e infan  
til y contribuir en los programas; se tendrá como objetivo -  
fundamental el que planteó el Instituto de Desarrollo Humano  
y Salud del Niño, creado en 1963 en Estados Unidos; donde se  
establece que "producir una población más sana a través de -  
la medicina preventiva para mujeres embarazadas, niños y fa-  
milias, y garantizar para todo ser humano el mejor comienzo  
posible de la vida".

Debe garantizar desde el período preconcepcional; la nutri-  
ción de la niña y de la mujer núbil la menarquía que es un  
fenómeno que refleja dichas condiciones de desarrollo orgáni

co, y tomar en cuenta el período concepcional; se considere la planificación familiar, la regularización de la fertilidad y el período gestacional; especial atención en la gestante soltera, gestante adolescente, atención prenatal asuntos de atención social, ligados a los fenómenos propios del embarazo con sus efectos; el organismo materno y en el embrión, feto, lo que llevará a identificar cualquier anomalía o riesgo para la integridad y la vida de la gestante o del producto.

Fundamental insistir, en conocimientos más profundos sobre fisiología del embarazo estructura y funciones de la placenta, fenómenos inmunológicos durante la gestación, biología del desarrollo y crecimiento fetal y embrionario.

Igualmente, los problemas del Neonato, su morbilidad en gran parte se origina en la vida intrauterina, adquiere importancia en el estudio intrauterino, en forma indirecta mediante estudios en sangre y orina materna, con la ayuda de gabinete o en forma directa como es la amniocentesis. Siendo posible diagnosticar otros problemas como son la isoimmunización materno-fetal; y errores congénitos del metabolismo y su avance sobre indicadores confiables sobre la madurez fetal. Lo anterior pretende la sistematización de los factores de riesgo gestacional y perinatal, lográndose avances que permitan la clasificación de la gestante de alto riesgo, del riesgo transgestacional, del parto y perinatal; a través de la aplicación de estadísticas, datos clínicos, pruebas de laboratorio y monitorización, transparto a fin de ayudar a la madre y muy especialmente al hijo.

Asimismo se intenta conocer la influencia que se presenta de cada uno de los factores preconcepcionales, gestacionales, del parto y del período neonatal en la morbimortalidad peri-

natal, y la manera en que su interrelación modifique esa influencia, puesto que se sabe que las variables preconcepcionales inciden sobre las del embarazo, las del parto, las cuales afectan las del período neonatal, y pueden afectar las condiciones del recién nacido y todos a su vez reciben la influencia del medio ambiente externo.

Nacer deriva de latín "nascere" que significa venir al mundo, empezar a brotar tomar principio, originarse. Del tal forma que el nacimiento significa acción de nacer, el origen, la extracción o principio de una cosa. Nacer, supone entonces una etapa en la que se ha luchado por mantener la dirección, el ritmo, la velocidad y la magnitud del crecimiento.

El sistema de atención a la salud organizado con optimización de recursos, coordinación interinstitucional y ampliación de cobertura; con el propósito de lograr alcances en calidad y satisfacer las necesidades básicas de la población materno infantil.

Los países en desarrollo se apoyarán de nuevos modelos de atención primaria donde la responsabilidad de la salud individual y familiar, se ayuda de personal capacitado bajo supervisión estricta.

Se recomienda coordinación con las instituciones formadoras de recursos, para establecer programas conjuntos: docencia-asistencia, formar recursos acordes a los principales problemas de salud de la población, lo que significa cambios curriculares y administrativos, estableciendo convenios con las instituciones de salud a fin de utilizar al máximo toda la infraestructura, lo que facilita las relaciones universitarias y el trabajo de grupos interdisciplinarios, permiti---

tiéndole a la enfermera administradora la participación en las acciones de la salud de la comunidad.

Para lograr la participación de la comunidad y hacer sentir la necesidad de que adquiriera una actitud participante se re quiere del reconocimiento de la comunidad con los aspectos importantes y determinantes de la salud, con introducción de los cambios para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad. De ahí que;

- Se identifiquen necesidades y problemas de salud de la comunidad.
- Elaboren planes para prevenir, reducir y eliminar los problemas más urgentes.
- Obtener la referencia para determinar la eficacia del plan de los programas.
- Emplear las tasas de morbilidad y mortalidad como principales indicadores del estado de salud de la comunidad.

Un sistema de esta naturaleza requiere la participación de la enfermería en la planificación, administración y coordinación de la atención a la salud dentro de las respectivas instituciones y organismos; en los programas locales y nacionales.

Se debe considerar binomio salud-enfermedad; para que se entienda en su conjunto la manifestación externa del tipo de dirección de la medicina actual y de la práctica médica y de enfermería.

La salud y la enfermedad son el resultado de la interacción

del hombre con su medio ambiente. Esta interacción está condicionada por la fuerza económica, social, tecnológica y política de la sociedad en que vive el hombre.

La enfermera debe aprovechar el campo de la salud pública ya que esto aún otros profesionales, no lo adquieren como parte primordial y ésta oportunidad le permite tomar la dirección del equipo para un trabajo productivo y efectivo en beneficio de la población materno infantil.

Desde luego que el futuro también depende de la enseñanza, - en la preparación universitaria de pregrado y postgrado; sin embargo, interesa tal vez más el hecho de la capacitación y adiestramiento para personal subprofesional o técnico como sería el caso de auxiliares, enfermeras y parteras; como apoyo de enormes beneficios, sobre todo para poblaciones rurales o pequeñas carentes de recursos de salud. Es importante supervisar el trabajo de este personal, por el equipo que -- coordine estos programas, lo que permitirá enlazar una cadena de servicios clínicos desde este nivel hasta los centros clínicos de alta especialización.

En la medida que se logre el ejercicio pleno de obligaciones y responsabilidades de los distintos elementos que intervienen de manera directa e indirecta en la reproducción humana y que se consideran prácticamente todos los aspectos del individuo, de la familia, de la sociedad, conseguiremos el abatimiento de las cifras de morbilidad y el acercamiento al ideal eugenésico.

Si bien es cierto que la responsabilidad es federal, también es cierto la responsabilidad de buscar atención de la gestante, el matrimonio debe planificar su familia, la mujer evitar embarazos no deseados, la familia ayudar para que se inte

gren con responsabilidad al matrimonio y a la sociedad el de proteger a los individuos.

Es responsabilidad de los profesionales:

- Detección oportuna del riesgo gestacional.
- Tratamiento correcto y eficaz de factores de riesgo.
- Concientización y educación.

Los programas:

- Personal con preparación adecuada.
- Capacitación de personal para aplicarse a los programas.
- Educar y responsabilizar a la gestante y familiares.
- Cooperación de un trabajo de grupo.
- Intervenir adecuadamente y canalizar los casos que se considere necesario para su atención adecuada.
- Labor educativa para orientar;

Sobre todos los aspectos que incluya; reproducción, gestación, atención del parto, puerperio, recién nacido y desde luego con extensión a la familia y al hogar.

Estrategias

- Preparar mejor a las enfermeras y parteras para la ampliación de sus funciones.

- . Ajustar las funciones en cuanto a la competencia del mé  
dico con grupos multidisciplinarios y servicios de refere  
rencia.
- . Normas y prácticas de salud basadas en estudios epidemiol  
lógicos y los principales riesgos.
- . Redefinición de las funciones del personal de enfermería  
y otras funciones de atención a la salud, determinar los  
planes para la atención primaria, así como para el adiestr  
tramiento y la supervisión.
- . Participar en el desarrollo de los grupos de la comunidad  
dad y su utilidad como enlace entre la colectividad y --  
los servicios de salud.

En un futuro se pretende, lograr la gestación de los niños -  
que cada vez se acerque más al ideal, de que todos surjan a  
la vida con sus posibilidades máximas de realizarse en indivi  
viduos; en lo físico, en lo intelectual, en lo anímico, siendo  
do éste el objetivo fundamental de la eugenesia.

Podremos disminuir sustancialmente la morbimortalidad peri-  
natal, dando prioridad a la atención del embarazo, embarazo  
de alto riesgo y si logramos que la adaptación del neonato  
sea oportuna, adecuada y suficiente.

### 2.3. Programa de atención prenatal en embarazos de bajo riesgo.

El personal dedicado a la atención a la salud, planifica sus  
acciones conforme al conocimiento del proceso salud-enfermera  
dad, en las comunidades donde se va a desempeñar.

El proceso salud-enfermedad, se entiende como; Salud es el resultado de la interacción dinámica del hombre, a través de su modo de vida, con el medio ambiente, incluye tres elementos básicos; agente, huésped y el medio, estando en continua adaptación a los cambios externos. El equilibrio corresponde al estado óptimo de salud. En caso de desequilibrio por ausencia, o alteración de algunas características, se produce la enfermedad.

El sistema de salud incluye acciones como; saneamiento básico, tratamiento de agua, alcantarillado, mejoramiento de la vivienda, control de calidad del aire y eliminación de basuras.

El programa de atención prenatal para atención del embarazo de bajo riesgo; es un plan donde se enuncian los objetivos, acciones a seguir, actividades a cumplir a través de los -- servicios de salud. Los rubros que lo constituyen son:

- Desarrollo de la comunidad.
- Educación para la salud.
- Atención durante el embarazo, parto, puerperio y planificación familiar.
- Recién nacido y lactante.
- Pre-escolar y escolar.

Los aspectos de protección específica, educación para la salud y desarrollo comunitario, se consideran de alcances amplios, se involucra a la comunidad, tienen sus acciones integradas específicamente a la madre y al niño. En el aspec



to operativo necesariamente se realiza el diagnóstico de sa lud para, identificar las costumbres, necesidades prioritarias; conocer el número de mujeres en edad fértil, número de niños; enfermedades más comunes, condiciones del medio ambiente y factores de riesgo; para la utilización adecuada de los recursos.

Los programas tienen enfoques comunitarios, fundamentalmente dirigidos al primer nivel de atención a población abierta, a fin de lograr la extensión de cobertura de la atención materno infantil. Existiendo tres niveles de atención para otorgar los servicios de salud. El nivel primario, secundario y terciario.

El nivel primario, corresponde a la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento correspondiente, incluye actividades sencillas, con menos recursos técnicos de suma importancia en el mantenimiento y protección de la salud.

Los niveles secundario y terciario; incluye los servicios que realizan las acciones curativas en la recuperación de la salud y la rehabilitación. Se ofrece a las personas y al me dio ambiente en centros de salud, hospitales locales y generales. Atención ofrecida ambulatoria y hospitalaria por per sonal profesional de tipo médico general, con tendencia a atender aquellas pacientes que no fueron atendidas en la atención primaria.

Se cuenta con los medios de diagnóstico y tratamiento.

El nivel terciario. Servicios altamente especializados, tra tamiento de casos complejos y complicaciones que se presentan, en muchos casos ya avanzados.

El demandar servicios de salud es con el propósito de; sentir alivio el individuo, donde las experiencias previas a - otras situaciones, influyen en el comportamiento ante la te - rapeuta y las instituciones de atención médica. Desde lue - go que siempre se deberán seguir los criterios de riesgo, - para definir el nivel y tipo de atención en salud. Lo ante - rior no es únicamente atender a la morbilidad de las madres y los niños que asistan a las instituciones, sino también - la morbilidad existente de acuerdo a los criterios de prio - ridad y riesgo.

Además de plantear el problema en relación a la magnitud en términos de frecuencia y severidad, necesariamente se debe - rá conocer la trascendencia que tiene en la comunidad, la - posibilidad de solución y el costo - efecto de las medidas que se sigan para combatirlo.<sup>(8)</sup>

Se dice que los problemas de atención primaria o bajo ries - go se dan en un 65%; mediano riesgo 30% (atención secundaria) y atención terciaria en un 5%. La clasificación define la - prioridad de acuerdo a la magnitud del problema (frecuencia y severidad), trascendencia y vulnerabilidad.

Se sugiere la atención integral continua y oportuna, estable - cer relación en el hogar y desde el momento de la concepción. Dirigiendo básicamente nuestras acciones al diagnóstico y -- tratamiento precoz de los problemas.

Dentro de otras medidas deberá otorgarse el material mínimo necesario, así como el mando administrativo; definición de - funciones; supervisión y asesoría permanente.

(8) Organización Panamericana de la Salud. Manual para la Atención de la madre y del niño. p. 6.

Además como estrategias comunitarias; la participación de la comunidad en los programas de salud; pretendiendo que la comunidad participe en forma continua y responsable; para ello es primordial que acepte sus propios problemas de salud y de los recursos institucionales a su alcance, para lograr la -- utilización adecuada de los recursos del sistema de salud y los de la propia comunidad (promotores, líderes, parteras em píricas).

Importante además, que sea capaz el equipo de salud de tomar decisiones frente a las políticas, planes y programas, así - como la supervisión y evaluación permanentes.

Teniendo como meta la solución de los problemas reales de la comunidad y la participación activa y compartida del personal que integra el equipo de salud; con el fin de encauzar - adecuadamente las acciones básicas de la enfermera, teniendo presente que el proceso de la gestación es un elemento funda mental en la experiencia de una pareja, independientemente - de que se trate de una mujer nulípara o múltipara. Por lo - que es de interés conocer como surgió el embarazo de la ges tante, si su infancia fue en un ambiente sórdido o en una fa milia amable y normal, ya que si estuvo privada de un ambien te adecuado implica mayor dificultad al asumir su función ma ternal.

La familia debe constituir el foco de interés; independiente mente de las tradiciones familiares, ninguna de ellas perma nece aislada, todas ellas se encuentran sujetas a cambios so ciales, lo que trae como consecuencia problemas de adapta-- ción, como es el caso de aquellas parejas que esperan el pri mer hijo. Desde luego que las condiciones de vida están da das por; condiciones ambientales, sociales e individuales. - Siendo el medio ambiente el que proporciona los elementos na

Además como estrategias comunitarias; la participación de la comunidad en los programas de salud; pretendiendo que la comunidad participe en forma continua y responsable; para ello es primordial que acepte sus propios problemas de salud y de los recursos institucionales a su alcance, para lograr la -- utilización adecuada de los recursos del sistema de salud y los de la propia comunidad (promotores, líderes, parteras em pfricas).

Importante además, que sea capaz el equipo de salud de tomar decisiones frente a las políticas, planes y programas, así - como la supervisión y evaluación permanentes.

Teniendo como meta la solución de los problemas reales de la comunidad y la participación activa y compartida del perso-- nal que integra el equipo de salud; con el fin de encauzar - adecuadamente las acciones básicas de la enfermera, teniendo presente que el proceso de la gestación es un elemento funda mental en la experiencia de una pareja, independientemente - de que se trate de una mujer nulípara o múltipara. Por lo - que es de interés conocer como surgió el embarazo de la ges tante, si su infancia fue en un ambiente sórdido o en una fa milia amable y normal, ya que si estuvo privada de un ambien te adecuado implica mayor dificultad al asumir su función ma ternal.

La familia debe constituir el foco de interés; independiente mente de las tradiciones familiares, ninguna de ellas perma nece aislada, todas ellas se encuentran sujetas a cambios so ciales, lo que trae como consecuencia problemas de adapta-- ción, como es el caso de aquellas parejas que esperan el pri mer hijo. Desde luego que las condiciones de vida están da das por; condiciones ambientales, sociales e individuales. - Siendo el medio ambiente el que proporciona los elementos na

turales para la sobrevivencia, y la sociedad desarrolla sus valores, normas e instituciones para el desarrollo y producción de bienes y servicios. Asimismo es vital que el desarrollo biológico y psicológico participen en forma definitiva para la adaptación del hombre; por lo que prácticamente en la etapa del embarazo se consideran como elementos sobresalientes para lograr un embarazo normal, un hijo sano y una familia que goce de bienestar.

### 2.3.1. Generalidades sobre el embarazo.

Para entender la importancia que genera un embarazo es de interés, conceptualizar la eugenesia como el estudio y control de la procreación con el propósito de mejorar las características hereditarias de las futuras generaciones. (9)

En algunas áreas, la eugenesia se consideró como una ciencia, en otras como presión social y en Alemania se convirtió en un prejuicio para eliminar a personas anormales y promover una raza superior.

Por lo que respecta a la investigación genética; esencialmente son botánicos y zoólogos los iniciadores, lo que impide que ésta se realizara en humanos, siendo hasta 1879 que se practican los primeros estudios en cromosomas humanos en células tumorales.

Para 1912 se identificaron los cromosomas somáticos humanos; en 1929 se introduce la técnica del cultivo del tejido para

(9) Butnarescu Glenda F. "Salud en la Reproducción". Enf. Perinatal; p. 127

el estudio de los cromosomas y pocos años más tarde, se cultivaron leucocitos de sangre periférica para la identificación cromosómica.

En los años treinta es cuando la infección y la desnutrición eran excesivas y a menudo acababan con individuos afecciones genéticas antes de que fuese posible el estudio de sus causas.

Ya para fines de los años cuarenta, el área de la asesoría genética resurge rápidamente, pues al disminuir tanto la infección como la desnutrición la esperanza de vida aumenta.

En el año de 1946 Shedon Reed, al impartir un curso introductorio de genética de Harvard, mide la trascendencia de la Genética Humana, dedicando su tiempo al estudio de la "herencia" sobre los problemas de salud mental y la asesoría genética.

En 1948 al surgir la América Society of Human Genética, constituida al principio por personal no médico y más tarde ya lo constituye prácticamente personal médico, deja de ser genética humana una disciplina "médica" por ser el hombre el tema principal de los estudios genéticos.

### Reproducción

...El riesgo de la reproducción no constituye un problema aislado que afecte a unos cuantos ciudadanos de cada nación, sino que es una situación mundial que amenaza tanto a las mujeres embarazadas, como a sus futuros hijos y recién nacidos, disminuyendo con ello la inversión que la sociedad planea para el futuro de la humanidad. Pues sin lugar a dudas, la vida es un peligro y riesgo, todos expuestos a ello, acen

tuándose aún más en la mujer embarazada, pues lleva una vida, "vulnerable en el momento de la concepción y durante la gestación".

La ciencia nos ha demostrado que los riesgos se pueden reducir, controlar y quizá eliminar a base de educación, investigación y atención directa a la salud.

#### Etapa concepcional

Se hace necesario enfatizar que el equipo de salud y especialmente la enfermera, buscan acciones que contrarresten el riesgo en la embarazada, ya que se pueden generar alteraciones -- tanto en la madre como en el producto. Para ello se recomienda que todo objetivo deberá centrarse en la paciente, cuyas metas sean planeadas conjuntamente en virtud que los cuidados se planteen y se analicen con base a los conocimientos e incorporando conceptos de otras disciplinas.

De esta manera la enfermera participará en gran medida en el logro del objetivo de la salud a través del servicio directo e indirecto, en forma institucional o comunitaria. De ahí, que deberá entender la necesidad de sistematizar la atención con el propósito de aplicar el proceso de enfermería.

Si consideramos que la enfermera puede ser el monitor en este sentido, resulta interesante resaltar la función que desempeña al "asesorar" adecuadamente a la familia y garantizar dentro de lo posible la evolución normal del embarazo; -- desde luego partiendo de premisas fundamentales de la reproducción.

Como las siguientes:

- Todo individuo tiene derecho a nacer saludable.
- Toda mujer embarazada tiene derecho a que se cuide de su salud.
- La reproducción ocurre como parte de un continuo de la maduración y no como una experiencia aislada.
- Sea planeado o no, deseado o no, la reproducción rara vez ocurre aislada pues, además del padre biológico, significa establecer relación con uno o más individuos.
- El resultado de la reproducción se ve influido por relaciones biopsicosociales que ocurre dentro de un marco de un sistema étnico de valores. <sup>(10)</sup>

#### 2.3.1.1. Cambios anatomofisiológicos en la embarazada.

Se consideran signos y síntomas:

- . Signos de presunción. Parte subjetiva y que experimenta la mujer en el primer periodo.
- . Signos probables. De sospecha que se aprecian en algún periodo determinado.
- . Signos positivos y de certeza. Ordinariamente se descubren después del cuarto mes.

(10) Ibidem. p. 64.



Los signos de presunción:

- Amenorrea.
- Alteraciones en las mamas.
- Náuseas y vómitos
- Alteración del color de las membranas mucosas.
- Anormalidades de la pigmentación.
- Trastornos de la micción.
- Adinamia, astenia, anorexia.

Amenorrea. En una mujer sana, la amenorrea es un signo importante; sin embargo, no se puede dar crédito a este signo hasta que transcurra diez días a la fecha que debió presentarse la menstruación, cuando pasa el segundo mes y ésta no se ha presentado; la probabilidad de embarazo por supuesto que es mayor. Cabe señalar que en ciertos casos existe embarazo sin que previamente haya menstruado la mujer, sucede en mujeres jóvenes que se casan antes de la menarquía, en -- otros casos en el puerperio tardío y aún lactando con amenorrea fisiológica secundaria y en suposiciones de menopausia.

La amenorrea también puede ser causada por factores, de tipo psíquico; particularmente en temor del embarazo o el deseo extremo de ser embarazada; otros como: Anemia, obesidad, hipofisiario, enfermedades crónicas.

Alteraciones en las mamas. Los cambios más característicos se presentan en la primigrávida, pero de menor valor en las multíparas (pues los pechos de éstas a menudo contienen pequeñas cantidades de leche o calostro después de varios meses del último parto).

En las primeras semanas, sensación de hormigueo y de tensión, después del segundo mes empieza a crecer y a palparse sensa-

ción modular por la hipertrofia de los alveolos y ancinos glandulares; la presencia de red venosa subcutánea o signo de Haller, pezones de mayor tamaño y pigmentados, más eréctiles, areola secundaria, tubérculos de Montgomery y que resulta de la hipertrofia de las glándulas sebáceas. Pudiéndose decir que el estímulo es causa hormonal y no nerviosa.

Náuseas, vómito, sialorrea. Usualmente se presentan al final del primer mes y desaparece espontáneamente seis u ocho semanas después.

Aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas se quejan de náuseas y una tercera parte de ellas de vómitos. Esto no llega a progresar... de tal manera que se considere entidad patológica. La causa probable se dice que sea la hipoclorhidria, hipomotilidad gástrica, alteraciones neurovegetativas de origen psíquico.

Alteraciones de color de las membranas. Mucosa vulvar y vaginal. El color violáceo de aspecto congestivo es un signo divulgado por Chadwid que le dió considerable importancia, considerándose un signo valioso de presunción, pero también puede presentarse en los padecimientos congestivos pélvicos.

Pigmentación de la piel y estrías abdominales. Al crecer el útero la piel que cubre la pared abdominal y las partes contiguas de los músculos sufren gran estiramiento que provoca la ruptura de las fibras elásticas del estrato reticular y origina la aparición de rayas hundidas a las que se conoce como estrías del embarazo, en las primigrávidas son de color rosado o rojizo y en las multíparas pueden ser semejantes o bien de aspecto plateado. La causa se le atribuye a la hiperactividad de la corteza suprarrenal con el aumento de los glucocorticoides y la distensión del abdomen.

Trastornos de la micción. En el útero creciente de las primeras semanas de gestación, al hacer presión sobre la vejiga puede ocasionar polaquiuria, que persiste en los primeros meses y desaparece gradualmente cuando el útero asciende por el abdomen; pocas semanas antes del término de la gestación reaparece la polaquiuria, que persiste en los primeros meses y desaparece gradualmente cuando el útero asciende por el abdomen; pocas semanas antes del término de la gestación reaparece la polaquiuria debido al descenso de la cabeza del feto en la pelvis.

Signos probables de embarazo

- Crecimiento del abdomen.
- Cambios en el útero.
- Alteraciones del cuello uterino.
- Contracciones del útero "Braxton Hicks".
- Peloteo.
- Apreciación del contorno del producto.
- Pruebas hormonales positivas de la gestación.

Crecimiento del abdomen. A partir del tercer mes se puede palpar el útero por la pared abdominal, como si fuera un tumor que crece gradualmente hasta el final de la gestación. El crecimiento del abdomen es menos notable en las primigestas que en las multíparas, debido a que en estas últimas la pared abdominal pierde gran parte de su tono y algunas veces es tan flaccida que fácilmente el útero se desvía hacia adelante y hacia abajo sin ningún sostén lo que provoca el abdomen péndulo.

Cambios en el útero. Las alteraciones en el tamaño, la forma y consistencia del útero; en los tres primeros meses son los únicos signos físicos, los cuales pueden ser palpados.

En las primeras semanas, el crecimiento limita prácticamente por completo el diámetro anteroposterior, poco después el -- cuerpo uterino se vuelve casi globular, en el tercer mes adquiere la forma periforme ascendiendo por arriba del pubis, al mismo tiempo se intensifica el ángulo entre el cuerpo y el cuello, éste aumenta la anteflexión natural, al efectuar la exploración bimanual, el cuerpo uterino da la sensación -- de una masa blanda o elástica.

Aproximadamente en la sexta semana se presenta otro signo -- de valor considerable; Signo de Hegar. Colocando una mano sobre el abdomen e introduciendo dos dedos en la vagina se palpa el cuello uterino firme, y por arriba de él se distinguen el istmo, es tan notable el cambio en la consistencia en ese sitio que parece no haber conexión entre el cuello y el cuerpo.

Signo de Osclander. Es la transmisión del latido de las arterias vaginales transmitidas de las uterinas y que se tocan en los fondos de saco lateral.

Signo de Noble Budin. Es la sensación de blandura y convexidad del útero en los fondos de saco y sobre todo en el de -- Deuglas.

Signo de MacDonald. Es la relativa facilidad para juntar doblado el cuello y el cuerpo uterino.

Cérvix uterino. A partir del segundo mes de gestación el -- cuello uterino se reblandece y al palpar el orificio externo

en las primiparas se tiene la sensación semejante a la experimentada cuando se hace presión sobre los labios, en lugar de la consistencia semejante al cartílago de la nariz que se tiene en el estado no grávido. El reblandecimiento se puede presentar también en algunos estados inflamatorios -- del cérvix.

Contracciones de Braston Hicks. Contracciones indoloras - con intervalos irregulares desde una etapa incipiente de la gestación, son más notables entre más cerca esté el término. Puede aparecer también cuando se distiende el músculo uterino por ejemplo, en caso de polipo y mioma intracavitario. (11)

Peloteo. Durante los meses cuarto y quinto, el feto que es pequeño en comparación con el volumen del líquido amniótico si se da un golpecito subido al útero, rebota el feto y regresa a su posición original; percibiéndose el golpe al dede del examinador.

Determinación del contorno del útero. En la Segunda mitad de la gestación es posible distinguir el contorno del feto mediante la palpación de la pared abdominal, siendo más factible a medida que evoluciona el embarazo.

Pruebas endócrinas. Poco después de la implantación del - huevo el trofoblasto produce una hormona, la gonadotropina coriónica, que es excretada en la orina, donde se descubre fácilmente dado el efecto que tiene sobre los ovarios de -- roedores y las gonadas de diversos anfibios.

(11) AMGO Instituto Mexicano del Seguro Social.  
Ginecología y Obstetricia. p. 73.

La prueba inmunológica del embarazo. La gonodotropina coriónica humana es una proteína que inducirá a la formación de anticuerpos en otros animales. El antisuero puede ser usado para detectar la presencia de la hormona en la orina.

Dentro de la prueba terapéutica tenemos la prostigmina, se utilizan dos ampollitas de dicho medicamento al 1 x 2000 durante 3 días, intramuscular; si la mujer está embarazada no ocurre la menstruación, en caso contrario la menstruación sobreviene al tercero o cuarto día.

Prueba de la progesterona. Es un endometrio previamente sensibilizado o estimulado por estrógenos, ya sea endógeno o exógeno al administrar progesterona a dosis de 20 mg., por vía intramuscular; en caso de embarazo no habrá descamación pero en caso contrario el sangrado por privación sobrevendrá al tercero o cuarto día.

Signos positivos o de certeza

- Latidos fetales
- Movimiento activo del feto.
- Observación del esqueleto fetal.

Latidos fetales. A partir de la 18 ó 20 semana de embarazo, el latido cardiaco debe ser perceptible sin dificultad, su frecuencia debe variar entre 140 y 160 latidos por minuto, es un ruido doble muy parecido al tic tac del reloj. Dado el avance de la biología electrónica y el mejoramiento de las técnicas empleadas en su registro se ha demostrado su eficacia como método auxiliar valioso desde la semana 14va. de amenorrea en el diagnóstico de vitalidad ovular.

Movimientos activos. Después del 5/o mes, ya es posible -- palpar los movimientos activos a intervalos, colocando la - mano en el abdomen de la mujer.

Esqueleto fetal. Por estudio radiológico se puede observar, desde la semana 14va. del embarazo. En la actualidad ya - existen otros medios para tal fin.

#### 2.3.1.2. Crecimiento y desarrollo embrionario y fetal.

Es importante señalar que desde el momento de la implanta-- ción hasta el final de la octava semana, cuando la organogé nesis se han completado en su mayor parte, el producto de - la fecundación recibe el nombre de embrión; después de ter- minada la octava semana y hasta que se termina el embarazo, recibe el nombre de feto. El término del embarazo se alcan za al final del décimo mes lunar.

Primera y segunda semanas. Se presenta una vesícula cori6- nica, estando unida a una de sus caras inferiores el embrión microscópico.

Un agrupamiento acordonado de células cubierto por amnios. La masa mayor del embrión consistía en saco vitelino.

Tercera semana. Se forman el surco y la cresta neurales, - seguido por los pliegues cefálicos. Comienza el cordón um- bilical y une al embrión por su extremo caudal. más tarde se presentan las vesículas dobles cerebrales, ópticas y car díacas, y los arcos y hendiduras viscerales.

Por el vigésimo primer día aparecen en la superficie los es bozos de las extremidades.

La longitud del embrión es de 2.5 mm, a 4 mm.

Cuarta semana. El embrión aumenta notablemente de tamaño. Se flexiona sobre su superficie ventral, de manera que prácticamente se tocan, sus extremos, cefálico y caudal. Aparecen plácodas ópticas, auditivas y nasales.

La vesícula umbilical se torna notablemente pedilucada. Se inicia la diferenciación de lo que será los futuros órganos.

La longitud del embrión es de 7.5 a 10 mm.

Segundo mes (cuatro a ocho semanas).

El embrión se aprecia notablemente flexionado sobre si mismo. Se advierten los arcos y hendiduras viscerales. Sus extremidades son rudimentarias.

En la séptima y octava semanas, la cabeza por el desarrollo del cerebro se vuelve desproporcionalmente grande, y la nariz, la boca y orejas son bastante pequeñas. Las extremidades se diferencian en sus tres partes componentes. El aparato circulatorio entre el embrión y el corion se completa y comienzan las pulsaciones cardiacas.

La longitud del feto al final del segundo mes es de 3 mm a 3.5 mm.

Tercer mes (8 a 12 semanas)

Aparecen, prácticamente en todos los huesos los centros de osificación. Se diferencian los dedos de manos y pies, con uñas suaves. Los genitales externos comienzan a mostrar -- signos de diferenciación sexual. Estos aparecen a la octa-



va semana, y el sexo puede ser estimado, únicamente por estudio histológico de las dos gónadas.

Si naciera un feto en éste momento puede hacer movimientos espontáneos, y está aún en el saco amniótico.

La longitud del feto es de 7 a 9 cm. y su peso de 14 g.

Cuarto mes (12 a 16 semanas)

Se puede determinar el sexo con exactitud. Los riñones lobulados están en los que será su sitio definitivo, la vagina y el ano son permeables, y ha aparecido meconio en el intestino. El feto es bastante activo.

La longitud del feto varía de 10 cm. a 17 cm. Su peso de 20 a 90 g.

Quinto mes (16 a 20 semanas)

Aparece el lanugo o bello fino, en todo el cuerpo; y en la cabeza un poco de pelo.

La longitud del feto varía de 18 cm. a 25 cm. y su peso de 28 a 300 g.

Sexto mes (20 a 24 semanas)

La piel delgada y rojiza comienza a arrugarse y empieza la grasa a depositarse por debajo de ella. La cabeza es aún bastante grande. En caso de nacer en éstos momentos el feto, intentará respirar, sin sobrevivir, pues tal vez sería por algunas horas exclusivamente.

La longitud varía de 28 a 34 cm, y su peso es de 600 g.

Séptimo mes (24 a 28 semanas).

La piel es rojiza cubierta por unto sebáceo, una mezcla de células epiteliales, lanugo y secreción de glándulas sebáceas. Prácticamente la membrana pupilar ha desaparecido - del ojo.

El feto que nazca en estos momentos respira, llora débilmente y mueve sus miembros, suele morir; en casos excepcionales con la asistencia de expertos sobrevive.

La longitud del feto varía de 35 a 38 cm. y su peso 1.000 g.

Octavo mes (28 a 32 semanas)

La piel es aún rojiza y arrugada, con aspecto de "viejito". El producto que nazca tendrá posibilidades de sobrevivir, con cuidados adecuados.

La longitud es de 40 a 43 cm. y su peso de 1.800 g.

Noveno mes (32 a 36 semanas).

La cara ha perdido su aspecto arrugado como resultado del depósito de grasa subcutánea. El producto que nazca en estos momentos tendrá buenas posibilidades de sobrevivir.

La longitud es de 46 cm. y el peso 2,500 o más.

Décimo mes (36 a 40 semanas)

La piel es lisa y sin lanugo, excepto sobre los hombros.

En todo el cuerpo hay unto sebáceo. El pelo de la cabeza generalmente es oscuro. Los cartílagos de nariz y orejas están bien desarrollados.

Los dedos de manos y pies tienen uñas desarrolladas, que sobresalen del extremo del dedo.

En los varones los testículos suelen estar dentro del escroto y en las mujeres los labios mayores están desarrollados y en oposición.

Los huesos del cráneo están osificados. Se puede decir que durante los primeros días de este mes, en su totalidad de los fetos, aparece un centro de osificación en la epífisis distal del fémur, y en el 80% de los neonatos se advierte un centro de osificación en la epífisis proximal de la tibia.

Los ojos tienen un color pizarro, difícilmente se puede precisar el color definitivo.

La longitud es de 50 a 55 cm. y su peso es de 3,000 a 3,400 g. (12)

### 2.3.2 Atención médica prenatal

Para proporcionar atención médica prenatal, es indispensable que se realice el diagnóstico de la gestación, se fun--

(12) Mc. Lennan Charles Compendio de Obstetricia p. 41.

da en la presencia de ciertos síntomas y signos; los primeros son subjetivos, y los segundos son hallazgos que el médico obtiene al efectuar la exploración minuciosa; para lo cual se vale de los sentidos, así como de ciertos métodos de laboratorio y gabinete.

Lo anterior permite garantizar la vigilancia del embarazo y por lo tanto la salud de la madre y del producto hasta su nacimiento.

Es cada vez más importante en la práctica de la obstetricia, la vigilancia de la mujer en el desarrollo del embarazo, fundamentalmente en el campo preventivo; ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, se detecten las alteraciones en sus fases iniciales para instituir un tratamiento oportuno y lograr obtener madres y productos más sanos.

Esta vigilancia debe comenzar inmediatamente del primer período menstrual omitido y habrá de incluir interrogatorio y exploración física cuidadosa; debiendo además señalar aspectos de observación para la familia durante la evolución de la gestación.

El diagnóstico del embarazo lo realiza el médico generalmente en colaboración con la enfermera. El que ambos profesionales tomen parte importante desde el principio en el proceso, ayuda a ampliar los datos fundamentales y la percepción de los problemas de la paciente; asimismo, le permite a la enfermera planear la atención de enfermería con el objeto de satisfacer las necesidades de salud de la paciente de manera integral.

Por lo anterior resulta de vital importancia el hecho de extremar las precauciones durante la primera visita médica, ya que en ésta el médico establece el diagnóstico y valora a la paciente. Salvo en caso de embarazo de alto riesgo; la enfermera tiene opción de responsabilizarse del control prenatal de la mujer, debiéndose apoyar el conocimiento profesional para establecer un proceso sistemático de la continua interacción, análisis y evaluación de la intervención de enfermería.

Para esto es recomendable que se familiarice y conozca los métodos y medios básicos como son:

**Interrogatorio.** Se utiliza la entrevista, ayudando a la paciente a referir hechos en orden cronológico, de tal forma que la lleven automáticamente de uno a otro, tratando de que la paciente recuerde aquellos sucesos que puedan repercutir en su embarazo; así como resaltar los antecedentes personales y familiares a las enfermedades y trastornos que puedan heredarse o tener efectos secundario en la mujer embarazada y el feto, así como los obstétricos.

**Inspección.** Forma sencilla e importante de examen visual, con el propósito de descubrir características físicas significativas, fundamentalmente el habitus exterior, facies, marcha, dificultad o no de movimientos, volumen del abdomen y de extremidades.

**Palpación.** Procedimiento a través del tacto con el propósito de determinar las características de los órganos y tejidos. Se realiza de manera bimanual, comparativa y simétrica; así como superficial, media y profunda; por lo que se puede detectar sensibilidad, humedad, diferencia en la textura, elasticidad, edema, tono muscular, pudiéndose determinar las partes del producto y precisar la situación,

presentación, posición y actitud del mismo.

**Percusión.** Consiste en dar golpes en la superficie del cu-  
po, en forma ligera para ayudar a producir sonidos que le  
permitan a quien examina determinar la posición, tamaño y  
densidad de una estructura subyacente.

**Auscultación.** Consiste en escuchar los sonidos que produ-  
cen los diferentes órganos del cuerpo con el objeto de des-  
cubrir variaciones y desviaciones en relación con sus pro-  
pias características. En obstetricia reviste importancia -  
capital por ser un parámetro esencial en la valoración de -  
un embarazo, y más concretamente de un producto.

**Medición.** Recopilación de datos eminentemente cuantitati-  
vos en base a parámetros establecidos, que sirven como indi-  
cador para la determinación del diagnóstico.<sup>(13)</sup>

#### Exámenes de laboratorio:

A este respecto se podría decir que hace 35 años que se le  
ha dado auge debido a la gran utilidad en la medicina y en  
fermería perinatal. Practicándose en forma inicial única-  
mente de rutina, y debido a los avances en la tecnología -  
en los últimos años se implementan los que son de interés  
para el diagnóstico del feto.

#### Estudios sanguíneos:

**Tipo Rh.** Determinación del grupo sanguíneo de los padres  
y el factor Rh para:

(13) Castelazo Ayala Luis. Lecciones de Obstetricia. p. 165

- Identificar el tipo y las condiciones del Rh de ambos que puedan predisponer a un riesgo en la reproducción.
- Planear con anticipación la disponibilidad de la sangre en caso de requerirla; la mujer embarazada, feto, recién nacido.

La hemorragia en la mujer embarazada es siempre un signo de alarma. El conocimiento de su tipo sanguíneo facilita la terapia de transfusión. En ocasiones se hace necesaria la transfusión sanguínea intrauterina fetal o neonatal, por lo que el conocimiento del tipo sanguíneo de la madre y su Rh es esencial.

Serología. Detección de sífilis en la mujer embarazada. -- Proporciona una base diagnóstica para el tratamiento temprano de la sífilis.

Resulta importante, ya que si se detecta y trata antes de las 16 a 18 semanas de gestación, el recién nacido no sufrirá daños debido a que la espiroqueta no es capaz de cruzar la barrera placentaria durante el primer trimestre de embarazo, ya que de no diagnosticarse y tratar en las primeras veinte semanas de embarazo posiblemente dará origen a un recién nacido enfermo.

Hematocrito y hemoglobina. Determinación de la presencia de anemia en la mujer embarazada.

El hematocrito determina el volumen porcentual de eritrocitos en sangre total.

Cuenta leucocitaria. Ayuda a descartar un proceso infeccioso, se genera en mayor aumento durante el embarazo el cual se acentúa en el trabajo de parto.

El aumento o disminución en una cuenta leucocitaria específica permite obtener un diagnóstico detallado.

Glucosa. Determinación de los trastornos metabólicos de los carbohidratos tales como diabetes. La mayoría de la glucosa es reabsorbida en los túbulos renales.

La prueba como labstix u otro deben realizarse en cada visita prenatal.

Estudio de orina (bacterias). Diagnóstico de las infecciones de tracto urinario, especialmente la pielonefritis. Cabe señalar que del 4 a 7% de las mujeres embarazadas presentan bacteriuria asintomática, durante el primer trimestre. - Aproximadamente el 25% de estas pacientes desarrollan pielonefritis aguda y el 30% de las pacientes con bacteriuria asintomática presentan pielonefritis crónica.

Proteinuria (albuminuria). Determinación de patología renal que por lo regular se asocia con hipertensión ocasionada por el embarazo.

La proteína se absorve normalmente en el glomérulo del riñón. La presencia de 1 gm/24 horas de proteína en la orina indica un trastorno renal de algún tipo.

La presencia de proteinuria, es indicador para valorar con sumo cuidado los niveles de presión arterial y la presencia de edema generalizado a la paciente.



Cultivo cervical para gonococo. Diagnosticar gonorrea en la mujer embarazada.

En caso de no implantar el tratamiento, puede exponer al niño a una infección ocular durante el parto, y en caso de no tratar se puede causar ceguera.

Diagnóstico del feto:

Amniocentesis:

El estudio del líquido amniótico es importante para el manejo perinatal de las familias con madres embarazadas, ya que proporciona "información interna" sobre la madurez, -- trastornos y bienestar fetal.

Ultrasonografía. Se puede aplicar como auxiliar para la asistencia de diversas complicaciones del embarazo.

Actualmente es posible delinear y estudiar la constitución de órganos fetales como hígado y placenta. Cuenta con la capacidad de valorar tamaño, configuración y morfología de las estructuras uterinas.

El médico se encuentra en condiciones de relacionar esta información para estimar el tamaño del feto y su velocidad de crecimiento durante la gestación gracias a la medición del diámetro biparietal; de ahí que permite obtener el estado y madurez del feto.

Técnicas radiográficas tradicionales. Estas ayudan al diagnóstico de malformaciones congénitas como: Anencefalia, hidrocefalia, microcefalia, meningocele, mielomeningocele, osteogénesis imperfecta y paladar hendido bilateral.

Tocodinómetro. A través de un transductor que se adhiere al abdomen simultáneamente con palpación manual del útero - por el examinador. Este método registra la frecuencia y duración, pero no la potencia real de las contracciones. Se puede vigilar la frecuencia fetal mediante ultrasonido, fenocardiografía o electrocardiografía fetal de pared abdominal.

### 3. Participación del personal de enfermería en la atención prenatal del embarazo de bajo riesgo.

Si partimos del hecho que la vigilancia del embarazo por personal calificado o capacitado, permite descubrir anomalías, o trastornos que pudieran afectarlo. Y que la búsqueda de alteraciones o riesgos, para la madre y el hijo da la oportunidad de bloquear o disminuir esos riesgos, lo mismo que si son enfermedades como; cardiopatías, nefropatías, neumonías o de cualquiera otras que alteren el metabolismo, o de procesos infecciosos, principalmente bacterianos o de problemas hemorrágicos obstétricos; condiciones desfavorables que tratadas adecuadamente permiten mejores condiciones para el hijo al nacer.

Definitivamente la atención prenatal reduce en forma significativa muchos de los problemas que se presentan y que afecta en forma importante tanto a la madre como al producto.

Por lo que la enfermera debe contribuir directamente desde el inicio, con la detección y captación de embarazadas para lograr su asistencia prenatal, por personal profesional y - así participar activamente, en la siguiente forma.<sup>(14)</sup>

(14) Dirección General de Salud Materno Infantil y Planificación Familiar. Manual de Normas en la Atención Materna. p. 32.

Interrogatorio. Enfatizando aquellos aspectos de interés, con el objeto por un lado que la valoración sea adecuada y se clasifique conforme al criterio médico, como de bajo o alto riesgo.

Los antecedentes heredofamiliares de interés, son enfermedades previas como; sífilis, cardiopatía, diabetes, tuberculosis, sarampión, anemia, raquitismo, infección renal, - hipertensión.

Cirugías previas; abdominal, pélvica, perineal, lumbar.

Historia social; incluye todos los elementos de interés del cónyuge. Así como; edad de la paciente, familiares cercanos, ocupación, hábitos personales como ingesta de alcohol, tabaquismo, medicamentos.

Historia obstétrica. menarca, con sus características, vida sexual activa, gestas, paras, abortos, cesáreas.

Paridad; embarazos a término, pretérmino, abortos, nacidos y vivos.

Embarazo actual; amenorrea, evolución; partos, puerperios y recién nacidos.

Se pretende ayudar a la mujer, y a la enfermera que es la primera en tratarla, aprovecha lo anterior para calmarla y contrarrestar sus temores. Y en el caso por ejemplo que no recuerde la fecha de amenorrea se le explicará que se recurre a ciertos métodos para calcular la edad gestacional; como es el caso del método de Mac Donal.

Fundamentalmente la enfermera deberá instruir a la mujer, independientemente que se trate de una primigesta o multi-gesta.

El embarazo supone un cambio total en la vida de la mujer.

Por lo anterior, definitivamente en la primera consulta se aprovecha establecer un acercamiento con la paciente y su familia a fin de explicarle los cambios que se experimentarán y desde luego entender que se reacciona de diferentes formas, ejemplo; experimentar temor o curiosidad a lo desconocido, los cambios anatomofisiológicos y la repercusión en su organismo y en su vida, cambios en relación con el cónyuge, señalando la importancia de la asistencia médica, consideraciones generales con respecto al parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.

La enfermera cuidará de la evolución del embarazo de bajo riesgo, seguirá su control en el hogar, bajo la absoluta - coordinación del equipo de salud. Se considera la persona clave respecto al control regular y directo con la paciente.

En términos generales se dice que se trata, con mujeres embarazadas cuyo estado se considera fisiológico; en su mayoría se sienten orgullosas de su maternidad, sin olvidar - que otras se sienten humilladas y consideran una carga lo que hace que manifiesten temor y culpabilidad.

Influye desde luego la edad de la mujer puesto que muchas adolescentes se embarazan por falta de amor en el hogar, y desea ser amada y protegida, tratando más tarde a su hijo como un muñeco, "descuido y mal trato". En otros casos se presenta un embarazo imaginario (seudociesis), y en otros

la mujer se niega aceptar su embarazo. Lo anterior nos in  
dica algunos de los múltiples conflictos que de acuerdo al  
caso, se presentan en la maternidad. La atención debe por  
lo tanto ser absolutamente individual; con el propósito -  
que la mujer pueda confiar en el equipo de salud y en la -  
atención del embarazo y parto institucional, intentando a  
la vez integrar al esposo, y que su opinión sea escuchada  
y puedan participar en la evolución y culminación del mis-  
mo, en las mejores condiciones.

Para lograr con éxito, las pretenciones anteriores, se or-  
ganizará la atención de enfermería a partir de éste momen-  
to, con proyección a la comunidad. De tal forma que en lo  
sucesivo se entienda a "la atención de la embarazada de ba  
jo riesgo" como una responsabilidad de la enfermera, con -  
el apoyo del médico y especialistas para que sea posible -  
la delimitación de funciones , y a la vez que en el progra  
ma se incluya el adiestramiento al personal auxiliar, así  
como a las parteras empíricas de la comunidad.

Por lo tanto tenemos que:

La asesoría perinatal, es la integración de nuevas ramas -  
de la ciencia médica bajo un género común, con el fin de -  
reducir la segmentación y fragmentación de los cuidados mé  
dicos que se proporcionan a la embarazada, recién nacido;  
combinando esfuerzos en el estudio de los problemas y nece  
sidades de la madre y del feto-neonato, e intensificar la  
comunicación y colaboración entre las profesionales al ser  
vicio de la salud. <sup>(15)</sup>

(15) Ibidem. p 62

Si tomamos a la "familia embarazada" como eje central para brindarle atención a la salud y así participar y contribuir en la dinámica de la misma; seguramente que el futuro de nuestra sociedad se vería con mejores perspectivas de vida. Sin embargo, dadas las condiciones actuales de la "sociedad", difícilmente se podría enmarcar categóricamente el campo de acción tan amplio que tiene la enfermera en relación a la "función de asesoría perinatal". Por lo que finalmente se enuncian algunas indicaciones de índole general:

#### Indicaciones generales:

Consultas subsecuentes. Si el embarazo es de evolución fisiológica y la paciente disfruta de buena salud general, se le citará cada mes hasta las 32 semanas, cada quince días hasta la 36 semanas y cada siete o diez días hasta el momento del parto.

En cada consulta subsecuente se registra la evaluación de la paciente, además de valorar los datos evolutivos como son:

Aumento de peso. Este se considera de 9 a 11 kilos. En la primera mitad de la gestación el promedio de aumento es de 500 g. por mes y en la segunda mitad de 1,500 g.

Un aumento de peso excesivo y brusco deberá considerarse un dato de alarma que indique retención exagerada de agua y sodio e inicio de un cuadro de toxemia gravídica.

Presión arterial. En condiciones normales no existe variación importante en las cifras; sin embargo, frecuentemente este parámetro toma caracteres patológicos.

Durante la gestación y con base a las cifras previas a la misma es normal un aumento de 15 mm/Hg en la presión diastólica y de 30 mm/Hg en la sistólica.

Crecimiento del fondo uterino. Este dato nos indica el progreso del embarazo; dada la relación que guarda con la edad gestacional por amenorrea. Un aumento menor al esperado -- puede significar problemas de desarrollo fetal e incluso muerte del mismo, o bien equivocación en la fecha de la última menstruación. Un aumento mayor del volumen uterino, sugiere embarazo múltiple o mola.

Datos del producto. Se detectará la situación, presentación, posición, así como la frecuencia cardíaca fetal, valorando ritmo, frecuencia, duración, intensidad.

La situación y presentación cobran mayor trascendencia de las 32 a las 34 semanas ya que incluso nos puede sugerir una posible distocia.

Exploración ginecológica. No es necesario efectuar nuevas exploraciones, siendo conveniente una exploración de las condiciones cervicales, con fines pronósticos después de la semana 38.

Extremidades. En el último período del embarazo resulta de mayor importancia el examen rutinario de miembros inferiores en busca de edema e insuficiencia venosa.

Dieta. Es fundamental cuidar de la dieta en la futura madre, deberá indicarse la forma en que se cubran los requerimientos nutricionales, debiendo ser balanceada, de tal forma que los alimentos puedan cumplir con las tres funciones de gran importancia para el organismo:

Función plástica y reparadora. Se encargan fundamentalmente los alimentos ricos en proteínas (del grupo I) alimentos animales, leche, queso, carnes incluyendo el huevo y el pes cado.

Función reguladora o de mantenimiento. A cargo de los alimentos ricos en vitaminas y sales minerales (grupo II), ver duras y frutas; consumiéndose diversas partes de las plantas como raíces, tallos, hojas. Este grupo proporciona principalmente vitamina C y A .

Función Energética. A cargo de los alimentos ricos en grasa e hidratos de carbono, (grupo III). Estos alimentos pro porcionan la energía que necesita el organismo para la realización de sus funciones y actividades. Cereales; semillas de plantas; maíz, arroz, avena. Leguminosas: frijol, garban za, soya, lenteja, haba.

Es recomendable que los alimentos sean frescos, se preparen en forma sencilla e higiénica y se conservan adecuadamente.

Higiene Personal. Insistir en la higiene de la paciente em barazada es importante, ya que ésta debe efectuarse con especial esmero, con lo cual se evitan complicaciones.

Ropa. Se sugiere que sean sueltas, cómodas, atractivas y de ser posible modernas. Estas serán preferentemente amplias para que su peso sostenido únicamente por los hombros y no por el tronco, que debe encontrarse libre de cualquier opre sión.

La mayoría de las mujeres se sienten mejor cuando cuentan con ropa apropiada, lo que le permite libertad de movimiento, soltura y apariencia agradable.



En cuanto a la ropa interior no se permitirá constricciones circulares como son las ligas, para evitar obstruir el retorno venoso linfático de las extremidades.

Por lo que respecta al uso de sostén dependerá de la paciente, aunque se dice que ayuda a contrarrestar la dorsalgia - a causa de los cambios en la dinámica mecánica de soportar peso.

Zapatos. Preferentemente blandos, cómodos, de tacones bajos o medianos y con base de sustentación ancha; ya que en los últimos meses de gestación, el peso del cuerpo no se encuentra distribuido según el equilibrio habitual, sin que se desplace hacia adelante, por lo que el centro de gravedad del organismo sigue dicha dirección.

Ejercicio. Ejercicio físico moderado es medida conveniente en la embarazada, considerándose las características del mismo en relación a los hábitos previos y el momento evolutivo de la gestación. Se recomienda la caminata al aire libre, natación, tenis evitando llegar a la fatiga; debiéndose excluir los ejercicios más enérgicos en los dos últimos meses de embarazo.

Cabe señalar que en algunos sistemas de ejercicio prenatal se adiestra a la mujer para respirar adecuadamente durante el parto; "método de Read", quien destaca que el embarazo y el parto son sucesiones fisiológicas; sin embargo, no existen pruebas científicas que demuestren que el parto se abrevia o el dolor disminuya gracias a los ejercicios prenatales, pero no se puede negar que el ejercicio regular es saludable.

Descanso y reposo. Un reposo equilibrado es importantísimo. Es necesario disfrutar de 8 horas de sueño y, de un breve -descanso a medio día. Se indica la siesta ya que aunque no durmiese la relajación completa le proporcionará confort. - En este caso de tener niños pequeños se aconseja tomar la -siesta simultáneamente a ellos.

Hábitos intestinales. En la mujer embarazada tiende a ser irregular debido a la relajación generalizada de la musculatura lisa y a la compresión del útero cada vez mayor sobre las vías gastrointestinales e interferir en su función. Por lo que es recomendable la ingesta de abundantes líquidos, -frutas, ejercicio; con el propósito de favorecer el peristaltismo y combatir la molestia causada por el estreñimiento.

Viajes. La mayoría de las mujeres pueden emprender sin peligro viajes largos, por ferrocarril, automóvil, barco, -avión; sin embargo, es preferible que en caso de paseo, los viajes sean cortos y de esta manera la mujer embarazada no permanecerá sentada por tiempo prolongado; recomendándole -que procure establecer intervalos durante el viaje para que le sea posible ponerse en pie caminar, con el objeto de evitar estasis venosa en las piernas y así prevenir la tromboflebitis.

Relaciones sexuales. En términos generales no debe restringirse la actividad sexual durante el embarazo. Aunque se -dice que deberá evitarse el coito en caso de pacientes con antecedentes de aborto, parto prematuro, amenaza de aborto, o hemorragia vaginal en el embarazo actual. La abstención durante las dos últimas semanas al término del embarazo no están bien fundamentadas; Pugh y Fernández no comprobaron -efecto perjudicial; por otra parte Goodlin y Colaboradores indican que el orgasmo en estado avanzado de la gestación -puede guardar relación con contracciones uterinas y parto .

premature por lo que se deberá asumir una conducta "conservadora".

Tabaquismo y alcoholismo. Estas con moderación, parece no ser factor perjudicial para la madre y el feto. Sin embargo, los estudios realizados nos dicen que las mujeres que fuman dan productos con menor peso, y en caso de aquellas que sufren irritación respiratoria crónica o asma; deberán reducir el consumo de cigarrillos e incluso abstenerse en forma total.

Administración de medicamentos. Evitarse dentro de lo posible, debido a la relación íntima de teratogénesis con la ingestión de algunos medicamentos en los comienzos del embarazo. Insistiendo en el peligro que representa la "automedicación".

Higiene mental. Deberá evitarse hasta donde sea posible - las alteraciones emocionales. Muchas son inevitables como casos particulares que se refieren a asuntos matrimoniales, sociales y económicos. Desde luego es conveniente que la embarazada evite conversar con aquellas personas que le infundan consejos equivocados, temores o angustias. Surgiendo así la necesidad y el compromiso para que el equipo de salud participe en la dinámica familiar, con el propósito de establecer un acercamiento que le permita instruir a la familia de manera elemental sobre recursos existentes para la salud, medidas a seguir y la relación interpersonal de los integrantes de la familia, favoreciendo así un ambiente terapéutico. <sup>(16)</sup>

(16) Meeks R. Dorothy. Enfermería Práctica. p. 595.

Para el logro de lo anterior, la enfermera encauzará sus acciones básicamente en aspectos de "educación para la salud" como son:

- Comprensión de los cambios físicos y emocionales de la madre por parte del padre, con la finalidad que le brinde su apoyo.
- Saber escuchar y aclarar perfectamente las interrogantes; fomentando la asistencia de los padres a la institución asistencial con el objeto de cuidar su salud.
- Orientación sobre el crecimiento y desarrollo del niño; así como la participación activa del padre en el cuidado del mismo.
- Enfatizar la importancia del control del niño sano, y enseñar el beneficio de acudir a la visita médica periódica.
- Precisar la importancia y el beneficio de la atención del parto institucional.
- Contribuir positivamente en los programas de planificación familiar.
- Identificar casos "críticos de alto riesgo"; con el objeto de brindarles atención inmediata y eficaz.

Finalmente el embarazo de bajo riesgo, se puede dejar bajo la absoluta responsabilidad del personal de enfermería y dadas las condiciones de ciudad Nezahualcoyotl, donde su población aún acude a las parteras empíricas.

Sería benéfico si se trabajara verdaderamente sobre bases sólidas y con el deseo de reducir la problemática para la población tan significativa y vulnerable como es el caso de la población materna e infantil, de ahí, que la propuesta sería:

Que una vez adiestradas las parteras empíricas se responsabilicen a:

- Registrarse y asistir al adiestramiento permanente, de tal forma que se lleve la supervisión y el control de las mismas.
- Atención de partos y cuidados al recién nacido, siguiendo las normas establecidas.
- Notificar a la institución de salud, en las primeras 24 horas de la atención y sus resultados.
- Transferir inmediatamente aquellos casos de riesgo.
- Información a las madres sobre la necesidad de asistir a una institución de salud, sobre signos y síntomas de alarma, que presente tanto ésta como el producto. (17)

Lo anterior es imprescindible, sin olvidar que influye la escasez de personal de enfermería y su deficiente distribución, aunado a los modelos vigentes de la prestación de servicios y, la práctica de éste personal institucionalizada y

(17) Ministerio de Salud Pública. Secretaría de Salud Pública Cali. Atención a la madre y al niño de cinco años con enfoque a la atención primaria. p. 41

centrada en la atención curativa; dando como resultado la práctica de la enfermería en relación con la práctica de salud; determinada ésta última por la totalidad social, - que abarca la estructura económica, como las instancias - jurídico, político e ideológico.

Para lograr alcanzar una cobertura amplia, difundir y seguir las actividades promocionales, es necesario desarrollar una capacitación confiable a todos aquellos elementos, que se puedan convertir en multiplicadores de todas aquellas actividades, que sean factibles de ayudar a la población.

Esta capacitación debe tener el carácter de permanente, por lo que siempre que se ejecuten las acciones, se seguirá en forma simultánea la capacitación, de tal manera que el programa logre mayores alcances y cobertura, en relación a lo programado.

Sin embargo es interesante señalar que en los últimos años, se les da un enfoque desde su preparación preferentemente de atención primaria, sin excluir desde luego una gran carga importante de información para los aspectos secundarios y terciarios.

Por lo que respecta a las condiciones de servicios de salud en ciudad Nezahualcoyotl, es el estado de México quien cuenta con un programa cuyo enfoque es prioritariamente de atención primaria y dirigido a población abierta.

Lo anterior, capacita a personal que colabora en los programas, con el propósito de cuidar el desarrollo de la comunidad, desde luego que predomina un porcentaje importante de personal no profesional.

Desarrollan sus acciones a través de microregiones y generalmente el coordinador de éste personal es el profesional de enfermería. Lo que propicia que la comunidad, se familiarice con los promotores de salud y éstos participen desde el diagnóstico situacional de su región.

El personal auxiliar, ejecuta otro tipo de acciones conjuntamente con las supervisoras y el personal médico responsable.

Para ello determinan los principales problemas de salud de la población materno infantil, así como de la presencia y participación de las parteras empíricas dada la influencia que tienen sobre esta población, surgiendo la necesidad de una supervisión periódica.

Lo que permite conjuntamente, planear y programar su participación en:

- Discutir los problemas de salud, y posibles formas de solución.
- Elaborar el plan de participación dirigidos a alcanzar ciertos objetivos como son:
  - . Participación en la planeación de acciones,
  - . En la ejecución y evaluación, y
  - . En el adiestramiento a personal y parteras empíricas.
- Difundir y coordinar las acciones para el logro de objetivos de los servicios, dirigidos a población materno infantil. De tal forma que se pueda prestar atención durante el embarazo según riesgo fetal.

El personal del sistema de salud de ciudad Nezahualcoyotl tiene asignaciones de actividades, con base a su categoría; como sería:

Promotor de salud. Identificación precoz de casos, información de los servicios de salud, para las embarazadas.

- Educación básica; higiene personal, de la habitación y de los alimentos.

Auxiliar de enfermería. Confirmación del embarazo, toma de muestras para laboratorio.

- Remisión al médico
- Educación para la salud con temas generales sobre: higiene personal, saneamiento básico, participación de la familia y la importancia del control prenatal y cuidados al recién nacido.

Enfermera. Una vez que el médico indique que se trata de un embarazo de bajo riesgo.

- Control prenatal de embarazadas de bajo riesgo.
- Remisión al médico en caso de cualquier alteración que indique mediano o alto riesgo.
- Toma de citología.
- Educación continuada sobre el; embarazo, parto, post-parto y cuidados al recién nacido y planificación familiar.
- Atención de morbilidad existente.



- Adiestramiento a personal auxiliar y parteras empíricas.
- Importancia y ventajas de la atención del parto institucional.
- Control médico y control del niño sano.
- Estudio de las relaciones interfamiliares.
- Participación directa con las pacientes obstétricas.

#### Médico general

- Atención de pacientes de mediano riesgo.
- Atención de morbilidad referida.
- Transferencia al especialista en mujeres de alto riesgo.

#### Auxiliar de enfermería.

- Visita domiciliaria para controlar a la paciente; y remitirla a consultas.
- Control del recién nacido y la mujer postpartum.
- Preparación del hogar para el regreso de la mujer al mismo.
- Participación en la consulta de control prenatal.
- Pláticas sobre cuidados a seguir durante el embarazo, y post-partum.

- Pláticas sobre el control natal.

Todos aquellos casos de alto riesgo, se deberán tratar oportunamente por personal especializado y se recomienda en unidades de tercer nivel de atención. Con el propósito de garantizar las posibilidades de vida de la madre y el hijo.

La atención del recién nacido, según riesgo por peso al nacer;

Partera empírica. Atención inicial en el hogar, según indicaciones y detección según normas; e información a la institución dentro de las primeras 24 horas.

Auxiliar de enfermería.

Control del recién nacido, durante las primeras 48 horas.  
Control y seguimiento de los niños con peso normal al nacer, durante los primeros 28 días;  
Remisión al médico general para los controles de rutina  
Educación a la familia.

Enfermera.

Clasificación del recién nacido según peso al nacer, vitalidad, interrogatorio, examen físico y factibilidad de manejo ambulatorio.

Remisión al especialista, según criterios

Control de niños, y enseñanza a la familia en el caso que sea factible la atención por ésta

Control de rutina, de aquellos casos que estén siendo tratados por el especialista

## Médico

Controles de rutina según normas

Examen, clasificación y atención de los niños que nacen en la institución y aquellos que soliciten el servicio

Remisión al especialista, aquellos casos de riesgo.

Se incluirán en todos los casos a los promotores de salud, ya que son los que, generalmente visitan a las familias de acuerdo a la microregión que les corresponda. En cuanto las acciones de todos ellos se toman desde el hogar hasta las unidades operativas, según sea el caso. Y en relación a la atención por parte del personal se señalan las acciones que se tiene según categorías existentes.

Además de lo anterior, la información que se les dará sobre la planificación familiar según riesgo reproductivo; - diremos;

Promotor de salud. En el hogar, tendrá como actividades - básicas:

- Información y motivación.
- Orientación y remisión de parejas estériles.
- Remisión de mujeres al programa de planificación familiar, según intereses de éstas.

Auxiliar de enfermería.

- Educación y consejo, a personas que desean volver a, embarazarse.
- Orientación y remisión de parejas estériles al, especialista.

- Control de aceptaciones y remisión al programa de planificación.

#### Enfermera

- Educación y consejo, a personas que desean volver a embarazarse y aquéllas que se consideren de mediano riesgo.
- Clasificación de riesgo reproductivo en mujeres que desean embarazarse.
- Orientación y revisión de parejas estériles al especialista.
- Remisión al médico, de mujeres con complicaciones moderada y severa, según normas.

#### Iniciación de métodos de planificación familiar

##### Médico

- Atención de señoras con complicaciones, moderadas y leves.
- Orientación a las parejas para ser remitidas al especialista.

##### Especialista

- Estudio de parejas estériles.
- Atención de mujeres remitidas por complicaciones.
- Atención de parejas que sean sometidas a tratamiento quirúrgico.

- Adiestramiento a personal en servicio.

Hablamos de equipo de salud y de sus acciones, conjuntamente con la participación de la comunidad; lo que nos lleva a entender que lo integran personas que están dentro y fuera de la propia comunidad, tal es el caso de:

Promotor de salud. Persona esencialmente de la misma comunidad; quien establece la relación entre la familia y el equipo de salud; entre la casa y el organismo de salud y equilibra las acciones ambulatorias domiciliarias con las acciones de nivel de instituciones. Aproximadamente el 80% de su tiempo es de actividades domiciliarias.

Partera empírica. Persona de la misma comunidad, que a través de los años ha venido atendiendo los partos en el área y que aprendió su oficio empíricamente, a través de la observación de la práctica de su madre o abuela. Este personaje frecuentemente requerido sobre todo en el nivel socioeconómico bajo, y donde generalmente se carece de recursos de salud.

Auxiliar de enfermería. Son personas capacitadas desde hace muchos años, orientadas fundamentalmente a la atención directa al paciente o centro hospitalario. Sus estudios son de nivel secundaria y un curso que varía de 6 a 12 meses. En algunas instituciones en los últimos tiempos el 50% de su tiempo, lo invierten en actividades de campo.

Enfermera. Personal que asiste a una institución educativa reconocida, donde pueden capacitarse a nivel de enfermera general, especializada o licenciatura. Las tres categorías cuentan con título profesional y pueden ejercer en el aspecto preventivo, curativo y rehabilitación. Para fines de es

te estudio, nos interesa más aquel profesional con un enfoque eminentemente de "atención primaria" ya que participa en forma sustancial el personal de enfermería.

Teniendo presente que en 1977 la 30a. asamblea de la OMS, aprueba una resolución en la cual se establece como meta de los gobiernos y de la OMS la "Salud para todos en el año 2000", dando así un carácter universal a la extensión de cobertura. La declaración de Alma-Ata, en 1978, afirma que para alcanzar esta meta la atención primaria es la estrategia clave. Siendo así que, en todos los niveles y programas de salud la extensión de la cobertura a las zonas más desprotegidas, utilizando la estrategia de la atención primaria asume carácter prioritario.

Empezando el personal de enfermería asumir más responsabilidad en ésta área, en el aspecto materno infantil, participa en la atención de la embarazada, parto normal, control de post-partum y del niño sano.

Apareciendo así los programas de expansión del papel de enfermería, incluyendo la "práctica de enfermería para la salud de la comunidad y los cursos de la expansión de la práctica", donde un grupo de profesionales señala que corresponde a enfermería el coordinar las acciones de salud en el primer nivel de atención, del sistema institucional. Asumiendo así un compromiso para la profesión y la población abierta. (18)

Ya que, del 75 al 80% de los casos problema, con la mejor preparación del personal de enfermería, se pueden resolver

(18) Ibidem p. 41.

sin mayor tecnología, ni personal de alto nivel o especializado. Esto se acentúa en áreas marginadas y rurales, - donde predomina la, mala alimentación, problemas materno infantil y otros.

Además de la ampliación del roll de enfermería, hace posible emplear con mayor eficacia los servicios médicos, que puedan orientarla hacia un diagnóstico y tratamiento oportunos, evitando así complicaciones y consecuentemente disminuyendo los índices de morbilidad y mortalidad, fundamentalmente en población materna e infantil.

...y quizá en un futuro se logre la atención integral, para que los padres puedan otorgar a sus hijos, los elementos que señala Mann...

- . Amor, ternura, complacencia, cuidados, solicitud.
- . Observación, atención, experiencia, comprensión y aceptación.
- . Tolerancia, consentimiento, aprobación, estimulación, alabanza.
- . Coparticipar, compenetrarse, jugar, hablar e incluso pensar con el lactante
- . Orientación, dirección, control, disciplina, sociabilidad.
- . Instruir, explicar y adquirir una serie de valores y normas.
- . Evitar emociones perturbadoras, temor, ira u hostilidad.

El que se logre establecer, la participación de la comunidad, una armonía en la familia y la responsabilidad del personal del equipo de salud con los programas; seguramente se desarrollarán no únicamente para cumplir sus metas, sino - más bien superarán los logros para alcanzar el bienestar de la humanidad.



### III. ESQUEMA DE LA INVESTIGACION

## Esquema de la investigación:

### 3.1. Limitación del campo de la investigación;

La investigación se desarrolló en unidades de atención médica, en ciudad Nezahualcoyotl, directamente a embarazadas y personal de enfermería.

#### 3.1.1. Area geográfica

El estudio se realizó en Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México, en unidades de primero y segundo niveles de atención en el Centro de Salud Pirules y Hospital de la Perla dependientes del Sistema de Salud de Nezahualcoyotl; teniendo como característica que atiende a población abierta.

#### 3.1.2. Grupos humanos;

El universo de estudio estuvo compuesto, por 50 personas - de las cuales; 25 fueron embarazadas que solicitan atención institucional y 25 personas del equipo de enfermería que ejercen la práctica básicamente en los servicios de obstetricia.

### 3.2. Metodología de la investigación.

#### 3.2.1. Procedimientos empleados:

Se estudiaron 25 embarazadas y 25 enfermeras, a quienes se les aplicó un cuestionario a través de la entrevista. Para ello se recurrió previamente a la revisión bibliográfica - de documentos, como son libros, revistas, expedientes y -- anuario estadístico.

Estas embarazadas, se abordaron en la sala de espera en la consulta externa, del centro de salud Pirules y del Hospital de la Perla, dependientes del Sistema de Salud de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

La selección de personal se realizó con base al que tuviera relación directa con pacientes obstétricas. En los servicios preferentemente de; consulta externa, admisión, tocoquirúrgica y hospitalización. En los turnos; matutino, vespertino y nocturno.

Para el personal asignado en la consulta externa se tomó - el Centro de Salud Pirules, y los otros servicios el Hospital propiamente dicho.

### 3.2.2. Fuentes de obtención de datos;

Se obtuvieron por medio de un cuestionario, el cual para - su aplicación se sometió previamente a prueba; contándose para ello con un grupo piloto. Posteriormente se efectuaron las correcciones y ajustes necesarios.

La aplicación se hizo en forma directa a cada una de las embarazadas y el tiempo que se utilizó para su llenado fue -- aproximadamente de 15 minutos.

Para el personal de enfermería, fue aproximadamente de 15 minutos y prácticamente para su llenado no se requirió explicación adicional. El estudio se realizó en el mes de octubre de 1985.

### 3.3.3. Descripción de los instrumentos;

El cuestionario para las embarazadas, estuvo integrado por 20 preguntas cerradas, con cuatro opciones para cada respuesta.

La primera parte fue destinada para los datos de identificación más general de la embarazada, y la segunda para darnos a conocer la información que tienen las embarazadas - con respecto a la atención prenatal y la atención del parto.

El segundo cuestionario, dirigido al personal de enfermería, consta de 19 preguntas, de las cuales tres son abiertas y 16 cerradas.

La primera parte corresponde a la categoría, servicio y turno, y la segunda para conocer la información y actividades que realizan con la paciente obstétrica.

Se aplicó en forma directa a cada una de las personas y el tiempo promedio utilizado para su llenado fue de 15 minutos.

### 3.3.4. Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos; una vez terminada la recolección, se procedió a revisar cada uno de los cuestionarios, para determinar errores u omisiones en el llenado.

El conteo de datos fue simple, agrupándose los resultados en cuadros, de los cuales se seleccionaron los más significativos para ser representados en gráficas, se efectuó el análisis de los datos dándose finalmente una conclusión.

#### IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS DATOS

## Presentación y análisis de datos:

Resultado de los cuestionarios aplicados en el mes de octubre de 1986; a 25 embarazadas y 25 personas del equipo de enfermería; en el Centro de Salud Pirules y Hospital de la Perla de Ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México.

De las respuestas emitidas en los cuestionarios, las 25 embarazadas refirieron datos de interés, por lo que se seleccionaron las variables de tal forma que fueran significativas, obteniéndose la siguiente información:

En cuanto al lugar de origen de las embarazadas predomina el D.F. con 5 que representa el 20%, inmediatamente los estados de Oaxaca, Guerrero, México, Michoacán y Puebla, lo que indica que las mujeres durante la gestación continúan con costumbres y creencias con respecto al embarazo y parto propias de su región. Observando que el grupo de edad que predomina es de 26 a 30 años con 9 36% enseguida de 16 a 20 años con 6 que equivale al 24%. Cuadro y gráfica 1.

La paridad de las mujeres en su mayoría son multíparas y esto es representativo puesto que 20 con 80% se han embarazado más de dos ocasiones, y cuando una vez más confirman su embarazo presentan diversas manifestaciones como son; alegría 12 (48%), 10 (40%)temor, 2 (8%)disgusto; lo que indica que cada una de ellas demanda atención individual. Cuadro y gráfica 2.

Los intervalos de los embarazos se presentan con mayor frecuencia entre uno y dos años, en relación con aquellos que se presentan antes del año a la fecha del último parto; se aprecia que 9 (32%) aiste a control del embarazo, 16 (68%)

no acude a consulta, lo que trae como consecuencia que un número importante 16 (64%) solicita atención exclusivamente por presentar alteraciones durante el embarazo o el parto. Lo anterior indica la magnitud del problema, sobre todo para aquellas mujeres sujetas a riesgos en la reproducción - poniendo por lo tanto en peligro su vida y la del producto. Cuadro y gráfica 3.

Asimismo se observa que 10 (40%) cursan su embarazo normal y 15 (60%) presentan distocias. Cuadro y gráfica 4. Cabe señalar que de éstas últimas 11 (44%) solicitan atención - institucional, no así las cuatro restantes que acuden con personal empírico por ciertas razones como son, no dejar - sola su casa, por considerar que el costo de atención es - más bajo, factor importante en su presupuesto familiar, ya que en su mayoría se dedican a las labores del hogar por - lo que se encuentran limitadas a contribuir al ingreso per - cápita, pudiendo solventar únicamente gastos exclusivo - como son la compra de la ropita para el recién nacido.

Además se puede decir que de las manifestaciones que se pre - sentan en el post-partum se encontraron en 6 (24%) malestar general, 4 (16%) fiebre, 3 (12%) sangrado y 12 (48%) cursó normal. Cuadro y gráfica 5.

Es sorprendente encontrar que 19 (76%) les informan a los hijos menores de 10 años que traen a su hermanito en el - vientre y próximamente estará con ellos. Sin embargo a 13 (52%) no les interesa lo relacionado con la planificación familiar e inclusive a pesar del auge del programa vigente, se rehusan pasar como usuarios al servicio.

Una vez más se puede apreciar, que la población carece de información con respecto a los recursos de salud disponibles y accesibles a cualquier tipo de población, y lo que es más importante conocer las ventajas que reporta la atención médica en la salud individual y colectiva así como las repercusiones para las futuras generaciones y la familia.

En relación a los cuestionarios aplicados al personal de enfermería, se observó disponibilidad para colaborar e interés en las respuestas.

En cuanto a la categoría se pudo observar que 5 (20%) fue personal especializado, 3 (12%) enfermeras generales y 17 (68%) personal auxiliar.

Encontrándose como principales problemas de salud materno infantil en primer término la desnutrición 12 con (48%) en relación con 7 (28%) que ocupa el mal estado general y 6 (24%) saneamiento ambiental deficiente.

Teniendo entre las causas de morbilidad y mortalidad materno infantil; para las maternas en primera instancia infecciones 15 (60%); hemorragias 5 (20%) y toxemias 3 (12%); en la infantil predominan la gastroenteritis con 14 (56%), bronquitis y neumonías con 6 (24%). Pudiéndose inferir la relación de los múltiples factores que predominan y determinan los índices de morbilidad y mortalidad en una población con características como es el municipio de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México. (Cuadro y gráfica 6).

En cuanto a la etapa en la atención prenatal, prácticamente el 48% la solicita al tercer trimestre del embarazo y el 32% en el segundo teniendo así un número significativo para las múltiparas. (Cuadro y gráfica 7)



Por su importancia se hace necesario señalar que, generalmente son mujeres que presentan alteraciones que ponen en peligro su vida o la de su hijo, y la conducta que se sigue es, la de tratar exclusivamente el problema 16 (64%), de tectándose dentro de los principales problemas: infecciones en 14 (56%), hemorragias 6 (24%) y toxemias 4 (16%). (Cuadro y gráfica 8).

Lo anterior determina que no sea posible tener población controlada ya que muchas ocasiones son espontáneas y se niegan a dar direcciones verídicas, quizá con el propósito -- que se les atienda en el momento justo de su problema, lo que nulifica una atención integral o seguimiento del caso.

El personal de enfermería participa a la atención prenatal, fundamentalmente en la orientación y enseñanza a la embarazada y la familia, sobre temas como son; control prenatal, cuidados al recién nacido. Y en forma indirecta a la admisión de la paciente, control del trabajo de parto y cuidados al recién nacido. (Cuadros y gráficas 9, 10 y 11).

Cabe señalar que el personal de enfermería se limita en sus acciones de atención primaria y en este caso de atención a mujeres con embarazo de bajo riesgo. Puesto que 16 de ellas refirieron que colaboran en el control prenatal, y un número importante 24 (96%) no realizan la visita domiciliaria.

Además la atención de enfermería proporcionada, en 16 (64%) refieren que es general, comparativamente con 5 (20%) que la consideran individual y 4 (16%) de tipo integral.

El adiestramiento que se les da al personal de enfermería al ser asignadas al servicio de obstetricia se puede decir que 12 (48%) lo considera informal, 6 (24%) teórico práctico y 4 (16%) no lo recibe. Siendo sumamente de interés señalar -

que dentro de los propósitos que se tienen para la extensión de los servicios de enfermería resalta el que 18 (72%) sea para disminuir la incidencia de problemas obstétricos. (Cuadro y gráfica 12).

Lo anterior nos permite enfatizar que el personal de enfermería tiene las posibilidades de ejercer la práctica profesional en un primer nivel de atención y lo que es más, en población abierta carente de recursos de todo tipo y sobre todo intentar resolver problemas que son totalmente evidentes y que se dejan sentir, sin esperar mayor o nuevas investigaciones o modalidades.

Se pretende trabajar conjuntamente con lo que se tiene, y el Estado de México cuenta con programas y personal, interesado en colaborar, para contribuir al bienestar de las familias.

#### Replanteamiento del problema

La morbilidad y mortalidad materna e infantil, aún en nuestros días se presenta con predominio en población carente de recursos económicos y en áreas desprotegidas de servicios de salud.

Es interesante señalar que en la muestra estudiada en Ciudad Nezahualcóyotl, se encontró que solicitan atención prenatal únicamente en el caso de encontrarse ante alteraciones que pongan en riesgo la vida de la embarazada o del producto; aunado al desconocimiento de las ventajas del "control prenatal".

Observándose que persisten como causas principales de morbilidad materna la sepsis, hemorragias y toxemias y en la --

edad infantil problemas de tipo digestivo y respiratorio.

Asimismo cabe señalar, que lo anterior se disminuye en la medida en que se difundan adecuadamente los servicios de salud, se ofrezca una atención oportuna y se establezcan las medidas adecuadas para lograr que el embarazo curse normal teniendo la enfermera un campo de acción ilimitado con la población materna e infantil, fundamentalmente en el primer nivel de atención.

#### Comprobación de la hipótesis

La incidencia de la morbilidad materna fetal se disminuye en la medida que la atención de enfermería se eleva en calidad, junto con el tratamiento oportuno en la etapa prenatal.

En este estudio se pudo comprobar que la incidencia de la morbilidad materna fetal se disminuye en aquellos casos que siguen el control prenatal. Y que la participación del personal de enfermería es determinante, sobre todo en la salud de la embarazada y del hijo.

Por lo que el compromiso es de todos, formadores y prestadores de servicios para atender prioritariamente a la embarazada en etapa temprana, y aconsejarla a seguir la conducta que le dará como resultado "salud para ella y el hijo".

El personal de enfermería es un enlace importante entre las instituciones de salud y la comunidad y sobre todo influye en forma importante y definitiva sobre la población materno infantil.

Lo anterior es indicador importante para entender los problemas evidentes en la población materna e infantil de Ciudad Nezahualcóyotl; donde predominan problemas de saneamiento

to ambiental, en su mayoría deficientes, trayendo consecuentemente padecimientos de tipo digestivo que afectan fundamentalmente a la población infantil, lo que eleva los índices de morbilidad y mortalidad.

Asimismo se presenta la necesidad de solicitar atención a personal empírico, puesto que los recursos económicos de las familias les impide consultar al facultativo, en la consulta privada y en su mayoría carecen de prestaciones como serían instituciones de seguridad social ISSSTE u otras.

CUADRO 1

Edad encontrada en las embarazadas que acuden a la consulta obstétrica.

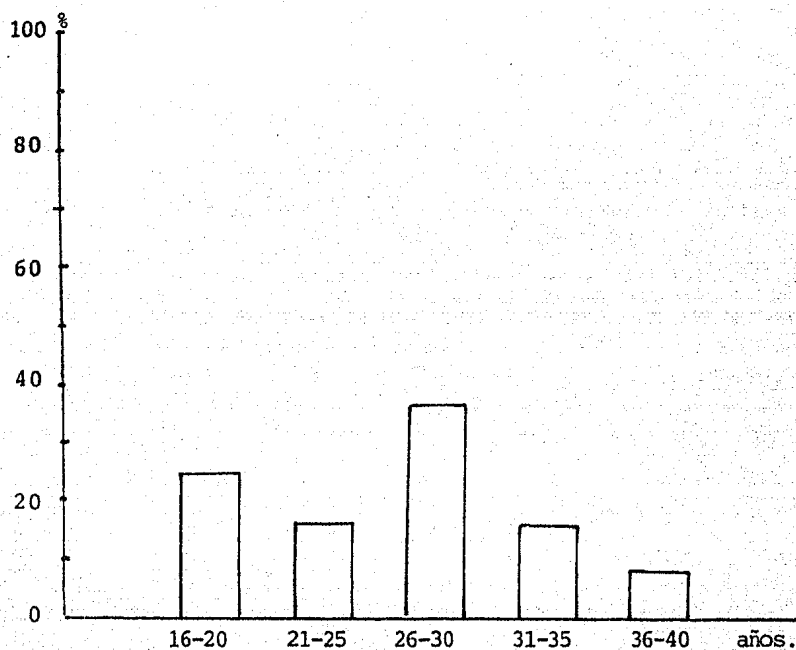
1985

Edad	Fo.	Porcentaje
16 - 20	6	24
21 - 25	4	16
26 - 30	9	36
31 - 35	4	16
36 - 40	2	8
Total	25	100

Fuente: Encuesta aplicada a las embarazadas que acuden a consulta externa en el Centro de Salud Pirules y Hospital de La Perla. Nótese el predominio en el grupo de edad de 26 a 30 años.

# GRAFICA 1

Edad de las embarazadas que acuden a consulta



Fuente: Cuadro No. 1.

CUADRO 2

Efectos que produce el embarazo en las mujeres que acuden a consulta.

1985

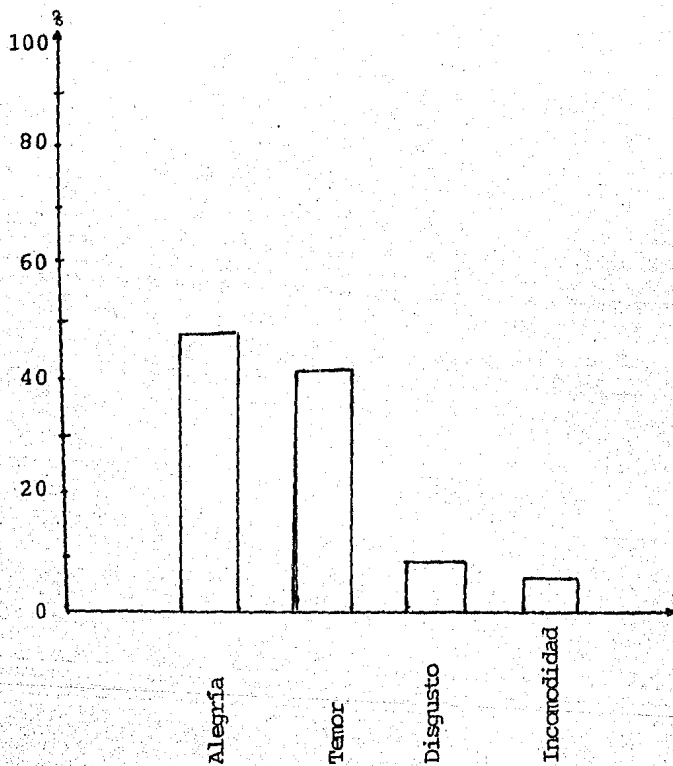
Efectos	Fo.	Porcentaje
Alegría	12	48
Temor	10	40
Disgusto	2	8
Incomodidad	1	4
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro 1.

Se aprecia que un número significativo manifiesta alegría por el embarazo.

GRAFICA 2

Efectos que produce el embarazo en las mujeres que acuden a consulta.



Fuente: Cuadro No. 2



CUADRO 3<sup>4</sup>

Causas por las que solicitan atención prenatal.

1985

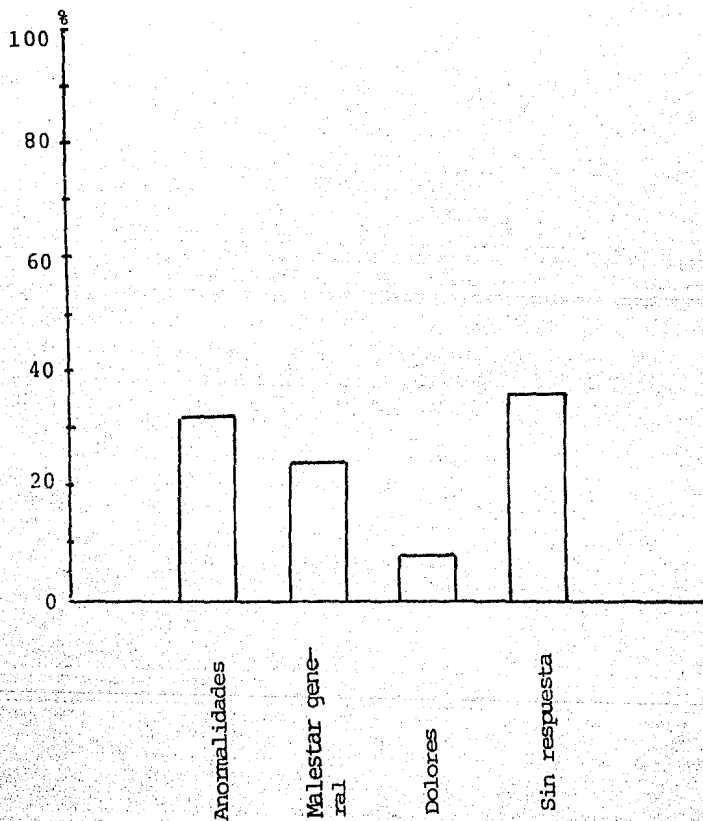
Causas	Fo.	Porcentaje
Anormalidades	8	32
Malestar general	6	24
Dolores	2	8
Sin respuesta	9	36
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro 1.

Obsérvese que en un 32% se presentan a consulta por alteraciones obstétricas.

GRAFICA 3

Causas por las que solicitan atención prenatal



Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO 4

Evolución de los embarazos en las mujeres que acuden a la consulta.

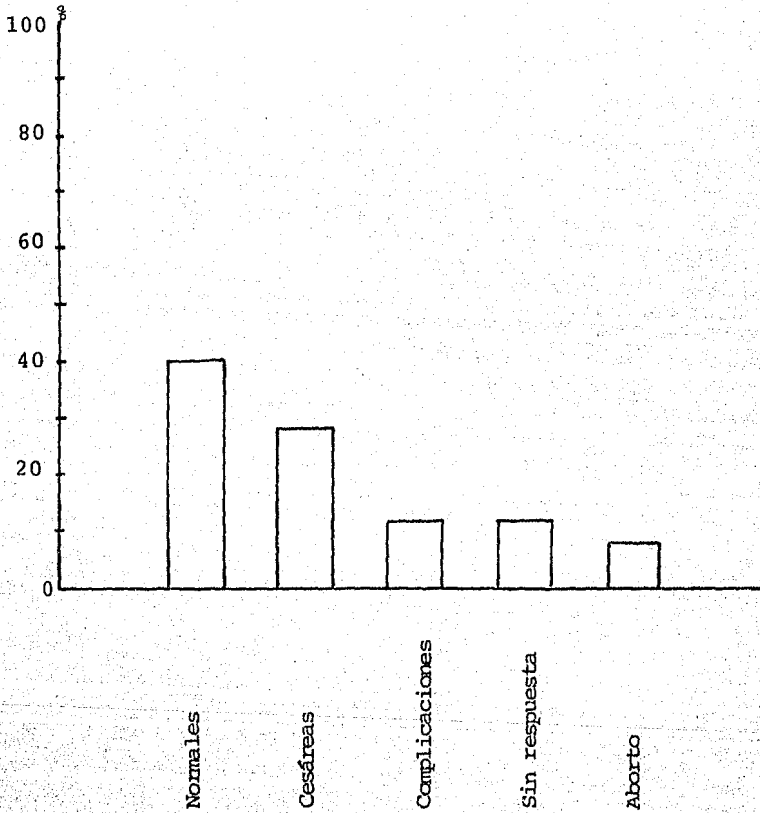
Término del embarazo	Fo.	Porcentaje
Normales	10	40
Cesáreas	7	28
Complicaciones	3	12
Aborto	2	8
Sin respuesta	3	12
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro 1.

Se aprecia que prácticamente el 50% presenta distocias.

GRAFICA 4

Evolución de los embarazos en las mujeres que acuden a la consulta.



Fuente: Cuadro No. 4.

CUADRO 5

Manifestaciones post-partum encontradas en las mujeres que acuden a la consulta prenatal.

1985

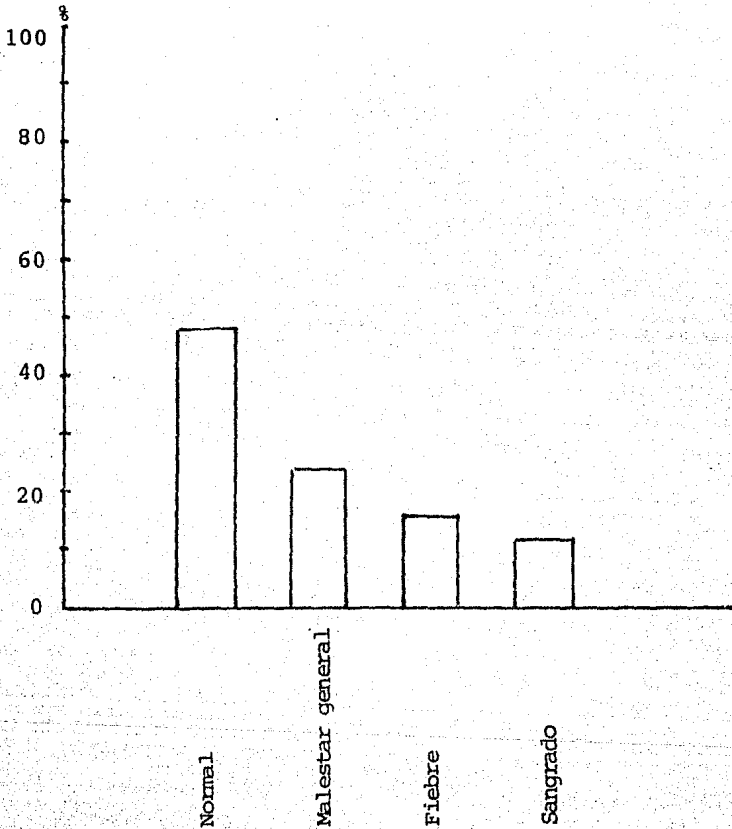
Manifestaciones en el post-partum	Fo.	Porcentaje
Fiebre	4	16
Sangrado	3	12
Malestar general	6	24
Normal	12	48
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro 1.

Nótese que más del 50% cursa el puerperio patológico.

GRAFICA 5

Manifestaciones post-partum encontradas en las mujeres que acuden a la consulta prenatal.



Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO 6

Distribución de causas de morbilidad y mortalidad materno infantil encontrado en la población de Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México.

1985

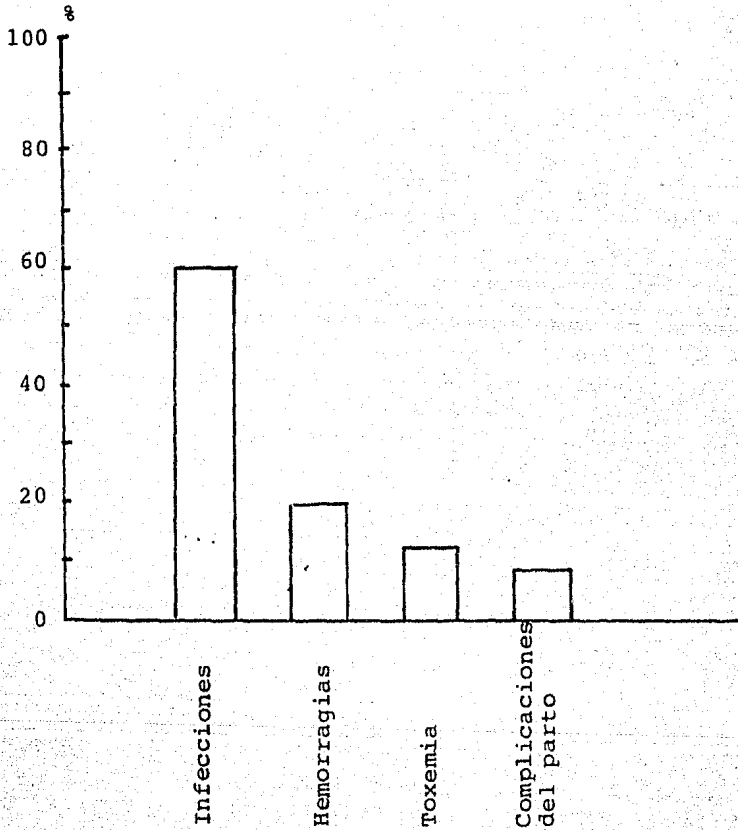
Materno	Fo.	Porcentaje	Infantil	Fo.	Porcentaje
Infecciones	15	60	Gastroenteritis	14	56
Hemorragia	5	20	Bronquitis y neumonía	6	24
Toxemia	3	12	Causas perinatales	3	12
Complicaciones del parto	2	18	Otras	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>		<b>25</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada al personal de enfermería asignado al servicio de obstetricia del Centro de Salud Pirules y Hospital de la Perla.

Obsérvese que en la morbilidad y mortalidad materna inciden las infecciones y en la infantil la gastroenteritis con un 56%.

GRAFICA 6

Causas de morbilidad y mortalidad materna

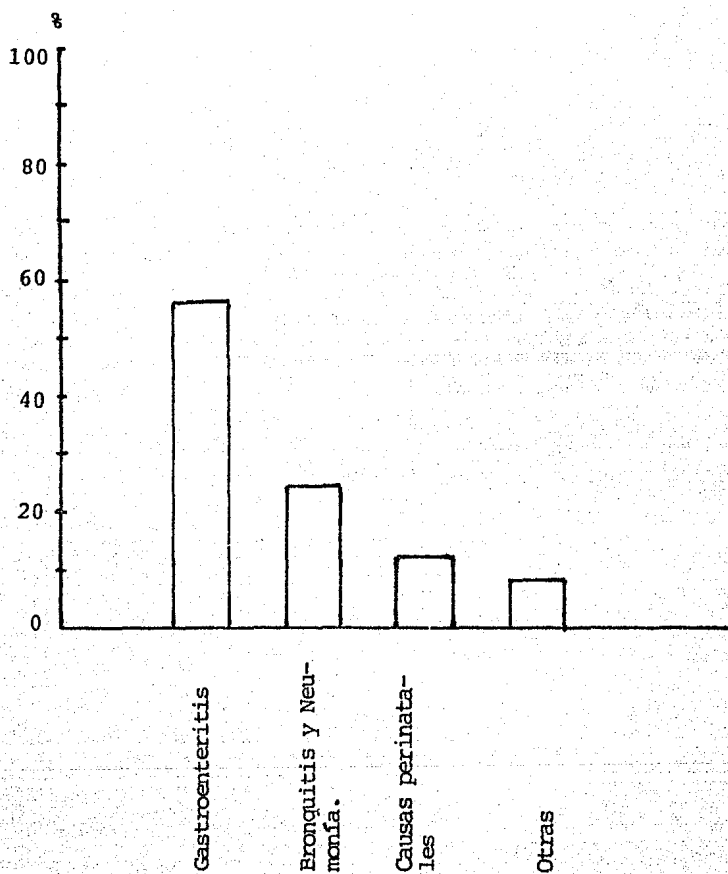


Fuente: Cuadro No. 6



GRAFICA 6 Bis

Causas de morbilidad y mortalidad infantil.



Fuente: Cuadro No. 6.

CUADRO 7

Etapa de la gestación en que solicitan atención prenatal.

1985

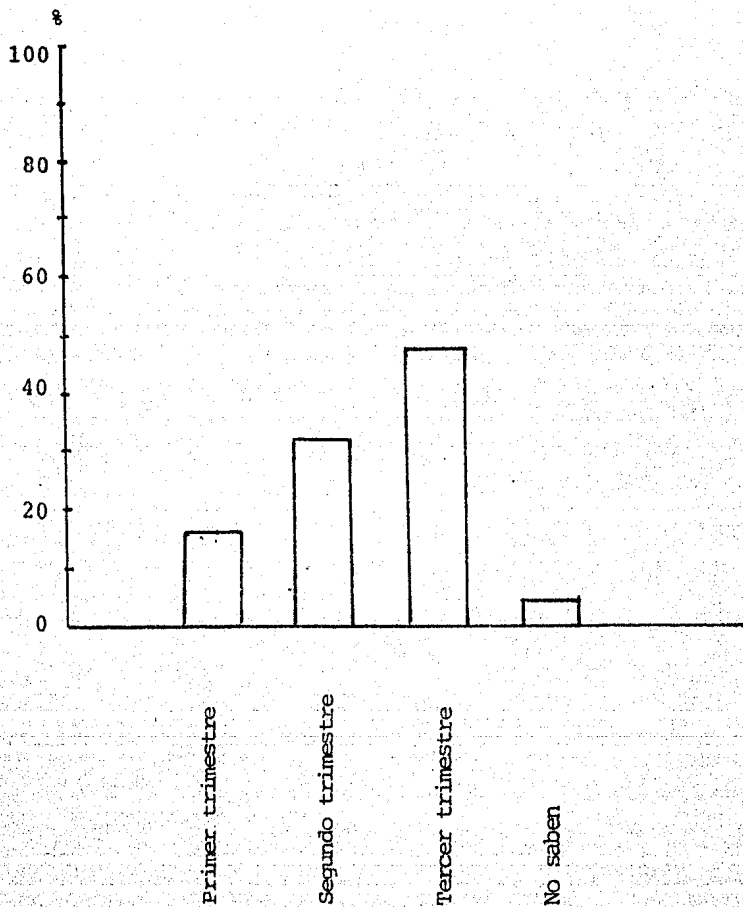
Etapa	Fo.	Porcentaje
Primer trimestre	4	16
Segundo trimestre	8	32
Tercer trimestre	12	48
No sabe	1	4
Total	25	100

Fuente: Mismas del cuadro No. 6

Solicitan atención prácticamente en el último trimestre del embarazo.

### GRAFICA 7

Etapa en que solicitan atención prenatal



Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO 8

Problemas detectados en las embarazadas que acuden a consulta.

1985

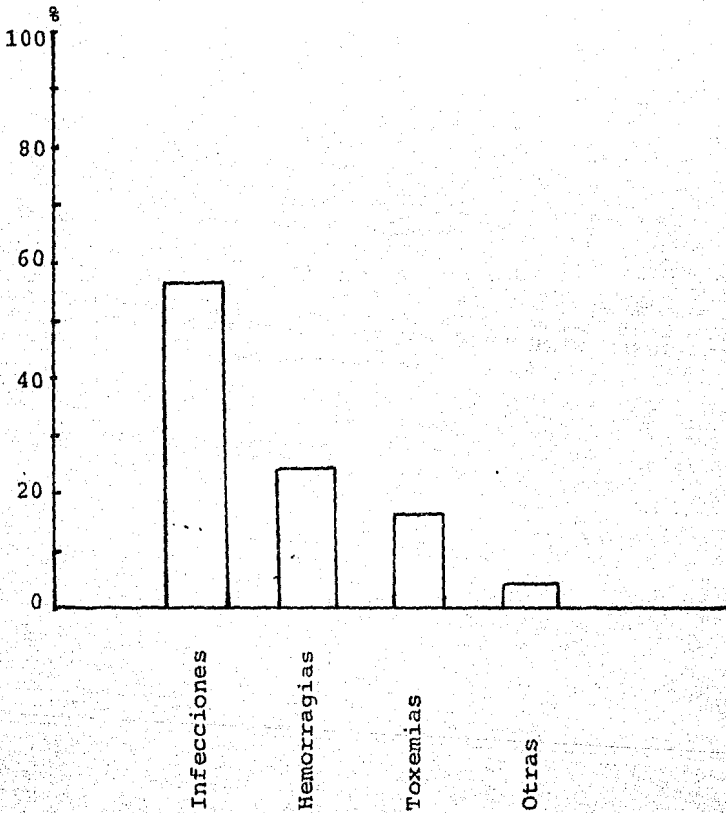
Problemas	Fo.	Porcentaje
Infecciones	14	56
Hemorragias	6	24
Toxemias	4	16
Otras	1	4
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro No. 6

Obsérvese que las infecciones predominan en un 56%

GRAFICA 8

Problemas detectados en las embarazadas que acuden a consulta.



Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO 9

Enseñanza proporcionada por el personal de enfermería a las embarazadas.

1985

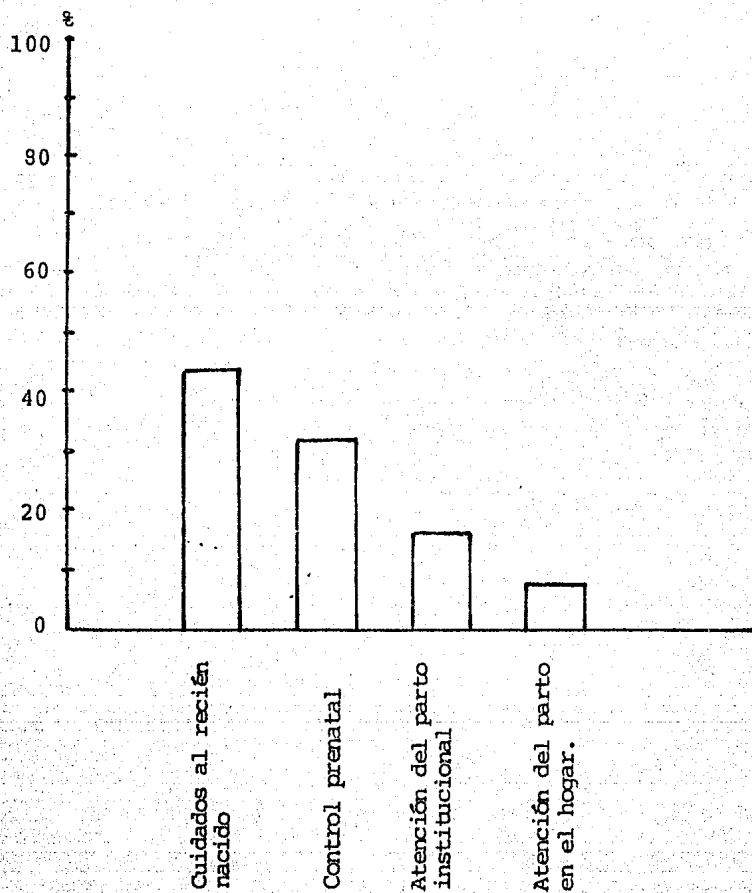
Enseñanza	Fo.	Porcentaje
Cuidados al recién nacido	11	44
Control prenatal	8	32
Atención del parto institucional	4	16
Atención del parto en el hogar	2	8
Total	25	100

Fuente: Misma del cuadro No. 6.

Se aprecia que enfatizan la enseñanza para proporcionar los cuidados al recién nacido.

GRAFICA 9

Enseñanza proporcionada por el personal de enfermería a las embarazadas.



Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO 10

Participación del personal de enfermería a la admisión de la paciente obstétrica.

1985

Participa	Fo.	Porcentaje
Toma y registro de signos vitales	15	60
Orientación a la embarazada y familia	5	20
Exploración física	3	12
Valoración general	2	8
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

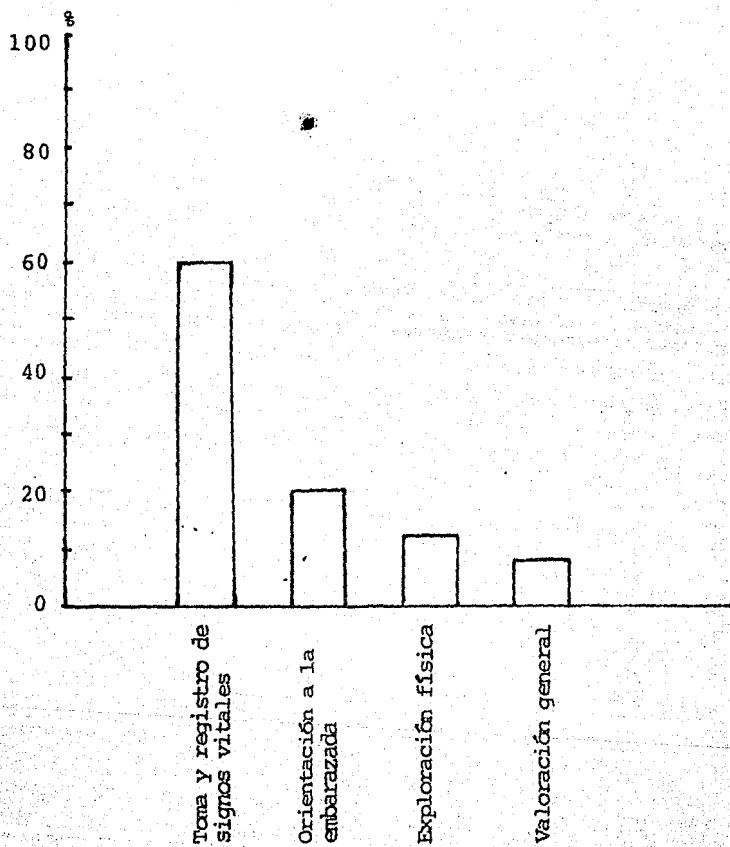
Fuente: Misma del cuadro 6

Se observa que el 60%, se concreta a tomar y registrar signos vitales.



GRAFICA 10

Participación del personal de enfermería a la admisión de la paciente obstétrica.



Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO 11

Participación del personal de enfermería en los servicios de labor y expulsión.

1985

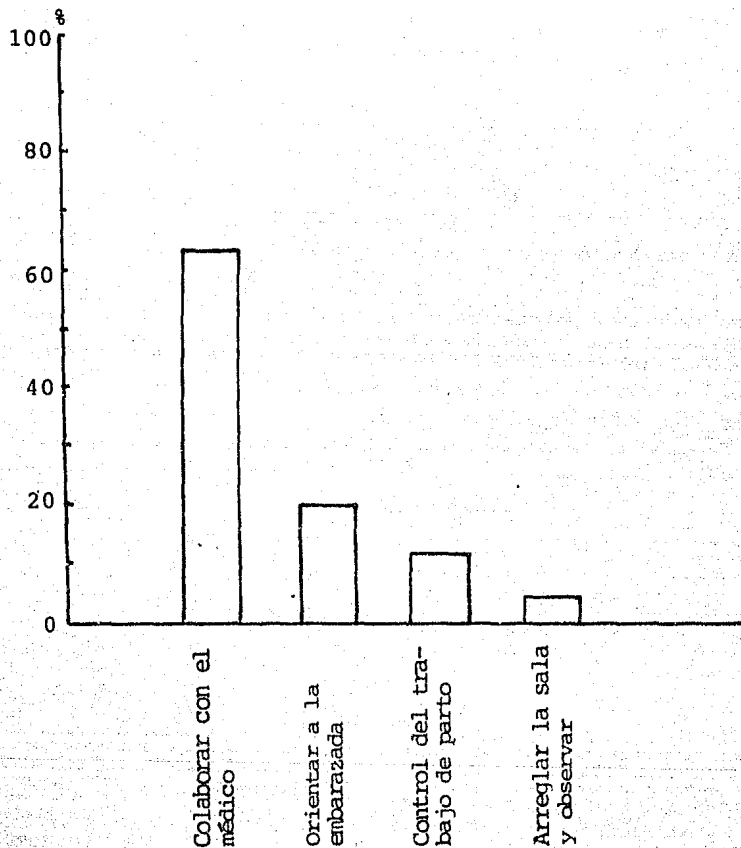
Participa	Fo.	Porcentaje
Colaborar con el médico	16	64
Orientar a la embarazada	5	20
Control de trabajo del parto	3	12
Arreglar la sala y observar	1	4
Total	25	100

Fuente: Mismo cuadro 6.

Se puede apreciar que el 64% colabora con el médico a la atención del parto.

GRAFICA 11

Participación del personal de enfermería en los servicios de labor y expulsión



Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO 12

Propósitos del personal de enfermería en la extensión de los servicios de atención prenatal.

1985

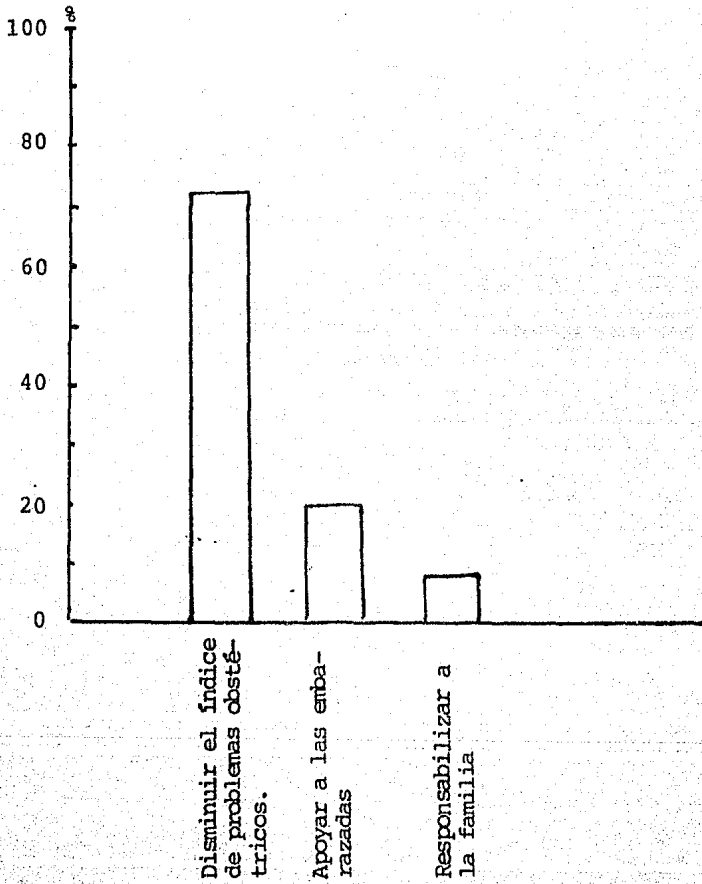
Propósitos	Fo.	Porcentaje
Disminuir los índices de problemas obstétricos	18	72
Apoyar a la embarazada	5	20
Responsabilizar a la familia	2	8
Total	25	100

Fuente: Mismo cuadro 6.

Es interesante señalar que el 72% refiere como propósito disminuir los índices de problemas - obstétricos.

GRAFICA 12

Propósitos del personal de enfermería en la extensión de los servicios de atención prenatal.



Fuente: Cuadro No. 12

## V. RESUMEN Y CONCLUSIONES

## 5.1. Resumen

Si partimos del hecho que la práctica de la enfermería está cambiando rápidamente, se pensaría que los enfoques sociales de la educación se orientan hacia la salud, más que hacia la enfermedad, hacia la prevención más que a la curación, con un enfoque especialmente integrador al hombre; - "anulando así el enfoque puramente técnico" y dirigido fundamentalmente a la comunidad, dejando atrás el campo limitado a la práctica hospitalaria.

Por lo que se hace interesante que la función de la práctica de la enfermería se realice conjuntamente con el equipo de salud, en el campo más amplio de cuidados primarios a la salud, así como la atención de ésta, implementada en caso crónico o agudo.

En cuanto a la atención de la "familia embarazada", es ineludible el derecho por lograr el bienestar de los niños y consolidar aquellos aspectos que influyen durante la gestación y repercuten en la integración familiar; debiendo considerar dentro de la estructura de la familia y la sociedad, que la madre; feto o recién nacido deberán tratarse como una sola unidad sin perder de vista que cotidianamente nos enfrentamos al "riesgo de la reproducción"; y que esto implica secuelas en la misma, así como gastos humanos y recursos materiales al individuo y a la sociedad.

Enfatizando que el ser humano es un organismo complejo perfecto con un potencial natural para la vida y la salud, resulta la "enseñanza" factor fundamental para la prevención de defectos congénitos; por lo que desde la etapa anticoncepcional, a partir de las parejas potencialmente reproductivas, deberán considerarse entes activos en la asesoría perinatal

y así aumentar la posibilidad de tener hijos sanos.

## 5.2. Conclusiones

Ciudad Nezahualcóyotl, es una comunidad carente de recursos de salud y los existentes resultan insuficientes para el número de población total que lo constituye.

Los índices de morbilidad y mortalidad infantil, a pesar -- que han disminuido de manera importante en los últimos años, aún se consideran elevados, siendo uno de los factores la - falta de atención prenatal oportuna a la población abierta.

Los índices de morbilidad y mortalidad infantil, se ven, -- elevados básicamente teniendo como causas principales, en--fermedades del aparato digestivo y respiratorio.

Un número importante de mujeres son atendidas por parteras empíricas, quienes solicitan tardíamente atención institucional y exclusivamente para atención del parto cuando sien--ten que ponen en peligro su vida o la del hijo.

En su mayoría, los señores se comportan indiferentes ante el embarazo de la mujer y únicamente aceptan el compromiso desde el punto de vista económico, o bien nulifican toda - responsabilidad con su compañera, abandonando frecuentemen--te a los hijos.

El personal de enfermería es insuficiente, concretándose a la práctica intramuros y dejando la responsabilidad de la comunidad a otros profesionales del equipo de salud, lo que definitivamente excluye la relación y acercamiento con la - familia.



### 5.3. Alternativas

Indispensable organizar grupos de jóvenes, para orientar - sobre aspectos prematrimoniales de importancia para la salud individual y de la pareja con el propósito de fomentar la paternidad responsable.

Captar a las parteras empíricas de la comunidad, e implantar un programa que se oriente a mejorar la forma de trabajo de las mismas, y utilizarlas como promotoras del propio centro de salud. Manteniendo el control y supervisión en forma permanente.

Formar grupo de embarazadas, para llevar su control prenatal y al mismo tiempo enseñarles a fin de que preparen lo indispensable para la llegada del recién nacido.

Orientar a los promotores de salud del Sistema, para que - acepten su responsabilidad en el primer nivel de atención, promuevan adecuadamente los servicios de salud y orienten sobre medidas que ayuden a contrarrestar las enfermedades de tipo infeccioso, fundamentalmente las de tipo digestivo y respiratorio.

Implantar un programa que permita el adiestramiento al personal de enfermería y sea capaz de actuar de acuerdo a - los recursos y necesidades específicas de la población materno infantil, a fin de lograr disminuir el índice de morbilidad y mortalidad materno infantil, en el municipio de Ciudad Nezahualcóyotl.

Se redistribuya al personal, con el propósito que el profesional motive adecuadamente a todos los integrantes del -

equipo de enfermería y así se trabaje coordinadamente con el equipo de salud y se logre la participación activa y organizada de la comunidad.

Involucrar a la población sería el paso definitivo en los resultados que como institución de salud se pretende, a fin de alcanzar mejores niveles de salud en la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

## B I B L I O G R A F I A

- AGUIRRE ALFREDO Atención a la madre y al niño menor de cinco años con énfasis en la atención primaria.  
Ministerio de Salud Pública.  
Colombia 1983. pp. 487
- ASOCIACION MEXICANA DE GINECO-OBSTETRICIA No. 3. Ginecología y Obstetricia  
Editorial Méndez Oteo.  
Segunda edición;  
México, 1981, pp 998.
- AVELLA, M. et al. Introducción al estudio de la Nutrición.  
ENEP-Zaragoza.  
México; 1980. pp 231
- BACELLS, G.A. La Clínica y el Laboratorio  
Editorial Marín, S.A.  
Décima edición.  
España;1984. pp 590.
- BAENA PAZ G. Instrumentos de Investigación.  
Editores Mexicanos Unidos, S.A.  
12a. edición.  
México, 1984. pp. 134
- BETHEA C.D. Enfermería materno infantil  
Editorial Interamericana.  
México, 1982. pp. 251

- BENSON R.C.                    Manual de Gineco-Obstetricia  
El Manual Moderno.  
México, 1973. pp 735
- BLEIER I. J.                    Enfermería materno infantil  
Editorial Interamericana.  
Segunda edición.  
México, 1982. pp 288
- BOOKMILLER B.                Enfermería Obstétrica  
Editorial Interamericana.  
Quinta edición.  
México, 1970. pp. 547
- BUTTNARESCU G. F.            Enfermería Perinatal.  
Salud en la reproducción  
Volumen 1.  
Editorial Limusa.  
México, 1982. pp 650
- BUTTNARESCU, et al        Enfermería Perinatal  
Volumen 2  
Editorial Limusa.  
México, 1983. pp 592
- CASTILLO V.                    Nezahualcoyotl  
Gobierno del Estado de México  
México, 1972. pp. 195

- CAREY J. First Trimer Prenatal Counseling  
in Private Practice. Revista Jogn  
Nure. 1981  
Sept - oct.
- CICELY et al Salud Materno Infantil y Administra-  
ción de los Servicios.  
Editorial Manual Moderno.  
México, 1975. pp. 155
- COPLAMAR Necesidades esenciales en México  
Alimentación.  
Tomo 1  
Editores Siglo Veintiuno.  
México, 1982. pp 298
- COPLAMAR Necesidades esenciales en México  
Salud  
Editoriales Siglo Veintiuno  
México, 1982. pp. 452
- COPLAMAR Necesidades esenciales en México  
Geografía de la Marginación  
Tomo 5.  
Siglo Veintiuno editores.  
México, 1982. pp. 305
- DOROTHY R. M. Z. Enfermería Práctica  
La Prensa Médica Mexicana  
México, 1983. pp. 697.
- DIAZ DEL CASTILLO E. Pediatría Perinatal  
Editorial Interamericana.  
Segunda Edición.  
México, 1981. pp. 514.

DICKASON J. et al.

Asistencia materna e infantil

Editorial Salvat.

Barcelona, 1980. pp. 543

GREENBERG R. S.

The impact of prenatal care in  
different social groups.

Artículo. Am. J. Obstet Gynecol

Apr. 1, 1983.

GORDON H.

Teoría y práctica trabajo social  
de casos

La Prensa Médica Mexicana.

2a. edición.

México, 1980. pp. 393.

HARRIS R.

"Maternal Serum Alphafetoprotein  
in Pregnancy and the prevention  
of birth defect".

Bristish Medical Journal.

May 17, Regular Review; 1980.

INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL

Medicina Preventiva Clínica.

Anuario de Actualización de Medicina

Volumen VII

México, 1976. pp. 798.

INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL

Procedimientos en Ginecología.

Manual

H.G.O. No. 4

México, 1984. pp. 328.

INSTITUTO MEXICANO DEL  
SEGURO SOCIAL

Planificación Familiar. Boletín.  
Año III; Nos. 9-12.  
México, 1981. pp. 12

INSTITUTO NACIONAL DE  
ESTADISTICA

Geografía e Informática No. 1  
Boletín de Información Estadística  
S.P.P. S.S.A.  
México, Marzo 1984, pp. 44.

JASSO L.

Neonatología Práctica  
Editorial el Manual Moderno.  
México, 1980. pp. 90

KLINE B.

"Contraception and its effect on  
the quality of prenatal care".  
Artículo; Jugosl Ginekol Opstet  
May - Aug. 1982.

KNOX E. G.

La epidemiología en la planifica-  
ción de la atención a la salud.  
Siglo Veintiuno.  
México, 1981. pp. 225

LOPEZ ROSADO F.

Introducción a la Sociología  
Editorial Porrúa, S.A.  
Trigésima Primera Edición.  
México, 1982. pp. 314.

MARLOW D.R.

Enfermería Pediátrica  
Editorial Interamericana  
Cuarta edición.  
México, 1981. pp 830.



MEERS R. D.

Enfermería Práctica

La Prensa Médica Mexicana.  
México, 1983. pp. 697.

MINISTERIO DE SALUD

Investigación Perinatal.

Editorial Científico Técnica  
La Habana, 1981. pp. 319

MCLENNAN C.

Compendio de Obstetricia

Editorial Interamericana.  
Novena edición.  
México, 1977. pp. 490

NELSON M. K.

Tratado de Pediatría

Tomo 1.  
Editorial Salvat.  
México, 1977. pp. 761

O. GAMISSANS

Hormonología del Embarazo

Editorial Ote.  
Santiago de Cuba.  
1982. pp. 309.

OFICINA SANITARIA  
PANAMERICANA

Antología de Experiencias en Servi-  
cios y Docencia en Enfermería.

Publicaciones Científicas  
No. 393.  
Washington; 1980. pp 216

OFICINA SANITARIA  
PANAMERICANA

La estrategia de atención primaria  
Boletín.  
Vol. 94, No. 2, 3.  
Febrero-marzo 1983. pp. 311

Educación Médica y Salud. Boletín.  
Volumen 17, Número 1.  
México, 1983. pp. 194

Manual para la atención de la madre  
y el niño

Número 3  
Washington, 1983. pp. 189

PERSIS M. H.

Asistencia materno infantil de en  
fermería  
Editorial Interamericana.  
Tercera edición.  
México, 1975. pp. 242

PODER EJECUTIVO FEDERAL

Programa Nacional de Salud  
1984 - 1988.  
Síntesis Ejecutiva.  
México, 1984. pp. 130

PRENTICE AM, et.al

"Prenatal dietary supplementation  
of african wonwn and birth - weight  
lance"  
Material Fotocopiado >  
Mar-5, 1985.

RONALD L. K.

Manual de planificación familiar  
para médicos

Publicaciones Médicas de IPPF  
México, 1981. pp. 262

SAN MARTIN HERNAN

Salud Enfermedad

Editorial La Prensa Médica Mexicana  
Edición.

México, 1984. pp. 819.

SOBERON ACEVEDO, et al

Hacia un Sistema Nacional de Salud

Intersistemas, S.A.

México, 1983. pp. 443.

SCHORAH, et al

The effect of periconceptual  
supplementation on blood vitamin.

Artículo

Br. J. Nutr. Mar. 1983.

SECRETARIA DE SALUBRIDAD  
Y ASISTENCIA

Modelo de atención primaria a po-  
blación abierta.

Dirección de planeación.

México, 1985. pp. 60.

STEWART T.

Obstetricia. Ed. Interamericana.  
Décima edición.

México, 1976. pp. 840.

TAMAYO T. M.

El proceso de la investigación  
científica

Editorial Limusa.

México, 1985. pp. 127.

U.N.A.M.

Unidades para el médico en los  
Ciclos Clínicos IX y X.

Facultad de Medicina.

México, 1982. pp. 195.

VI GIL J. M.

Nezahualcoyotl

Gobierno del Estado de México.

México, 1972. pp. 132.

WILLIAMS H. P.

Obstetricia

Editorial Salvat.

México, 1976. pp. 1076.

A N E X O S

Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

El presente cuestionario es con la finalidad de conocer, la información que tienen las embarazadas, que solicitan atención médica en el Hospital de la Perla, de ciudad Nezahualcóyotl. Con el propósito de identificar, aquellos aspectos que pueden ser objeto de orientación adecuada y oportuna.

## I. DATOS GENERALES

1. Domicilio: Calle; \_\_\_\_\_  
Col. \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_ años      Originaria: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

## II. INDICACIONES GENERALES

Lea cuidadosamente y marque con una (X) la respuesta correspondiente. En caso de duda, favor de preguntar a la persona que le está aplicando éste cuestionario.

1. Su embarazo, le causa?  
( ) Temor      ( ) Alegría      ( ) Disgusto      ( ) Incomodidad.
2. Su esposo, recibe la noticia de su embarazo, con?  
( ) Gusto      ( ) Disgusto      ( ) Indiferencia      ( ) Preocupación
3. Este embarazo corresponde al?  
( ) Primero      ( ) Segundo      ( ) Tercero y Cuarto      ( ) Más de cinco
4. Se presenta, nuevamente otro embarazo después de?  
( ) Seis meses      ( ) Uno o dos años      ( ) Tres años      ( ) Más de cinco años
5. Usted, no acude a la atención prenatal, en sus embarazos, porque?  
( ) No es necesario      ( ) No tiene dinero      ( ) Le disgusta a      ( ) Ignora donde  
su esposo

6. La atención que recibe en el centro de salud, la solicita porque?  
 Es buena     No tiene servicio,     Está cercano     Es regular médico.
7. Asiste al control prenatal, para?  
 Cuidar su salud     Evitar problemas     Controlar su     No asiste embarazo
8. Cuando está embarazada, acude atención médica hasta que siente?  
 Movimiento del     Anormalidad     Malestar     Dolores producto general
9. La visita domiciliaria que, le presta al personal de enfermería le produce?  
 Beneficio     Utilidad     Incomodidad     No la visitan.
10. Le interesa que su parto se atienda en el hospital, porque?  
 Tiene seguridad     No pelagra su vida     Le proporcionan mejores cuidados.
11. Prefiere que su parto, se atienda en su casa, porque?  
 No le cambian al niño     La tratan mejor que     No deja su casa  
 Es más barato    en el hospital.    sola.
12. Asiste al hospital, únicamente en el caso de presentar?  
 Sangrado     Fiebre     Presión alta     Ya no la atiende la partera empírica.
13. Los recursos económicos, que tiene le permiten preparar para el bebe?  
 Cuna     Ropita     Tina y biberones     Nada.
14. De sus embarazos anteriores, éstos han terminado en;  
 Aborto     Cesárea     Normales     Complicaciones.
15. En caso de fallecimiento de sus hijos, la causa fue?  
 Infección     La ignora     Deshidratación     Otra enfermedad
- 16.Cuál fue el peso, al nacimiento de sus hijos?  
 Menos de 2,500 g.     2,500 a 3,000 g     Más de 3,000 g.     No sabe.

17. Después del parto usted, presenta?

( ) Fiebre ( ) Sangrado ( ) Malestar general ( ) Normal

18. Le interesaría conocer, lo referente a la planificación familiar, para?

( ) Cuidar su salud ( ) Cuidar mejor a sus hijos ( ) Seguir algún método ( ) No le interesa

19. A sus hijos menores, les dice que la llegada de su hermanito, se debe?

( ) Cigüeña ( ) Regalo ( ) Que usted lo trajo en el vientre ( ) Que usted y su esposo, lo concibieron.

20. Cuando se embaraza, se cuida?

( ) Por el bebé ( ) Por sus demás hijos ( ) No se cuida ( ) Por su salud

Entrevisto: Irma Hilda Montes S.



Universidad Nacional Autónoma de México  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer, la atención prenatal prestada por el personal de enfermería, a las embarazadas que asisten al Hospital de La Perla, dependiente del Sistema de Salud de Ciudad Nezahualcóyotl. Con el propósito de identificar las funciones profesionales y la participación en el programa materno infantil.

Los datos que se obtengan en esta encuesta, serán de carácter absolutamente confidencial y con fines de estudio.

I. DATOS GENERALES

1. Categoría del entrevistado:

( ) Enfermera general ( ) Enfermera especializada ( ) Enfermera ( ) Pasante auxiliar

2. Servicio:

( ) Consulta externa ( ) Admisión ( ) Tocoquirúrgica ( ) Recuperación  
( ) Hospitalización.

3. Turno:

( ) Matutino ( ) Vespertino ( ) Nocturno ( ) Indefinido

4. Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes: Septiembre Año: 1985.

II. INDICACIONES GENERALES

Conteste en forma precisa lo que se solicita, y encierre con una (X), la respuesta que considere adecuada. En caso de cualquier duda; aclárela con la persona que le está aplicando el cuestionario.

1. Los principales problemas de la población materno-infantil, de Ciudad Nezahualcóyotl son?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Indique dos principales causas de morbilidad materna y dos de morbilidad infantil:

a \_\_\_\_\_ b \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ b \_\_\_\_\_

3. Dos causas principales de mortalidad materna y dos de mortalidad infantil:

a \_\_\_\_\_ b \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ b \_\_\_\_\_

4. Generalmente las pacientes que solicitan atención prenatal se presentan en?

( ) Primer trimestre ( ) Segundo Trimestre ( ) Tercer trimestre ( ) No sabe

5. Las mujeres embarazadas asisten a control prenatal, en forma?

( ) Espontánea ( ) Urgencias ( ) Transferencia ( ) Periódica.

6. Las embarazadas que asisten regularmente a la consulta prenatal son?

( ) Nullíparas ( ) Multíparas ( ) Grandes Multíparas ( ) No sabe.

7. Los principales problemas que se detectan en las embarazadas son?

( ) Hemorragias ( ) Infecciones ( ) Toxemias ( ) Otras enfermedades

8. En la consulta externa, usted participa en la atención de la embarazada, en forma?

( ) Directa ( ) Indirecta ( ) Sistematizada ( ) No participa

9. En la consulta externa, orienta a la embarazada, sobre medidas?

( ) Preventivas ( ) Promoción ( ) Curativas ( ) Rehabilitatorias

10. La orientación que proporciona a la pareja, la enfoca especialmente?

( ) Control médico ( ) Control prenatal ( ) Cuidados al recién nacido ( ) Planificación familiar.

11. Al ser asignada al servicio de obstetricia, recibe adiestramiento?

( ) Formal ( ) Informal ( ) Teórico-práctico ( ) No recibe.

12. Participa directamente en la admisión de la paciente embarazada en?

( ) Exploración física ( ) Valoración general ( ) Tcma y registro de signos vitales ( ) Orientación a la paciente, familia

13. En el servicio de labor y expulsión, sus actividades son para?  
 Control de trabajo de parto     Orientar a la embarazada     Colaborar con el médico     Arreglar la sala y observar
14. En la recepción del recién nacido, usted colabora?  
 Cuidados inmediatos     Con el pediatra     Indirectamente     No colabora
15. Le interesa observar a la paciente post-partum, desde?  
 Alumbramiento     Únicamente por 24 horas.     Etapa tardía     En el hogar
16. Considera importante la visita domiciliaria a la embarazada, porque?  
 Es práctica     Util     Detecta necesidades     Reduce costos.
17. La enseñanza que ofrece a las embarazadas sobre las medidas a seguir, incluye?  
 Control prenatal     Cuidados al recién nacido     Atención del parto institucional.     Atención del parto en el hogar.
18. El personal de enfermería debe extender sus servicios para?  
 Captar personal     Apoyar a la embarazada     Responsabilizar a la familia     Disminuir los índices de problemas obstétricos.
19. El adiestramiento sobre temas de obstetricia, que realizan para el personal auxiliar, es para?  
 Ampliar la cobertura     Ampliar el campo de acción de la enfermería     Otorgar mejor atención  
 Reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

Gracias por su colaboración.

Entrevistó: Irma Hilda Montes Sánchez.