



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTRETRICIA



**CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL Y SU  
RELACIÓN A LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA PRENATAL EN  
MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL  
DE CUAUTITLÁN "JOSÉ VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE  
SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**PRESENTAN:**

**ALCALÁ PÉREZ NANCY JANNET  
GONZÁLEZ CRUZ SILVIA**

**DIRECTOR DE TESIS:**

**PMASE. RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ**

ESCUELA NACIONAL DE  
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS EXTERNO

MÉXICO D.F.

OCTUBRE, 2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

AUTORIZACIÓN DE TERMINADO DE TESIS  
Vo. Bo.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Gómez', is written over a horizontal line.

PMASE Raúl Rutilo Gómez López.

Profesor titular de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Nacional Autónoma de México

## DEDICATORIA

A MIS PADRES:

SABIENDO QUE JAMÁS  
EXISTIRÍA UNA FORMA  
DE AGRADECER UNA VIDA  
DE LUCHA, SACRIFICIO  
Y ESFUERZO CONSTANTE,  
SOLO DESEO QUE COMPRENDAN  
QUE EL LOGRO MÍO ES SUYO,  
QUE MI ESFUERZO ES INSPIRADO  
EN USTEDES Y QUE SON MI ÚNICO IDEAL.

Y A TODAS AQUELLAS PERSONAS  
QUE DE FORMA INDIRECTA, FUERON  
APOYÁNDOME, PARA QUE PUDIERA  
ALCANZAR LAS METAS PROPUESTAS  
A LO LARGO DE MI VIDA PROFESIONAL  
Y PERSONA

CON RESPETO Y ADMIRACIÓN.  
NANCY JANNET ALCALÁ PÉREZ

## DEDICATORIAS

EN MEMORIA DE MI MADRE

REYNA CRUZ GÓMEZ  
A QUIEN LLEVO EN MI CORAZÓN

A MI ESPOSO

CARLOS, POR SU INMENSO AMOR,  
PACIENCIA E IMPULSO QUE ESTUVIERÓN  
SIEMPRE PRESENTES DURANTE MÍ  
FORMACIÓN PROFESIONAL, APOYÁNDOME  
Y NO DEJÁNDOME FLAQUEAR EN LOS  
MOMENTOS MAS DIFICILES DE MI VIDA.

A MIS HIJOS

DANIEL Y JOSSELIN  
QUIENES ILUMINAN MI VIDA,  
ME ALIENTAN A SEGUIRME  
SUPERANDO Y ME PERMITEN  
DISFRUTAR SU EXISTENCIA  
LOS AMO.

SILVIA GONZÁLEZ CRUZ

## AGRADECIMIENTO

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,  
CON GRATITUD IMPERECEDERA.

A MI MAESTRO:  
RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ

POR SER UNO DE LOS PILARES IMPORTANTES  
EN LA CULMINACIÓN DE MI CARRERA,  
GRACIAS POR TU ESFUERZO Y DEDICACIÓN,  
POR SABER SER AMIGO Y PROFESOR AL MISMO TIEMPO.

CON ADMIRACIÓN:  
NANCY JANNET ALCALÁ PÉREZ.

## AGRADECIMIENTOS

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
POR LA OPORTUNIDAD DE FORMARME COMO PROFESIONAL  
Y POR SUS EXCELENTES PROFESORES.

AL PROFESOR RAÚL RUTILO GÓMEZ LÓPEZ  
CON RESPETO Y ADMIRACIÓN, QUIEN TUVO  
LA PACIENCIA DE ASESORAR ESTA TESIS,  
MI MAYOR RECONOCIMIENTO POR SUS  
ENSEÑANZAS, ORIENTACIÓN Y AMISTAD.

A MIS HERMANOS  
POR CONTAR CON SU APOYO  
DURANTE MI FORMACIÓN  
PROFESIONAL.

SILVIA GONZÁLEZ CRUZ

## ORACIÓN DE LA ENFERMERA

SEÑOR, TÚ QUE SABES MI DEBER DE ASISTIR  
A LOS ENFERMOS, HAZ QUE YO LES SIRVA NO  
SOLAMENTE CON LAS MANOS, SINO TAMBIÉN  
CON EL CORAZÓN; YO LOS CURE.

SEÑOR, TÚ QUE HAS TENIDO PIEDAD PARA  
TODO HUMANO SUFRIMIENTO, HAZ FUERTE  
MI ESPÍRITU, SEGURO MI BRAZO, AL CURAR  
A LOS ENFERMOS, AUXILIAR A LOS HERIDOS,  
ANIMAR A LOS ANGUSTIADOS; PERO CONSERVA  
SENSIBLE MI ALMA AL DOLOR AJENO,  
DELICADA MI PALABRA, DULCE MI TRATO,  
PACIENTE MI GUARDIA.

SEÑOR, TÚ QUE HAS CREADO LA NATURALEZA  
HUMANA COMPUESTA DE ALMA Y CUERPO,  
INFÚNDEME RESPETO POR LA UNA Y POR  
EL OTRO, ENSEÑAME A CONSOLAR EL ALMA  
AFLIGIDA CURANDO EL CUERPO ENFERMO  
AMÉN.

ANÓNIMO

## INDICE

INTRODUCCION.....	11
<b>1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION.....</b>	<b>14</b>
1.1 Justificación.....	14
1.2 Planteamiento del problema.....	15
1.3 Objetivos.....	17
1.4 Hipótesis.....	18
<b>2. FUNDAMENTACION TEORICA.....</b>	<b>19</b>
2.1 Proceso salud-enfermedad.....	19
2.1.1 Concepto de salud-enfermedad.....	19
2.1.2 Aspectos ecológicos de la salud y enfermedad.....	20
2.1.3 Epidemiología de la salud y la enfermedad.....	22
2.1.4 Salud enfermedad como proceso.....	22
2.2 Proceso enseñanza-aprendizaje.....	23
2.2.1 Promoción de salud.....	24
2.2.2 Educación para la salud.....	25
2.2.3 Salud materna.....	27
2.3 Control prenatal.....	28
2.3.1 Concepto de control prenatal.....	28
2.3.2 Objetivo del control prenatal.....	28
2.3.3 Signos y síntomas del embarazo.....	29
2.3.4 Actividades en las consultas prenatales.....	31
2.3.5 Primer visita.....	32
2.3.6 Visitas subsecuentes.....	34
2.3.7 Visitas finales.....	38
2.3.8 Asesoramiento de los cuidados de la mujer durante el embarazo.....	38
2.4 Trabajo de parto.....	41
2.4.1 Mecanismo de trabajo de parto.....	42
2.5 Participación de enfermería en el control prenatal.....	44
2.5.1 El licenciado en Enfermería y Obstetricia en la salud reproductiva.....	44
2.5.2 Psicoprofilaxis.....	50

2.5.3 Lactancia materna.....	52
2.5.4 Dimensión política de la situación de la lactancia materna.....	52
2.5.5 Promoción de la lactancia.....	53
2.5.6 Políticas nacionales e internacionales de la lactancia materna.....	53
2.5.7 Declaración de la OMS/UNICEF, convenio sobre los derechos del niño.....	54
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>55</b>
3.1 Diseño de la investigación.....	56
3.2 Ubicación del espacio temporal.....	56
3.3 Criterios de selección.....	57
3.4 Organización de la investigación.....	57
3.5 Variables.....	58
3.6 Consideraciones éticas.....	58
3.7 Plan de análisis.....	59
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>60</b>
4.1 Resultados de la investigación (cuadros y graficas).....	61
4.2 Análisis e interpretación de los resultados.....	69
4.3 Comprobación de Hipótesis .....	70
<b>5. CONCLUSIONES .....</b>	<b>71</b>
<b>6. SUGERENCIAS.....</b>	<b>72</b>
<b>7. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>73</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
8.1 Anatomía y fisiología del embarazo.....	76
8.1.1 Aparato reproductor femenino.....	76
8.1.2 Desarrollo Materno-fetal.....	78
8.1.3 Desarrollo y funciones de la placenta.....	81
8.1.4 Anexos ovulares.....	82
8.2 Anatomía de la pelvis.....	83
8.3 Ley General de Salud.....	84
8.3.1 Diario Oficial de la Federación.....	84
8.4 Métodos Anticonceptivos.....	85
8.5 Cruzada Nacional por la Calidad.....	89
8.5.1 La preparación médica fundamental.....	89

8.5.2 Indicadores de la calidad .....	90
8.5.3 Vigilancia y control de venoclisis.....	91
8.5.4 Ministración de medicamentos vía oral.....	91
8.6 Instrumento de trabajo.....	92
8.7 Glosario de términos.....	95
8.8 Carta de consentimiento bajo información.....	97

## INTRODUCCIÓN

La Salud Reproductiva en la actualidad es de gran importancia, ya que de la salud y cuidado de la mujer durante el embarazo se desprenden ciertos elementos que contribuyen a la estabilidad social, y económica de nuestro país.

Por ello se han desarrollado diferentes programas de trabajo, uno de ellos es la vigilancia del embarazo a través del Control Prenatal, cuya finalidad es detectar oportunamente complicaciones propias de esta etapa, para así disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil.

La NOM para la Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido del año de 1998, establece que la vigilancia prenatal debe cumplir ciertos requisitos y uno de ellos es de tener como mínimo cinco visitas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.

Por los resultados obtenidos hasta el momento estos lineamientos no son cumplidos en su totalidad debido a diferentes factores como son económicos, políticos, sociales y culturales los cuales influyen la etapa gestacional, evitando que las embarazadas tomen conciencia de la importancia de la vigilancia prenatal.

Muchas de las mujeres asisten una sola ocasión a control prenatal, pensando que con esa única consulta ya tienen un lugar seguro para la resolución de su embarazo, otras inician su vigilancia tardíamente, siendo esto también inadecuado ya que no es posible detectar y tratar oportunamente complicaciones tanto de la madre como del feto, lo cual es el objetivo del Control Prenatal.

La mayor parte de los problemas de salud materno-infantil son susceptibles de resolverse a través de acciones anticipatorias que busca la concientización para modificar estilos de vida acrecentando la cultura de la prevención y de la higiene reproductiva. En estos propósitos destaca la participación de la Enfermera en el cuidado del embarazo y en la preparación para el parto a través de cursos formales a grupos de mujeres embarazadas, mismos que se imparten tomando en cuenta los principios de psicoprofilaxis obstétrica como alternativa fisiológica y humanizada. Para la Enfermera también es de gran

importancia lograr una actitud más favorable en relación con la lactancia materna, ofreciendo el más amplio asesoramiento en lo que se refiere a la alimentación y el manejo del recién nacido por parte de los padres propiciando la comprensión de diversas tácticas para la estimulación del crecimiento y desarrollo de un niño sano, el proceso educativo a los padres pretende incidir también en la mayor aceptación de una metodología anticonceptiva que posibilite ampliar el intervalo intergénésico.

La educación para la salud perinatal debe entonces ser efectiva para propiciar el cambio de actitud de los padres sobre la sexualidad y la reproducción en condiciones saludables, requiere de alcanzar una gran cobertura de información para que incida en el convencimiento y en la concientización sobre estilos de vida saludables y comprometidos con las ventajas de seguir un patrón de comportamiento esforzado en lograr el bienestar materno-infantil, reconocer las necesidades de mejorar la equidad de condiciones en el hogar, así evitando riesgos y situaciones dañinas en este proceso.

Una Enfermera profesional tiene que ser crítica para poder responder integralmente a la actitud cada vez más demandante de los servicios, por tanto debe ser autorresponsable y con un deseo genuino de mantener la salud en los usuarios. Por ello debe exigir y lograr que las personas participen en su proceso de atención.

Por todo lo anterior la presente tesis *Conceptualización del Control Prenatal y su Relación a la Asistencia de la Consulta Prenatal en Mujeres Gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México* se ha estructurado con el objeto de conocer y resaltar la importancia de la participación del profesional de Enfermería en la salud materno-infantil a partir de ocho capítulos, en el primero se describen los aspectos generales, la justificación de la investigación, el planteamiento del problema, así mismo los objetivos y la hipótesis de esta investigación. En el segundo capítulo se presenta la fundamentación teórica del control prenatal, su importancia y las actividades que se realizan en el mismo destacando temas ligados directamente con lo que se refiere al control prenatal como son: descripción de los órganos genitales femeninos, lactancia materna, métodos de planificación familiar, psicoprofilaxis, participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en la salud reproductiva, a sí como también se menciona brevemente la Cruzada

Nacional por la Calidad, el proceso enseñanza aprendizaje, y el proceso salud enfermedad.

En el capítulo tres se describe la metodología de la investigación, su diseño, ubicación del espacio temporal, los criterios de selección, la organización de la investigación, las variables, las consideraciones éticas y el plan de análisis.

En el capítulo cuatro desarrollamos el análisis e interpretación de los resultados, la discusión de los mismo y la comprobación de la hipótesis.

Los últimos capítulos de la tesis, los ocupan las conclusiones, las sugerencias, el glosario de términos, las referencias bibliográficas y los anexos que están ubicadas en el quinto, sexto, séptimo y octavo capítulo respectivamente.

## 1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACION.

### 1.1 Justificación.

Una problemática social, que en estos momentos tiene gran importancia en la Salud Reproductiva, es en específico lo relacionado con la salud materna durante el embarazo, lo cual a hecho que existan varias estrategias para aumentar la cobertura en el control prenatal; más aun un gran porcentaje de las mujeres embarazadas no cuentan con estos servicios.

Las intenciones que tiene el control prenatal son, disminuir los índices de morbilidad perinatal y aumentar las actividades que están orientadas a la prevención y detección oportuna de factores de riesgo, así como la atención oportuna de alteraciones propias de la gestación que afectan a la madre, feto y familia, así como su tratamiento.

Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja, En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68.

Por esto se pretende, a partir de conocer la conceptualización del control prenatal y su relación a la asistencia de la consulta prenatal en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, identificar algunos factores por los cuales las mujeres embarazadas no realizan el control prenatal y con ello poder incidir de manera asertiva sobre la prevención de posibles complicaciones que pudieran surgir durante el embarazo.

## 1.2 Planteamiento del problema de investigación.

El control prenatal hasta el momento no ha dado los resultados esperados, a pesar de la política y los programas de acción como "Arranque parejo en la Vida". La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública, relacionado con la cobertura y calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos y culturales.

Durante la última década, la tasa de mortalidad materna ha mostrado una tendencia ligeramente a la baja, En 1990 se registraron 5.4 defunciones maternas por 10 000 Nacidos Vivos Registrados (NVR); mientras que en el 2000 este indicador alcanzó el valor de 4.68.

Las principales causas de muerte materna son: preeclampsia- eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en su conjunto representa el 68% del total de las defunciones maternas.

En México la participación del sector público en la atención del parto es muy importante, pero aún insuficiente. Según datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) efectuada en el año 2000, el 67.7% de los partos son atendidos en alguna de las instituciones de este sector, es importante subrayar sin embargo, que el 10% de los partos todavía se atienden en la casa de la mujer o de la partera. Se estima que en México se embarazan un promedio de 2.5 millones de mujeres al año, de las cuales al rededor de 370 mil son atendidas por personal no calificado.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos en el área de la salud, aún existen zonas con altos índices de mortalidad materna-infantil sobre todo en las regiones con mayor pobreza y marginación. En muchas de estas regiones se ha observado que los servicios de salud tienen limitaciones tanto técnicas como humanas, lo que se refleja en una baja calidad de la atención particularmente de las mujeres embarazadas.

La falta de conocimiento de la importancia del concepto de control prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención del parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, que repercuten directamente en la

salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que genere una incapacidad en su vida.

Por lo cual es necesario detenernos a investigar otros aspectos que nos permitan poder vislumbrar ciertas fallas al plantear programas y políticas ajenas a una realidad.

Es por ello que nos surge la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la conceptualización del control prenatal que tienen las mujeres gestantes y su relación a la asistencia de la consulta prenatal atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México?

### 1.3 Objetivos.

#### GENERAL

\*Conocer la relación que existe entre la conceptualización del control prenatal con la asistencia a la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto del Salud del Estado de México.

#### ESPECIFICOS

\*Identificar la conceptualización del control prenatal que tienen las mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

\*Determinar, si la falta de conocimiento de la importancia del control prenatal, contribuye a la falta del mismo en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto del Salud del Estado de México.

\*Establecer de acuerdo a los resultados, alternativas para que las mujeres en etapa gestacional, atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto del Salud del Estado de México, lleven un adecuado control prenatal para disminuir la morbilidad perinatal.

#### 1.4 Hipótesis.

H1 Existe una relación directa entre la conceptualización del control prenatal con la asistencia de la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México.

H0 No existe una relación directa entre la conceptualización del control prenatal con la asistencia de la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del estado de México.

## 2. FUNDAMENTACION TEORICA.

### 2.1 PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.

#### 2.1.1 Concepto de salud y enfermedad.

A primera vista no parece difícil definir salud y enfermedad. Son términos que usamos cotidianamente por lo que tienen un fuerte contenido de sentido común. En este aspecto relacionamos a la salud con una apreciación subjetiva de bienestar, ajustando a lo que consideramos actividades normales del individuo. Por otra parte, asociamos la enfermedad con una sensación de malestar. La salud, índice de desarrollo de un país, que implica aspectos no sólo biológicos sino también sociales, educativos y culturales, está plasmado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el artículo 4º. De la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Considerar la salud como un estado biológico y social estático no es realista, la noción de la salud implica ideas de variación y de adaptación continuas tanto como la enfermedad implica ideas de variación y de desadaptación.

Salud y enfermedad, dos grandes extremos en la variación biológica, son pues, la resultante del éxito o fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente total. La salud no logra ser un fin en sí misma sino está acompañada del goce pleno y equilibrado de las facultades del hombre sano, del disfrute del bienestar, y de su contribución productiva al progreso social.

La definición que propone la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) es: la salud el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La definición de la O.M.S. está basada en el concepto:

\* Un enfoque funcional, que describe la salud como la capacidad de funcionar o el estado de capacidad óptima de un individuo ante el cumplimiento eficaz de las funciones y tareas para los que ha sido preparado.

\* Un enfoque que utiliza el concepto de adaptación, entonces la salud es la adaptación acertada y permanente de un organismo a su entorno, la enfermedad corresponde entonces a un defecto de adaptación.

La salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), aspectos subjetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo socialmente productivos). Y la enfermedad se define como la ausencia de la salud.

La enfermedad es un estado de desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo "la enfermedad" no tiene sentido sino en función del hombre tomado como una unidad biológica, psicológica y social.

La salud es un concepto relativo y multidimensional, cuando más se acerquen a la cultura y el nivel socioeconómico de los individuos y los profesionales, la definición de la salud y de la enfermedad hará mayor referencia a la morbilidad. (ALVAREZ, 1992)

### **2.1.2 Aspectos ecológicos de la salud y la enfermedad.**

La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. La salud y enfermedad obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre ambos; enfermedad es desadaptación.

El medio es físico, biológico y psicosocial. Muchos de los elementos que lo forman, son necesarios para la vida y la salud; sin embargo, si se modifican, casi siempre por la acción del hombre, pueden tener efectos desfavorables. El aire, el agua y los alimentos son indispensables para la vida, pero si se contaminan, se convierten en factores de enfermedad. El individuo se defiende de las condiciones cambiantes del medio, por sus características heredadas y constitucionales, y por los mecanismos de defensa de su organismo.

Los elementos físicos del medio son: la atmósfera, el clima, las estaciones, la geografía y la estructura geológica, entre otros. El hombre ha tratado de modificar o controlar favorablemente algunos de ellos, pero los ha modificado también, desfavorablemente, principalmente por la industrialización y la urbanización, creando así riesgos para la salud.

Hay también algunos elementos químicos que se encuentran en forma natural en el ambiente; incluso necesarios para la vida; pero cuando su cantidad aumenta,

son perjudiciales para la salud por sus efectos cancerígenos o teratogénicos. Pertenecen a este mismo grupo ciertas toxinas de hongos o de diversas plantas, que pueden ser útiles (la ergotina por ejemplo, usada para tratar la migraña) o ser nocivas, como las aflatoxina, que ocasionan deterioro y peligrosidad a los alimentos. La industria y la agricultura han producido otros compuestos químicos: insecticidas, pesticidas, fertilizantes, aditivos para alimentos, etc. que contaminan el suelo, el agua y los alimentos, y pueden producir efectos adversos en el organismo. La contaminación del aire en las grandes ciudades y en las zonas industriales es producida por bióxido de carbono, ozono, óxido de azufre, hidrocarburos y partículas, que si rebasan ciertos límites son nocivos para la salud.

Los factores biológicos, bacterias, virus, parásitos, son agentes específicos de muchas enfermedades; han sido bien estudiados y se han investigado y puesto en práctica medidas útiles para disminuir su acción nociva o para aumentar la resistencia del organismo.

Los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad, aunque conocidos, son menospreciados con frecuencia, a pesar de las consecuencias que producen: la pobreza, la incultura, la ignorancia y la urbanización e industrialización causan trastornos físicos y mentales importantes tales como estrés, neurosis, conductas antisociales, etc.

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad, y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad.

El hombre tiene una actitud ilógica y aberrante ante los problemas ecológicos de salud y enfermedad. Por una parte, a través del funcionamiento fisiológico de un organismo, trata de mantener un equilibrio con los factores del medio, por la otra, tanto por sus costumbres y hábitos inadecuados, como por la urbanización y la industrialización deficientemente planeadas y por otros factores (demográficos, económicos y políticos), ha creado condiciones del medio físico y social, perjudiciales para la salud.

Es al personal de salud a quienes corresponda la responsabilidad de orientar a los individuos y a los grupos humanos para que modifiquen esos hábitos y costumbres, y eviten el deterioro del medio que origina a la vez graves riesgos para salud y la vida.

### **2.1.3 Epidemiología de la salud y la enfermedad.**

La epidemiología de la salud y la enfermedad tiene una base ecológica, ya que uno de sus objetivos es precisamente el estudio de los factores que condicionan estos procesos, en su interrelación con los individuos. La epidemiología considera tres grupos de factores en relación con la salud y enfermedad. Ellos son: el ó los agentes causales de la enfermedad, el huésped y el medio. De hecho, los agentes pertenecen al medio, forman parte de él: sin embargo, por la importancia que tienen como factores específicos en la producción de enfermedades, se les considera por separado, pero subsiste la relación ecológica medio-hombre. La epidemiología no se limita a señalar dicha relación, sino que analiza con mayor detalle las diversas etapas de la interacción agente-huésped, descubriendo la evolución del proceso, desde antes que se presente la enfermedad y posteriormente cuando el individuo enferma. Esta es la historia natural de la enfermedad. Se descubren en ella dos grandes periodos: prepatogénico y el patogénico.

### **2.1.4 Salud enfermedad como proceso.**

Desde la estructuración de las sociedades humanas, en la época neolítica y en particular con el paso del sistema de economía recolectiva a la economía productora del neolítico, la morbilidad humana y los riesgos para la salud aumentan paralelamente al desarrollo de la producción y a la formación de las desigualdades socioeconómicas en poblaciones humanas.

Por un lado se encuentra la posición que plantea que en el proceso salud-enfermedad, la salud y la enfermedad son un fenómeno biológico-social históricamente determinado, cuyas características dependen del tipo de estructura social y del medio económico-cultural que dicha estructura crea; donde al hablar de proceso salud-enfermedad no se quiere decir que exista una serie de pasos determinados que lleven de un estado absoluto a otro únicamente, sino por el contrario quiere decir que existe una relación dialéctica

entendida ésta como el devenir entre los elementos, es hablar también de un solo proceso en dos dimensiones de expresión: La individual y la colectiva, puesto que para explicar el proceso salud-enfermedad "no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar como ésta articulado el proceso social", pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social ya que el proceso biológico humano es social. El social en la medida en que no es posible fijar una anormalidad biológica del hombre al margen del momento histórico, dado que "la mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico, de la enfermedad no ésta dada por el estudio de su apariencia en los individuos sino en el proceso que se da en la colectividad humana", en este sentido cada época histórica y cada clase se caracteriza por formas específicas de envejecer, enfermar y morir.

## 2.2 PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE.

La enseñanza, acción de guiar y estimular al alumno, es la función del maestro; el aprendizaje corresponde al alumno. Por esto el proceso completo se denomina: enseñanza-aprendizaje.

La enseñanza no debe entenderse solamente como el hecho de dar a conocer al alumno tal o cual materia; es más bien la acción de dirigirlo, orientarlo y estimularlo, para que reaccione de manera voluntaria y realice en él, el proceso de aprendizaje y adquiera así, por su propio esfuerzo los conocimientos, aptitudes y actitudes que le permitan alcanza el objetivo deseado, y ocupar un lugar útil y cooperativo en el grupo social al que pertenece.

Desde que la configuración social de la especie se convierte en un factor decisivo de la hominización y en especial de la humanización del hombre, la educación en un sentido amplio cumple una ineludible función de socialización.

La especie humana, constituida biológicamente como tal elabora instrumentos, artefactos, costumbre, normas, códigos de comunicación y convivencia como mecanismos imprescindibles para la supervivencia de los grupos y de la especie.

Paralelamente, y puesto que las adquisiciones adaptativas de la especie a las peculiaridades del medio no se fijan ya biológicamente ni se transmiten a través de la herencia genética, los grupos humanos ponen en marcha mecanismos y sistemas externos de transmisión para garantizar la supervivencia en las nuevas generaciones de sus conquistas históricas. A este

proceso de adquisición por parte de las nuevas generaciones de las conquistas sociales, a este proceso de socialización, suele denominarse genéricamente como procesos de educación.

En los grupos humanos reducidos y en las sociedades primitivas, el aprendizaje de los productos sociales, así como la educación de los nuevos miembros de la comunidad han tenido lugar como socialización directa de la generación joven, mediante la participación cotidiana de los niños (as) en las actividades de la vida adulta.

El aprendizaje consiste en disponer y aplicar los elementos para vencer los obstáculos que impiden alcanzar un objetivo determinado. Así por ejemplo, el niño que aprende a caminar lo consigue después de múltiples esfuerzos que representan obstáculos para él (en este caso se trata de esfuerzos motores y obstáculos o dificultades materiales).

El aprendizaje, en general, es realización de actos voluntarios para vencer los obstáculos que se presenten, a fin de alcanzar el objetivo que se desea. De aquí, estrictamente hablando, nadie puede enseñar nada a nadie; se requiere el esfuerzo personal de quien aprende.

El aprendizaje es, por tanto un proceso activo responsabilidad del alumno, sólo se aprende cuando se aplican los conocimientos recibidos, se adquiere una aptitud por la práctica y se modifica la conducta anterior, haciéndolo útil para sí mismo y para la colectividad.

### **2.2.1 Promoción de salud.**

La organización Mundial de la Salud define la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad.

Según este concepto, que es más bien una idea a la que hay que atender y no una definición propiamente dicha, la promoción de la salud incluye todas las acciones tendientes a conseguir esa idea: alimentación, vivienda, educación, empleo, condiciones económicas, recreación, descanso, cultura, ausencia de enfermedad, etc. Compete a las autoridades proporcionar las condiciones adecuadas de vida y de la salud. El personal de salud no puede influir básicamente en muchos de los factores de bienestar, pero sí está dentro de

sus atribuciones instruir y educar, no solamente para evitar las enfermedades, sino para contribuir a que los individuos, las familias y la colectividad disfruten de una alimentación equilibrada, de una vivienda saludable, de buenas condiciones de trabajo y del descanso y recreación necesarios, y aún más, para que ellos mismos participen activa y conscientemente para elevar su nivel de vida.

La actividad básica que el personal de salud debe realizar para promover la salud es la educación. (HAMILTON, 1989)

### 2.2.2 Educación para la salud.

Actualmente se le denomina educación para la salud, substituyéndose los nombres de educación higiénica o de educación sanitaria, con los que la designaba anteriormente.

Siendo una actividad de tan gran importancia tanto en medicina preventiva como en salud pública, existen obras que tratan de ella con toda extensión, señalando las bases técnicas y metodológicas para su correcta aplicación. Hay varias definiciones de educación para la salud. Se mencionarán solamente dos: "La suma de experiencias que influyen favorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relaciones con la salud individual y comunitaria".

Esta definición alude al contenido de la educación, pero no hace mención de la forma de realizarla. Grout dice:

"La educación para la salud es un procedimiento que incluye la transmisión de todo lo que se conoce sobre la salud dentro de los patrones deseables de la conducta individual y colectiva, mediante el proceso educativo".

Ambas definiciones tienen puntos semejantes, pero no hacen mención de la importancia que el procedimiento tiene. Puede decirse que la educación es el denominador común de todas las actividades de salud pública y de medicina preventiva.

**Proceso educativo:** Incluye tres pasos importantes; la información, la motivación y la educación propiamente dicha. Este último pasó realmente el más importante, ya que implica el cambio de conducta del individuo hacia su propia

salud. Para realizar una verdadera labor educativa, deben llenarse los tres pasos antes señalados.

**Información:** Con alguna frecuencia el personal de salud se siente satisfecho con haber proporcionado información sobre determinado tema, considerando que con ello ha hecho educación para la salud.

Así por ejemplo, si da a conocer la necesidad de que los niños reciban diversas vacunas para protegerlos de las enfermedades, o que existe un procedimiento sencillo para detectar la diabetes, etc., está siendo simplemente información, o quizá en cierta forma, un principio de motivación.

**Motivación:** Esta se lleva a cabo cuando se consigue interesar a las personas sobre las ventajas que un determinado procedimiento tiene. En los ejemplos antes señalados, podría agregarse que la vacuna contra la poliomielitis - si es que sobre ese producto se pretende motiva -, previene una grave enfermedad que puede producir invalidez en los pequeños. O, en el caso de la diabetes, que se trata de una enfermedad que detectada a tiempo, permite su control y evita sus posibles complicaciones que pueden incluso provocar la muerte.

**Educación propiamente dicha:** Solamente cuando la madre o los familiares del pequeño, lo llevan a recibir la vacuna, o cuando la persona acude al servicio médico para aprovechar la atención de la que se le ha informado, es cuando termina el proceso educativo. Es de hecho el cambio de conducta.

Cuando la información es completa e interesante lleva implícita un cierto grado de motivación. Y es que en realidad, los pasos o etapas de la educación no se realizan independientemente uno del otro, se completan y en ocasiones se superponen.

### 2.2.3 Salud materna.

El objetivo de los programas de salud para las madres es: disminuir la mortalidad materna, o sea el número de defunciones que tiene relación causal con el embarazo, el parto y el puerperio. Se encuentra entre las cinco primeras causas de defunción en mujeres entre los 15 y 44 años; segunda causa entre 25 y 34 años y tercera entre mujeres de 15 a 24 años.

Las causas principales de la mortalidad materna son las toxemias, las hemorragias y las infecciones.

#### **Toxemias:**

Las toxemias pueden prevenirse, detectarse y ser tratadas durante la atención prenatal; el reconocimiento de un aumento rápido y excesivo de peso, la elevación de la tensión arterial, los edemas de las extremidades inferiores, la presencia de albúmina en la orina, hacen sospechar la existencia de toxemia y obligan a su diagnóstico y tratamiento inmediatos.

#### **Hemorragias:**

Las hemorragias son producidas por aborto, por desprendimiento prematuro de placenta, por traumatismo durante el parto y por incorrecta atención del alumbramiento. La vigilancia de la mujer embarazada permite su oportuna identificación y su tratamiento.

#### **Infecciones:**

Las infecciones, tercera causa de mortalidad materna se deben a su vez a los abortos sépticos realizados con frecuencia en forma encubierta y sin medidas higiénicas, y a la incorrecta atención del parto que ocasiona infecciones puerperales.

La labor educativa tendiente a eliminar la práctica del aborto provocado, realizado en condiciones antihigiénicas, por personal inadecuadamente preparado, y el adiestramiento del personal de salud para la correcta atención del parto y del puerperio son las medidas preventivas a aplicar. (VILLASEÑOR, 1960).

## 2.3 CONTROL PRENATAL.

### 2.3.1 Concepto

Se denomina control prenatal al cuidado de la salud de la madre y el feto por nacer, y tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término (a los nueve meses), de peso normal y que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su bebé.

El control prenatal es la valoración y seguimiento sistemático de la paciente embarazada para asegurar una mejor salud a la futura madre y al feto; el cual tiene como finalidad, prevenir, identificar o mejorar anomalías materno-fetales que afectan de manera adversa el resultado final del embarazo. (HELEN, 1997)

### 2.3.2 Objetivo.

Determinar si existe complicaciones o alteraciones que pongan en riesgo el bienestar materno fetal. Así como asegurar que cada paciente junto con su pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones respecto a su futuro reproductivo.

Se debe mantener un programa de visitas prenatales regulares, de las 0 a las 28 semanas cada cuatro semanas; de las 28 a las 36 semanas de embarazo cada dos semanas; de las 36 semanas de embarazo en adelante cada semana.

El tiempo ideal para aconsejar sobre el embarazo es antes de que éste ocurra, pero cuando un paciente acude a visita médica, es a menudo porque ya está embarazada. Con mucha frecuencia, la mujer se da cuenta de que está embarazada, hasta que pasa una o dos semanas de retraso de su período menstrual.

En estos momentos, el desarrollo embrionario ya inició, y está influenciado por cierta carga genética, medio ambiente y costumbres familiares. Gran parte del consejo prenatal no tiene el mismo efecto benéfico, cuando se inicia muy tarde.

Ya que en estos momentos es cuando se inicia la detección de factores de riesgo así como se brindan orientaciones específicas y tratamientos adecuados para la disminución de estos riesgos. (DE BLEIR, 1995).

### 2.3.3 Signos y síntomas del embarazo.

Un embarazo dura aproximadamente 40 semanas o 9 meses del calendario, estos nueve meses se desglosan en tres trimestres; los cuales cada uno de estos están determinado por una serie de cambios físicos específicos en la mujer, etapas en el desarrollo fetal y efectos psicosociales sobre la familia.

Durante el embarazo, el cuerpo de la mujer se adapta a su papel de incubadora para el nuevo ser mediante una serie de cambios físicos, estos cambios se conocen como los signos y síntomas del embarazo y se clasifican en tres grupos de presunción, de probabilidad y positivos.

La amenorrea en una mujer sana que suele tener menstruaciones regulares puede sugerir embarazo. En las mujeres con menstruaciones irregulares y en aquellas que manchan a principio del embarazo, la amenorrea no es un signo de presunción fiable. La amenorrea se asocia también con varias condiciones médicas que no están relacionadas con el embarazo.

Estas situaciones son los trastornos emocionales extremos, el cansancio y un valor escaso de grasas corporales en relación con anorexia o con el ejercicio intenso. Hay que descartar estas causas antes de poder diagnosticar el embarazo las náuseas y los vómitos se asocian a cambios metabólicos y hormonales. Estos síntomas aparecen durante el primer trimestre en el 50% de todos los embarazos.

Esta afección suele denominarse "malestar matutino" porque aparece cuando la mujer se levanta por la mañana y va desapareciendo al cabo de unas horas. No obstante, las náuseas y los vómitos pueden persistir durante todo el día.

La ganancia de peso, la disminución en los niveles de energía y las alteraciones obvias en el sistema reproductor son solo alguno de los cambios que presenta la mujer durante el embarazo.

A medida que la mujer va experimentando el embarazo lo va haciendo la familia. Las enfermeras que son conscientes de los cambios físicos normales que se producen durante el embarazo pueden proporcionar una guía de anticipación y una educación acerca del parto.

El útero aumenta el volumen durante el embarazo comprende estiramiento y notable hipertrofia de las células musculares existentes, además del aumento en el tamaño de las células musculares uterinas, hay incremento del tejido fibroso, elástico, vasos sanguíneos y linfáticos.

El agrandamiento y engrosamiento de la pared uterina son más acentuados en el fondo, para el final del tercer mes, el útero está demasiado grande para limitarse a la cavidad pélvica y es posible palparlo por encima del pubis. conforme el útero sale de la pelvis gira un poco hacia la derecha por la presencia del rectosigmoide en el lado izquierdo de la pelvis.

Para las 20 semanas de la gestación, el fondo ha llegado al nivel del ombligo, a las 36 semanas, el fondo está a nivel del apéndice xifoides, durante las últimas tres semanas el útero desciende ligeramente: el feto se encaja en la pelvis, la pared del útero se adelgaza.

Hay cambios en la contractilidad: a partir del primer trimestre hay contracciones indoloras irregulares (contracciones de Braxton Hicks). En las últimas semanas de embarazo, estas contracciones se vuelven más intensas y regulares, hay aumento progresivo en el aporte sanguíneo útero placentario durante el embarazo.

El cuello uterino presenta reblandecimiento acentuado y cianosis por la mayor vascularidad, edema, hipertrofia e hiperplasia de las glándulas cervicales, hay un tapón de moco muy espeso que obstruye el conducto cervical.

Las erosiones del cuello uterino, que son frecuentes durante el embarazo, representan una extensión de las glándulas endocervicales en proliferación y del epitelio cilíndrico endocervical.

La ovulación cesa durante el embarazo, se suspende la maduración de folículos nuevos, un cuerpo lúteo funciona durante las primeras fases del embarazo (primeras ocho semanas) y producen principalmente progesterona.

La vagina y la parte exterior aumenta de vascularidad, hiperemia y reblandecimiento del tejido conectivo en la piel y músculo de perineo y vulva, se observa el signo de Chadwick: Color violeta característico por aumento de la vascularidad e hiperemia.

Las paredes vaginales se preparan para el trabajo de parto: la mucosa aumenta de grosor, el tejido conectivo se hace laxo y se hipertrofian células musculares pequeñas, las secreciones vaginales aumentan: el pH es de 3.5 a 6 por mayor producción de ácido láctico a partir del epitelio vaginal por *Lactobacillus acidophilus*. (El pH ácido tal vez ayude a conservar la vagina relativamente libre a bacterias patógenas.)

Los cambios en la pared abdominal suelen desarrollar las estrías del embarazo estrías rojizas, ligeramente deprimidas en la piel del abdomen, las mamas y los muslos. (Se transforman en líneas plateadas brillantes después del embarazo.) Puede formarse una línea negra de pigmentación oscura que va desde el ombligo hasta la sínfisis del pubis siguiendo la línea media, puede ocurrir diastasis de los rectos, si es grave, una parte de la pared uterina anterior queda cubierta solamente por una capa de piel, y aponeurosis del peritoneo.

Los cambios en las mamas son sensibles y con hormigueo en las primeras semanas del embarazo, aumenta de tamaño hacia el segundo mes, hay hipertrofia de los alvéolos mamarios, los pezones crecen, se pigmentan intensamente y son más eréctiles al inicio del embarazo, puede expresarse calostro hacia el segundo trimestre, las areólas se ensanchan y pigmentan intensamente, el grado de pigmentación varía con la complejidad individual, en la areola se encuentran diseminadas varias elevaciones pequeñas (glándulas de Montgomery), que son glándulas sebáceas hipertróficas. Mientras que los cambios metabólicos son numerosos e intensos, en reacción al crecimiento rápido del feto y la placenta.

El cloasma gravídico se refiere a la pigmentación marronacea desigual de la cara durante el embarazo. A menudo se le denomina la "mascara del embarazo". La etiología de esta pigmentación marronacea es desconocida pero se cree que esta relacionada con la actividad hormonal normal. El cloasma suele desaparecer por completo tras el parto. (SHOLTIS,1991).

#### **2.3.4 Actividades en las consultas prenatales.**

El énfasis del cuidado prenatal radica en la disminución de las complicaciones maternas y fetales y del índice de mortalidad. El contacto frecuente con la embarazada y con la familia permite a la enfermera saber de primera mano cómo la familia que está esperando un hijo se adapta a los cambios físicos y psicológicos que se asocian al embarazo.

Durante estas visitas prenatales de rutina las enfermeras comprueban el progreso de la mujer y del feto en crecimiento y enseñan a la familia las conductas positivas de autocuidado. (BENSON 1985)

#### **2.3.5 Primera visita.**

La primera visita debe producirse tan pronto como se sospeche el embarazo. En ella, la enfermera registra de forma detallada los antecedentes de salud,

### 2.3.5 Primera visita.

La primera visita debe producirse tan pronto como se sospeche el embarazo. En ella, la enfermera registra de forma detallada los antecedentes de salud, los ginecológicos, obstétricos y psicosociales. Estos aportan una información importante acerca de la salud reproductiva y general de la mujer, tanto pasada como presente. La identificación de los factores de riesgo es una función esencial del registro detallado de los antecedentes, así como condiciones étnicas y culturales.

Antes de que empiece la valoración se le proporciona intimidad a la mujer en un ambiente relajado libre de distracciones. Se sentirá menos cohibida de responder a cuestiones personales en este tipo de ambiente. Una vez finalizada la valoración psicosocial y registrado los antecedentes, se lleva a cabo una exploración física completa y las pruebas de laboratorio pertinentes.

En ocasiones se realiza un Ultrasonido obstétrico, para descartar embarazos múltiples, anomalías del feto, mola hidatiforme, muerte fetal, presentación fetal, posición de la placenta y peso fetal. Se usa para determinar el crecimiento según el diámetro biparietal de la cabeza fetal; La importancia del ultrasonido es que nos ayuda a identificar embarazos desde las cinco semanas y es posible reconocer partes fetales.

#### EXAMEN GENERAL DE ORINA.

Se efectúa un urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina del segundo chorro, con fines de evitar positivos falsos por contaminación del flujo vaginal. Si la orina está turbia y contiene bacterias o leucocitos debe hacerse un urocultivo.

Se busca glucosa y proteína en orina, ya que puede haber glucosa puesto que la tasa de filtración glomerular está aumentada sin que lo esté igualmente la resorción tubular renal. Si se encuentra proteína en orina puede ser signo de algún padecimiento hipertensivo del embarazo o renal.

#### VDRL.

El VDRL es la sigla de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por *Treponema pálido*. La prueba de VDRL, o prueba de reagin plasmática rápida, se utiliza para detectar la

presencia de sífilis, la cual puede transmitirse desde una mujer infectada al feto durante muchos años. Una sífilis no tratada en la embarazada puede originar deformidades o muerte del feto; por lo tanto es esencial la detección precoz. Este se debe solicitar al ingreso del control prenatal y al inicio del tercer trimestre. La titulación para rubéola ayuda a medir la inmunidad mediante una prueba de inhibición de la hemaglutinación positiva.

#### GRUPO SANGUINEO.

El grupo sanguíneo debe realizarse en el laboratorio (banco de sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar clasificaciones de verificación.

#### DETECCIÓN DE VIH.

Una prueba sencilla identifica a los individuos con anticuerpos frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus que provoca el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Tras explicar el procedimiento para realizar la prueba sanguínea, la enfermera obtiene el permiso de la mujer para llevarla a cabo. Si a través de la anamnesis se detecta riesgo de contraer el VIH, o si la prueba para el VIH es positiva, se proporcionará asesoramiento a la mujer y a su cónyuge.

\*Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de historia clínica.
- Identificación de los signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
- Medición y registro de la presión arterial, así como su interpretación y valoración.
- Valoración del riesgo obstétrica.
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta y en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh.
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Detección del virus de inmunodeficiencia adquirida en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas, prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros

especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.

- Prescripción profiláctica de Hierro y ácido fólico.
- Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones económicas y sociales de la embarazada.
- Promoción para que la mujer asista a consultas con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- Medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral.

### **2.3.6 Visitas subsecuentes.**

Es más probable que la mujer cumpla con las visitas prenatales programadas si se ajustan convenientemente a su horario la preocupación acerca del tiempo que tienen que ausentarse del trabajo y por encontrar un cuidado adecuado para sus hijos son ejemplo de las situaciones que pueden afectar negativamente sobre la capacidad de la mujer para acudir a sus citas prenatales; las visitas de seguimiento se programan según los factores de riesgo identificados durante la primera consulta.

Si los factores de riesgo son escasos o nulos se puede ser más flexible en la planificación. Si se han identificado factores de riesgo, éstos al explicarse claramente a la mujer y a su familia. Las citas se programaran en conformidad con la paciente.

### **VALORACION PRENATAL DEL FETO.**

Además de valorar la salud de la mama y el feto, se valorara la información acerca de trasfondo étnico y cultural de la familia. Así mismo se llevara un control del crecimiento uterino y la estimación del crecimiento fetal.

### LATIDOS CARDIACOS FETALES

Latidos fetales, los latidos fetales son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes del embarazo (20 semanas) y con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera como normal en el rango de 120 a 160 latidos por minuto; valores inferiores y superiores se le denominan bradicardia y taquicardia fetal y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

### MOVIMIENTOS FETALES.

Los movimientos fetales ocurren entre la semana 18 y 22 y es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

### PESO PROBABLE DEL FETO.

La estimación clínica del peso fetal probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En la segunda mitad del embarazo ocurre un aumento considerable de peso por lo general entre 0.22 Kg por semana y 0.44 Kg por semana. Si el incremento es mayor quizá indique retención de líquidos y padecimiento hipertensivo.

### VALORACIÓN PRENATAL DE LA MADRE.

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar en busca de patologías médicas que pueden influir negativamente en la gestación.

### CRECIMIENTO DEL UTERO.

Del fondo en la sínfisis del pubis indican 12 semanas de gestación, del fondo uterino en el ombligo indica 20 semanas de gestación, del fondo a 28 centímetros de la parte superior de la sínfisis del pubis 28 semanas de gestación, del fondo en el borde interior de la caja costal son 36 semanas de gestación, y cuando el útero se entorna globulosos y cae indican 40 semanas de gestación.

Una altura mayor del fondo uterino sugiere, embarazo múltiple, error en el cálculo de la fecha, exceso de líquido amniótico (polihidramnios), mola hidatiforme (de generación de las vellosidades en racimos de uvas y no suele desarrollarse feto).

Si el fondo del útero no está al nivel esperado, debe pensarse en un retraso del crecimiento fetal, en un error al calcular la gestación, y muerte fetal intrauterina.

#### VIGILANCIA DE LA PRESION ARTERIAL.

Una elevación de la presión arterial sistólica de 30mm Hg o una elevación de la diastólica de 15mm Hg es un hallazgo significativo. Ya que la presión arterial desciende ligeramente en el segundo trimestre y vuelve a los valores del primer trimestre a medida que el embarazo se acerca a las cuarenta semanas.

#### EXPLORACION PÉLVICA.

Durante una exploración pélvica se determina la existencia de anomalías en los órganos reproductores que pudieran interferir en el embarazo o el parto. Las exploraciones pélvicas no suelen repetirse hasta que la mujer se acerca al final del embarazo, salvo que ocurra una amenaza de parto prematuro, se inspecciona el cuello uterino y la vagina, se finaliza la exploración pélvica con la palpación bimanual del útero y del cuello uterino a través de la vagina y el recto. Tanto el signo de Goodell (reblandecimiento cervical) como el de Hegar (reblandecimiento del segmento uterino inferior) son evidentes al principio del embarazo y detectables con la exploración bimanual. Se valora el tamaño, la textura y la posición de los órganos reproductores internos. Pueden encontrarse pólipos rectales y hemorroides durante esta parte de la exploración. (SHOLTIS, 1991)

## MANIOBRAS DE LEOPOLD.

Para explorar por palpación el útero y su contenido se pueden utilizar las siguientes maniobras, conocidas como maniobras de Leopold.

- PRIMERA MANIOBRA: Se coloca la mano izquierda abierta en el fondo del útero, y en la derecha en el polo inferior. Con esto, se pretende precisar:
  - a) Altura del fondo uterino.
  - b) Situación del feto.
    - Longitudinal.
    - Transverso.
    - Oblicuo.
  - c) Presentación del feto.
  
- SEGUNDA MANIOBRA: Se colocan las palmas de ambas manos en el abdomen, una a cada lado del útero. Esta maniobra permite:
  - a) Precisar la posición del producto.
    - Dorso a la derecha.
    - Dorso a la izquierda.
  - b) Corroborar la situación del mismo.
    - Longitudinal.
    - Transverso.
    - Oblicuo.
  
- TERCERA MANIOBRA: Las palmas de las manos se apoyan en el hipogastrio para localizar el polo inferior del feto, o sea la presentación, lo cual permite conocer:
  - a) Actitud de la presentación.
    - Flexión
    - Retroflexión.
    - Reflexión.
  
  - b) Grado de encajamiento.
    - Libre.
    - Abocado.
    - Fijo.
    - Encajado.

### **2.3.7 Visitas finales.**

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto concurrir oportunamente al servicio de obstetricia donde atenderá su parto.

Deberá reconocer el flujo genital temático, como la salida de l tapón mucoso, los movimientos fetales, ruptura de membranas, dolores de cabeza, zumbidos de oídos, visión borrosa con presencia de manchas de colores que nos puedan dar datos de preeclamsia etc.

Estas se consideran a partir de la semana 38 a la 40; ya que en esta etapa se puede presentar el trabajo de parto en cualquier momento. El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra de una manera insensible. En estas visitas se realizan las misma actividades que en las subsecuentes, pero haciendo énfasis en los signos de alarma obstétrica.

### **2.3.8 Asesoramiento de los cuidados de la mujer durante el embarazo.**

Es enseñar a la embarazada cómo eliminar o reducir las pequeñas molestias que se asocian al embarazo. También se le compromete de forma activa en la promoción de su propio bienestar y el de su hijo. Hay que tener en cuenta todos los aspectos cotidianos de la mujer ya que le gusta conocer las diferentes maneras de modificar su conducta para asegurar que el embarazo sea una experiencia positiva.

#### **PROCESO DE ELIMINACIÓN.**

Se sugiere beber de 6 a 8 vasos de líquidos al día, aumentar el consumo de fibra y realizar un ejercicio frecuente para mejorar los patrones de eliminación. Se aconseja no administrar medicamentos para tratar el estreñimiento durante el embarazo sin receta médica o salvo el médico lo indique.

#### **HIGIENE.**

Se recomienda el aseo diario durante el embarazo, ya que hay más secreción vaginal, más sudoración y una mayor actividad de las glándulas sebáceas. Muchas veces se les recomiendan los lavados vaginales sistemáticos. Las soluciones de los lavados tienden a cambiar el pH normal de la vagina, por lo que

se pueden comprometer la capacidad natural del cuerpo para hacer frente a las infecciones vaginales y uterinas. Esto supone una importante amenaza para el feto. Además, el aumento de la presión vaginal por la fuerza del lavado puede romper las membranas.

#### ROPA.

La ropa que se debe llevar en el embarazo debe ser cómoda y no demasiado ajustada para permitir en continuo crecimiento abdominal. Cualquier prenda que impida la circulación de las extremidades inferiores puede originar edema o favorecer la formación de varices. Se recomienda también usar zapatos de tacón bajo, ya que los zapatos de tacón alto producen tensión en la espalda y aumenta la incidencia de caídas.

#### CUIDADO DE MAMAS Y PEZONES.

Se recomienda limpiar diariamente las mamas y la zona del pezón con agua sola. Los jabones fuertes o perfumados pueden eliminar los lubricantes esenciales y provocar resequedad y agrietamiento. También se enseña a la embarazada a endurecer los pezones para la preparación de la lactancia materna secándolos con un lienzo seco, se les enseña a traccionar ligeramente el pezón y girarlo suavemente en ambos sentidos para la formación del mismo pezón.

#### REPOSO Y SUEÑO.

La embarazada necesita de 6 a 8 horas de sueño nocturno e inclusive se le recomienda tomar una breve siesta. Se le recomienda a la embarazada a elevar un poco las piernas cuando se encuentre descansando, este es para favorecer la circulación.

#### ACTIVIDAD SEXUAL.

La actividad sexual puede mantenerse durante el embarazo siempre que sea cómoda y deseada por ambos cónyuges. La respuesta sexual de la mujer puede estar realmente aumentada debido a la mayor congestión vascular de las regiones perineal y vulvar. A medida que el embarazo progresa, la mujer y su compañero sexual pueden tener la necesidad de experimentar con diversas posturas que proporcionen comodidad y placer a ambos.

La estimulación sexual, puede, en ocasiones, estar contraindicada por una complicación, como un antecedente de parto prematuro o placenta previa.

## SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO.

- Sangrado por vía vaginal
- Perturbaciones visuales
- Vómitos persistentes
- Disuria o hematuria
- Cefalea continúa
- Salida de líquido por vagina
- Ausencia de movimientos fetales
- Edema local o generalizado
- Dolor abdominal tipo cólico
- Hipertermia

## 2.4. TRABAJO DE PARTO.

El trabajo de parto es un fenómeno dinámico que pasa de una etapa a otra de forma insensible las cuales se dividen en:

**PREPARTO:** Que es la etapa de formación del segmento uterino y de la maduración cervical.

El periodo que antecede al trabajo de parto se designa como preparto o fase de maduración cervical; durante este periodo ocurren con más frecuencia las contracciones de Braxton Hicks que se caracterizan porque son de manera irregular, no son dolorosas, no siempre las percibe la paciente, no se irradian hacia la región lumbosacra y no se modifican en un breve plazo. Estas contracciones tienen como finalidad favorecer la presentación cefálica, que el producto adopte una actitud de flexión óptima, orientar la presentación hacia la excavación pélvica, expandir el segmento inferior del útero, encajar la presentación en las primigestas y abocarla en las multigestas y acortar el cervix.

En las primigestas el encajamiento se manifiesta porque ocurre un descenso del fondo uterino, mejoría de la función respiratoria por descenso del diafragma, aumento de molestias urinarias por compresión vesical, aumento de edema de miembros inferiores por dificultar del retorno venoso, aumento de calambres en miembros inferiores, por fenómenos radicales y constipación.

**PRÓDROMOS DE TDP:** Es la etapa en la que ocurre irregularidad en la dinámica uterina.

Es un periodo de transición entre el preparto y el trabajo de parto regular y se manifiesta por contracciones uterinas que de irregulares se convierten en más frecuentes, duraderas e intensas, maduración del cervix el cual propicia mayor reblandecimiento, acortamiento cervical que permite el paso de un dedo y orientación del cervix hacia el centro del eje de la vagina y la expulsión del tapón mucoso o rasgos de sangre.

**TRABAJO DE PARTO:** En esta etapa la dinámica uterina es regular y efectiva y consta de tres periodos.

**PRIMER PERIODO DE TDP:** En este periodo hay borramiento y dilatación cervical. Comprende del inicio el trabajo de parto hasta su dilatación cervical

completa. El primer periodo se caracteriza por la presencia de contracciones dolorosas en el abdomen, irradiadas hacia la región lumbosacra y progresivas en frecuencia, intensidad y duración.

El trabajo de parto bien establecido tiene tres contracciones uterinas en 10 minutos, con una duración de 30 a 60 segundos que se manifiestan con dolor. En las primigestas primero se presenta el borramiento después la dilatación. A medida que la presentación se apoya, la actividad uterina es más intensa, con lo cual progresa la dilatación.

**SEGUNDO PERIODO DE TDP:** Al completarse la dilatación cervical entra en juego otra fuerza muy importante en el parto, la presión abdominal que aunada a la fuerza contráctil del útero, impulsa al feto hacia el exterior y propicia el descenso de la presentación así como la expulsión del producto.

**TERCER PERIODO DE TDP:** Este periodo comprende desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de la placenta y sus membranas.

**RUPTURA DE MENBRANAS:** Está ruptura puede ocurrir en el momento en que la dilatación cervical es mayor de 4cm; dicha ruptura se produce por la presión de las contracciones uterinas; a este hecho se le conoce como ruptura espontánea.

#### **2.4.1 Mecanismo de trabajo de parto.**

El mecanismo de trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto, la etapas son:

##### **A) ENCAJAMIENTO**

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica.

**FLEXION:** Para que el feto descienda en la excavación pélvica necesita flexionar el polo cefálico, para ofrecer sus diámetros menores.

**ORIENTACION:** En el estrecho superior de la pelvis el producto conjuga su diámetro mayor(occisito-frontal) con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos).

**ASINCLITISMO:** Al encontrar en el promontorio un obstáculo natural para el encajamiento, la presentación tiende a inclinarse lateralmente para franquearlo; en esta forma ofrece mayor superficie de un parietal que del otro.

#### B) DESCENSO

El producto continúa su descenso hacia la pelvis; al llegar al vértice de la presentación cefálica al piso muscular del periné, que forma un ángulo diedro, tiende a orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) en ese ángulo quedando conjugado con el diámetro anteroposterior de la pelvis.

**ROTACION INTERNA:** Para lograrlo se necesita efectuar un giro de la cabeza fetal, dentro de la pelvis, movimiento que se designa como rotación interna. Este giro es de 45 grados en las variedades anteriores, de 90 grados en las transversales y de 135 grados en las variedades posteriores. El giro en sentido antihorario en las variedades izquierdas, y en sentido horario en las variedades derechas.

#### C) EXPULSION O DESPRENDIMIENTO

**EXTENSION:** El occipucio se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, y la cabeza se extiende siguiendo la curva del sacro, el cual facilita el nacimiento de la misma; en esta forma, primero nace el occipucio, luego la sutura sagital, la frente, la nariz y el mentón.

**RESTITUCION:** Es el movimiento que realiza la cabeza feta una vez que se encuentra en el exterior, para mantener su posición anatómica en relación con los hombros, para que esto sea posible es necesario que el feto realice un giro de 45 grados en sentido inverso en que realizó su rotación interna.

**ROTACION EXTERNA:** Es el movimiento que ejerce la cabeza fetal, que ya se encuentra fuera de la pelvis materna en el momento en que descienden los hombros en uno de los diámetros oblicuos de la pelvis y gira para acomodarse en el diámetro anteroposterior de la parte baja de la pelvis. Este giro es de 45 grados y se realiza en el mismo sentido que el de la restitución.

**EXPULSION DE HOMBROS:** Al terminar la rotación externa el hombro anterior desciende y se apoya en el arco subpúbico de la pelvis, lo cual

permite que con facilidad que el hombro posterior se deslice por la concavidad sacra. Al ser expulsado por las contracciones uterinas.

*EXPULSION DEL RESTO DEL CUERPO:* Al salir los hombros prácticamente sale el producto, ya que, en condiciones normales, el abdomen, la pelvis y los miembros inferiores, gracias al tamaño de sus diámetros y a que son susceptibles de reducción, no ofrece dificultades para su expulsión. (MONDRAGÓN,1997)

## 2.5 PARTICIPACION DE ENFERMERIA EN EL CONTROL PRENATAL.

### 2.5.1 El licenciado en enfermería y obstetricia en la salud reproductiva.

El futuro de un individuo dependerá de muchos factores, es importante entre ellos, la salud física y psicológica de sus padres y la calidad de la asistencia recibida, la cual tiene una estrecha relación con la capacidad y conocimientos profesionales, mismos que han evolucionado a lo largo de los años. Los primeros registros que se conocen y que se encuentran en los papiros egipcios (el papiro de Ebers) del año 1559 a.C. Hacen referencia a los procedimientos para apresurar el trabajo de parto, la asistencia en casos de aborto y las enfermedades propias de la mujer, por ejemplo, si la planta crecía con mayor rapidez, al vaciar orina, se confirmaba el embarazo, condición que ahora puede corroborarse conociendo las influencias hormonales. Aunque las mujeres de la familia real o quienes tenían graves complicaciones por el embarazo eran atendidas por el médico, la mayor parte eran atendidas por parteras, siendo para ellos comunes los banquillos de atención de parto.

Por esa época, las leyes atenienses exigían que todas las mujeres embarazadas fueran atendidas por parteras, quienes ejecutaban la exploración abdominal, el examen vaginal, valoraban los cambios cervicales y hasta realizaban versiones. Se tiene la impresión que ésta era una práctica socialmente valorada como ayuda humanitaria y con un gran parecido al rol de la ticitita en la sociedad azteca prehispánica.

Durante los siglos XVI y XVII la influencia de Peter Chamberlain (1631) con el fórceps y William Harvery (1627) con el aparato circulatorio y la embriología, fueron sentando las bases para las escuelas de partería. Francois Maureceau (1709) realizó estudios de la fiebre puerperal cuando era epidémica, y de la

técnica de parto en presentación pélvica e instituyó el parto en la cama en lugar de utilizar los banquillos.

En el siglo XVII, William Swellie (1763) describió los mecanismos del trabajo de parto, utilizando maniqués para la enseñanza, y con William Hauffer descubrió la naturaleza separada de la circulación materna y fetal.

Ya más recientemente, con el avance científica, técnico y tecnológico, se ha desarrollado la clínica de obstetricia, se ha hecho más compleja y especializada esta profesión, por consiguiente es mucho más segura la atención al nacimiento.

Los descubrimientos de Braxton Hicks, Seanzoni, Hegar, Credé, el desarrollo de la cirugía, la asepsia y los antibióticos, han permitido evolucionar los sistemas de atención en los hospitales, pero ha deteriorado la disposición humanística que caracterizó siempre a quienes se han dedicado al ejercicio de la partería.

La ENEO tiene una gran tradición y siempre ha buscado los caminos que posibiliten a nuestra sociedad contar con profesionales que puedan participar y ser propositivos en la solución de la problemática de atención perineal. El tiempo nos ha dado la razón, y ahora consciente de esta responsabilidad, la ENEO promueve proyectos de vinculación docente asistencial que permiten que los alumnos, pasantes y profesores participen en programas prioritarios de atención materno-infantil, lo cual se ha venido reforzando e impulsando a partir de los acuerdos de la OMS (Mayo,1992) que convocan a mejorar las condiciones para el ejercicio de la Enfermería y la Partería en el mundo.

En este sentido, la ENEO, preocupada por las necesidades de salud materno-infantil, ha anticipado acciones en condiciones experimentales, controladas para desarrollar un ejemplar sistema de Atención Primaria Perinatal, en el cual la enfermera profesional tiene que ampliar su rol tradicional, asumiendo responsabilidades para las cuales ha sido preparada. La egresada está destacándose como experta en la clínica su experiencia y los resultados nos permiten afirmar que la Enfermería Obstétrica contribuye a ampliar la cobertura, mejor calidad de la atención, así como lograr el equilibrio entre el costo y el beneficio, aplicando el enfoque de riesgo con instrumentos precodificados y tecnología peri natal simplificada que le permiten actuar sobre el control de factores que epidemiológicamente han demostrado fuerza

de asociación y predicción de daños a la salud materno-infantil. Así la enfermera puede ofrecer cuidado integral a la mujer embarazada en bajo riesgo y apoyar el nacimiento eutócico. Pero también puede ayudar, cuando es posible, a cancelar, atenuar o controlar los factores de riesgo que frecuentemente se asocian al proceso del parto.

Con todos estos elementos la licenciada/o en Enfermería y Obstetricia, asegura que puede desempeñar su rol independiente en el primer nivel de atención, donde se sigue demostrando la efectividad de sus acciones en la detección oportuna, su criterio para el control prenatal, la atención del parto de bajo riesgo y su capacidad para el control del puerperio, considerando que los casos de bajo riesgo no requieren instalaciones y tecnología compleja, entonces se puede afirmar que puede responsabilizarse de un centro que funcione bajo estas condiciones y con este modelo de atención, servicios de enfermería que harían posible mejorar la cobertura y la calidad de la atención perinatal, esfuerzo de las instituciones que con el enfoque actual es más costoso, de cobertura limitada, difícil acceso, de baja calidad y menos satisfactoria. Debemos tener en cuenta que la principal demanda de atención hospitalaria es el parto, que los mismos profesionales y especialistas que ofrecen estos servicios tampoco se encuentran satisfechos con el modelo de servicios, que con frecuencia el sistema es también causa de iatrogénicas y deshumanización, institucionaliza rutinas y provoca malestar de los familiares, sobre todo cuando se sufre saturación de los servicios.

Así, la ENEO con sus egresados, está contribuyendo a innovar en servicios de salud, destacando que la enfermera profesional que se desempeña en un sistema de esta naturaleza también puede emplear sus potencialidades técnicas, humanísticas y científicas en beneficio de la población que tiene cobertura de las instituciones del sistema, pero con seguridad mucho más puede hacer por la mujer embarazada que no cuenta con servicios de salud en las comunidades marginadas.

En algunas experiencias la enfermera/o egresada de la ENEO ha perfeccionado sus habilidades obstétricas, ha logrado ampliar sus conocimientos en la materia, y sobre todo, ha demostrado que la población atendida le confía un suceso muy íntimo y de gran valor familiar, es decir, la atención del embarazo, parto, puerperio y en general la salud reproductiva, práctica que realiza con el apoyo de médicos, trabajadoras sociales,

instructoras en psicoprofilaxis, entre otros, y que en conjunto integran un equipo que se complementa mutuamente con los principios y procedimientos del parto humanizado.

Con el fin de ampliar estas primeras consideraciones sobre la importancia estratégica de enfermería para la reforma de los sistemas de servicios de salud, conviene analizar las declaraciones del Dr. Hiroshi Nakajima, (Director General de la O.M.S. en 1992) que señalaba a los gobiernos de los países: la mayor parte de la gente ve en la enfermera una señora uniformada que cuida a los enfermos en una sala de hospitales. Este estereotipo da una impresión muy falsa. En realidad, muchas enfermeras trabajan, y siempre han trabajado, fuera del hospital; en casas particulares, en centros de salud y dispensarios, en escuelas, empresas y fábricas y en muchos otros lugares. La mayor parte de la gente ignora así mismo que no pocas enfermeras prestan sus servicios como administradoras de alto nivel, como docentes e investigadoras. En muchos países hay también enfermeros. Habida cuenta, pues, del número y de la diversidad de personas que prestan sus servicios bajo el calificativo de "enfermera", es peligroso generalizar y, desde un punto de vista más práctico, se plantean grandes problemas en lo que respecta a la definición y categorización, a la normativa correspondiente y a la preparación profesional. En un país la enfermera puede ser una persona sumamente preparada para ejercer su profesión, habiendo adquirido diversas calificaciones y siendo responsable de sus propios actos, mientras que su homólogo en otro lugar e incluso en su propio país, a veces denominada auxiliar o ayudante de enfermería puede haber recibido tan sólo una formación mínima y carecer de autonomía.

"Fomentar la salud, prevenir las enfermedades y cuidar a los pacientes son preocupaciones humanas seculares y de ninguna manera prerrogativas de una sola profesión. En realidad la mayor parte de los cuidados y atenciones están a cargo de familiares y amigos de los enfermos y no de las enfermeras profesionales y sus auxiliares. Tradicionalmente han sido las madres, las abuelas, las jóvenes o las vecinas quienes han prestado los cuidados en las familias y colectividades. Es poco probable que esto cambie, y así lo reconoce ya el personal sanitario en todas partes. Las enfermeras consideran cada vez más que no son unas meras proveedoras de atención sanitaria que satisfacen necesidades profesionalmente definidas de una pacientes pasivos, sino mas bien animadores que ayudan a las personas a responsabilizarse de su propia salud. La enfermera o el enfermero, informa e instruye y respalda el trabajo

que se realiza en las familias y comunidades. Las tareas del personal de enfermería y su adiestramiento deben, en consecuencia, adaptarse a estas situaciones y dar respuestas a las necesidades precisas y cambiantes a la vez. Esa labor deberá también ponerse en relación con otras profesiones sanitarias que han proliferado en las últimas décadas.

Es por ello que en muchos países la enfermería se halla en crisis, de lo que resulta una falta de interés entre los jóvenes por esta profesión, mientras la sociedad no valore en su justa medida la tarea asistencial y el trabajo de la mujer ni se remunere a ambos, en consecuencia, todo cuanto se haga para atraer nuevos aspirantes será inoperante, las mujeres bien instruidas y motivadas seguirán sintiéndose atraídas por las carreras que contienen mayor prestigio social y están mejor remuneradas. La consecuencia de ellos serán desastrosas desde el punto de vista de la salud y del bienestar de la población.

En los países tanto desarrollados como en desarrollo se necesitan servicios de enfermería y partería.

Hoy más que nunca es indispensable aclarar ciertas cuestiones fundamentales y ponerse de acuerdo al respecto; quien es la enfermera, qué debe hacer y cuáles son las motivaciones y el desarrollo de su profesión. Las enfermeras, el restante personal sanitario y las comunidades en que prestan sus servicios deben superar el estereotipo tradicional, actuar con flexibilidad y mirar al futuro. Esto puede resultar a veces penoso y difícil, pero nos permitirá crear servicios de enfermería y partería apropiados para el tercer milenio."

En México será difícil que otros profesionales y la sociedad en general se identifiquen con una enfermería nueva, de hecho se ha prolongado mucho la transición para que se institucionalice el rol de una enfermera obstétrica. Para apresurar el proceso del cambio, primero tenemos que lograr que sean las mismas enfermeras quienes identifiquen sus posibilidades de práctica profesional en beneficio de la salud reproductiva de la sociedad de su tiempo. Deben ser las mismas enfermeras las que valoren la necesidad de sus servicios y las experiencias de algunas enfermeras mexicanas y de otros países en esta especialidad.

Debemos ser capaces de reconocer la importancia que puede tener la enfermería, si nuevamente se destaca como partera, pero ahora con amplias

bases científicas, habilidades clínicas y una incuestionable identidad con el método, estilo y ética de la enfermería moderna.

Si una enfermera enfrenta esta práctica como lo hace el médico obstetra, entonces la enfermera está supliendo e invadiendo el campo del médico especialista o se desempeña como su ayudante. Nosotros estamos por la actividad profesional independiente, que debe compartir y estudiar el conocimiento científico de la obstetricia moderna, pero que se desempeña con los fundamentos, misión y técnicas propias de la enfermería de hoy, con sus teorías, su arte y su ciencia. (RUBIO, 2001)

### 2.5.2 Psicoprofilaxis.

El método psicoprofiláctico o Lamaze es el más empleado para la preparación del parto en la actualidad.

Lamaze, quien estudió a madres rusas entrenadas en una clínica de Leningrado, regresó a Francia y comenzó a preparar a sus pacientes, para la psicoprofilaxis, o sea para la prevención mental del dolor durante el parto. Introdujo en forma gradual ciertas adaptaciones y la más importante de ellas fueron las respiraciones poco profundas y rápidas que caracterizan al método Lamaze (este tipo de respiración cambia, desde entonces).

Concepto:

El método psicoprofiláctico: Es un método educativo integral que pretende que la pareja tenga un cambio de actitud en los eventos del embarazo parto y puerperio, que ayude a liberar el temor al parto, enseñar a participar activamente en él y posibilitar que los futuros padres desarrollen al máximo su sensibilidad y su capacidad efectiva, para que puedan disfrutar del embarazo, del parto y de la crianza del niño. Todo esto se obtendrá conociendo lo que sucede y como sucede en el embarazo y en el parto; dependiendo el rol que le toca desempeñar a cada uno y sabiendo las nociones mínimas acerca del recién nacido y sus cuidados.

Es indispensable una preparación psíquica adecuada de la paciente, que se debe lograr en el control prenatal; no solamente por razones humanitarias, sino también por razones técnicas; pues se encuentra mejor colaboración de la paciente en el curso del trabajo de parto, si ha recibido preparación psíquica.

Es una metodología interdisciplinaria, que llamamos hoy: Psicoprofilaxis Perinatal, cuyo objetivo es el bienestar en la futura familia. Familia que nace cuando se une un hombre y una mujer y se integra cuando nace un hijo. Los futuros padres y/o embarazada, se instruyen y adquieren la información correspondiente a los aspectos físicos y emocionales el embarazo, parto y puerperio, así como las técnicas y recursos para favorecer un menor uso de la analgesia y anestesia.

Actualmente la psicoprofilaxis perinatal es un sistema de educación a la reproducción cuyos beneficios pueden comprobarse por:

- Su valor analgésico.
- Su facilitación al proceso del parto o al menos el no interferir para su evolución.
- La mejoría del estado bioquímico del neonato.
- Cambios favorables en la conducta de la pareja al ponerlos a trabajar en una tarea común.

#### **Recursos en la psicoprofilaxis.**

##### **Físicos:**

Al realizar ejercicios físicos que ayuden a la mujer a manejar su imagen corporal, acondicionar su cuerpo para el trabajo de parto, el nacimiento y promuevan la recuperación durante el periodo de posparto.

Al aprender técnicas de relajación, respiración, y para manejo no farmacológico del dolor, diseñadas para reducir la tensión y promover la habilidad del cuerpo para funcionar a su máxima eficiencia.

##### **Psíquicos:**

Mantiene la capacidad de análisis y síntesis de la mujer y la información objetiva ayuda a las parejas a desarrollar un plan, que les sirva como base para participar en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud.

Mantiene elevado el umbral de la mujer al dolor y el conocimiento acerca de la terminología y las respuestas comunes al embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el periodo de posparto, ayuda a las parejas a comunicarse con el personal de salud.

##### **Emocionales:**

Disminuye los niveles de ansiedad de los padres gestantes, esto les facilita tener expectativas reales y flexibles acerca del embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y la paternidad temprana. Reafirma la confianza en el cuerpo de la mujer y en sí mismo al involucrarse en la toma de decisiones acerca del cuidado de la salud.

Ayuda a los padres en la elaboración del espacio psicofísico del bebé.

#### **Socioculturales:**

Capacita a la pareja en los prácticos de la maternidad y paternidad ayudándolos a adoptar mejor su rol de padres.

#### **2.5.3 Lactancia materna.**

La lactancia materna es la alimentación natural de los recién nacidos. Es la mejor durante los 6 primeros meses de vida de modo exclusivo y como complemento a otros alimentos los primeros años de vida.

La leche materna es muy nutritiva y fácil de digerir, tiene defensa para las infecciones, protege a los niños de muchas enfermedades, les asegura el mejor desarrollo, es cómoda, ecológica y gratuita.

Dar seno materno procura a la madre una mejor recuperación del parto y la protege de enfermedades, además hace que madre e hijo se sientan especialmente unidos. El pecho funciona a demanda; cuantas más veces se lo ofrezca a su hijo, más leche producirá.

#### **2.5.4 Dimensión política de la situación de la lactancia materna.**

##### **Situación Internacional.**

Desde algunas décadas se ha retomado la lactancia materna como un indicador de bienestar de una sociedad y su conjunto. Las tasa de mortalidad infantil en las naciones pobres tienen causas variadas, pero el tipo de alimentación es el principal factor que contribuye al estado de salud.

La mayoría de las muertes relacionadas con la alimentación artificial se manifiestan por enfermedades diarreicas en los países subdesarrollados en los menores de cinco años, aunados a otros factores que inciden en la problemática.

Los factores contribuyentes son: Industrialización y urbanización, prácticas hospitalarias, falta de conocimientos en los profesionales de salud, publicidad y mercado de alimentos infantiles; incorporación de la mujer al mercado laboral, cultura en las gestantes a favor de la lactancia artificial.

### **2.5.5 Promoción de la lactancia.**

Desde 1981, la OMS y la UNICEF presentan una propuesta de código y lo adopta con el objetivo de contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y eficiente promoviendo la lactancia materna y hace uso correcto de los sucedáneos (sustitutos) de la leche materna. Con la declaración en 1989 se inicia un movimiento mundial para la promoción y apoyo de la lactancia materna. A partir de esta iniciativa en México se instituyeron varias acciones.

### **2.5.6 Políticas nacionales e internacionales de la lactancia materna.**

El derecho a la salud lo estableció en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y fue reglamentado en la ley General de Salud como el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona por residir en territorio nacional.

El Programa Nacional y comité Nacional de la Lactancia Materna fueron elaborados con acciones dirigidas a lograr el retorno de la práctica de la lactancia natural. Esté dio lugar a la conformación de un comité Nacional de Lactancia Materna en el acuerdo No. 95 describe la creación del comité con la prerrogativa de convocar a otras instancias oficiales acabe resaltar las estrategias operativas en el fortalecimiento institucional, comunicación educativa y capacitación, participación comunitaria, seguimiento epidemiológico.

En 1989, la OMS y la UNICEF se dirigieron a los hospitales con un programa hospital amigo del niño y de la madre, donde incurre la población para la atención obstétrica, con la base en la participación del personal de salud en sus actividades que realiza durante la estancia de la madre después del parto, determinantes para el amamantamiento. Esta iniciativa ofrece atención a la madre, para el ejercicio de la lactancia natural durante la atención a la gestación, parto y puerperio.

En México, se aplicó el programa del Hospital amigo del Niño y de la Madre con la incorporación de acciones tendientes a asegurar y procurar el mejoramiento de la salud materno infantil además de los diez pasos para la "lactancia exitosa"

Las acciones pretenden garantizar la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna, recupera la cultura de la lactancia materna, desarrollar una educación para la salud, tendente a elevar el nivel de salud de la madre y el hijo, identificar las oportunidades en la estancia hospitalaria para optimizar las acciones de promoción y protección a la salud y sobre todo investigación de factores de riesgo en el binomio madre - hijo y sobre el amamantamiento. Las actividades para la "lactancia exitosa" en forma esquemática son:

Normas y procedimientos escritos. Capacitación del personal. Difusión de la lactancia en las mujeres gestantes. Iniciación de la lactancia materna dentro de la media hora después del parto. Enseñar a la madre como dará de mamar y como mantener la lactancia. Lactancia materna exclusiva. Alojamiento conjunto.

Apoyo a la lactancia cada vez que lo solicita. Erradicación de biberones. Formación de grupos de apoyo para la lactancia. Control prenatal con detección de alto riesgo. Atención institucional del parto. Atención del puerperio.

Esquema de vacunación. Vigilancia del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años. Detección de cáncer cervicouterino y mamario. Orientación alimentaría. Promoción del uso del suero oral. Prevención y control de las enfermedades respiratorias. Promoción de la planificación familiar, capacitación. Estudios de mortalidad materna y perinatal. Sistematización de la experiencia. Identificación de oportunidades perdidas. Investigación y sistematización. Inicia en 1974 con la Asamblea Mundial de la Salud. En 1979 la reunión para revisar la alimentación del niño O. M. S/ UNICEF. (VÁZQUEZ, 2002)

#### **2.5.7 Declaración de la OMS/UNICEF, convenios sobre los derechos del niño.**

En 1990 desarrollo de indicadores tales como proporción de niños amamantados exclusivamente al egresar de los Servicios de Maternidad.

Las Políticas Nacionales están contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo con base en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

### 3. METODOLOGIA.

El presente estudio se inicio en el mes de enero y se terminó en octubre. Se solicitó el permiso de la división de ginecología que se encuentra a cargo del Dr. Alfonso de la Garza Benítez que labora en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

El cuestionario estructurado consta de 30 preguntas de tipo y de respuestas cerradas, con lo cual se pretende, poder determinar en las pacientes el concepto de control prenatal que tiene y el porque inicia su control prenatal en tal semana de gestación en sus embarazos tanto anteriores como en el actual.

Posteriormente se aplicó el instrumento: Conceptualización del Control Prenatal y su Relación a la Asistencia de la Consulta Prenatal en Mujeres Gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México (CCPYRACP ALCALA, GONZALEZ 2004) donde se obtuvieron los datos que determinaran la conceptualización del control prenatal para con ello vislumbrar la relación existente con la asistencia a la consulta prenatal de su embarazo actual.

Se realizó una prueba piloto de dicho instrumento en 10 pacientes en la clínica de Médicos especialistas, para identificar los errores de comprensión y así realizar las correcciones pertinentes, para con ello aplicarlo en la población elegida para la investigación.

Una vez terminada la recopilación de datos (trabajo de campo), se elabora una base de datos en la computadora, ocupando el programa de Microsoft word versión 2000 y xp, posterior se realiza un análisis a través de las frecuencias, porcentajes y correlación de pearson.

Se decodifican los resultados obtenidos en las variables para con ello poder sustentar la comprobación de la hipótesis. Así mismo elaborar las conclusiones y sugerencias.

### 3.1 Diseño de la investigación.

- a) Numero de muestras a estudiar: 1 muestra.
- b) Conocimiento que tiene los investigadores sobre los factores de estudio: abierto.
- c) Participación de los investigadores: Observacional.
- d) Tiempo en que suceden los eventos: Actual y prospectivo.
- e) Periodo que cubrirá el estudio: Longitudinal.

### 3.2 Ubicación del espacio temporal.

a) Lugar: Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

b) Tiempo: De enero a octubre del 2004.

c) Personas: Mujeres embarazadas atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

### Material y método.

- a) Universo de estudio: Población cerrada, mujeres gestantes que acuden a la resolución del embarazo en el Hospital General José Vicente Villada del Instituto de Salud del Estado de México llevaron control prenatal.
- b) Tamaño de la muestra: La muestra será de tipo: no probabilístico, aleatorio por conveniencia, la comprobación de hipótesis será a partir de una correlación de pearson ya que las dos variables son de tipo ordinal.

Forma de asignación de los casos de estudio: Aleatoria.

Características de los grupos: Mujeres que cumplan con los criterios de inclusión y de exclusión los cuales estarán enfocados a la etapa de trabajo de parto con embarazo a término en espera de resolución del mismo.

### 3.3 Criterios de selección.

#### Criterios de inclusión:

- Mujeres con embarazo a término que se encuentren en las salas de labor en la espera de la resolución del embarazo.
- Embarazadas en periodo expulsivo con embarazo a término.
- Mujeres que tengan menos de cuatro horas en la sala de recuperación posparto o poscesárea.

#### Criterios de exclusión:

- Mujeres con embarazos de primero y de segundo trimestre.
- Mujeres que se encuentren en sala de labor por alguna complicación durante el embarazo, como infecciones de vías urinarias, infecciones cervico-vaginales, fiebre, ruptura de membranas con embarazos preterminos, procesos hipertensivos en embarazos preterminos.

#### Criterios de eliminación:

- Mujeres con embarazo a término que se encuentre en el área de labor, del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, que no deseen participar en la investigación, que hablen algún dialecto, con discapacidad para comunicarse.

### 3.4. Organización de la investigación.

- Recursos humanos.  
Investigadores asesorados:  
Alcalá Pérez Nancy Jannet.  
González Cruz Silvia.
- Director de la investigación.  
PMASE. Raúl Rutilo Gómez López.
- Recursos materiales.  
Material de oficina, computadoras, impresoras y disquetes.
- Recursos financieros.  
Parte de ellos están dados por la ENEO-UNAM (apoyo académico-administrativo) y lo restante será dado por las investigadoras.

### 3.5. Variables.

Variable independiente: Conceptualización de control prenatal.

Concepto: Se denomina control prenatal al cuidado de la salud de la madre y el feto por nacer, y tiene como finalidad obtener un niño sano, nacido en término (a los nueve meses), de peso normal y que la madre se encuentre sana y en condiciones de criar a su bebé.

Operacionalización: Todas las mujeres embarazadas que presenten como mínimo 5 consultas prenatales iniciando preferentemente en el primer trimestre del embarazo.

Escala de medición: Nominal

Variable dependiente: Falta de asistencia a la consulta prenatal en mujeres gestantes.

### 3.6 Consideraciones éticas.

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud.

De acuerdo a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud, Título II, Capítulo 1:

Art. 13, frac. V: Se contó con el consentimiento verbal o escrito de las mujeres gestantes.

Art. 16: Se protegió el anonimato de los sujetos de investigación al omitir de la cedula su nombre.

Art 17, frac. II: Se consideró una investigación de riesgo mínimo ya que no implicó la manipulación de condiciones que dañaran la salud física y mental del sujeto en estudio.

Art 21, frac. I, IV y VI: El sujeto de investigación recibió una explicación clara y amplia de los objetivos de la investigación y se otorgó respuesta a cualquier pregunta en torno a la misma.

### 3.7 Plan de análisis.

Los datos se procesaron por medio electrónico, para la realización del marco teórico, cuadros y graficas, se utilizo el programa de microsoft Word, versión 2000 y xp y se obtuvieron las estadísticas descriptivas de cada pregunta del instrumento llamado: Conceptualización del control prenatal y su relación a la asistencia de la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México (CCPYRACP ALCALA, GONZALEZ 2004), el cual consta de 30 preguntas, para ficha de identificación se realizaron 5 preguntas, un apartado para la variable concepto de control prenatal, otro capítulo para el concepto de control prenatal de la usuaria, otro para la importancia del control prenatal, otro para la lactancia materna, métodos anticonceptivos y psicoprofilaxis y uno más para la calidad de atención y trato digno, su elaboración fue realizada por las autoras.

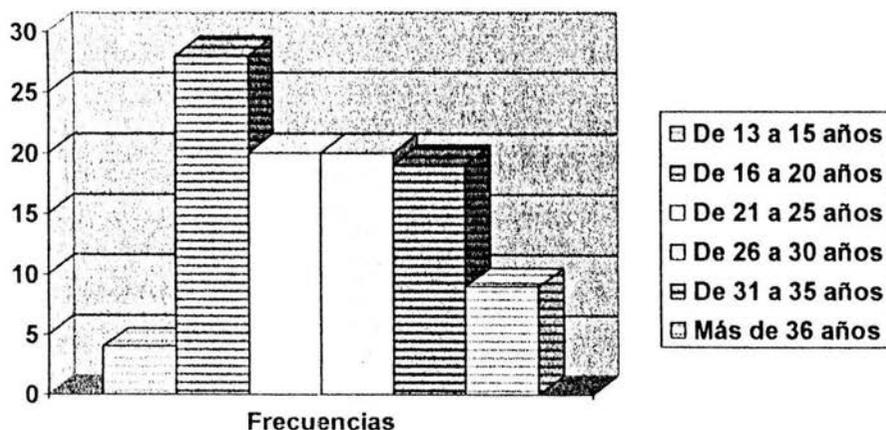
Para la comprobación de la hipótesis se utilizó el programa SPSS versión 9, con el cual se realizo la prueba de correlación de Pearson.

## 4. RESULTADOS.

**Cuadro No. 1** Grupo de edades de las usuarias de los servicios de la UTQx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Grupo de edades	Frecuencias	Porcentaje
De 13 a 15 años	4	4.0%
De 16 a 20 años	28	28.0%
De 21 a 25 años	20	20.0%
De 26 a 30 años	20	20.0%
De 31 a 35 años	19	19.0%
Más de 36 años	9	9.0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** 100 entrevistas elaboradas a las usuarias de los servicios de la UTQx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.



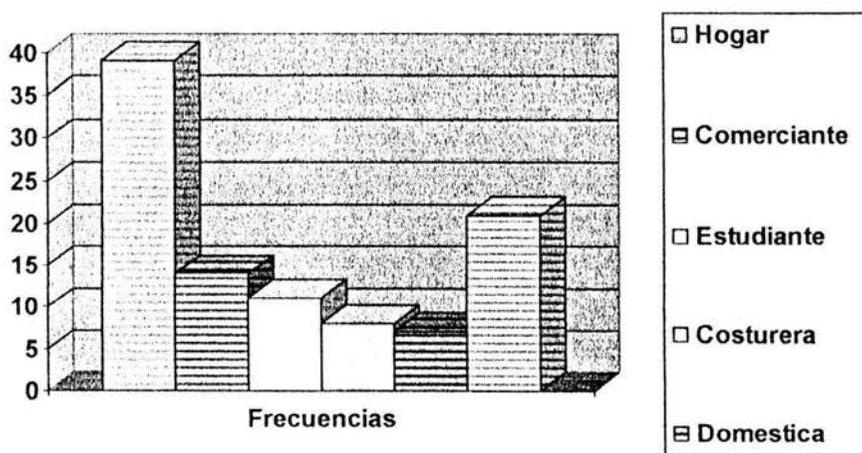
#### DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y GRAFICA.

En esta grafica referente al grupo de edades se puede observar que el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres embarazadas que fluctúan entre los 16 y 20 años, ocupado el 28% de la población entrevistada, mientras que las mujeres embarazadas de 13 a 15 años ocupan el 4% del total de la población.

**Cuadro No. 2** Ocupación de las usuarias de los servicios de la UTQx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Ocupación	Frecuencias	Porcentajes
Hogar	39	39.0%
Comerciante	14	14.0%
Estudiante	11	11.0%
Costurera	8	8.0%
Domestica	7	7.0%
Otros (obrero, empleadas y campesinas)	21	21.0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Misma que el cuadro número 1.



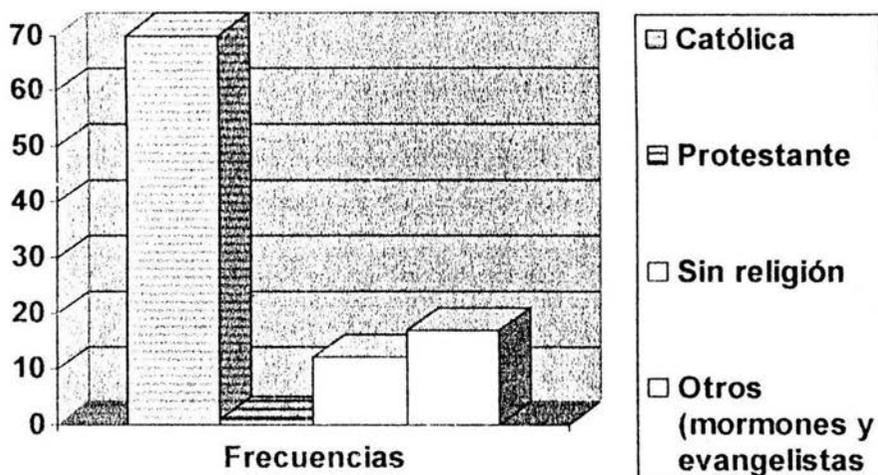
#### DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y GRAFICA.

Podemos Observar en este cuadro y grafica referente a la ocupación de las usuarias que el mayor porcentaje de las mujeres embarazadas se dedican a las labores propias de su hogar ocupando el 39% de las entrevistadas, mientras que el 7% realiza labores propias del hogar fuera de su domicilio.

**Cuadro No. 3** Religión de las usuarias de los servicios de la UTQx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Religión	Frecuencias	Porcentajes
Católica	70	70.0%
Protestante	1	1.0%
Sin religión	12	12.0%
Otros (mormones y evangelistas)	17	17.0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Misma que el cuadro número 1



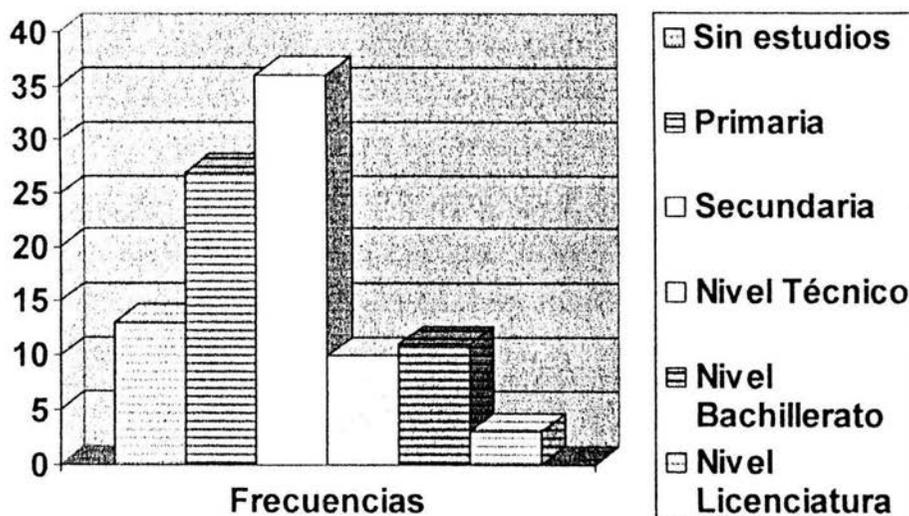
#### DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y GRAFICA.

En el cuadro y la grafica que nos representan la religión a la que pertenecen las usuarias entrevistadas, encontramos que la mayoría de ellas profesan la religión católica ocupando el 70% de la población, mientras quienes no profesan alguna religión ocupan el 12% de la población total.

**Cuadro No. 4** Escolaridad de las usuarias de los servicios de la UTQx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Escolaridad	Frecuencias	Porcentajes
Sin estudios	13	13.0%
Primaria	27	27.0%
Secundaria	36	36.0%
Nivel Técnico	10	10.0%
Nivel Bachillerato	11	11.0%
Nivel Licenciatura	3	3.0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Misma que el cuadro número 1.



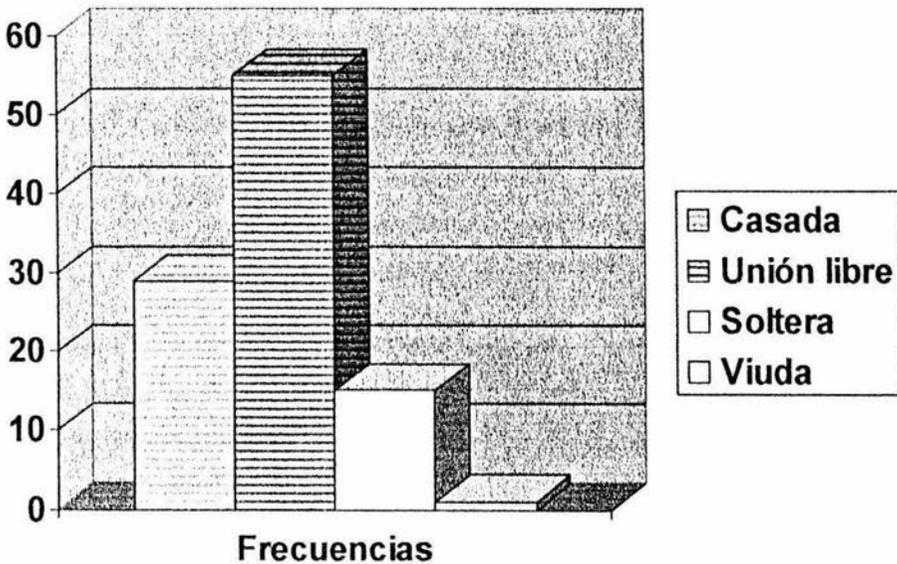
#### DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y GRAFICA.

En este cuadro y grafica relacionado al grado de escolaridad que tienen las pacientes encontramos que la mayoría tiene un nivel de estudios de secundaria ya que ocupa el 36% de la población, mientras que solo el 3% de la población a llegado a nivel Licenciatura.

**Cuadro No. 5** Estado civil de las usuarias de los servicios de la UTKx del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Estado civil	Frecuencias	Porcentajes
Casada	29	29.0%
Unión libre	55	55.0%
Soltera	15	15.0%
Viuda	1	1.0%
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100%</b>

Fuente: Misma que el cuadro número 1.



**DESCRIPCIÓN DEL CUADRO Y LA GRAFICA.**

En lo referente al cuadro y grafica del estado civil de las usuarias se encontró que el 55% de la población se encuentra en unión libre y únicamente el 29% es casada.

**Correlaciones Cuadro No.6 Prueba de correlación de Pearson entre la conceptualización del control prenatal y su relación a la asistencia de la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlan "José Vicente Villada" del ISEM.**

		semanas de gestación en embarazo actual	¿cuántas veces se ha embarazado?	¿Sabe qué es el control prenatal y para que sirve?	¿qué es para usted control prenatal?	¿De sus embarazos anteriores llevo control prenatal?	¿De este embarazo llevo control prenatal?	¿En que trimestre inicio su control prenatal?	¿Cuál fue el número de consultas que llevo en este embarazo?	¿Creó usted, que la vigilancia prenatal ayuda a prevenir complicaciones durante el embarazo?	¿Es usted derechohabiente a instituciones de salud?	¿A cual institución de salud es derechohabiente?	¿Lleva control prenatal en otro lugar?	¿Con quién?	¿Cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior?	¿En cual trimestre de su embarazo anterior inicio su control prenatal?	¿Cuál de las siguientes alteraciones se pueden prevenir en el control prenatal?	¿Sabe cuál es la importancia de la lactancia materna?	¿¿Amamanta a su hijo con seno materno exclusivamente?	¿¿Utilizó algún método anticonceptivo?	¿¿Sabe que psicoprofilaxis?	¿¿Durante sus embarazos asistió a cursos de psicoprofilaxis?	¿¿Cuando el personal de salud se dirige con usted lo hace por su nombre?	¿¿El personal de salud lo saluda de forma amable?	¿¿Se presenta el personal de salud con usted?	¿¿El personal de salud le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?
semanas de gestación en embarazo actual	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1.000 100	-.302** 100	.067 100	-.007 100	-.029 100	.156 100	.008 100	-.063 100	.014 100	-.103 100	-.095 100	-.100 100	-.056 100	-.111 100	-.057 100	.072 100	-.034 100	.034 100	-.129 100	-.047 100	-.133 100	-.175 100	-.163 100	-.152 100	
¿cuántas veces se ha embarazado?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.302** 100	1.000 100	-.122 100	.031 100	-.209** 100	.011 100	-.046 100	-.059 100	.001 100	-.017 100	.009 100	.017 100	.003 100	-.203** 100	-.214** 100	.068 100	-.130 100	.057 100	.042 100	.066 100	-.031 100	.009 100	.056 100	-.002 100	
¿Sabe qué es el control prenatal y para que sirve?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.067 100	-.122 100	1.000 100	-.309** 100	.420** 100	.328** 100	.322** 100	-.355** 100	.241** 100	.207** 100	.192 100	.260** 100	.297** 100	.382** 100	.403** 100	-.087 100	.436** 100	-.037 100	.209** 100	.322** 100	.075 100	.121 100	-.103 100	.067 100	
¿qué es para usted control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.002 100	.031 100	-.309** 100	1.000 100	-.257** 100	-.324** 100	-.410** 100	.513** 100	-.289** 100	-.455** 100	-.355** 100	-.280** 100	-.344** 100	-.369** 100	-.426** 100	.188 100	-.424** 100	.184 100	-.428** 100	-.390** 100	-.282** 100	-.081 100	-.020 100	.067 100	
¿De sus embarazos anteriores llevo control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.029 100	-.209** 100	.420** 100	-.257** 100	1.000 100	.425** 100	.461** 100	-.414** 100	.257** 100	.333** 100	.218** 100	.262** 100	.361** 100	.719** 100	.750** 100	.143 100	.261** 100	-.103 100	.198** 100	.214** 100	.140 100	.038 100	-.079 100	.022 100	
¿De este embarazo llevo control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.156 100	.011 100	.328** 100	-.324** 100	.425** 100	1.000 100	.729** 100	-.784** 100	.313** 100	.129 100	.127 100	.245** 100	.250** 100	.282** 100	.329** 100	.053 100	.246** 100	.072 100	.165 100	.273** 100	.154 100	.084 100	-.126 100	.058 100	
¿En que trimestre inicio su control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.008 100	-.046 100	.322** 100	-.410** 100	.461** 100	.729** 100	1.000 100	-.855** 100	.285** 100	.388** 100	.350** 100	.406** 100	.445** 100	.505** 100	.541** 100	-.041 100	.270** 100	.056 100	.362** 100	.448** 100	.407** 100	.176 100	.018 100	.179 100	
¿Cuál fue el número de consultas que llevo en este embarazo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.063 100	-.059 100	-.355** 100	.513** 100	-.414** 100	-.784** 100	-.855** 100	1.000 100	-.343** 100	-.384** 100	-.326** 100	-.427** 100	-.463** 100	-.434** 100	-.491** 100	.024 100	-.382** 100	.025 100	-.382** 100	-.424** 100	-.349** 100	-.156 100	.007 100	-.098 100	
¿Creó usted, que la vigilancia prenatal ayuda a prevenir complicaciones durante el embarazo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.014 100	.001 100	.241** 100	-.289** 100	.257** 100	.313** 100	.285** 100	-.343** 100	1.000 100	.214** 100	.167 100	.354** 100	.283** 100	.243** 100	.282** 100	-.107 100	.275** 100	.075 100	.272** 100	.365** 100	.111 100	.220** 100	.130 100	.269** 100	
¿Es usted derechohabiente a instituciones de salud?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.103 100	-.017 100	.207** 100	-.455** 100	.333** 100	.129 100	.388** 100	-.384** 100	.214** 100	1.000 100	.825** 100	.424** 100	.595** 100	.438** 100	.459** 100	-.227** 100	.266** 100	-.107 100	.263** 100	.345** 100	.327** 100	.038 100	-.020 100	.053 100	
¿A cual institución de salud es derechohabiente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.095 100	.009 100	.192 100	-.355** 100	.218** 100	.127 100	.350** 100	-.326** 100	.167 100	.825** 100	1.000 100	.387** 100	.486** 100	.351** 100	.360** 100	-.182 100	.162 100	-.008 100	.248** 100	.283** 100	.341** 100	-.001 100	-.068 100	.084 100	
¿Lleva control prenatal en otro lugar?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.100 100	.017 100	.260** 100	-.280** 100	.262** 100	.245** 100	.406** 100	-.427** 100	.354** 100	.424** 100	.387** 100	1.000 100	.767** 100	.396** 100	.433** 100	-.111 100	.210** 100	-.011 100	.141 100	.324** 100	.269** 100	.026 100	-.051 100	.036 100	
¿Con quién?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.056 100	.003 100	.297** 100	-.344** 100	.361** 100	.250** 100	.445** 100	-.463** 100	.283** 100	.595** 100	.486** 100	.767** 100	1.000 100	.465** 100	.528** 100	-.104 100	.245** 100	-.053 100	.271** 100	.393** 100	.334** 100	.007 100	-.004 100	.027 100	
¿Cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.111 100	-.203** 100	.382** 100	-.369** 100	.719** 100	.282** 100	.505** 100	-.434** 100	.243** 100	.438** 100	.351** 100	.396** 100	.465** 100	1.000 100	.838** 100	.044 100	.310** 100	-.155 100	.294** 100	.296** 100	.096 100	.011 100	-.028 100	.159 100	
¿En cual trimestre de su embarazo anterior inicio su control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.057 100	-.214** 100	.403** 100	-.426** 100	.750** 100	.329** 100	.541** 100	-.491** 100	.282** 100	.459** 100	.360** 100	.433** 100	.528** 100	.838** 100	1.000 100	-.031 100	.319** 100	-.172 100	.338** 100	.411** 100	.301** 100	.154 100	-.012 100	.109 100	
¿Cuál de las siguientes alteraciones se pueden prevenir en el control prenatal?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.072 100	.068 100	-.087 100	.188 100	.143 100	.053 100	-.041 100	.024 100	-.107 100	-.227** 100	-.182 100	-.111 100	-.104 100	.044 100	-.031 100	1.000 100	-.043 100	-.076 100	-.034 100	-.141 100	.006 100	.028 100	.113 100	.012 100	
¿Sabe cuál es la importancia de la lactancia materna?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.071 100	-.130 100	.436** 100	-.424** 100	.261** 100	.246** 100	.270** 100	-.326** 100	.375** 100	.266** 100	.162 100	.210** 100	.245** 100	.310** 100	.319** 100	-.043 100	1.000 100	-.157 100	.380** 100	.452** 100	.137 100	.124 100	.000 100	.103 100	
¿¿Amamanta a su hijo con seno materno exclusivamente?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.034 100	.057 100	-.037 100	.184 100	-.103 100	.072 100	.056 100	.025 100	.075 100	-.107 100	-.008 100	-.011 100	-.053 100	-.155 100	-.172 100	-.076 100	-.157 100	1.000 100	-.172 100	.053 100	-.051 100	.038 100	.014 100	-.013 100	
¿¿Utilizó algún método anticonceptivo?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.000 100	.042 100	.209** 100	-.425** 100	.198** 100	.165 100	.362** 100	-.382** 100	.272** 100	.263** 100	.248** 100	.141 100	.271** 100	.294** 100	.338** 100	-.024 100	.260** 100	-.172 100	1.000 100	.499** 100	.286** 100	.247** 100	.215** 100	.174 100	
¿¿Sabe que psicoprofilaxis?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.129 100	.066 100	.322** 100	-.390** 100	.214** 100	.273** 100	.448** 100	-.424** 100	.365** 100	.345** 100	.283** 100	.324** 100	.393** 100	.296** 100	.411** 100	-.141 100	.452** 100	.053 100	.499** 100	1.000 100	.333** 100	.234** 100	.085 100	.235** 100	
¿¿Durante sus embarazos asistió a cursos de psicoprofilaxis?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.047 100	-.031 100	.075 100	-.292** 100	.140 100	.154 100	.407** 100	-.349** 100	.111 100	.327** 100	.341** 100	.269** 100	.334** 100	.266** 100	.301** 100	.006 100	.137 100	-.051 100	.286** 100	.303** 100	1.000 100	.080 100	.133 100	.121 100	
¿¿Cuando el personal de salud se dirige con usted lo hace por su nombre?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.133 100	.009 100	.121 100	-.031 100	.038 100	.084 100	.176 100	-.158 100	.220** 100	.038 100	-.001 100	.026 100	.007 100	.096 100	.154 100	.028 100	.224** 100	.038 100	.247** 100	.234** 100	1.000 100	.475** 100	.549** 100	.312** 100	
¿¿El personal de salud lo saluda de forma amable?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.175 100	.056 100	.103 100	-.320** 100	-.079 100	.126 100	.018 100	-.020 100	.130 100	-.068 100	-.051 100	-.004 100	-.004 100	.011 100	-.012 100	.113 100	.100** 100	.014 100	.215** 100	.085 100	.133 100	.475** 100	1.000 100	.408** 100	
¿¿Le presenta el personal de salud con usted?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.163 100	-.002 100	.067 100	-.367** 100	.022 100	.058 100	.179 100	-.018 100	.269** 100	.084 100	.036 100	.027 100	.028 100	.105 100	.012 100	.103 100	.103** 100	-.013 100	.231** 100	.235** 100	.059 100	.549** 100	1.000 100	.408** 100	
¿¿El personal de salud le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-.152 100	-.010 100	.164 100	-.064 100	.048 100	.040 100	.155 100	-.013 100	.136 100	.096 100	.077 100	.124 100	.117 100	.159 100	.053 100	.140** 100	.096 100	.174 100	.297** 100	.121 100	.312** 100	.375** 100	1.000 100	.456** 100	

Fuente: Misma que el cuadro número 1.

## DESCRIPCIÓN DEL CUADRO.

Podemos observar que existe una correlación moderada entre: en que trimestre inicio su control prenatal de .729 y una significancia de .000 en relación a de este embarazo llevo control prenatal.

En cual fue el numero de consultas que llevó en este embarazo hay una correlación de .513 y una significancia de .000 en relación en : que es para usted el control prenatal, y una correlación moderada de .784 y una significancia de .000 en relación a: de este embarazo llevo control prenatal, a sí mismo podemos ver que nuevamente hay una correlación fuerte de .855 y una significancia de .000 en relación a: en que trimestre inició su control prenatal.

A cual institución de salud es derechohabiente tiene una correlación fuerte de .825 y una significancia de .000 en relación a: es usted derechohabiente a instituciones de salud.

Con quien, encontramos una correlación moderada de .595 y una significancia de .000 en relación a: es usted derechohabiente a instituciones de salud, así como también encontramos una correlación moderada de .767 y una significancia de .000 en relación a: llevo control prenatal en otro lugar.

Cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior tiene una correlación moderada de .719 y una significancia de .000 en relación a: de sus embarazos anteriores llevo control prenatal, así como también existe una correlación moderada de .505 y una significancia de .000 entre cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior y en que trimestre inicio su control prenatal.

En cual trimestre de su embarazo anterior inicio su control prenatal encontramos una correlación moderada de .750 y una correlación de .000 en relación a: de sus embarazos anteriores llevó control prenatal; así como también hay una correlación moderada de .541 y una significancia de .000 en relación a: trimestre que inició su control prenatal, y correlación de .528 y significancia de .000 en relación con quien, así mismo encontramos una relación fuerte de .838 y una significancia de .000 en relación cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior.

Se presenta el personal de salud con usted tiene una correlación moderada de .549 y una significancia de .000 en relación a: cuando el personal de salud se dirige a usted lo hace por su nombre.

Se logro identificar la conceptualización del control prenatal que tienen las mujeres gestantes, a partir del cual se determinó que la falta del conocimiento de la importancia del control prenatal contribuye a la falta de asistencia a la

consulta prenatal, por lo cual se pretende, de acuerdo a los resultados obtenidos establecer alternativas dirigidas a las mujeres gestantes de la población de Cuautitlán México.

Con lo anterior nosotras podemos determinar que existe una relación directa entre la conceptualización del control prenatal y su relación a la asistencia de la consulta prenatal en mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México.

Vemos que sí existe una relación en donde; a menor conocimiento de lo que es la importancia del concepto de control prenatal menor la utilización del servicio de consulta prenatal, hecho que permite poder disprobar la hipótesis nula y comprobar la hipótesis del trabajo.

#### 4.1. Análisis e interpretación de los resultados.

En la presente investigación se encontró que la mayoría de las mujeres están en una edad reproductiva con riesgo (de 16 a 20 años), inadecuada para el embarazo, en su mayoría se dedican al hogar, profesan una religión católica, con estudios básicos y una relación con su pareja estable, teniendo en su mayoría un promedio de 39 a 39.6 semanas de gestación, siendo esto el 35.1% de la población estudiada.

En su mayoría han tenido más de un embarazo y no conocen el concepto y la importancia del control prenatal, aunque en algún momento de sus embarazos han asistido a visitas médicas, por una urgencia obstétrica y no por llevar un control prenatal adecuado, como lo estipulado por la Norma Oficial Mexicana (NOM) de contar con más de 5 consultas.

Cabe mencionar que la mayoría de las usuarias no son derechohabientes a instituciones de salud, y el restante de la población que son derechohabiente ocupan un lugar que posiblemente otra persona realmente lo necesita, así mismo, algunas de las pacientes se ven en la necesidad de acudir a consultas a instituciones particulares, afectando su economía en ese momento.

Las mujeres que se han embarazado anteriormente, no tienen interés por llevar un control prenatal ya que el mayor porcentaje de ellas desconoce las posibles alteraciones que se pueden prevenir, detectar y tratar durante el control prenatal, llevando esto a truncar los conocimientos que se pudieran dar a las mujeres acerca de los beneficios que tiene la lactancia materna así como también conocer la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica para llevar un mejor manejo del trabajo de parto. Al mismo tiempo concientizar a las usuarias acerca de los métodos de planificación familiar que se encuentren a su alcance para llevar un periodo intergenésico mayor entre cada embarazo.

Es relevante mencionar que las usuarias opinaron que la mayoría del personal de salud no brinda una atención de calidad y trato digno a los pacientes como un ser bio-psico-social sino como un instrumento de trabajo.

#### **4.2 Comprobación de la hipótesis.**

Por lo mencionado en los resultados, las conclusiones y sugerencias, existe una relación entre la conceptualización del control prenatal y la asistencia a la consulta prenatal en las mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México, vemos que si existe una relación en donde; a menor conocimiento de lo que es la importancia de la conceptualización de control prenatal menor utilización del servicio de consulta prenatal, hecho que permite poder disprobar la hipótesis nula y comprobamos la hipótesis de trabajo.

## 5. CONCLUSIONES.

La conceptualización del control Prenatal de acuerdo a los resultados obtenidos, podemos nosotros en base a las frecuencias, porcentajes y correlación de pearson determinarlo con la categoría de que existe en la población de las mujeres gestantes atendidas en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México un desconocimiento del concepto del control prenatal; esto esta dado por los rubros que se determinaron para poder evaluar dicho conocimiento, se realizo una escala a partir de la cual quienes contestaban erróneamente el 50% de los 30 ítems establecidos fueron considerados como personas con falta de conocimiento de lo que es el Control Prenatal, por lo cual podemos afirmar que existe una deficiente conceptualización de el Control Prenatal.

Por otra parte las mujeres gestantes que son atendidas dentro del Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto de Salud del Estado de México fueron evaluadas tomando como referencia la Norma Oficial Mexicana la cual marca que no existe Control Prenatal si no hay un mínimo de cinco consultas prenatales, en lo cual encontramos que muchas de las mujeres no realizaron un control prenatal adecuado en embarazos anteriores encontrando que un 50.9% no asistió a ninguna consulta prenatal, echo que se ve reflejado no en una sola gestación, sino incluso de manera repetida en el embarazo actual, ya que se pudo observar que el 46% de las mujeres entrevistadas no llevó un mínimo de cinco consultas prenatales.

## 6. SUGERENCIAS.

- Implementar diferentes estrategias didácticas para informar a la comunidad acerca de la importancia del control prenatal.
- Crear redes de apoyo para las necesidades específicas de las mujeres que asisten a control prenatal.
- Disminuir los índices de poca cantidad de consultas prenatales determinando estrategias apoyadas por otros servicios del hospital.
- Crear vínculos con instituciones de apoyo para disminuir costos en las mujeres gestantes que acuden a control prenatal.
- Estimular a las mujeres gestantes relacionando el costo de la atención del parto, de acuerdo al número de consultas realizadas en el embarazo actual, ya que es económico para la institución atender un embarazo de bajo riesgo que complicaciones en el embarazo, trabajo de parto y puerperio.
- Ampliar la consulta externa de control prenatal a un segundo turno durante días hábiles.

## 7. BIBLIOGRAFIA.

- **Álvarez, A. Rafael. (1992). Manual de la Enfermera. D.F; México. Interamericana McGraww Hill.**
- **Bensón, Rafael. (1985). Manual de Ginecología y Obstetricia. D.F; México. Manual Moderno.**
- **Cunningham, F. y Macdonal, P. (1996). Willams Obstetricia. D.F; México. Manual Moderno.**
- **De Bleir, Arlene B. (1995). Enfermería Materno Infantil. D.F; México. Interamericana McGraww Hill.**
- **Espinoza y de León, Víctor (1985). Prevención para la Salud. D.F; México. Méndez Cervantes.**
- **Fredericson, Helen. (1997). Secretos de la Ginecoobstetricia. D.F; México. Interamericana McGraww Hill.**
- **Hamilton Persis, Mary. (1989). Asistencia Materno Infantil. D.F; México. Interamericana.**
- **Ingalls, A. Joy y Salerno M. (1991). Enfermería Materno infantil y Pediátrica. D.F; México. Limusa.**
- **Mondragón C. Hector. (1991). Obstetricia Básica Ilustrada. D.F; México Trillas.**
- **Norma Oficial Mexicana. (1995). Embarazo, Parto y Puerperio. D.F; México. Secretaria de Salud.**
- **Olds, B. Rall. (1998). Enfermería Materno Infantil. D.F; México. Interamericana McGraww Hill.**
- **Polit, D. y Hungler B. (1994). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. D.F; México. Interamericana.**

- Reeder, Sharón y otros. (1995). **Enfermería Materno Infantil**. D.F; México. Interamericana.
- Rubio D. S, González M y Ortega A. (2002). **Cuaderno de Temas Selectos Específicos de Enfermería**. D.F; México UNAM-ENEO.
- Secretaría de Salud. (2002). **Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida**. D.F; México. Secretaría de Salud.
- Sholtis B. Lilian (1991). **Manual de la Enfermera**. D.F; México. Interamericana McGraww Hill.

## **8. ANEXOS.**

## 8.1 ANATOMIA Y FISILOGIA DEL EMBARAZO.

### 8.1.1 Aparato reproductor femenino.

#### GENITALES EXTERNOS.

Los órganos genitales externos comprenden el conjunto de órganos que se encuentran desde el borde inferior del pubis al periné y que genéricamente se les conoce con el nombre de vulva.

**MONTE PUBIANO:** Prominencia localizada por delante de la sínfisis del pubis, formada por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada, que en la pubertad se cubre de vello, formando un triángulo de base superior.

**LABIOS MAYORES:** Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta, que parten del monte pubiano en forma de dos pliegues redondeados y se dirigen hacia abajo y hacia atrás para reunirse en la parte media del periné; constituidos por tejido celular, tejido conectivo, un plexo venoso y parte del ligamento redondo, están recubiertos por piel resistente, pigmentada, con glándulas sebáceas y vello.

**LABIOS MENORES:** Son dos pliegues de piel, pequeños y delgados, planos y rojizos, desprovistos de vello, ricos en glándulas sudoríparas y folículos sebáceos, que al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal. Se unen en las partes anteriores y posteriores; la unión anterior da lugar al frenillo del clítoris y al prepucio.

**CLITORIS:** Órgano homólogo al pene, de forma cilíndrica, de 1 a 2 cm de longitud, situado en la parte superior del introito, por arriba del meato urinario; está constituido por tejido eréctil (dos cuerpos cavernosos), glándula y dos pilares que le dan forma y lo fijan al periostio del pubis. Está provisto de una rica red venosa y sensitiva (nervio pudendo). Es asiento de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

**VESTIBULO:** Espacio comprendido entre los labios menores; contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra cubierto por un epitelio escamoso estratificado.

**MEATO URINARIO:** Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Está recubierto por un epitelio transicional.

**GLANDULAS DE SKENE:** Son dos y se encuentran una a cada lado de la parte posterolateral del meato uretral; producen moco que lubrica el vestíbulo.

**GLANDULAS DE BARTHOLIN:** También son dos; se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito. Con su mucosidad lubrican la vulva y la parte externa de la vagina. Cuando se infectan obstruyen la luz del conducto y producen abscesos (bartolinitis).

**HIMEN:** Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso. Se rompe al contacto sexual y sus restos se designan carúnculas mirtiformes.

**HORQUILA VULVAR:** Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores, en su parte posterior.

**PERINE:** Región comprendida entre la horquilla y el ano; está constituido por músculos transversos del periné, bulbo cavernoso y elevador del ano.

## GENITALES INTERNOS

**VAGINA:** Conducto virtual; músculo membranoso que se extiende desde la vulva hasta el útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto por su cara posterior. Sirve como conducto excretor del útero, órgano de la cópula y conducto del parto, es curva de fuera hacia adentro y de abajo hacia arriba, mide de 8 a 10 cm de longitud, es muy distensible y tiene arrugas y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco anterior posterior y lateral. Esta constituido por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo, se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales de Mackenrodt y el músculo elevador del ano, que la divide en una parte interna que es la intrapelvica y otra externa o perineal.

**UTERO:** Es un órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis, de forma piriforme; esta invertido y aplanado ligera mente en sentido anteroposterior, la cara anterior esta relacionada con la vejiga, la posterior con el recto, las laterales con los uréteres, y la inferior con la vagina, la cual se inserta en su parte cervical, dejando una porción supravaginal y otra intravaginal, mide de 7 a 8 cm de longitud total y de 5 a 6 cm de ancho en la

parte fundica. Esta se divide en tres que son la parte superior, istmo y cervix, así mismo está formado por tres capas que son; la externa (serosa o peritoneo), la media (muscular o miometrio), y la interna (endometrio).

**CERVIX:** Su longitud es de 3 cm, su forma es cilíndrica, posee un orificio interno, uno externo y un canal cervical, la inserción vaginal lo divide en dos porciones que son la intravaginal y la supravaginal.

**TROMPAS DE FALOPIO:** Son también conocidas como oviductos o tubas uterinas, constituyen dos conductos localizados uno de cada lado de aproximadamente de 10 a 12cm de longitud por 1 a 2cm de diámetro externo, son prolongaciones de los cuernos uterinos que se dirigen ligeramente hacia fuera y adelante, su diámetro interno es de 1 a 2mm, es continuación de la cavidad uterina, las trompas terminan en la cavidad peritoneal, cerca de los ovarios, también tiene movimientos peristálticos. A sí mismo esta constituida por tres capas; capa externa, serosa o peritoneal capa media muscular y la capa interna, mucosa o endosalpinx, a su vez esta constituida por tres capas anatómicas; intersticial o intramural, ístmica y ampular.

**OVARIOS:** Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados sólidos y blanquecinos, los cuales miden 4x3x2.5cm, están localizados en la porción lateral de la pelvis, y muy relacionados por la parte distal de la trompa mediante la fimbria. (MONDRAGON, 1997)

### **8.1.2 Desarrollo maternofetal.**

A medida que el embrión crece, sus partes corporales se diferencian cada vez más.

**1er. MES FETAL:** A partir del disco embrionario (ectodermo, endodermo y mesodermo), aparecen los primeros segmentos corporales que al final se convertirán en la médula espinal, cerebro y columna. El corazón aparato circulatorio y sistema digestivo toman forma. El embrión mide menos de 7mm de largo.

**1er. MES MATERNO:** La madre presenta el primer retraso menstrual; las mamas se vuelven sensibles, pueden crecer, e inicia la fatiga crónica y frecuencia urinaria, que pueden persistir durante tres meses o más. La gonadotropina coriónica humana aparece en la orina y el suero 9 días después de la concepción.

## ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

2do. MES FETAL: El desarrollo es rápido; el corazón comienza a bombear sangre; las yemas de las extremidades están bien desarrolladas. Pueden distinguirse los rasgos faciales y las divisiones principales del cerebro. Las orejas se desarrollan a partir de los pliegues cutáneos; se forman huesos y músculos diminutos debajo de la piel delgada.

2do. MES MATERNO: Náuseas matutinas, pueden persistir durante las 12 semanas. El útero cambia de una forma similar a pera a una globular, aparecen los signos de Hegar, Goodell y Piskacek. El cerviz se presiona; aumenta la leucorrea, pueden existir sorpresa y ambivalencia acerca del embarazo, no hay aumento de peso notorio.

3er. MES FETAL: El embrión se transforma en feto; el latido de su corazón es discernible por medio de ultrasonido. Asume una forma más humana conforme se desarrolla la parte inferior del cuerpo, empiezan los primeros movimientos fetales, se puede determinar el sexo y los riñones producen orina.

3er. MES MATERNO: Aparece el signo de Chadwick. El útero rebasa el borde pélvico a la 12 semanas. Pueden comenzar las contracciones de Braxton Hicks y continúa durante todo el embarazo, aumenta el potencial de infección urinaria y permanece durante todo el embarazo, el peso aumento alrededor de 1 a 2 kilos durante el primer trimestre. Ahora la placenta funciona por completo y produce hormonas.

4to. MES FETAL: El sistema músculo esquelético ya maduró; el nervio empieza a ejercer control. Los vasos sanguíneos se desarrollan con rapidez. Las manos fetales pueden presionar; las piernas patean en forma activa. Todos los órganos empiezan su maduración y crecimiento. El feto pesa alrededor de 225g la FCF puede distinguirse con el Doppler así mismo el páncreas comienza a producir insulina.

4to. MES MATERNO: El fondo se encuentra a la mitad entre la sínfisis púbica y el ombligo la mujer aumenta un poco menos de 0.5 kilogramos por semana durante el resto del embarazo, puede sentirse con más energía, se mide el diámetro biparietal por medio del ultrasonido, aumentan las secreciones vaginales, el prurito, irritación y mal olor sugieren infección, disminuye la presión sobre la vejiga y frecuencia urinaria.

5to MES FETAL: El vérmix protege al cuerpo; un pelo fino (lanugo) cubre el cuerpo y mantiene el aceite sobre la piel, se desarrollan las pestañas, cejas y pelo de la cabeza. El feto desarrolla un programa regular de sueño, succión y pataleo.

5to. MES MATERNO: El fondo llega al ombligo, en las mamas empieza la secreción de calostro, el líquido amniótico se mantiene alrededor de 400 ml de

líquido, quizá sienta mareo y desmayo, en especial con cambios súbitos de posición, puede empezar el desarrollo de venas varicosas, la mujer siente movimiento fetal y de pronto el embarazo lo siente más real, la areola se oscurece, tal vez empiecen los calambres en las piernas, así como el estreñimiento.

6to. MES FETAL: El esqueleto se desarrolla con rapidez conforme las células formadoras de hueso aumentan su actividad. Empiezan los movimientos respiratorios y el peso del feto es de aproximadamente 750g.

6to. MES MATERNO: El fondo rebasa el ombligo es posible que inicie el dolor de espalda y los calambres en las piernas; los cambios cutáneos pueden incluir estrías gravídicas, cloasma, línea negra, acné, rubor palmar y plantar, puede presentarse hemorragia nasal, es posible que exista prurito abdominal conforme crece el útero, el cual continuará hasta el final del embarazo.

7mo. MES FETAL: El feto puede respirar, deglutir y regular la temperatura. El factor tensoactivo se forma en los pulmones, los ojos empiezan a abrirse y cerrarse. El feto tiene un tamaño de 2/3 de lo que será al nacimiento.

7mo. MES MATERNO: El fondo está a la mitad entre el ombligo y el apéndice xifoides, se pueden desarrollar hemorroides, la respiración torácica reemplaza a la abdominal, es palpable el perfil fetal, puede estar cansada del embarazo, es posible que inicien agruras.

8vo. MES FETAL: Se desarrollan los depósitos de grasa parda por debajo de la piel para aislar al recién nacido después del parto, el feto aproximadamente creció de 32 a 42cm, comienza el almacenamiento de hierro, calcio y fósforo.

8vo. MES MATERNO: El fondo llega al apéndice xifoides; las mamas están plenas y sensibles, es posible que regrese la frecuencia urinaria, pueden presentarse problemas para conciliar el sueño y edema maleolar, así como disnea.

9no. MES FETAL: El feto ocupa todo el útero por lo que se restringe su actividad, los anticuerpos maternos se transfieren al feto, estos brindan inmunidad durante cerca de seis meses hasta que el sistema inmunitario propio del lactante pueda ocupar su lugar.

9no MES MATERNO: El feto desciende más en la pelvis materna (aligeramiento), la placenta es casi 4 veces más gruesa que hace 20 semanas y pesa alrededor de 500gr, aumentan los dolores de espalda y la frecuencia urinaria, las contracciones de Braxton Hicks se intensifican con forme el cervix y el segmento uterino inferior se preparan para el trabajo de parto.

### 8.1.3 Desarrollo y funciones de la placenta.

La placenta es el medio de intercambio metabólico y nutricional entre las circulaciones embrionaria y materna. El desarrollo y circulación placentarios no empieza sino hasta la tercera semana del desarrollo embrionario. La placenta se desarrolla en el sitio en el que el embrión se une a la pared uterina. La expansión placentaria continúa hasta alrededor de las 20 semanas, cuando cubre casi la mitad del interior del útero. Después de 20 semanas de gestación, la placenta se engruesa, pero no se ensancha. A las 40 semanas de gestación, el diámetro placentario es cercano a los 15 o 20cm y su grosor es de 2.5 a 3cm. En ese momento pesa alrededor de 400 a 600g.

La placenta tiene dos partes: la porción materna y la fetal. La parte materna consiste en la decidua basal y su circulación. La superficie de esta porción es roja y carnosa mientras que la parte fetal se forma de las vellosidades coriónicas y su circulación. La superficie fetal de la placenta se cubre con el amnios, el cual le da una apariencia gris brillante.

El desarrollo de la placenta comienza con las vellosidades coriónicas. Las células trofoblásticas de las vellosidades coriónicas forman espacios entre los tejidos de la decidua basal. Estos espacios se llenan con sangre materna y las vellosidades coriónicas crecen en ellos. Con el tiempo se diferencian las vellosidades coriónicas, aparecen dos capas trofoblásticas: una capa externa que se llama sincitio y una capa interna a la que se le conoce como citotrofoblasto.

En las vellosidades coriónicas se desarrolla una tercera capa más interna de mesodermo conectivo y forma las vellosidades de anclaje. Al final, éstas formarán los tabiques de la placenta. Estos tabiques dividen a la placenta madura en 15 o 20 segmentos llamados cotiledones, en cada cotiledón, las vellosidades ramificantes forman un sistema vascular muy complejo que permite la fragmentación de la circulación uteroplacentaria.

#### FUNCION DE LA PLACENTA

Las funciones de la placenta son: Producción de hormonas placentarias, sirve como barrera inmunológica, participa en el intercambio gaseoso y nutricional, colabora en la excreción de productos del catabolismo fetal y a la termorregulación.

#### 8.1.4 Anexos ovulares

##### CORDON UMBILICAL

El cordón umbilical es un órgano gris, de consistencia blanqueada, que se extiende desde el abdomen del feto hasta la placenta y que conecta la circulación de este órgano con el feto, mide 50cm de promedio, pero en algunas ocasiones puede ser extraordinariamente largo (150cm) o sumamente corto (10cm). Su diámetro es de 1.5 a 2.0cm.

La superficie externa está constituida por el amnios y en su interior se encuentran dos arterias, localizadas a los lados, y una vena central de gran calibre.

##### LIQUIDO AMNIOTICO

La cavidad amniótica o bolsa de las aguas está formada por una capa interna, el amnios, y una externa, el corion. El interior de la cavidad amniótica contiene un líquido claro de características especiales: el líquido amniótico, que aumenta progresivamente durante el embarazo y que tiene como función principal proteger al feto de traumatismos externos y de defectos compresivos, ya que desempeña el papel de amortiguador hidráulico, también permite la libertad de movimientos del feto en el interior de la cavidad uterina, permite el acomodo definitivo de la presentación final del embarazo, permite el desarrollo amniótico del feto en todas direcciones, mantiene la temperatura intrauterina así como también actúa como prensa hidráulica sobre el segmento inferior del útero ayudando a dilatar e canal vaginal. (MONDRAGON, 1997)

## 8.2 ANATOMIA DE LA PELVIS.

La pelvis está constituida por cuatro huesos: sacro, cóccix y dos iliacos, que a su vez se encuentran formados por tres partes, pubis, isquion e iliaco. En la parte posterior los iliacos articulan con el sacro, y en la parte anterior articulan los dos pubis entre sí, formando un verdadero aro que divide a la pelvis en dos partes: pelvis mayor y pelvis menor.

### 8.2.1 Tipos de pelvis.

#### ESTRECHO SUPERIOR

La pelvis puede presentar cualquiera de cuatro distintas formas características, que son: ginecoide, androide, antropoide y platipeloide. La diferencia entre estos tipos de pelvis la constituye la forma del estrecho superior.

**GINECOIDE:** En este tipo de pelvis el diámetro anterior es sensiblemente igual que el transversal, y ambos se cruzan en la parte media.

**ANDROIDE:** En este el diámetro anteroposterior es más amplio que el transversal; tiende a presentar una forma triangular.

**ANTROPOIDE:** El diámetro anteroposterior es excesivamente alargado, en tanto que el diámetro transversal es reducido.

**PLATPELOIDE:** En este tipo de pelvis el diámetro transversal es excesivamente alargado, y el anteroposterior, reducido

#### ESTRECHO MEDIO

El estrecho medio tiene como referencia anatómica las espinas ciáticas, todos los diámetros del estrecho medio de la pelvis son sensiblemente iguales, y su medida es el diámetro bicipítico.

#### ESTRECHO INFERIOR

El estrecho inferior de la pelvis es la porción anatómica ubicada por debajo de las espinas ciáticas; en esta parte es importante considerar el diámetro bisquiático y la morfología del arco subpubico. Donde el diámetro bisquiático es la distancia entre la parte media de ambos isquiones y suele medir 10cm. Y el arco subpubico es el ángulo comprendido por la parte inferior del pubis y la porción interna del isquion de ambos lados; el ángulo normal es de 90 grados.

## CURVA DE CARUS

Desde el punto de vista obstétrico, la pelvis presenta una curvatura que tiene que seguir el producto para que ocurra el nacimiento, y que se conoce como curva de carus o curva del parto

## PLANOS DE LA PELVIS

Estos también se conocen como planos de Hodge, y son cuatro planos imaginarios y paralelos entre sí, con el objetivo de valorar la pelvis y poder valorar el descenso de la presentación durante el trabajo de parto.

PRIMERO: Se extiende desde el promontorio al borde superior de la sínfisis del pubis.

SEGUNDO: Parte de la cara anterior de la segunda vértebra sacra al borde inferior de la sínfisis púbica.

TERCERO: Plano imaginario a la altura de las espinas ciáticas.

CUARTO: Este es el que se encuentra a nivel del vértice del cóccix. (OLDS, 1997).

### 8.3 LA LEY GENERAL DE SALUD.

Artículo 31: La alimentación Materno Infantil es materia de Salubridad General.

Artículo 61: Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como la atención del niño y la vigilancia del crecimiento y desarrollo.

Artículo 64: Atención Materno Infantil, fomentando la lactancia materna.

#### 8.3.1 Diario oficial de la federación.

Normas de Servicios de Atención Médica y Norma Técnica No. 37 para la atención del Recién Nacido, publicadas el 14 de mayo y el 8 de julio de 1986.

Acuerdo No. 95 de la Secretaría de Salud, publicada el 28 de mayo de 1991 creando el Comité Nacional de Lactancia Materna.

En la Ley Federal de Trabajo el artículo 123 Fracción V, menciona dos períodos extraordinarios por media hora cada uno para amamantar a sus hijos en el periodo de lactancia.

En la Ley del Seguro Social se otorga dos descansos de 30 minutos para el amamantamiento de los hijos de los trabajadores durante seis meses posteriores al nacimiento, ya sea al inicio o al final de la jornada de trabajo.

## 8.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Los métodos anticonceptivos pueden agruparse por su mecanismo básico de acción en: naturales, de barrera, hormonales y quirúrgicos.

### **Métodos naturales.**

También llamados de "abstinencia periódica", se basan en el hecho en que la mujer es fértil sólo unos pocos días del ciclo, alrededor de la ovulación, requieren que el ciclo menstrual sea regular y que la pareja tenga la disciplina necesaria para su empleo.

**RITMO DE OGINO-KNAUS:** La pareja debe de abstenerse de relaciones sexuales del octavo al décimo día del ciclo. Puede mejorar su eficacia si se lleva al mismo tiempo una grafica de la temperatura basal que, con su elevación postovulatoria, señala cuándo este fenómeno ya se produjo. A veces se recomienda ampliar el período de abstinencia desde el inicio de la menstruación hasta tres días después de la elevación de la temperatura basal.

**PROCEDIMIENTO DE BILLINGS:** Se basa en el mismo principio que el anterior, pero emplea como guías las características del contenido vaginal apreciados diariamente por la mujer, que lo obtiene con los dedos y se observa con cuidado; si es claro, fluido y filante, se considera riesgosa la relación sexual y deberá evitarse; si es escaso, opaco y adherente, el riesgo del embarazo es bajo.

**COITO INTERRUMPIDO:** Este método consiste en la eyaculación fuera de la vagina. Ha tenido un empleo muy extenso antes de los procedimientos farmacológicos y su uso es aún popular en algunos grupos de población. Tiene el inconveniente de ser incómodo para el varón y frustrante para la mujer, a la cual puede producirle un síndrome de congestión pélvica o dolor pélvico crónico.

**TEMPERATURA CORPORAL:** Consiste en descubrir el momento de la ovulación por el aumento de la temperatura basal, que se presenta inmediatamente después de la ovulación. Para conocer el periodo de ovulación a través de este método, la mujer debe tomarse la temperatura diariamente durante 8 meses en el momento de despertarse, antes de iniciar cualquier actividad o movimiento. El termómetro debe colocarse siempre en la misma parte del

cuerpo, ya sea en la axila, en la boca, o en el recto y llevar un registro gráfico para observar los cambios térmicos, debe anotarse en un papel la fecha, la hora y la temperatura que marca el termómetro. El día probable de la ovulación es el día en que se inicie el aumento de temperatura, generalmente en una relación discreta de 0.2 a 0.4 grados centígrados, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales. (Secretaría de Salud, 1998)

### **Métodos de barrera.**

Su fundamento estriba en interponer un obstáculo mecánico o químico que evite el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide; a veces se combinan ambas posibilidades para incrementar la eficacia.

**CONDON MASCULINO:** Tiene la ventaja de que solo se emplea en el momento necesario, no interfiere con el funcionamiento orgánico y es seguro mientras no se rompa o derrame, además de limitar la propagación de enfermedades sexualmente transmisibles.

Algunas parejas lo consideran inaceptable porque perciben que interpone una barrera importante en la comunicación interpersonal que debe ser el acto sexual y otras porque siente irritación local por los lubricantes y espermaticidas que frecuentemente se les aplican.

**CONDON FEMENINO:** Es nuevo en el mercado, es un receptáculo de látex que se aplica y toma la forma de la vagina y protege incluso parte de la vulva; puede emplearse para varias cópulas a diferencia del condón masculino y lo usa la mujer a voluntad.

**DIAFRAGMA O CAPUCHON CERVICAL:** Popular en décadas pasadas, aparte de cierta destreza en su aplicación, su uso óptimo requería la adicción de alguna crema espermaticida que se tenía que aplicar antes de cada cópula; actualmente este método ha quedado en desuso.

**ESPERMATICIDAS EN FORMA DE CREMAS, ESPUMAS, OVULOS O SOLUCIONES PARA DUCHAS:** Casi todas tienen compuestos fenilmercuríonicos u otros como el hexilresorcinolcloramina, sulfato de zinc, polioxietileno, etc., cuyo mecanismo de acción es la alteración de la membrana del espermatozoide, que produce muerte celular. Para ser eficaz se necesita aplicar de 15 a 20 minutos antes de la cópula. Su empleo va en decremento.

**DIU:** Los dispositivos intrauterinos son objetos de forma, tamaño y materiales diferentes, adecuados para ser colocados en cavidad uterina con el fin de evitar el embarazo. Se ha observado que el cobre que posee el DIU puede aumentar la reacción inflamatoria y acentúa las contracciones de la capa muscular del útero y los iones de cobre liberados producen parálisis enzimática en los espermatozoides.

### **Métodos hormonales.**

Su uso se basó inicialmente en la supresión de la ovulación, aplicando el conocimiento de que la progesterona inhibe la ovulación en algunas especies. Posteriormente se ha demostrado que hay otros múltiples niveles de acción que, además, pueden ocurrir simultáneamente y con diverso grado de importancia, por lo cual su eficacia se mantiene aun en dosis realmente mínimas con relación a las iniciales. Su aplicación práctica se inició en 1955 y el entendimiento de su mecanismo de acción, así como las dosis y métodos de empleo y riesgos para la salud. Puede decirse que son los procedimientos reversibles de mayor uso actual en el mundo, calculándose que hoy en día los emplean muchos millones de mujeres en forma continua.

A lo largo de los años se han estudiado y descartado muy diversos compuestos y disminuyendo la dosis de esteroides estrogénicos, hasta el momento actual en que la mayoría de las combinaciones orales contienen de 20 a 30 mcg de etinilestradiol o de mestranol, únicos empleados en la actualidad. Los progestágenos, de los que se han considerado tres generaciones según sus efectos biológicos y fórmulas químicas, también se han ido reduciendo en su número y en sus dosis en forma muy importante, aunque aún queda una amplia gama de ellos. Los regímenes de administración también han variado y la experiencia ha ido señalando que los siguientes son los más aplicables.

**PROGESTAGENOS SOLOS POR VIA ORAL:** Iniciados en el primer día de la menstruación, su empleo debe ser continuo y constante por el tiempo que se desee prolongar la anticoncepción. Son particularmente aplicables en mujeres que por cualquier razón tiene contraindicación para el uso de estrógenos. Su principal mecanismo de acción es bloquear la penetrabilidad del moco cervical, aunque no es el único. Prácticamente no tiene riesgos y sólo tiene el

inconveniente, que es motivo de abandono, de que causan sangrados irregulares, aunque escasos y objetivamente intrascendentes.

**PROGESTAGENOS SOLO POR VIA INTRAMUSCULAR:** Se aplica cada 12 semanas o cada tres meses, tienen un efecto supresor del crecimiento endometrial y bloquean el moco endocervical. A veces provocan amenorreas de larga duración que son inquietantes pero que se resuelven espontáneamente. Algunas mujeres consideran cómoda esta forma de uso que le evita olvidos o descuidos.

**PROGESTAGENOS SOLO EN IMPLANTE SUBCUTANEO:** Su mecanismo es parecido a los anteriores, tiene la ventaja de ser útil por varios años, pero aun aplicación requiere de una pequeña intervención quirúrgica al aplicarlos y otra para retirar el vehículo, lo cual ha restringido su aceptabilidad.

**COMBINACIONES ESTROGENOPROGESTACIONALES POR VIA ORAL:** Son, sin duda, de mayor uso en el mundo y tienen la máxima eficacia anticonceptiva, Los regímenes de administración han variado con el tiempo, habiéndose prácticamente descartado los secuenciales a favor de los simultáneos, que mantienen su eficacia a pesar de ser usados en dosis mínimas que reducen sus efectos indeseables, y de los trifásicos que teóricamente tienden a remendar las condiciones hormonales del ciclo ovárico normal. Para fines prácticos, su utilización puede considerarse segura y como menos riesgosa que el embarazo no planeado.

**COMBINACIONES ESTROGENO-PROGESTACIONALES POR VIA INTRAMUSCULAR:** Se usan en forma mensual y son particularmente aplicables a pacientes poco confiables en el cumplimiento de la toma de las combinaciones orales. Las demás consideraciones son semejantes a las de aquéllas.

Aunque el mecanismo inicialmente explicativo de la eficacia de los procedimientos hormonales era supuestamente la inhibición de la ovulación por freno de la liberación de las gonadotropinas pituitarias, la realidad es que su acción múltiple y a diversos niveles.

**METODOS QUE IMPLIDEN LA IMPLANTACION:** La mifepristona, hasta ahora sólo aprobada en Francia, es un esteroide antiprogestacional que modifica el endometrio y lo hace inepto para la nidación del huevo fecundado.

**PILDORA DEL DIA SIGUIENTE:** Pensada para los casos de coito no protegido, por violación o por descuido, consiste en la administración de dos tabletas de un anticonceptivo combinado, que pueda repetirse a las 12 horas y así se anticipa al sangrado uterino por supresión. Tanto este procedimiento como el anterior son considerados por muchos verdaderos abortivos y se les ponen las mismas objeciones que a éstos.

## **8.5 CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD.**

### **8.5.1 La preparación médica fundamental para un sistema de salud moderno y justo: Dr. Frenk Mora.**

- El secretario de Salud, inauguró el Foro Internacional Médico, en el que participan casi 6 mil personas de México y de diversos países de América Latina y el Caribe.
- Destacó la importancia de la educación médica continua para enfrentar los retos del sector, como son la equidad, la calidad y la protección financiera.

La preparación de los profesionales de la medicina es fundamental en la construcción de un sistema de salud moderno, incluyente y justo, que dé al desarrollo de nuestro país un rostro humano, afirmó el secretario de Salud, doctor Julio Frenk Mora al inaugurar el Foro Internacional Médico.

Ante casi 6 mil asistentes provenientes de todas las entidades de la República mexicana y de varios países de América Latina y el Caribe el doctor Frenk Mora destacó la importancia de la educación médica continua, para enfrentar los retos que en el campo de la salud estableció el actual gobierno federal, como son la equidad, la calidad y la protección financiera.

Indicó que actualmente México enfrenta una transición demográfica que implica una proporción cada vez mayor de personas en edad avanzada, así como epidemiológica caracterizada por un cambio en el perfil de las enfermedades al tener todavía rezagos importantes en las de tipo infeccioso, en la salud materna, al mismo tiempo que se enfrentan problemas emergentes representados por los padecimientos no transmisibles y las lesiones.

El titular de Salud expresó que para enfrentar el reto de la equidad se han logrado avances en la vacunación universal, alcanzando niveles de 95 por ciento

de cobertura en niños menores de un año con el esquema más completo de América Latina.

Asimismo se refirió al programa "Arranque Parejo en la Vida" que busca que todas las generaciones de niños que nazcan en México tengan las mismas oportunidades a partir de una atención con calidad desde el embarazo, el parto, el puerperio y los dos primeros años de su vida.

En cuanto a la calidad, el doctor Frenk Mora manifestó que la estrategia es la Cruzada Nacional por la Calidad de los servicios de Salud, que ha convocado a todo el sector y en la participación más de cinco mil unidades de consulta externa y urgencias generándose una cultura de medición y mejora continua, así como el reconocimiento del desempeño y la participación ciudadana para verificar los avances en esta materia.

Respecto a la protección financiera, el secretario de salud dijo que con el Seguro Popular se tiene el propósito de proteger a las familias mexicanas de los gastos catastróficos, a través de la afiliación a este sistema de aseguramiento que cerro 2003 con una cobertura de 623 mil hogares que representan aproximadamente dos y medio millones de personas en 22 entidades federativas. Por último el doctor Frenk Mora señaló que si bien existen avances queda todavía un enorme trecho por recorrer, para lo cual contamos con la entrega y el trabajo cotidiano de los profesionales de la salud.

#### **8.5.2 Indicadores de calidad.**

TRATO DIGNO POR EL PERSONAL DE SALUD.

¿El personal de salud lo saluda en forma amable?

¿Se presenta el personal de salud con usted?

¿Cuándo el personal de salud se dirige a usted lo hace por su nombre?

¿El personal de salud le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?

¿El personal de salud se interesa porque dentro de lo posible su estancia sea agradable?

¿El personal de salud procura ofrecerle las condiciones necesarias que guardan su intimidad y/o pudor?

¿El personal de salud le hace sentir segura al atenderle?

¿El personal de salud lo trata con respeto?

¿El personal de salud le enseña a usted o a su familiar de los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento?

¿Hay continuidad en los cuidados de enfermería las 24 horas del día?

¿Se siente satisfecho con el trato que le da el personal de salud?

### **8.5.3 Vigilancia y control de venoclisis.**

¿La solución instalada tiene menos de 24 horas?

¿La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad?

¿La venoclisis y el equipo tienen menos de 72 horas de instalado?

¿El equipo de venoclisis se encuentra libre de residuos?

¿El sitio de punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección?

¿El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación esta limpia?

¿La solución parenteral tiene circuito cerrado?

### **8.5.4 Ministración de medicamentos vía oral.**

¿Verifica que los datos de registro de medicamentos y el nombre del paciente correspondan a la orden médica?

¿Verifica el nombre y la presentación del medicamento?

¿Verifica la caducidad del medicamento?

¿Verifica la dosis y hora de ministración del medicamento?

¿Le habla al paciente por su nombre y le explica el procedimiento que le va a realizar?

¿Se cerciora que el paciente ingiera el medicamento?

¿Registra el medicamento al término del procedimiento en el formato establecido?

## 8.6 INSTRUMENTO DE TRABAJO.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTRETRICIA



### CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL Y SU RELACIÓN A LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA PRENATAL EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSÉ VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO.

(CCPYRACP ALCALA, GONZALEZ 2004)

INTRUCCIONES: Conteste correctamente las preguntas que a continuación se le plantean. Sabiendo de antemano que la información que nos proporcione será totalmente confidencial.

#### I. FICHA DE IDENTIFICACION.

Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_  
Escolaridad \_\_\_\_\_ Edo. civil \_\_\_\_\_ SDG en emb actual \_\_\_\_\_

#### II. CONCEPTO DE CONTROL PRENATAL

- ¿Cuántas veces se ha embarazado usted?
  - 1 vez
  - De 2 a 3 veces
  - Más de 3 veces
- ¿Sabe qué es el control prenatal y para que sirve?
  - Si
  - No
- ¿Qué es para usted el control prenatal?
  - Que revisen únicamente a su bebé.
  - Que la revisen únicamente a usted.
  - Que le tomen sus signos vitales
  - Que la revisen a usted y a su bebé periódicamente.
- ¿De sus embarazos anteriores a llevado control prenatal?
  - Si
  - No

#### III. CONCEPTO DE CONTROL PRENATAL DE LA USUARIA

- ¿De este embarazo llevó control prenatal?
  - Si
  - No
- ¿En que trimestre inició su control prenatal?
  - Primer trimestre
  - Segundo trimestre

- c) Tercer trimestre
  - d) Ninguno
7. ¿Cuál fue el número de consultas que llevó en este embarazo?
- a) Ninguna
  - b) 1 consulta
  - c) 2 consultas
  - d) 3 consultas
  - e) 4 consultas
  - f) Más de 5 consultas
8. ¿Creé usted, que la vigilancia prenatal ayuda a prevenir complicaciones durante el embarazo?
- a) Sí
  - b) No
9. ¿Es usted derechohabiente a instituciones de salud?
- a) Si
  - b) No
10. ¿Cuál es?
- a) IMSS
  - b) ISSSTE
  - c) SEDENA
  - d) NAVAL
  - e) NINGUNO
11. ¿Lleva control prenatal en otro lugar?
- a) Si
  - b) No
12. ¿Con quién?
- a) Médico particular
  - b) Médico institucional
  - c) Enfermera
  - d) Partera
  - e) Ninguno

#### IV. IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

13. ¿Cuántas consultas realizó durante su embarazo anterior?
- a) 5 veces
  - b) + de 5 consultas
  - c) - de 5 consultas
  - d) Ninguna
14. ¿En qué trimestre de su embarazo anterior inicio su control prenatal?
- a) Primer trimestre
  - b) Segundo trimestre
  - c) Tercer trimestre
  - d) Ninguno

15. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se pueden prevenir en el control prenatal?

- a) Anemia
- b) Infecciones de vías urinarias
- c) Infecciones cervicovaginales
- d) Hemorragias después del parto
- e) Complicaciones durante y después del embarazo
- f) Ignora

#### V. LACTANCIA MATERNA, METODOS ANTICONCEPTIVOS Y PSICOPROFILAXIS

16. ¿Sabe cual es la importancia de la lactancia materna?

- a) Si
- b) No

17. ¿Amamanta a su hijo con seno materno exclusivamente?

- a) Si
- b) No

18. ¿A utilizado algún método anticonceptivo?

- a) Si
- B) No

19. ¿Sabe que es la psicoprofilaxis?

- a) Si
- b) No

20. ¿Durante sus embarazos asistió a cursos de psicoprofilaxis?

- a) Si
- b) No

#### VI. CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO DIGNO

21. ¿Cuándo el personal de salud se dirige con usted lo hace por su nombre?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) En ocasiones
- d) Nunca

22. ¿El personal de salud la saluda en forma amable?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) En ocasiones
- d) Nunca

23. ¿Se presenta el personal de salud con usted?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) En ocasiones
- d) Nunca

24. ¿El personal de salud le explica sobre los cuidados o actividades que le va a realizar?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) En ocasiones
- d) Nunca

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN, PARA LA REALIZACION DE ESTA INVESTIGACIÓN.

## 8.7 GLOSARIO DE TERMINOS.

**Alimentación materna exclusiva:** Es aquella proporcionada al bebé únicamente con leche, materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones. También se le conoce como lactancia materna exclusiva.

**Arranque parejo en la vida:** Estrategia que garantiza una atención prenatal adecuada, un nacimiento con el mínimo de riesgos y una vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo del bebé.

**Atención prenatal:** Es la vigilancia de la evolución del embarazo por el personal de salud para la detección y prevención de factores de riesgo.

**Calidad de la atención:** Se considera el tipo de atención médica donde se obtienen los mayores beneficios con la oportunidad, accesibilidad, tiempo y mejores resultados en la salud de la población.

**Calidez en la atención:** Actitud positiva y respetuosa del prestador de servicios de salud con el usuario.

**Correlación:** Es el método más frecuente para describir la relación entre dos variables. Tendencia de cierta variable a relacionarse con los cambios de otra variable.

**Correlación de Pearson:** Es el coeficiente de correlación más empleado que designa la magnitud de la relación entre dos variables medidas por lo menos en una escala de intervalos; también llamada correlación producto-momento.

**Distocia:** Complicación o dificultad que se presenta en el mecanismo del parto que interfiere en su evolución.

**Edad gestacional:** Tiempo que transcurre desde la concepción hasta el nacimiento. Se expresa en semanas o en días completos.

**Embarazo:** Es el periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

**Eutocia:** Parto normal o sin complicaciones.

**Lactancia materna:** Alimentación del bebé con leche de la madre.

**Muerte Fetal:** Muerte del producto de la gestación, de 5 meses o más, dentro del cuerpo de la madre.

**Muerte materna:** Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales

**Oportunidad de la atención:** Consiste en otorgar los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del proveedor de servicios.

**Parto:** Conjunto de fenómenos activos y pasivos, que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, de la placenta, cordón umbilical y membranas.

**Promoción de la salud:** Estrategia que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de la población en general, para participar correspondientemente en el cuidado de la salud y optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un óptimo estado de salud individual, familiar y colectivo.

**Puerperio:** Período que inicia después del alumbramiento, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores al embarazo. Tienen una duración de 42 días.

**Recién nacido:** Niño o niña, desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**Recién nacido a término:** Producto de la concepción de 37 a 41 semanas de gestación que equivale a un producto de 2500 gramos o más.

**Recién nacido vivo:** Producto proveniente de un embarazo de 22 o más semanas de gestación y de peso mayor a los 500 gramos, que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún signo de vida.

**Red social:** Organización de la sociedad civil, que tiene como propósito conseguir fondos para apoyar la operación del programa, instalación de posadas de asistencia y casa infantiles comunitarias.

**Significancia estadística:** Término que indica que los resultados que se obtuvieron al analizar una muestra de datos tienen poca probabilidad de tener como causa el azar, en determinado nivel de probabilidad.

**Urgencia obstétrica:** Complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio, que ponen en riesgo la salud y la vida de la mujer o la del producto.

**Variable:** Característica o atributo de una persona u objeto que varía (es decir, toma diferentes valores) dentro de la población que se estudia.

## 8.5 CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTRETRICIA



CONCEPTUALIZACIÓN DEL CONTROL PRENATAL Y SU RELACION A LA ASISTENCIA DE LA CONSULTA PRENATAL EN MUJERES GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE CUAUTITLAN "JOSÉ VICENTE VILLADA" DEL INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO (CCPYRACP, ALCALA, GONZALEZ, 2004)

### CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para que la Licenciada en enfermería y obstetricia me entreviste. Comprendo que seré parte de un estudio de investigación enfocada sobre mi concepto de control prenatal durante mis embarazos.

Comprendo que seré entrevistada durante mi estancia en el Hospital General de Cuautitlán "José Vicente Villada" del Instituto d Salud del Estado de México.

Está entrevista fue otorgada en forma libre, yo sé que la entrevista es voluntaria, y que aún después de que la entrevista inicie, yo puedo rehusarme a responder a preguntas especificadas o decidir terminar la entrevista en cualquier punto. Sé que mis respuestas a las preguntas no se proporcionaran a nadie más y no seré identificada de ninguna manera en cualquier reporte. También he sido informada que si participo o no, mi negativa a responder no afectará los servicios que yo o mi hijo pueda recibir de los proveedores de salud de esta Institución.

FECHA

FIRMA DEL ENTREVISTADO

ENTREVISTADOR

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_