

Nº 15
REV.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

*Escuela Nacional de Enfermería
y Obstetricia*

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL CONTROL
PRENATAL EN LAS COMUNIDADES DE LOS MODULOS
CIUDAD HIDALGO III, MORELIA III Y ZITACUARO I EN EL
PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA EN EL ESTA-
DO DE MICHOACAN, MEXICO 1991.

T E S I S

Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

presentan

**HERNANDEZ ROSAS JOSE ANTONIO
RANGEL PORTILLA DANIEL
ZAVALA ESPINDOLA ELSA**

México, D. F.

Mayo de 1992

**TESIS CON
SELLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Se han realizado múltiples y variadas acciones en nuestro país para llevar servicios de salud al medio rural de manera permanente por medio de las Instituciones de Salud, actividades que se han modificado de acuerdo a las necesidades de salud que requieren estas poblaciones.

En 1977, se desarrollaron dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dos programas (el de Extensión de Cobertura y el Comunitario Rural) destinados a ampliar la cobertura del área rural. En 1979, se fusionaron ambos programas para constituir el Programa de Salud Rural, que incluyó en sus acciones lo que había resultado más eficaz y adecuado de ambas experiencias. De 1977 a 1982, se continuó el impulso y apoyo al programa, permaneciendo hasta el momento en las localidades rurales la estructura básica operativa; lo que es actualmente la Estrategia de Extensión de Cobertura, que se define como el conjunto de actividades o acciones mínimas de salud que se proporcionan a la población rural.

Por otro lado, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia como Institución educativa formadora de recursos humanos para la prestación de servicios de salud a través del Servicio Social; el cual se considera como la etapa final de formación académica y así mismo requisito indispensable para obtener la titulación de sus egresados persigue el siguiente objetivo:

Que el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia:

- Se involucre en el ambiente real de la sociedad aplicando los conocimientos teórico - prácticos durante su formación con el objeto de prestar servicios de salud en la comunidad.

Ahora bien, es importante retomar que en el convenio establecido entre la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia y la Dirección General de Planificación Familiar se trazaron objetivos fundamentales tales como:

Que el egresado de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia:

- Se incorpore al trabajo comunitario rural dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura en los subsistemas de:
 - Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.
 - Atención al menor de cinco años.
 - Planificación familiar.
 - Actividades Varias.

- Durante el desarrollo del Servicio Social llevará a cabo la elaboración de un trabajo de investigación, el cual posteriormente fuera entregado como tesis recepcional.

Lo anterior permite incrementar el acervo de conocimientos del pasante dentro del campo de investigación en Enfermería.

Por ello, y en base a lo anterior en el presente estudio de investigación se contemplan los siguientes aspectos:

En el capítulo No. 1 se describe el perfil socio-económico de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán, en donde se manejan aspectos generales tales como: servicios de salud, educación, servicios públicos, infraestructura, entre otros.

Por lo que se refiere al contenido del capítulo No. 2 se habla de la infraestructura de los servicios de salud del primer nivel de atención en el Estado de Michoacán.

En cuanto al capítulo No. 3 se menciona la demanda de atención prenatal en las comunidades descritas con anterioridad.

Posteriormente el capítulo No. 4 trata lo relacionado a los antecedentes de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

En lo que concierne al capítulo No. 5 éste se refiere al

esquema para la prestación de servicios en el que se basan los subsistemas siguientes:

- Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.
- Atención al menor de cinco años.
- Planificación Familiar.
- Actividades Varias.

Ahora bien, en los capítulos No. 6, 7 y 8 se comentan los antecedentes históricos del control prenatal a través de las diferentes etapas de la humanidad hasta la actualidad.

Por lo que se refiere a la definición e importancia del control prenatal en la práctica obstétrica, historia clínica obstétrica y tabla de consulta prenatal, así como la orientación específica a la mujer embarazada se encuentran descritos en los capítulos No. 9, 10, 11 y 12 respectivamente.

Por otro lado, los resultados obtenidos de la investigación se presentan en el capítulo No. 13.

El replanteamiento del problema se encuentra descrito en el capítulo No. 14.

Por último, las conclusiones y sugerencias fundamentadas en los resultados obtenidos de esta investigación se manifiestan en los capítulos No. 15 y 16 respectivamente.

JUSTIFICACION

Durante el cumplimiento del Servicio Social realizado por el Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia dentro del programa "Capacitación al personal Auxiliar de Salud en Atención Primaria con énfasis en Planificación Familiar, Metodología Anticonceptiva así como la Atención del Parto Domiciliario en la Estrategia de Extensión de Cobertura" en el Estado de Michoacán surgió la inquietud e interés por conocer cuales eran los factores que influían en la asistencia al control prenatal por parte de las mujeres embarazadas en las comunidades rurales que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I. Lo anterior fué posible identificarlo como consecuencia de las visitas domiciliarias efectuadas en el interior de las comunidades, por medio de la elaboración del Diagnóstico de salud Comunitario y la revisión del registro de información del Subsistema de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio (E-1). Medios por los cuales se observó que existían diversos factores que de alguna manera repercutían para que la prestación de este servicio fuera mínima.

Cabe señalar, que el presente estudio de investigación fué realizado con el propósito de buscar y proponer alternativas de solución encaminadas a mejorar y aprovechar los recursos de salud existentes en la comunidad para que de esta manera

se garantice la atención básica al grupo de población más expuesta al riesgo de " enfermar o morir " ; como son las mujeres y los niños.

Otro motivo por el cual se llevó a cabo la investigación fué porque no existía información documental dentro del Programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura en relación al Subsistema de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio.

C O N T E N I D O

	<u>Pag.</u>
1.- Perfil socio económico de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo - III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.	1
2.- Infraestructura de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención en el Estado de Michoacán.	7
2.1.- Avances sobre la Atención Materno - Infantil.	13
3.- Demanda de atención prenatal en las comunidades que integran los Módulos Ciudad - Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1990.	19
4.- Estrategia de Extensión de Cobertura.	20
5.- Esquema para la prestación de servicios.	23
6.- Antecedentes Históricos del Control Prenatal.	28

7.- Antecedentes Históricos del Control Prenatal en México.	33
8.- Antecedentes del Control Prenatal en México.	50
9.- Definición e importancia del Control Prenatal en la práctica obstétrica.	51
10.- Historia Clínica obstétrica.	52
11.- Tabla de consultas del Control Prenatal.	56
12.- Orientación específica a la mujer embarazada durante el Control Prenatal.	57
13.- Resultados.	71
14.- Replanteamiento del problema.	107
15.- Conclusiones.	111
16.- Sugerencias.	119

INDICE DE CUADROS

Pag.

Cuadro No. 1.

Grupos de edad de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad-Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

71

Cuadro No. 2.

Relación entre el estado civil e información de la mujer a su pareja de que asistirá a--- control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III- y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

73

Cuadro No. 3.

Estudios educativos de mujeres encuestadas-- en las comunidades que integran los Módulos-Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro-I en el Estado de Michoacán. México 1991.

75

Cuadro No. 4.

Ocupación de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

77

Cuadro No. 5.

Ingreso económico semanal de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

79

Cuadro No. 6.

Religión de las mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

81

Cuadro No. 7.

Costumbres de mujeres encuestadas en relación a la asistencia al control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

83

Cuadro No. 8.

Vías de comunicación que existen para llegar a las comunidades que integran los Módulos-- Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

85

Cuadro No. 9.

Medios de transporte utilizados por mujeres-- encuestadas para su traslado en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado-- de Michoacán. México 1991.

87

Cuadro No. 10.

Tiempo de traslado que realizan las mujeres-- encuestadas al sitio más cercano para la atención prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III-- y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

89

Cuadro No 11.

Etapas del embarazo en que la pareja acepta-- que su mujer acuda a control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad--

91

Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

Cuadro No. 12

Asistencia al control prenatal por mujeres--
embarazadas encuestadas en comunidades que--
integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Mo-
relia III y Zitácuaro I en el Estado de Mi--
choacán. México 1991.

93

Cuadro No. 13

Etapas del embarazo en que la mujer en pe---
riodo gestacional recibió orientación acer--
ca del control prenatal en comunidades que--
integran los Módulos Ciudad Hidalgo III,---
Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de---
Michoacán. México 1991.

95

Cuadro No. 14.

Personal con que acepta la mujer en periodo-
gestacional y su pareja ser revisada durante
el control prenatal en comunidades que inte--
gran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia
III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán.
México 1991.

97

INDICE DE GRAFICAS

	<u>Pag.</u>
<u>Gráfica No. 1</u>	
Grupos de edad de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad-Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I, en el Estado de Michoacán. México 1991.	72
<u>Gráfica No. 2</u>	
Relación entre el estado civil e información de la mujer a su pareja de que asistirá a -- Control Prenatal en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.	74
<u>Gráfica No. 3</u>	
Estudios educativos de mujeres encuestadas - en las comunidades que integran los Módulos-Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.	76
<u>Gráfica No. 4</u>	
Ocupación de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el -	78

Estado de Michoacán. México 1991.

Gráfica No. 5

Ingreso económico semanal de mujeres encuestadas en la comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México -- 1991.

80

Gráfica No. 6

Religión de las mujeres encuestadas en las - comunidades que integran los Módulos Ciudad-Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

82

Gráfica No. 7

Costumbres de mujeres encuestadas en relación a la asistencia al control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

84

Gráfica No. 8

Vías de comunicación que existen para llegar a las comunidades que integran los Módulos - Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro-

86

I en el Estado de Michoacán. México 1991.

Gráfica No. 9

Medios de transporte utilizados por mujeres-
encuestadas para su traslado en las comuni-
dades que integran los Módulos Ciudad Hidal-
go III, Morelia III y Zitácuaro I en el Esta-
do de Michoacán. México 1991.

88

Gráfica No. 10

Tiempo de traslado que realizan las mujeres-
encuestadas al sitio más cercano para la --
atención prenatal en las comunidades que in-
tegran los Módulos Ciudad Hidalgo III, More-
lia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoa-
cán. México 1991.

90

Gráfica No. 11

Etapas del embarazo en que la pareja acepta -
que su mujer acuda a control prenatal en co-
munidades que integran los Módulos Ciudad --
Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el
Estado de Michoacán. México 1991.

92

Gráfica No. 12

Asistencia al control prenatal por mujeres -

94

embarazadas encuestadas en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

Gráfica No. 13

Etapa del embarazo en que la mujer en periodo gestional recibió orientación acerca del control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

96

Gráfica No. 14

Personal con que acepta la mujer en periodo gestional y su pareja ser revisada durante el control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

98

PERFIL SOCIO - ECONOMICO DE LAS COMUNIDADES
QUE INTEGRAN LOS MODULOS CIUDAD HIDALGO III.
MORELIA III Y ZITACUARO I EN EL ESTADO DE

MICHOACAN

Por lo que se refiere a las comunidades que integran el módulo Ciudad Hidalgo III, perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria No. 3 Zitácuaro Michoacán; el total de población existente en cada una de estas localidades es de más de 500 a 2 500 habitantes, de los cuales el sexo masculino es el que mayor predomina.

En lo referente a Servicios de Salud con los que cuentan estas comunidades son: Instituciones oficiales como la Secretaría de Salud a través de un Centro de Salud para población concentrada; y asimismo se cuenta con la colaboración de Personal Auxiliar de Salud en cada una de las comunidades a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura; además en un 50% de estas localidades se cuenta con los servicios de IMSS - Solidaridad, por otro lado, es común la práctica de la medicina tradicional en estos lugares. En cuanto a los recursos para la educación se cuenta con escuelas a nivel pre - escolar y escolar en cada una de las localidades, para recibir educación media básica y superior la población estudiantil tiene que trasladarse a Ciudad Hidalgo, Morelia o Toluca.

En relación a los servicios públicos la mayoría de las localidades carece de alumbrado público, agua potable, drenaje, pavimento, servicio de limpia (camión recolector de basura).

Por lo que respecta a la infraestructura vial a pesar de que la principal vía de comunicación para el traslado hacia estas localidades es la Carretera Federal No. 15 en el tramo Ciudad Hidalgo - Morelia; cabe señalar que la infraestructura existente en las comunidades es la terracería y la brecha.

Ahora bien, la infraestructura industrial de las comunidades está formada principalmente por los aserraderos, los cuales se dedican a la explotación de los bosques e industrialización de la madera. Existe una apertura muy amplia al mercado de productos maderables y no maderables en la región, de las cuales se procesan productos primarios y secundarios de los cuales se obtienen productos terminados tales como: mesas, camas, roperos, sillas, base de box spring, moldura para muebles, palo de escoba, cabo para herramientas, etc., en donde estos productos tienen una gran demanda en la región y en algunos centros de consumo como la Ciudad de México, y los estados de Guanajuato, Querétaro entre otros. Es importante mencionar que todos los productos secundarios que no son factibles en el aserradero e industria secundaria (como el brazuelo y rollito) son captados por la empresa Resistol S.A. de Zitácuaro Mich. para la elaboración de aglomerados y SEPAMISA para la elaboración de celulosa y papel.

Los empleos que se practican en estos lugares se derivan del presente aprovechamiento, el cual no se puede precisar con exactitud. (1)

El módulo Morelia III (Charo); es un municipio que cuenta con una población de 16 223 habitantes de los cuales 8 088 son hombres y 8 135 mujeres. La población económicamente activa en Charo representa el 31.53% del total de la población y se ubica principalmente en el sector primario. Los sectores secundario y terciario representan el segundo y tercer lugar respectivamente. El índice de desocupación apenas alcanza el 0.5% de la población.

Las localidades pertenecientes a este módulo cuentan con una población que oscila entre los 100 a los 1500 habitantes; y los principales indicadores económicos de tales poblaciones son los siguientes:

AGRICULTURA:

- Superficie agrícola	8 448 Has.
- De riego	2 103 Has.
- De temporal	6 304 Has.
- Húmedad	41 Has.

ESTRUCTURA DE LA TENENCIA DE LA TIERRA:

- Superficie ejidal	15 215 Has.
- Superficie de la pequeña propiedad	4 977 Has.
- Superficie de la propiedad comunal	5 909 Has.

(1) **Hernández Rosas José Antonio. Diagnóstico de Salud Comunitario. pp-18**

Los empleos que se practican en estos lugares se derivan del presente aprovechamiento, el cual no se puede precisar con exactitud. (1)

El módulo Morelia III (Charo); es un municipio que cuenta con una población de 16 223 habitantes de los cuales 8 088 son hombres y 8 135 mujeres. La población económicamente activa en Charo representa el 31.53% del total de la población y se ubica principalmente en el sector primario. Los sectores secundario y terciario representan el segundo y tercer lugar respectivamente. El índice de desocupación apenas alcanza el 0.5% de la población.

Las localidades pertenecientes a este módulo cuentan con una población que oscila entre los 100 a los 1500 habitantes; y los principales indicadores económicos de tales poblaciones son los siguientes:

AGRICULTURA:

- Superficie agrícola	8 448 Has.
- De riego	2 103 Has.
- De temporal	6 304 Has.
- Húmedad	41 Has.

ESTRUCTURA DE LA TENENCIA DE LA TIERRA:

- Superficie ejidal	15 215 Has.
- Superficie de la pequeña propiedad	4 977 Has.
- Superficie de la propiedad comunal	5 909 Has.

(1) **Hernández Rosas José Antonio. Diagnóstico de Salud Comunitario. pp-18**

La principal actividad económica a la que se dedican es a la agricultura y los principales cultivos en cuanto a su producción es el maíz, alfalfa y garbanzo.

La inmigración de gente joven en edad económicamente activa es una de las actividades que se realiza frecuentemente en las comunidades del municipio de Charo. Esta inmigración se realiza en un 98% a los Estados Unidos por tiempo determinado durante el año; es decir, de los meses de Febrero a Septiembre y regresan con sus familiares en las vacaciones navideñas.

En relación a la educación este módulo cuenta con catorce escuelas a nivel pre - escolar y 29 colegios que imparten la primaria, además se cuenta con 4 escuelas secundarias y sólo una preparatoria ubicada en la cabecera municipal, por lo que se refiere a estudios profesionales los estudiantes se ven en la necesidad de trasladarse a la capital michoacana.

En cuanto a recursos de salud, se dispone de un Centro de Salud para población concentrada ubicado en la cabecera municipal y dos Clinicas de IMSS - Solidaridad.

En este municipio se cuenta con una fábrica procesadora de material para construcción. Por último, la principal actividad que se lleva a cabo en estos lugares es la elaboración de tortillas y su venta en la capital michoacana. (2)

En el módulo Zitácuaro I correspondiente a la Jurisdicción Sanitaria No. 3, está integrado por diez localidades con las
(2) Rangel Portilla Daniel - Diagnóstico de Salud Comunitario.

siguientes características socio - económicas: Se cuenta con una población que oscila entre los rangos mencionados con anterioridad 500 a 2 500 habitantes en cada una de estas localidades, en donde el sexo de mayor predominio es el masculino.

Los servicios de salud existentes en estas comunidades son; Instituciones oficiales como la Secretaría de Salud a través del Centro de Salud para población concentrada que se encuentra ubicado en la propia Jurisdicción, y asimismo se cuenta con la participación del Personal Auxiliar de Salud en cada una de estas localidades por medio de la Estrategia de Extensión de Cobertura; también se dispone en un 40% de clínicas de IMSS - Solidaridad, y un Centro de Salud para población concentrada por parte de la Secretaría de Salud en una de estas comunidades; por otra parte, se practica la medicina tradicional en cada uno de estos lugares.

Los recursos para la educación con los que cuentan estos sitios corresponden sólo un 40% a centros de educación pre - escolar, mientras que existe un 100% de escuelas primarias, y para recibir educación media básica y superior la población estudiantil se traslada a Zitácuaro, Morelia y al Estado de México.

Con relación a los servicios públicos se carece de: alumbrado público, pavimento, drenaje, camión recolector de basura y agua potable.

La principal vía de comunicación es la Carretera Federal No. 15 la cual comprende el tramo Estado de México - Zitácuaro Tuxpan, la cual sólo aproxima a las comunidades, pero la infraestructura que existe en las localidades es la brecha y la terracería.

Las industrias existentes en las comunidades que conforman el módulo son: dos galeras, dos aserraderos y la Industria Resistol S.A.

La principal actividad económica que se desempeña es la agricultura y en una mínima proporción los empleos generados por industrias. (3)

(3) Zavala Espíndola Elsa. Diagnostico de Salud Comunitario. pp-23

**INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION EN EL ESTADO DE MICHOACAN**

La S.S.A. ha desarrollado sus programas de infraestructura en salud en torno a las estrategias y prioridades establecidas a partir de dos objetivos fundamentales: Ampliación de la cobertura, con prioridad en el primer nivel de atención y a la terminación de obras en proceso, conservación, mantenimiento, rehabilitación y mejoramiento de la infraestructura en operación para aprovechar cabalmente su capacidad instalada en beneficio de la población abierta.

Se encuentra en proceso de elaboración el proyecto ejecutivo de un Hospital General tipo 30 camas, con posibilidad de crecimiento a 50 en Sahuayo Michoacán; otro proyecto para Uruapan, con posibilidad de crecimiento de 90 a 120 camas. (4)

A continuación se describen el número de unidades médicas así como los recursos materiales en la entidad federativa Michoacán 1989.

PARTE I

- Total de unidades médicas	233
- Camas censables	488
- Cirugía	117
- Gineco - Obstetricia	94
- Medicina interna	107

(4) Secretaría de Salud. Informe de Labores 1989-1990. pp-89

-	Pediatría	51
-	Otras	119
-	Cama no censables	1389
-	Incubadoras	31

PARTE II

C O N S U L T O R I O S

-	Total de consultorios	396
-	Generales	336
-	Cirugía	2
-	Gineco-Obstetricia	3
-	Medicina interna	3
-	Pediatría	4
-	Otros	20
-	Dental	28

PARTE III

-	Banco de sangre	3
-	Equipo de rayos X	18

Laboratorio:

-	Peine de análisis clínicos	27
-	Histopatología	2

PARTE IV

-	Quirófano	23
-	Salas de expulsión	114
-	Unidades dentales	35
-	Farmacias	88
-	Aulas de enseñanza	15
-	Central de equipos	29

PARTE VUNIDADES DE CONSULTA EXTERNA

-	Total de unidades médicas	227
-	Camas no censables	1223
-	Incubadoras	14

PARTE VICONSULTORIOS

-	Total	350
-	Generales	324
-	Otros	1
-	Dental	25

PARTE IV

-	Quirófano	23
-	Salas de expulsión	114
-	Unidades dentales	35
-	Farmacias	88
-	Aulas de enseñanza	15
-	Central de equipos	29

PARTE V**UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA**

-	Total de unidades médicas	227
-	Camas no censables	1223
-	Incubadoras	14

PARTE VI**CONSULTORIOS**

-	Total	350
-	Generales	324
-	Otros	1
-	Dental	25

PARTE VII

- Banco de sangre	1
- Equipo de rayos X	12
- Peine de análisis clínicos	16
- Histopatología	1
- Quirófano	14
- Salas de expulsión	109
- Unidades dentales	30

PARTE VIII

- Farmacias	83
- Aulas de Enseñanza	7
- Central de equipos	24

INVENTARIO DE RECURSOS MATERIALES POR JURISDICCION

	<u>01 (MORELIA)</u>	<u>03 (ZIT.)</u>
- Total de unidades médicas	90	27
- Camas censables	352	-
- Cirugía	90	-
- Gineco - Obstetricia	48	-
- Medicina interna	74	-
- Pediatría	30	-
- Otras	112	-
- Camas no censables	399	168

- Incubadoras	12	4
- Banco de sangre	1	1
- Equipo de rayos X	4	-
- Peine de análisis clínicos	11	-
- Histopatología	1	-
- Quirófano	8	1
- Salas de expulsión	19	27

	<u>01 (MORELIA)</u>	<u>03 (ZIT.)</u>
- Unidades dentales	10	3
- Farmacias	8	27
- Aulas de enseñanza	7	-
- Central de equipos	5	2

C O N S U L T O R I O S

- Total	147	45
- Generales	119	42
- Cirugía	1	-
- Gineco - Obstetricia	1	-
- Medicina interna	1	-
- Pediatría	-	-
- Otras	19	-
- Dental	6	3

CONSULTA EXTERNA DE CONTROL PRENATAL1989ENTIDAD FEDERATIVA: M I C H O A C A N

- Total: 89 922
- Primera vez: 42 748
- Subsecuente: 40 174

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

- Total de atención (embarazo, parto, puerperio),
correspondiente a 18 830 equivalente a un 5.0% . (5)

AVANCES SOBRE LA ATENCION MATERNO INFANTIL

Según el Informe de Labores correspondiente al año de 1990, se tenía planeado abatir el índice de mortalidad materno - infantil en un 30% al término de cinco años, por lo que se han establecido tres estrategias de acción.

En lo referente al mejoramiento de la calidad de los servicios en materia de atención materno - infantil se efectuaron 2 928 estudios en centros de salud y hospitales que analizan las condiciones de eficiencia para el otorgamiento de servicios abarcando la planta física, capacitación de recursos formales y comunitarios.

Se realizó el control de 150 000 mujeres embarazadas a través de la cédula "Historia clínica perinatal" y se capacitó al personal de 161 unidades hospitalarias con el propósito de instalar el denominado alojamiento conjunto, favoreciendo el contacto precoz madre - hijo después del parto, así como la lactancia materna.

Se instalaron 508 comités para el estudio de la mortalidad perinatal, los cuales han analizado y estudiado las causas de muerte de la mujer y del niño. Se crearon 32 comités estatales que analizan los factores más importantes que deben ser objeto de adopción de medidas para las instituciones de salud. Se integró el comité en el que confluyen todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, que revisa y adopta medidas de

solución a los problemas de mayor dificultad.

Se efectuaron 44 907 pruebas de hipotiroidismo congénito a recién nacidos en el Distrito Federal.

En la estrategia para el mejoramiento de la calidad de atención materno - infantil que proporciona la partera tradicional se tiene como propósito la integración de este personaje a los servicios formales de salud, sin modificar sus prácticas de arraigo y cultura, pero con la convicción de que la atención del embarazo y del parto se deben realizar en las condiciones de higiene más apropiadas.

Se integró un censo nacional de parteras tradicionales en el que se han identificado 5 816. Se capacitó al 1 968 parteras y se han entregado 388 maletines con instrumental disponible e indispensable.

Se instalaron 76 posadas de nacimiento en 18 entidades federativas, en donde se atiende a la población que no cuenta con algún servicio de salud; a cada posada se le dotó de instrumental y equipo médico mínimo.

En relación con la prevención de riesgos a la salud materno infantil por medio de la participación social, se realizaron 337 cursos de capacitación formando 6 667 agentes de salud, mismos que han orientado a 52 833 amas de casa capacitándolas como procuradoras de la salud familiar. Durante su capacitación se han entregado tanto a las agentes de salud como a las procuradoras, 220 267 impresos como apoyo a la información que han

recibido.

En el programa de Nutrición y Salud, que tiene por objeto disminuir la morbilidad asociada directa o indirectamente con la desnutrición, se entregaron 14 059 313 raciones para apoyar a 153 673 familias, con lo que se benefició a 625 685 menores de cinco años, a 274 777 mujeres embarazadas con problemas de desnutrición y a 120 873 madres lactantes. Se han creado 75 000 huertos de alimentación para el autoconsumo familiar. Se donaron más de mil equipos para la vigilancia del estado de nutrición mediante 28 cursos estatales y tres talleres de carácter regional. Se realizaron 16 400 obras de beneficio colectivo dentro del componente de contraprestación por la ayuda alimentaria recibida, generando ocho millones y medio de días hombre de labores.

En coordinación con la Comisión Nacional de la Alimentación se ha logrado la elaboración del Programa Nacional de Alimentación y la definición de la metodología para determinar los alimentos super básicos, básicos y complementarios, con el fin de conformar los sistemas de alerta oportuna para los grupos de atención prioritaria. También se implantó el Sistema de Vigilancia Alimentaria Nutricional.

Con las Instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud se han coordinado acciones dentro de las áreas de medicina preventiva, planificación familiar y fomento de la salud y se fortaleció la conciencia ciudadana en general y la de los

trabajadores de la salud en lo particular, durante los meses de Febrero "Mes de la Salud de los Niños" y Mayo "Mes de la Salud Materna". (6)

ATENCIÓN MATERNO INFANTIL

ATENCIÓN MATERNA:

Dentro del programa de atención materna durante 1990 se prestó el servicio de control del embarazo, atención del parto y del puerperio y se otorgó un total de 324 522 atenciones. No obstante que respecto al año anterior hubo un incremento de 11%, la distribución porcentual según motivo permaneció igual; es decir, de cada tres atenciones, dos fueron para control de embarazo y prácticamente, una para atención del puerperio ya que solamente 4% del total fué para la atención del parto.

Las mujeres que ingresaron para recibir atención prenatal fueron 75 457; de cada 100, 21 cursaban el primer trimestre de embarazo, 44 el segundo y 35 el último. De los 12 873 partos atendidos en las comunidades, 41% corresponde a mujeres que por primera ocasión se les proporcionó el servicio, lo cual significa que de cada cinco partos atendidos dos no recibieron control prenatal.

Para recibir atención durante el puerperio ingresaron 21 071 mujeres, cifra que representa la mitad del total de las que recibieron el servicio durante los 40 días posteriores al parto, este porcentaje es muy alto y puede significar que no se promueve suficientemente el servicio y cuando la embarazada se entera, ya no recibe una atención completa.

También puede ser que se está registrando mal el dato al considerar como atención de primera vez cuando la embarazada pasa al periodo del puerperio, no obstante que durante el embarazo o el parto ya se le haya proporcionado alguna atención.

De acuerdo con el número de atenciones de primera vez y subsecuentes que se otorgaron de Enero a Diciembre de 1990, la proporción en el promedio nacional fué de 2.1 consultas subsecuentes por cada una de primera vez. No hubo cambios significativos con respecto al año anterior. (7)

(7) SSA. Actividades Desarrolladas en la Estrategia de Extensión de Cobertura. Periodo Enero-Diciembre de 1990. pp. 17-19

DEMANDA DE ATENCION PRENATAL EN LAS COMUNIDADES QUE
INTEGRAN LOS MODULOS CIUDAD HIDALGO III, MORELIA III
Y ZITACUARO I EN EL ESTADO DE MICHOACAN, MEXICO 1990.

A continuación se da a conocer el total de consultas que se proporcionaron a mujeres en periodo gestacional en los módulos ya mencionados durante el transcurso del año 1990.

<u>MODULO</u>	<u>Yo</u>	<u>%</u>
CIUDAD HIDALGO III	173	31.33
MORELIA III	106	19.40
ZITACUARO I	273	49.27
TOTAL	552	100.00

NOTA: Los datos representados con anterioridad solo reflejan en forma global el total de consultas; pero no especifican el personal de salud que las proporcionó, pudiendo ser éste; Coordinador Médico Jurisdiccional, Supervisora de Auxiliares de Salud o bien la Auxiliar de Salud.

Fuente: Departamento de Estadística (registro permanente E-2) 1990.

ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

ANTECEDENTES:

"Los esfuerzos desarrollados en nuestro país para llevar servicios de salud al medio rural en forma permanente, a través de las instituciones de salud, se remontan al año de 1940, época en la que se establece el servicio médico social.

Posterior a este servicio se han desarrollado múltiples y variadas acciones que de alguna manera han involucrado la participación de la comunidad hacia la resolución de sus problemas de salud".

En 1977, se desarrollaron dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, dos programas (el de Extensión de Cobertura y el Comunitario Rural) destinados a ampliar la cobertura en el área rural. En 1979, se fusionaron ambos programas para constituir el programa de Salud Rural, que incluyó en sus acciones lo que había resultado más eficaz y adecuado de ambas experiencias. De 1977 a 1982, se continuó el impulso y apoyo al programa, permaneciendo hasta el momento en las localidades rurales la estructura básica operativa, sustentada en el Auxiliar de Salud o encargado de comunidad, denominación que se le dió a la persona que cada comunidad propuso para fungir como agente de salud comunitario y, en la Enfermera Supervisora de Auxiliares de Salud o responsable de módulo.

En 1985, la Secretaría de Salud, con base en la experiencia del Programa de Salud Rural, retoma la responsabilidad de ofrecer servicios de salud a la población a través de una Auxiliar de Salud de la propia comunidad, a quien previa capacitación pudiera garantizar la cobertura de servicios en 9 550 localidades, menores de 2 500 habitantes. La supervisión, adiestramiento en servicio y asesoría de cada uno de estos Auxiliares de Salud está a cargo de una enfermera quien actúa como Supervisora de Auxiliares de Salud, quien tiene la responsabilidad de visitar dos veces al mes a cada una de las diez Auxiliares de Salud de su módulo para revisar la forma en que llevan a cabo sus tareas, ayudarles en la prestación de servicios a la población, asesorarlas para la resolución de sus dudas, proveerles los materiales necesarios y recabar la información registrada en los calendarios de control de actividades relativa a las mujeres embarazadas, a los usuarios de Planificación Familiar y al resto de la comunidad.

Además la Supervisora de Auxiliares de Salud se deberá de reunir una vez por mes con todas las Auxiliares de Salud, ya sea en la sede del módulo o en alguna de las comunidades a su cargo, para proporcionarles capacitación continua y adiestramiento en las técnicas que sus tareas requieren.

OBJETIVOS

Los objetivos que se pretenden alcanzar a través de la Extensión de Cobertura son:

- 1.- Proporcionar servicios de atención primaria de salud a la población rural.
- 2.- Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.

Los servicios de atención primaria de salud son acciones que se realizan y entregan por el Auxiliar de Salud en la comunidad. Estas acciones tienen como núcleo central la atención materno infantil sin lo cual "es imposible conseguir un mejoramiento definitivo y a largo plazo en el estado de salud de un país". Por medio de estos servicios se garantiza la atención básica al grupo de población más expuesta al riesgo de enfermar o morir; las mujeres y los niños.

ESQUEMA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS

La Estrategia de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud a población abierta de las comunidades rurales dispersas, constituye un mecanismo operativo mediante el cual la Secretaría de Salud proporciona servicios de atención primaria a la población a través de un recurso de la comunidad.

Dicho recurso, conjuntamente con el resto del personal de salud involucrado en la estrategia deben tener el conocimiento de las características de la comunidad, como son: tipo, ubicación, vías de comunicación, líderes, autoridades, grupos formales, servicios públicos, organización, así como los valores, costumbres, tradiciones, etc., a fin de identificar en forma conjunta con la comunidad, tanto las necesidades como las alternativas para contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la propia comunidad.

Las Auxiliares de Salud son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en las reuniones convocadas por el Comité de Salud; organismo creado en el seno de la misma para el impulso de acciones concretas que permiten mejorar las condiciones de salud de los habitantes de las comunidades.

Este Auxiliar de Salud representa la base de los servicios que se proporcionan a la población rural dispersa.

La capacitación inicial y el adiestramiento en servicio se realiza durante las supervisiones a las comunidades o

en las reuniones con las Auxiliares de Salud, estos son proporcionados por el personal Supervisor de Auxiliares quienes fueron capacitados previamente.

Cada Supervisor de Auxiliares de Salud tiene a su cargo en promedio diez auxiliares, una por comunidad, con las cuales constituye un "Módulo de atención comunitaria". La Supervisora visita a cada Auxiliar en su comunidad dos veces por mes para proporcionarle asesoría, supervisión y adiestramiento en servicio, además, recopila mensualmente los datos relativos a las atenciones prestadas por cada Auxiliar para concentrarlos en el informe mensual del módulo; la Supervisora es responsable de apoyar las actividades que realiza la Auxiliar de Salud y de proporcionarle los materiales necesarios para cumplir sus funciones. Estas acciones son apoyadas por el Coordinador Médico Jurisdiccional, quien representa el enlace entre la Supervisora de Auxiliares de Salud y la Jurisdicción Sanitaria.

La organización y la administración de las unidades de primer y segundo nivel deben considerar la demanda que se genera en la comunidad atendida por el Auxiliar de Salud, a fin de garantizar realmente el acceso a los servicios de salud. En este aspecto en el que el apoyo del Coordinador Médico Jurisdiccional es trascendental, ya que le corresponde verificar a través de las Supervisoras Auxiliares de Salud, que las personas referidas por el Auxiliar de Salud, no sólo iban atención oportuna e inmediata en los Centros de Salud y

Hospitales, sino que además continuen las indicaciones médicas en la comunidad. El cumplimiento del proceso de referencia y contrareferencia de pacientes entre el Auxiliar de Salud y las unidades de atención médica debe ser considerada como prioritario.

Los diferentes servicios que conforman la Estrategia de Extensión de Cobertura y que se proporcionan a la comunidad a través del Auxiliar de Salud son: Planificación Familiar, Atención al menor de cinco años, incluyendo la distribución de sobres de hidratación oral y las inmunizaciones; la Atención al Embarazo, Parto y Puerperio. Así como aquellas actividades en que sea necesaria su colaboración para atender problemas de salud prevalentes en la localidad o región como puede ser el control de la tuberculosis, paludismo, dengue y otros, además de la notificación oportuna de enfermedades, dentro del marco del Sistema de Vigilancia Epidemiológica Simplificada y la referencia de pacientes a las unidades de atención médica. Invariablemente, la asignación de responsabilidades al Auxiliar de Salud deberá acompañarse de la capacitación correspondiente para cumplirla satisfactoriamente.

En lo que se refiere a Planificación Familiar los servicios que provee el Auxiliar de Salud comprenden la promoción de las ventajas que para la salud de la mujer y la familia conlleva el espaciamiento entre los embarazos así como el nacimiento del primer hijo después de los veinte años de edad de la madre y el

Último antes de los treinta y cinco años de edad, así como también la distribución de los métodos anticonceptivos hormonales y preservativos de acuerdo al estado de salud de cada mujer y sus condiciones familiares atendiendo las disposiciones que señala la Norma Técnica de Planificación en la atención primaria a la salud.

El control prenatal comprende la promoción de las ventajas que ofrece para la salud de la madre y del niño la vigilancia oportuna y periódica del embarazo, la atención del parto por personal capacitado y vigilancia del puerperio. Esta tarea promocional se complementa con la revisión periódica durante el embarazo con la finalidad de detectar factores de riesgo materno y perinatal que permitan la referencia oportuna a las unidades médicas.

La atención del menor comprende la vigilancia del crecimiento y desarrollo a través de su revisión periódica y de la protección específica contra las enfermedades prevenibles por vacunación como la poliomielitis, difteria, tosferina, tétanos, sarampión, tuberculosis pulmonar, también comprende la distribución de sobres de sales para hidratación oral, resultando la participación de la madre y de la familia indispensable para que esta actividad sea efectiva.

La referencia y contrareferencia constituyen una acción importante que contribuye a que las personas que deban ser atendidas fuera de su comunidad, reciban la atención

en los Centros de Salud y Hospitales más próximos a su domicilio.

Sin embargo, para que dicha acción se realice es indispensable que todo el personal de los Centros de Salud y Hospitales conozcan el trabajo que realiza la Auxiliar de Salud, la Supervisora de Auxiliares de Salud y el Coordinador Médico Jurisdiccional en la Estrategia de Extensión de Cobertura para que puedan identificar la importancia de su propia participación, así como la trascendencia que tiene para apoyar el trabajo de la Auxiliar de Salud en las comunidades que no cuentan con servicios formales de atención médica. (8)

(8) SSA y Col's. La Supervisora de Auxiliares de Salud Dentro del Programa de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura. pp. 7 a 13

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONTROL PRENATAL

ERA PRECRISTIANA:

Es una cosa perfectamente sabida y además lógica, que en los tiempos primitivos, o sea al principio de la humanidad, los seres humanos andaban por unidades, es decir, por seres humanos aislados, viviendo donde podían, comiendo lo que cazaban y sin lugar fijo de residencia. A estos primeros seres humanos se les llamó ERRANTES y se comprende que en estos primeros seres no existía la medicina, ni la enfermería, sino que ellos mismos atendían sus lesiones o sus enfermedades; lo más probable es que se las atendieran lamiéndose las heridas, o untándose saliva en ellas tomada de su boca con los dedos de la mano, o tapándose las heridas con hojas de árbol o hierbas machacadas, pues a la fecha podemos ver que muchas personas tratan de curarse un dedo machacado, untando saliva en la herida o lugar de contusión; por lo que es seguro que esta forma de proceder nos viene de nuestros ancestros.

En la siguiente etapa de la vida humana los individuos empezaron a vivir por parejas y puede decirse que con método de vida semejante a la anterior; pero es seguro que ya andando en parejas o en pequeños grupos, podían ayudarse en sus esfuerzos, o en sus cuidados, los unos a los otros y en el caso en que fueran sólo dos, el uno al otro, de la misma manera que se ayudan dos animales cuando deciden vivir la vida juntos

en la selva y a esos humanos se les llamó GENTILES.

En la tercera etapa los humanos se agrupaban en CLANES, que eran grupos de individuos formados totalmente por familiares, pero que reconocía un jefe del CLAN, en cuyo caso, ya habiendo un jefe es seguro que él designaría a la persona o personas, que se encargarían de cuidar o atender a quienes estuvieran enfermos o heridos; pero es de pensarse que en esta etapa de la humanidad lo más probable es que no hubiera aún cuidados específicos hacia enfermos o heridos.

Posteriormente ya fueron grupos formados por varios Clanes, a los cuales se les denominó TRIBUS, también con su jefe de tribu, el cual ya manejaba al grupo por medio de ciertos reglamentos o leyes rudimentarias, con el objeto de normar las costumbres del conjunto, tratando de lograr una vida a su gusto y, no pudiendo pasar por alto que en esta etapa de la humanidad, fué cuando empezaron aparecer los brujos (shamanes) que fungían como hechiceros o curanderos, es lógico suponer que entonces fué cuando tuvo sus principios la medicina buena o mala, pero de todas formas el nacimiento de la medicina, pues lo más probable es que esta empezara a desarrollarse, al hacerse las tribus con mayor número de individuos cada una.

En esta cuatro etapas de ERRANTES, GENTILES, CLANES y TRIBUS es de imaginarse que la enfermería pudo desarrollarse únicamente en la cuarta, probablemente de una manera elemental, por las mujeres y sin ninguna base técnica al respecto.

Cuando ya fué posible que se desarrollaran grandes pueblos en la época precristiana, hubo un gran desarrollo de las artes y principalmente de la medicina, lo cual permitió que también, la enfermería tuviera sus principios o su empirismo, que viene a ser la práctica sin técnica; porque hay que dejar bien sentada una cosa, que la enfermería ha estado, está y estará completamente ligada en su evolución a la historia de los pueblos, con sus respectivas convulsiones sociales y asimismo también siempre ligada a la historia de la medicina, a los progresos y a la evolución de ésta.

EGIPTO ANTIGUO:

... No había práctica de enfermería por mujeres, y sólo había el ejercicio de la obstetricia, por mujeres especialmente dedicadas a atender partos, las cuales procuraban preparar anticipadamente a las parturientas aconsejándolas, obligándolas a implorar a dioses, guardar reposo, o haciendo algunos ejercicios, según fuera necesario.

INDIA:

En la India, más o menos como 600 años A.C. se encuentran documentos y utensilios que demuestran el adelanto que tenía la medicina India. En el tiempo de GOTHAMA BUDA gobernaba en la India, nombró un médico para cada diez aldeas y un hijo que tenía, llamado UPATIRO, construyó habitaciones especiales para

embarazadas lo que influyó para que en varios pueblos se desarrollara la construcción de edificios hospitalarios...

JUDEA ANTIGUA:

Los judíos o hebreos tenían un jefe, MOISES, que era muy querido y respetado, la tribu se formaba de más de un millón de individuos y la ley que los regía daba preferencia a la sanidad, a la notificación de enfermedades contagiosas; las cuarentenas eran rigurosas y también se ordenaba la desinfección; por todo esto que se sabe, es muy justo considerar a los hebreos como los verdaderos iniciadores de la profilaxis (...). También se dice que establecieron casas para recoger viajeros, ancianos, huérfanos y enfermos, teniendo como deber religioso visitar a los enfermos pues se reconocía a dios como el autor de la salud y la enfermedad, pero siendo ésta considerada como un castigo a los pecadores. En los rituales de purificación tanto moral como física, se usaban baños del cuerpo con aceites, que indican su concepto religioso. La enfermería no tenía desarrollo en su práctica, únicamente la obstetricia se había desarrollado, porque se formaron entidades de comadronas, para encargarse de los partos y de sus consecuencias, pues cuidaban con la misma devoción, tanto al hijo como a la madre.

GRECIA:

Las parturientas eran atendidas por comadronas dedicada a

ello y solamente en casos difíciles intervenía el sacerdote médico. Ya se conocían muchas enfermedades como la parálisis, la epilepsia, la ceguera, la calvicie, la hidropesía, las heridas, las cefaleas, la esterilidad, las lombrices, la tuberculosis, la dispepsia, la gota y muchas otras; pero a todas ellas se le atribuía un fondo de superstición o de religión en lo que creía que las causaba, hasta la aparición de Hipócrates.

(9).

(9) **Bravo Peña, Federico, Nociones de la Historia de**
Enfermería pp. 5 a 34

ANTECEDENTES HISTORICOS DEL CONTROL PRENATAL EN MEXICO

Como en la gran mayoría de las sociedades cuya economía depende básicamente de la agricultura, en las comunidades Nahuas uno de los ideales perfectamente establecidos era el que las parejas procrearan muchos hijos. La riqueza en descendencia era un bien apreciado. Fué proverbial la dicha alcanzada por Nezahualcóyotl con su medio centenar de hijos. Recordemos que entre los señores era legalmente aceptada la poligamia y que al lado de las esposas legítimas, podían existir concubinas. Los estudios modernos han insistido bastante en el importante papel que jugaban estas costumbres en el mantenimiento de un equilibrio numérico entre la minoría gobernante y la población en general.

La mujer tenía como misión principal en la vida el procrear hijos. Aquella que moría durante el parto, especialmente si era el primero, pasaba a ser una de las cihuateteo, de las mujeres diosas. Se consideraba al trabajo de parto como equivalente a la acción de los guerreros en batalla y la muerte en él correlativa a la que éstos podían sufrir en la guerra florida o en la piedra de los sacrificios. Valiente y guerrera, la mujer podía sufrir del parto vencedora, trayendo a la tierra nueva vida, o entrar al mundo de los dioses para acompañar -- como hemos visto-- al sol, en su descenso.

Desde la más temprana edad las niñas recibían una educación

encaminada a prepararlas para desempeñar bien su papel de madres y mujeres de hogar. La madre y las ancianas del calpulli eran quienes se encargaban de transmitir los conocimientos indispensables sobre las funciones de la mujer, la vida, el nacimiento, sus obligaciones y responsabilidades sociales. Estas enseñanzas eran dadas en forma de discurso, a los que tan afectos eran nuestros antepasados nahuas, que eran llamados genéricamente huehuetlatolli, o sea, pláticas de viejos. Los había para dirigirse al señor recién electo, de éste al pueblo, de los padres y las madres a los hijos e hijas, para ocasiones importantes como nacimientos, casamientos y para fijar las normas de conducta. Se han conservado algunos de estos discursos relacionados con el tema que aquí nos ocupa.

La relación entre el acto sexual y la reproducción no era tomada como algo directo, sino alcanzable por medio de una merced divina, ya que consideraban que el disfrutar de la sexualidad y el "oficio de la generación" habían sido don de los dioses, junto con la risa, el sueño, el comer y el beber, "cosas que dan algún contento a la vida... Sin embargo creían a la vez que los niños eran hechos en el más alto de los cielos donde vivían los dioses creadores y de allí descendían al seno materno. Rica pluma y piedra preciosa eran llamados metafóricamente, indicándose así la estimación tan especial en que los tenían. La creación de todo lo viviente y de los alimentos en los cielos y de acuerdo con arquetipos que

participaban en diferentes formas de la divinidad y existían desde tiempos pretéritos que quizás pudieran remontarse-- como en el caso del hombre-- a otras eras, fué una antigua creencia mesoamericana conservada a través de las sucesivas civilizaciones que se desarrollaron en esa área "... habeis sido formado en el lugar más alto, donde habitan los dos supremos dioses, que es sobre los nueve cielos...".

Al cielo debían regresar los niños que morían antes de ser purificados por el agua y allí, alimentándose en el chichihuahuitl, el árbol de las tetas cuyas hojas como indica su nombre eran tetas rebosantes de leche, permanecían en espera de una nueva oportunidad para regresar a la tierra. Este cielo no era el mismo donde las criaturas habían sido hechas originalmente; pertenecía al grupo de los cuatro primeros cielos y, relacionado íntimamente con el Tlalocan, estaba bajo la protección de Tláloc.

Los sucesores de la vida, por otra parte, eran a la vez algo individual y algo perteneciente al grupo. Los parientes estaban cuatro días festejando el matrimonio, fuera de la alcoba nupcial hasta que la unión de la nueva pareja se hubiera consumado tras de que las casamenteras que eran las mismas médicas que como veremos, cumplían también con la atención del parto, la hubiesen llevado hasta el petate preparado al efecto.

Familiar había sido la aceptación del marido o la esposa, familiar sería la responsabilidad de la selección de la partera, cuando ésta se embarace, así como también lo era en última

instancia la que tenía la mujer a desear que en su sueño retoño brotará la generación de sus bisabuelos y tatarabuelos, resucitando los antepasados --de alguna manera, dicen sin precisar más los autores de la época-- en aquellos nacidos de su posteridad.

Resulta lógico entonces que, sintiéndose preñada, lo primero que hacía la mujer fuese avisar a sus padres y que éstos, a su vez organizaran de inmediato un festejo al que eran invitados los principales del pueblo junto con los padres y madres de ambos cónyuges. Es de señalar la presencia obligada de flores olorosas y cañas de humo en estos festines, buscándose atraer siempre el buen aire. Dos viejos fungían como oradores en la gran ventura que significaba el embarazo y de la misericordia de los dioses que harían que todo fuera bien y la criatura pudiera nacer sana. Expresaban también sus temores preguntándose si serían dignos de merecerla, verla o gozarla, o si, al contrario, sería como uno de esos sueños que pasan, si "por ventura no saliera a la luz ni naciera en este mundo..." Estas dudas y preocupaciones que probablemente parezcan ahora exagerados, estaban perfectamente justificados en esa época en que la principal causa de muerte de las mujeres eran los problemas relacionados con el parto, y en la que cerca de la mitad de los niños morían durante el primer año de vida. En el discurso de uno de esos ancianos, que ha sido conservado por Sahagún, se hace muy patente la participación familiar en todo

esto cuando dice "---porque el cumplimiento del deseo que tenemos del hijo y de generación, por sola la misericordia de dios se nos cumpla...", haciendo asimismo hincapié en la determinación completa del hombre por parte de los dioses.

Sin embargo, nunca se habla de un destino ineludible, sino se plantea constantemente la responsabilidad de los humanos en cuanto a la construcción, o destrucción si se quiere de su propio destino.

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

Otros muchos consejos le dirigían en razón de las prohibiciones y acciones de carácter práctico que debían de concurrir en su cumplimiento con un curso feliz del embarazo. Algunos de ellos eran de carácter dietéticos, como la recomendación de comer alimentos calientes y blandos o la de no trabajar mucho, no levantar cosas pesadas, ni brincar o correr. El calor excesivo era de considerarse peligroso, de

manera que también se decía a las embarazadas que no se expusieran al sol ni permanecieran cerca del fuego. La tranquilidad anímica era un buen factor fundamental para el buen desarrollo del embarazo. Era necesario mantener a la mujer preñada en un ambiente de cordialidad, le evitarían las ocasiones de asustarse o de ser asustada, se le preservaría de los temores y las penas, se evitaría el darle malas noticias, con riesgo de abortar si no tenía todos estos cuidados. La preñada no debería de llorar, ni estar triste, ni angustiarse, pues el niño enfermaría. Si sangraba debería de comer una dieta especial, "todo bueno, caliente, blando", a fin de que no se secara el líquido amniótico y de que no enfermara la criatura. Se le recomendaba que no viera las cosas con ira, ni cosas que le provocaran disgusto, ni lo que la pudiera asustar, pues todo ello se transmitiría al niño, que no viera cosas rojas pues el niño nacería de lado. Debían cumplirse los deseos de antojo de la embarazada para evitar que el niño sufriera necesidad.

Algunas abluciones tenían como fondo creencias de carácter mágico en las que la ley de semejanzas ofrece la explicación; la embarazada no debería de dormir en el día porque, de hacerlo el niño nacería con los párpados abultados, tampoco debería de masticar chicle pues al niño se le endurecería el paladar y se le pondrían gruesas las encías, no podría mamar y moriría; no debía dejar de comer para evitar que el niño sufriera hambre pero no debería de comer tierra y gis so pena de que el niño

naciera enfermo o incompleto; no comería tamales pegados a la olla, porque el niño se le pegaría y no lo podría parir; si veía ahorcados corría el riesgo de que el niño se le enrollará el cordón umbilical en el cuello.

Se creía que, como sobre otras muchas cosas, los astros tenían influencias sobre el curso del embarazo y el correcto desarrollo intrauterino del niño. Los eclipses de luna eran especialmente temidos pues se pensaba que los niños podrían convertirse en ratones en el interior del vientre de sus madres o tener defectos como el labio leporino, boca desviada, nariz "comida", ojos bizcos en una palabra podrían presentar cualquier tipo de deformidades.

Los últimos días del siglo cada 52 años estaban también cargados de significado para mujeres embarazadas. El último día ellas y todos los niños pequeños se cubrían el rostro con máscaras de maguey, probablemente como seres débiles y que requerían especial cuidado, para protegerse de los influjos malignos que los grandes cambios astrales podrían desencadenar. Desconozco la razón por la que fueran de maguey precisamente las máscaras usadas en esta eventualidad. Es interesante señalar que en este día las mujeres preñadas eran encerradas en sitios donde no hubiera otras gentes --en los graneros dicen los textos de la época--, porque, en caso de que el fin del siglo fuera también el fin del mundo, ellas se asimilarían a las cihuapiltin y junto con todos los demás seres del crepúsculo

y la noche que descienden y pueden dañar a los mortales, ese día se convertirían en fieras que se comerían a los seres humanos.

Se consideraba que el embarazo confería propiedades especiales a la mujer, las hacía más susceptibles a ciertos peligros y amenazas, pero a la vez le daba una fuerza particular que le haría triunfar en ese símil de la guerra que para nuestros antepasados nahuas prehispánicos era el parto, que le haría convertirse en tzitzimine, que así se llamaban los seres de las tinieblas a los que me he referido en el párrafo anterior, el día del fin del mundo que sería el gran final, una vez parida hará que se tengan que tomar precauciones con respecto a ella.

Esta fuerza era irradiada en cierta forma por el padre de la criatura, quien por ejemplo, se decía quitaba la propiedad de embriagar al pulque que él sirviera.

Las relaciones sexuales eran aconsejadas a la embarazada después del tercer mes de gestación --en algunas ocasiones dicen las fuentes--, a fin de que el niño creciera bien. Sería enfermizo y débil si esta fuente de energía le faltara. Por el contrario, ya crecida la criatura, "cuando ya fuera redondo el vientre de la preñada" se le prohibía tener relaciones sexuales. Si las tuviera el niño saldría sucio a la hora del parto, se vería como si estuviera bañado en atole de maíz o se pegaría al vientre de su madre y, en el mejor de los casos, hecho el semen pegajoso como trementina (ocotzotle), su parto

sería sumamente prolongado y doloroso.

Sahagún en su historia nos dice que a unos cuantos días del parto, "los parientes, viejos y viejas" se reunían y, en un banquete, seleccionaban y llamaban a la partera que había de hacer cargo de la atención de la embarazada. Esto es contradictorio con otros textos, algunos de ellos recogidos por el mismo Sahagún, que dan a entender que desde momentos bastante tempranos del embarazo la partera era quien indicaba a la embarazada todo lo que debía y no debía hacer. Pienso que puede afirmarse con buenas bases que se llevaba a cabo un control prenatal, por lo menos desde el tercer mes del embarazo.

La partera, llamada ticitl igual que los médicos, representa una de esas situaciones en que además de conocimiento y el entrenamiento, la importancia de su función, tanto profesional como social, requería que tuviera la experiencia que da la edad y quizás el haber vivido las situaciones mismas que después habría de atender; obviamente debía de ser mujer. Si el médico, genéricamente hablando, podía ser hombre o mujer, la partera tenía que ser forzosamente del sexo femenino. Además de ticitl eran llamadas tepalehuani y temixihuani. Ella tenía la fundamental misión de encomendar su paciente a las diosas que velaban por el buen curso de los embarazos y los partos, diosas madres que conocían bien todo eso: Toci, la abuela; Yoalticitl, la médica que protegía los temazcales; otra advocación de Tocitemazcaltoci; Chuacoatl; Quililaztli, Ixcuina, etc..

Una conjunción entre conocimientos y protección divina, experiencia y capacidad para alejar seres e influjos maléficos de su paciente, era lo que se esperaba de la partera y ella misma lo expresaba abiertamente. Por ejemplo, en las palabras que dirigía a los familiares de la embarazada al aceptar hacerse cargo de ella, decía: "y aunque soy partera y médica ¿podré yo por mi experiencia, o por mi industria poner manos en este negocio?... ¿por ventura dios no me ayudará, aunque yo haga lo que es de mí, aunque haga mi oficio?...". No era concebible la ineptitud, pero sí muy reprobable la soberbia y la presunción que seguramente serían castigadas por los dioses mediante las complicaciones del embarazo y el parto, que así quedaban no solamente relacionadas con el comportamiento de los padres de la criatura y sus familiares, sino también con el de la partera.

Además de encargarse de decir a la embarazada todos los tabúes que debía de observar, de aleccionarla en lo que debería evitar, a partir del momento en que se hacía cargo de ella establecía una disciplina que incluía alimentación, actividad, higiene, la cual incluía como parte muy importante los baños de temazcal cuya acción relajante ha sido puesta en evidencia por varios autores modernos. La partera indicaba cuando debía tomarse el baño y cuanto tiempo debía durar, habitualmente ella prendía el baño y determinaba la temperatura del agua no dejando que se calentase demasiado, pues podría "tostarse la criatura". Entraba con su paciente al baño y allí le palpaba el vientre

para saber como estaba colocado el producto y, en caso de que estuviera mal lo enderezaba efectuando maniobras sobre el vientre. Este procedimiento, llamado versión por maniobras externas sigue siendo puesto en práctica con gran habilidad por buen número de parteras empíricas que mantienen viva su tradición. La palpación era repetida múltiples veces dentro y fuera del temazcal buscando cualquier anomalía y tratando de recolocar a la criatura dado el caso de que se hubiera vuelto a colocar en una posición que implicara problemas para el parto.

Desde cuatro o cinco días antes del parto, la partera permanecía constantemente al lado de su paciente, ella misma le preparaba la comida, aunque esto sólo sucedía cuando se trataba de hijos o hijas de la nobleza y de las clases adineradas.

Al comenzar los dolores del parto, la parturienta era llevada una vez más al temazcal y después, refiere Sahagún, le daban a beber la raíz molida del cihuapatli (montonoa tomentosa), una hierba con potentes efectos sobre la musculatura del útero, que tiene por acción empujar hacia afuera a la criatura. Esta planta, en té, es ampliamente utilizada en la actualidad con los mismos fines y los riesgos de su uso son asimismo bien conocidos por las parteras que la emplean y toman por ello grandes precauciones en su dosificación y serios cuidados en cuantificar la intensidad y la frecuencia de las contracciones de la matriz. Mal usada, en sobredosis que sólo

pueden ser determinadas individualmente, puede provocar tetania uterina que conduce casi irremisiblemente a la muerte de la madre y del producto. Bien empleada, es una ayuda eficaz para la conducción del parto, como lo relatan los textos del siglo XVI.

El otro estimulante de las contracciones uterinas que era usado con frecuencia, a veces en combinación con el cihuapatli era la cola de tlacuache. Se administraba medio dedo de ella, molida. Sus efectos ocitócicos fueron estudiados y comprobados experimentalmente por los investigadores del Instituto Médico Nacional, a fines del siglo pasado.

La posición más comúnmente adoptada para el parto consistía en colocar a la mujer encucillada con los muslos separados y doblados sobre el vientre, en el que debía ejercer cierta presión, y con las manos sujetando las asentaderas por debajo. Esta posición tiene grandes ventajas, ya que orienta la fuerza de la contracción de todos los músculos del cuerpo hacia el canal del parto a la vez que permite relajar los tejidos blandos del periné, facilitándose con todo esto la expulsión de la criatura con menos fatiga y problemas para la madre y mejores expectativas para el hijo.

La labor de la partera no concluía con el parto propiamente dicho, ni siquiera con el alumbramiento, ya que era ella quien debía extraer la placenta si ésta era retenida, suministrándole sustancias hechas a base de cihuapatli, proporcionándoles

"buenos aires" mediante sahumerios con plantas aromáticas del tipo de la vainilla aplicados por la vagina y extrayéndola manualmente en caso de que no lo lograra con los remedios antes referidos. Después debía atender al niño y colocar en las ceremonias de purificación y de fijar su destino.

La atención del embarazo y el parto ofrece un excelente ejemplo de la sólida integración entre elementos religiosos, creencias mágicas y la aplicación de conocimientos obtenidos por observación, notándose la más completa congruencia tanto en sus fines como en sus contenidos. Es innegable que en este conocimiento y en esta profunda toma de raíces en los aspectos centrales de la cultura está la explicación de la persistencia de éstas prácticas en el curanderismo hasta nuestros días, abarcando, con modificaciones religiosas, prácticamente todo el México central, y constituyendo, no obstante las diferencias técnicas que se evidencian si las comparamos con lo mejor de la medicina moderna, una de las posibilidades más importantes de atención por parte de personas entrenadas para eso. (10)

La actividad reproductiva de la mujer azteca se hallaba controlada, de tal modo que, si no quería enfrentarse al repudio social y a severos castigos, debería reproducirse sólo en el marco institucional del matrimonio.

Entre los nahuas se creía que la preñez femenina se debía a causas divinas o fisiológicas. Se tenía la idea de que los

(10) Viesca T. Carlos.- Medicina Prehispánica de México. pp.168-

dioses primordiales Ometecuhtli y Omecíhuatl ("señor y señora de la dualidad") eran quienes influían en la concepción mediante la emisión de entidades anímicas al vientre de las mujeres para propiciar la formación del feto. Así el embarazo se consideraba un proceso que dependía de la decisión de los dioses y que llegaba a feliz término si la mujer se había sometido a las normas de la moral religiosa imperante.

En el pensamiento azteca los niños eran una elaboración directa de los dioses, pues el término náhuatl *tlacapillachivalo* ya que sirve para designar el lugar donde vive la pareja celeste significa sitio "donde se fabrican los niños". Por ello la mujer preñada se hallaba bajo la protección de las diosas de la generación: *Teteo Inan* ("la madre de los dioses") y *Ayopectli*, que era una divinidad menor que precedía los partos. Las frases que en nahuátl expresan la concepción o la preñez son *itic motlalia in pitzintli*, *itetia*, *itetinemi*, *ocócox* e *itlacahui*; que quieren decir respectivamente "en el vientre se asienta el niño", "formar vientre a alguien".

Como los aztecas no tenían una idea muy precisa de los mecanismos de la concepción, se creía que el producto era elaborado por la participación conjunta de un hombre y una mujer.

Las creencias populares sostenían que la simiente del padre influía en la formación del niño, que la concepción se efectuaba a partir del líquido seminal acumulado durante varias cópulas

y que era necesario nutrir con esperma al ser que se estaba gestando.

Se pensaba también que durante los primeros meses del embarazo era preciso realizar con frecuencia el acto sexual para fortalecer al feto, pero que hacia el final del proceso de gestación era necesario espaciar los coitos, o bien suspenderlos, pues de lo contrario se corría el riesgo de que el semen se convirtiera en una sustancia pegajosa que dañaría al niño y crearía problemas a la hora del parto.

Las mujeres del pueblo, a diferencia de los nobles, no tenían una partera especial que las cuidara, debían contentarse con una atención mucho menos especializada, aunque seguramente menos solícita, pues si alguna estaba de parto "tiene muy cerca a la partera, porque todas lo son; y si es primeriza va a la primera vecina o parienta a que le ayude".

Las mujeres nobles, en cambio, pudieron disfrutar de mejores atenciones obstétricas. Desde el momento en que se sabía de su embarazo los parientes se reunían para elegir a la partera que había de atenderla, una vez escogida, ella se encargaba de aconsejarle y prepararle los alimentos que debía ingerir, la frecuencia y la calidad de éstos y, en general, le señalaba todos los cuidados que debía tener para proteger al futuro ser. Cuando estaba próxima a dar a luz preparaba el baño de vapor, le daba a beber pócimas que facilitarían la expulsión del producto, le suministraba el masaje preparatorio e invocaba a

las diosas protectoras de las preñadas: Cihuacóatl y Quilaztli.

Al igual que en otras sociedades agrarias, en el mundo mexicana, la mujer fué vista con buenos ojos y valorada positivamente si tenía muchos hijos. El reconocimiento social recibido por la mujer muy prolífica constituyó una de las pocas formas mediante la cual podía obtenerse un poco de consideración; con la generalidad de las tareas mal recompensadas o desdeñadas y el papel materno glorificado, la mujer se vio, seguramente, a tener preñeces repetidas.

Para la mujer del pueblo la presencia constante de los niños pequeños significó, sin duda, una carga más de trabajo, pero ésto se veía recompensado porque se prodigaba reconocimiento social a la preñez permanente. Esta ideología pronatalista fué de todos modos, impuesta por igual tanto a las mujeres como a los hombres mediante la persuasión, el convencimiento o la violencia real o simbólica.

La imposición social que se produjo en la actividad reproductiva femenina se expresó en los mitos y leyendas en las cuales las mujeres se veían, de pronto, preñadas sin colaboración masculina, sin que mediara una relación placentera y sin que ellas lo hubieran deseado ni tuvieran intenciones de engendrar.

En este caso se encontraron cuatlicue, que sin querer no quedó, por medios mágicos o divinos embarazada; al igual que Miauahuaxihuitl, hija del señor de Cuernavaca, que la preño de

manera sobrenatural el rey tenochca Huitzilihuitl. (11)

(11) Rodríguez Shadow, María., La mujer azteca. p.p. 159 a
163.

ANTECEDENTES DEL CONTROL PRENATAL EN MEXICO

Cada día cobra más importancia en la práctica de la Obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo.

La medicina preventiva es la más efectiva a que podemos aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función principal es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Ya desde 1540 hubo autores que hicieron notar alguna importancia acerca de la evolución del embarazo pero fué hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal.

Sin embargo, en especial en nuestro país, aún son muchas las madres que no son atendidas por personal médico en ningún momento de la gestación y mucho menos aún, las que teniendo complicaciones o problemas específicos, reciben atención especializada que requieren. (12)

(12) Muñoz Maciel, Eduardo y Cola., Ginecología y Obstetricia.
p.p. 85 y 86.

**DEFINICION E IMPORTANCIA DEL CONTROL
PRENATAL EN LA PRACTICA OBSTETRICA**

DEFINICION:

Procedimiento clínico y paraclínico, así como educacional mediante el cual se busca evitar el mayor grado posible la afección de la madre y del producto por cualquier proceso fisiológico. (13)

IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL:

La atención prenatal correcta constituye un aspecto de gran importancia en la medicina preventiva, ya que proporciona una oportunidad para escrutar a las embarazadas, para identificar enfermedades de bajo así como de alto riesgo. (14)

El acceso a la asistencia prenatal es muy importante. La educación pública es fundamental para convencer a los pacientes que optan por no recurrir a la asistencia sanitaria prenatal. La mayoría de los servicios asistenciales se prestan fuera de los centros hospitalarios. Es muy importante establecer contactos entre la consulta privada de los médicos, la clínica local y el hospital para permitir que las pacientes de alto riesgo puedan acceder a los servicios auxiliares. (15)

(13) Nuñez Maciel, Eduardo y Cols. op. cit - pp. 86

(14) Benson Ralph, C., Manual de Ginecología y Obstetricia.
p.p.105

(15) Neville F., Hacker y Cols., Compendio de Ginecología y
Obstetricia pp.61

HISTORIA CLINICA OBSTETRICA

CONCEPTO:

La historia clínica en obstetricia es un documento que permite al médico formular un diagnóstico, establecer un pronóstico e instituir un tratamiento. (16)

IMPORTANCIA:

Es importante efectuar una historia clínica completa en la cual se determinarán con especial interés todos los antecedentes que puedan tener importancia por la posibilidad de afectar de alguna forma el curso del embarazo. (17)

DATOS DE LA HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACION:

Nombre, domicilio, teléfono, nombre del esposo y ocupación de éste, edad de la paciente, estado social, ocupación.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES:

Se debe de investigar enfermedades como: diabetes, hipertensión, cardiopatía, malformaciones congénitas, gemelaridad, etc., en padres y hermanos de la paciente. Tuberculosis en la paciente o en algún pariente cercano.

(16) Mondragón Castro, Héctor., Obstetricia. Básica Ilustrada
pp.10

(17) Nuñez Maciel, Eduardo y Cols., op. cit. pp. 86

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:

Se debe investigar alimentación inadecuada, tabaquismo, habitación e higiene, alcoholismo y toxicomanías.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Se debe investigar enfermedades eruptivas de la infancia (rubeola, varicela, etc.), patologías que afecten el embarazo: cardiopatía, tuberculosis, fiebre reumática, etc..

ANTECEDENTES QUIRURGICOS:

Datos a investigar operaciones directas en útero: cesárea, miomectomía, cerclajes cervicales, etc..

Operaciones sobre anexos: ooforectomías, resecciones de ovario, salpingectomías, salpingoclasias, etc., colporrifias.

Operaciones en órganos abdominales: Gastrectomías, colecistectomías, apendicectomías.

Operaciones extraabdominales: toracoplastías, safenectomías, etc..

ANTECEDENTES ALERGICOS:

Investigar alergias a medicamentos o alimentos; reacciones postransfusionales.

ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:

Datos a investigar menarca: frecuencia, duración, ritmo, cantidad, síntomas asociados. Edad del inicio de relaciones sexuales, control de fertilidad, análisis de la evolución de cada embarazo en orden cronológico (fechas), complicaciones, resolución, producto (sexo, peso, salud), complicaciones del

parto, puerperio y lactancia hasta el momento actual.

PADECIMIENTO ACTUAL:

Se debe de investigar fecha de última menstruación.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Interrogatorio espontáneo y dirigido para conocer los síntomas y signos de embarazo. Datos clínicos sugestivos de embarazo de alto riesgo. Debe realizarse en forma sistematizada la detección de otros padecimientos.

EXPLORACION FISICA GENERAL:

Explorar en forma sistematizada los diferentes segmentos corporales para detectar la presencia de signos que indiquen alguna patología asociada al embarazo.

INSPECCION ABDOMINAL:

Corroborar el aumento del volumen abdominal, la presencia de cicatrices y/o hernias, movimientos del producto y contracciones uterinas.

MEDICION DEL FONDO UTERINO:

Se deberá medir la altura del fondo uterino en relación con la sínfisis púbica.

PALPACION DEL UTERO Y SU CONTENIDO:

Se deberá precisar si se trata de uno o varios productos, su tamaño, situación, posición, y altura de la presentación fetal.

AUSCULTACION:

Caracteres de la frecuencia cardiaca fetal.

TACTO VAGINAL:

Datos a investigar; condiciones de la *cérnix*, de las membranas ovulares, presentación y altura de la misma. Valoración clínica de la pelvis. (18)

TABLA DE CONSULTAS DEL CONTROL PRENATAL**ARTICULO II:**

El control del embarazo normal se lleva a cabo mediante un mínimo de cinco consultas otorgadas con la periodicidad siguiente:

PRIMERA _____ Durante las primeras 12 semanas.

SEGUNDA _____ Entre la 13a. y 21a. semanas.

TERCERA _____ Entre la 25a. y 32a. semanas.

CUARTA _____ Entre la 33a. y 36a. semanas.

QUINTA _____ De la 37a. en adelante. (19)

(19) S.S.A. y Cols. Norma Técnica de Salud Materno Infantil.

pp. 19

ORIENTACION ESPECIFICA A LA MUJER
EMBARAZADA DURANTE EL CONTROL PRENATAL

NUTRICION:

Un estado adecuado de nutrición, durante y después del embarazo, contribuye tanto al bienestar de la madre como de su recién nacido. Por tanto, es importante lo que una mujer, come antes de concebir; durante su embarazo, para la salud de la generación siguiente. Se ha visto que las mujeres con peso bajo tienen ganancias reducidas durante el embarazo, los productos tienen un riesgo mayor de peso bajo al nacer, prematuridad, índices de Apgar bajos y morbilidad.

El aumento de peso durante el embarazo, (para un resultado sano) es aproximadamente de 10.890 kgs. a 13.610 kgs. Durante el primer trimestre, el aumento esperado es de 1.360 a 1.815 kgs. El aumento en los tres primeros meses se debe al crecimiento de los tejidos maternos; el segundo trimestre, se debe principalmente a los tejidos maternos con algún tejido fetal y en el último trimestre se debe al crecimiento del feto. Este patrón explica porque algunas de las recomendaciones dietéticas son aumentadas notablemente durante el segundo trimestre. Del tercer mes hasta el término el peso fetal aumenta cerca de 500 veces. Aunque las mujeres obesas se enfrentan a un mayor riesgo al presentar ciertas complicaciones

médicas, y no es aconsejable que inicien su dieta durante el embarazo. La restricción dietética de calorías puede ocasionar la falta de nutrimentos en la dieta, lo cual puede ser perjudicial para el feto.

El aumento en los volúmenes sanguíneos y de eritrocitos es esencial para la embarazada porque la sangre transporta oxígeno y nutrimentos al feto y retira productos metabólicos de desecho. El hierro es necesario para la formación de la hemoglobina; por tal razón, es importante agregar más hierro a la dieta durante el embarazo.

NUTRIMENTOS:

Proteínas:

Son materiales esenciales para el desarrollo de nuevas células para el cuerpo de la mujer y para el crecimiento del feto. Las proteínas son un elemento constitutivo de la sangre y se requiere su aumento para incrementar el volumen circulatorio de la madre con objeto de cubrir sus necesidades y las del feto en desarrollo, la embarazada debe de aumentar la ingestión diaria de proteínas (un total de 30g al día).

Minerales:

Los minerales que deben aumentarse durante el embarazo son el calcio, fósforo, y hierro. El calcio y el fósforo son elementos esenciales para los huesos y los dientes.

El feto adquiere la mayor parte de su calcio durante el último trimestre cuando el crecimiento esquelético es máximo y

se forman los dientes. El calcio también es necesario para la coagulación normal de la sangre, la contractilidad correcta de los músculos y el mantenimiento del latido cardíaco. La reserva materna del calcio, que se encuentra almacenada en los huesos largos, puede usarse para abastecer las necesidades del feto cuando la ingestión materna es insuficiente. Durante el embarazo, la ingestión materna de calcio puede ser de 800mg. al día.

El hierro es necesario para la formación de hemoglobina y se requieren 18mg. al día debido al incremento en la masa de eritrocitos asociada con el aumento del volumen sanguíneo. Durante el embarazo, la mujer transfiere cerca de 300mg. de hierro al feto debido a sus necesidades inmediatas.

El feto puede almacenar hierro en el hígado de cinco a seis meses. La ingestión materna de hierro se suplementa con 300 mg. de sulfato ferroso al día (un hierro medicinal).

Vitaminas:

Las vitaminas deben incluirse en la dieta de la embarazada, y la ingestión de vitaminas A, C y D es especialmente mayor. La vitamina C (ácido ascórbico) es necesaria para la formación de la sustancia intercelular para el desarrollo de los tejidos conectivo y vascular. Además esta vitamina también aumenta la resistencia a la infección.

La vitamina A es esencial para el desarrollo celular y el mantenimiento de la integridad del tejido epitelial,

formación de los dientes y desarrollo de huesos normales.

La mujer no debe ingerir aceite mineral para aliviar el estreñimiento, ya que reduce la absorción de la vitamina A liposoluble de los alimentos.

La absorción y utilización de calcio y fósforo que son esenciales para la formación de huesos, es promovida por la vitamina D. No hay necesidad de administrar fuentes adicionales de vitamina B si se consume un litro diario de leche fortificada con 400 U.I. (unidades internacionales) de vitamina D.

CAFEINA:

Recientemente, la cafeína se ha asociado con anomalías fetales potenciales. La cafeína puede actuar como un mutágeno debido a que su estructura química es la de una purina, la cual es uno de los elementos del ácido desoxirribonucleico (DNA), aunque no se ha precisado el mecanismo exacto de acción, la cafeína ha demostrado su capacidad de alterar genes y fragmentar cromosomas. Tiene propiedades vasoconstrictoras y puede alterar los patrones de flujo sanguíneo tanto uterino como placentario. También hay pruebas de que la cafeína eleva los niveles de catecolaminas en el feto, lo cual puede producir anomalías congénitas como paladar hendido, defectos digitales y anomalías del cayado aórtico. Una ingestión excesiva de cafeína, de 600 mg. o más al día, está relacionada con altas incidencias de aborto, nacimientos con feto muerto y partos prematuros. Entre otras acciones generales de la cafeína está la estimulación del

sistema nervioso central, la elevación de la frecuencia cardíaca y del metabolismo basal o promoción de las secreciones estomacales y vasoconstricción. Entre los efectos adversos se encuentran el nerviosismo, palpitaciones cardíacas, irritación del estómago y diarrea. La cafeína puede transferirse fácilmente al feto, por tanto, se recomienda se use con discreción (menos de 600mg. al día) durante el embarazo.

Los lactantes pueden acumular cafeína. Si una madre bebe diariamente de seis a ocho tazas de bebidas con cafeína (café, té, o bebidas de cola) durante la lactación, es probable que su recién nacido muestre signos de estimulación por esta sustancia, como hiperactividad y aumento en los periodos de vigilia. Por consiguiente se recomienda que las madres que estén amamantando también limiten la ingestión de bebidas con cafeína a una o dos tazas al día.

ALCOHOL:

La ingestión de bebidas alcohólicas, como cerveza, vino y licores, debe suspenderse. Las madres que consumen alcohol durante la gestación sitúan a su producto en riesgo de Síndrome de Alcoholismo Fetal (FAS).

Los neonatos que nacen con FAS muestran un patrón alterado de crecimiento, en estatura y peso. Se producen anomalías fetales especiales incluyendo fisuras palpebrales cortas, nariz respingada y labios superiores hipoplásticos, los cuales en conjunto son típicos de este síndrome.

Mientras mayor sea el grado de los trastornos faciales, mayor será la probabilidad de que el niño tenga trastornos psicosociales, de conducta y neurológicos. La gravedad de las alteraciones parece relacionarse tanto con la cantidad como en el momento en el consumo de alcohol durante el embarazo. Aunque no todas las mujeres que beben intensamente durante la gestación tienen productos con FAS, los estudios realizados muestran que cuando menos sucede en 40% de los casos. Se calculan que muchos neonatos (uno a dos por ciento de nacimientos vivos) tienen diversos trastornos psicosociales, de conducta y neurológicos (como hiperactividad), debido a consumo materno del alcohol. Además muchos embarazos terminan en abortos o partos con productos muertos.

Se recomienda que la mujer se abstenga de beber, desde la concepción, durante todo el embarazo. Aunque es posible que ya se haya producido daño fetal en un momento en que la mujer busca atención prenatal, la abstinencia, aún tan tardíamente como durante el tercer trimestre, puede ayudar a limitar los daños al feto.

TABAQUISMO:

Durante muchos años se ha expresado la sospecha de que la exposición del tabaco y el humo del cigarrillo puede ser peligrosa tanto para la función reproductora como para el desarrollo fetal. Se ha demostrado que la nicotina, monóxido de carbono y benzo (a) pireno (tres de los múltiples compuestos

que se encuentran en el humo del tabaco) tienen efectos perjudiciales para el feto. Todas estas sustancias pueden pasar fácilmente la barrera placentaria y alcanzar concentraciones en el feto en relación al número de cigarrillos fumados por la madre.

El monóxido de carbono fija a los sitios disponibles para la hemoglobina, impidiendo en esta forma la fijación de oxígeno a estos sitios. Por tal razón, el monóxido de carbono produce una declinación del oxígeno para los tejidos corporales del feto. Este gas cruza fácilmente la placenta a la sangre fetal. Las concentraciones de carboxihemoglobina fetal aumentan y causan hipoxia en el feto porque sus tejidos no reciben un suministro adecuado de oxígeno. La hipoxia sitúa al feto en riesgo de asfixia y deterioro del crecimiento. La nicotina tiene múltiples efectos que pueden dificultar la llegada de nutrimentos al feto. Entre estos se encuentran la estimulación simpática de la liberación de adrenalina de la médula suprarrenal y se produce un desdoblamiento de la grasa en los tejidos (lipólisis). El contenido de nicotina en los cigarrillos reduce las concentraciones de vitamina C (ácido ascórbico).

Esta última es necesaria para la producción de colágena para ayudar a conservar la salud capilar, ayudar en la reparación tisular y reducir el riesgo a la infección. Además aumenta la absorción de hierro necesario durante el embarazo.

El metabolismo del calcio parece estar reducido o

deteriorado por el tabaquismo; por tanto, puede perjudicar las reservas maternas del calcio así como las del feto. Así mismo, se necesita un nivel materno adecuado de calcio sérico para la coagulación sanguínea, mantenimiento del tono muscular y prevención de la irritabilidad. Se ha encontrado que muchas mujeres que fuman no beben leche debido a que están acostumbradas a las bebidas que contienen cafeína. Este dato es importante para los cambios necesarios en la dieta durante el embarazo. El benzo (a) pireno también cruza fácilmente la barrera placentaria. Estimula la producción de enzimas que compiten por las mismas vías de las enzimas celulares que transforman los materiales nutritivos que proporcionan oxígeno al feto en desarrollo. Muchas de las mujeres que fuman, tienen neonatos con bajo peso al nacer; otras tienen neonatos prematuros. Ambas situaciones colocan a los recién nacidos en un alto riesgo de sufrimiento respiratorio. El deterioro en el suministro de oxígeno al feto parece afectar el desarrollo de su sistema nervioso central.

ADICCION A DROGAS:

Los estimulantes y los depresivos cruzan la placenta y también se secretan en la leche materna debido a sus pesos moleculares bajos. Entre los síntomas fetales y neonatales de supresión se incluyen agitación, convulsiones y aún muerte intrauterina. Varios síntomas auxilian el diagnóstico de un cuadro por supresión materna de drogas; fatiga, cefalea, náusea

y vómito, así como sudores o bochornos.

TRATAMIENTO PREPARTO:

La mujer con dependencia a drogas necesita una atención y sostén especiales durante el embarazo. Es importante obtener una historia médica y del consumo de drogas completo. Entre los problemas médicos comunes de adictas a drogas embarazadas se incluyen anemia, sífilis, infecciones de vías urinarias, gonorrea, tuberculosis, celulitis por absceso o edema. Es común una historia positiva de hepatitis.

Frecuentemente, la mujer con problemas de drogadicción está sujeta a dietas insuficientes. Deben realizarse esfuerzos especiales para aumentar su ingestión de proteínas y también para asegurar que ingiera prenatalmente suplementos vitamínicos e hierro.

EVALUACION FETAL:

Es importante comprender que cuando es demasiado rápida la desintoxicación durante el embarazo puede provocar efectos adversos fetales. La frecuencia de eventos observados con la desintoxicación rápida en el feto son hiperactividad, convulsiones intrauterinas, paso de meconio y posiblemente muerte. Deben hacerse pruebas diagnósticas de laboratorio repetidamente al progresar el embarazo, con objeto de vigilar el bienestar fetal.

REHABILITACION:

La embarazada adicta puede requerir de servicios médicos

psicológicos, sociales, vocacionales o legales. El abuso de drogas en una embarazada se complica frecuentemente por sentimientos más intensos de temor, culpabilidad y vergüenza que en una mujer no embarazada debido al daño impuesto por el niño. Las mujeres también pueden cambiar el uso del alcohol pues fácilmente accesible y se piensa que ayuda a controlar la depresión y la ansiedad. Se sabe que el consumo del alcohol aumenta el riesgo para el feto. El neonato de una mujer dependiente a drogas será más pequeño y será mayor el riesgo de malformaciones congénitas.

BAÑO:

Es probable que una mujer perspire mucho durante el embarazo. Se necesitan baños frecuentes con agua tibia en regadera. El baño puede convertirse en un problema en las etapas tardías del embarazo debido a la incomodidad; por tanto debe recomendarse cautela para que la paciente no caiga.

ACTIVIDAD FISICA:

Debe estimularse a la embarazada a que continúe con su actividad física ya que así mantendrá el tono muscular a un nivel óptimo y se podrá auxiliar el trabajo de parto y el parto. La mujer debe reconocer que se cansa con facilidad, y por tal razón, debe suspender el ejercicio antes de fatigarse exageradamente. Se considera que caminar es el ejercicio ideal para la embarazada, se le debe estimular a hacerlo todos los días.

Durante el embarazo no es apropiado iniciar nuevas

actividades extenuantes, pero una mujer que está acostumbrada a ellas puede continuarlas siempre y cuando no haya molestias.

ACTIVIDAD SEXUAL:

En la actualidad muchos médicos permiten el coito hasta que la mujer alcanza el término completo. De hecho, muchas pacientes experimentan aumento en la tensión sexual durante el embarazo. Esta tensión se debe en parte a una mayor congestión de la vulva y a un aumento en la conciencia del papel sexual. La actividad sexual se suspende cuando hay rotura de las membranas o después de iniciarse el trabajo de parto.

Muchas experimentan incomodidad debido a la forma de su cuerpo y se les debe estimular a intentar posiciones diferentes en su actividad sexual. Cuando hay antecedentes de aborto o parto prematuro se aconseja suspender o limitar las relaciones sexuales.

ROPA:

El criterio de la ropa es que debe ser ajustable al contorno de la expansión, elástica o sin comprimir, lavable debido al aumento de la perspiración, absorbente y ligera.

Es particularmente importante que la embarazada use un buen sostén mamario para prevenir la rotura del tejido elástico; además durante el embarazo se usarán portabustos de distinto tamaño (una o dos tallas más), ya que las mamas aumentan de volumen. No es necesaria una faja de maternidad que se ajusta suavemente en la parte delantera, a menos que la mujer tenga dolor de espalda.

Debe evitarse el uso de medias que produzcan constricción a nivel de la rodilla y ligas ajustadas, ya que pueden interferir la circulación sanguínea de los miembros inferiores.

Usar zapatos cómodos de tacón bajo para evitar accidentes y modificaciones de la columna vertebral acentuadas.

ATENCIÓN DENTAL:

Es recomendable que acuda al dentista la embarazada para el arreglo de cavidades y tratamiento de dientes infectados. Las encías pueden hincharse y mostrar tendencia al sangrado. Este problema es causado probablemente por aumento de las concentraciones de estrógenos.

DUCHAS:

Aunque las secreciones vaginales normales aumentan durante el embarazo, la mujer no debe administrarse duchas, a menos que estén prescritas a causa de una infección de las vías vaginales. Las duchas cambian el pH vaginal y alteran la flora normal que tiene un efecto protector contra microorganismos patógenos.

CUIDADO DE LAS MAMAS:

Además de un buen portabusto para dar soporte al aumento del tamaño de las mamas, la mujer que desea amamantar su hijo debe preparar sus pezones para la succión. En algunas culturas las mamas de las mujeres están expuestas al sol y al aire por tanto hay endurecimiento natural del tejido del pezón. En nuestra sociedad se utilizan otros métodos para evitar que los pezones produzcan dolor cuando el niño comienza a succionar.

Al principio del sexto o séptimo mes del embarazo, los pezones deben secarse después del baño con una toalla áspera. Debe untarse poco jabón en las mamas, pues se eliminan los aceites naturales producidos por las glándulas de Montgomery. Debe instruirse a las mujeres que tomen firmemente entre los dedos pulgar e índice el pezón y tiren de éste suavemente torciéndolo hacia adelante y hacia atrás varias veces; este ejercicio debe realizarse diariamente. Debe informarse a las mujeres que sus mamas secretarán una sustancia llamada calostro desde la semana número 16 del embarazo. El tamaño de las mamas no tiene relación con la producción de la leche suficiente.

VIAJES:

Cuando se viaja en automóvil deben planearse paradas de descanso. Es posible que los viajes a distancias largas, en etapa avanzada del embarazo, no sean convenientes, porque no se dispondrá de los registros prenatales o información que pueda ser necesaria durante el trabajo de parto y parto.

EMPLEO:

La mayoría de las mujeres empleadas fuera de la casa pueden continuar trabajando mientras se sientan bien. A mitad del embarazo, los periodos de descanso deben convertirse en una práctica diaria regular. Durante estos lapsos, la mujer debe elevar las extremidades inferiores para favorecer la circulación sanguínea y prevenir el desarrollo de venas varicosas. Las embarazadas no deben trabajar en sitios en donde

hayan radiaciones.

SEÑALES DE PELIGRO:

La mujer debe reconocer las señales de peligro y cuando debe llamar al médico o acudir a la clínica; en caso de que se presenten algunos de estos signos y síntomas:

- Hemorragia vaginal.
- Escape de agua por la vagina.
- Cefaleas intensas o continuas.
- Transtornos visuales.
- Escalofríos y fiebre.
- Hinchazón de la cara, manos, pies o tobillos.
- Dolor en el abdomen o tórax.
- Vómito persistente.
- Orina sanguinolenta o escasa. (20)

CUADRO No. 1

Grupo de edad de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

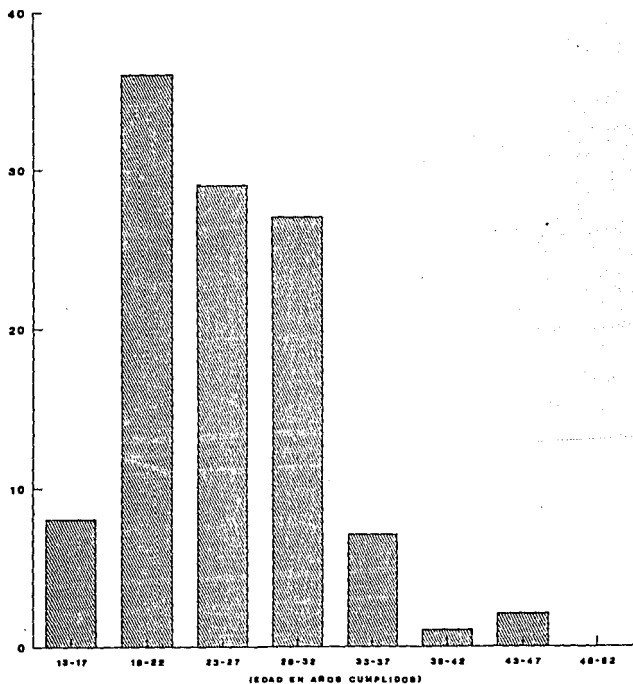
GRUPOS DE EDAD AÑOS CUMPLIDOS	Fo	%
13 - 17 años.	8	8.00
18 - 22 años.	36	36.00
23 - 27 años.	29	29.00
28 - 32 años.	17	17.00
33 - 37 años.	7	7.00
38 - 42 años.	1	1.00
43 - 47 años.	2	2.00
48 - 52 años.	-	-
TOTAL	100	100.00

Fuente: Cuestionarios aplicados en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

GRAFICA No. 1

72

Grupos de edad de mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Moretía III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 1

CUADRO No. 2

Relación entre el estado civil e información de la mujer a su pareja de que asistirá a control prenatal en comunidades que integran los módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

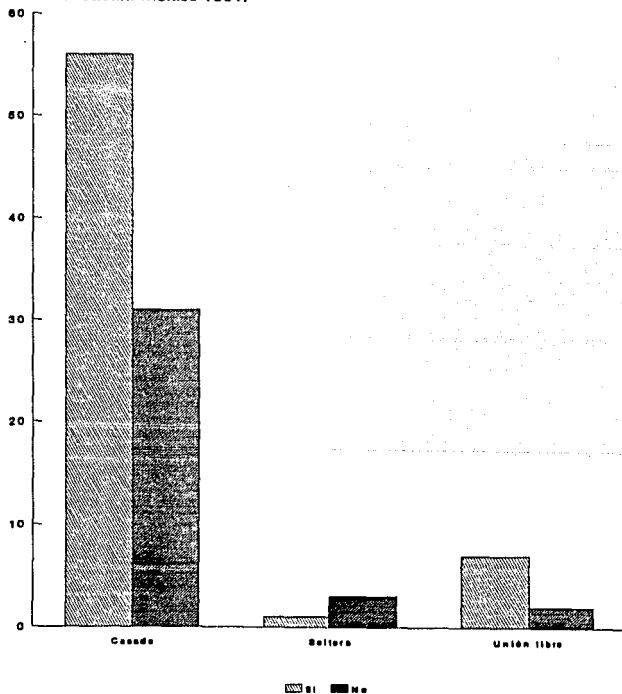
ESTADO CIVIL	INFORMACION DE LA MUJER A SU PAREJA				TOTAL
	SI	%	NO	%	
CASADA	56	64.36	31	35.64	87
SOLTERA	1	25.00	3	75.00	4
UNION LIBRE	7	77.77	2	22.23	9
TOTAL	64	64	36	36	100

FUENTE: Ibidem.

GRAFICA No. 2

74

Relación entre el estado civil e información de la mujer a su pareja de que asistirá a control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 2

CUADRO No. 3

Estudios educativos de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

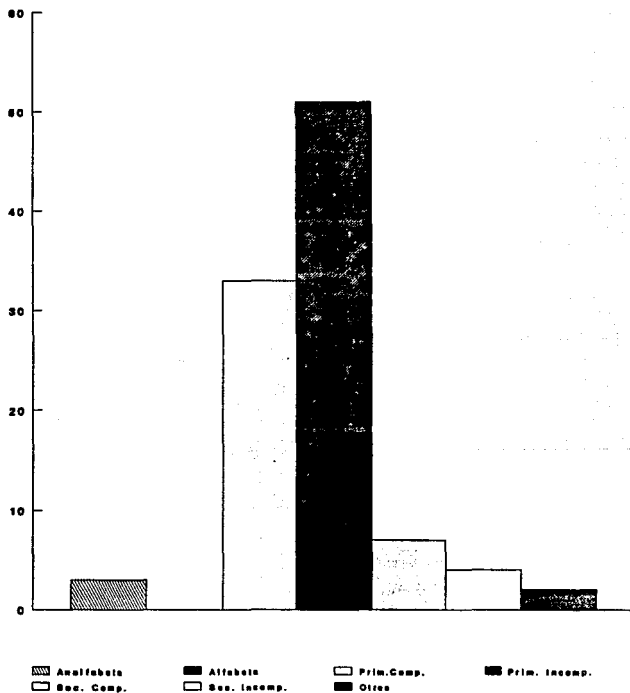
ESCOLARIDAD	Fo	%
ANALFABETA	3	3.00
ALFABETA	-	-
PRIMARIA COMPLETA	33	33.00
PRIMARIA INCOMPLETA	51	51.00
SECUNDARIA COMPLETA	7	7.00
SECUNDARIA INCOMPLETA	4	4.00
OTROS	2	2.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 3

76

Estudios educativos de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 3

CUADRO No. 4

Ocupación de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

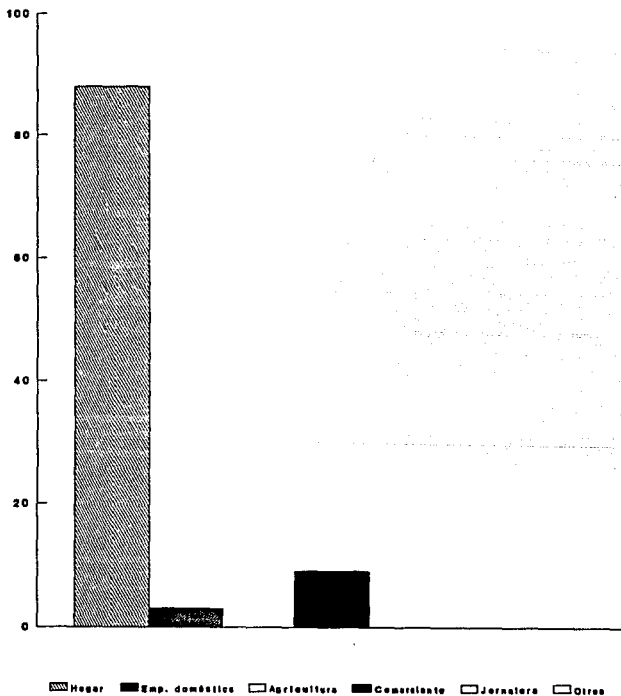
OCUPACION	Fo	%
HOGAR	88	88.00
EMPLEADA DOMESTICA	3	3.00
AGRICULTURA	-	-
COMERCIANTE	9	9.00
JORNALERA	-	-
OTROS	-	-
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 4

78

Ocupación de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 4

CUADRO No. 5

Ingreso económico semanal de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

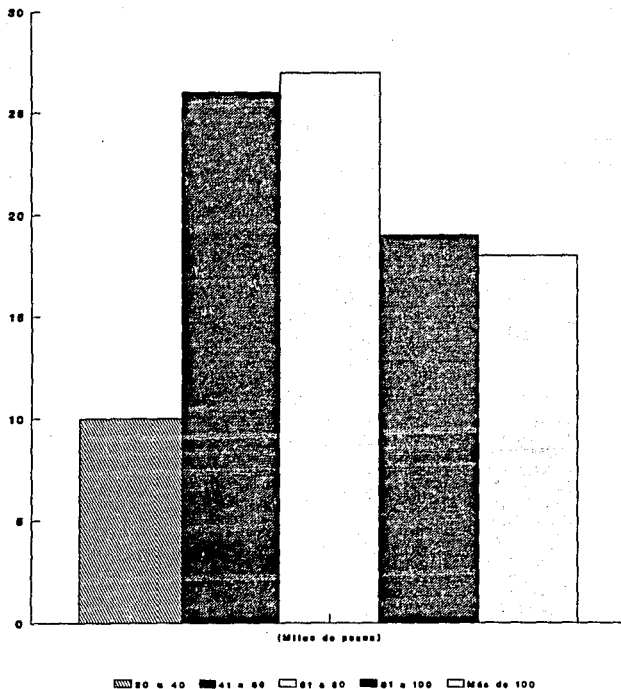
INGRESO ECONOMICO SEMANAL	Fo	f
DE \$ 20.000 A \$ 40.000	10	10.00
DE \$ 41.000 A \$ 60.000	26	26.00
DE \$ 61.000 A \$ 80.000	27	27.00
DE \$ 81.000 A \$100.000	19	19.00
MAS DE \$ 100.000	18	18.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 5

80

Ingreso económico semanal de mujeres encuestadas de las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 5

CUADRO No. 6

Religión de las mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

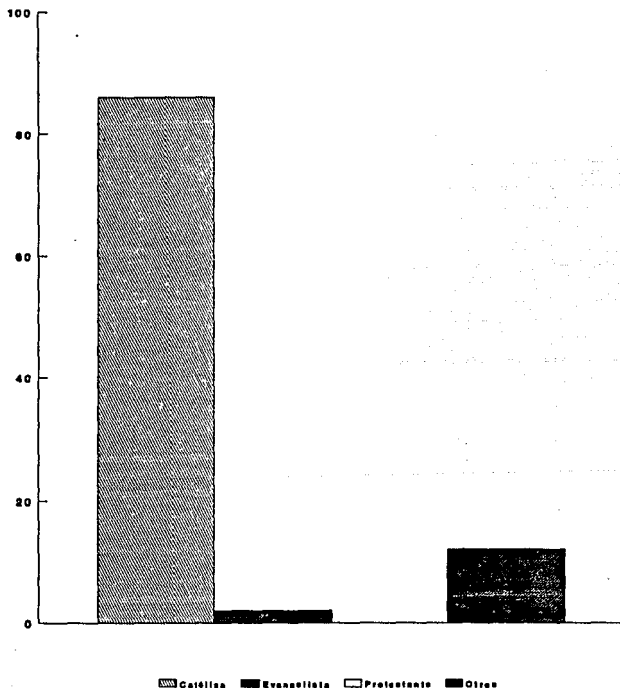
RELIGION	Fo	%
CATOLICA	86	86.00
EVANGELISTA	2	2.00
PROTESTANTE	-	-
OTROS	12	12.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 6

82

Religión de las mujeres encuestadas en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 6

CUADRO No. 7

Costumbres de mujeres encuestadas en relación a la asistencia al control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

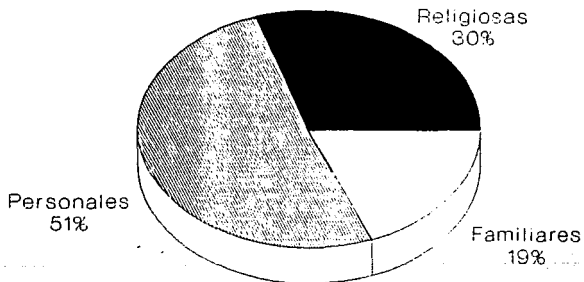
TIPO DE COSTUMBRES	Fo	%
RELIGIOSAS	30	30.00
PERSONALES	51	51.00
FAMILIARES	19	19.00
SOCIALES	-	-
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 7

84

Costumbres de mujeres encuestadas en relación a la asistencia al control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán, México 1991.



Fuente: Cuadro No. 7

CUADRO No. 8

Vía de comunicación que existen para llegar a las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

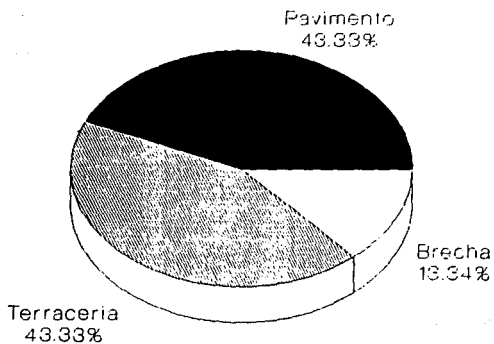
VIAS DE COMUNICACION	Fo	¢
PAVIMENTO	13	43.33
TERRACERIA	13	43.33
BRECHA	4	13.34
OTROS	-	-
TOTAL	30	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 8

86

Vías de comunicación que existen para llegar a las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 8

CUADRO No. 9

Medios de transporte utilizados por mujeres encuestadas para su traslado en las comunidades que integran los módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

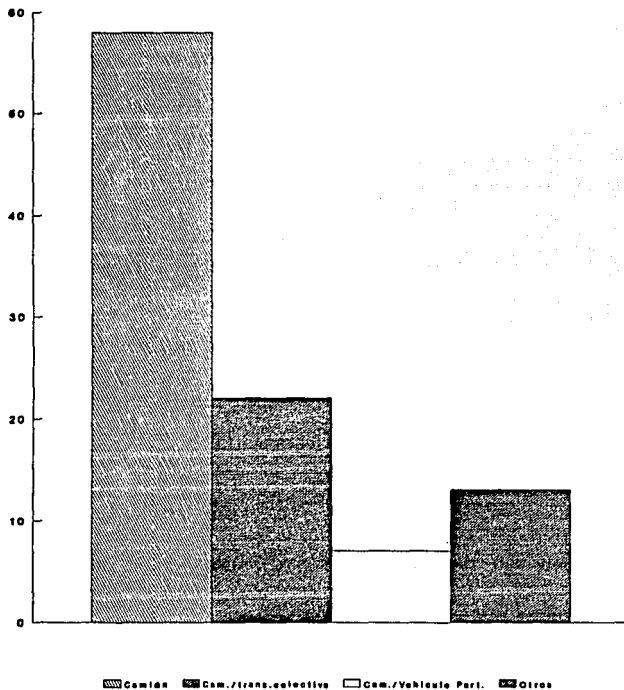
MEDIOS DE TRANSPORTE	Fo	%
CAMION	58	58.00
CAMION Y TRANSPORTE COLECTIVO	22	22.00
CAMION Y VEHICULO PARTICULAR	7	7.00
OTROS	13	13.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 9

88

Medios de transporte utilizados por mujeres encuestadas para su traslado en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán, México 1991.



Fuente: Cuadro No. 9

CUADRO No. 10

Tiempo de traslado que realizan las mujeres encuestadas al sitio más cercano para la atención prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

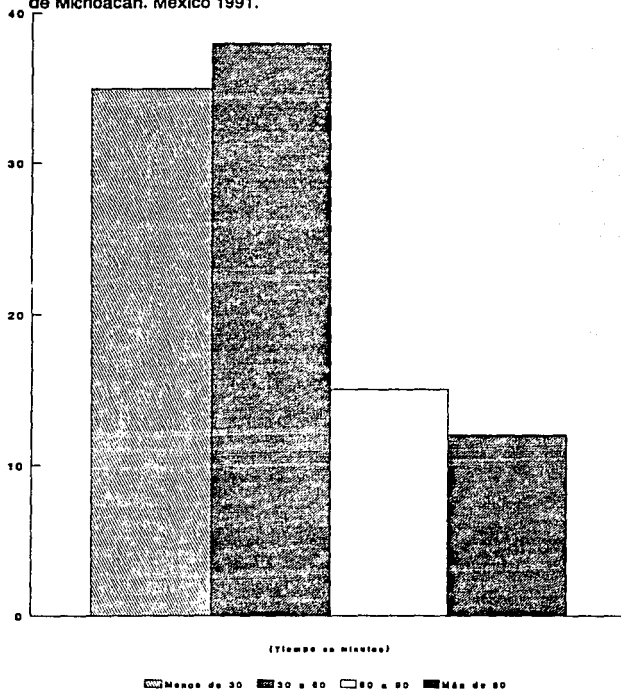
TIEMPO DE TRASLADO	Fo	%
MENOS DE 30 MINUTOS	35	35.00
DE 30 A 60 MINUTOS	38	38.00
DE 60 A 90 MINUTOS	15	15.00
MAS DE 90 MINUTOS	12	12.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 10

90

Tiempo de traslado que realizan las mujeres encuestadas al sitio más cercano para la atención prenatal en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 10

CUADRO No. 11

Etapa del embarazo en que la pareja acepta que su mujer acuda a control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

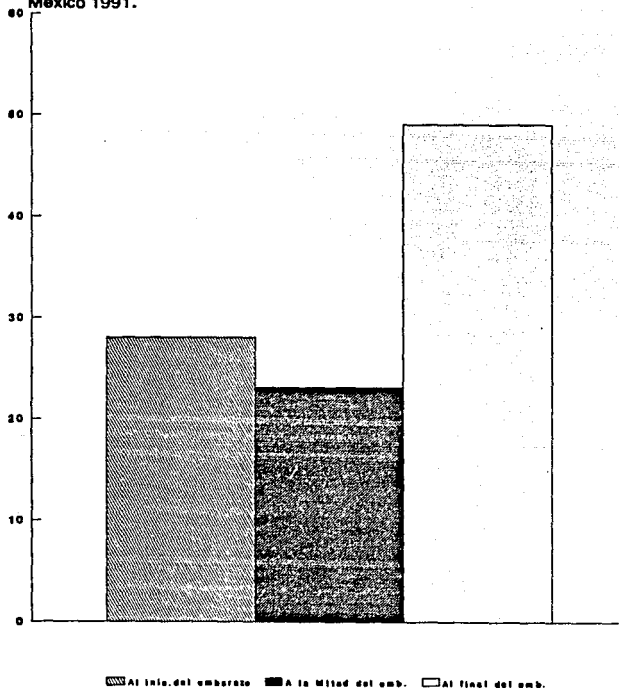
ETAPA DEL EMBARAZO	Fo	%
AL INICIO DEL EMBARAZO	28	28.00
A LA MITAD DEL EMBARAZO	23	23.00
AL FINAL DEL EMBARAZO	49	49.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 11

92

Etapa del embarazo en que la pareja acepta que su mujer acuda a control prenatal en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán, México 1991.



Fuente: Cuadro No. 11

CUADRO No. 12

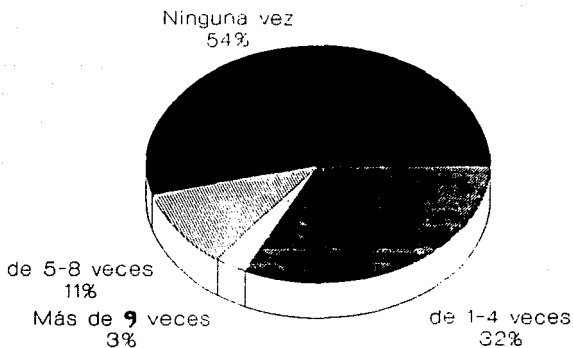
Asistencia al control prenatal por mujeres embarazadas en
cuestadas en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo
III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México
1991.

ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL	Fo	í
NINGUNA VEZ	54	54.00
DE 1 A 4 VECES	32	32.00
DE 5 A 8 VECES	11	11.00
MAS DE 9 VECES	3	3.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 12

Asistencia al control prenatal por mujeres embarazadas encuestadas en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán, México 1991.



Fuente: Censo No. 12

CUADRO No. 13

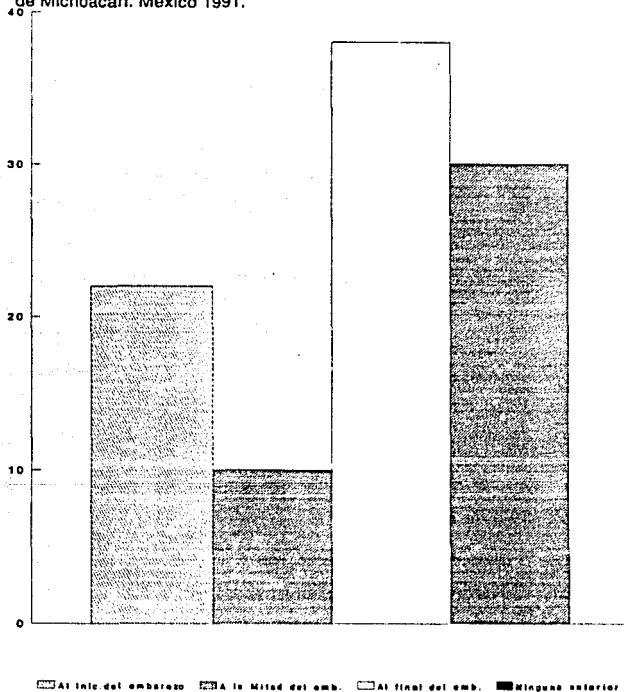
Etapa del embarazo en que la mujer en periodo gestacional recibió orientación acerca del control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

ETAPA DEL EMBARAZO	Fo	%
AL INICIO DEL EMBARAZO	22	22.00
A LA MITAD DEL EMBARAZO	10	10.00
AL FINAL DEL EMBARAZO	38	38.00
NINGUNA DE LAS ANTERIORES	30	30.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 13

Etapa del embarazo en que la mujer en periodo gestacional recibió orientación acerca del control prenatal en las comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 13

CUADRO No. 14

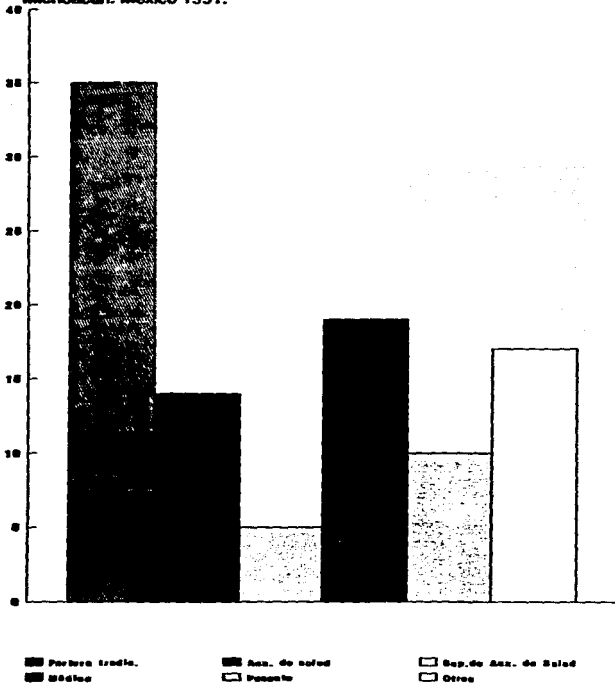
Personal con que acepta la mujer en periodo gestacional y su pareja ser revisada durante el control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.

PERSONAL DE SALUD	Fo	¢
PARTERA TRADICIONAL	35	35.00
AUXILIAR DE SALUD	14	14.00
SUPERVISORA DE AUXILIAR DE SALUD	5	5.00
MEDICO	19	19.00
PASANTE	10	10.00
OTROS	17	17.00
TOTAL	100	100.00

Fuente: Ibidem.

GRAFICA No. 14

Personal con que acepta la mujer en periodo gestacional y su pareja ser revisada durante el control prenatal en comunidades que integran los Módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III, y Zitácuaro I en el Estado de Michoacán. México 1991.



Fuente: Cuadro No. 14

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

El grupo étnico de mayor predominio según la muestra seleccionada corresponde en un 36% a mujeres en edad gestacional de 18 a 22 años de edad, el 29% pertenece al grupo de 23 a 27 años y el 17% se encuentra ubicado entre los 28 y 32 años de edad. Sin embargo, es importante señalar que existe un 8% que oscila entre los 13 a 17 años. Como se puede notar en las comunidades rurales sigue siendo una característica que las mujeres se embaracen a temprana edad, lo que influye de manera determinante en el estado de salud tanto de la madre como del producto. Lo anterior se justifica de alguna manera ya que en algunas localidades aún prevalece que la mujer debe unirse o bien contraer matrimonio para dar inicio a la formación de la familia; esto es, porque se considera que la edad apropiada para la formación de un hogar es antes de los veinte años de edad y el rebasarlos puede significar un obstáculo en su vida para conseguir pareja debido a los mitos y costumbres. (ver cuadro No.1 pag.71). En relación al estado civil del grupo de estudio el 87% son casadas, de éstas; el 35.64% no informa a su pareja que asistirá al control prenatal, por otra parte un 9% del total viven en unión libre, del cual el 22.23% tampoco comunica a su pareja que asistirá a que se le proporcione control prenatal, esta misma situación se presenta en un 25% de las mujeres que dijeron ser solteras. (ver cuadro No.2 pag.73).

En cuanto al nivel educativo el 51% del grupo de estudio solamente alcanza educación primaria . Esto se debe a que las mujeres en comunidades rurales consideran más importante el realizar diversas actividades que satisfagan sus necesidades básicas que obtener un grado académico. Por otro lado, las costumbres existentes en estos lugares influyen de manera importante para que las mujeres puedan asistir a centros educativos, porque se considera que ellas sólo tienen la obligación en algunos casos de desempeñar labores propias del hogar (ver cuadro No.3 pag.75).

Reforzando lo anterior, se encontró que el 88% de la población encuestada realiza actividades dedicadas al hogar; en cuanto a este aspecto cabe diferenciar las labores que lleva a cabo la mujer de la ciudad tales como: aseo del hogar, cuidado de los hijos, preparación de los alimentos, lavado y planchado de ropa, entre otras; a las que realiza la mujer del campo, y éstas son; todas las anteriores pero además tiene que recorrer distancias variables para obtener recursos de primera necesidad como son; agua potable, alimentos, combustible para uso doméstico, así como también emplea tiempo para la elaboración de sus tortillas y para trasladar los alimentos hasta el sitio en donde se encuentra trabajando su pareja. También en algunas ocasiones dedican parte de su tiempo para elaborar trabajos manuales como: carpetas, manteles, bordados, etc., los cuales son puestos en venta para mejorar su ingreso económico. (ver

cuadro No.4 pag.77).

En relación al ingreso económico que perciben por semana las mujeres encuestadas el 27% se ubica entre \$ 61.000 a \$ 80.000, mientras que el 26% corresponde a un ingreso que va desde \$ 41.000 a \$ 60.000, y sólo el 19% percibe un ingreso que va desde \$ 81.000 a \$ 100.000

Ahora bien, es importante destacar que un 10% de la muestra recibe una cantidad que oscila entre \$ 20.000 a \$ 40.000.

Cabe señalar, que respecto a estos datos registrados existe duda en cuanto a su veracidad, porque la mayor parte de los familiares (esposo, tíos, hermanos) se encuentran trabajando en México D.F., Guadalajara y Estados Unidos, los cuales proporcionan un apoyo de tipo económico mejorando su ingreso. (ver cuadro No. 5 pag.79).

En lo relacionado a la religión se detectó que el 86% de la muestra seleccionada para el presente estudio son católicas, y un 12% poseen otro tipo de religión. Como fué posible observar la religión juega un papel importante en estos sitios por lo siguiente: dentro del catolicismo se tiene contemplado que la mujer no deberá enseñar su cuerpo a otra persona sino solamente a su pareja, la cual previamente debió haber cumplido con los requisitos establecidos por la iglesia católica. Por otro lado, la mujer manifiesta que no es necesario visitar al personal de salud para recibir atención prenatal, puesto que Dios es el encargado de decidir y cuidar el estado de salud de la madre--

así como del producto desde el inicio del embarazo hasta su término. Dentro del 12% prevalece el interés de asistir a consulta prenatal con regularidad; sin embargo, estas mujeres no cumplen con las indicaciones médicas principalmente dirigidas al aspecto nutricional para que el desarrollo de su embarazo curse sin ninguna anomalía tanto para la madre como para el producto; como ejemplo de lo anterior se presenta lo siguiente: en la religión pentecostes no es permitido consumir ciertos alimentos de origen animal como son leche, carne, huevo, crema; los cuales contienen requerimientos esenciales para que el desarrollo del embarazo se lleve a cabo en las mejores condiciones.

Hay que tomar en cuenta que en estas poblaciones el pertenecer a una religión semejante a la de la Auxiliar de Salud es importante para que la mujer en edad gestacional acuda a que se le proporcione servicios de salud dirigidos al control prenatal. (ver cuadro No.6 pag.81).

Ahora bien, las costumbres que predominan dentro de las localidades corresponden a las personales en un 51%, el 30% a las costumbres religiosas y en un 19% a las costumbres de tipo familiar, como se puede apreciar el mayor porcentaje favorece a las personales entre las cuales destacan; la adquisición de enfermedades infecciosas al ser manipulada la mujer por el personal manipulada la mujer por el personal de salud; el mayor grado de confianza que existe con la partera empírica por —

diversas causas; la confusión que existe entre lo que se refiere a control prenatal y planificación familiar, por vergüenza al ser explorada por personal de salud principalmente por el sexo masculino, sólo asisten a consulta prenatal cuando manifiestan alguna molestia. Dentro de las costumbres religiosas están: la influencia de Dios en el estado de salud del producto. Entre las costumbres familiares sobresalen: que la partera debe de ser la persona encargada de proporcionar este tipo de servicio por poseer mayor experiencia y además el haber atendido a la mayor parte de las mujeres dentro de la familia. (ver cuadro No.7 pag.83).

Por lo que corresponde a las vías de comunicación existentes para llegar a las comunidades rurales que integran los módulos el 43.33% la vía de acceso es el pavimento, en igual porcentaje pertenece a la terracería y la brecha en un 13.34%. Todas estas vías son accesibles en la mayor parte del año excepto cuando llega la temporada de lluvia, lo que trae consigo que el tránsito en estas localidades se dificulte para la población como para el medio de transporte existente. (ver cuadro No.8 pag.85).

Por lo que concierne a los medios de transporte el camión es el que ocupa el primer lugar con un 58%, el 22% utiliza camión y transporte colectivo y el 13% otro medio para transportarse. Como se puede notar, el camión es el medio de transporte de mayor utilidad en estos lugares para el -----

traslado de la población a sitios en donde se proporcionan servicios de salud, y esto es por lo siguiente: porque este transporte es el más común que existe para el acceso a las comunidades, aunque en algunas ocasiones éste es insuficiente ya que solamente se dispone de una sola unidad para trasladarse de la localidad a lugares donde se presta atención médica y además el horario que existe es variado. (ver cuadro No.9 pag.87).

De acuerdo a los datos obtenidos acerca del tiempo de traslado del hogar de las mujeres encuestadas al sitio en donde se proporciona consulta prenatal el 38% de éstas realizan un tiempo de 30 a 60 minutos, el 35% menos de 30 minutos y el 15% de 60 a 90 minutos y sólo un 12% hace más de 90 minutos.

Es necesario retomar que existen comunidades que cuentan con población concentrada y población dispersa, es por ello que el 35% de estas mujeres tardan menos de 30 minutos, así como un 38% lo hace en un tiempo de 30 a 60 minutos para acudir con la Auxiliar de Salud que es la persona responsable en cada una de estas poblaciones. En lo que respecta al 15% su traslado es de 60 a 90 minutos, asimismo el 12% correspondiente a más de 90 minutos, ambos forman parte de los lugares en donde existe población dispersa, se hace notar, que en la mayoría de las veces este traslado lo efectúan a pie. (ver cuadro No.10 pag.89).

Con respecto a la etapa del embarazo en la cual acepta la

pareja que la mujer acuda a control prenatal es en la etapa final de éste en un 49%, un 28% al inicio de la gestación y solamente el 23% a la mitad de ésta. En lo que concierne al 49% de la muestra para estudio la pareja comunica a la mujer que no es necesario que acuda a revisión médica al inicio de su embarazo, sino que lo haga hasta la última etapa ya que en los embarazos anteriores no lo hizo en un inicio y todo salió bien. Por otra parte, la pareja impone a la mujer que sólo deberá acudir cuando en realidad lo amerite. Además de esto la pareja decide que durante la última etapa de todo embarazo es cuando la mujer deberá de asistir a consulta porque es cuando se puede saber cual es el estado de salud que prevalece en la madre y el producto, y que además es el periodo en el que se presentan con mayor frecuencia las molestias que anuncian el inicio del parto (ver cuadro No.11 pag.91).

Es importante señalar, que la asistencia prenatal que se lleva a cabo en estas localidades en un 54% no asiste ninguna vez, el 32% asiste de una a cuatro veces y el 11% lo hace de cinco a ocho veces. El 54% de las mujeres no asisten ninguna vez a recibir atención prenatal; esto está directamente relacionado con las costumbres de tipo personal y religiosas que se comentaron con anterioridad. El 32% no alcanza en asistencia el número de veces que establece la Norma Técnica, mientras que sólo el 11% cumple con lo establecido en este documento oficial. (ver cuadro No.12 pag.93).

Por lo que se refiere a la orientación acerca del control prenatal que recibe la mujer embarazada, es en la etapa final de la gestación en un 38%, en un 30% no recibe esta orientación en ninguna etapa de su embarazo. Esto es debido principalmente a la escasa orientación brindada por el personal de salud dentro de estas localidades. (ver cuadro No.13 pag.95).

Por último, la mujer en periodo gestacional y su pareja acepta que sea revisada durante alguna etapa de su embarazo con la partera tradicional en un 35% del total de la muestra, seguido de un 19% que corresponde al personal médico, mientras que el 17% pertenece a otros; como pueden ser, hermanos, tíos, cuñadas y el 14 y 5% a la Auxiliar de Salud y Supervisora de Auxiliares respectivamente.

Nótese que la partera empírica ocupa el primer lugar en aceptación porque es quien por tradición se encarga de prestar atención a la salud en estos lugares.

En cuanto a la Auxiliar de Salud es de llamar la atención que sus servicios no sean solicitados con regularidad a pesar de que es la persona responsable dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura en compañía de la Supervisora de Auxiliares en cada una de las comunidades.

Es importante recalcar que esto se debe principalmente a la limitada orientación y promoción acerca del Subsistema de Embarazo, Parto y Puerperio. (ver cuadro No.14 pag.97).

REPLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al inicio de la investigación se tuvo la inquietud de conocer el porqué las mujeres de las comunidades rurales en edad gestacional no asistían a control prenatal; por lo cual, se plantea el siguiente problema:

¿ La edad, la escolaridad, la ocupación, los ingresos económicos, la religión, las costumbres y la aceptación por parte de la pareja unidos a las condiciones que ofrecen los servicios de salud y las características de la orientación acerca del control prenatal por parte del personal de salud, son factores que propician que las mujeres en periodo gestacional de las comunidades que integran los módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I, influyen en la asistencia al control prenatal ?.

Para la presente investigación se trazaron en un inicio los siguientes objetivos:

GENERAL:

- El pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia investigará las principales causas por las cuales las mujeres en periodo gestacional de las comunidades que integran los módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I, no acuden a control prenatal.

ESPECIFICOS:

- Identificará los factores que propician la inasistencia de las mujeres en periodo gestacional al control prenatal.
- Analizará los factores que condicionan la inasistencia al control prenatal por mujeres en periodo gestacional.
- Sugerirá alternativas de solución una vez que se haya culminado el estudio de investigación.

Los elementos que se utilizaron para poner en marcha la metodología de la investigación fueron:

CAMPO DE LA INVESTIGACION:**LUGAR:**

La investigación fué realizada en las comunidades rurales que integran los módulos Ciudad Hidalgo III, Morelia III y Zitácuaro I, dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura en el Estado de Michoacán.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Estuvo constituido por cien mujeres en periodo gestacional que corresponden al tamaño de la muestra, mismas que residen en las comunidades mencionadas con anterioridad.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Fué constituida por un total de cien mujeres en periodo gestacional. A las cuales se les aplicó un cuestionario que contiene las variables por estudiar.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION:**SELECCION DE LA MUESTRA:**

- a) Mujeres embarazadas que se encontraban participando en el subsistema de Atención al Embarazo, Parto y Puerperio dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura.
- b) Mujeres embarazadas que fueron captadas por los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; o bien, por el personal Auxiliar de Salud responsable en cada una de las comunidades que integran los módulos ya descritos.

TIEMPO:

La investigación de campo se inició a partir del día 30 de Agosto teniendo como fecha límite hasta el día 22 de Octubre de 1991.

Para lo anterior, se llevó a cabo la siguiente selección de métodos:

- a) Estructuración del marco teórico; para ello se realizó una investigación documental que permitió la captación de información a través de la elaboración de fichas de trabajo y bibliográficas, con el propósito de organizar la información obtenida.
- b) Por tratarse de una investigación de tipo socio-médica, descriptiva, transversal, retrospectiva; carece de hipótesis, por lo cual dicho estudio se sustenta en los objetivos trazados en un inicio.

CONCENTRACION, ANALISIS, E INTERPRETACION DE DATOS:

Para llevar a cabo la concentración de datos, ésta se efectuó mediante la técnica de paloteo, elaborándose cuadros estadísticos y posteriormente se hizo la representación gráfica de los mismos, considerando el tipo de variable para cada uno de ellos. Por último, se elaboró el análisis de los resultados obtenidos a través del cuestionario aplicado dentro de las comunidades; lo cual permitió llegar a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

Dentro del programa de atención materna durante 1990 se prestó servicio del control del embarazo, atención del parto y puerperio, otorgándose un total de 324 522 atenciones.

No obstante, que respecto al año anterior hubo un incremento de 11%, la distribución porcentual según motivo permaneció igual, es decir, de cada tres atenciones, dos fueron para control de embarazo y prácticamente una para atención del puerperio ya que solamente 4% del total fué para atención del parto.

Ahora bien, acerca de los datos registrados en los módulos en los cuales se realizó la presente investigación en cuanto a la demanda de la atención prenatal, se realizaron en el año de 1990 un total de 552 atenciones al respecto, sin tener conocimiento de quien fué la persona que proporcionó este servicio (llámese Coordinador Médico Jurisdiccional, Supervisora de Auxiliares de salud, o bien Auxiliar de salud).

Por todo lo anterior y en base al análisis y resultados obtenidos de la información recabada de la muestra seleccionada para esta investigación se concluye lo siguiente:

Por lo que respecta a la edad como tal, no es un factor que determine la asistencia al control prenatal en estas localidades; sin embargo, hay que tomar en cuenta que existen mujeres que se embarazan a edades que se pueden considerar como

factores de riesgo reproductivo y por lo tanto, requieren de vigilancia periódica durante el curso del embarazo.

En lo referente al estado civil es una variable que influye de manera importante ya que el grupo de mayor predominio corresponde a casadas de las cuales una tercera parte no informa a su pareja que asistirá a revisión médica, esto se debe a causas tales como: el temor a contradecir las órdenes de su pareja, la cual es quien ejerce la autoridad en el hogar, y que en algunas ocasiones el contradecirlas puede llegar a la agresión física y/o verbal. En el caso de las mujeres que se encuentran en unión libre o solteras la autoridad está representada por la familia quien es la que impone las normas bajo las cuales se tiene que regir; es decir, semejante a la situación de las mujeres casadas.

En relación al nivel educativo que prevalece en estas comunidades es un elemento que repercute para que la mujer no cumpla con las tablas de consulta prenatal, como consecuencia de la información que se manejaba durante el tiempo que éstas cursaban su educación primaria, en donde no se contemplaban aspectos de reproducción humana en los libros de texto.

En cuanto a la ocupación que desempeñan estas mujeres también juega un papel importante para que la asistencia prenatal no se lleve a cabo con regularidad, esto se debe a que dentro de su esquema de valores pasa a un segundo plano el autocuidado de su salud en relación a las actividades que ---

realiza en su hogar.

Cabe señalar que el ingreso económico semanal que recibe el grupo de estudio no es un obstáculo que limite su vigilancia médica, ya que el ingreso que se percibe aparentemente es bajo, sólo que el momento de aplicar la cédula no dieron a conocer que tienen otra entrada económica que es enviada por familiares que emigran al D.F., Guadalajara, y a los Estados Unidos; la cual ayuda a mejorar su economía.

Por otro lado, la religión es una variable de suma importancia ya que existen aspectos religiosos muy introyectados los cuales forman parte fundamental de sus valores, por ejemplo; no mostrar su cuerpo a otra persona que no sea su esposo, porque lo consideran pecaminoso; o bien que Dios es el responsable de la salud de la madre como del hijo. Otro factor es que la Auxiliar de salud practique una religión diferente a las que existen en esa localidad como es el caso de las comunidades: Laguna Verde, Pucuat, Puerto de Buena Vista y Huajumbaro.

Aunado a lo anterior las costumbres religiosas impiden que la mujer sea atendida durante el curso de su embarazo periódicamente ya que éstas determinan el comportamiento individual y social dentro de la localidad. Por otra parte, las costumbres personales existentes en estos lugares hacen que la vigilancia prenatal no se lleve a cabo con frecuencia porque la partera tradicional ha sido, sigue y seguirá siendo un personaje que juega un papel preponderante al respecto. Además

es de sumo interés recalcar que el personal de salud foráneo en ocasiones no toma en cuenta este tipo de situaciones, y trata de imponerse, de tal manera que la comunidad se adapte a él, y el resultado de esta actitud ocasiona transgresiones por ambas partes que se traducen desde la agresión física y/o verbal hasta nulificar todas las acciones que hayan sido planeadas y en ocasiones ejecutadas, las cuales van dirigidas a mejorar el pronóstico de salud de la población, lo que hace que se limite o bien se omita la participación comunitaria.

Por lo que se refiere a las vías de comunicación, éstas son accesibles, por tal razón no existe justificación alguna para que la asistencia prenatal no se cumpla.

Por otra parte, el medio de transporte con el que cuentan estas localidades representa un problema para el traslado de la comunidad a sitios donde se proporcionan servicios de salud y visceversa, porque el horario del servicio no coincide para realizar los trámites administrativos relacionados a la atención prenatal, ya que éstos se efectúan a una hora específica en Centros de Salud, tal es el caso de las comunidades José Ma. Morelos, Pucuat, Laguna Verde, Las Mesas y el Vaquerito; en donde solamente hay una o dos salidas durante el día y aunado a esto, el número de unidades disponibles para cada comunidad es insuficiente.

Por lo que corresponde al tiempo de traslado no es un factor que influya para que las mujeres en edad gestacional —

acudan a su vigilancia prenatal; ya que en la mayoría de los sitios en donde se proporcionan servicios de salud se realiza un tiempo aproximadamente de 15 a 60 minutos como máximo.

Es importante señalar que la etapa del embarazo en la cual la pareja acepta que la mujer acuda a control prenatal es al final de éste, y sólo es para conocer el estado de salud del producto y si está en condiciones para que el parto sea atendido por la partera; ahora bien, si la embarazada asiste antes de esta etapa es debido a que presenta alguna molestia que la partera no pudo resolver, lo que trae consigo que esto sea un factor que influye en la atención a su salud de manera continua, limitando la detección temprana de complicaciones.

Además hay que tomar en cuenta la actitud de sumisión que adquiere la mujer ante las decisiones que toma la familia cuando ésta no tiene pareja. Estas decisiones están encaminadas en gran parte a las costumbres de tipo familiar establecidas en estas comunidades en relación a la vigilancia periódica del embarazo; en las que se encuentran incluidas; el ¿cuándo, cómo y con quién?

Con respecto a ¿cuándo? es que la mujer debe de asistir en la última etapa del embarazo. ¿Cómo?, la experiencia que se haya tenido en cuanto a las maniobras que realiza la partera empírica para acomodar al niño que son las que se espera que lleve a cabo el personal de salud con el cual acuda para su atención. ¿Con quién?, que el personal encargado de brindar tal

atención será del sexo femenino; y esto es importante porque en estos sitios por tradición es la mujer quien proporciona la consulta prenatal como es el caso de la partera tradicional, además de la religión que juega un papel importante, y por tal razón se evita en grado mayor la auscultación por el sexo masculino.

Hay que tomar en cuenta que la asistencia al control prenatal se encuentra directamente relacionada con la orientación recibida por las mujeres encuestadas, por ello, se puede decir que tanto la asistencia como la orientación enfocadas al respecto no se efectúe con regularidad por la falta de promoción del subsistema de atención al Embarazo, Parto y Puerperio así como las limitaciones teórico-prácticas que prevalecen por parte del personal de salud responsable de esta función.

En lo relacionado al personal con el cual acepta la mujer embarazada y su pareja que sea revisada durante su gestación, sigue siendo y será la partera tradicional ya que no hay que pasar por alto que ésta es parte esencial de la comunidad y es por eso que ocupa el primer lugar en aceptación para satisfacer las necesidades inmediatas de salud dentro de la localidad.

El personal médico en aceptación ocupa el segundo lugar, aunque en este caso sólo es en el último trimestre del embarazo, única y exclusivamente para conocer el estado de salud del---

producto y si el parto puede ser atendido en la comunidad.

Otro aspecto que llama la atención es que la Auxiliar de Salud por ser la responsable directa en la comunidad no es tan solicitada para prestar este tipo de servicio.

Por otra parte, el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia que recientemente se reincorporó al programa Estrategia de Extensión de Cobertura para desarrollar su servicio social, logró mayor aceptación por parte de la comunidad en relación con la Supervisora de Auxiliares de Salud, ya que ésta solamente efectúa dos visitas por mes en las localidades dedicándose sólo a la captación de información, lo cual repercute de manera importante para que puedan desarrollar actividades directamente con la comunidad.

Durante el desarrollo y elaboración de la presente investigación se observó que se le ha dado mayor importancia a todo aquello que se refiere a Planificación Familiar; descuidando y limitando toda la información enfocada a la asistencia prenatal, esto se pudo detectar desde la planeación de la investigación porque se visitaron instituciones que trabajan lo relacionado al subsistema de atención al Embarazo, Parto y Puerperio dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura y no existe por el momento antecedente alguno, lo cual limita la presencia de líneas de acción que permitan conocer el comportamiento y causas que evitan o repercuten en la participación comunitaria con el personal de salud en lo que -

refiere a control prenatal y desde luego su seguimiento a nivel operativo.

SUGERENCIAS

- A nivel Institución Educativa: que los programas contemplen dentro de su contenido la posibilidad de que el alumno vincule dentro de su formación académica los aspectos teóricos adquiridos en el aula con la realidad social, económica y política del país; todo esto desde luego basado en las necesidades de salud que presente la población.
- Que el personal docente fomente una actitud positiva en el alumno, en lo que se refiere a la atención primaria ya que es importante señalar que en el primer nivel de atención se pueden detectar en forma temprana y oportuna aquellos padecimientos que alteren el pronóstico de salud del individuo, familia y comunidad.
- En cuanto a la selección del personal aspirante a ocupar el cargo de Supervisoras de Auxiliares de Salud se considera importante que sea sometida a métodos objetivos que permitan valorar sus conocimientos teórico-prácticos; una vez que éstos sean valorados que se les imparta un curso de introducción al puesto. Ahora bien, durante el desarrollo de sus funciones que sea supervisada y posteriormente evaluada con el propósito de detectar alguna deficiencia de tipo teórica o práctica a fin de retroalimentar y al mismo tiempo actualizar la información requerida.

Aunado a lo anterior otorgar estímulos que permitan la superación personal y asimismo el estar consciente de las responsabilidades que tiene con la institución y la comunidad.

Estos estímulos pueden ser de tipo económico, cursos de actualización, o tiempo para poder realizar alguna actividad imprevista. Esto de alguna manera permitiría que este personal no se sintiera relegado.

- Tratar de establecer una coordinación entre las autoridades de la localidad y el personal de salud con el propósito de poder realizar las actividades planeadas en materia de salud y así, el evitar la presencia de transgresiones por ambas partes.
- Por lo que se refiere a las costumbres existentes en estas localidades, que sean conocidas y respetadas por el personal de salud, con el objeto de facilitar la participación comunitaria y de esta manera cumplir en el mayor grado posible las funciones planeadas en el bienestar de salud de la población.
- Que el personal supervisor de Auxiliares de Salud lleve a cabo todas las funciones que le competen como lo estipula el cuaderno técnico # 10 de la Estrategia de Extensión de Cobertura y que no se dediquen única y exclusivamente a la captación de información durante las visitas que realizan a las comunidades.

- Para poder brindar y proporcionar servicios de salud a la comunidad, la Auxiliar de Salud deberá de disponer con el material mínimo indispensable para satisfacer las necesidades de salud que le sean solicitadas. Ya que este personal no cuenta con el maletín y las Auxiliares que disponen de él, tanto material como instrumental están incompletos.
- Elaborar un programa de capacitación dirigido a la atención del Embarazo, Parto y Puerperio en base a un diagnóstico de necesidades teórico-práctico de acuerdo a las características que presenten las Auxiliares de Salud, con el propósito de llevar un control que le permita a la Supervisora de Auxiliares, adquirir experiencia en la planeación, organización, ejecución y evaluación de sus adiestramientos que realiza en comunidad como en reuniones formales.
- Fortalecer la realización de visitas domiciliarias y charlas educativas por parte de la Supervisora y Auxiliar de Salud, ya que son estrategias importantes que permiten conocer las necesidades de salud de la población, así como fomentar la participación comunitaria a través del contacto directo y constante dentro de las localidades.
- Reforzar en el estudiante de Enfermería durante su formación académica los aspectos socio-antropológicos, con el propósito de que comprendan lo importante que es entre

otras cosas, el respeto de valores y costumbres existentes en un grupo social, y así planear estrategias que eviten a medida de lo posible transgresiones con la comunidad.

- Fomentar en el pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia la importancia que tiene la realización de investigaciones en comunidades rurales de nuestro país, con el propósito de contar con material bibliográfico que permita conocer parte de una realidad en aspectos de salud de los grupos de población más desprotegidos, y a su vez, tener continuidad en las acciones que realicen los pasantes de Enfermería al realizar el servicio social dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

BIBLIOGRAFIA

- Benson Ralph C. **Manual de Ginecología y Obstetricia.**
Editorial El Manual Moderno. Séptima
Edición. México D.F. 1985. pp. 744.

- Bodiazhina V.I. **Manual de Obstetricia. Editorial.**
Mir. Moscú 1988. pp. 423.

- Bravo Peña Federico. **Nociones de la Historia de Enfermería.**
Editorial Impresora San Carlos. Segunda
Edición. México D.F. 1967. pp. 120.

- Bullough R. N.
Bonic y Col's **Atención Médica de Primer Nivel.**
Editorial La Prensa Médica Mexicana
S.A.
México D.F. 1984. pp. 536

- Burroughs Arlene **Enfermería Materno Infantil de Bleier.**
Editorial Interamericana. MC GRAW-HILL.
Quinta Edición. México D.F. 1989 pp.542

- Caballero A. **Diccionario Básico Espasa.**
Editorial Espasa Calpe. Quinta Edición.
Tomo I Madrid 1983. pp. 2479

- Caballero Engallar. Diccionario Básico Espasa.
Editorial Espasa Calpe. Quinta Edición.
Tomo II Madrid 1983. pp. 2786
- Dabout E. Diccionario de Medicina.
Editorial Epoca.
México D.F. 1984 pp. 839
- González Carbajal
Eleuterio Diagnóstico de la Salud en México.
Editorial Trillas.
México D.F. 1988 pp. 113
- Gordon M. Stirrat. Manual Clínico de Ginecología y
Obstetricia.
Editorial Interamericana. MC GRAW -
HILL
México D.F. 1989 pp. 300
- Hernández Rosas
José Antonio Diagnóstico de Salud Comunitario.
Edo. Michoacán, México 1991 pp. 57
- I.M.S.S. Diagnóstico de Salud en las Zonas
Marginadas Rurales de México.
Editorial Publicaciones del I.M.S.S.
México D.F. 1984 pp. 115

- Lagunas Propilo Diccionario Básico Espasa.
Editorial Espasa Calpe. Quinta Edición
Tomo IV. Madrid 1983 pp. 2985

- Mondragón Castro Obstetricia Básica Ilustrada.
Héctor Editorial Trillas. Segunda Edición
México D.F. 1987 pp. 701

- Neville F. Hacker y Compendio de Ginecología y Obstetricia.
Col's. Editorial Interamericana. MC GRAW-HILL
Madrid 1989 pp. 598

- Nuñez Maciel Eduardo Ginecología y Obstetricia.
y Col's. Editorial Francisco Méndez Oteo.
Tercera Edición. México D.F. 1989 pp.
1029

- Propina Z. Z. Diccionario Básico Espasa.
Editorial Espasa Calpe. Quinta Edición
Tomo V Madrid 1983 pp. 2754

- Rangel Portilla Diagnóstico de Salud Comunitario.
Daniel Edo. Michoacán, México 1991 pp. 51

- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española.
 Editorial Espasa Calpe. Vigésima Segunda Edición. Tomo I y II Madrid 1984 pp. 714 y 1416.
- Rodríguez Shadow María. La Mujer Asteca.
 Editorial Universidad Autónoma del Estado de México.
 Estado de México 1991 pp. 287
- Secretaría de Salud Informe de Labores 1989-1990 pp. 122
- Secretaría de Salud Actividades Desarrolladas en la Estrategia de Extensión de Cobertura.
 "Período Enero-Diciembre 1990". pp.58
- Secretaría de Salud y Col's. Anuario Estadístico 1989. pp. 564
- Secretaría de Salud y Col's. Registro Permanente de Información E-2 dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura. 1990.
- Secretaría de Salud y Col's. Norma Técnica de Salud Materno Infantil
 México, D.F. 1989. pp. 61

- Secretaría de salud y Col's. La Supervisor de Auxiliares de Salud dentro del Programa de Planificación Familiar en la Estrategia de Extensión de Cobertura. 1990. pp. 234

- Stanley Blacklow Robert y Col's. Signos y Sintomas "Fisiopatología e Interpretación Clínica".
Editorial Interamericana MC GRAW-HILL
Quinta Edición México D.F. 1984 pp. 1026

- Viesca T. Carlos Medicina Prehispánica de México.
Editorial Panorama pp. 246

- Zavala Espíndola Elsa Diagnóstico de Salud Comunitario.
Edo. Michoacán, México 1991 pp. 49

A N E X O

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SERVICIOS COORDINADOS DE SALUD PUBLICA
MICHOACAN

OBJETIVO:

Recabar información que permita identificar los factores que determinan la inasistencia a control prenatal de mujeres en periodo gestacional.

C U E S T I O N A R I O

Ficha de identificación

NOMBRE _____

EDAD _____ ESTADO CIVIL _____

COMUNIDAD _____ MODULO _____

1. ¿ Que estudios educativos tiene ?
 - a) analfabeta.
 - b) alfabeta.
 - c) primaria incompleta.
 - d) primaria completa.
 - e) secundaria incompleta.
 - f) secundaria completa.

g) otros.

Especifique _____

2.- ¿Cuál es su ocupación ?

- a) hogar.
- b) empleada doméstica.
- c) agricultura.
- d) comerciante.
- e) jornalera.
- f) otros.

Especifique _____

3.- ¿Su ingreso económico a la semana es ?

- a) de \$20.000 a \$40.000
- b) de \$41.000 a \$60.000
- c) de \$61.000 a \$80.000
- d) de \$81.000 a \$100.000
- e) más de \$100.000

4.- ¿Su religión es ?

- a) católica.
- b) evangelista.
- d) protestante.
- e) otros.

Especifique _____

5.- ¿Qué opinan dentro de su comunidad en relación al control prenatal ?

6.- ¿Cuáles son las vías de comunicación que existen para llegar a la comunidad ?

- a) pavimento.
- b) terracería.
- c) brecha.
- d) otros.

Cuál _____

7.- ¿Cuánto tiempo tarda para trasladarse de su comunidad al sitio más cercano para la atención prenatal ?

- a) menos de 30 min.
- b) de 30 a 60 min.
- c) de 60 a 90 min.
- d) más de 90 min.

8.- ¿Usted informa a su pareja que asistirá a control prenatal ?

- a) Si.
- b) No.

9.- ¿En qué momento del embarazo acepta su pareja que usted acuda a control prenatal ?

- a) al inicio del embarazo.
- b) a la mitad del embarazo.
- c) al final del embarazo.

10.- ¿Cuántas veces ha asistido a control prenatal durante su embarazo actual ?

- a) ninguna vez.
- b) de 1 a 4 veces.
- c) de 5 a 9 veces.
- d) más de 10 veces.

11.- ¿En qué etapa de su embarazo ha recibido orientación en relación al control prenatal ?

- a) al inicio del embarazo.
- b) a la mitad del embarazo.
- c) al final del embarazo.
- d) ninguna de las anteriores.

12.- ¿Con qué personal acepta su pareja que sea revisada durante la consulta prenatal ?

- a) partera tradicional.
- b) auxiliar de salud.
- c) supervisora de auxiliares de salud.

