

15
2e3



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

FACTORES QUE CONDICIONAN EL EMBARAZO A TEMPRANA EDAD Y POR ENDE LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE SE PRESENTAN EN ELLAS EN CINCO MODULOS DE LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN EL ESTADO DE MICHOACAN, MEXICO, 1992.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LIC. EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A N :

**GARCIA RIVERA JUAN ANTONIO
GUERRERO RAMIREZ MATILDE LETICIA
HERNANDEZ BARCENAS AMPARO
RODRIGUEZ ROLDAN LETICIA
VEGA MALDONADO ROGELIO**



U. b. E. Ezequiel Canela Nuñez
ASESOR: L.E.O. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
REGISTRO DE TESIS
MEXICO, D. F.

MEXICO, D. F.

1983

**TESIS CON
FALSA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INTRODUCCION

Es un hecho importante que desde la antigüedad, el desarrollo de enfermería ha estado más ligado a la atención de la población en lugares condicionados como hospitales, mas que a cualquier otra práctica del sector salud; y no es sino en épocas recientes cuando la enfermería empieza a incursionar dentro del ámbito de la salud pública. Para comprender lo que significa la salud de la comunidad y las posibilidades de la enfermería al respecto, es importante saber que una comunidad esta constituida por una fuerza social dinámica, cuyas características actúan para moldear el desarrollo, su forma de conducta y modo de vida de sus moradores. Así pues el estado físico de los miembros que integran una comunidad refleja la salud de ésta, y a su vez los factores que afectan tal estado; para lograr ésta salud, es necesario implementar en mayor número el personal, ya que cada vez son más las necesidades identificadas en la misma, y es aquí donde el personal de enfermería por ejemplo, sin entrar en competencia con el médico, participa activamente en las necesidades básicas de nutrición, saneamiento, materno infantil y planificación familiar que ocupan un lugar primordial dentro del sector salud.

Uno de los problemas al que se refiere es la atención materno infantil, la cual debe ser resuelta ante los constantes incrementos en la morbimortalidad del binomio madre-hijo, sobre todo en las áreas rurales y marginadas, donde el personal médico es escaso, y en el cual el personal de enfermería por su activa preparación y mística de servicio, ofrece atención en actividades generales, y ultimamente dentro de la cuestión perinatal, situación por la que en su momento se ven favorecidas un gran número de mujeres, ante el profesionalismo con que se les brindan los servicios.

Esta atención se ha hecho cada vez de mayor calidad gracias a la detección de factores que condicionan en su momento un embarazo, sobre todo en mujeres de temprana edad, permitiendo enfocar con mayor claridad y veracidad los problemas que lo están suscitando; claro está que ésta detección de factores viene soslayada por autoridades dedicadas a la salud, que son responsables de la inminente colaboración de todo el personal médico y de enfermería dedicado a la investigación.

Por ello y ante la escasa información referente al tema se realizó la presente investigación en 5 módulos del estado de Michoacán, contemplados en el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura, dependiente de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud. Siendo el objetivo primordial identificar los factores que condicionan un embarazo a temprana edad y los problemas de salud que estas presentan, considerando a la religión, edad, escolaridad, costumbres y creencias, factores económicos, higiénico-dietéticos, rol social del niño y la mujer como variables independientes. Tomando como muestra de estudio a las mujeres que se embarazaron entre la edad de 13 a 19 años. Dentro de estas comunidades, de acuerdo a las costumbres y creencias, se observa que la mayoría de las mujeres cuentan únicamente con primaria completa, interrumpiendo en ocasiones el estudio ya sea por cuestiones económicas y/o ante la necesidad de dedicarse a las labores del hogar.

Por otra parte, durante la niñez se les va inculcando la realización de actividades domésticas, por lo cual al llegar a una edad de 14-16 años, ellas piensan que ya están aptas para formar un hogar, coadyuvando con esto en la realización del matrimonio o en la unión libre, y posteriormente un embarazo, lo cual a esta edad puede provocar problemas en la gestación y traer complicaciones, y posibles problemas durante el parto.

Ahora bien, el embarazo es un estado fisiológico en la mujer al cual puede verse afectado por diversos factores, siendo uno de ellos la edad temprana y si a esto se agrega el trabajo pesado del campo, y las labores del hogar, en el medio rural; así como la deficiencia en los hábitos higiénico-dietéticos, esto trae consigo problemas como, edema de miembros inferiores, anemias, hipotensión, preeclampsia, e hiperemesis gravídica, repercutiendo en ocasiones durante el trabajo de parto y parto, en los cuales se observa desproporción cefalo pélvica, ruptura prematura de membranas y trabajo de parto prolongado.

Esto comprueba que efectivamente a menor edad, es más factible que se presenten problemas, ya que el organismo no está preparado para los cambios que se presentan en un embarazo, y máxime con las carencias existentes en este tipo de mujeres del medio rural.

JUSTIFICACION.

Una de las políticas actuales en materia de salud la constituye la extensión de servicios de salud y mejoramiento de la calidad de atención que se brinda en las comunidades rurales dispersas, a través de la Estrategia de Extensión de Cobertura, la cual esta coordinada por la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud.

El programa de la Dirección General de Planificación Familiar en colaboración con la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, es un intento por contribuir al logro de los objetivos del convenio establecido por ambas instituciones.

Esto hace necesario el implementar un programa de servicio social extensivo a las áreas rurales, mediante la capacitación de Auxiliares de Salud en materia de Planificación Familiar y Atención materno-infantil con énfasis en la atención del parto domiciliario. Para contribuir a esta política, cinco pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, realizaron una investigación, nacida de la inquietud y los problemas que se observan en las comunidades.

Es muy notorio que en las poblaciones rurales sobre todo en aquellas donde se carecen de los medios de comunicación y de servicios de salud básicos, haya un aumento paulatino de embarazos en mujeres de temprana edad y en los que por circunstancias diversas se presentan grandes complicaciones que con el transcurso del tiempo, en algunas ocasiones la esfera biopsicosocial de la madre se ve afectada, reflejándose este desequilibrio en la convivencia interfamiliar manifestandose con la aparición de roces verbales que incluyen ofensa y recelo

entre la misma pareja y para con los hijos.

Los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México en servicio social en el Estado de Michoacán, se abocaron a realizar esta investigación en 5 módulos contemplados dentro de la Estrategia de Extensión de Cobertura dependientes de la Dirección General de Planificación Familiar de la Secretaría de Salud; con el fin de identificar los factores que influyen para que las mujeres de temprana edad se embaracen y detectar las complicaciones que se presentan en éstas, y con ello plantear alternativas de solución que permitan una modificación de actitudes de la gente de estas comunidades para así disminuir los índices de morbi-mortalidad materno-infantil

CONTENIDO

OBJETIVOS.....	1
VARIABLES.....	1
METODOLOGIA.....	11
1.- MARCO TEORICO.....	1
1.1.- LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA.....	1
1.1.1.- Antecedentes.....	2
1.1.2.- Objetivos.....	5
1.1.3.- Organización.....	5
1.1.4.- Servicios que otorga la Estrategia de Extensión de Cobertura.....	8
1.2.- LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN EL ESTADO DE MICHOACAN.....	10
1.2.1.- Características generales de los módulos.....	11
1.2.2.- Datos demográficos.....	12
1.2.3.- Principales indicadores de salud.....	13
1.3.- CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA MUJER.....	16
1.3.1.- Desarrollo embrionario.....	16
1.3.2.- Aparato reproductor femenino.....	23
1.3.3.- Aparato reproductor masculino.....	30
1.3.4.- Crecimiento y desarrollo durante la infancia.....	34
1.3.5.- Crecimiento y desarrollo en la adolescencia y pubertad.....	35
1.3.6.- Etapa adulta.....	37
1.4.- EVOLUCION NORMAL DEL EMBARAZO.....	39
1.4.1.- Cambios en los órganos del sistema de la reproducción.....	39

1.4.2.- Respiratorios.....	41
1.4.3.- Cardiovasculares.....	45
1.4.4.- Digestivos.....	50
1.4.5.- Urinarios.....	53
1.4.6.- Piel.....	56
1.4.7.- Endocrinos.....	57
1.4.8.- Del esqueleto.....	61
1.4.9.- Cambios emocionales y Psicológicos.....	62
1.5.- RECOMENDACIONES DURANTE EL EMBARAZO.....	67
1.5.1.- Alimentación.....	67
1.5.2.- Higiene.....	70
1.5.3.- Vestido y calzado.....	70
1.5.4.- Descanso y ejercicio.....	71
1.5.5.- Importancia del control prenatal.....	72
1.6.- VALORES CULTURALES Y CONDUCTA REPRODUCTIVA.....	73
1.6.1.- Creencias de la salud.....	73
1.6.2.- Prácticas de la salud.....	74
1.7.- SITUACION SOCIAL DE LA MUJER.....	76
1.7.1.- La familia.....	78
1.7.2.- La mujer en el medio rural.....	80
1.8.- CONSIDERACIONES RELIGIOSAS ACERCA DEL MATRIMONIO.....	81
1.8.1.- Consideraciones de la religión católica.....	81
1.8.2.- Consideraciones de la religión evangélica.....	84
1.8.3.- Consideraciones de la religión mormónica.....	85
1.9.- PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO, EN MUJERES DE TEMPRANA EDAD.....	90
1.9.1.- Estados hipertensivos durante el embarazo.....	90

1.0.2. - Anemias.....	102
1.0.2. - Trastornos hemorrágicos.....	104
1.0.4. - Hiperemesis gravídica.....	112
1.0.5. - Infecciones de las vías urinarias.....	116
1.0.6. - Desproporción cefalopélvica.....	124
1.0.7. - Parto pretérmino.....	127
1.0.8. - Ruptura prematura de membranas.....	132
2. - RESULTADOS	136
3. - CUADROS Y GRAFICAS.....	150
4. - CONCLUSIONES.....	219
5. - SUGERENCIAS.....	236
6. - ANEXOS.....	227
GLOSARIO DE TERMINOS.....	232
BIBLIOGRAFIA.....	237

INDICE DE CUADROS

Cuadro	Título	PAG.
1	Grupo de edad de las mujeres seleccionadas para el estudio.....	150
2	Estado civil de las mujeres.....	151
3	Escolaridad de las mujeres.....	152
4	Religión de las mujeres.....	153
5	Número de hijos de las mujeres.....	154
6	Fecha de último parto de las mujeres.....	155
7	Etapa de noviazgo de las mujeres.....	156
8	Duración del noviazgo en años de las mujeres..	157
9	Principales causas de duración del noviazgo de las mujeres.....	158
10	Edad en la que iniciaron su vida sexual activa de las mujeres.....	159
11	Motivo por el cual iniciaron su vida sexual activa las mujeres.....	160
12	Edad de embarazo en años de las mujeres.....	161
13	Motivo por el cual se embarazaron las mujeres.	162
14	Causas por las que planearon o no su embarazo las mujeres.....	163
15	Edad en que tuvieron su primer hijo las mujeres.....	164
16	Opinión de la edad considerada ideal para para embarazarse por las mujeres.....	165
17	Motivos de la preferencia del sexo del producto esperado por cada una de las mujeres..	166
18	Opinión de las mujeres tomadas para el estudio acerca de las mujeres que no se han casado después de los 20 años.....	167

19	Tenencia de la vivienda de las mujeres.....	168
20	Material de construcción de las paredes de las casas que habitan las personas.....	169
21	Material de construcción de los techos de las casas que habitan las personas.....	170
22	Material de construcción de los pisos de las casas que habitan las personas.....	171
23	Número de habitaciones de que constan las casas de las personas.....	172
24	Personas que cuentan con cocina aparte en las comunidades seleccionadas.....	173
25	Forma que utilizan para la eliminación de excretas las personas seleccionadas.....	174
26	Frecuencia de alimentos que consumen a la semana las familias seleccionadas.....	175
27	Hábitos en la higiene de los alimentos y los motivos por los que lo practican.....	176
28	Tipo de agua que utilizan en las actividades diarias.....	177
29	Motivos por los que acostumbran o no hervir el agua.....	178
30	Hábitos en la higiene del cuerpo y los motivos por que los practican.....	179
31	Frecuencia con la que realizan el cambio de ropa.....	180
32	Tipo de cambio de ropa que realizan las mujeres seleccionadas para el estudio.....	181
33	Ocupación del esposo de las mujeres seleccionadas para el estudio.....	182
34	Ingreso mensual al hogar de las mujeres.....	183
35	Motivos de asistencia a la escuela de los hijos de las mujeres.....	184

36	Actividades que realizan en el tiempo libre los hijos de las mujeres.....	135
37	Motivos acerca del sexo, que les gustaría fuese en el próximo embarazo.....	186
38	Problemas presentados en el último embarazo de las mujeres.....	187
39	Motivo por el que asisten a control prenatal las mujeres.....	188
40	Motivo por el cual aceptaron su primer embarazo las mujeres seleccionadas.....	189
41	Problemas que presentaron durante el trabajo de parto y parto las mujeres.....	190

INDICE DE GRAFICAS

Gráfica	Título	Pag.
1	Grupo de edad de las mujeres seleccionadas.....	191
2	Estado civil de las mujeres seleccionadas.....	192
3	Escolaridad de las mujeres seleccionadas.....	193
4	Religión de las mujeres seleccionadas.....	194
5	Número de hijos de las mujeres seleccionadas..	195
6	Fecha de último parto de las mujeres	196
7	Etapa de noviazgo de las mujeres.....	197
8	Duración del noviazgo de las mujeres.....	198
9	Edad en que iniciaron su vida sexual activa las mujeres.....	199
10	Edad de embarazo de las mujeres seleccionadas..	200
11	Embarazos planeados por las mujeres.....	201
12	Edades en que tuvieron su primer hijo.....	202
13	Edad considerada ideal para embarazarse.....	205
14	Motivos de preferencia del sexo del producto esperado por las mujeres.....	204
15	Tenencia de vivienda de las personas.....	205
16	Material de construcción de las paredes de las casas que habitan las personas.....	206
17	Material de construcción de los techos de las las casas que habitan las personas.....	207
18	Material de construcción de los pisos de las casas que habitan las personas.....	208
19	Número de habitaciones de que constan las casa de las personas seleccionadas.....	209
20	Personas que cuentan con cocina aparte en las comunidades seleccionadas.....	210
21	Forma que utilizan para la eliminación de	

	excretas las personas seleccionadas.....	211
22	Tipo de agua que utilizan en las actividades diarias las mujeres.....	212
23	Frecuencia con la que realizan el cambio de ropa.....	213
24	Tipo de cambio de ropa que realizan las mujeres.....	214
25	Ocupación del esposo de las mujeres.....	215
26	Ingreso mensual al hogar de las mujeres.....	216
27	Problemas presentados en el último embarazo por las mujeres seleccionadas para el estudio.	217
28	Problemas que presentaron durante el trabajo de parto y parto, las mujeres seleccionadas para el estudio.....	218

OBJETIVOS.

General;

-Identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad y por ende los problemas de salud que se presentan en ellas.

Específicos;

-Identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad.

-Detectar los problemas de salud mas frecuentes que se presentan en estas mujeres.

-Plantear alternativas de solución en base a las necesidades detectadas.

VARIABLES.

Independientes;

- Edad.
- Religión.
- Escolaridad.
- Costumbres y creencias.
- Factores higiénico dietéticos.
- Factores económicos.
- Rol social del niño.

Dependientes;

- Embarazo a temprana edad.
- Problemas de salud más frecuentes.

METODOLOGIA.

La presente investigación sigue la línea de tipo sociomédica retrospectiva, ya que de la población rural dispersa se incluyó un grupo social bien definido como son la población femenina en edad reproductiva, y así mismo, se estudiaron rasgos antropológicos de la población mencionada.

- 1.-Para la selección de la muestra se tomaron los siguientes lineamientos; selección por medio del sistema aleatorio a señoras que hayan tenido por lo menos un embarazo entre la edad de 13-19 años en las poblaciones que corresponden a 5 Módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura en Michoacán.
- 2.-Se tomó como referencia un límite máximo de 5 años de su última gesta.
- 3.-Una vez seleccionada la muestra se procedió a la aplicación del cuestionario a través de la entrevista directa.
- 4.-Para la integración del marco teórico se consultaron diversas fuentes bibliográficas, haciendo una revisión de la información, seleccionándola para posteriormente procesarla y plasmarla en fichas de trabajo e integrar de esta manera el marco teórico.
- 5.-Posteriormente se realizó el procesamiento de la información por el método de paloteo, concentrándose los datos en cuadros y gráficas; así como interpretación y análisis de los mismos; así mismo, elaborando conclusiones y proponiendo alternativas de solución; una vez obtenido esto, se procede a la integración de la investigación para su presentación.

1 MARCO TEORICO.

1.1.-LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA

La salud es uno de los componentes fundamentales para lograr el bienestar social, esto aunado a una economía equilibrada y a la educación de la población.

En México el 28.7 por ciento se considera como población rural dispersa, esto es, que habita en comunidades menores de 2,500 habitantes en un área geográfica de difícil acceso.

Conociendo las necesidades de esta población y para otorgar un servicio de salud que satisfaga adecuadamente las necesidades de dichas comunidades, la Secretaría de Salud cuenta con un total de 6,166 unidades médicas de todos los niveles de atención; además que desde 1985 ha impulsado el desarrollo de la Estrategia de Extensión de Cobertura, la cual consiste en un conjunto de servicios básicos de atención primaria que de acuerdo con el modelo de atención a la salud, son prestados a través de una auxiliar de salud voluntaria en comunidades rurales dispersas que no cuentan con unidades médicas cercanas a ella.

Para brindar atención de salud de buena calidad en el medio rural se requiere de una eficaz coordinación de la auxiliar de salud con el personal de las unidades aplicativas, para la referencia y contrarreferencia de pacientes. Así mismo, se necesita la supervisión continua a las auxiliares de salud, por medio de las supervisoras de auxiliares de salud (SAS) ,quienes tienen a su cargo el adiestramiento y capacitación en servicio de las mismas, así como de proveer de material y equipo necesario para la atención que brinden a la población de las comunidades a su cargo.

Una de las preocupaciones por parte de la Dirección General Planificación Familiar ha sido el proporcionar atención de mejor calidad a los habitantes de las comunidades a su cargo, esto es lograr con una mejor capacitación a dichas auxiliares por parte del personal de salud a cuyo cargo se encuentra.

Por otra parte, la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, la cual tiene a su cargo el formar personal profesional en el área de enfermería, por lo que para complementar su formación se requieren de nuevos campos en el área de la salud para la realización del servicio social. Esta oportunidad es brindada por parte de la Dirección General de Planificación Familiar, la cual desde 1990 cuenta con el apoyo de pasantes de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, los cuales han sido un elemento importante en la capacitación y adiestramiento a las auxiliares de salud de las comunidades que integran la Estrategia de Extensión de Cobertura en los estados de Guerrero, Michoacán e Hidalgo. (1)

1.1.1.- Antecedentes

"La conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, el día 12 de septiembre de 1988, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo, de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo" hace en sus declaraciones; un llamado a todos, reiterando que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, y que el logro mas alto

(1).-Secretaría de Salud. LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA. p.7

es un "objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de otros sectores sociales y económicos, además de la salud". Indica además que la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud como del desarrollo social y económico global de la comunidad; y que representa además el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo mas cerca posible la atención de la salud al lugar donde resida o trabajen las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Indica que es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad para el año 2000 mediante mejores recursos enfocados a la salud en lugar de conflictos militares. (2)

México por su extensión territorial y su amplitud, ha permitido la formación de asentamientos humanos de una manera dispersa, sin atender a patrones que faciliten la instalación de servicios que satisfagan adecuadamente las necesidades de las comunidades.

En México existen alrededor de 125,000 poblaciones de las cuales son aproximadamente 13,000 que cuentan con 500 y 2,500 habitantes, y 100,000 o mas cuentan con menos de 500 habitantes.

Para la atención de la salud de la población abierta que habita en dichas comunidades la Secretaría de Salud, cuenta con un total de 8,166 unidades médicas de todos los niveles de atención. Además que a partir de 1985 ha impulsado el desarrollo de la Estrategia de Extensión de Cobertura, a las comunidades con una población menor de 2,500 habitantes,

(2). - Conferencia OMS/UNICEF. LA DECLARACION DE ALMA-ATTA p.27-28

mediante una auxiliar de salud seleccionada por la misma comunidad, y adiestrada por personal de la Secretaría de Salud. (3)

La Estrategia de Extensión de Cobertura tiene como antecedente en los trabajos que la Secretaría de Salud ha desarrollado en el área rural desde 1943, se ha tomado en cuenta la cobertura alcanzada, las políticas y las prioridades del Plan Nacional de Salud para proporcionar los servicios básicos a las áreas rurales. Para lograr esto, se implementó la Estrategia de Cobertura que surge del desarrollo del programa rural de salud de 1978, el cual fué resultado de dos programas: El de Extensión de Cobertura de los servicios coordinados, que no incluía Planificación Familiar, y el Programa Comunitario Rural que incluía Planificación Familiar y no servicios de salud.

En 1985 se logra impulsar el proyecto para atender la cobertura aprovechando la infraestructura que se había desarrollado para el programa de salud rural que aún contaba con 8000 auxiliares de salud a quienes no se supervisaba ni se les daba recursos. (4)

Además, desde ese mismo año se ha impulsado más el desarrollo del programa, en diversos estados de la República como son; Guerrero, Michoacán y actualmente el Estado de Hidalgo.

Es importante reconocer que las actividades incorporadas a la Estrategia de Extensión de Cobertura son aquellas que tienen mayor impacto en la salud de las mujeres y los niños, ambos considerados como grupos prioritarios para su atención de acuerdo a las políticas señaladas en el programa Nacional de

(3).-Secretaría de Salud. Op. cit. p. 7.

(4).-Secretaría de Salud. SALUD Y ENFERMEDAD EN EL MEDIO RURAL DE MEXICO. p.354-360.

Salud de 1990 a 1994.

Se ha procurado mejorar la capacitación de las Auxiliares de Salud en los 4 sistemas básicos de información; Planificación Familiar, control de embarazo, parto y puerperio, atención del menor de 5 años y actividades varias. Se puede decir que son 3 los ámbitos prioritarios del programa de Planificación Familiar; las áreas rurales por la baja cobertura; la población masculina debido a la poca participación del varón; y la población adolescente por la insuficiente educación al respecto.

1.1.2. Objetivos.

Los objetivos de la Estrategia de Extensión de Cobertura van encaminados a proporcionar servicios mínimos de salud a la población del area rural, ya que debido a sus características sociales, culturales y geográficas presenta importantes desventajas que repercuten en la salud de sus habitantes, por lo que se han planteado los siguientes objetivos;

- Proporcionar servicios de Planificación Familiar y atención primaria a la salud de la población rural.
- Lograr la participación de la comunidad en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Contribuir a formar una cultura de salud en la población rural a través de acciones educativas y preventivas..

1.1.3. Organización.

La estrategia de Extensión de Cobertura para poder implementar y alcanzar los objetivos propuestos y desarrollar sus

actividades, está organizada de tal manera que se apoya en la infraestructura institucional de la Secretaría de Salud en las áreas central, estatal y jurisdiccional.

-Nivel Central. A este nivel la Dirección General de Planificación Familiar cumple funciones de normatividad, programación, evaluación, supervisión, capacitación, promoción e investigación de la Estrategia de Extensión de Cobertura. Es decir, aquí es donde se establecen los lineamientos operativos, así como la tramitación administrativa de los recursos que apoyan las actividades en las entidades federativas del país; además de establecer la coordinación nacional con las diferentes instituciones involucradas en la Estrategia de Extensión de Cobertura.

-Nivel Estatal. Aquí, las jefaturas de servicios coordinados de salud pública y los servicios Estatales de Salud, tienen a su cargo las funciones de programación, organización, ejecución, supervisión, capacitación, información y evaluación de la Estrategia de Extensión de Cobertura, apoyadas por un responsable estatal del programa de Planificación Familiar. A éste nivel le corresponde verificar el cumplimiento de los lineamientos operativos, la adecuada utilización de los recursos proporcionados por el nivel central para la operatividad de la Estrategia, en el Estado, para lo cual cuenta con personal específico responsable de las actividades. (5)

-Nivel Jurisdiccional. A dicho nivel compete el llevar a cabo la programación local, así como la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades del programa, en cada módulo y unidades aplicativas comprendidas en ellas. El personal directamente responsable comprende al jefe jurisdiccional así

(5). -Secretaría de Salud. Op. cit. p.8-9.

como al coordinador Médico Jurisdiccional, el cual tiene la función de coordinar, apoyar y asesorar en las actividades de las supervisoras de auxiliares de salud y de Auxiliares de Salud de la estrategia.

-Nivel Modular. Es el nivel operativo intermedio que establece el enlace entre la comunidad y los servicios institucionales de salud. Un módulo esta constituido por aproximadamente 10 comunidades y su sede esta ubicada en el centro de salud mas cercano o intermedio, a las cabeceras de módulo, es aquí donde se encuentra la Supervisora de Auxiliares de salud cuyas funciones son las de supervisar, capacitar, adiestrar y apoyar a las auxiliares de salud en las actividades de la Estrategia de Extensión de Cobertura.

-Nivel Comunitario. Las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura representa la base de la estructura operativa, en ellas las Auxiliares de Salud, personal voluntario, se responsabiliza de la prestación de los servicios básicos de atención primaria de salud, con la participación activa de los integrantes de la comunidad. (6)

Las auxiliares de salud son personas seleccionadas por la propia comunidad, generalmente en asambleas convocadas por los líderes y autoridades, representan la base de los servicios de salud, de atención primaria que se proporciona a la población rural dispersa. Para facilitar el desarrollo de sus actividades, reciben un curso de capacitación en Planificación Familiar y atención Materno-infantil además de contar continuamente con el apoyo de las Supervisoras de Auxiliares de Salud, del Coordinador Médico Jurisdiccional, y actualmente en las entidades de Guerrero, Hidalgo y Michoacán, se cuenta con

(6). -Secretaría de Salud. CUADERNO TECNICO DE PLANIFICACION FAMILIAR No.12. p.13-16.

el apoyo de pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1.1.4. Servicios que otorga la estrategia de Extensión de Cobertura.

Los servicios básicos de atención primaria a la salud que se proporcionan en la Estrategia de Extensión de Cobertura a través de la auxiliar de salud, se clasifican en 4 grandes áreas;

- Planificación Familiar.
- Atención en el embarazo, parto y puerperio.
- Atención al menor de 5 años.
- Actividades varias. (7)

La prestación de servicios comprende la atención de la población, promoción, detección oportuna de cualquier tipo de riesgo para la salud, así como la referencia y contrarreferencia oportuna al nivel de atención que requiera el caso.

Estos servicios comprenden los programas de:

- Planificación Familiar.
- Atención Materno-infantil.
- Enfermedades prevenibles por vacunación.
- Prevención y control de enfermedades diarreicas y terapia de hidratación oral.
- Prevención y control de infecciones respiratorias agudas.
- Nutrición y salud.

(7).-Secretaría de Salud. Op. cit. p.10

Para apoyar los servicios que brindan a la población se proporciona material y equipo básico a la Auxiliares de salud el cual consiste en; maletín con baumanómetro, estetoscopio biauricular, de Pinard, báscula de resorte, de piso, budinera, tijeras, pinzas de Kelly y curva, jeringas y agujas, termómetros, cepillo para manos, cinta umbilical, jabonera, perilla de hule, cinta métrica, sábanas plásticas, calzón pesa bebe, delantal, lámpara de mano; además de que se proporciona las jeringas estériles, gasas, algodón, medicamentos, folletos, alcohol, merthiolate, jabón, según se requiera en cada comunidad. Todo esto es llevado por la supervisora de Auxiliares de salud hasta el lugar donde se encuentra la Auxiliar de salud en cada comunidad.

Estos programas básicos son los que incluye el programa General de salud rural, los cuales coinciden con las 3 estrategias mundiales para enfrentar la crisis económica y que son;

- Atención primaria.
- Sobrevivencia infantil.
- Recuperación económica de los servicios.

Estas han probado su eficiencia siendo la segunda la que descansa en el monitoreo, vigilancia del crecimiento y desarrollo, la terapia de hidratación oral, lactancia materna y las prácticas para mejorar el destete y ablactación e inmunizaciones.

Es decir combinando la sobrevivencia infantil con lo básico de la atención materno-infantil con la inclusión de la Planificación Familiar. (8)

(8). -Secretaría de Salud. Op. cit. p.354-360.

1.2.-LA ESTRATEGIA DE EXTENSION DE COBERTURA EN EL ESTADO DE MICHOACAN.

La estrategia de Extensión de Cobertura de servicios de salud a la población rural, es una de las opciones que tiene la Secretaría de Salud para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

Michoacán por su distribución geográfica cuenta con muchas comunidades de escasa población y de difícil acceso, por lo que carece de los servicios mínimos de salud. Es por ello que en 1970, para dar solución a las necesidades de salud, en el estado se incluye dentro de su Estrategia de Extensión de Cobertura, proporcionando de esta manera servicios de salud y planificación familiar a esta población, para lo cual se cuenta en cada una de las comunidades, con un personal muy importante que es la Auxiliar de Salud.

Para facilitar la prestación de servicios a la comunidad, estas se han organizado por módulos los cuales son visitados periódicamente por la supervisora de auxiliares de salud, las cuales dependen directamente de la Jurisdicción y esta a su vez del nivel estatal. (9)

Los módulos están integrados por 10 comunidades aproximadamente, este estudio abarca 5 módulos correspondientes al estado, por lo que a continuación se mencionaran algunas características generales, así como los principales indicadores de salud.

(9).-Secretaría de Salud. LA SUPERVISORA DE AUXILIARES DE SALUD DENTRO DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR. p. 3

1.2.1.-Características generales de los módulos.

El módulo Gabriel Zamora se localiza al poniente del Estado, situado en la vertiente sur de la sierra de Uruapan y formando parte del eje volcánico, alcanzando los 1699 metros sobre el nivel del mar, forma parte de la Jurisdicción sanitaria No.5 de Uruapan Michoacán.

El módulo Ciudad Hidalgo y Zitácuaro se localizan al noreste del estado . la altitud es de 2140 metros sobre el nivel del mar, estos módulos corresponden al Area sanitaria de Zitácuaro Jurisdicción No.3.

Dentro de la Jurisdicción Sanitaria No. 4 Pátzcuaro se localizan los módulos Panindícuaro y Zacapu II, los cuales se localizan al norte del estado, su altitud sobre el nivel del mar es variable ya que cuenta con zonas desde 1000 m. y otras de 2500 m. sobre el nivel del mar.

Clima.-La temperatura media anual es templada de aproximadamente 12 y 18 grados centígrados, contando con un período de lluvias de junio a octubre.

Orografía.-El estado de Michoacán forma parte del sistema volcánico y se encuentra rodeado de montañas y cerros.

Suelo.-Principalmente Potzólico.

Rocas.-Predominan las andecitas, micáceas, ígneas, terciarias, también se encuentran grandes bancos de balastre colorado, así como capas de tepetate.

Hidrografía.-El agua esta distribuída en arroyos, ríos y

manantiales así como presas artificiales.

Flora.-Michoacán por su extensión territorial, cuenta con una gran variedad de vegetación entre ellas la selva, bosque mixto con pino encino y aile, bosque de coníferas con pino y oyamel, matorral y pastizal. Además gran parte de la superficie territorial es utilizada para la agricultura.

Fauna.-Por la abundancia de bosques y su vegetación variada es una de las más ricas en cuanto a especies de animales, como es la de mamíferos, aves, reptiles, batracios y peces, además cuenta con aves migratorias e insectos como es la mariposa monarca.

Agricultura.-Se cultiva principalmente; maíz, frijol lenteja y árboles frutales como el mango y aguacate, la mitad es de riego y la otra parte de temporal.

Ganadería.-Las especies mas representativas son las de ganado vacuno, porcino, y equino. (10)

1.2.2.-Datos demográficos de los módulos.

Módulo	Jurisdicción	Total de habitantes	Mujeres en edad fértil
Gabriel Zamora	Uruapan	7,056	1,688
Ciudad Hidalgo	Zitácuaro	4,526	903
Panindícuaro	Pátzcuaro	3,038	611
Zacapu II	Pátzcuaro	3,720	687
Zitácuaro I	Zitácuaro	7,310	1105 (11)

(10).-Gobierno de Michoacán. INFORMACION ESTATAL p.179.

(11).-Supervisoras de Auxiliares de Salud, Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. CENSO DE LOS MODULOS 1992.

1.2.3. - Principales indicadores de salud.

En estas zonas las características de la vivienda son similares en toda la región que comprenden los módulos, las condiciones de vida están dadas tal y como los adelantos y facilidades de cada familia les favorezcan, techos de teja, paredes de adobe, pisos de tierra, regular ventilación y como nunca falta en las comunidades rurales la convivencia con animales domésticos el hacinamiento y promiscuidad así como la fauna nociva como es: moscas, mosquitos y roedores.

En lo referente a los servicios de salud, las personas de las comunidades acuden con la auxiliar de salud para la atención de padecimientos sencillos pero si ella no los puede tratar por estar ya complicados los remite en forma oportuna, al centro de salud más cercano, a clínicas del IMSS-SOLIDARIDAD, o con el médico particular, esto dependiendo de las posibilidades de las personas.

Las comunidades rurales que integran los módulos carecen de muchos servicios públicos básicos, lo que provoca un desequilibrio en todos los aspectos principalmente en lo relacionado a la salud, lo cual se incrementa de acuerdo a la localización geográfica y a los cambios de clima de cada área.

En temporada de primavera surgen problemas principalmente gastrointestinales, las cuales se dan con el mínimo de atención, pero con la colaboración de las personas, en invierno sobrevienen las gripas, amigdalitis, y padecimientos que afectan las vías respiratorias, además de enfermedades de la piel como la escabiasis y pediculosis.

Las causas de mortalidad en estas regiones es principalmente

por arma de fuego, en pleitos callejeros; seguida por bronconeumonía, deshidratación y desnutrición, además las picaduras por serpientes tienen un porcentaje importante.

Los problemas sociales que más se observan es el alcoholismo y la drogadicción, esto es por la falta de centros recreativos y por encontrarse lejos de las localidades que cuentan con ellos.

Costumbres alimenticias.- Se puede decir que la alimentación también es un factor importante que influye en la salud de la población, en este caso de las comunidades que integran los módulos ya que la gran mayoría de los habitantes no sabe utilizar la gran variedad de productos que se cultivan en estas regiones; su dieta principal es a base de maíz, frijol, lenteja y algunos animales de granja como la gallina, esto tiene gran importancia en la nutrición del individuo aunado a la deficiente higiene al prepararlos permitiendo con ello la alteración fisiológica en el organismo.

En ocasiones la religión forma parte importante dentro de las costumbres, ya que existen sectas que no permiten el sacrificio de algunos animales para su consumo, por lo que en lugar de ser benéfico es un problema para la salud.

Costumbres religiosas.- La mayoría de las personas que corresponden a estos módulos refieren pertenecer a la religión católica, aunque solo asisten a misa los domingos si hay cerca una iglesia y si no sólo cuando hay festividades en los pueblos cercanos, en las bodas, XV años, bautizos, etc.

Con respecto al matrimonio en algunas localidades se realiza previa petición de mano de la mujer, y aceptación de los padres, aún siendo esta menor de edad, los padres siempre

procuran que su pareja sea mayor que ella, con el fin de que se hagan cargo y responsables. En otras comunidades, que es la mayoría, acostumbran fugarse con el novio y posteriormente legalizar su matrimonio tanto con autoridades civiles como de acuerdo a la religión que profesen.

Es importante mencionar que desde muy temprana edad (8-12 años) las mujeres aprenden a los quehaceres hogareños, lo que da por resultado que los 14 - 16 años ellas piensen que ya están preparadas para el matrimonio, refiriendo que después de los 20 años ya se consideran "quedadas."

1.3. - CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LA MUJER

El desarrollo representa un conjunto de cambios que se inician con la fecundación del ovulo y termina con la formación de un organismo.

Los cambios del crecimiento y desarrollo van a continuar hasta la edad adulta, dichos cambios son: Anatomofisiológicos y bioquímicos, como es: Desarrollo embrionario, aparato reproductor femenino y masculino, crecimiento y desarrollo durante la infancia, pubertad, adolescencia y etapa adulta.

1.3.1.- Desarrollo embrionario.

Espermatogénesis: La espermatogénesis es un fenómeno que tiene lugar, en los humanos, los túbulos seminíferos están recubiertos de células inmaduras denominadas espermatogonias, células que poseen la serie diploide de cromosomas y que son las precursoras de todos los espermatozoides que formara el organismo masculino. (12)

La producción de los espermatozoides es continúa desde la pubertad hasta la muerte; para alcanzar su madurez, los espermatozoides requieren de 80 a 70 días, durante los cuales experimentan las etapas que se mencionan ensoguada, tienden a obtener una reducción cromatínica y redistribución del material hereditario realizado por la meiosis, por medio de la cual da un número diploide de cromosomas que pasan a ser células con número haploide (fig. 1) y adquieren forma y función especiales que las hacen aptas para la fecundación.

(12) J. Tortora Gerard, PRINCIPIOS DE ANATOMIA Y FISIOLOGIA p. 943

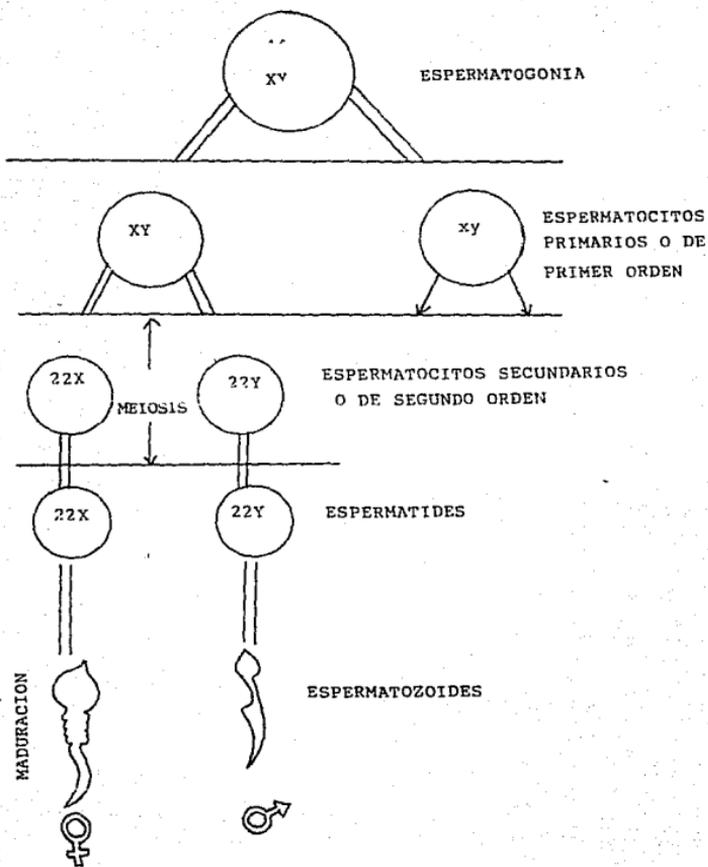


Fig. 1 Maduración espermática.
 Mondragón, Obstetricia Básica Ilustrada, p. 31

Los espermatozoides se encuentran suspendidos en una sustancia líquida denominada plasma seminal.

La célula sexual masculina inmadura es la espermatogonia; tiene 44 cromosomas (autosomas) y dos cromosomas sexuales X o Y, por lo que son células diploides. Estas células sufren una división en la cual reduce sus cromosomas a 22 autosomas y un cromosoma sexual, constituyendo los espermaticitos secundarios o de segundo orden, que son células haploides.

En divisiones sucesivas mantienen su mismo número de cromosomas y reciben el nombre de espermaticitos secundarios o de segundo orden; al continuar la maduración celular pasan por la fase de espermátides, que son células sin flagelo. Al madurar totalmente se vuelven células flageladas y adquieren capacidad fecundante; es entonces cuando se denominan espermatozoides. El espermatozoide normal mide 55 micras.

De cada espermatogonia se originan cuatro espermatozoides, de los cuales dos tienen 22 X y los otros 22 Y en su fórmula cromosómica. Los espermatozoides con cromosomas X, unidos al óvulo, dan lugar a un producto femenino; y los espermatozoides con cromosomas Y, a un varón. La espermatocitopoyesis está regida por acción de la hormona estimulante del folículo, producida por adenohipofisis.

En el momento que ocurre la meiosis puede producirse anomalías en la distribución cromosómica de los autosomas o de los cromosomas sexuales en los gametos, alteración que repercutirá en la descendencia en caso de que constituya células fecundantes. (13)

(13). - Mondragon Castro Hector, OBSTETRICIA BASICA ILUSTRADA, p. 29-33.

Ovogénesis: Se denomina ovogénesis a la formación de un óvulo haploide por meiosis en el ovario. fenómeno que, salvo raras excepciones, tienen lugar en forma similar a la espermatogénesis, e incluye la meiosis y la maduración. (14)

El óvulo al igual que el espermatozoide, experimenta un proceso de maduración para estar en condiciones de ser fecundado.

La maduración ovular se lleva a cabo en el ovario a partir de las ovogonias, que existen desde el nacimiento en número de 200 000 a 300 000 y que dan lugar a los ovocitos de primer orden, antes de que se rompa el folículo, con la cual se elimina una célula llamada primer corpúsculo polar.

Cuando se rompe el folículo queda en libertad el óvulo maduro, que tiene únicamente la mitad de su carga cromosómica y es acompañado en su expulsión por el segundo corpúsculo polar. El óvulo tiene que sufrir unos cambios para adquirir su capacidad fecundante. Este proceso se efectúa en el ovario; al romperse el folículo se libera un óvulo ya maduro. Solo maduran entre 200 y 400 óvulos (uno en cada ciclo menstrual, normalmente) en toda la vida reproductiva de la mujer, es decir, de la pubertad a la menopausia.

Las células germinales femenina inmadura recibe el nombre de ovogonia, y tiene 44 cromosomas (autosomas) y dos cromosomas sexuales XX, es una célula diploide. Al ocurrir la meiosis, los cromosomas se agrupan por parejas, quedando cada célula con 22 autosomas y un cromosomas X despues de la división. La célula de mayor tamaño es el ovocito de segundo orden, y la menor el primer glóbulo o corpúsculo polar; ambas células tienen la misma carga cromosómica.

(14) J. Tortora Gerard, Op.cit. p. 944

En una siguiente división, el ovocito secundario da lugar a una célula mas grande, el óvulo maduro, y a una célula de menor tamaño el segundo corpúsculo polar, que también se desintegra (fig. 2)

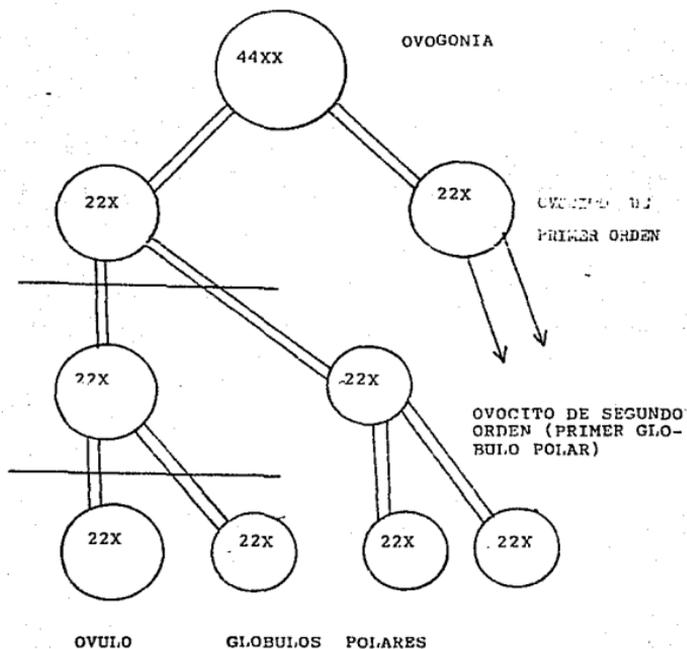


Fig. 2. Etapa de maduración del óvulo.
Mondragón, Obstetricia Basica Ilustrada, p. 34

-Desarrollo del embrión: Ocho días después de la fecundación se inicia el desarrollo del embrión, a partir del llamado módulo embrionario; se desarrolla una primera capa celular llamada ectodermo o ectoblasto y posteriormente una segunda capa, el endodermo ó endoplasto, separado del amnios por la cavidad amniótica. El endodermo es la capa mas interna que se encuentra en contacto con el saco vitelino primitivo.

Ulteriormente ocurre una condensación celular del nódulo embrionario, que se refuerza en uno de sus extremos (nudo de Hensen); y a este reforzamiento se le designa como línea primitiva.

De la línea primitiva se desarrolla una membrana celular que separa el ectodermo del endodermo y que recibe el nombre de mesodermo o mesoblasto.

Entre las capas del mesodermo, al disociarse este queda una cavidad virtual que recibe el nombre de celoma o cavidad celómica. El endodermo circunscribe una cavidad llena de líquido, saco vitelino, vesícula umbilical o lecitocoele que tiene la función de nutrir al huevo en la segunda semana de desarrollo. Al crecer el nódulo embrionario forma una saliente convexa y aparece un repliegue del ectodermo y esplecnopleura, que prolifera por encima del embrión y crece hasta envolverlo, lo cual delimita otra cavidad, la amniótica, que aumentan de tamaño y se llena de líquido por completo al embrión.

-Formación del embrión: A la tercera semana, a partir del mesodermo se forma un banda longitudinal bilateral de tejido compacto que va sufriendo una segmentación. A cada uno de esos segmentos se le llama somitas, los cuales dan origen a las diferentes partes del embrión. LA edad del embrión en esta fase

se relaciona con el número de somitas existentes.

Alrededor de la quinta semana los somitas cambian su naturaleza histológica, y el tejido epitelial de que consta se transforma en un tejido laxo y polimorfo llamado mesénquima, el cual da origen a diferentes tejidos que integran, en etapas sucesivas de desarrollo, los distintos órganos, aparatos y sistemas del feto.

Al término de la fase gástrula, el ectodermo, el mesodermo se encuentra en su sitio; de cada uno de ellos se origina células más o menos especializadas que se agrupan en órganos, aparatos y sistemas. En este momento termina la fase de embriogénesis y se inician dos procesos simultáneos pero independientes uno del otro, la morfogénesis, en la cual el embrión adquiere su forma y volumen normales y se convierte en feto, y la organogénesis, por medio de la cual el embrión desarrolla sus principales órganos en el sitio correspondiente. La etapa de embriogénesis consume en general los dos primeros meses de gestación. (15)

-Desarrollo del feto del tercero al noveno mes: Durante el tercer mes la cara adquiere aspecto más humano, los ojos quedan situados en la superficie ventral de la cara; las orejas están situadas cerca de su posición definitiva a los lados de la cabeza; las extremidades alcanzan su longitud adecuada en comparación con el resto del cuerpo, aunque las inferiores son aún algo más cortas y menos desarrolladas que las superiores; por último los genitales externos se desarrollan lo suficiente para estimarse el sexo del feto.

En el curso del cuarto y quinto mes el feto aumenta de longitud rápidamente, y hacia el final de la primera mitad de la vida (15). -Mondragon Castro Hector, Op-cit. pp 35-36

intrauterina (longitud coronilla rabadilla, 15cm); esto es: 50 por 100 de la longitud del neonato, aproximadamente. sin embargo el peso del feto aumenta poco durante este período, y para el final del quinto mes todavía no alcanza 500 gr. El feto está cubierto de vello delicado, llamado lanugo; también son visibles las cejas y el cabello. Durante el quinto mes los movimientos del feto suelen ser identificados por la madre.

Durante la segunda mitad de la vida intrauterina el peso fetal aumenta mucho, particularmente en los dos y medio últimos meses, cuando adquiere 50 por 100 del peso a término (alrededor de 3,200g). Durante el sexto mes el feto tiene en etapa inicial aspecto arrugado, por la falta de tejido conectivo subyacente; la piel es rojiza.

En los últimos meses se redondea el contorno corporal al depositarse grasa subcutánea. Para el final de la vida intrauterina la piel está cubierta de una sustancia grasosa de blanquecina, llamada vernix caseosa, constituida por los productos secreción de las glándulas sebáceas. (16)

1.3.2. -Aparato reproductor femenino.

El aparato reproductor femenino se divide en dos: Organos genitales externos y Organos genitales internos.

(16) Langman Jan EMBRIOLOGIA MEDICA PP. 75 - 80

ORGANOS GENITALES EXTERNOS

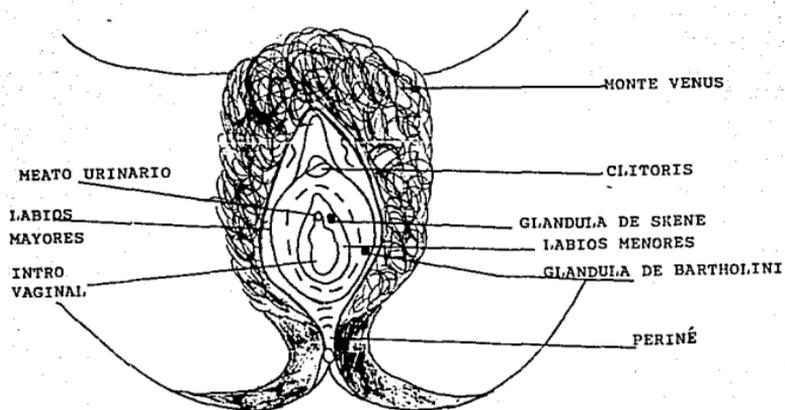


Fig.3 Organos genitales externos de la mujer (vulva)
Mondragón, Ginecología Básica Ilustrada p. 11

-Vulva: Este término se utiliza para designar a todo el conjunto de los órganos genitales externos de la mujer. La vulva se caracteriza por estar húmeda permanentemente, lo cual es causado por la acción de las secreciones vaginales y las excreciones de las glándulas cutáneas.

-Monte de venus: Prominencia que se localiza por delante de la sínfisis del pubis, constituida por tejido adiposo y cubierta de piel pigmentada que en la pubertad se cubre de vello, forma un triángulo en base superior.

-Labios mayores: Constituyen formaciones prominentes en la mujer adulta que parten del monte de venus en forma de repliegues redondeados, y se dirigen hacia abajo y atrás para reunirse en la parte media del periné; están constituidos por tejido conectivo, tejidos conectivo y parte del ligamento redondo; así mismo, están recubiertos por piel resistente pigmentada con glándulas sebáceas y vello.

-Labios menores: Son dos repliegues de piel, pequeños y delgados, sin vello, situados entre los labios mayores y el introito; al adosarse entre sí ocluyen el orificio vaginal, ya que se unen en sus partes anterior y posterior; la unión anterior origina el frenillo del clítoris. Esta formación se atrofia en la posmenopausia debido a la disminución hormonal.

-Clítoris.- Órgano homólogo del pene, de 1 a 2 cm. de longitud, situado en la parte superior del introito por encima del meato urinario, está constituido por tejido eréctil (cuerpo cavernoso) que se fija al periostio del pubis. Está provista de una rica red venosa sensitiva (nervio pudendo), es el principal productor de las sensaciones placenteras durante el acto sexual.

-Vestíbulo: Es el espacio comprendido entre los labios menores, contiene el orificio vaginal y las glándulas vestibulares. Se encuentra recubierto por un epitelio escamoso estratificado.

-Meato urinario: Orificio en forma de hendidura por el cual desemboca la uretra hacia el exterior. Esta recubierto por epitelio transicional.

-Glándulas de Skene: Son dos y se encuentra una de cada lado de la parte posterolateral del meato urinario; producen moco que lubrica al vestíbulo. Estas glándulas se infectan con relativa frecuencia.

-Glándulas de Bartholin: Son dos y se ubican en los labios menores y en la pared vaginal, y desembocan en el introito. Con la mucosidad que producen lubrican la vulva y la parte externa de la vagina.

-Himen: Membrana anular que cubre parcialmente la entrada de la vagina; está formada por dos capas de tejido fibroso, se rompe al contacto sexual.

-Horquilla vulvar: Así se llama al lugar donde se unen los labios mayores con los menores en la parte posterior de la vulva.

-Periné: Región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano, está básicamente constituido por los músculos transversos del periné y el bulbocavernoso.

ORGANOS GENITALES INTERNOS

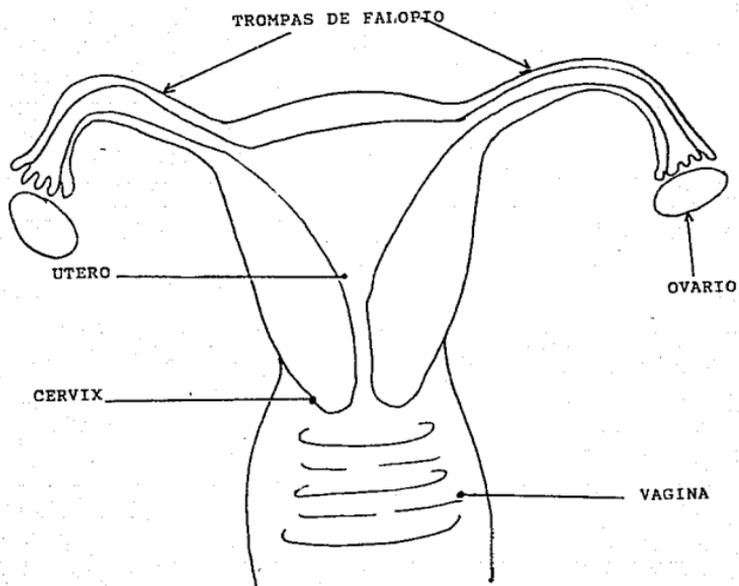


Fig. 2 Organos Internos de la mujer
Mondragón, Ginecología Básica Ilustrada p. 14

-Vagina: Conducto virtual musculomembranoso que se extiende de la vulva al útero; se relaciona con la vejiga por su cara anterior, y con el recto, por su cara posterior.

Su dirección es curva de afuera hacia dentro y de abajo hacia arriba. Mide entre 8 y 10 cm. de longitud; es muy distensible y tiene arrugas transversales. Se inserta en el útero formando los fondos de saco (anterior, posterior y laterales). Se encuentra formada por epitelio pavimentoso, capa muscular y tejido conectivo. Se sostiene en su sitio mediante los ligamentos cardinales o de Mackenrodt y el músculo elevador del ano. Es el órgano de la cópula y sirve de canal en el parto. Protege a órganos internos contra infecciones. Por poseer ph 4.5 y 5 constituye un medio inhadecuado para el desarrollo de gérmenes.

-Útero: Órgano muscular, hueco, situado en la parte profunda de la pelvis. Piriforme, está invertido y aplanado ligeramente en sentido anteroposterior. La cara anterior de este órgano se relaciona con la vejiga; la posterior, con el recto; las laterales con los ureteros, y la inferior con la vagina. Mide 7 a 8 cm. de longitud por 5 a 6 cm. de ancho en la parte fundica.

El útero está formado por tres capas que son: externa, media e interna.

Externa (serosa o peritoneo). Cubre todo el cuerpo excepto la parte anteroinferior. Esta capa origina una serie de refuerzos que dan lugar a los ligamentos uterosacros, caardinales o de Mackenrodt y ligamentos anchos.

Media (muscular o miometrio). Es la capa más gruesa y

resistente (mide entre 12 y 18 mm de espesor); está formada por fibras musculares lisas, largas (miden entre 40 y 90 mm de longitud) dispuestas en capas entrelazadas mezcladas con tejido elástico constituido por fibras circulares, longitudinales y arciformes.

Interna (endometrio) Esta capa, que reviste la cavidad uterina, presenta cambios cíclicos por efecto hormonal y, al desprenderse, da lugar a la menstruación. El endometrio está formado por un epitelio columnar que contiene gran cantidad de glándulas y vasos sanguíneos unidos por tejido conectivo.

-Istmo: Es la zona que se adelgaza y forma una depresión entre el cuerpo uterino y la cérvix.

-Cérvix: Tiene forma cilíndrica, mide 3 cm. de longitud, posee un orificio interno, otro externo y un canal cervical la inserción vaginal lo divide en dos porciones intravaginal y supravaginal. La porción externa esta revestida por epitelio pavimentoso estratificado, que con frecuencia es asiento de tumores.

-Trompas de Falopio u oviductos: Son dos conductos de 10 a 12 cm de longitud por 1 o 2 de diámetro en su porción mas externa. Constituye una prolongación de los cuernos uterinos; se dirigen lateralmente hacia afuera y adelante. Tienen movimientos peristálticos.

Capas anatómicas de las trompas de falopio.

Capa externa, serosa o peritoneal: permite el deslizamiento con los órganos vecinos.

Capa media muscular: Está provista de fibras circulares y longitudinales, las cuales hacen posibles la motilidad peristáltica.

Capa interna, mucosa o endosalpinx: Está constituida por epitelio de revestimiento de células ciliadas, secretorias e intercalares, que favorecen la supervivencia y capacitación espermática, así como la migración del óvulo fecundado.

-Ovarios: Los ovarios son dos órganos ovoides aplanados, sólidos, blanquecinos, cada uno de los cuales mide 4 cm de largo, 3 cm. de ancho y 2.5 cm de altura; estan localizados en la porción lateral de la pelvis (fosa ovárica); se encuentra en íntima relación con la parte distal de la trompa de falopio, mediante la fimbria; su peso es de 5 a 7.5 gr. se sostiene en su sitio gracias a un engrosamiento de ligamento ancho (mesovario) y el ligamento uterovárico. Los ovarios tienen una parte central que corresponde a la tercera parte (médula) y otra externa (corteza); la primera esta constituida por tejido conectivo laxo y gran cantidad de vasos sanguíneos, vasos linfáticos y nervios.

1.3.3. APARATO GENITAL MASCULINO

-Pene: Organo masculino de la copulación; deposita el semen en la vagina; está situado encima del escroto, delante de la sínfisis púbica; tiene forma cilíndrica; mide de 9 a 10 cm de longitud y de 18 a 20 cm de diámetro en estado flácido y de 15 a 20 cm de largo por 3 a 4 cm de diámetro en estado de erección, en promedio.

APARATO GENITAL MASCULINO

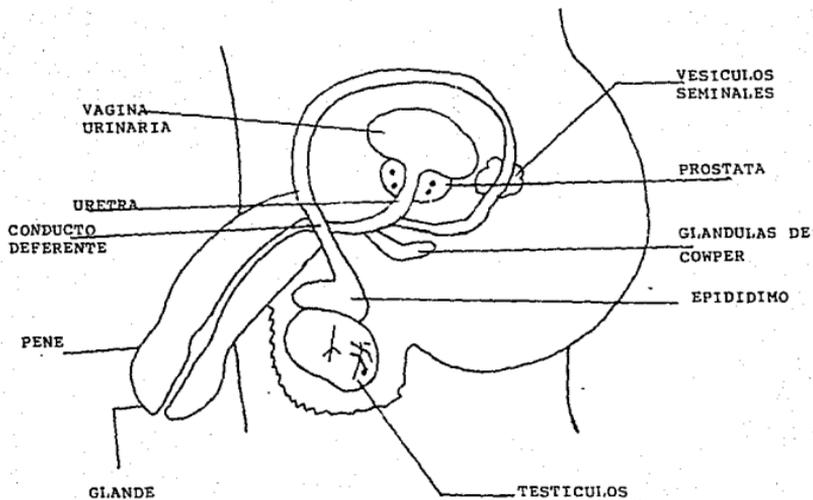


Fig. 3 Aparato Genital Masculino
Mondragón, Ginecología Básica Ilustrada p. 25

El extremo posterior o raíz del pene está fijo a la sínfisis del pubis por el ligamento suspensor. En el extremo libre se halla el glande, el cual se encuentra cubierto por un capuchón de piel llamado prepucio. El glande es la zona más sensible del pene. El cuerpo de este órgano es cilíndrico con tendencia circular y está constituido por tejido erectil y una envoltura de tejido elástico. El tejido erectil está compuesto de los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. El cuerpo esponjoso, también cilíndrico, tiene un diámetro menor; se ubica en la parte posterior entre los dos cuerpos cavernosos. El tejido erectil del pene se llena de sangre con rapidéz haciendo que éste órgano aumente de tamaño y consistencia; al desalojar la sangre queda flácido y disminuye de tamaño.

-Escroto: Es una bolsa que está constituida por piel muy delgada, de color oscuro, elástico y distensible, con numerosos pliegues transversales. Su función es mantener la temperatura de los testículos.

-Testículos: Son dos órganos glandulares cuya función primordial consiste en producir espermatozoides. en su etapa primitiva son órganos abdominales, y un poco antes del nacimiento descienden para ocupar el escroto. Su forma es ovoide, mide 4 x 2.5 x 1.5 cm. Se sostiene en su sitio gracias al músculo cremaster, el cual está compuesto de tejido muscular con propiedades particulares, ya que se contrae con el frío (acercando los testículos al abdomen).

Cada testículo cuenta con cientos de lóbulos y cada lóbulo tiene varios túbulos seminíferos se encuentran formadas por epitelio germinal, el cual produce los espermatozoides y las hormas masculinas (andrógenos).

A partir de la pubertad el tejido germinal empieza a funcionar y continúa haciéndolo durante toda la vida del individuo (espermatogénesis). Los túbulos seminíferos, aproximadamente 1000, confluyen en la parte superior del testículo y desembocan en el epidídimo. Los espermatozoides se originan en el testículo y maduran en el trayecto de las vías seminales.

-Epidídimo: Este es un conducto de 5 cm de longitud que se adosa a la cara posterior de cada testículo de arriba abajo y es el lugar en el que se efectúa la selección natural de los espermatozoides, al iniciar la maduración de éstos.

-Conducto deferente: Es la continuación del epidídimo; consiste en un conducto de 30 a 40 cm de longitud que sale del escroto; se dirige al conducto inguinal y lo atraviesa haciéndose en esta forma abdominal, terminando en la base de la vejiga urinaria.

-Vesículas seminales: Son ampliaciones del conducto deferente, de tejido membranoso, fácilmente distensible, con capacidad contráctil, cuya función consisten en coleccionar los espermatozoides para que terminen su proceso de maduración, además de constituir parte de la vía espermática.

-Próstata: Se localiza en la parte inferior de la vejiga, rodea la porción inicial de la uretra mide 30 x 25 mm y pesa de 20 a 25 gr. En el interior tiene varios conductos excretores que se abren en la porción prostática de la uretra; a través de ellos vierte su secreción, que forma parte del líquido eyaculator y le da su carácter alcalino.

-Glándulas de Cowper: Son dos pequeñas estructuras glandulares situadas por debajo de la próstata, a los lados de la uretra.

de 5mm de longitud, que desembocan en la uretra mediante los tubulos excretores, con los cuales eliminan una secreción mucosa, espesa, grisácea, de ph alcalino que tiene como función lubricar el medio y neutralizar la acidez vaginal.

-Uretra: Constituye un conducto más largo en el hombre que en la mujer; mide de 14 a 20 cm de longitud por 10 a 20 mm. de diámetro; se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el extremo distal del pene; cumple una doble función: elimina la orina y evacua el espermatozoide. (17)

1.3.4. Crecimiento y desarrollo durante la infancia.

Crecimiento: Son los cambios en el tamaño o en las cifras atribuidas a ciertos parámetros de madurez.

Desarrollo: Puede abarcar otros aspectos de diferenciación de forma o función, incluyendo cambios emocionales o sociales.

Durante el tercer, cuarto y quinto año de vida las ganancias en peso y estatura son relativamente constantes, siendo aproximadamente de 2 kg. y de unos 5 a 8 cm por año. Durante el resto del período escolar, la cara tiende a crecer proporcionalmente más que la cavidad craneana, y la mandíbula a ensancharse, como preparación a la erupción de los dientes definitivos.

Entre los perfeccionamientos de las aptitudes motoras están la alternación de los pies al subir escaleras a los 3 años y la alternancia al bajar a los 4 años. La mayoría de los niños de 3 años permanecen un momento en posición erecta sobre un solo pie; a los 5 años generalmente serán capaces de brincar sobre

(17) Mondragón Castro Héctor GINECOLOGÍA BÁSICA ILUSTRADA p. 11

un solo pie y saltar poco despues.

A los 3 años la mayoría de los niños saben decir cuantos años tienen y son capaces de imitar toscamente el dibujo de una cruz, a los 4 años la misma figura puede ser copiada sin previa demostración posiblemente como una figura de 4 elementos.

A los 5 años es capaz de hacer correctamente copias proporcionadas de las figuras y por primera vez ya sabe trazar figuras con líneas oblicuas, tales como triángulos.

La primera fase de la edad escolar es un período de crecimiento relativamente constante y termina en el estirón de la preadolescencia.

El desarrollo de los huesos faciales continúan activamente durante los años escolares, particularmente con ensanchamiento de los senos, por lo general el seno frontal ya ha hecho su aparición a los 7 años.

Los primeros dientes permanentes son los molares, y brotan por lo general durante el séptimo año de vida. Al aparecer los molares, llamados a los 6 años, empieza la muda de los dientes de leche, que aproximadamente siguen en el mismo orden de su aparición.

A los 6 años empieza a desarrollar la capacidad de traducir conceptos abstractos en figuras y estructuras.

1.3.5. Crecimiento y desarrollo en la adolescencia y pubertad.

El término pubertad se refiere al período de transición y

desarrollo entre la infancia y el logro de los caracteres y el funcionamiento sexual del adulto. (18)

En general los hombres maduran dos años después que las mujeres. La edad promedio de inicio es de 14 años en los varones y en las mujeres a los 12 años.

El comienzo de la pubertad varían en los varones entre 10 y 19 años y en las mujeres entre los 9 y 17 años de edad y se caracteriza por cambios físicos, psicológicos y emocionales.

Tanto en mujeres como en varones la pubertad está precedida por una aceleración del crecimiento que se llama fase rápida del crecimiento del adolescente.

Ocurren cambios generales como puede observarse una correlación en la maduración física y sexual; el ensanchamiento de las caderas en la mujer y la distribución del tejido adiposo, y el ensanchamiento de los hombros en el varón acompañado de la maduración sexual.

La adolescencia se inicia en realidad en la pubertad y termina al llegar la etapa adulta joven.

El proceso de la maduración sexual está íntimamente relacionado con la edad ósea, pero puede precisarse en forma más práctica mediante las escalas de maduración sexual.

Los cambios físicos y sexuales van de lado a lado con cambios y adaptaciones cognitivos, emocionales y culturales. La experimentación sexual se inicia de diversas maneras. Predomina la masturbación acompañada de fantasías. Pueden

(18) W. E. Nelson, TRATADO DE PEDIATRÍA, pp. 25 - 26

ocurrir experiencias homosexuales en forma de juegos eróticos exploratorios, caricias o exámen del cuerpo; no es rara la masturbación mutua en los varones. Estas actividades son transitorias y no significa tendencia homosexual.

Los varones pueden considerar el coito como una manera para llegar a la edad adulta y convertirse en "hombres".

1.3.6. Etapa adulta.

La edad adulta es una época de asumir responsabilidades para la vida independiente, hábitos de trabajo y relaciones establecidas para el matrimonio y su estabilidad.

El adulto joven comprende desde los 20 hasta los 35 años de edad, en esta etapa hay cambios psicológicos, fisiológicos y sociales. El adulto maduro comprende de los 40 a los 65 años, en esta etapa el individuo trata de lograr objetivos de largo alcance sin perder de vista la gratificación de la vida diariad. (19)

En la vida de todo ser humano llega una época en la que el proceso de declinación no puede ser ignorado. La elasticidad de la piel disminuye, la finura de la piel también disminuye y posteriormente se pierde, requieren anteojos y se pierde el cabello, se pierde la forma del cuerpo, la menstruación se vuelve irregular y cesa finalmente. Al mismo tiempo que la actividad muscular disminuye la tendencia hacia un aumento de peso se presenta. (20)

(19) S.B. Olds, ENFERMERIA MATERNO INFANTIL, pp 102 - 104.

(20) Master, H. Williams, LA SEXUALIDAD HUMANA, pp. 277.

En esta etapa se presenta el Climaterio y la menopausia.

El término menopausia alude únicamente a la última menstruación que presenta la mujer en su vida y que marca el final de su vida reproductiva. La menopausia generalmente se acompaña de un período más o menos prolongado en que se aprecia la declinación de la función ovárica, a través de la aparición de síntomas diversos; este período se denomina climaterio.

El climaterio generalmente ocurre en la cuarta década de la vida, y se define como el período que antecede a la menopausia y continúa después de ella, en el se presenta una serie de trastornos más o menos intensos, sin sistematización alguna, y se pierde la función reproductiva. (21)

(21).-Mondragón Castro Héctor, Op. Cit. p. 45-46

1.4. - EVOLUCION NORMAL DEL EMBARAZO

Considerando que el embarazo es una etapa en la que se suceden cambios fisiológicos en el organismo de la mujer, las modificaciones que son más manifiestas, es en los órganos del aparato reproductor, los cuales se enfocaran en un inicio y posteriormente se abarcara por aparatos y sistemas que integran el organismo.

1.4.1. - Cambios en los órganos del sistema de la reproducción.

Los cambios suscitados en el embarazo son fenomenales, ya que al final del embarazo el útero mide 28x24x21 cm. convirtiéndose en un órgano que pesa cerca de 1000 gr. este crecimiento representa un aumento estimado de 500 a 1000 veces su capacidad de volumen. Durante los primeros meses del embarazo, la hipertrofia de la pared uterina es estimulada por los estrógenos y progesterona, después del tercer mes, el aumento del tamaño es en parte mecánico, debido al efecto de la presión ejercida por los productos de la concepción en expansión. Conforme se va transcurriendo el embarazo se distiende la musculatura, dando por resultado el adelgazamiento de la pared muscular hasta un espesor de aproximadamente 5 mm o menos al término, esto se pone de manifiesto ya que es posible palpar efectivamente las partes fetales.

A partir del primer trimestre del embarazo, el útero experimenta contracciones irregulares indoloras contracciones de Braxton Hicks que en el segundo trimestre pueden ser detectadas por exploración bimanual y, posteriormente, por la mano sobre el abdomen. Solamente el útero anteriormente relajado se endurece de forma transitoria y vuelve después a su

estado original. (22)

La mucosa del cuello uterino experimenta cambios notables, el tejido glandular se vuelve hiperactivo y prolifera tanto en numero como en secreciones, los cuales son inducidos por los estrógenos.

Las glándulas endocervicales secretan un moco denso y muy adherente que se acumula y espesa para formar el tapón mucoso que sella el conducto endocervical e impide el paso de bacterias u otras sustancias hacia el útero. Este tapón se expulsa cuando se inicia la dilatación cervical.

El aumento de la vascularización produce tanto ablandamiento como coloración púrpura del cuello uterino. Dicho aumento es resultado de hipertrofia e ingurgitación de los vasos por debajo del utero que crece.

Los ovarios dejan de producir óvulos durante el embarazo. Se desarrollan folículos pero no se llegan a madurar a causa de la ausencia de la estimulación hormonal apropiada.

El cuerpo lúteo persiste y produce hormonas hasta la semana 10 a 12 del embarazo. La secreción de progesterona por el cuerpo lúteo aumenta y disminuye en relación con su tamaño y conserva el lecho endometrial hasta que la placenta produce progesterona suficiente para conservar el embarazo. (23)

La vagina se afecta notablemente, con una vascularización acentuada, tomando una coloración violácea, las paredes de la vagina aumentan de grosor de la mucosa, hay relajación del tejido conectivo e hipertrofia. El pH de la secreción vaginal (22). - Pritchard Jacka. Williams OBSTETRICIA, p.175-178.
(23). - S. B. Olds y Cools. Op cit, p. 223.

que en su caso es blanco y espeso, varia desde 3.5 hasta 6.0 como resultado de la producción aumentada de ácido láctico a partir de glucogeno del epitelio vaginal por el *Lactobacillus Acidophilus*. El pH ácido desempeña una función importante en el control de las bacterias patógenas en la vagina. Sin embargo, favorecen el crecimiento de levaduras lo que da por resultado, moniliasis e infección vaginal comun durante el embarazo.

En cuanto a las mamas, durante el embarazo, la mujer nota a menudo una mayor sensibilidad y hormigueo en las primeras semanas, al cabo del segundo mes, las mamas crecen y se vuelven nodulares a consecuencia de una hipertrofia de los alveolos mamarios. Los pezones aumentan de tamaño, se pigmentan intensamente y son mas erectiles. Despues de unos meses, al oprimir los pezones, se sustrae un líquido amarillento y espeso que recibe el nombre de calostro. En este periodo, la areola aumenta de amplitud y se hace mas intensa su pigmentación. Si el aumento de tamaño de las mamas es considerable, pueden desarrollarse escoraciones similares a las observadas en el abdomen. En la zona de la areola hay papilas pequeñas llamadas glándulas de Montgomery, son glándulas sebaceas hipertrofiadas.

1.4.2.- Respiratorios.

Durante el embarazo se producen cambios anatomofisiológicos que afectan la funcion respiratoria. Al principio del embarazo ocurre dilatación capilar en todo el aparato respiratorio, con lo cual aparece ingurgitación de nasofaringe, laringe, tráquea

y bronquios, causa por la que en ocasiones hace que la voz cambie y así sea más difícil la respiración a través de la nariz.

Sin embargo, los cambios más importantes son los pulmonares en los que existe una elevación gradual del diafragma que se acompaña de ensanchamiento compensador de las costillas, así no hay déficit significativo del volumen intratorácico. "El diafragma se eleva unos 4 cm., el ángulo subcostal aumenta considerablemente ya que el diámetro transversal de la caja torácica se incrementa unos 2 cm y su circunferencia cerca de 6 cm, pero no lo suficiente como para impedir una reducción del volumen residual de aire en los pulmones por la elevación diafragmática". (24)

Las alteraciones que ocurren en los volúmenes y las capacidades pulmonares durante el embarazo son las que a continuación se describen; "Hay un incremento del volumen del espacio muerto producido por la relajación de la musculatura de las vías respiratorias de conducción, el volumen de ventilación pulmonar se incrementa de manera gradual unos 35 a 40 por ciento, conforme transcurre el embarazo. La capacidad total pulmonar se reduce de 4 a 5 por ciento, por la elevación del diafragma. Disminuyen capacidad funcional residual, volumen residual y volumen espiratorio de reserva en casi 20%. El volumen de ventilación pulmonar mayor y el volumen residual de menor tamaño aumentan la ventilación alveolar casi 85% durante la gestación. La capacidad inspiratoria aumenta de 5 a 10% llegando a su máximo entre las semanas 22 y 24 del embarazo (Ver figura No. 4) Los cambios consistentes en un incremento ligero de la frecuencia respiratoria, aumento de 50% de la ventilación por minuto, elevación de 40% de volumen de

(24) Fritchardh Jackca y Cools Op cit p. 100

ventilación pulmonar e incremento progresivo del consumo de O₂ hasta de 15 a 20% por arriba de los valores previos al embarazo cuando se acerca el término. Al incrementarse el volúmen de ventilación pulmonar de manera simultánea con la frecuencia respiratoria normal, se eleva el volúmen respiratorio por minuto sobreviene hiperventilación del embarazo, lo que hace que disminuya el CO₂ alveolar... (25)

Esta hiperventilación materna probablemente sea producida por la acción de la progesterona sobre el centro respiratorio, y es considerada como una medida de protección que impide que el feto quede expuesto a concentraciones elevadas de CO₂.

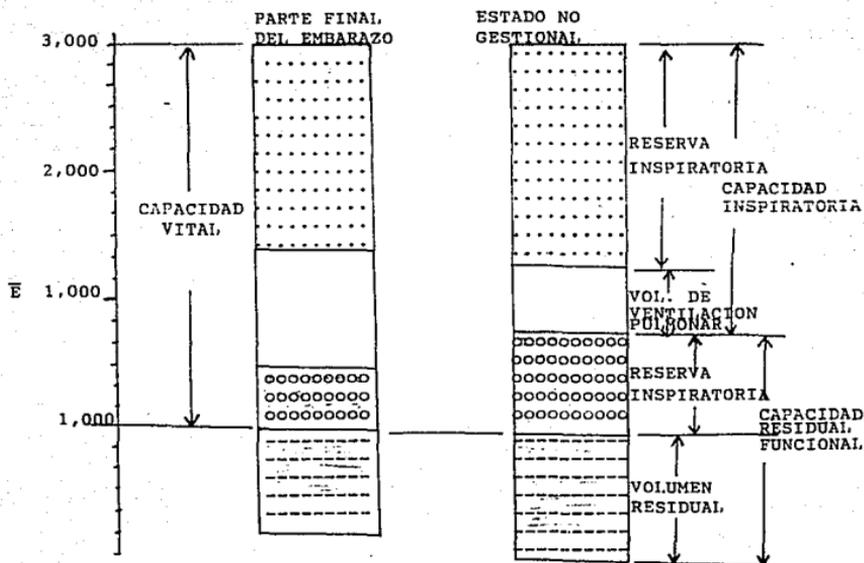


FIG.No.4.-Componentes del volumen pulmonar durante la parte final del embarazo en comparación con los observados en la mujer no embarazada (Benson. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos p.133)

Por esto es frecuente que durante el embarazo haya una intensa sensación de deseo de respirar, que puede ser interpretado como disnea que, a su vez, sugiere una patología pulmonar o cardiaca, aunque en la inmensa mayoría de casos no existe ningún proceso. El aumento de volumen respiratorio suele reducir la PCO₂ sanguínea determinando una alcalosis respiratoria leve que es compensada por un descenso de la concentración de Bicarbonato. Aunque el embarazo no dificulta la función respiratoria es probable que las enfermedades de las vías respiratorias revistan mayor gravedad durante la gestación. Sin lugar a dudas, constituye un factor importante el aumento de la demanda de O₂ impuesta por el embarazo y quizá un aumento del volumen de cierre, especialmente en posición supina. (26)

1.4.5.- Cardiovasculares.

Los cambios que se suceden en el corazón son fundamentalmente por la elevación del diafragma; el corazón aparece grande debido a que es empujado hacia arriba y a la izquierda y el latido apical desplazado lateralmente.

Los soplos sistólicos son frecuentes en el embarazo, "hasta 90% de las mujeres embarazadas pueden tener el soplo sistólico o de expulsión tardío atribuible al aumento de volumen sistólico.

Este soplo desaparece después del parto, también puede haber un soplo diastólico suave que es transitorio y coincide a veces con el tercer ruido cardiaco. En ocasiones se escuchan soplos o fricciones sostenidas a nivel del borde esternal izquierdo que se originan en la arteria mamaria izquierda". (27)

(26) Pritchard Jacka y Cools. Op cit p. 189

(27) Benson Ralph., y Cools. Op. cit p. 131.

El gasto cardiaco aumenta paulatinamente durante el embarazo, obteniendo un 40% mas del valor de una no gestante, éste 40% se alcanza en las semanas 20 a 24 de la gestación manteniendo este nivel hacia el término de éste. Este gasto cardiaco es muy sensible a los cambios de posición corporal. "Es característico que en las últimas fases del embarazo, el gasto cardiaco sea considerablemente superior en decubito lateral que en decubito supino, ya que en esta última posición el útero agrandado y su contenido impiden a menudo el retorno venoso hacia el corazon". (28)

"La presión venosa se incrementa lentamente al ejercer el útero cada vez más presión sobre el flujo sanguineo de retorno. Aumenta la tendencia hacia el estancamiento de sangre en las extremidades inferiores, con lo que ocurre edema de las partes más bajas y tendencias a la formación de venas varicosas en piernas, vulva y recto durante la parte final del embarazo". (29)

"El gasto cardiaco es el producto de volumen sistólico y la frecuencia cardiaca al principio del embarazo, el volumen sistólico es el productor de casi todo el aumento del gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca se incrementa al prolongarse la gestación y hacia el término es de 15 latidos/minuto mayor que la frecuencia previa al embarazo, la frecuencia cardiaca es variable y pueden afectarla el ejercicio, la tensión emocional y el calor.

El volumen sistólico se incrementa entre 25 y 30% durante el embarazo, y llega a su valor máximo entre las semanas 12 y 24 de la gestación". (30)

(28) Pritchardn Jacka y Cools. Op cit p. 189

(29).-S. B. Olds y Cools. Op cit, p. 225

(30).- Benson Raip C. y Cools. Op cit, p. 132

La presión arterial sistémica disminuye ligeramente durante el embarazo, este pequeño descenso ocurre normalmente sobre 2-3 mmHg en la sistólica y 5-10 mmHg en la diastólica. Estos valores se elevan a niveles de preembarazo cuando se aproxima el término.

"Las mujeres con hipertensión esencial pueden mostrar un descenso significativo en ambas presiones; sistólica y diastólica, durante los 2 primeros trimestres y retornan al estado hipertensivo durante el tercer trimestre. Este hallazgo puede hacer difícil el diagnóstico diferencial entre preeclampsia e hipertensión esencial".

La presión venosa en la parte superior del cuerpo se conserva básicamente sin cambios durante el embarazo; pero se eleva de manera importante en las extremidades inferiores conforme progresa éste, en particular cuando la paciente se encuentra en posiciones supina, sentada o erguida, pero debido al mismo efecto de presión que ejerce el útero sobre la vena cava inferior y la presión de la parte de presentación fetal sobre las venas ilíacas primitivas, puede hacer un síndrome de compresión de la vena cava referida anteriormente, produciendo una caída de la presión sanguínea con síntomas acompañantes como: mareos, palidez y frialdad. "Este síndrome supino hipotensivo ocurre en cerca del 10% de las mujeres embarazadas o cerca de término; la presión sanguínea de la paciente cae bruscamente cuando yace en supino, porque la sangre es retenida en las extremidades inferiores, el retorno venoso está disminuido y el gasto cardíaco disminuye".

La presión venosa elevada se normaliza si la mujer se recuesta en la posición de decubito lateral.

Con respecto a la resistencia periférica, debido a que ésta es igual a la presión arterial entre el gasto cardiaco, y como la presión arterial disminuye o se conserva igual y el gasto cardiaco se incrementa de manera apreciable durante la gestación, hay buenas pruebas de que disminuye de manera notable la resistencia periférica.

Los cambios de aumento en el flujo sanguíneo se suceden de acuerdo a la etapa de gestación. "Hay incremento del flujo sanguíneo en el útero durante el embarazo, si en una mujer no embarazada el flujo sanguíneo es menor de 50ml/min., a las 10 semanas de gestación es sobre 50ml/min, aumentando gradualmente hasta 500ml/min., a término". (31)

Este incremento puede ser hasta 700 a 800 ml/min. Utero y placenta experimentan aumento de flujo sanguíneo porque su resistencia vascular es menor que la de la circulación general. El flujo sanguíneo renal se incrementa unos 400ml/min., a diferencia que el de las mamas que es de 200 ml/min., siendo estos valores por arriba previos al embarazo, así mismo, también se eleva el flujo sanguíneo en piel, sobre todo en pies y manos.

Hay un marcado aumento de volumen sanguíneo durante el embarazo. En la primera mitad del embarazo el aumento del volumen es mayor que el de la masa de glóbulos rojos; más tarde ocurre al revés, la masa de glóbulos rojos se incrementa más rápidamente. Claro que la magnitud de aumento varía según el tamaño de la mujer, el número de embarazos que ha tenido, el número de hijos que ha dado a luz y si tiene uno o más fetos en el útero.

La aldosterona, las concentraciones elevadas de estrógenos y

(31) Dantforth David N. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA p.

progesterona, quizá son los mecanismos que contribuyen al incremento del volumen sanguíneo. Este incremento se requiere para que satisfaga las necesidades metabólicas que requiere el feto y se eleva el riego en los riñones; así mismo, la pérdida materna de sangre durante el parto.

Al incrementarse los eritrocitos o glóbulos rojos, hay un aumento en la necesidad de hierro para la producción de hemoglobina, si no se añade hierro complementario a la dieta se producirá anemia por deficiencia de hierro; las necesidades maternas pueden llegar a 6 o 7 mg/día durante la última mitad del embarazo. Si no se dispone fácilmente de hierro, el feto por lo general emplea el de las reservas maternas. Por lo tanto, la producción de hemoglobina fetal suele ser adecuada aún cuando la madre este muy deficiente de hierro. Por lo tanto, rara vez es un problema de anemia del neonato; más bien la deficiencia materna de hierro producirá con mayor frecuencia, trabajo de parto antes de término, y aborto espontáneo tardío, lo cual incrementa la frecuencia de pérdida y morbilidad fetales.

Durante el embarazo, el recuento de leucocitos a una media, en preembarazada, de 4500 células/mm³ a una 7500 cel/mm³ y puede llegar hasta las 15000 cel/mm³. En pacientes normales en trabajo de parto se han observado cuentas de hasta 2500 a 3000/ml.

Se produce disminuciones pequeñas de las cuentas de plaquetas; pero al parecer hay gran variabilidad entre las mujeres. (32)

(32).-Benson Ralp. C. y Cools Op. Cit. p. 130-131.

1.4.4. - Digestivos.

Durante el transcurso del embarazo, el tracto digestivo sufre cambios ostensibles. Desde el punto de vista anatómico, al crecer el útero, los intestinos se desplazan hacia los lados y hacia atrás y el estómago hacia arriba. (33)

Estos órganos readoptan sus posiciones normales al principio del puerperio.

En la boca hay una hipersecreción salival, la cual es muy ácida, misma que incrementa la destrucción dental. Esta destrucción no es causada por falta de calcio en los dientes, ya que la realidad es que el calcio dental es estable y no se moviliza durante la gestación como ocurre con el calcio óseo. (34)

Durante años se ha atribuido la causa de descalcificación de la dentina a las caries dentales; el efecto es que durante el embarazo la dentina se hace normalmente blanda, pero hoy en día se sabe que la verdadera causa de la caries es el establecimiento de una carencia de flúor. (35)

Es frecuente el edema de las encías, con tendencia a sangrar al cepillar los dientes. Hay menor tendencia a la gingivitis y a la movilidad dentaria, la causa de que las encías se vuelvan hipertróficas podría ser aumento de la concentración general de los estrógenos.

La producción gástrica de ácido clorhídrico es variable, durante el primer trimestre se intensifica. Más a menudo se

(33).-S. D. Olds y Coels Op. cit. p. 226.

(34).-Benson Ralph. C. y Coels. Op. cit. p 128.

(35).-Botella Llusia. TRATADO DE GINECOLOGIA, p. 334.

reduce la acidez gástrica. Se incrementa de manera notable la producción de la hormona gástrica de ácido clorhídrico es variable, durante el primer trimestre se intensifica. Más a menudo se reduce la acidez gástrica. Se incrementa de manera notable la producción de la hormona gástrica que puede elaborar la placenta, lo que da por resultado aumento del volumen del estómago y disminución del pH del mismo. Quizá este incrementada la producción gástrica de moco. Hay disminución de la peristálsis esofágica, lo que se acompaña de reflujo gástrico como consecuencia del tiempo mas lento de vaciamiento y dilatación o relajación del esfínter del cardias. El reflujo gástrico es mas frecuente durante la parte final del embarazo a causa de la elevación del estómago por el útero incrementando de tamaño. Esta situación puede dar la impresión de que existe Hernia hiatal. Una de las alteraciones que más frecuentemente se producen con estos efectos es la pirosis. (36)

En el embarazo debido a las concentraciones elevadas de progesterona, tanto la motilidad como el tono del músculo liso gastrointestinal están reducidos, esta disminución hace que se prolonguen los tiempos de vaciamiento gástrico y de tránsito intestinal. Así mismo, estos efectos pueden deberse a: "la disminución de las concentraciones de motilina, un péptido hormonal del que se sabe tiene efectos estimulantes del músculo liso". (37)

Como el tiempo de vaciamiento de los alimentos a través del tubo digestivo es tan lento, hay un aumento en la resorción de electrolitos y agua en el intestino grueso, ocurriendo manifestaciones como estreñimiento y flatulencia.

En el embarazo hay frecuentemente un marcado aumento de

(36).-Benson Ralph. C. y Cools. Op. cit. p. 128.
(37).-Pritchard Jacka y Cools. Op. cit. p. 194

apetito; así mismo, se incrementan las necesidades nutricionales incluyendo las de vitaminas y minerales y se producen varias alteraciones maternas para satisfacer esta demanda. las mujeres embarazadas tienden a descansar con mayor frecuencia para conservar energías y de esta manera mejorar la nutrición fetal. (38)

"Una mujer embarazada saludable, generalmente lleva una vida mas reposada; conserva su energía siendo más lenta, física y mentalmente, y almacena reservas de grasa al no usar toda la energía que genera, esto representa otra fuente de energía para su feto". (39)

Las alteraciones más frecuentes que se suscitan en las mujeres embarazadas, por un lado como ya se mencionó, hay un marcado aumento del apetito, causa que en la que hay una reacción emocional o resultado de una estimulación del centro del apetito en el Sistema Nervioso Central, y por otro lado anorexia sobre todo en primigestas, "Estas desviaciones del apetito ya sean antojos o caprichos, son frecuentes en cierta clase de gestantes por lo común en primigestas y mimadas". Puede considerarse como normal cierta tendencia nauseosa y al vómito en los primeros meses del embarazo, recibiendo el nombre de émesis gravídica, ya en las formas repetidas y abundantes recibe el nombre de hiperémesis gravídica. (40)

"Las causas de la náusea que suele ser leve aún no se conocen, pero pueden estar relacionadas con el considerable aumento de las hormonas sexuales en circulación, el cual tiene lugar al principio del embarazo. Si la náusea y/o el vómito se

(38).-Benson Ralph. C. y Coils. Op. cit. p. 128

(39).-Macy Christopher. EMBARAZO Y NACIMIENTO, PROBLEMAS Y PLACERES p. 32.

(40).-Botella Llusia, Op. cit. p. 334

presentan, ello sucede alrededor de la sexta semana del embarazo, casi siempre han desaparecido en la doceava y con frecuencia en la octava semana". (41)

El tiempo de vaciamiento de la vesicula biliar, es prolongado durante el embarazo, como resultado de la relajación del músculo liso proporcionado por altas concentraciones de progesterona. Como consecuencia podria ocurrir hipercolesterolemia, que predispondra a la mujer a la formacion de cálculos biliares. El hígado no altera su tamaño ni su forma durante el embarazo y es uno de los pocos órganos donde no aumenta el flujo sanguíneo. Pueden ocurrir síntomas como colestasis y prurito gravídico pero desaparecen después del parto, disminuyen las concentraciones plasmáticas de albúmina y la actividad serica de colisterasa en caso de embarazo normal. Así mismo se observan nevos en araña y eritema palmar que también ocurren en caso de hepatopatía. (42)

Las hemorroides son frecuentes, se deben en gran parte, a la elevada presión de las venas por debajo del nivel del útero gravido y a las constipación. (43)

1.4.5. - Urinarios.

Durante el embarazo la longitud de cada riñon se incrementa en 1 a 1.5 de proporción con un aumento concomitante de su peso (44). Ya muy precozmente en el embarazo hay un aumento de flujo sanguíneo através del parénquima renal que llega en las primeras semanas de gestación a 500 ml/min., y asciende hasta

(41). -Macy Christofer. Op. cit, p. 30

(42). -S. D. Olds y Cools. Op cit, p. 226

(43). - Pritchardh. Op cit, p. 194

(44). -Benson. Op. cit. p. 129

los 700 por l rmino medio (con 50%) en las últimas semanas de gestaci3n, debido a la compresi3n del útero sobre la vena cava, este flujo desciende fisiol3gicamente. La filtraci3n glomerular está aumentada, mientras que en la mujer embarazada es de 150cc x minuto, en una no embarazada es de 90cc x minuto, es decir, casi un 80% de aumento, estas cifras corresponden cuando la gestante se encuentra en decúbito lateral, estas mismas cifras decrecen cuando la gestante se sienta, o todavía más en decúbito supino. Como se observa, estos cambios están dados de acuerdo a la postura de la embarazada ya que la presi3n que ejerce el útero sobre la vena cava es variable.

En sí, el aumento o disminuci3n del flujo sanguíneo y filtraci3n glomerular están dadas de acuerdo a la postura de la mujer embarazada. Puesto que la filtraci3n glomerular aumenta más que el flujo sanguíneo, hay que aceptar que la capacidad de filtrar agua y solutos de plasma es mucho mayor en la embarazada. La reabsorci3n tubular también parece estar aumentada pero menos que la filtraci3n, por lo que el aclareamiento renal de muchas sustancias está aumentada durante el embarazo (urea y creatinina por ejemplo) por lo tanto, las concentraciones pl smaticas de urea y creatinina disminuirán. (45)

No es necesariamente anormal la glucosuria durante el embarazo; la glucosa se excreta por la orina en algún momento durante el embarazo en más de 50% de las mujeres. La glucosa se excreta en cantidades variables, aunque es común la glucosuria durante el embarazo debe vigilarse estrechamente porque puede ser un signo de diabetes sacarina. (46) Durante el embarazo, la glucosuria no es necesariamente patol3gica. El aumento apreciable en la filtraci3n glomerular y alteraci3n de la capacidad de resorci3n tubular para la glucosa filtrada explica

(45). -Botella Llusia. Op. cit. p. 336

(46). -Benson Raip, C. y Cools. Op. cit. p.130

la mayoría de los casos de glucosuria, calculándose que por esta razón una sexta parte de las embarazadas tienen que excretar glucosa por la orina. Aun cuando la glucosuria sea corriente durante el embarazo, no por esto hay que excluir la posibilidad de una diabetes sacarina. (47)

La proteinuria cambia poco durante el embarazo; se pierden normalmente 200 a 300 mg en 24 hrs. de proteínas. Si se pierden mas de 500 mg en 24 hrs. debiera sospecharse un proceso patológico. Así mismo, la mujer embarazada normal manifiesta aumento en la pérdida de nutrientes en la orina, por ejemplo aminoácidos y vitaminas hidrosolubles.

La enzima renina, la cual se produce en el riñón, aumenta al principio del tercer trimestre y sus conservaciones siguen aumentandose hasta el término. Esta enzima actúa sobre su sustrato angiotensinogeno que se forma en el hígado, para formar primero Angiotensina I y luego Angiotensina II, la cual actúa como vasoconstrictor. Aumentan también las Angiotensinas I y II; pero no sobreviene la vasoconstricción que cabria esperar, no habiendo incremento de la presión arterial. Las mujeres embarazadas normales son resistentes al efecto presor de las concentraciones elevadas de Angiotensina II; pero no lo son las que sufren preeclampsia. La Angiotensina II es, además, un estímulo importante para la secreción corticosuprarrenal de aldosterona, la cual en conjunto con la hormona antidiurética, fomenta la retención de agua y sal durante el embarazo. (48)

Las vías urinarias estan, como se había mencionado, bastante alteradas durante la gestación, el uréter experimenta una paresia de sus elementos musculares, una elongación y relajación de los mismos, y una edematización de su mucosa. El

(47).-Pritchard, Jacka y Cools. Op. cit. p. 19

(48).-Benson Ralp, C. y Cools. Op. cit. p.130

órgano se dilata, se alarga y con facilidad forma codos, que facilita su infección. La causa de estos cambios parece ser en parte hormonal y en parte nerviosa. (49)

Conforme aumenta el útero de tamaño, se desplaza la vejiga urinaria hacia arriba y se aplanan en su diámetro anteroposterior. La presión producida por el útero aumenta la frecuencia de la micción. Se incrementa la vascularidad vesical y disminuye el tono muscular de la vejiga, lo que incrementa su capacidad hasta 1500 ml. (50) Siendo por esto que se recoge esta cantidad de orina al comienzo del tercer trimestre, a partir de entonces disminuye la excreción, debido a los cambios ya mencionados anteriormente.

1.4.B. - Piel

Durante el embarazo ocurren cambios en la pigmentación cutánea en diversas áreas del cuerpo a causa del estímulo de las concentraciones elevadas de hormona estimulante de melanocitos, lo que a su vez puede ser causada por el aumento de la concentración de estrógenos y progesterona. (51)

Los cambios en la piel son más evidentes en algunas pacientes que en otras, siendo algunos bastante molestos por cuestiones estéticas. Ocurre un aumento del depósito del pigmento en la cara, como una máscara distribuido alrededor de los ojos y sobre los huesos de los pómulos de las mejillas, conocido esto como cloasma, desapareciendo ésta generalmente terminado el embarazo. También hay aumento del pigmento en la areola mamaria y en línea alba del abdomen inferior que luego se hace

(49).-Botella Llusia. Op. cit. p. 33

(50).-Benson Ralph, C. y Cools. Op. cit. p.130

(51).-S. D. Olds. y Cools. Op cit, p. 226

línea negra, estos cambios no regresan por completo después de terminado el embarazo. (52)

Así mismo, en algunas mujeres se desarrollan estrias rojizas ligeramente deprimidas en la piel del abdomen y a veces en las mamas y de los muslos, estas estrias aparecen generalmente a mitad del embarazo. En las multíparas, además de las estrias del embarazo actual, existen a menudo líneas argéneas brillantes que representan cicatrices de estrias anteriores. (53)

Pueden desarrollarse también nevos vaculares en forma de araña, que son diminutas elevaciones coloradas de la piel, frecuentes en cara, cuello, zona superior del tórax, brazos y piernas. Estas elevaciones como se mencionó son de color rojo brillante, emiten rayos desde un cuerpo central, esta alteración ocurre a menudo de manera simultánea con eritema palmar y carece de importancia clínica. Este fenómeno suele desaparecer poco después de terminado el embarazo, época en que disminuyen las concentraciones de estrógenos en los tejidos. Cuello uterino, vagina y vulva, se vuelven más oscuros.

1.4.7. Endocrinos

Comenzaremos por mencionar y describir el papel fisiológico de las hormonas placentarias.

La Gonadotropina Corionica Humana (GCH) es producida tempranamente en el embarazo, es secretada por el trofoblasto al principio del embarazo, así mismo, estimula la producción de dos hormonas importantes por el cuerpo luteo para conservar la

(52). -Dantforth David, Op cit, p. 329.

(53). -Pritchard Jacka y Coals. Op cit, p. 181

gestación hasta que se ha desarrollado la placenta lo suficiente para hacerse cargo de esta función, estas hormonas son los estrógenos y la progesterona. (54)

La Somatotropina Coriónica Humana (SCH) llamado también lactógeno placentario es secretado por el sincitiotrofoblasto de la placenta, está presente en el suero y en la orina del embarazo normal y del molar. Esta hormona tiene un papel esencial en el estado anabólico de la mujer embarazada; según esto, puede asegurar un almacenamiento adecuado materno de nitrógeno y minerales, así como adecuada movilización de la grasa para responder a los requerimientos del crecimiento y desarrollo fetales. Así mismo, toma parte con ciertas formas diabetógenas de embarazo normal ya que como el lactógeno placentario es un antagonista fisiológico de la insulina, se considera un factor diabetógeno.

Se ha demostrado que la SCH sinergiza con la hidrocortizona y la insulina para causar crecimiento de los alveolos de la glándula mamaria que es histológicamente indistinguible del que produce la prolactina. Esto indica que la SCH es una potente hormona, no específica, importante en el desarrollo de la glándula mamaria durante el embarazo normal. (55)

La relaxina es una hormona perceptible en el suero de la mujer embarazada en la época en que no sobreviene período menstrual que se esperaba. Aunque no se conoce su origen con precisión, esta hormona inhibe la actividad uterina y ayuda a ablandar el cuello. Puede disminuir la potencia de contracciones miométriales.

Respecto a los estrógenos, son 3 los clásicos: Estrona, 17 B
(54).-S. D. Olds y Cools. Op cit, p. 227-230
(55).-Dantforth David. Op cit, p. 341

estradiol y Estriol, los secreta la placenta, el sincitiotrofoblasto es el sitio de producción, generandose primordialmente a la sexta semana de gestación. Estimula la hipertrofia e hiperplasia del útero para brindar un ambiente propicio al feto en desarrollo. El estril, estrógeno predominante durante el embarazo, puede desempeñar una función en el incremento del riego sanguíneo uteroplacentario durante el embarazo. Fomenta además el desarrollo del sistema de conductos de las mamas maternas como preparación para la lactancia. La progesterona es también un producto inicialmente del cuerpo luteo y a continuación de la placenta, es la hormona encargada de conservar el embarazo.

Durante la segunda mitad del ciclo menstrual, esta hormona estimula el endometrio para que cambie de proliferativa a secretor como preparación para la posible implantación del óvulo fecundado. Este ambiente es ideal para el sosten de este último. La progesterona es la encargada del desarrollo de los acinos y los lobulillos de las mamas como preparación para la lactancia. (56)

"Se dice que la progesterona tiene habilidad para inhibir la respuesta de los linfocitos T, células intermedias implicadas en el rechazo tisular. Se indica que una gran concentración local (intrauterina) de progesterona puede bloquear eficazmente la respuesta inmune celular para antígenos extraños". (57)

Las Prostaglandinas que desempeñan una función para desencadenar el trabajo de parto, son sustancias lípidas, que se originan en la mayor parte de los tejidos corporales pero se encuentran en grandes concentraciones en las vias reproductoras de la mujer y en la decidua durante el embarazo. (58)

56.-S. D. Olds y Cools. Op cit, p. 230

57.-Dantforth David. Op cit, p. 347

58.-S. D. Olds y Cools. Op cit, p. 230

Durante el embarazo existe un agrandamiento del tiroides que la mayoría de los casos es apreciable por palpación. Este agrandamiento se debe a la hiperplasia del tejido glandular y a la vascularización aumentada. Con esto, el metabolismo basal aumenta +25%. Sin embargo, gran parte de este consumo de O₂ es el resultado de la actividad metabólica de los productos de la concepción. (50)

La concentración de hormonas secretadas por la glándula paratiroides lo mismo que el tamaño de estas glándulas se incrementa de manera notable paralela a las necesidades de calcio. La hipófisis aumenta de tamaño durante el embarazo, se dice que este aumento es suficiente como para comprimir el quiasma óptico y reducir los campos visuales son mínimos o inexistentes. Esta alteración visual desaparece de manera espontánea despues del parto al disminuir el tamaño de la misma.

La glándula hipofisiaria materna no es esencial para el mantenimiento del embarazo, pero sí necesaria para que se de éste gracias a la estimulación hipotalámica de las hormonas de la hipófisis anterior, la foliculoestimulante que estimula el crecimiento de los óvulos, y la luteinizante que se encarga de producir los óvulos o la ovulación. La estimulación hipofisiaria prolonga la fase del cuerpo luteo del ovario lo que conserva al endometrio secretor para el desarrollo del embarazo.

Otras 2 hormonas hipofisiarias, la tirotropina y la adrenocorticotropina alteran el metabolismo materno para sostener el embarazo. Así mismo, la prolactina que también secreta la hipófisis anterior se encarga de la lactancia (50). -Pritchardh Jacka y Cools. Op cit, p. 106.

inicial. Por su lado, la hipófisis posterior, libera oxitocina y vasopresina, teniendo 3 efectos fisiológicos: oxitocico, vasopresor y antidiurético. Los efectos principales de la oxitocina son que estimula la secreción de la leche por las mamas y lleva a efecto la contractilidad uterina, la vasopresina produce vasoconstricción, tiene además efecto antidiurético y desempeña una función importante en la regulación del equilibrio del agua.

La corteza suprarrenal se hipertrofia como reacción al estado hiperestrógeno. Ocurre un aumento de las concentraciones circulantes de cortisol, hormona encargada de regular el metabolismo de carbohidratos y proteínas. Estas sustancias se concentran en la placenta pero no las sintetiza ésta.

Debido a que el embarazo tiene efecto diabético, por causa del lactógeno placentario aumentan las necesidades maternas de insulina. para esto, el páncreas incrementa los niveles en lo que los islotes de Langerhans experimentan una gran tensión para llevar a efecto la disminución de glucosa sanguínea. (80)

1.4.8. Del esqueleto.

En el sistema musculoesquelético no se presentan grandes cambios, solo algunos que a continuación se presentan.

Compensando la posición anterior del útero que se agranda, la lordosis desplaza el centro de gravedad hacia atrás sobre las extremidades inferiores.

Hay una mayor movilidad de las articulaciones sacroiliacas, (80). -S. D. Oids y Coole. Op cit, p. 230

sacroccigeas y púbicas durante el embarazo, quizá como resultado de los cambios hormonales. Su movilidad contribuye a la alteración de la postura materna, que a su vez esta puede causar malestar en la porción inferior del dorso, en especial a fines del embarazo. Durante el último trimestre del embarazo se observa en ocasiones dolor, embotamiento y debilidad en las extremidades superiores, como resultado de la acentuada lordosis con flexión anterior del cuello y hundimiento del cinturón escapular que, a su vez, produce tracción sobre los nervios cubital y mediano. (61)

No se produce cambios en la dentición de la embarazada, tampoco ocurre desmineralización ósea, las caries dentales que acompañan a veces el embarazo son causadas por disminución ligera del pH salival y por higiene y cuidados dentales insuficientes. (62)

1.4.9.- Cambios emocionales y psicológicos.

Cuando una mujer se embaraza sufre cambios psicológicos espectaculares. Es típico que la embarazada se va haciendo introvertida y pasiva. Está cada vez más preocupada por su cuerpo, sus necesidades físicas y emocionales y en su hijo aún no nacido. Algunas mujeres disfrutan sus sentimientos de pasividad, mientras que a otras les molestan y los combaten. (63)

La manera en que afronta una mujer las tensiones del embarazo, se ve influida por su constitución emocional, sus antecedentes

(61).-Pritchardh Jacka y Cools. Op cit, p. 227.

(62).-S. D. Olds y Cools. Op. cit. p.227.

(63).-Wolman Benjamin B. ASPECTOS PSICOLOGICOS EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, p. 110.

sociológicos y culturales y su aceptación o rechazo del embarazo. Para una mayor comprensión de estos cambios a continuación se citan con detalle las manifestaciones que pudiese otorgar la embarazada durante el embarazo.

-Ambivalencia.

La ambivalencia que es una sensación de que no se está aún lista para tener un hijo, está relacionada con la necesidad de modificar las relaciones personales o los planes de trabajo con miedo acompañado de excitación porque asumirá una nueva función, con conflictos emocionales no resueltos con la propia madre, y con temores sobre el embarazo, el trabajo de parto y el parto, estos temores se pueden incrementar cuando el embarazo es no planeado o no deseado. Estas mujeres pueden expresar de manera verbal su ambivalencia o hacerlo en forma de negación o rechazo en forma de náusea y vómito, inclusive puede pensar en la forma de tener que llegar a un aborto; así mismo, por las que las mujeres tienen esa sensación son la tensión económica o las necesidades de un niño ya nacido.

-Aceptación.

Aunque en el primer trimestre hay un cierto descontrol emocional por los cambios que se están suscitando, al final de éste, la mujer se concentra sobre si misma y sobre su embarazo, éste es en un inicio de aceptación del mismo dentro del contorno familiar.

Ya en el segundo trimestre, si es que hubo vómitos matutinos o al pensar en un aborto, estos disminuyen y la mujer empieza a

aceptar la realidad de su gestación, inclusive las primigrávidas empiezan a usar las ropas de maternidad aunque en realidad todavía no las necesitan.

A menudo la percepción de los movimientos fetales producen cambios en la mujer, percibiendo a su hijo como una persona real. Al confirmar la vivificación y alteraciones de su estado físico y su estado de gestación, la mujer se adapta a la idea de cambiar y empieza a prepararse para su nueva función y sus nuevas relaciones con su compañero y sus familiares, con el niño que va a nacer, así como con amigos. Encuentra placenteras las sensaciones del embarazo e intenta imaginarse a su hijo con el objeto de conocerlo mejor. Se sienten bien, están excitadas y pueden manifestar el "resplandor" que se atribuye tan a menudo a la mujer embarazada. Durante el último trimestre se incrementan las molestias físicas y se vuelve necesario un reposo. La mujer está ansiosa porque termine su embarazo haciendo los preparativos finales para el nacimiento de su hijo. En esta época la mujer se siente muy vulnerable al rechazo, la pérdida o la lesión, teme salir a menos que la acompañe alguien que le ofrezca la confianza de que la cuidará. Quizá se aisle en la tranquilidad y seguridad de su hogar.

-Introversión.

La introversión o ensimismamiento es un fenómeno común durante el embarazo. La mujer se vuelve menos interesada por las actividades a realizar y más preocupada y necesitada de reposo y pasar ratos a solas. Esto sirve para que la mujer haga planes, aceptar las cosas, adaptarse, construir y acumular fuerzas en preparación para el nacimiento de su hijo. Al percibir esta introversión de su compañera, el marido sentirá

que es por exclusión de sí mismo, volviéndose incapaz de brindarle afecto, apoyo y consideración que requiera ella en esos momentos. Este cambio puede dar por resultado desequilibrio y tensión en las relaciones de la familia. En estos casos hay que establecer nuevos patrones de comunicación con objeto de superar los obstáculos que les impide llevar a efecto la misma.

-Labilidad emocional.

La labilidad emocional se explica por los cambios de humor desde el gran disfrute hasta la desesperación más profunda. A menudo la mujer se pone llorosa sin causa manifiesta, cuando se le pregunta porqué llora, encuentra difícil o imposible ofrecer el motivo, siendo esta situación incómoda para el marido, sintiéndose confundido e inadecuado como esposo.

Como el varón puede sentirse incapaz de afrontar el llanto de su esposa, a menudo reacciona aislándose e ignorando el problema, percibiendo la mujer esta reacción como falta de amor y de apoyo. (64)

-Imágen corporal.

La imágen corporal durante el embarazo abarca actitudes, sentimientos y percepciones personales, viéndose influida por factores ambientales, culturales, fisiológicos, psicológicos e interpersonales.

La mayoría de las mujeres experimentan con sentimientos

(64). -S. D. Olds y Coole. Op cit, p. 230-233

diversos los cambios ocurridos en su cuerpo durante el embarazo. Para la mayoría existe cierta sensación de orgullo por la expansión de su vientre, como signo externo y visible de un cambio psicológico y biológico interior, y muchas otras triunfan de todo corazón en su nuevo estado. Para otras, lo poco familiar de su estado, así como la ignorancia o incertidumbre sobre la duración de tales cambios perjudican el placer que experimentan. Muchas que suponen que el peso y la curvatura del vientre de una mujer embarazada tiene una belleza y distinción propias, encuentran, sin embargo, que es difícil aceptar esto por completo, cuando el vientre en cuestión es el propio. Algunas que hasta entonces habían estado felices con su protuberancia empiezan a hacer bromas nerviosas las cuales van acompañadas de otras fantasías y expresiones de incomodidad que perduran hasta el momento final del embarazo; son normales y nadie deberá inquietarse por ello. Las mujeres que asumen una actitud positiva en relación con su cuerpo, antes del embarazo, son quienes mejor pueden sentirse durante los nueve meses. (85)

(85). -Macy Christopher. Op. cit. p.62.

1.5.-RECOMENDACIONES DURANTE EL EMBARAZO.

Como anteriormente se había mencionado, el embarazo trae consigo cambios en la mujer gestante. Que hace necesario modificar actividades y hábitos durante un tiempo determinado en lo que se resuelve la expulsión del producto fuera de la madre. Es por esto que se citan algunas recomendaciones que se deben llevar durante el embarazo, necesarios para llevar a buen término-el mismo.

1.5.1.- Alimentación.

Se dice habitualmente que no se requiere dieta especial durante el embarazo. Si la paciente esta acostumbrada a comer alimentos nutritivos y fácilmente digeribles, en proporciones equilibradas, no es necesario ningún cambio en su dieta rutinaria. Muchas mujeres no comen adecuadamente y muchas de ellas comen con un exceso de alimentos. Debido a la mejor utilización de los alimentos y al aumento del apetito el peligro de sobrealimentación está siempre presente. (66) Sin embargo, la nutrición de la madre desde el momento de la concepción es un factor importante para el desarrollo de las vías metabólicas del lactante y de su futuro bienestar.

La mujer embarazada debe ser animada a ingerir una dieta equilibrada y deberá estar al tanto de sus necesidades especiales de hierro, ácido fólico y zinc. (67)

Diversos estudios demuestran que se requiere la ingestión de un promedio de 2500 calorías durante el embarazo, para una mujer que pesa 70 kg. y este ocupada activamente en el cuidado del

(66).-Beck Alfred C. PRACTICA DE OBSTETRICIA, p. 147.

(67) Benson Ralp. C. Op cit, p. 176

hogar. Las mujeres pequeñas requieren menos cantidad, así como las que tienen deberes domésticos más ligeros.

Debido a la disminución de la actividad muscular, cerca del fin de la gestación las necesidades de la madre disminuyen a pesar del rápido crecimiento del feto. (69)

Las proteínas brindan aminoácidos nitrógeno que se requieren para el crecimiento y conservación de los tejidos y para otras funciones fisiológicas. Contribuyen además al metabolismo energético global del cuerpo en ausencia de los carbohidratos. Las necesidades de proteínas para la mujer embarazada son de 74 a 76 gr./día por lo menos.

Los productos lácteos incluyen una fuente importante de proteínas, más o menos de la cantidad recomendada. Así mismo, también son buenas las fuentes de proteínas; carnes, aves, pescado, huevo y leguminosas, tostadas, atún y arroz. Claro que una buena combinación en cantidades pequeñas de proteínas animales íntegras con proteínas vegetales parcialmente completas dará un abastecimiento excelente de proteínas.

Las grasas que son una fuente muy valiosa de energía para el cuerpo, deben evitarse en cantidades excesivas durante el embarazo; las grasas son útiles como vehículo de algunas vitaminas esenciales y ayudan en el metabolismo graso del feto. (70)

El calcio debe incrementarse 1.5 gr. por día durante los últimos meses del embarazo y la lactancia. Si es insuficiente la ingestión de calcio, se satisfarán las necesidades fetales a expensas de la desmineralización del esqueleto materno. El

(69).-Beck Almed C. Op cit, p 147.

(70).-S. D. Olds. Op cit, p. 307.

calcio así como el fósforo participan en la producción de energía y células y en la amortiguación acidobásico. Los alimentos que contienen cantidades suficientes de calcio son; leche, huevos y carne; aproximadamente se deben de incluir en la alimentación diaria 3 a 4 tazas de leche para complementar el requerimiento referido.

Los carbohidratos que brindan sustancias protectoras y fibra lo mismo que energía, incrementan su demanda durante los dos últimos trimestres. La ingestión diaria promedio es de 150 gr., hasta la 13a. semana y aumenta en adelante a 225 gr. al final del embarazo. Los carbohidratos se encuentran en la leche, vegetales y cereales de grano entero y en diversos tipos de pan.

Se debe ingerir 1cc. de agua por cada caloría de alimento, esto nos da 2.5 lts. por día; inclusive esto puede aumentar de acuerdo a los requerimientos propios de la embarazada, siempre y cuando no ocurra trastorno en el equilibrio del agua que conduzca a la retención. (71)

Con respecto al hierro, "én la actualidad se recomienda la ingestión complementaria de 30 a 60 mg/día para las mujeres embarazadas y las que estan lactando". (72) Cuando hay deficiencia de este mineral se puede producir anemia fisiológica del embarazo. Entre las fuentes de buena clase de hierro estan; el hígado, vegetales de hojas verdes y cereales.

Por otro lado, la ingestión de vitaminas durante el embarazo son esenciales para la vida y el crecimiento del feto. Estas se agrupan según su solubilidad, las que se disuelven en grasas o liposolubles son A, D, E Y K, y las solubles en agua o hidrosolubles son las vitaminas C y las del complejo B. Estas

(71).-Beck Almed C. Op cit, p 148.

(72).-Benson Ralph. C. Op cit, p. 1

vitaminas se encuentran en los siguientes alimentos; hígado, riñón, yema de huevo, crema, mantequilla, carne de cerdo, leche, papa, cereales, pescado, cacahuete, verduras, etc.. Por lo que una ingestión en pequeñas cantidades de la diversidad de estos alimentos traería consigo una alimentación suficiente y equilibrada propia y necesaria durante el embarazo.

1.5.2.--Higiene.

Tiene gran importancia el baño diario durante el embarazo a causa del aumento de la transpiración y la descarga vaginal mucolde que ocurre durante el mismo. Deben evitarse duchas vaginales, ya que hay riesgo de infección vaginal. Con respecto al aseo de los pechos y pezones, debido a la secreción que efectúa el pezón, estos deben mantenerse limpios y secos, limpiandolos con agua y posteriormente lubricarlos con aceite de almendras dulces, así evitando malos olores y riesgo a que se agrieten. Así mismo debe lavarse 3 veces al día la cavidad bucal y la dentadura, para disminuir molestias que trae consigo la hipertrofia y susceptibilidad de dolor característico en el embarazo.⁽⁷³⁾

1.5.3.-Vestido y Calzado.

La ropa debe ser cómoda para la mujer embarazada, se utilizará ropa de maternidad que es floja y característica para este tipo de situaciones. No debe de haber bandas constrictivas alrededor del talle y debe de evitarse la presión sobre los pechos y pezones. Sin embargo, no se prohíbe el uso de un ajustado sosten-busto y de una faja de maternidad bien diseñada

⁽⁷³⁾.-S. D. Olds. Op cit. p. 293-316.

y apropiada. Las ligas circulares y las pantaletas que aprietan, dificultan el retorno venoso de las extremidades inferiores por lo cual deben de evitarse. (74)

Los zapatos de tacón agravan el malestar dorsal al incrementar la curvatura del dorso, y por lo tanto, la mujer que experimenta dorsalgia o problemas con el equilibrio no debe emplearlos. El calzado debe de ser con tacón bajo o ajustarse adecuadamente y sentirse cómoda. (75)

1.5.4. - Descanso y ejercicio.

El ejercicio moderado es aceptable y recomendable durante el embarazo; esto tiene diversas funciones como prevenir el estreñimiento, obtener una buena condición física y mejorar la higiene mental pero no debe excederse. Sin embargo, aquellas que abusan de esto, incrementan el consumo materno de O₂ y eleva las demandas sobre las reservas cardíacas, lo que podría dar por resultado disminución del flujo sanguíneo uterino. (76)

El reposo suficiente durante el embarazo tienen importancia tanto para la salud física como para la emocional. La gestante tiende a dormir más en particular durante el primero y último trimestre ya que es cuando se fatiga más.

Son necesarias 8 horas de sueño, en un cuarto bien ventilado; además es benéfico un descanso de una hora después de la comida de medio día. Todas las influencias deprimentes y excitantes deben evitarse ya que la tendencia a la inestabilidad emocional aumenta durante el embarazo. En los últimos meses, una almohada adicional colocada debajo de los hombros, hará que la

(74).-Beck Almed. C. Op cit. p. 294.

(75).-S. D. Olds. Op. cit. p. 294.

(76).-Benson Ralph, Op. cit. p. 180.

paciente respire más fácilmente y ayuda a favorecer un sueño más tranquilo. (77)

1.5.5.- Importancia del control prenatal.

Debido a los cambios que tienen lugar a través de todo el embarazo, la paciente debe ver a su médico cuando menos una vez al mes en el primero y segundo trimestre y cada dos semanas de ahí en adelante, hasta el último mes en que las visitas deben hacerse a intervalos de una semana.

Con la asistencia prenatal se garantiza en todo lo posible un embarazo no complicado y el nacimiento de un lactante vivo y sano. (78) En lo que respecta a un embarazo complicado, se verifican las alteraciones que lo realizan o lo hacen ver como tal y se tratan inmediatamente. Gracias a la detección de estas alteraciones se pueden tomar pautas de acción a seguir y con ayuda de la tecnología anular las manifestaciones que se presentan.

(77).-Beck Almed, C. Op. cit. p. 180.

(78).-Benson Ralph, Op. cit. p. 171

1.6. - VALORES CULTURALES Y CONDUCTA REPRODUCTIVA.

La reacción del embarazo depende con frecuencia del significado social de acontecimiento para el individuo y al grupo que pertenece. El embarazo desencadena emociones y reacciones, incluso, sentimientos de timidez, vergüenza, resistencia, orgullo o disfrute.

Los conocimientos sobre los valores culturales fomentan la comprensión de las reacciones y emociones diversas sobre la paternidad. Así mismo, la identificación de estos valores culturales son útiles para predecir las reacciones, por ejemplo; la comprensión de las funciones de varón y mujer, los estilos de vida familiares o el significado de los niños en una cultura pueden explicar las reacciones de disfrute o vergüenza. En algunas culturas el embarazo es un acontecimiento vergonzoso si ocurre fuera del matrimonio.

También tienen importancia los valores y las creencias de la salud para comprender las reacciones de conducta. Quizá la asistencia prenatal no sea una prioridad para las mujeres que consideran al embarazo como un fenómeno natural.

Por otro lado, en múltiples ocasiones, hay ciertas creencias en cuanto a la salud y prácticas a la salud, cuestiones que a continuación se describen.

1.6.1. - Creencias de la salud.

En algunas culturas el concepto de la enfermedad es el resultado de la intervención de un ser sobrenatural, no humano o humano.

Parte de ese concepto son las creencias en las brujas y espíritus del mal.

En otras culturas la enfermedad se considera como un desequilibrio entre el calor y el frío.

Aunque en muchas culturas se considera el embarazo como fenómeno natural, también se puede considerar como época de vulnerabilidad incrementada. Se considera que se relaciona el mal aire con espíritus demoníacos. Se cree que el aire en especial el de la noche puede entrar en el cuerpo y producirle daño. Se recurre a medidas preventivas, como conservar las ventanas cerradas o cubrir la cabeza. La mayor parte de los tabúes que se basan en las creencias en espíritus del mal, se deben al temor a lesionar al niño que no ha nacido.

En ocasiones se considera que la enfermedad es un exceso de calor o frío. Para restablecer la salud, se corrigen a menudo los desequilibrios mediante empleo adecuado de alimentos, medicaciones o hierbas. Estas sustancias se clasifican también como calientes o frías. Por ejemplo, la enfermedad atribuida a exceso de frialdad sólo se tratará con alimentos o medicamentos calientes. La clasificación de los alimentos no es siempre congruente, pero se ajusta a la estructura general de conocimientos tradicionales. Los Mexicanos consideran a menudo al cuerpo como extraordinariamente caliente durante el embarazo, por lo que las mujeres embarazadas deben evitar los alimentos fríos.

1.6.2-Prácticas de la salud.

Las prácticas de cuidado de la salud durante el embarazo se ve

influido con frecuencia con remedios hogareños tradicionales y creencias populares, importancia de los curanderos e influencias de los profesionales de la salud. Así mismo, el estado socioeconómico es de gran relevancia ya que serán más accesibles a los servicios médicos modernos para quien pueda pagarlos.

Para la atención en el cuidado de la salud, muchas mujeres están poderosamente influenciadas por el familismo, ya que se buscan y siguen el consejo de su madre o de mujeres mayores durante el período de reproducción.

Es importante mencionar que en ocasiones sobresalen en las culturas indígenas o áreas rurales los curanderos o brujos que se encargan de satisfacer la función de asistencia a la salud, mismas que para la atención de ésta utilizan métodos poco aconsejables, careciendo de información teórica que soslaye o respalde la práctica cotidiana, que, sin menospreciar su función, les da buenos resultados ganándose la confianza de la población.

Muchas de las alteraciones que se presentan durante la etapa prenatal son factibles de prevenirse, siempre y cuando se heche mano de los curanderos o personas encargadas de la salud de esas poblaciones, eliminando previamente las barreras de comunicación o económicas, culminando en confianza y empleo adecuado del sistema de cuidados profesionales de la salud. (79)

(79).-S. D. Olds. Op. cit. p. 235.

1.7. - SITUACION SOCIAL DE LA MUJER.

Es sabido que en la prehistoria, el hombre primitivo se vió forzado a explotar al máximo su poder y dominio. Ello explica las interminables luchas entre tribus y clanes, cada uno de los cuales trataba de someter a los demás. Dentro de este marco de luchas por ser dominado o dominar, se sitúa el tandem varon/hembra. De igual manera se puede mencionar que algunas veces fuera el matriarcado quien triunfara, y otras tantas el triunfo fué del patriarcado; así pues en cada caso quien se sintió esclavo del otro.

En la llamada cultura primitiva zonas africanas, amazónicas o polinesas continúan imponiéndose, el que la mujer es auténtica esclava donde la sociedad la llena de deberes y las vacía de derechos, por ser éstos de patrimonio exclusivo del varón. Esta marginación es sufrida por la mujer que pasa a ser como un artículo de lujo, cuyo principal cometido cifra en satisfacer los deseos del varón. Este puede disponer de varias mujeres a la vez, lo cual cumple diversas funciones:

- a).-Calmar los instintos sexuales del varón.
- b).-Afianzar su poder.

Ya que cuantas más mujeres tiene en propiedad, más acrecienta su dominio, reflejado sobre todo en una numerosa descendencia que a toda costa procura activar.

De este modo es lógico que toda mujer, una vez entregada al varón queda convertida en vehículo de propiedad y productividad; ha de trabajar para su "señor". Pero la productividad de la mujer se contra sobre todo en la prole; a más hijos más poder. Por ello nada había tan dignificante como

la maternidad ni nada tan humillante como la esterilidad. Sobre todo los hijos varones son los que le darían a la mujer crédito a nivel de la sociedad. Quedando así excluida de toda instrucción y formación.

Se dice que en principio toda cultura nómada es patriarcal, ya que los nómadas para subsistir en la aridez de la estepa, se han de organizar en base a criterios inspirados por la fuerza, lo cual esta mas adecuado al varón. Sin embargo una vez que estos se tornar sedentarios se experimenta cambios en su organización, lo cual permite a su vez una vida familiar que se centra mas bien en la consolidación del hogar, y la mujer aquí puede jugar al respecto papeles decisivos.

En la sociedad israelita era lo máximo el aspirar a tener muchos hijos ya que en ellos se prolongaba la garantía de recuperar la vida en el futuro, y es aquí donde se sitúa a la mujer, ya que cierto es que el contrato matrimonial le otorgaba una serie de privilegios, pero no los suficientes para dejar de considerarla inferior al marido y ello en base a su misma constitución orgánica; era común la creencia de que, a la hora de engendrar, el marido aportaba su fuerza a través del semen, mientras que la mujer se limitaba a abrirse para que en su interior esa fuerza pudiera germinar. Siendo así que los hijos eran frutos de la fuerza genética del padre.

Ahora bien, dentro de la sociedad también existía la llamada prostitución sagrada, la cual era frecuente que en los templos paganos se prodigaran praxis sexuales donde los varones ofrecían su fuerza genética a la divinidad, y la mujer servía de receptáculo para esa fuerza; la fé bíblica siempre repudió tal aberración.

En Israel, los sabios sin dejar de ver a la mujer como un sometido del varón, invitaron a descubrir en ella una serie de valores hasta entonces ignorados. Comenzaron a realizar su capacidad de amar, y de relacionarse con el varón en un nivel superior al sexual.

Socialmente en el rabinismo mantenían a la mujer alejada de todo asunto público por considerarla ignorante. La creían poco seria y nada digna de fiar.

Se pretendía que su actividad se centrara al hogar y saliera lo menos posible; de hecho todo marido al tener la mujer un hijo varón lo celebraban con días de fiesta, en cambio si era mujer lo lamentaban con 2 días de luto.

El costumbrismo Judáico exigía que la mujer orientara hacia el matrimonio todas sus energías, no solo biológicas, sino también efectivas. Por eso las muchachas solían ser desposadas en torno a los doce años. Se le consideraba propiedad del marido, no en vano pagaban un dote considerable. Una vez contraído el matrimonio, la esposa pertenecía por completo al marido. A ella correspondían todas las labores domésticas. En casa debía mantener un recato despersonalizador; permanecer callada en tanto el marido no la invitase a hablar. (80)

1.7.1. - La Familia

Desde el principio de la humanidad el ser humano ha tendido a agruparse, para poder satisfacer sus necesidades afectivas, de vivienda, de alimentación y protección contra las agresiones del medio que lo rodea.

(80). - Salas, O.S.A. Antonio, JESUS Y LA MUJER pp. 7-37

A medida que el ser humano madura tiende a unirse en parejas formando así la familia.

La familia es un tipo muy especial de grupo con características provenientes de las diferencias biológicas de sus miembros y de las funciones específicas que cumplen.

La familia ha venido respondiendo tanto a las necesidades de las personas que la integran como a las necesidades de la sociedad de la que forma parte. A la familia le corresponde la transmisión de las conductas aceptadas en la sociedad y desarrollar el carácter de los individuos preparándolos para la participación social a través de una educación permanente que alcanza a los niños como a los adultos.

El núcleo familiar está constituido por los padres y sus hijos en él nos educamos. Ahí se interiorizan valores, se estructuran la personalidad, se forman nuestros sentimientos, aprendemos a vivir y convivir a tratar a otras personas.

En la actualidad la sociedad esta en proceso de cambio; muchas de las costumbres aceptadas tradicionalmente, ahora se discuten o rechazan proponiendo nuevas formas, a veces solamente porque son nuevas, otras veces porque van más acordes con los ideales de igualdad, de respeto a la persona y a su desarrollo, de justicia y bienestar social.

Así con los cambios sociales que se han presentado es también importante suscitar cambios en la estructura y funciones en la familia, modificándose roles, costumbres o normas que se han establecido desde generaciones anteriores. Por ejemplo; sabemos que tradicionalmente la mujer ha vivido relegada a las tareas del hogar, dedicada a la procreación y crianza de los

hijos; hoy en día, esto se ha modificado y la mujer tiene la necesidad de coordinar los roles de esposa y madre con el nuevo rol de mujer trabajadora que le exige su participación en la vida laboral y social.

La calidad femenina no se ve menguada al atreverse a salir del cascarón que constituían las paredes de su hogar, de ahí, que actualmente sea importante para la nueva familia aceptar el dar un trato igual a hijos e hijas, organizando las labores domésticas de acuerdo a las capacidades de cada uno, independientemente de su sexo. (81)

1.7.2.-La mujer en el medio rural.

Nuestra conducta está influida por diversos factores, entre los cuales se sitúa el medio ambiente físico y cultural, ya que se nace dentro de una cultura y ésta impone toda suerte de demandas y presiones. En el medio rural el trabajo de la mujer no se limita a la casa, sino que sale a las labores del campo, al comercio de sus productos agrícolas o artesanales, además de ser maltratada por su cónyuge, pero a la vez resignada a los golpes.

(81). -Secretaría de Salud. MANUAL SOBRE SALUD MATERNO-INFANTIL. p.8-10.

1.8. CONSIDERACIONES RELIGIOSAS A CERCA DEL MATRIMONIO.

"El matrimonio es una realidad fisiológica, ética, antropológica, sociológica, económica, jurídica, religiosa, etc., porque está en el mismo núcleo de la naturaleza humana. Por tanto, es una realidad muy compleja y con muchas caras". (82)

Por lo cual el matrimonio en las diferentes religiones se considera conforme a su propia ideología de cada una de estas y para ello se describirán algunas de ellas.

1.8.1.-Consideración de la Religión Católica Acerca del matrimonio.

El matrimonio en la religión católica es considerado como el conjunto de leyes que emanan de la autoridad eclesial competente para ordenar en el fuero externo del matrimonio de los cristianos sometidos a la Iglesia católica de rito latino; que regulan el matrimonio, por tanto la Iglesia puede dictar normas sobre el matrimonio, de los bautizados en virtud de la potestad ordinaria vicaria es decir, en cuanto es representante de Dios.

Así mismo en ésta religión existe la autoridad competente sobre el matrimonio que son los sacerdotes los cuales tienen potestad legislativa, judicial y penal en el sentido de la organización eclesial, en el matrimonio cristiano, existe una vertiente moral y, por tanto; no hay normas que regulan desde el punto de vista eclesial.

(82).-Mostaza Rodríguez Antonio, NUEVO DERECHO CANONICO, p. 170

Por eso la Iglesia aconseja a sus fieles que reciban la bendición nupcial, y como ya se mencionó anteriormente da normas sobre el matrimonio, juzga de la validez de los matrimonios y reconoce la potestad del Estado, tanto legislativa como judicial o penal sobre el matrimonio y admite la validez de sus leyes con tal de que no sean contrarias al derecho Divino.

Por lo tanto una de las normas de la Iglesia católica para contraer nupcias religiosas es el límite de edad para autorizar un matrimonio por la misma Iglesia y esto no es un simple capricho de la ley eclesiástica; es algo dictado por la misma experiencia y en favor de los mismos pretendientes de la familia y aun de la sociedad y para poder dispensar de la edad, debe de haber causas razonables.

De hecho la misma naturaleza se ha encargado de dar al hombre y a la mujer su propia madurez corporal, esa que es necesaria para lograr los altos fines del matrimonio. Esta madurez corporal anda del brazo con la madurez psicológica y espiritual necesarias también para alcanzar dichos fines. Por ello Dios es el autor del matrimonio, y por lo mismo, todo matrimonio correcto entre los hombres, cuenta con la bendición del señor. (83)

Y según la concepción cristiana, el matrimonio no solo es algo sagrado, sino que el matrimonio de los bautizados es sacramento, que el matrimonio es sacramento puede tener dos sentidos, puede significar que es símbolo de la unión de Cristo con la Iglesia. El matrimonio significa un aumento de la gracia santificante de la específica gracia sacramental y constituye un título que exige la ayuda de Dios para realizar

(83).-Caroñ Mons. Jesús, ME CASO PORQUE ME CASO, p. 7-20

el consorcio de toda la vida; crecer en el amor y cumplir sus deberes de padres. El sacramento informa toda realidad conyugal, dándole una dimensión sobrenatural, pero respetando lo bueno del matrimonio, no destruyendolo. Por lo tanto la Iglesia, acogiendo y meditando fielmente la palabra de Dios, ha enseñado solamente y enseña que el matrimonio de los bautizados es uno de los siete sacramentos de la Nueva Alianza.

De éste acontecimiento de salvación, el matrimonio, como todo sacramento; es memorial, el sacramento les da la gracia y el deber de recordar las obras grandes de Dios; así como de dar testimonio de ellas ante los hijos; en cuanto a profecía les da la gracia y el deber de vivir y de testimoniar la esperanza del futuro encuentro con Dios. (84)

“El matrimonio es una vocación, es Dios quien llama a la mujer y al hombre para realizarse en el matrimonio; porque el matrimonio es amor, amor compartido, amor de dos, que por ser dos, tiene sus personales virtudes y sus personales defectos. El casarse es el hecho mas importante de la vida, es el hecho divino mas trascendental; son dos personas que se funden en vida total del alma y del cuerpo, esto significa una enorme responsabilidad por eso el matrimonio está o debe estar hecho de solo amor. El matrimonio significa que cada una de las personas da y recibe no solamente un valor particular algo de la otra, sino su persona toda entera.

Esta reciprocidad y comunidad de posesión y pertenencia, este don tal hecho y este don tal recibido entre los seres humanos es el matrimonio”. (85)

(84).-Mostaza r. Op. cit. p. 172-180.

(85).-Carreón M. Op. cit. p.3-4

1.8.2. Consideración de la religión evangelista.

Ahora bien, en la religión evangelista Protestante Metodista, se considera que el matrimonio es algo que fue instituido por Dios. Que le pertenece únicamente a él. Que no se le entrega al hombre para que haga éste lo que quiera con él; él hace un llamado para que las personas entren en su condición, se dice también que el matrimonio puede traer o trae bendición a las personas que lo contraen, pero el principal propósito del matrimonio es cumplir la intención de Dios. Se dice que el matrimonio le pertenece a Dios y que este es una verdad liberadora, libera ante todo de la falsedad de que el matrimonio le pertenece al hombre, si el matrimonio le pertenece al hombre entonces se puede usar, abusar de él, colocarlo a un lado, suspenderlo o reestructurarlo de tal modo que se adapte al hombre.

En segundo término libera al hombre de la falsedad de que el pertenece al matrimonio; si el hombre perteneciera al matrimonio entonces la participación de éste puede deteriorarse hasta llegar al deber de la mera obligación.

«Es muy diferente cuando uno considera que el matrimonio es un consorcio. Un consorcio implica que hay otra parte interesada, que tiene un interés primario en aquello que entra en el consorcio. Dios tiene un alto interés en el matrimonio, el encomienda la función de la sociedad humana y, por lo tanto su porvenir a los que contraen matrimonio. Además él los sostiene en el matrimonio; eso es absolutamente importante. Los recursos divinos están a disposición de los que se casan «Bajo la dirección de Dios».

Un consorcio envuelve responsabilidad. Tengo que dar cuenta de

lo que se me encomienda, dar cuenta a aquél que me escogió para que formara parte del consorcio.

Es algo solemne, y al mismo tiempo liberador, comprender que soy responsable ante Dios por mi matrimonio. Es solemne porque sé que lo que él espera es algo elevado, y no hay nada que se esconda de él. Y liberador, porque es más fácil dar cuentas a un Señor que a muchos.

La vida matrimonial bajo la dirección de Dios desafía al hombre a que abandone sus ideas para que explore un nuevo modo de vida, el cual tiene que llegar a ser un consagrado discípulo de Jesucristo, a quien se llama "Autor y consumidor de la fé", y el éxito del hombre como esposo depende de la relación. Como Cristo es la cabeza de todo varón, y el varón es cabeza de toda mujer. (86)

1.8.3. - Consideración de la Religión Mormona.

En la religión Mormona que es considerada como la iglesia de los santos de los últimos días, para ellos el matrimonio se instituye como una ley del evangelio. Y fue creada para durar eternamente, no solamente durante la vida mortal. Para los seguidores de esta religión el matrimonio es mucho más que esto, ya que la exaltación depende de él. Se cree que el matrimonio es la relación mas sagrada que pueda existir entre un hombre y una mujer. Esta religión también considera que para alcanzar el matrimonio eterno en la gloria celestial, existen tres cielos o grados; y para alcanzar el más alto, el hombre tiene que entrar en este orden del sacerdocio es decir, el nuevo y sempiterno convenio del matrimonio, y si no (86). -Cristenson Larry y Nordis. LA PAREJA CRISTIANA. p.25-27

cumple con este sempiterno convenio no puede tener progenie, porque se manifiesta un nuevo sempiterno convenio; y si no se cumple con él seran condenados, porque nadie puede rechazar este convenio y entrar en la gloria.

En esta religión antes de que un hombre pueda recibir las bendiciones del matrimonio eterno, debe de tener el grado de eler en el sacerdocio de Melquisedec y recibir otras bendiciones pertenecientes a la casa del señor, que se mencionan en dicha religión, todo lo cual el señor ha indicado que se administrará en sus santos templos.

Se menciona también, que las casadas deben de estar sujetas ha sus propios maridos como el señor. Porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es cabeza de la Iglesia; y él es el que da la salud al cuerpo. Así que, como la Iglesia esta sujeta a Cristo, así también las casadas lo estan a sus maridos en todo. También el marido debe amar a su mujer, así como Cristo amó a la Iglesia, y se entregó así mismo por ella. Se menciona que el matrimonio es una ceremonia que pertenece a este mundo, de modo que el Señor a dispuesto que los vivos efectúen la ordenanza a favor de los muertos, en aquellos casos que el matrimonio no se a solemnizado por uno que tiene la autoridad del sacerdocio, para ligar no solo por esta vida, sino por todas las eternidades, por eso hace mención que la felicidad es un producto muy particular, la cual no se compra con dinero, y sin embargo, hay que pagar un precio para obtenerla, estos son; "se debe vivir en el evangelio de Jesucristo con toda pureza y simplicidad no cumplimiento mediocre, sino cabal-, y esto significa una consagración total al gran programa de salvación y exaltación, de conformidad con la doctrina fundamental del evangelio. Debeis olvidaos de vosotros mismos y amad a vuestros companeros más que a vosotros

mismos. Y si haceis estas cosas alcanzareis una insesante abundancia de felicidad; la combinación del hacer y sentir os traera un progreso y crecimiento espiritual mental y temporal.

Esta religión considera que la mujer al casarse, tendrá que renunciar a todo (a sus bienes materiales, económicos, profesionales etc.), para dedicarle tiempo al hogar y brindar al hombre la felicidad completa, también se dice que la carrera más importante de la mujer es la de ser ama de casa, esposa, y madre.

Con respecto al hombre menciona que este deberá preocuparse más que de costumbre de su bienestar y ser comprensivo, cuando la mujer se encuentre en un desequilibrio emocional, fisiológico, etc., habrá de ayudarle en los quehaceres del hogar, entender a sus hijos; así como el cuidado de los mismos suspendiendo toda salida del hogar a excepción de cuando necesite cumplir con ciertas obligaciones impuestas por su servicio en la Iglesia y por su profesión.

Habrà de reducir sus actividades sociales, y participar en aquellas que pueda cumplir junto con su familia. El amor del cual habla esta religión; es el amor que no se basa únicamente en una atracción física sino también en una atracción espiritual. Se centra en la fé, la confianza y la comprensión mutua, es una vida de total reciprocidad en el desarrollo de un compañerismo caracterizado por los mismos ideales y normas. Consiste en el desprendimiento del egoísmo y el deseo de sacrificarse el uno por el otro. Se caracteriza por la pureza de sentimientos, pensamientos y acciones y por el ejercicio de la fé en Dios y en el programa que él le enseña. Ese amor también consiste de la paternidad en la mortalidad, con miras hacia la divinidad y la creación tanto como la paternidad de espíritu. Es un amor vasto, abundante e ilimitado es del tipo que nunca aburre ni se desvanece vive y perdura en medio de la

enfermedad y del sufrimiento, en medio de la prosperidad y de la pobreza, del logro de grandes empresas y también de la deséepción, y se extiende de tiempo en tiempo hasta la eternidad. (87)

Como ya se mencionó anteriormente en esta religión, el matrimonio eterno debe de ser realizado por efecto de alguien que posea autoridad y los poderes para sellar, ya que un matrimonio eterno da la oportunidad de permanecer unidos como familia después de la vida; y se debe de llevar a cabo en un lugar adecuado, el cuál es en algunos de los santos templos del Señor. Se menciona dentro de esta religión algunos beneficios de los santos de los últimos días, en la de vivir por toda la eternidad y no solo por el momento; sin embargo las bendiciones de un matrimonio eterno puede ser tanto ahora como en la eternidad.

Las bendiciones que se consideren que se pueden gozar en esta vida son las siguientes:

-El conocimiento de que el matrimonio puede ser eterno; de que la muerte puede separarlos temporalmente el uno del otro. Nada puede jamás separalos excepto la propia desobediencia. Este conocimiento les ayuda y alienta a trabajar duro a fin de obtener un matrimonio feliz con éxito.

-El conocimiento de que los hijos pueden estar unidos con ellos a través de toda la eternidad.

Algunas de las bendiciones que se pueden gozar en la eternidad son:

-Se puede vivir en el grado más alto del reino celestial de Dios.

(87).-Lee Grand Richards, UNA OBRA MARAVILLOSA Y UN PRODIGIO.
p.127-180

-El ser exaltados como Dios y recibir una plenitud de gozo.

-Aumentar en un futuro la familia al tener hijos espirituales, por lo tanto el matrimonio celebrado por la religión de los Santos de los Ultimos Días, afecta no sólo a las dos personas que participan en él sino a los hijos, y a los hijos de los hijos. (88)

1.9. PRINCIPALES COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO, EN MUJERES DE TEMPRANA EDAD.

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el cual tanto la madre como el recién nacido están o estarán expuestos a peligros más grandes que en un embarazo normal. Dichos problemas son debidos a varios factores como pueden ser: la pobreza, la falta de orientación médica, un embarazo no deseado, etc., las cuales pueden ocasionar alteraciones obstétricas o deficiencias biológicas.

Estas complicaciones es precisamente lo que nos ocupa, por lo cual es necesario mencionarlas haciendo notar cuales son: su etiología, como se desarrollan, cuáles son sus signos y síntomas y como se lleva a cabo su diagnóstico y tratamiento. De éstas se hablará a continuación, haciendo mención de las más comunes en mujeres embarazadas a temprana edad como son: Estados hipertensivos durante el embarazo, anemias, trastornos hemorrágicos, hiperemesis gravídica, infecciones de vías urinarias, desproporción cefalopélvica, parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

1.9.1. Estados hipertensivos durante el embarazo.

"Los Estados hipertensivos durante el embarazo constituyen una de las causas principales de muerte materna y contribuyen mucho a la mortalidad perinatal". (89)

Los estados hipertensivos son una enfermedad de las embarazadas la cual está caracterizada por edema generalizado o proteinuria e hipertensión que suele presentarse a fines del 3er. trimestre (89). -Queenan John T. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO p. 602.

del embarazo. (80)

El término de toxemia gravídica es inadecuado, aunque se ha venido utilizando durante mucho tiempo; ésta toxemia tiene lugar después de la semana 20 de embarazo y se caracteriza por hipertensión con edema y albuminuria, un flujo reducido de la arteria renal, con una tasa reducida de filtración glomerular, posiblemente algunos indicios de coagulación intravascular diseminada (CID) y cambios glomerulares renales característicos. (91)

Preeclampsia y eclampsia.

La preeclampsia es el desarrollo de hipertensión con proteinuria edema o ambos a consecuencia del embarazo o por un embarazo reciente. Después de la vigésima semana de gestación se presenta pero puede desarrollarse antes en presencia de enfermedad trofoblástica. Es predominante el trastorno en primigrávidas.

La eclampsia es la aparición de uno o más convulsiones no atribuibles a otros trastornos cerebrales, como epilepsias, en una paciente con enfermedad vascular hipertensiva crónica o enfermedad renal crónica. (92)

Se cree que ciertos síntomas y signos que aparecen en la segunda mitad del embarazo se deben a una o varias toxinas peculiares de la gestación. De ahí el término "Toxemia" del final del embarazo. Se desconoce la naturaleza de dicha toxina y el padecimiento en sí puede considerarse como benigno o como

(80). -Benson C. Ralph. Op cit, p. 753

(91). -Cavanagh. URGENCIAS OBSTETRICAS, pp. 117-118.

(92). -Queenan, John T. Op. cit, pp. 385 - 387

grave.

En los casos benignos los síntomas aparecen gradualmente y pueden ser controlados en gran parte por la dieta, el reposo y otras medidas terapéuticas. Sin embargo si persisten por mucho tiempo antes de que el embarazo termine, pueden quedar lesiones vasculares y renales residuales después del parto.

En los casos graves en cambio, se desarrollan rápidamente y en general resisten todos los esfuerzos terapéuticos, excepto la interrupción del embarazo. Casi siempre se presentan convulsiones, a menos que el feto muera o que el embarazo termine espontánea o artificialmente.

Los signos y síntomas premonitorios de la presentación de convulsiones son:

Elevación de la presión sanguínea: Es el más constante ya que se presenta en el 98% de las enfermas toxémicas. Siempre que la presión suba a más de 140 mmhg, debe tomarse en cuenta la posibilidad de una eclampsia inminente. En los casos graves la elevación es brusca y sube rápido a pesar del reposo y demás medidas terapéuticas. Antes de iniciar las convulsiones puede alcanzar o exceder 200 mmhg. Después de la curación y al nacimiento del niño la presión vuelve a ser normal. En los casos benignos, es la elevación gradual y responde con facilidad al reposo, dieta y al tratamiento que favorece la eliminación.

Albuminuria: Es el signo temprano de toxemia. Usualmente sigue a la elevación de la presión sanguínea. Al principio solo puede descubrirse huellas de albumina en orina, pero según la gravedad aumenta gradual o rápidamente. En los casos graves la orina está cargada de albumina y en ocasiones se solidifica por

ebullición; pueden encontrarse uno o dos gramos por litro en 24 horas y poco antes de iniciar las convulsiones puede llegar a 8 o 10 gramos. En los casos benignos, puede o no existir albuminuria, habitualmente se descubre después de que aparece la hipertensión. La capacidad aumenta y es raro que llegue a más de uno o dos gramos por litro.

La Retención de líquido: es más común en las toxemias del final del embarazo. La acumulación de líquido en el tejido intersticial causa aumento de peso bastante rápido y debe sospecharse siempre que el aumento exceda de 500 gr. por semana en los últimos meses del embarazo. En los casos graves se descubre habitualmente poco después de que se inicia la elevación de la presión sanguínea. Aumenta rápido y puede invadir los labios mayores y los tejidos de la pared abdominal. Los dedos están hinchados y presentan profundos surcos en el sitio que aprietan los anillos. Inmediatamente antes y después de que se inicien las convulsiones, la cara se abotaga y se deforma hasta hacerse irreconocible, semejando una anasarca. Después del parto el edema desaparece en pocos días. Mientras que en los casos benignos el edema está restringido a tobillos y dedos, su aumento es gradual y desaparece rápidamente con tratamiento apropiado.

Cefalea: Usualmente se observa después de que han aparecido la hipertensión, la albuminuria y el edema, es persistente y aumenta en severidad conforme la toxemia se hace más intensa. En los casos graves resiste a todo tratamiento y puede ir desde varios días antes de que inicien las convulsiones. En ocasiones puede ser el único síntoma. En los casos benignos el dolor de cabeza es menos severo y responde al tratamiento ordinario de la toxemia.

Disminución de rendimiento urinario: Siempre que la cantidad emitida en 24 horas caiga por debajo de un litro y que se sepa que la ingestión de líquido ha sido abundante, se debe estar pendiente de otros signos de toxemia. Por consiguiente se debe medir el volumen urinario de 24 horas durante el embarazo. En los casos graves la disminución es marcada, y en período de convulsiones, el volumen puede ser de 100 a 200 cc en 24 horas o haber una supresión completa de orina. En los casos benignos puede ser un poco menos de lo normal y se hace evidente con un cuidadoso registro de los líquidos ingeridos y el rendimiento urinario.

Los trastornos visuales: son un indicio de la severidad de la toxemia. En un examen oftalmológico puede observarse el estrechamiento de los vasos antes de que la visión se afecte. Cuando las alteraciones son muy marcadas para causar trastornos o la toxemia es de tipo muy grave, la visión se hace borrosa y se ven manchitas delante de los ojos. La amaurosis completa no es rara y aparece poco antes de que empiecen las convulsiones. El examen de fondo revela un estrechamiento generalizado con vasoconstricción espástica localizada de las arteriolas retinianas, como signos iniciales. Más tarde aparece edema retiniano, hemorragia y exudados, conforme la toxemia aumenta su intensidad. La retina llega a desprenderse en un pequeño porcentaje de los casos.

Dolor epigástrico: Cuando se presenta este dolor debe siempre tenerse presente la posibilidad de que aparezcan convulsiones en unas cuantas horas, y salvo la operación Cesárea, difícilmente impedirá su aparición cualquier otro método de interrupción del embarazo. (93)

(93). -De Alvarez Ramón R. TEXTO DE GINECOLOGIA, p. 471 - 474.

La preeclampsia-eclampsia es una enfermedad de embarazadas caracterizada por edema generalizado o proteinuria o hipertensión que suele presentarse a fines del tercer trimestre. Si hay convulsiones o coma, se denomina eclampsia, etapa más fulminante del padecimiento. La preeclampsia-eclampsia generalmente ocurre en el primer embarazo; también están propensas las multíparas con embarazos gemelares o complicaciones como diabetes mellitus o sacarina.

Problemas especiales de diagnóstico.

Preeclampsia-eclampsia: cuando la hipertensión es debida a alguna otra enfermedad (como hipertensión esencial, enfermedad renal o diabetes mellitus), la elevación de la presión arterial más el edema o la proteinuria, justifican el diagnóstico de preeclampsia superpuesta. En ambas circunstancias la presencia de convulsiones o coma confirma el diagnóstico de eclampsia. Además de estos padecimientos son agregados a enfermedades cardiovasculares, renales o de otro origen, no debe considerarse hipertensivo gestacional.

Frecuencia

Primigravidez: Hay mayor frecuencia de toxemia en primigrávidas en comparación con las multíparas y 65% de los casos de preeclampsia-eclampsia se presenta durante el primer embarazo siendo mayor en primigestas jóvenes (menos de 17 años) o añosa (más de 35 años).

Embarazo múltiple: La posibilidad de preeclampsia-eclampsia aumenta con el número de fetos.

Enfermedades vasculares: En especial hipertensión esencial enfermedades renales hipertensivos o vasculares, diabetes mellitus.

Polihidramnios: de cualquier origen (más embarazo múltiple) predispone a eclampsia-preeclampsia.

Mola hidatiforme: Aumenta la posibilidad de preeclampsia-eclampsia, que suele manifestarse antes de la 20a. semana de gestación.

Deficiencias dietéticas; desnutrición grave: en cuanto a las deficiencias de proteínas y vitaminas hidrosolubles pueden inducir preeclampsia. Sin embargo no hay pruebas convincentes de que las deficiencias específicas produzcan la enfermedad.

Tendencia familiar: Hay controversias en cuanto a que si este factor en apariencia predispone de forma genético o ambiental.

Etiología.

La causa de preeclampsia-eclampsia permanece desconocida. Campos importantes de sospecha en lo pasado han sido los trastornos metabólicos de las proteínas, bloqueo de la actividad o metabolismo normales por la placenta en desarrollo, manifestaciones idiosincráticas de reacción vascular y deficiencias nutricionales.

Patogénesis.

Los cambios patológicos atribuidos a la preeclampsia-eclampsia

son:

Vasos sanguíneos: en los cuales ocurre vasospasmo anormal cuando se desarrollan la hipoxia secundaria, puede producirse hemorragia o necrosis en la placenta.

Placenta: Hay cambios como vejez prematura, degeneración sincitial, depósito hialino paravelloso y congestión del espacio velloso. La disminución y trombosis de las arterias espirales en la decidua, necrosis de ésta y hemorragia hacia el tejido circundante.

Riñón: Cambios glomerulares, la inflamación de las células endoteliales y el depósito de material amorfo en su citoplasma produce crecimiento e hinchazón de los capilares glomerulares. El glomérulo crece y la luz de sus vasos se estrecha; las células intersticiales entre los capilares proliferan y el penacho capilar aprieta todo el glomérulo. en casos graves el glomérulo parece estar vacuulado, debido a esos cambios se reducen el riego y la filtración glomerular. La reparación completa de estas lesiones ocurre por lo general después del parto aunque a veces puede desarrollarse daño vascular glomerular permanente después de la eclampsia. En casos raros el espasmo vácular renal intenso y la isquemia pueden producir trombosis arterial extensa e infarto, produciendo una necrosis cortical renal bilateral, que a menudo es mortal.

Sangre: Ocurre con frecuencia coagulación intravascular diseminada debido a la separación prematura en placas de la placenta que inicia una coagulación de consumo progresiva. Los microtrombos de fibrina afectan órganos distantes ocasionando necrosis y hemorragias.

Hígado: Lo característico es la necrosis hemorrágica periportal lobular, la cual puede extenderse hacia el centro del lobulillo hepático. Los sinusoides circundantes pueden estar comprimidos, y en otras zonas pueden causar extravasación y formar coágulos de fibrina en especial en las bases de las columnas de células hepáticas.

Encéfalo: junto con el edema cerebral, pequeñas hemorragias pueden afectar a casi el 20% de éstas mujeres con dicho padecimiento, sobre todo en partes como protuberancia anular ganglios basales y áreas subcorticales.

Corazón: Hemorragias subendoteliales, trombos de fibrina, necrosis focal y hemorragias miocárdicas, con alteración del sistema de conducción.

Pulmones: casi todo paciente con muerte por eclampsia tiene edema pulmonar agudo y neumonía bronquial hemorrágica difusa y grave.

Fisiopatología.

Hipertensión: La cual es característicamente lábil, lo que probablemente refleja una sensibilidad demostrada en la respuesta arteriolar a las aminas y los péptidos presores de origen endógeno. Se ha considerado a la retención de sodio como factor incitante. La hipersensibilidad a la acción vasoactiva de Hormona antidiurética (ADH) en la circulación renal puede contribuir a la retención de agua y sodio.

Otros agentes que pueden presentarse incluyen a las catecolaminas y prostaglandina, cuyas cifras pueden exceder a

las normales en algunas pacientes. Las prostaglandinas se producen normalmente en la placenta y la presencia de prostaglandina E o I en mayor concentración durante el embarazo normal puede disminuir la vasoconstricción producida por la angiotensina II.

Edema: El cual por sí sólo no indica que exista preeclampsia ya que pueden haber factores como ingestión excesiva de sal, presión mecánica, hipoproteinuria, etc., que la ocasiona. Sin embargo un aumento súbito de peso de 1 kg o más en una semana o tres kg o más en un mes debe reforzar la sospecha de que puede existir preeclampsia-eclampsia en desarrollo no aumentar de peso significaría crecimiento fetal insuficiente y muerte fetal inminente.

Retención de sodio: La secreción de aldosterona aumenta conforme progresa el embarazo. Dicha concentración no es demostrablemente diferente en el embarazo normal de las concentraciones en mujeres que van a tener preeclampsia.

Proteinuria: en la proteinuria renal de la preeclampsia-eclampsia, la proteína excretada es principalmente albumina y en menor cantidad globulina. Estas proteínas pasan a través del glomérulo hacia la orina, más rápido y en mayores cantidades de la que pueden resorberse en los túbulos proximales debido a la lesión glomerular y tisular. Entre las proteínas que se pierden en la orina está la Angiotensinasa que inactiva la angiotensina II. Así a pesar del aumento gradual de las concentraciones de angiotensinasa, después de la semana 20 del embarazo, su pérdida en la orina puede disminuir la tasa de inactivación de la angiotensina II y contribuir a la hipertensión.

Función cerebral: la circulación sanguínea cerebral es normal

en las pacientes con preeclampsia, pero está reducida durante el coma de la eclampsia. El coma probablemente sea producido por el edema, hipoxia, o alteraciones bioquímicas del sistema nervioso central.

Función oftálmica: lo más común es encontrar espasmo arteriolar que primero produce constricción de las arteriolas, localizados en la primera mitad de la arteriola retiniana cerca de la pupila óptica. Los cambios oculares en los trastornos gestacionales con edema, proteinuria e hipertensión suelen ser reversibles por completo, en la preeclampsia-eclampsia y debe recuperarse la visión normal en 3 semanas o menos.

Tratamiento de la preeclampsia-eclampsia.

A.-Principios del tratamiento.

Tratamiento para corregir manifestaciones específicas:

Reducir la irritabilidad del sistema nervioso central

Reducción de la hipertensión.

Corrección del desequilibrio electrolítico, desequilibrio ácido básico y otros tipos de desequilibrio electrolítico.

Prevención o interrupción de las convulsiones.

Prevención o tratamiento de las complicaciones fetales o placentaria.

Diagnóstico diferencial y tratamiento de otros trastornos (concomitantes).

Elecciones obstétricas.

Posibilidad de tiempo y modo de inducir el trabajo de parto.

Método de parto después del trabajo de parto espontáneo.

B.-Tratamiento ambiental: Muchas pacientes hospitalizadas con un proceso hipertensivo del embarazo inclusive con hipertensión

complicada por el embarazo puede volverse normotensa después de 5 a 7 días de reposo en cama. Las eclámpicas no deben tener visitantes, y no debe dejarseles sin vigilancia.

C.-Alimentación: Debe ser residuo neutro y rica en proteínas (100gr/día o más) con una ingestión de 1600 kcal/día.

D.-Líquidos y electrolitos: Debe basarse en la necesidad de combatir la deshidratación. Es esencial llevar un registro cuidadoso y estricto en el control de líquido.

E.-Medicamentos

Sedantes: para casos leves fenobarbital 60 mg V.O. 3 veces al día. En casos graves se administra I.M. en forma de fenobarbital sodico 250 mg cada 6 horas.

Sulfato de magnesio: como anticonvulsivante I.V., aunque aumenta la retención de sodio no debe administrarse en forma súbita, la administración intravenosa de calcio revierte los efectos del magnesio (ya sea por sobre-dosificación o por reducción inesperada de la excreción urinaria) basta 1 ampula de 20 ml de solución de gluconato de calcio al 10%

Medicamentos antihipertensivos vía parenteral: como la hidralizina (Apresoline) a través de goteo en concentración de 20 mg/100 ml de dextrosa al 5% en agua; Propanolol junto con la hidralizina; diazóxido (Hiiperstat) I.V., rápida de 300 mg produce vasodilatación inmediata y reducción de la T.S. Diuréticos como las tiácidas; expansores del plasma solo Diuréticos como las tiácidas; expansores del plasma solo cuando ocurre disminución del volumen plasmático. (94)

(94). - Benson C. Ralph. Op cit. p. 753-759

1.9.2. Anemias.

La anemia es el estado patológico que se caracteriza por la disminución de ciertos elementos constitutivos de la sangre fundamentalmente la hemoglobina y los eritrocitos. (95)

Los cambios funcionales y patológicos en la madre durante el embarazo hacen difícil determinar si hay anemia. Ya que no son solo los valores sanguíneos los que difieren de los que se encuentran en la paciente embarazada sino que además varían otros con el curso de la gestación. Si hay deficiencias de grado significativo la paciente se encuentra anémica y es recomendable administrar tratamiento específico. La anemia en el embarazo es una causa importante de morbilidad materna y perinatal, es por ello que se abordará dicho tema a continuación. (96)

Las anemias se clasifican de acuerdo al grado, es decir si son leves, moderadas o severas. Otra clasificación es la que las considera como adquiridas y hereditarias, ésta última es la que se maneja a continuación.

-Clasificación.

A.-Adquirida.

Anemia por deficiencia de hierro.

Anemia por pérdida de sangre,

Anemia por proceso inflamatorio o maligno,

Anemia megaloblástica,

Anemia hemolítica adquirida,

Anemia aplásica o hipoplástica.

(95).-Mondragon Castro Hector, Op. cit. p. 330-332

(96).-Benson C. Ralph, Op. cit. p. 883-884

B.-Hereditaria:

Talasemia,

Hemoglobinopatías por células falciformes,

Otras hemoglobinopatías.

-Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro.

Las causas más comunes de la anemia durante el embarazo y el puerperio son debidas a deficiencias de hierro por pérdida intensa de sangre. En una gestación normal con un solo feto las necesidades maternas de hierro producidas por el embarazo arrojan un promedio cercano a los 800 mg de los cuales aproximadamente 300 mg van al feto y la placenta, mientras que alrededor de 500 mg sirven para incrementar el volumen materno de hemoglobina. Aproximadamente 200 mg más se eliminan a través de orina, el intestino y la piel. Esta cantidad de hierro supera en gran medida los depósitos de hierro en muchas mujeres.

Tratamiento.

El empleo de una medicación parenteral efectiva a base de hierro asegura que la madre lo reciba. Aunque se proporciona por vía oral siempre que la paciente comprenda la importancia de tomarla con dosis diarias de sulfato ferroso, fumarato o gluconato, éste tratamiento debe mantenerse por lo general de 3 a 6 meses después de que la anemia haya sido corregida. (97)

(97).-Williams, OBSTETRICIA, p.545-554.

1.9.3. Trastornos hemorrágicos.

La presencia de sangre a través de la vagina en cualquier época del embarazo debe considerarse como una señal de alarma. Cuando esto sucede en la primera mitad de la gestación corresponde a cuadros patológicos. El sangrado en los últimos meses del embarazo es muy significativo, en tanto no se determine la causa del mismo se considera como la primera señal de una complicación obstétrica importante. Dentro de los trastornos hemorrágicos que nos ocupan está el aborto, del cual a continuación se explican sus tipos, etiología, diagnóstico y tratamiento según sea el caso.

El aborto es "la expulsión o la extracción de toda (completo) o de partes (incompleto) de la placenta y de las membranas ya sea con un feto identificable o con un producto vivo o muerto que pesa menos de 500 gramos". (88)

Existen varios tipos de abortos espontáneos entre los cuales están:

Amenaza de aborto,
Aborto incompleto,
Aborto inevitable,
Aborto completo,
Aborto habitual,
Huevo muerto y retenido,
Aborto contagiado, y
Aborto infectado o séptico.

(88). -Núñez Maciel Eduardo, GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, P. 281.

Frecuencia.

La frecuencia es difícil de establecer ya que se dice que aproximadamente el 10% de todos los embarazos terminan en aborto espontáneo, y este número no es muy factible debido a que muchos de los abortos no son reportados cuando ocurren a temprana edad, o por ser producto de una regla retrasada y gran cantidad de ellos son inducidos.

Factores maternos.

Anormalidades uterinas: Los leiomiomas uterinos son comunes pero rara vez precipitan un aborto espontáneo. Los fibromas submucosas pueden interferir con la implantación y producir aborto pero la mayor parte de los fibromas son cohabitantes inocuos del útero en presencia de embarazo. La malformación uterina congénita (tabiques completos o incompletos) no producen abortos sino más bien partos prematuros.

Pueden ocurrir abortos tardíos o secundarios o algún trastorno de la cervix como una laceración obstétrica profunda, amputación cervical previa o insuficiencia cervical congénita o adquirida, lo que con mayor frecuencia resulta en aborto habitual.

* Infecciones maternas: Existen variedad de infecciones bacterianas, virales y protozoarias asociadas con el aborto espontáneo, este grupo incluye paludismo, pиеlonefritis, neumonía, tifo, sarampión, rubeola, parotiditis e influenza. Producen abortos por su alta toxicidad sistémica en la madre.

Trastornos endócrinos: Las insuficiencias luteínicas por lo

general tienen como resultado un aborto espontáneo poco después del período menstrual esperado y dicho evento puede mal interpretarse como una menstruación profusa y ligeramente retrasada. A pesar de que se ha sugerido que el hipotiroidismo es una causa de aborto espontáneo, posiblemente es raro y el hipotiroidismo grave es probable que produzca anovulación y fallas de la concepción que aborto. Una diabetes mellitus mal controlada puede producir abortos espontáneos.

Amenaza de aborto.

La amenaza de aborto es el estado en el cual existe sangrado intrauterino antes de la vigésima semana de la gestación ya sea con o sin cólico uterino, sin la expulsión de los productos de la concepción y sin dilatación o borramiento del cérvix.

Diagnóstico y tratamiento.

El sangrado puede ser café o sanguinolento, no es más profuso que un sangrado menstrual normal. El dolor es de tipo cólico, ocasionalmente existe lumbalgia. Otras causas de sangrado pueden ser locales como son: Las lesiones vaginales o cervicales.

No existe tratamiento especial para la mayor parte de las pacientes con amenaza de aborto. Es común prescribir el reposo en cama, reposo pélvico y algún sedante leve para disminuir la angustia principalmente los cólicos, así como suspender las duchas y el coito hasta una semana después de que los síntomas hayan desaparecido. Se deben realizar exámenes repetidos para observar el crecimiento uterino, y los valores GCH.

Las hormonas preferidas son: Medroxiprogesterona (Provera) 10 mg 2-3 veces al día V.O. para que los cólicos y el sangrado se detengan; para uso parenteral están la progesterona en aceite 10mcgr I.M., administrados hasta que se detenga el sangrado; Caproato de hidroxiprogesterona (Delalutin) de 250-500 mcgr I.M. cada dos semanas hasta que sea necesario.

Aborto incompleto.

Es la expulsión de ciertos productos de la concepción antes de haberse completado la vigésima semana de gestación.

Diagnóstico y tratamiento.

La confirmación de éste puede practicarse eliminando los productos de la concepción mediante legrado. Los signos y síntomas de aborto incompleto son una extensión de los del aborto inevitable junto con la observación de tejido fetal o placentario.

Las diferencias en el manejo dependen de la urgencia de cada situación. El manejo inicial incluye la eliminación de fragmentos placentarios separados y la inducción de las contracciones uterinas. La extracción suave de los fragmentos de la placenta permitirá la presencia de contracciones uterinas y reducirá el legrado. La evacuación uterina ya sea solo por dilatación, o bien, por dilatación y legrado, es el tratamiento adecuado después del manejo preoperatorio inicial habitual.

Los agentes oxicídicos administrados durante y después del legrado también reducen la pérdida sanguínea y el riesgo de

perforación. Debe evitarse el uso de anestésicos relajantes uterinos tales como el halotano y el éter.

Aborto inminente.

Es el estado en el cual es el sangrado intrauterino el que ocurre antes de haberse completado la vigésima semana de gestación, con dilatación continua y progresiva del cérvix sin la expulsión de los productos de la concepción.

Diagnóstico y tratamiento.

El sangrado es mayor y más cólicos que la amenaza de aborto. La atención se dirige hacia la dilatación del orificio interno sobre todo en multíparas. La ruptura de las membranas puede ser aparentemente mediante la presencia de líquido amniótico en el fondo de saco posterior. Es importante la determinación de pH, así como la prueba de hehecho, y no pueden hacerse por la presencia de la sangre. El tratamiento es de forma conservadora, similar al del aborto incompleto.

Aborto habitual.

Es cuando existen tres o más abortos consecutivos espontáneos.

Diagnóstico y tratamiento.

Su tratamiento consiste en asegurar una alimentación adecuada con suplementos tiroideos u hormonales si se requiere, y

establecer una terapéutica de apoyo con la paciente. Las medidas quirúrgicas incluyen corrección de anomalías de las vías genitales (resección de miomas), y reparación de la cervix incompetente. Puede realizarse: Traquelorrafia (operación de Lash), cerclaje cervical, inserción de un pesario de Smith-Hodge o un pesario inflable en forma de dona; el cerclaje transabdominal puede emplearse en casos raros como amputación cervical, laceraciones cervicouterinas profundas o acortamiento congénito de la cervix.

Aborto completo.

Es la expulsión de todas las partes de la concepción antes de cumplirse la vigésima semana de la concepción.

Diagnóstico y tratamiento.

Los productos eliminados se observan completos y el sangrado y los cólicos cesan después de la expulsión; es necesario el legrado y mantener a la paciente en observación, por si presenta mayor sangrado. Todos los productos de la concepción deben ser examinados a fondo para valorar su integridad y características. El pronóstico es excelente cuando se han eliminado todos los productos de la concepción y cuando puede descartarse mola proliferativa o coriocarcinoma. (99)

Huevo muerto y retenido.

Es la muerte del embrión o del feto en el útero antes de (99). - De Alvarez Ramón R. op. cit. . p. 252-267

haberse cumplido la vigésima semana de gestación con retención de los productos de la gestación in útero durante 8 semanas o más.

Diagnóstico y tratamiento.

El lapso de tiempo anterior a la expulsión es corto y ocasionalmente puede durar varias semanas. El cuadro clínico se asemeja a una amenaza de aborto. La paciente puede notar la desaparición de los síntomas de embarazo, junto con la pérdida de peso. Ocasionalmente el huevo muerto y retenido se acompaña de una coagulación intravascular diseminada con coagulopatía por consumo. Generalmente terminan como un aborto completo que puede requerir o no de un legrado durante las 3 o 4 semanas siguientes.

Aborto contagiado.

El aborto contagiado es aquel que se produce por la Brucella abortiva (Bacilo de Bang). Este bacilo produce aborto contagioso en el ganado y también puede producirla en el humano.

Aborto infectado o séptico.

Es el aborto asociado con infección de los órganos genitales.

Diagnóstico y tratamiento.

Siempre es necesario la hospitalización y el inicio de

tratamiento intravenoso con tres antibióticos en dosis elevadas: Transfusión de sangre entera si se requiere de preferencia fresca con administración de 10 unidades de oxitocina en solución glucosa al 5% I.V., Determinación de P.V.C., y excreción urinaria, así como gases sanguíneos. Se tomará en consideración la histerectomía abdominal cuando los microorganismos causantes son clostridius, después de perforación uterina, o cuando la paciente responda al tratamiento después de haber estado en choque séptico. El pinzamiento de la vena cava y la ligadura de la vena óvarica pueden ser recomendables cuando ocurre embolización pulmonar séptica repetidas.

Aborto inducido.

-Terapéutico: Es la interrupción deliberada del embarazo antes del período de viabilidad debido a enfermedad materna que ponga en peligro fatal o potencial la vida de la paciente.

-Legal: Es la interrupción artificial y deliberada del embarazo antes del período de viabilidad con una justificación legal.

-Criminal: Es la interrupción artificial y "deliberada" del embarazo, antes del período de viabilidad, sin justificación.

Es importante aquí las numerosas indicaciones consideradas para una inducción de aborto las cuales pueden ser de tipo: Obstétricas, quirúrgicas, ortopédicas, hematológicas, cardiovasculares, pulmonares, urológicas, oftalmológicas, endócrinas, digestivas, inmunológicas, neurológicas, congénitas, oncológicas, infecciones crónicas, psiquiátricas, paternas, sociales. Para ello los métodos utilizados son:

Aspiración o logrado quirúrgico, inducción del aborto mediante inyección intra o extraovular de una solución hipertónica u otro agente oxitócico, colocación extraovular de dispositivos como catéteres, cánulas o balones, histerectomía abdominal o vaginal, así como aspiración ovular antes de transcurridas 8 semanas.

El método abortivo utilizado se determina principalmente por la duración del embarazo, evaluación adecuada de la salud de la paciente, experiencia del cirujano y medios de que se dispone. (100)

1.9.4. Hiperemesis gravídica.

Después de la primera falta menstrual el huevo es apenas del tamaño de la cabeza de un alfiler, para el final del segundo mes alcanza una dimensión de un huevo pequeño. Un crecimiento tan rápido hace necesario gran extensión del sitio de implantación original y una gran cantidad de embriotrofo nutritivo para lo cual se necesita una marcada destrucción de tejidos maternos. El material de desecho resultante de estos elementos deciduales junto con los fragmentos de trofoblasto que logran entrar a la circulación materna y los productos metabólicos del huevo mismo, pueden tener un efecto tóxico sobre la madre en los primeros meses del embarazo.

Hacia el tercer mes, regularmente las náuseas matutinas ocasionadas por esta intoxicación cesan. Raramente las náuseas y vómitos pueden hacerse excesivos, y es cuando se habla de una hiperemesis gravídica o de vómitos perniciosos.

(100). -Benson C. Ralph, Op. cit. p. 537-543.

Etiología.

Se considera que aparte de la base tóxica mencionada, la hiperemesis gravídica tiene adicionalmente algo para hacer esos vómitos excesivos como es: Un temperamento neurótico, una perturbación del metabolismo de los carbohidratos o bien una toxemia excesiva desusual.

Vómitos neuróticos: Este tipo de mujeres sufren una exageración de los vómitos, debido al temor de estos, rehusa los alimentos y como consecuencia aumenta la tendencia a la inanición.

Vómitos debidos a trastornos del metabolismo hidrocarbonado: Si por cualquier razón la ingestión de carbohidratos es inadecuada, se produce inanición rapidamente, aumentando la tendencia al vómito. Este tipo de hiperemesis es a menudo una amenaza sobreañadida a la variedad neurótica. Esta combinación resulta un círculo vicioso, ya que los vómitos y el no comer conducen a una inanición, que causa más vómitos y mayor desnutrición.

Vómitos perniciosos tóxicos: Son muy raros, en ocasiones se desarrolla una toxemia al principio del embarazo, que causa vómitos perniciosos persistentes y termina fatalmente en poco tiempo a menos que el embarazo se interrumpa, se cree que sea provocado en los productos de la concepción.

Anatomía patológica.

El hígado se afecta cuando la hiperemesis gravídica es fatal. las lesiones más comunes consisten en: Degeneración granulosa difusa que generalmente se encuentra en mujeres que finalmente

mueren por inanición.

Los síntomas son: Náuseas matutinas en una mujer con temperamento neurótico, en la cual los vómitos se hacen persistentes experimentando dificultad para retener los alimentos en el estómago; deshidratación y aliento con olor a acetona mostrando los efectos de la inanición; debido a la deficiencia vitamínica puede observarse debilidad muscular, pérdida de los reflejos y signos de polineuritis; en ocasiones aparecen hemorragias concomitantes en el cerebro. Después de algunas semanas ocurre la muerte por inanición. En la variedad tóxica típica la terminación es más rápida: Se exageran las náuseas matutinas, en poco tiempo aparece ictericia (el vómito toma aspecto de asientos de café); aparece el coma en pocos días lo cual va seguido de la muerte.

Diagnóstico.

Después del diagnóstico de embarazo se descartan otras causas de vómito. Después de mantener a la paciente en observación bajo tratamiento apropiado es posible hacer diagnóstico. La sugestión junto con alimentación adecuada y las inyecciones I.V. de glucosa tiene efecto favorable sobre los vómitos neuróticos y la inanición, no así en la variedad tóxica. El curso de ésta se modifica solo mediante aborto terapéutico.

Tratamiento.

Aislamiento: Siempre que los vómitos lleguen a ser perniciosos, debe recomendarse el aislamiento de la paciente de ser posible internarse.

Sugestión: Es importante hacer que la paciente crea que su completa restauración se debe al tratamiento aplicado, así mismo debe tener reposo en un cuarto tranquilo y bien ventilado. Nada por vía oral en 24 horas y administrar sedantes en forma de bromuros y cloral con las soluciones usadas para proctoclisis. De ser necesario administrar luminal por vía hipodérmica.

Ingestión de líquidos: diariamente administrar 3000 cc y forzar líquidos por vía oral en cuanto la paciente pueda alimentarse sin vomitar.

Administrar carbohidratos: Inyecciones I.V., 100 cc de solución glucosada al 10 % o 500 cc al 20 % tres veces al día. Estas inyecciones son lentamente. Los líquidos ayudan a vencer la deshidratación; la sal combate la cloropenia y el azúcar ahorra proteínas, protege al hígado, vence la inanición y reduce la tendencia a la acidosis. Estas propiedades se deben enfatizar al administrarse al paciente.

Estos métodos pueden fallar cuando el médico y la enfermera no han tenido éxito desde el punto de vista psicotepapéutico o bien cuando los vómitos son de la variedad tóxica verdadera en cuyo caso está indicado el aborto terapéutico.

Especialmente se dá cuando hay pérdida continua de peso, elevación persistente del nitrógeno no protéico y del ácido úrico en la sangre, hemorragias retinianas e ictericia acentuada. El útero debe vaciarse de la 8a. semana. De ésta a la duodécima semana se abre el cuello con dilatadores de Hegar extrayendo el huevo con pinza, después del tercer mes se recomienda la histerotomía vaginal anterior. (101)

(101).-Beck, Alfred C. Op. cit. p. 456-470.

1. Q. S. - Infecciones de vías urinarias.

La micción frecuente es una molestia común durante todo el embarazo. La congestión vascular de la pelvis y los cambios hormonales son la causa de la alteración en la función de la vejiga. Durante la etapa tardía del embarazo, cuando la presión sobre la vejiga por el útero crecido y la parte de presentación fetal disminuye la capacidad de aquélla, la micción se vuelve aún más frecuente.

En algunas pacientes, la polaquiuria se debe a infección de las vías urinarias; la disuria o hematuria suelen ser signos de que se ha desarrollado infección, y es necesario utilizar medidas de diagnóstico y tratamiento que pueden ser útiles independientemente de la causa.

Las vías urinarias son especialmente susceptibles a infecciones sobre todo durante el embarazo ya que se encuentran alteradas las secreciones de esteroides y por la presión ejercida por el útero grávido sobre los uréteres y la vejiga, los cuales causan hipotonía y congestión, predisponiendo a reflujo ureterovesical y a éstasis urinaria. Por lo general el microorganismo que causa la infección en la mayoría de las mujeres es la *Escherichia Coli* aunque ocurre bacteriuria asintomática en cerca de 5 % de todas las mujeres embarazadas. La infección sintomática de las vías urinarias es causa de aumento en la ocurrencia del trabajo de parto y partos prematuros.

Para el diagnóstico se basa en un frotis teñido y cultivo de una muestra de orina obtenido por sonda en condiciones estériles. En sospecha de tuberculosis se debe hacer una tinción acidorresistente del sedimento urinario, así como pruebas de sensibilidad para determinar las respuestas a varios antiinfecciosos.

Signos y síntomas.

Dolor: El cual puede ser localizado o referido. El primero su malestar se siente en el sitio de la lesión, en el segundo se encuentra lejos de su origen. Puede ser provocado por inflamación, por distensión del órgano. El dolor renal por lo general se siente en el ángulo costovertebral por abajo de la 12a. costilla pero puede confundirse con radiculitis ya que es persistente y puede referirse al ombligo.

El dolor ureteral es de tipo cólico, se irradia desde el ángulo costovertebral hacia abajo de la vulva. El dolor vesical con sobredistensión de la vejiga generalmente se siente en el puvis y se alivia mediante vaciamiento de la vejiga, cuando es debido a infecciones vesicales es referido al extremo distal de la uretra.

Otros síntomas relacionados con la micción suelen ser:

Polaquiuria: que puede ser provocada por capacidad reducida de la vejiga o por falta de capacidad funcional, este trastorno surge por infección cálculos, tumores radiación ó cuerpos extraños. La poliaquiuria que persiste todo el día y noche (nicturia) es característica de infección o de fibrosis de la vejiga. La ausencia de polidipsia y de nicturia indican algún ábito o base emocional para la polaquiuria diurna.

Nicturia: es el resultado de enfermedad renal, asociada con pérdida de la capacidad de concentración, exceso de ingestión de agua o uso de diuréticos. En la diabetes mellitus ocurre también polidipsia.

la musculatura se contrae, la uretra proximal y la porción inferior de la vejiga permite el paso de orina de la vejiga a la uretra.

El diagnóstico se realiza mediante cistouretrografías, con cistometrías ureterovesical mediante agua ó CO_2 para diagnóstico diferencial.

También se realizan pruebas especiales: a) prueba de trigono (Bonney o Marchetti), que consiste en inyectar procaina 2 mm de una solución a 0.5%, bajo la mucosa de la uretra en la unión uretrovesical; b) Cistometría electrónica directa; c) Urodinámica.

Tratamiento médico: consiste en corrección de la deficiencia estrogénica cuando hay cambios atróficos importantes. Los medicamentos actualmente en uso consisten en: propantelina 30 mg cada 6 horas; una combinación de maleato de clorfeniramina y fenilpropanolina en forma de clorhidrato una cápsula cada 12 horas; flavoxate de 200 mg cada 6 horas; imipramina 50 mg cada 8 horas y sulfato de efedrina 25 mg cada 6 horas. La contracción firme de los músculos pubococcigeos y puborrectal así como el esfínter del ano 20-30 ocasiones al día produce mejoría.

Tratamiento quirúrgico: cuando no hay respuesta al tratamiento médico y no es de origen neurogénico se emplean: uretrotomía y colporrafia anterior; ureterocistopexia; procedimientos de suspensión resección nerviosa intravesical. Además se utilizan también estimulación eléctrica, dispositivos mecánicos y mucho cuidado postoperatorio, con iniciación del tratamiento antimicrobiano como cefalosporinas I.M. antes de la cirugía.

Uretritis.

La uretritis es la inflamación de la uretra, la cual por lo general va acompañada del hipoestrogenismo. Los tejidos se atrofian, se secan, enrojecen y se vuelven hipersensibles.

Pueden presentarse frecuencia y urgencia urinarias, así como inconsistencia por estrés. A veces se logra alivio con la administración de estrógenos combinados 0.3-0.625 mg por vía bucal diarios; o etinil estradiol 0.05 mg en forma similar, ó un supositorio que contenga estrógenos. Hay pacientes con uretritis crónica no infecciosa que no responde al tratamiento estrogénico y se puede tratar mediante la aplicación tópica fenol o acetónido de triamcinolona o por electrodesecación de las lesiones uretrales. Algunas pacientes no responden a ningún tratamiento y se refieren como casos "psicógenos" ó "alérgico".

Carúncula uretral.

Es una excrecencia pequeña, enrojecida, de carnosidad muy sensible en el meato uretral. La mayoría representan eversion (ectoprión) de la uretra ó infecciones en el meato urinario, pero las anomalías vasculares de las neoplasias, benignas o malignas, también pueden causar la formación de carúnculas.

Las más comúnmente afectadas suelen ser las mujeres postmenopáusicas aunque puede aparecer a cualquier edad. Los signos y síntomas son: primero aparece como una masa pequeña de color rojo vívido, sésil o aplanada, que hace prociencia a través del meato urinario, casi siempre sangra, exuda o provoca dolor, los síntomas urinarios suelen ser disuria, polaquiuria y

urgencia; el sangrado y la leucorrea por lo general no son graves, excepto cuando ha ocurrido algún cambio maligno.

El diagnóstico se hace necesario mediante muestras de exámen celular, los frotis para búsqueda de bacterias, cultivos y biopsias en forma sistemática, o bien exámen de campo oscuro si se sospecha de sífilis, y prueba de fijación del complemento o la prueba de Frei en sospecha de linfogranuloma venéreo. El tratamiento preventivo es con estrógenos para mujeres menopáusicas y evitar irritación local. Aplicación de estrógenos en forma local antes de dar tratamiento específico. Si las pruebas de cáncer son negativas se puede efectuar una fulguración leve bajo anestesia local, criocirugía o escisión teniendo cuidado de no producir estenosis. En el caso de malignidad se realiza resección radical ó radiación. Debe dilatarse el meato uretral después del tratamiento si se desarrolla estenosis.

Inflamación vesical.

Las infecciones de la vejiga son causadas generalmente por el ascenso de Escherichia Coli desde la uretra. El edema de la submucosa, el enrojecimiento y algunas veces la equimosis afectan al trigono o a los orificios uretrales más a menudo que otras zonas en la vejiga. Los síntomas suelen presentarse 24-48 horas después del coito e incluyen disuria, urgencia y polaquiuria. El exámen de muestra reciente de orina muestra leucocitos, eritrocitos y en ocasiones proteínas y un gran número de bacterias. El tratamiento consiste en la administración de sulfonamidas.

Cálculos uretrales y vesicales.

Los cálculos se producen en el riñón y son transportados al interior del uréter por el flujo urinario, la gravedad y la peristalsis. A menudo permiten el flujo urinario y no producen síntomas sin embargo pueden obstruir las zonas más estrecha en un grado variable produciendo síntomas agudos o crónicos. En el caso de la litiasis vesical pueden no producir síntomas urinarios, pero algunas enfermas tienen episodios asociados de cistitis recurrentes la cual se manifiesta con pus y sangre en la orina. Los cálculos ureterales pueden deberse a hiperparatiroidismo o a pielonefritis aguda, gota u otros trastornos metabólicos. Ocasionalmente aparece hematuria, y se experimenta dolor del exámen de orina, radiografía de abdomen o urogramas; consiste en extracción mediante cistoscopias, ureterolitotomía o litotripsia ultrasónica percutánea. Puede ocuparse la morfina para el dolor, y evaluación periódica.

Glomerulonefritis.

Aunque es raro un ataque inicial de glomerulonefritis aguda durante el embarazo, la mayor parte de los problemas obstétricos a causa de ésta incluyen formas crónicas transicionales de la enfermedad. En las mujeres con glomerulonefritis ocurre infertilidad; aborto, parto prematuro, muerte fetal in utero, desprendimiento prematuro de placenta normoinserata, y dismadurez placentaria con mayor frecuencia que en las mujeres normales. La nefritis causa hipertensión, predispone a la preeclampsia-eclampsia y se asocia con una frecuencia elevada de muerte y enfermedad perinatales.⁽¹⁰²⁾

(102) Benson C. Ralph. Op. Cit. pp. 412-422, 600-604.

El tratamiento médico es el mismo que si la paciente no estuviera embarazada. Los esteroides corticosteroides pueden ser nocivos y los antibióticos son ineficaces. Pero puede justificarse que el aborto terapéutico si presentan exacerbaciones agudas, de glomerulonefritis con insuficiencia renal grave. Puede ser una indicación para operación cesárea cuando ocurre dismadurez placentaria o preeclampsia-eclampsia.

Pielonefritis.

La pielonefritis es extremadamente grave en la embarazada. Existe mayor morbilidad de pielonefritis en primíparas y aquellas que tienen trabajos de parto difíciles, mujeres con anemia de células falciformes y mujeres con diabetes mellitus. La cateterización y deshidratación (diuréticos) contribuyen a la movilidad de la infección urinaria. El tratamiento antibacteriano debe ser enérgico y continuarse durante un mes por lo menos, ya que tiende a recaer en el embarazo, si es necesario continuar el tratamiento hasta el momento del parto. Si la infección no puede controlarse y empeora la función renal, puede ser necesario para salvar la vida, un aborto terapéutico.

Insuficiencia renal aguda.

Constituye la complicación renal más grave del embaraz, suele depender de una necrosis tubular aguda. Esta puede producirse por eclampsia-preeclampsia grave, aborto séptico o desprendimiento de placenta. La insuficiencia renal aguda se manifiesta por oliguria de menos de 400 ml de orina al día ó por anuria.

El tratamiento debe dirigirse a disminuir la vasoconstricción renal, evitando así la lesión tubular. Puede necesitarse una transfusión para asegurarse la substitución de la sangre perdida, los principios terapéuticos en la fase oligúrica constituyen: a) líquido suficiente para substituir la pérdida insensible más la urinaria; b) proporcionar calorías suficiente para reducir la desintegración endógena de proteínas y en consecuencia reducir al mínimo la formación de residuos nitrogenados y la acumulación de potasio; c) establecer diálisis si los valores de urea o de potasio están aumentando rápidamente. (103)

1.9.6. Desproporción cefalopélvica.

Se habla de distocia cuando existen problemas diversos los cuales afectan la evolución del trabajo de parto y el parto. En éstos pueden participar uno o más factores como son la actividad uterina anormal o ineficaz (trabajo), la desproporción fetopélvica; posición, postura o estructura fetal anormal o placenta con implantación baja. Distocia también en un diagnóstico retrospectivo del trabajo de parto prolongado.

Dentro de éstas distocias, se abordará la desproporción cefalo-pélvica, ya que es comúnmente la que más se presenta y la cual puede ser debida a un peso excesivo (mayor de 4000 gr) presentación anormal; desarrollo fetal con hidrocefalia o muy raras veces con gemelos unidos.

La distocia fetal es el trabajo de parto anormal causado por una presentación rara del feto o por desarrollo anormal o tamaño excesivo del mismo. El crecimiento fetal puede ser

(103).-Cavanagh. Op. Cit. pp.479-484.

debido a macrosomía (crecimiento global excesivo) o a crecimiento local exagerado del producto.

Etiopatogenia.

Las presentaciones anormales que suelen asociarse con distocia son principalmente: sincipital, pélvica, de cara, de frente, situación transversal y compuesta. Las presentaciones occipitotransversa (OTD) y occipitoposterior (OP) se consideran anormales si son transitorios pero si persisten pueden causar distocia.

El tamaño del feto mayor de 4000 gr suele ser debido a herencia, diabetes mellitus, obesidad materna, edema fetal generalizado, eritroblastosis o paridad elevada de la madre. Las anomalías fetales pueden ser debidas a retención urinaria, tumores hepáticos o mielomeningocele. La presentación de cara ocurre una vez en aproximadamente 500 partos y con frecuencia causa distocia. La macrosomía fetal ocurre en aproximadamente 5% de los partos. El gran tamaño ocasiona distocia de los hombros y desproporción cefalopélvica. Las anomalías congénitas cuando se presentan por lo general se asocia con crecimientos regionales.

Tratamiento.

Detenimiento transverso en la pelvis media y profunda: La posición fetal más común es la occipitotransversa y en la mayoría de las pacientes no complica el parto. Sin embargo en ocasiones ya sea por la incompatibilidad entre la posición fetal y la forma pélvica o fuerzas insuficientes, puede haber

detenimiento transverso profundo cuando ocurre el detenimiento arriba del periné. Puede utilizarse forceps si se determina que la pelvis es normal y que hay encajamiento con pelvimetría ultrasónica o radiológica. La cabeza puede ser rotada manualmente o mediante forceps a la posición occipitoanterior y completarse el parto de manera normal. Se puede vigilar la frecuencia cardiaca fetal si es necesario para descubrir acidosis obtener una muestra de sangre del cuero cabelludo fetal, ya que esto significaría un signo de hipoxia fetal.

Posición sincipital: los fetos en presentación de vértice suelen tener poca flexión o falta total de ésta conforme pasan a la salida pélvica. Esta posición puede causar distocia cuando la cabeza no se flexiona del todo, ya que el plano occipitofrontal-bilateral es el plano importante para el encajamiento y se presenta el bregma. Puede haber suficiente aumento en el tamaño relativo de la cabeza fetal en su relación con la pelvis para evitar que descienda la cabeza. Con el trabajo de parto; si persistiera la actitud militar del feto la cabeza puede descender a la pelvis media y desarrollar inercia uterina. No debe estimularse el trabajo de parto en estos casos y si se ve el procedimiento de cesárea como elección.

Macrosomía local ó regional: la macrosomía regional suele ser debida a anomalías congénitas, la más común es la hidrocefalia en la cual la desproporción cefalo-pélvica es un problema común, ya sea de vértice ó pélvica. Está indicado un estudio ultrasónico para determinar si existen o no anomalías óseas congénitas del feto. El tratamiento de elección en la presentación de vértice es introducir una aguja a través de la sutura para sacar el líquido. Con las contracciones uterinas sucesivas y la mayor salida del líquido, se reducirá el tamaño del cráneo para después encajarse y nacer por vía

vaginal. (104)

1.9.7. Parto pretérmino.

El parto prematuro o pretérmino es una de las complicaciones que más frecuentemente se observan en Obstetricia, a pesar de lo avances modernos de la medicina, por lo que amerita mayor atención de parte del obstetra. Los avances modernos sobre todo en la detección de embarazos de alto riesgo han permitido disminuir el índice de mortalidad materna, sin embargo es poco lo que se ha logrado disminuir la frecuencia de prematuridad.

La identificación oportuna de los factores de riesgo del parto pretérmino son importantes para así mismo realizar el tratamiento adecuado y así poder entregar al pediatra un producto de mayor madurez y peso, y a la madre un bebé sano.

El parto pretérmino se define como: el producto de edad gestacional mayor de 20 semanas y menor de 37, cuyo peso oscila al nacer entre 500 gr y menor de 2500 gr. Separándose así los productos de bajo peso al nacimiento a causa de retraso en el crecimiento uterino, los cuales muchas veces se confunden con productos prematuros. (105)

Etimologías.

Se desconoce con exactitud las causas desencadenantes del parto pretérmino, aunque se han identificado múltiples factores de riesgo que lo acompañan pero no se han comprobado que sean verdaderos factores causales.

(104).-Benson C. Ralph. Op. Cit. pp. 916-933

(105).-Williams. Op. Cit. pp. 729-729.

Embarazo múltiple.
Infección de vías urinarias.
Ruptura prematura de membranas.
Diabetes mellitus.
Polihidramnios.
Enfermedades hipertensivas del embarazo.
Cardiopatías maternas.
Desprendimiento prematuro de placenta.
Placenta previa.
Incompatibilidad materno-fetal a Rh y grupo sanguíneo.
Anomalías uterinas (congénitas, tumorales, incompetencia ístmico-cervical).
Infecciones maternas severas.

Además de éstas existe otro grupo de factores etiológicos que se han denominado como factores de riesgo no atribuibles a complicaciones obstétricas y que se clasifican en:

Factores ambientales:

Condición socioeconómica deficiente, que está estrechamente relacionada con la alimentación.

Falta de asistencia prenatal especializada.
Trabajo profesional excesivo o de esfuerzos importantes.
Viajes largos, cambio de domicilio o climas extremos.
Embarazo no deseado o madre soltera.

Factores maternos:

Edad de la madre, es más frecuente en menores de 20 años y

mayores de 30 años de edad.

Talla materna: en pacientes con menos de 1.50 de talla.

Paridad: relativamente más frecuente en primigestas.

Desnutrición: se relaciona frecuentemente con déficit del aporte protéico de menos de 50 gr diarios, al igual que la hemoglobina menor de 11 gr.

Intervalo entre gestaciones: cuando son menores de 2 años.

Peso antes del embarazo: cuando es menos de 45 kg.

Habitos alcohólicos y tabaquismo: ya que la hipoxia materna cotidiana condiciona placentas pequeñas, desprendimiento de placenta, ruptura prematura de membranas. Lo mismo que se ha visto que en grandes consumidores de café y adictas a narcóticos.

Partos prematuros repetidos: se ha observado que cuando hay uno o más partos prematuros y más de un aborto, se presentan más partos prematuros hasta de un 18%.

Enfermedades maternas: incluyendo todos los padecimientos que complican el embarazo, y que dan como resultado una insuficiencia placentaria que conduce a hipoxia fetal crónica y menor aporte de nutrientes necesarios para el desarrollo normal del feto, los cuales a veces imposibilitan llevar a término la gestación por indicación médica precisa como único medio de salvar la vida de la madre y/o del producto. (108)

Diagnóstico.

La diferenciación precoz entre el parto verdadero y amenaza de

(108) Núñez Maciel Eduardo. Op. Cit. 525-528.

parto, resulta problemática antes de que el útero se haya contraído lo suficiente como para evitar producir el borramiento y dilatación palpables del cuello. Aunque si se llega a ese punto es casi imposible detenerlo. Para identificar el parto pretérmino se utilizan los siguientes hayasgos: las contracciones uterinas se presentan al menos 1 cada 10 min, y duran 30 seg o más. Si el parto resulta evidente se puede iniciar el tratamiento, de otra forma se utiliza la valoración de la función uterina mediante una tocografía externa registrando la frecuencia y duración de las contracciones; así como valorar dilatación progresiva del cuello uterino. (107)

Tratamiento.

Una vez detectado que hay trabajo de parto pretérmino se pueden seguir dos conductas:

Con amenaza de parto prematuro, en la que existe contractilidad uterina pero no hay modificaciones cervicales:

Reposo absoluto de cama: El cual disminuye la contractilidad uterina hasta un 50% de los casos.

Administración de solución glucosada: Para obtener un efecto de placebo o bien, como efecto farmacológico de inhibición de la hormona antidiurética y occitocina por el efecto rehidratante de la solución.

Tratamiento farmacológico: como betaadrenérgicos: siempre con la paciente hospitalizada y en estrecha vigilancia médica, se (107) Williams, Op. Cit. P. 726.

utilizan medicamentos tales como: isoxuprina, orciprenalina, salbutamol, bupren, terbutalina, ritodrina, fenoterol, hoxoprenalina; aunque estos medicamentos causan efectos secundarios los cuales pueden ocasionar desde taquicardia, mareos, cefalea, hipotensión arterial, hasta la muerte.

Inhibidores de la síntesis de prostaglandinas: como la indometacina, el naproxen y el fenoprofen, aunque se utiliza la indometacina en neonatología para provocar cierre del conducto arterioso persistente por lo cual se teme provocar ese cierre del producto in utero.

Cuando hay trabajo de parto prematuro establecido en cualquiera de sus diferentes etapas. En esta segunda conducta a seguir, tiene sus tres periodos igual que el trabajo de parto de término, pero debido a las características del producto prematuro de ser más lábil a la hipoxia y al trauma obstétrico se lleva un manejo más específico.

Esto es con el fin de evitar la morbimortalidad perinatal y por lo tanto es necesario trabajar en equipo con el anesthesiologo, pediatra y obstetra juntos. (108)

El tratamiento es:

Aplicar a la madre un inductor de maduración pulmonar fetal ya que el mayor problema de un prematuro es el síndrome de insuficiencia respiratoria idiopática (S.I.R.I.), ocasionando por la deficiencia de surfactante pulmonar. Se utilizan la betametazona 12 mg o dexametazona 8 mg.

(108) Núñez Maciel Eduardo. Op. Cit. pp. 528-531.

Vigilancia continua y estrecha de la contractilidad uterina y vigilar periódicamente la frecuencia cardiaca fetal para detectar datos de sufrimiento fetal en forma temprana.

Si la madre tiene dolor intenso durante la dilatación recurrir a la anestesia con el bloqueo epidural.

Pasar a la sala a la paciente con anticipación del período expulsivo ya que debido al tamaño y peso del producto la salida es rápida. Aspirar al momento las secreciones al producto para mantener vías permeable y mantenerlo una vez fuera a nivel más bajo que el de la madre y exprimir el cordón umbilical antes de cortarlo para que haya una pequeña transfusión sanguínea y pasarlo inmediatamente después de cortar, al pediatra para que lo reanime y oxigene.

Revisar cavidad uterina ya que es frecuente la retención de membranas, y administrar ocitocina 20 U.I. en solución glucosada al 5%.

1.9.8. Ruptura prematura de membranas.

La ruptura de membranas es una causa importante de morbilidad y mortalidad perinatales y morbilidad o incluso mortalidad materna. En la mayoría de los casos se produce espontáneamente por razones desconocidas. Por desgracia a veces la causa es yatrogénica, como consecuencia de un intento anacrónico de inducción del parto.

Se conoce como ruptura prematura de membranas (también llamada hidrorrea amniótica), aquella que espontánea o artificialmente se lleva a cabo, en embarazos mayores de 20 semanas, antes de

iniciarse el trabajo de parto.

La ruptura puede ser además de artificial o espontánea, alta cuando se realiza por arriba del orificio cervical interno, o baja si la ruptura sucede en la luz del mismo. Así mismo puede ser completa cuando tanto el amnios como el corion se rompen en el mismo sitio, e incompleta si el amnios se rompe por arriba de orificio interno y el corion en la luz del mismo.

Es más frecuente en multiparas y en embarazos mayores de 36 semanas de gestación. Las causas que con mayor frecuencia favorecen o producen la ruptura prematura de membranas se enfocan en dos grandes grupos los cuales son:

Causas predisponentes: desarrollo inadecuado de membranas corioamnioitis local, infiltración sanguínea coioamnioítica por sangrados del tercer trimestre del embarazo, adherencias entre orificio interno cervical y membranas coioamnioíticas multiparidad, gran multiparidad, edad del embarazo cercana al término, incompetencia ístmico cervical, anomalías congénitas uterinas y cervicales, polihidramnios, embarazo múltiple.

Causas desencadenantes: hipertonia por desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta o administración errónea de occitócicos, contracciones de Braxton Hicks intensas, movilidad brusca de miembros en las presentaciones pélvicas y situaciones transversas, exploración manual vagino cervical brusca, o armada con amnioscopio, espejo vaginal, espátula para tomar citológicas, etc., infusión de soluciones hipertónicas, utilizadas como medio inductor de trabajo de parto versión por maniobras externas, contusión abdominal o coito.

Patogenia.

Por lo general la salida de líquido por la vulva es de instalación brusca, sin causa aparente, indolora, en cantidad variable dependiendo del sitio y amplitud de la ruptura y la edad del embarazo. Esta aumenta con la deambulación, cambios de posición, contracciones uterinas y con el rechazamiento y desplazamiento lateral de la presentación.

El líquido amniótico es translúcido, opalescente, a veces lechoso, con olor a esperma, en ocasiones contiene vermix caseoso, lanugo o meconio.

Diagnóstico.

Métodos indirectos: determinación del ph vaginal (3.5 a 4.5) y el del líquido amniótico es mayor de 7.

Métodos directos: cristalización del líquido amniótico (se observa la forma del helecho) debido a su rico contenido en electrolitos, mucina y proteínas.

A la exploración ginecológica con espejo vaginal se corrobora la salida del líquido amniótico por el canal cervical, si esto no sucede espontáneamente se rechaza o desplaza lateralmente la presentación para facilitar su salida (signos de Tarnier).

Tratamiento.

Cuando el embarazo es mayor de 28 semanas con producto vivo previo estudio clínico de la paciente, corroboración de la

ruptura prematura de membranas e inducción de la madurez fetal con cortisona betametasona en dosis única en los embarazos de 28 a 34 semanas, se debe iniciar la interrupción del embarazo con inducto conducción con occitocina I.V.), si no existe contraindicación para ello, o bien por cesárea si éste falla o en indicación para la misma.

En algunos hospitales solo se espera un tiempo de 24 horas antes de intentar la interrupción del embarazo y si no acontece esto, lo interrumpen por cesárea. En los embarazos menores de 28 semanas las indicaciones son las mismas, pero hay un 100% de probabilidad de pérdida fetal.

En casos muy especiales como en el que la futura madre carece de descendientes, fue estéril o infértil y no se detectan la participación de factores predisponentes o desencadenantes de la corioamnionitis puede vigilarse el embarazo hasta lograr que éste sea viable y previa inducción de madurez fetal se interrumpe el embarazo.

Cuando se decide conducta vigilante se debe mantener: reposo en decúbito dorsal o ligero trendlemburg, aseo de genitales orientación en el manejo del kotex o del aseo anal, prescripción de exploraciones vagino-rectales, coito y duchas vaginales, practicar el cultivo del líquido amniótico 1 o 2 veces por semana según la evolución clínica; tratamientos de focos sépticos y enfermedades sistémicas; no usar uteroinhibidores; prescribir antibióticos; registrar frecuencia cardiaca fetal varias veces durante el día observar los catéteres del líquido amniótico que hagan sospechar corioamnionitis y/o sufrimiento fetal.⁽¹⁰⁹⁾

(109) Núñez Maciel Eduardo. Op. Cit. pp. 537-543.

2: RESULTADOS

RESULTADOS

Del total de las mujeres encuestadas se observó que el mayor porcentaje corresponde a una edad entre los 21 a 24 años (46.6%) pudiendo apreciar que estas mujeres por lo menos tuvieron un embarazo entre la edad de 13-10 años, cumpliendo con el límite máximo de 5 años a partir de su última gesta; así mismo, la experiencia y credibilidad de la información proporcionada por parte de éstas, apoyan aún más los resultados obtenidos. (Ver cuadro No. 1 de la pág. 150).

Referente al estado civil de las mujeres encuestadas se observa que, el mayor porcentaje lo ocupan las casadas con un (76.8%), cabe mencionar que por lo general, es la religión y las costumbre propias de la región las que influyen en las decisiones y vida de los individuos, por lo que en ese caso, en ocasiones se hace necesarios para la pareja estar unidos por una divinidad superior, así mismo se plasma que para algunas mujeres, es necesario contraer matrimonio ya que sólo así es reconocido por la misma comunidad, o simplemente de otra forma, no es bien visto por la población. En este caso, y por lo regular son las personas de edad mayor las que contraen matrimonio, ya sea por su misma madurez, iniciativa o ideología, a diferencia del rublo de unión libre (13.8%) que por lo general son de menor edad, y que claro, aunque no todas se casan, no influye en ellos mucho la religión y las costumbre, sino más bien la situación económica por la que atraviesan, o se susita, (Ver cuadros 2 y 4, págs. 151, 153).

Por otra parte, en cuanto a escolaridad, un mayor porcentaje lo ocupan las que tienen primaria completa (48.8%), mencionándose en primer lugar que es hasta ahí en ocasiones donde se les permite estudiar o quisieron estudiar, o bien por

falta de recursos económicos; en segundo, para dedicarse nada más a las labores propias del campo, que los deja para comer ya que es mayor la necesidad que tienen por satisfacer en estas zonas rurales; inclusive en múltiples ocasiones se hace necesario el abandono de la escuela, constituyendo éstas un porcentaje importante con primaria incompleta (31.8%) de éstas, en su mayoría solo son consideradas única y exclusivamente para las labores propias del hogar y para la procreación y cuidado de los hijos. Cabe destacar en este cuadro, el nivel de educación existente entre las mujeres encuestadas, el cual contrasta con las que tienen preparatoria completa o una carrera técnica terminada, que es equivalente a sólo un (1.4%) entre las dos, (Ver cuadro No. 3 pág. 152).

Respecto al número de hijos que tienen las mujeres, se observa que el mayor porcentaje corresponde a 1 y 2 hijos con (37.87 y 25% respectivamente); es importante mencionar que hay mujeres que no tienen hijos (14.18%), siendo esto porque aún tienen poco tiempo de haberse casado. Ahora bien, hay mujeres que tienen de 5 a 6 hijos (0.68% ambas) debido a que se embarazaron a temprana edad y que en la actualidad estando aún jóvenes (22 a 24 años de edad) ya son multíparas, ya sea por la falta de información o la no aceptación por parte de la pareja de algún método de planificación familiar, (Ver cuadro No. 5 de la pag. 154).

Con relación a la fecha del último parto, el que ocupa el primer lugar con mayor porcentaje es (29.05%) de las mujeres que hace menos de un año tuvieron a su hijo, continuandole con (23.65%) las cuales lo tuvieron hace un año, cabe mencionar que existe un 14.19% que aún se encuentran embarazadas ya que tiene poco tiempo de casadas. Es importante mencionar que (2.70%) de las mujeres abortaron en el transcurso del embarazo, por

diversas causas no especificadas, pero que se tomaron en cuenta para la investigación, ya que son mujeres que se embarazaron a temprana edad. (Ver cuadro No. 6 pág. 155).

Referente a la etapa de noviazgo, se observa que (93.92) si tuvieron etapa de noviazgo, notándose una duración del mismo de menos de 1 año y 1 año en su mayoría (48.65 y 20.95% respectivamente), el motivo por el que duró determinado tiempo el noviazgo fué según las respuestas obtenidas: en primer lugar "para conocerse" (52.70%; otro, porque salieron embarazadas y "tuvieron que casarse" (12.84%, obien por no darles permiso sus padres y se "fueron con él" (12.16%. Existiendo una relación con (6.08% que no tuvieron etapa de noviazgo ya que se las "robaron", (Ver cuadros Nos. 7, 8 y 9 de las pág. 156, 157, 158).

Con respecto a las mujeres que iniciaron su vida sexual activa se observa que el mayor porcentaje pertenece a las que tienen entre 16 y 17 años de edad con (25 y 22.30% respectivamente) esto es porque tienen la creencia de que si no se casan jóvenes (antes de los 20 años) ya no tienen oportunidad para hacerlo. Es importante mencionar que hay (4.06% que corresponde a las que iniciaron su vida sexual activa a los 13 años cabe mencionar que en algunas ocasiones es por falta de atención y comunicación de los padres hacia los hijos. Ahora bien, los motivos por el cual inician su vida sexual activa es poque "ya querían casarse" (31.08%, o bien "por costumbre" (18.24%, o porque ya estaban embarazadas (12.34% y no les quedó otra alternativa que casarse, cabe destacar que un (6.08% corresponde a las que se casan por "problemas familiares" o bien porque se las "robaron", (Ver cuadros Nos. 10 y 11. pág. 159, 160).

En lo relacionado a la edad y el motivo por el cual se embarazaron según los resultados, el que ocupa el mayor porcentaje es: a los 17 y 18 años con (31.09 y 21.82% respectivamente) así mismo tomando en cuenta los límites de estudio (1.35%); se embarazó a los 13 años, siendo (8.78% que lo hizo a los 19 años; en relación a esto el (64.86% se embarazaron porque "no sabían cómo evitarlo", esto es en gran parte por la falta de orientación de los padres hacia los hijos en lo que se refiere a educación sexual; el (26.35% fueron por "deseos del marido de éstas mujeres" haciendo notar que es él por lo regular quien "impone" la procreación del hijo, al oponerse a la utilización de algún método anticonceptivo en ambos integrantes como pareja, así mismo lo lleva a cabo para demostrar su "virilidad" u "ombría" a los demás miembros de la comunidad, sobre todo con personas del sexo masculino con los que convive; por otra parte un (8.78% manifiesta que el embarazo fué por "costumbre", ya que la idea de que al casarse implica tener hijos, (Ver cuadros Nos. 12 y 13 de las pag. 161. 162).

En lo referente a las causas por las que planearon o nó su primer embarazo, se observa un mayor porcentaje (64.86% de parejas que "no supieron como evitarlo" ya sea por no saber de métodos anticonceptivos usar o simplemente por la idiosincracia de la pareja hacia el uso de los mismos. Se refleja también en dicho cuadro que (35.14% de estos embarazos fueron planeados con las razones que a continuación se mencionan: (10.82% se embarazaron por "el deseo de tener un hijo"; el (8.78% "pensaban que podían darle todo"; dándose un (5.40% en mujeres que respondieron que era para saber "que se sentía ser padres". Por otra parte (8.78% de los embarazos se dieron por "costumbre, ya que toda pareja que se casa "debe tener hijos"; así mismo (1.35% de estos embarazos planeados son de mujeres

que se sometieron a un tratamiento médico puesto que no se podían embarazar. (Ver cuadro No. 14, pág.163).

En lo referente a la opinión acerca de la edad considerada ideal para embarazarse, así como acerca de las mujeres que no se han casado después de los 20 años de edad, se observa un 59.45% que opinan que si se casaran después de los 20 años es mejor porque "hay más responsabilidad"; (27% consideran que después de los 20 años "es menos probable que tengan problemas durante el embarazo, por parto puerperio". Mostrando esto, que un gran porcentaje se dieron cuenta por experiencia propia de los problemas y responsabilidades que acarrea el tener hijos a temprana edad, ya que cuando fueron encuestadas contaban con una edad mayor de 20 años (no todas), o simplemente se arrepintieron de haberse embarazado muy jóvenes porque en su momento tuvieron problemas anexos a los fisiológicos del embarazo; esto va relacionado con 40.55% que opinan acerca de las mujeres que no se han casado después de los 20 años, no lo hacen porque "son más inteligentes y piensan mejor las cosas", en contraste esto (11.48% que opinan que las mujeres que no se han casado después de los 20 años de edad "no tienen suerte para casarse".

Por otro lado, un mínimo porcentaje (3.36 y 0.69% mencionan que "cualquier edad es buena para embarazarse" y "por amor se casan y por lo mismo salen embarazadas"; esto nos refleja que es mínima la cantidad de mujeres que se casan por amor, ya que la gran mayoría de estos matrimonios se realizan por costumbre o simplemente porque quieren salirse de su casa, por los mismos problemas en el ámbito familiar, siendo pocas las que cuentan con un criterio positivo, las cuales son más objetivas acerca de lo que perciben en la vida. (Ver cuadro 16 y 18, pág. 165, 167).

En lo que toca a la edad en que tuvieron su primer hijo las mujeres encuestadas, se muestra que un (25.68%) lo tuvieron a los 17 años de edad; un (21.63%) cursaba en su momento con 18 años y (20.27%) lo tuvieron a los 19 años. Cabe mencionar que aunque es mínima la cantidad de mujeres cuyo hijo lo tuvieron a una edad de 13 y 14 años (1.35 y 6.76% respectivamente) es importante, ya que es en estas mujeres en quienes es más factible que presenten complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, por sus mínimas características fisiológicas y anatómicas. Es importante mencionar además que de estas mujeres encuestadas entre la edad de 17 y 19 años se dieron 4 abortos, y aunque era su primer hijo y no fué posible llevar a término dicho embarazo, fueron incluidas en la muestra ya que están dentro del límite considerado para la investigación de embarazo a temprana edad. (Ver cuadro No. 15, de la pág164).

Según el tipo de tenencia de vivienda se puede observar que el (67.57%) de las personas habitan en casa propia, y un (18.02%) en casa prestada, éstos últimos son por lo regular los hijos, que no teniendo suficientes recursos económicos para construir su propio hogar viven junto con sus padres, o en cuartos que éstos les proporcionan. De dichas viviendas se observa que constan en su mayoría de una habitación (44.60%) o dos (39.18%) y sólo una mínima parte (4.74%) cuentan con cuatro y más habitaciones. Ello repercute no solamente por lo económico, sino que además muchas de las parejas tienen más de dos hijos, por lo cual se presenta el hacinamiento, lo cual provoca falta de higiene y más aún si estas personas no tienen aparte un lugar para cocinar (12.84%) ya que principalmente el combustible utilizado para ello es a base de leña, es más factible el contraer enfermedades como son: principalmente las infecciones respiratorias y problemas gastrointestinales (Ver cuadros No. 19, 23, 24 de las pág. 168, 172, 173).

Referente al material de que están construídas las casa, se observa que en su mayoría están constituídas por paredes de adobe (45.94% y madera (28.38%), los techos son de lámina de cartón (40.54% y de teja (38.51%); y los pisos de cemento (50.67% y de tierra (29.07%). Ello implica que son comunidades de escasos recursos económicos, que las familias en su mayoría están compuestas por los abuelos, padres, hijos y nietos, es decir que son extensas; o bien que en esos lugares no es fácil encontrar o llevar otro tipo de material para su construcción. Además por las mismas características de la vivienda es más factible contraer enfermedades sobre todo en época de calor (por el polvo) o cuando hace frío ya que en casas de madera están más propensas a tener corrientes de aire. (Ver cuadros No. 20, 21, 22, de las págs. 169, 170, 171).

Es notable que en la mayoría de las comunidades la eliminación de excretas la realizan en fosa séptica (39.20%) y al ras del suelo (37.17%), debido a que no cuentan con los servicios públicos necesarios, pero además, por su ignorancia no saben o no comprenden que eso afecta a su salud en gran medida; acostumbrados como están, no consideran esto como un problema ya que su cuerpo se prevee de ciertas defensas. Pero que a la larga repercute de tal forma que ya es difícil corregirse. El fecalismo a ras de suelo es un problema no solo por ocasionar trastornos gastrointestinales sino que además (sobre todo en la mujer), provoca infecciones genitales que pueden ocasionar trastornos desde leves hasta graves como son: infecciones de vías urinarias bajas y/o altas, cervicovaginitis, inflamación vesical. En el caso de las mujeres embarazadas puede ocasionar infección en genitales externos, lo cual si no se tiene la suficiente higiene puede provocar hasta una glomerulonefritis, o pielonefritis que puede complicar de tal forma el embarazo ocasionando: R.P.M., amenaza de parto o parto pretérmino; o

bien problemas renales los cuales complicarían de tal manera el embarazo que podría ocasionar hasta poner en peligro la vida del producto, de la madre o ambos. (Ver cuadro No. 25 de la pág. 174).

Con respecto a los hábitos alimenticios, se observa que del total de las mujeres (148), un (82.48%) consumen a la semana alimentos del grupo de los cereales todos los días, de los cuales el maíz y arroz son los que más se ingieren; en segundo lugar (59.40%) se encuentra el grupo de las leguminosas del cual el frijol y la lenteja es lo que consumen diariamente; con estos datos se observa que la dieta de dichas personas es a base de cereales y leguminosas, teniendo que, los alimentos de origen animal se consumen poco, como es la leche y sus derivados los cuales ingieren el (45.90%) 7 días a la semana, así mismo las carnes rojas (37.83%) y las carnes blancas (50.8%) las ingiere solamente un día a la semana. Dentro de éstas comunidades se aprecia que la producción tanto agrícola como ganadera es muy rica y variada, además de que existen granjas familiares, solo que éstas no son debidamente utilizadas, y menos para el autoconsumo, sino que las utilizan para venderlas y así obtener un ingreso económico extra; otra cosa es que las personas desconocen la variedad de platillos que pueden prepararse con ello; esto hace que la alimentación no sea adecuada en cuanto a calidad, ya que no se integran los nutrientes necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del organismo, lo que trae consigo alteraciones fisiológicas (principalmente desnutrición) y con ello desequilibrio biopsicosocial de la mujer. (Ver cuadro No. 25, de la pág.175).

Según los resultados, el tipo de agua que utilizan en las actividades diarias es (52.02%) de amas de casa que utilizan

agua potable, continuándole (37.85% que utilizan de ojo de agua; además de que las que acostumbran a hervir el agua para ingerirla son (51.35%); las que acostumbran a lavar los alimentos "para evitar enfermedades" son (44.62% y (50.67% "por higiene". Recalcando que son muy pocas amas de casa que por una u otra causa o ya sea pretexto, no lleva adecuadamente el proceso de higiene, manifestando que no "acostumbran" a hervir el agua (1.35%, y por "falta de tiempo" no la hierve (2.05%); por otro lado hay quienes no lavan los alimentos antes de ingerirlos porque "no acostumbran" son (2.02% y (0.67% que no dieron razón.

Es porque saben que le cae tierra al agua o polvo al trasladarla de un lugar a otro y que contiene ciertos "bichos" que podría poner en peligro su salud, por lo cual la gran mayoría tienen higiene (y está acostumbrada) para con el agua, ya sea para consumo propio o su utilización en las actividades diarias; además que sirve de mucho apoyo la información que les llega (aunque son escasos) por televisión o radio, manifestándoles la adecuada higiene que deben tener, así mismo, por la gran insistencia que como personal de salud se les recalca continuamente ya sea por medio de charlas o de manera directa. (Ver cuadros No. 27, 28 y 29, de las págs. 176, 177, 178).

En lo que respecta a los hábitos higiénicos del cuerpo y motivos por los que los practican, así como la frecuencia y tipo de cambio: (41.33% se baña cada tercer día, "por costumbre", y por ésta misma razón (18.24% se bañan diario. Las que manifiestan "porque está escasa el agua" son (15.54% que se bañan cada tercer día. En la frecuencia con que se realizan el cambio de ropa, las que lo hacen diario son (47.97% y cada tercer día (49.32%), y para el tipo de cambio

de ropa el que ocupa el máximo porcentaje es en las mujeres que se cambian totalmente de ropa, siendo éste (02.56%. Analizando los porcentajes referidos, se podría decir que aunque un porcentaje considerable de mujeres se bañen cada tercer día por una causa o por otra, el cambio de ropa lo hacen a diario, siendo aún más las que en este cambio de ropa incluyen la ropa interior. Apoyadas por esto, aunque no se bañen a diario que es en ocasiones requerido por el gran sudor que se transpira y manifiesta, el cambio de ropa interior y el de la vestimenta diaria evitan la aparición de problemas sobre todo en partes genitales o en su caso, dermatológicos. (Ver cuadro No. 30, 31 y 32 de las págs. 179, 180, 181).

En relación a la ocupación del esposo y del ingreso mensual al hogar, como es característico en estas zonas rurales, el que ocupa el mayor porcentaje es (51.35% que son campesinos continuandole (12.83% que emigran a los Estados Unidos de América en busca de mejores condiciones de trabajo y por consiguiente de vida; otros que se ven en la necesidad de dedicarse a otras labores que les redituen un ingreso económico mayor o extra, y les permita cubrir los gastos del hogar; en este caso (7.43% son albañiles; (4.75% obreros, y (3.37% empleados. Tomando en cuenta que estas profesiones u oficios dejan poco de dinero y sumándolos con el porcentaje de los que emigran, nos damos a la idea de la estrecha relación que existe con el ingreso mensual de 2 o más salarios mínimos que es de (30.42%; y los que tienen ingreso igual a un salario mínimo (54.72% con los que se dedican al campesinado. (Ver cuadros No. 33 y 34, de las págs. 182, 183).

En cuanto a los motivos de asistencia a la escuela de los hijos de las mujeres encuestadas se tiene que, (71.53% no asisten ya que por un lado (54.72% aún no tienen edad, y en otras

ocasiones (15.89%) no tienen hijos todavía, ya que aún están embarazadas o por algún motivo lo perdieron. El (28.37%) si acuden a la escuela refiriendo que lo hacen para que se enseñen a "leer y escribir" (22.29%) y para que "sobresalgan en la vida" (6.08%); lo anterior demuestra las pocas aspiraciones que los padres tienen para sus hijos, conformándose sólo con lo mínimo de la educación escolar. Por otro lado en cuanto a las actividades que realizan los niños en sus tiempos libres (54.72%) aún están muy pequeños para realizar alguna actividad que no sea el dormir, el (13.61%) ayudan ya sea en el hogar o en el campo, y el (10.14%) lo utilizan en jugar. Es importante mencionar que los hijos más grandes cuidan de sus hermanos pequeños y los que tienen edad para ayudar en el campo se les asignan tareas específicas las cuales tienen que cumplir. (Ver cuadros No. 35 y 36 de las págs. 184, 185).

A cerca del motivo de la referencia del sexo del producto esperado por cada una de las mujeres se observa que tienen preferencia por el sexo masculino (43.91%) de los cuales el (26.35%) lo desea porque "así lo quiere mi marido", en segundo lugar les es indiferente (29.73%) refiriendo que no tienen preferencia por ningún sexo en especial, y un (26.38%) prefieren niña que dicen que "son más tranquilas". Estos datos se relacionan con los obtenidos acerca del sexo del producto que les gustaría tener en su próximo embarazo siendo un (38.52%) que prefieren sexo masculino ya que prefieren tener "una niña y buscan la parejita"; aunque por otro lado mencionan que los "dos lo quieren" (12.84%; en segundo lugar el (34.46%) les gustaría que fuese niña, puesto que ya tienen un niño; y otras que prefieren que porque "las niñas son más bonitas" (10.14%; en tercer lugar se tiene que (27.02%) no tienen preferencia por algún sexo en especial, refiriendo que es más importante la salud del producto. Es importante mencionar

además que (6.08%) prefieren niño para que en un futuro le ayuden al papá a solventar los gastos que pueda tener. Así mismo los datos anteriores reflejan la preferencia por el sexo masculino imperando también en este aspecto la voluntad del padre en cuanto a la desición ó preferencia del sexo, tratando mal a la mujer si el sexo es diferente al que él deseaba. (Ver cuadros No. 17 y 37 de las págs. 166, 186).

En lo que respecta a los problemas que presentaron en el último embarazo, así como en el trabajo de parto y parto, los resultados demuestran 5 principales problemas: (12.05%) presentó edema de miembros inferiores, (14.28%) anemia, (12.05%) presentó hipotensión, (12.05%) preeclampsia, y un (12.05%) presentó hipereemísis. De acuerdo a lo observado se tiene que: el edema se debe en primer lugar a la constante actividad a que están sujetas las embarazadas, durante el transcurso del día ya sea en el hogar o en el campo mismo, impidiendo ésto el adecuado retorno venoso, así como a la abundante ingesta de condimento como es la sal, la cual causa retención de líquidos provocando lo anteriormente dicho. En lo que respecta a la anemia, esto se da principalmente por la escasa ingesta de alimentos de todos los grupos, además de que no utilizan los alimentos que se producen en el campo o el no saber combinarlos o prepararlos lo que impide consumir una adecuada variedad de productos ricos en minerales entre ellos el hierro; por consiguiente esta deficiencia en la ingesta de hierro ocasiona que durante el embarazo y puerperio y debido al aumento en el gasto cardiaco y a la pérdida de sangre, traiga consigo una marcada vasodilatación ocasionándose con ello la hipotensión. Con respecto a la preeclampsia, ésta se presenta por la escasa ingesta de alimentos que contienen proteínas ya sea carne, pescado, derivados o sustitutos, en conjunción con la gran gamma de factores existentes en estas zonas rurales que

predisponen a la aparición de ésta.

En cuanto a las náusea y vómitos, durante los primeros tres meses de embarazo son fisiológicos debido al incremento hormonal ocasionada por éste, pero se considera hiperemesis cuando se hacen excesivos y persistentes después del tercer mes; estas pueden incrementarse por cuestiones psicológicas como pueden ser: un temperamento neurótico o bien cuando hay un rechazo hacia el producto, ya sea por la madre o por influencia del medio en la que ésta se desenvuelve. Relacionando éstos problemas con los que suscitan con los del trabajo de parto y parto, son tres los principales y que ocupan un porcentaje importante, con desproporción cefalopélvica (18.24%, ruptura prematura de membranas (9.45% y trabajo de parto prolongado (7.43). La primera se presenta en primigestas por lo regular de temprana edad (13 a 19 años) por el escaso crecimiento pélvico, originando estrechez ósea, no permitiendo la salida del producto de la concepción, suscitándose el tercero de éstos (trabajo de parto prolongado); la ruptura prematura de membranas se relaciona con la presentación de contracciones intensas en el embarazo (Braxton Hicks), o por el trabajo físico excesivo, así como a las contusiones abdominales a las que están expuestas las mujeres en este tipo de ambiente. (Ver cuadros No. 38 y 41, de las págs. 187, 190).

En lo referente a la asistencia a control prenatal por las mujeres encuestadas se observa que un (71.53% sí llevaron el control, de éstas el (39.87% quería saber la salud del niño por eso asistió, el (13.51% asistieron por sugerencia y el (11.49) por cuidar su salud. Del (28.37% que no llevaron control (7.43% no fué ya que su esposo no lo permitió. Los datos anteriores reflejan la preocupación de la madre por la salud y la de su hijo, pero también es importante ver que

(6.76%) asistieron por la presencia de algún problema agregado. Además de la no asistencia por la imposición del marido en cuanto a las desiciones de la mujer. (Ver cuadro No. 39 de la pág. 188).

En lo relacionado al motivo de aceptación de su primer embarazo se observa que, (77.70%) si lo aceptaron ya que la mujer si "lo requería"; hay quien, "quería embarazarse" (21.62% y (18.91% que ya "estaban embarazadas". Resalta también que existen madres que se embarazaron por "saber que se sentía" (1.36% demostrando con ello su curiosidad por querer formar su propia familia. Por otro lado el (22.30%) de las mujeres encuestadas no lo aceptaron ya que "estaban muy chicas" (11.46% y (6.08% dijeron que "no estaba en sus planes". también hubo quienes refirieron que "no pudieron hacer nada por evitarlo" con un (4.73%); interpretándose esto como falta de orientación sexual tanto por parte de los padres como por parte de las personas involucradas para dar esta información. (Ver cuadro No. 40 de la pág. 189).

3: CUADROS Y GRAFICAS

Cuadro No. 1

Grupo de edad de las mujeres seleccionadas para el estudio

EDAD	Fo.	%
113 - 16	13	8.78
117 - 20	66	44.6
121 - 24	69	46.62
TOTAL	148	100

Fuente: Datos obtenidos de los cuestionarios aplicados a mujeres de cinco módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura en el Estado - Michoacán. Durante los meses de Agosto y Septiembre de 1992.

Cuadro No. 2

Estado Civil de las mujeres seleccionadas para el estudio

ESTADO CIVIL	No.	%
Solteras	7	4.75
Casadas	117	79.05
Divorciadas	0	0
Viudas	1	0.68
Union libre	21	14.19
TOTAL	146	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 3

Escolaridad de las mujeres seleccionadas para el estudio

ESCOLARIDAD	Fo.	%
Analfabeta	11	7.43
Alfabeta	2	1.35
Primaria Incompleta	47	31.76
Primaria Completa	62	41.89
Secundaria Incompleta	13	8.78
Secundaria Completa	11	7.43
Preparatoria Incompleta	0	0
Preparatoria Completa	1	0.68
Carrera Tecnica	1	0.68
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 4

Religion de las mujeres seleccionadas para el estudio

RELIGION	Fo.	%
Catolica	141	95.27
Protestante	5	3.38
Otras	2	1.35
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 5

Número de hijos de las mujeres seleccionadas para el estudio

NUMERO DE HIJOS	Fo.	%
0	21	14.19
1	56	37.83
2	37	25
3	23	15.54
4	9	6.08
5	1	0.68
6	1	0.68
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 6

Fecha del último parto de las mujeres seleccionadas para el estudio

F.U.P.	Fo.	%
Aborto	4	2.7
Menos de 1 año	43	29.05
1 año	35	23.65
2 años	24	16.22
3 años	12	8.11
4 años	6	4.05
5 años	3	2.05
TOTAL	127	85.89

Nota: las 21 restantes estan embarazadas

Fuente: misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 7

Etapa de noviazgo de las mujeres seleccionadas para el estudio
estudio

ETAPA DE NOVIAZGO	Fo.	%
ISi	139	93.92
INo	9	6.08
TOTAL	127	85.89

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 8

Duración de noviazgo en años de las mujeres seleccionadas para el estudio

DURACION DE NOVIAZGO EN ANOS	Fo.	%
0	9	6.08
-1	72	48.65
1	31	20.95
2	15	10.13
3	15	10.13
4	1	0.68
5 y Mas	5	3.38
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 9

Principales causas de duración de noviazgo de las mujeres seleccionadas para el estudio

PRINCIPALES CAUSAS DE DURACION DEL NOVIAZGO	Fo.	%
Para conocerce	78	52.7
Salio embarazada	19	12.84
No le daban permiso	18	12.16
No contesto	15	10.14
Se la robaron	9	6.08
Por costumbre	9	6.08
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 10

Edad en la que iniciaron su vida sexual activa las mujeres seleccionadas para el estudio

EDAD EN QUE INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA	Fo.	%
13	6	4.06
14	13	8.78
15	25	16.89
16	37	25
17	33	22.3
18	25	16.89
19	9	6.08
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 11

Motivo por el cual iniciaron su vida sexual activa las mujeres seleccionadas para el estudio.

MOTIVO POR EL CUAL INICIARON SU VIDA SEXUAL ACTIVA	Fo.	%
Ya querian casarse	46	31.08
Se fue con el	25	16.87
Por costumbre	27	18.24
Estaba embarazada	19	12.84
No contesto	13	8.79
Por problemas familiares	9	6.08
Se la robaron	9	6.08
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 12

Edad de embarazo en años de las mujeres seleccionadas para el estudio

EDAD DE EMBARAZA EN AÑOS	Fo.	%
13	2	1.35
14	13	8.78
15	17	11.49
16	32	21.62
17	46	31.09
18	25	16.87
19	13	8.78
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1.

Cuadro No. 13

Motivo por el cual se embarazaron las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVO POR EL CUAL SE EMBARAZARON	Fo.	%
!No sabian como evitarlo	96	64.86
!Por deseos del padre	39	26.35
!Por costumbre	13	8.79
!TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 14

Causas por las que planearon o no su primer embarazo las mujeres seleccionadas para el estudio.

CAUSAS	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
No sabia como evitarlo	0	0	96	164.86	96	164.86
No se podía embarazar	2	1.35	0	0	2	1.35
Pensaban que podian darle todo	13	8.78	0	0	13	8.78
Para saber que se sentia ser padres	8	5.4	0	0	8	5.4
Por deseos de un niño	16	10.82	0	0	16	10.82
Por costumbre	13	8.79	0	0	13	8.79
TOTAL	96	164.86	52	135.14	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 15

Edades en que tuvieron su primer hijo las mujeres seleccionadas para el estudio

EDAD	TOTAL	
	Fo.	%
13*	2	1.35
14**	10	6.76
15**	17	11.48
16*****	15	10.13
17*** ++	38	25.68
18*****	32	21.63
19** ++	30	20.27
20	4	2.7
TOTAL	148	100

Aun embarazadas 21 (*)

Mujeres que abortaron 4 (+)

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 16

Opinión de la edad considerada ideal para embarazarse por las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVO	TOTAL	
	Fo.	%
20 años porque hay más responsabilidad	88	59.45
Cualquier edad es buena	5	3.36
No sabe	14	9.48
Más de 20 años, porque está mejor de salud	41	27.7
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 17

Motivo de la preferencia del sexo del producto esperado por cada una de las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVO	SEXO						Total	
	NIÑO		NIÑA		INDIFEREN.			
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Para que ayuden despues	0	0	8	5.4	0	0	8	5.4
Son mas tranquilas	0	0	31	20.9	0	0	31	20.9
La familia lo queria	4	2.7	0	0	0	0	4	2.7
No sufren el la vida	11	7.43	0	0	0	0	11	7.43
Deseos del padre	39	26.35	0	0	0	0	39	26.35
Ayuden al papa	11	7.43	0	0	0	0	11	7.43
Prefieren su salud	0	0	0	0	44	29.73	44	29.73
TOTAL	65	43.91	39	26.36	44	29.73	148	100

Fuente: Mismas del cuadro No. 1.

Cuadro No. 18

Opinion de las mujeres tomadas para el estudio acerca de las mujeres que no se han casado despues de los 20 anos de edad.

OPINION	Fo.	%
!No quieren casarse por que es mejor estar solas	15	10.13
!Todavia tienen oportunidad de hacer su vida	30	20.27
!Se van a quedar para vestir santos	26	17.57
!Son inteligentes y piensan mejor las cosas	60	40.55
!No tienen suerte para casarse	17	11.48
!TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 19

Tenencia de vivienda de las mujeres seleccionadas para el estudio

MATERIAL DE LAS PAREDES	Fo.	%
Propia	100	67.57
Rentada	1	0.68
Prestada	28	18.92
Otros	19	12.83
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 20

Material de construcción de las paredes de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.

MATERIAL DE LAS PAREDES	Fo.	%
Ladrillo	33	20.3
Adobe	68	45.94
Madera	42	28.18
Otros	5	3.38
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 21

Material de construcción de los techos de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.

MATERIAL DE LOS TECHOS	Fo.	%
Loza	22	14.86
Teja	57	38.51
Lamina de carton	60	40.54
Otros	9	6.09
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 22

Material de construcción de los pisos de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.

MATERIAL DE LOS PISOS	Fo.	%
Cemento	75	50.67
Lodo	19	12.83
Tierra	43	29.07
Otros	11	7.43
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 23

Número de habitaciones de que constan las casas de las personas seleccionadas para el estudio.

NUMERO DE HABITACIONES	Fo.	%
1	15	10.13
2		
3	30	20.27
4 y mas	26	17.57
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 24

Personas que cuentan con cocina aparte, en las comunidades seleccionadas

TIENE COCINA APARTE	Fo.	%
Si	129	87.16
No	19	12.84
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 25

Forma que utilizan para la eliminación de excretas las personas seleccionadas para el estudio.

ELIMINACION DE EXCRETAS	Fo.	%
Baño tipo ingles	16	10.81
Letrina	19	12.83
Fosa septica	58	39.2
Ras de suelo	55	37.16
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 26

Frecuencia de alimentos que consumen a la semana las familias seleccionadas para el estudio.

ALIMENTOS	Casi nunca	Dias a la semana							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Carnes rojas	Fo: 28 %: 18.9	56 37.8	37 25	15 10.3	5 3.37	5 3.3	0 0	2 1.3	148 100
Carnes blancas	Fo: 9 %: 6	75 50.6	44 29.7	13 8.7	5 3.3	2 1.3	0 0	0 0	148 100
Huevo	Fo: 20 %: 13.5	26 17.5	28 18.9	30 20.2	9 6	7 4.7	6 4	22 14.8	148 100
Leche y derivados	Fo: 15 %: 10.3	13 8.7	22 14.8	20 13.5	5 3.3	4 2.7	4 2.7	65 45.9	148 100
Verduras	Fo: 14 %: 9.4	25 16.8	30 20.2	23 15.5	13 8.78	9 6	6 4	28 18.9	148 100
Leguminosas	Fo: 4 %: 2.7	6 4	7 4.7	14 9.4	8 5.4	15 10.1	6 4	88 59.4	148 100
Cereales	Fo: 1 %: 0.6	4 2.7	6 4	8 5.4	1 0.6	4 2.7	2 1.3	22 18.4	148 100
Frutas	Fo: 5 %: 3.3	14 9.4	26 17.5	28 18.9	16 10.8	12 8.1	7 4.7	40 27	148 100
Alimentos Chatarra	Fo: 38 %: 25.6	29 19.5	19 12.8	21 14.1	3 2	10 6.7	6 4	22 14.8	148 100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 27

Hábitos en la higiene de los alimentos y los motivos por que los practican las mujeres seleccionadas para el estudio

HABITOS	ALTERNATIVAS			
	Si		No	
	Fo.	%	Fo.	%
Para prevenir enfermedades	66	44.62	0	0
Por higiene	75	50.67	0	0
No contesto	0	0	1	0.67
Por que le dicen	3	2.02	0	0
No acostumbra	0	0	3	2.02
TOTAL	42	28.37	106	71.53

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 28

Tipo de agua que utilizan en las actividades diarias las mujeres seleccionadas para el estudio.

TIPO DE AGUA	Fo.	%
Potable	77	52.02
De río	2	1.35
Ojo de agua	56	37.85
Jaguey	13	8.78
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 29

Motivos por lo que acostumbran o no a hervir el agua las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVOS	ALTERNATIVAS					
	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Para evitar enfermedades	76	51.35	0	0	76	51.35
Porque le dicen que debe hervirla	2	1.35	0	0	2	1.35
Por flojera	0	0	14	9.45	14	9.45
No sabe igual	0	0	47	31.75	47	31.75
No contesto	0	0	4	2.7	4	2.7
No acostumbra	0	0	2	1.35	2	1.35
Falta tiempo	0	0	3	2.05	3	2.05
TOTAL	78	52.7	70	47.3	148	100

Fuente: Misma del cuadro Núm. 1

Cuadro No. 30

Habitos en la higiene del cuerpo y los motivos por que los practican las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVOS	FRECUENCIA					
	Diario		Cada 3 días		Cada 8 días	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Flojera	0	0	19	12.83	1	0.67
Costumbre	27	18.24	61	41.35	0	0
Falta de tiempo	0	0	14	9.35	0	0
No contesto	0	0	0	0	2	1.35
Por que esta sola	0	0	0	0	1	0.67
Esta muy escasa el agua	0	0	23	15.54	0	0
TOTAL	27	18.24	117	79.07	4	2.69

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 31

Frecuencia con que se realizan el cambio de ropa las mujeres seleccionadas para el estudio

FRECUENCIA	Fo.	%
Diario	71	47.97
Cada tercer día	73	49.32
Cada ocho días	4	2.71
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 32

Tipo de cambio de ropa que realizan las mujeres seleccionadas para el estudio.

TIPO DE CAMBIO DE ROPA	Fo.	%
Total	137	92.56
Parcial	11	7.44
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 33

Ocupación del esposo de las mujeres seleccionadas para el estudio

OCUPACION DEL ESPOSO	Fa.	%
Emigrado	19	12.83
Obrero	7	4.75
Albanil	11	7.43
Empleado	5	3.37
Campesino	76	51.35
No tiene marido	17	11.48
Otros	13	8.79
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 34

Ingreso mensual al hogar de las mujeres seleccionadas para el estudio

INGRESO MENSUAL	Fo.	%
Menos de 1 salario mínimo	22	14.86
Igual a un salario mínimo	81	54.72
2 o mas salarios mínimos	45	30.42
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 35

Motivos de asistencia a la escuela de los hijos de las mujeres seleccionadas para el estudio

MOTIVOS	ALTERNATIVAS					
	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
No tiene edad para ir a la escuela	0	0	81	54.72	81	54.72
Para que se enseñen a leer y escribir	33	22.29	0	0	33	22.29
Para que sobresalgan en la vida	9	6.08	0	0	9	6.08
Aun no tienen hijos	0	0	25	16.89	25	16.89
TOTAL	42	28.37	106	71.53	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 36

Actividades que realizan en el tiempo libre los niños de las mujeres seleccionadas para el estudio

ACTIVIDAD	Fo.	%
Esta embarazada	21	14.8
Jugar	15	10.4
Ayudan en el campo	3	2.03
Ayudan en el hogar	17	11.48
Están muy chicos	81	54.72
Estudiar	7	4.72
No tiene hijos	4	2.72
TOTAL	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 37

Motivo acerca del sexo que les gustaria fuese en el proximo embarazo las madres encuestadas para el estudio

MOTIVO	SEXO							
	Niño		Niña		Indifer.		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Con que salga bien	0	0	0	0	25	16.89	25	16.89
Tienen sexo opuest	21	14.18	21	14.18	0	0	42	28.36
Los dos prefieren	19	12.84	3	2.02	0	0	22	14.86
Ayuden al papa	9	6.08	0	0	0	0	9	6.08
Son mas bonitas	0	0	15	10.14	0	0	15	10.14
Ya no quieren otro	0	0	0	0	6	4.05	6	4.05
Sufren menos	4	2.71	0	0	0	0	4	2.71
Lo que Dios mande	0	0	0	0	9	6.08	9	6.08
Le haga compania	0	0	10	6.75	0	0	10	6.75
Deseos del marido	4	2.71	2	1.36	0	0	6	4.07
TOTAL	157	138.52	151	134.46	140	127.02	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 38

Problemas presentados en el último embarazo de las mujeres seleccionadas para el estudio.

PADECIMIENTO	TOTAL	
	Fo.	%
Edema de miembros inferiores	33	14.8
Anemia	32	14.34
Hipotensión	28	12.56
Preclampsia	27	12.1
Hiperemesis	27	12.1
Cefalea	21	9.41
Ninguno	12	5.39
Amenaza de aborto	9	4.05
Infección de vías urinarias	8	3.59
Amenaza de parto prematuro	5	2.24
Obesidad	5	2.24
Dolor abdominal	5	2.24
Aborto	4	1.79
Polihidramnios	2	0.9
Calambres	2	0.9
Ruptura prematura de membranas	1	0.45
Padecimientos cardiacos	1	0.45
Desnutrición	1	0.45
TOTAL	223	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 39

Motivos por lo que asisten a control prenatal las madres seleccionada para el estudio

MOTIVO	CONTROL PRENATAL					
	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Saber la salud del niño	59	39.87	0	0	59	39.87
Por sugerencia	20	13.51	0	0	20	13.52
Cuidar su salud	17	11.49	0	0	17	11.49
Presento problemas	10	6.76	0	0	10	6.76
Por ignorancia	0	0	8	5.4	8	5.4
No se sentia mal	0	0	9	6.08	9	6.08
No acostumbra llevarlo	0	0	11	7.43	11	7.43
Le da pena	0	0	7	4.73	7	4.73
Su esposo no lo permitió	0	0	7	4.73	7	4.73
TOTAL	106	71.53	142	28.37	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 40

Motivo por el cual aceptaron su primer embarazo las mujeres seleccionadas

MOTIVO	ACEPTACION					
	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Lo queria	40	27.2	0	0	40	27.2
Estaba embarazada	28	18.9	0	0	28	18.91
Quería embarazarse	32	21.6	0	0	32	21.62
Tener quien la acompañe	4	2.72	0	0	4	2.72
Buscar pareja	3	2.02	0	0	3	2.02
Ambos lo querían	3	2.02	0	0	3	2.02
Saber que se siente inada para evitarlo	2	1.36	0	0	2	1.36
Lo que dios mande	3	2.02	0	0	3	2.02
Ya no podían hacer nada para evitarlo	0	0	7	4.73	7	4.73
no estaba en sus planes	0	0	9	6.08	9	6.08
Estaba muy chica	0	0	17	11.49	17	11.49
TOTAL	115	77.7	133	22.3	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Cuadro No. 41

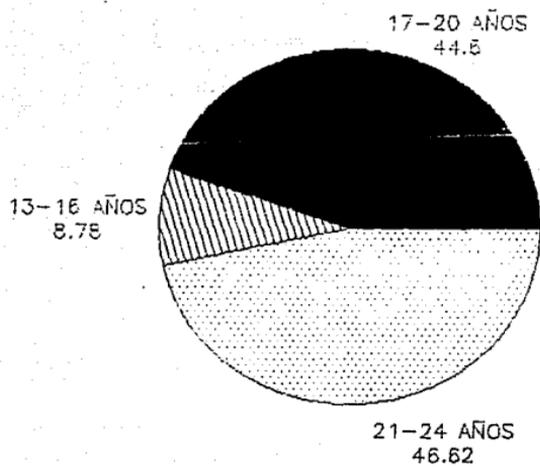
Problemas que presentarán durante el embarazo de parto y parto
 las mujeres seleccionadas para el estudio

PROBLEMAS	Si		No		Total	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
Desproporción cefalo-pélvica	27	18.24	0	0	27	18.24
Ruptura prematura de membranas	14	9.45	0	0	14	9.45
Trabajo de parto prolongado	11	7.43	0	0	11	7.43
Fiebre	4	2.71	0	0	4	2.71
Hipotonía uterina	3	2.02	0	0	3	2.02
Parto protermino	2	1.36	0	0	2	1.36
Retención de placenta	2	1.36	0	0	2	1.36
Parto postermio	1	0.67	0	0	1	0.67
Circular de cordón	1	0.67	0	0	1	0.67
Ninguno	0	0	83	56.09	83	56.09
TOTAL	65	43.91	83	56.09	148	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 1

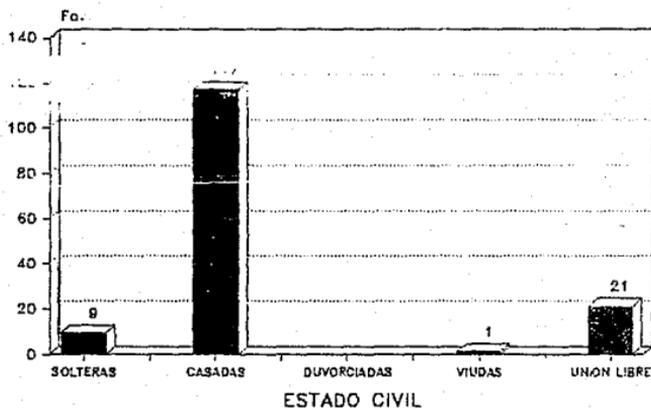
Grupo de edad de las mujeres seleccionadas para el estudio



Fuente: Cuadro No. 1

Gráfica No. 2

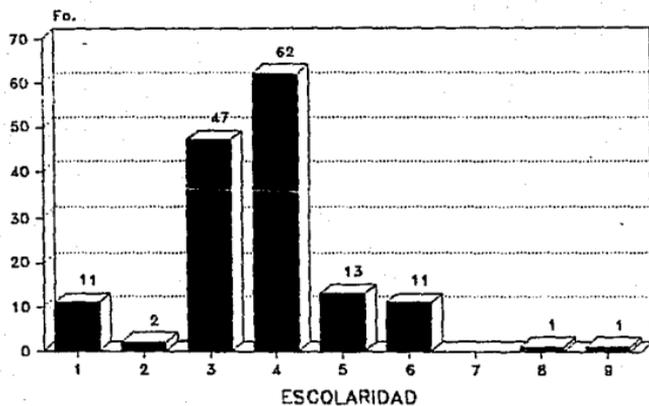
Estado civil de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 2

Gráfica No. 3

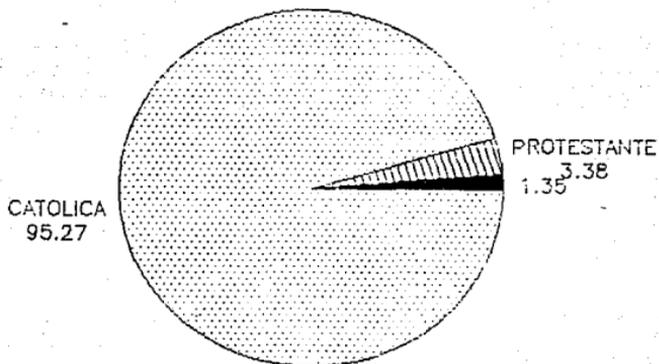
Escolaridad de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 3

Gráfica No. 4

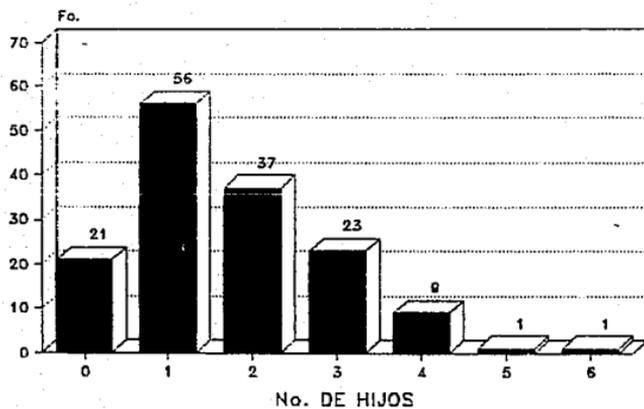
Religión de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 4

Gráfica No. 5

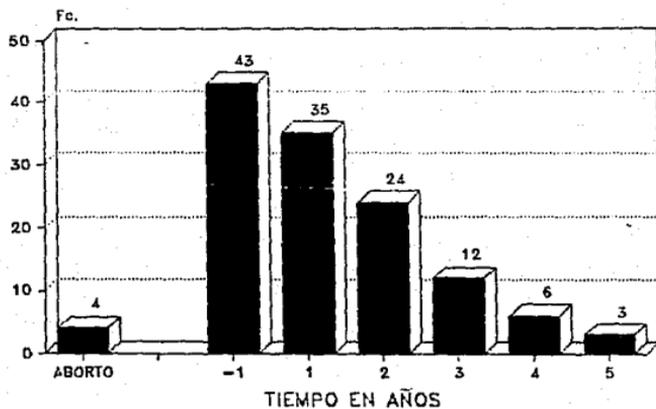
Número de hijos de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 5

Gráfica No. 6

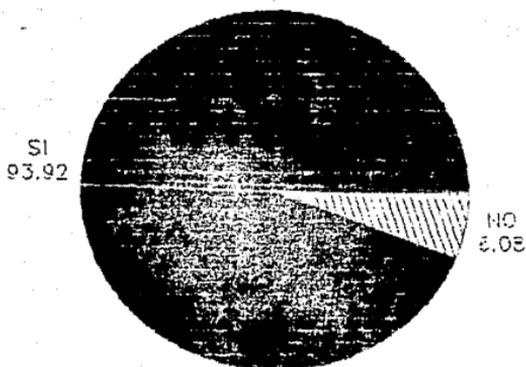
Fecha del último parto las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 6

Gráfica No. 7

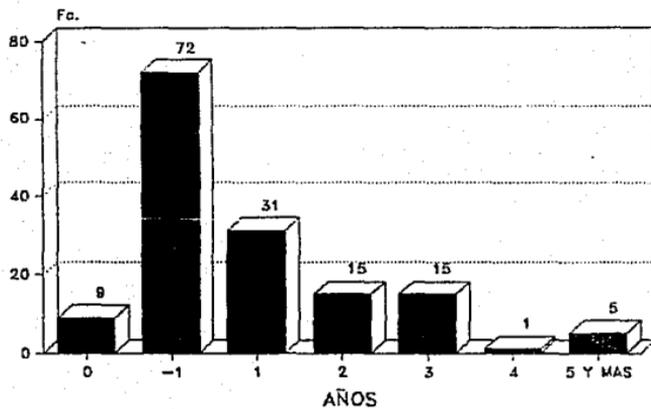
Etapa de noviazgo las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 7

Gráfica No. 8

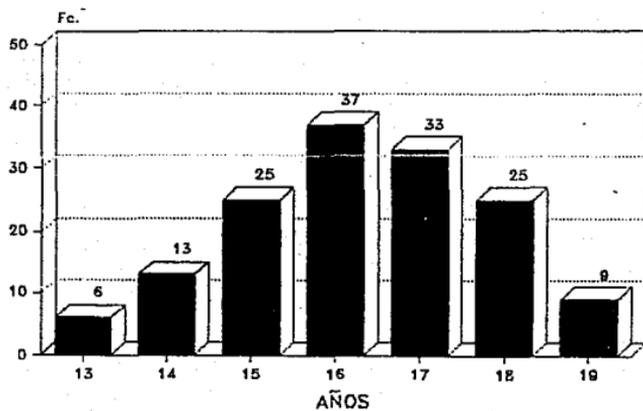
Duración del noviazgo las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 8

Gráfica No. 9

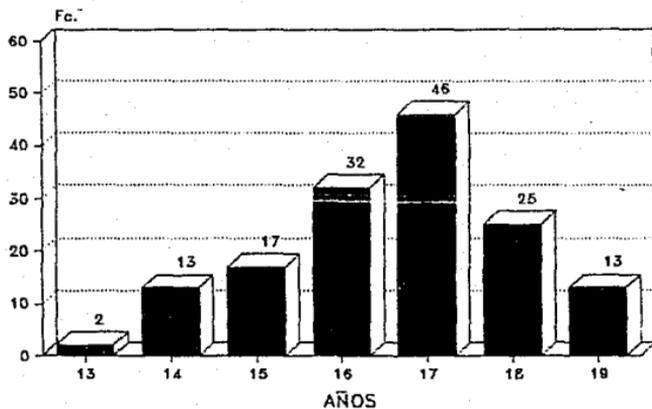
Edad en la que iniciaron su vida sexual activa las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 10

Gráfica No. 10

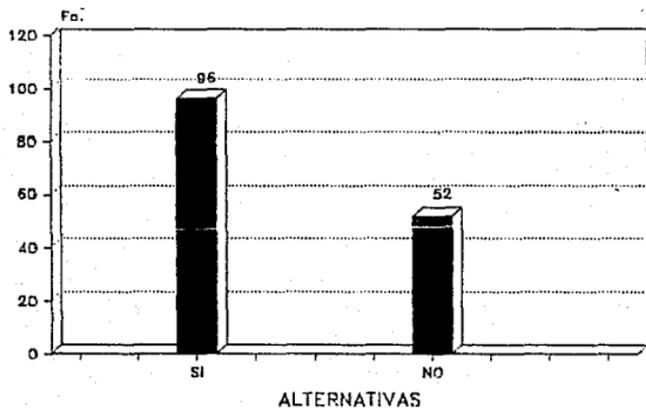
Edad de embarazo en años de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 12

Gráfica No. 11

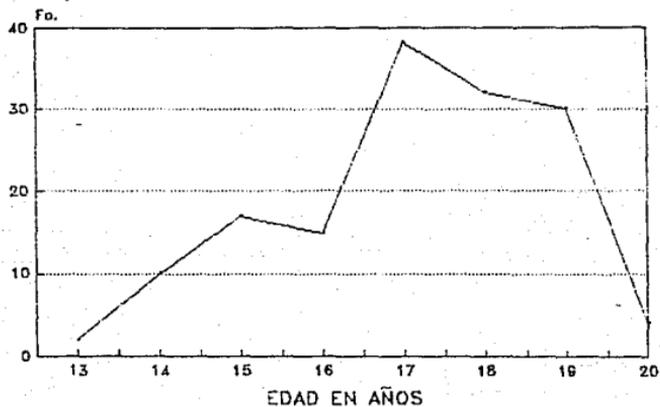
Embarazos planeados por las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 14

Gráfica No. 12

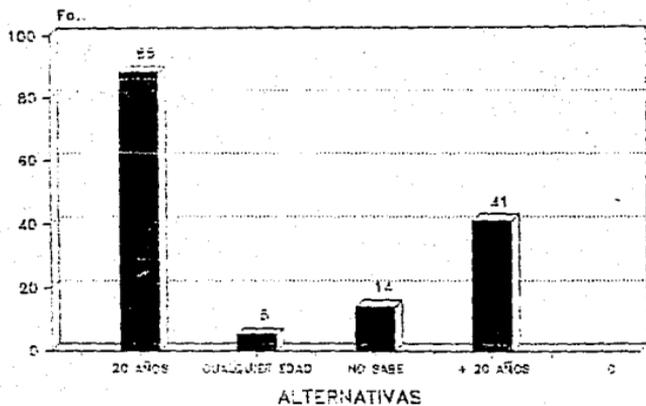
Edades en que tuvieron su primer hijo las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No.

Gráfica No. 13

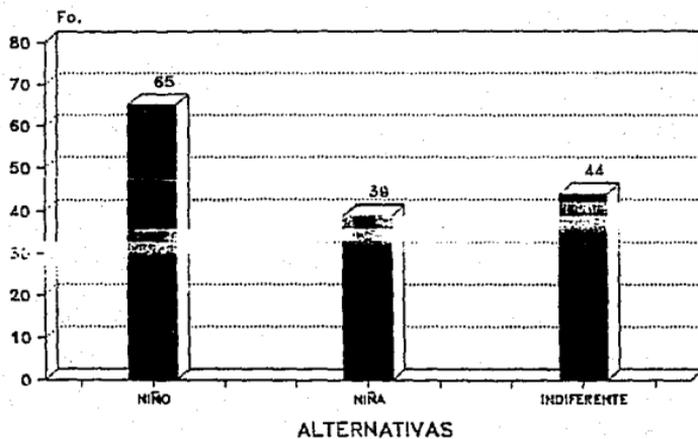
Edad considerada ideal para embarazarse por las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 16

Gráfica No. 14

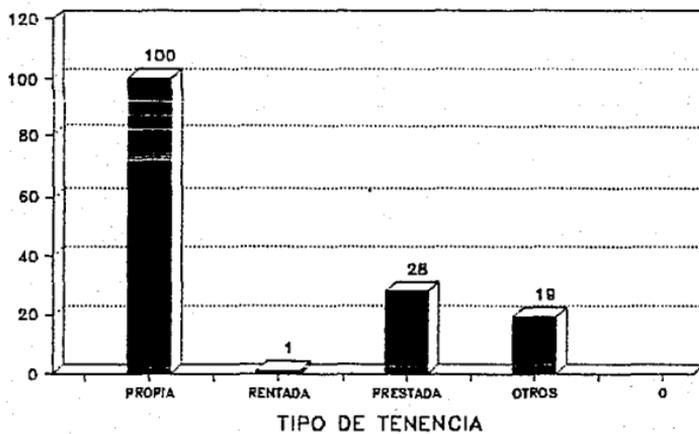
Motivos de la preferencia del sexo del producto esperado por las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 17

Gráfica No. 15

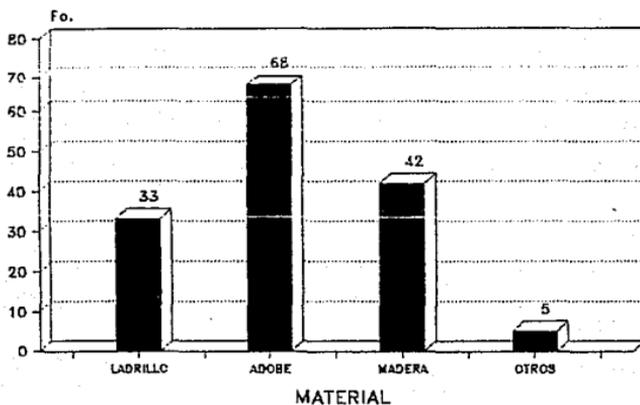
Tenencia de vivienda de las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 19

Gráfica No. 18

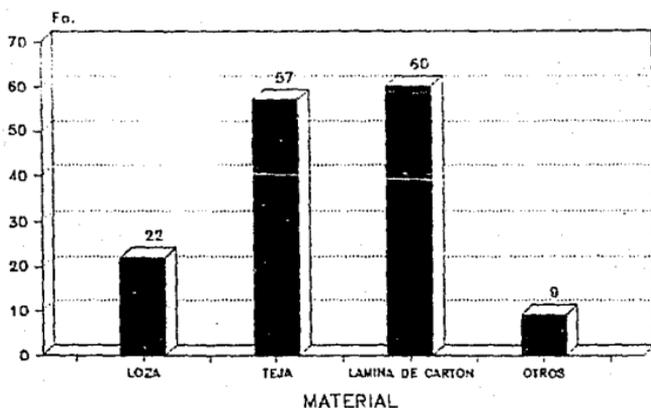
Material de construcción de las paredes de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 20

Gráfica No. 17

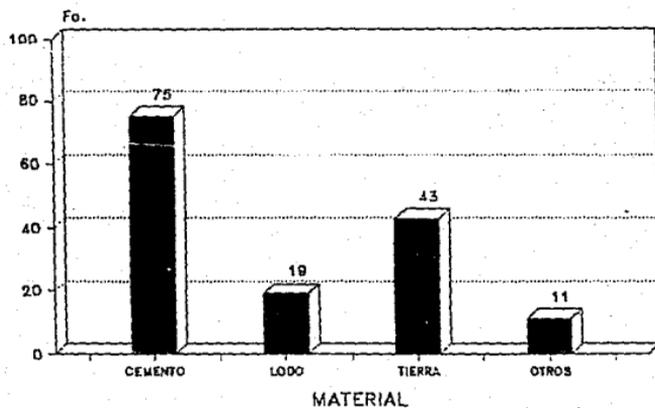
Material de construcción de los techos de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 21

Gráfica No. 18

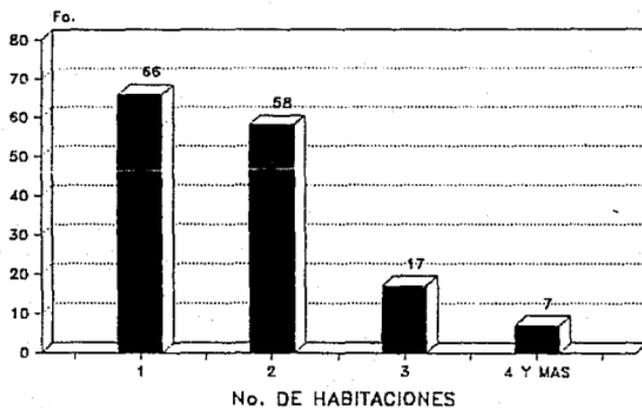
Material de construcción de los pisos de las casas que habitan las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 22

Gráfica No. 19

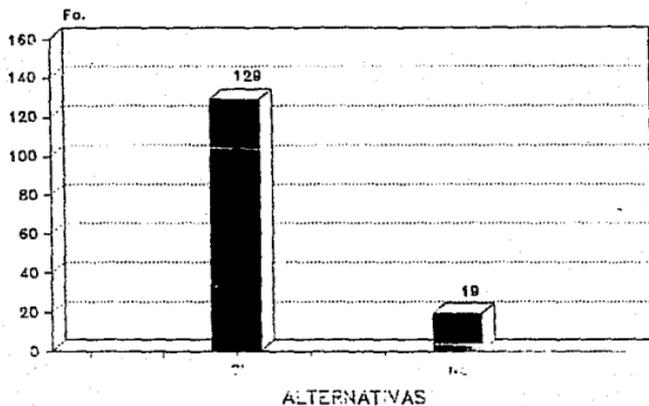
Número de habitaciones de que constan las casas de las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 23

Gráfica No. 20

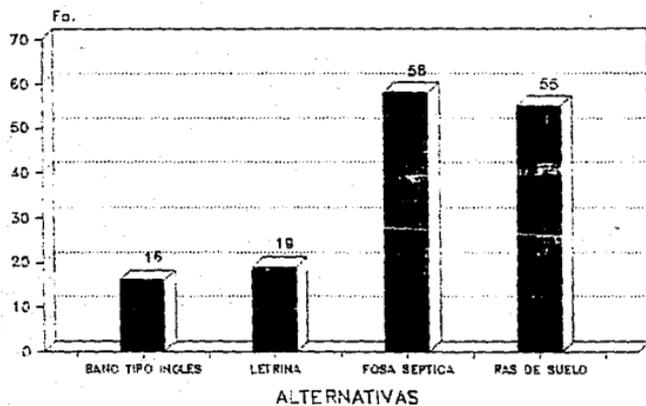
Personas que cuentan con cocina aparte en las comunidades seleccionadas.



Fuente: Cuadro No. 24

Gráfica No. 21

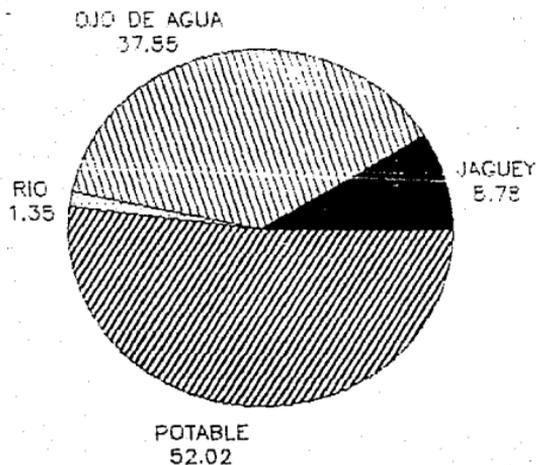
Forma que utilizan para la eliminación de excretas las personas seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 25

Gráfica No. 22

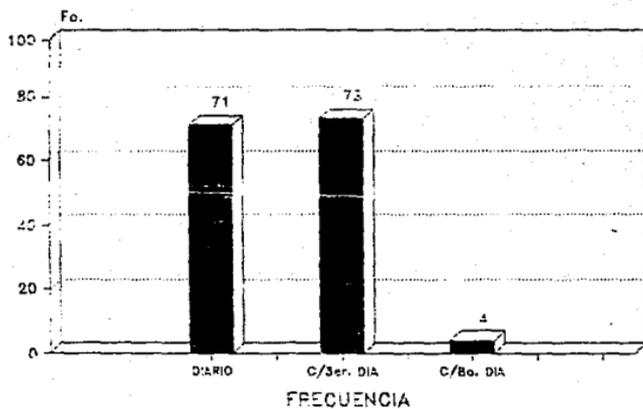
Tipo de agua que utilizan en las actividades diarias las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 28

Gráfica No. 23

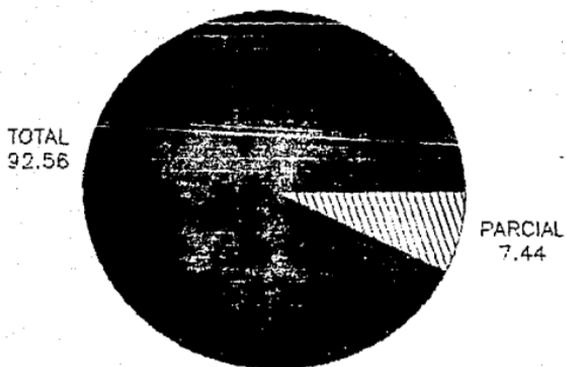
Frecuencia con que realizan el cambio de ropa las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 31

Gráfica No. 24

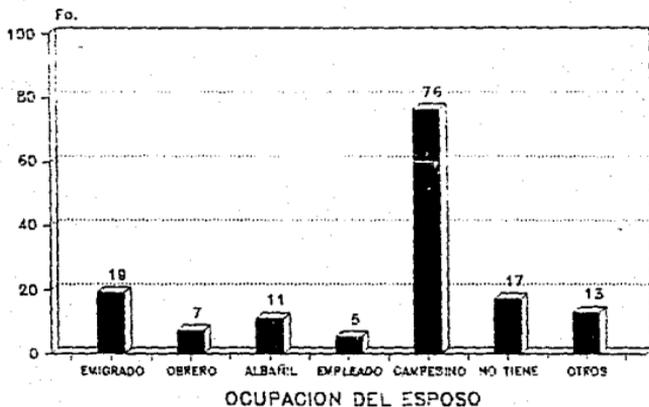
Tipo de cambio de ropa que realizan las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 32

Gráfica No. 25

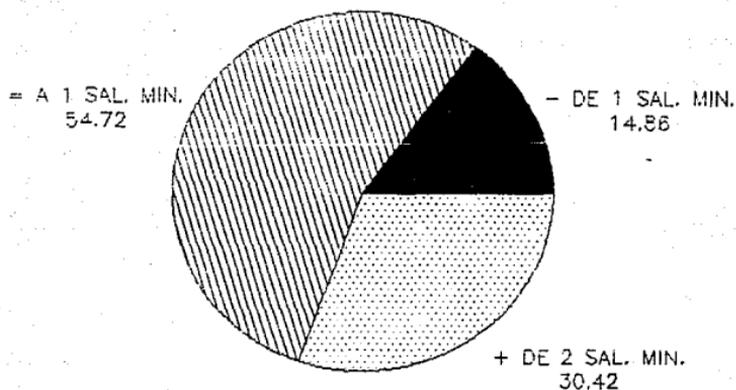
Ocupación del esposo de las mujeres seleccionadas para el estudio.



Fuente: Cuadro No. 33

Gráfica No. 26

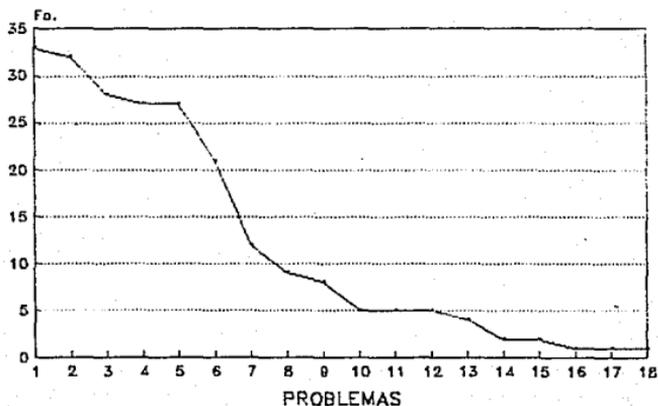
Ingreso mensual al hogar de las mujeres seleccionadas para estudio.



Fuente: Cuadro No. 34

Gráfica No. 27

Problemas presentados en el último embarazo por las mujeres seleccionadas para el estudio

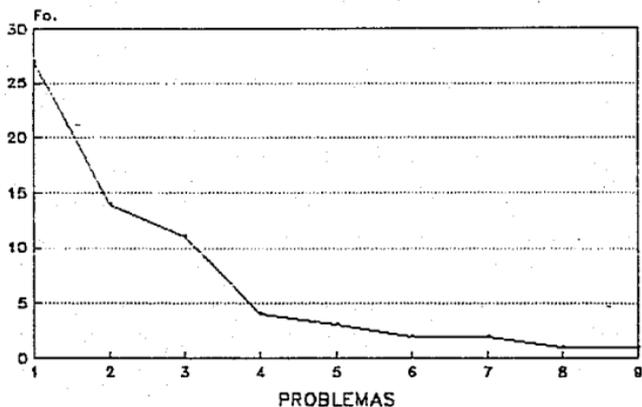


- | | |
|----------------------------------|------------------------------------|
| 1.-Edema de miembros inferiores | 10.-Amenaza de parto prematuro |
| 2.-Anemia | 11.-Obesidad |
| 3.-Hipotensión | 12.-Dolor abdominal |
| 4.-preclamsia | 13.-Aborto |
| 5.-Hipermesis | 14.-Polihidramnios |
| 6.-Cefalea | 15.-Calambres |
| 7.-Ninguno | 16.-Ruptura prematura de membranas |
| 8.-Amenaza de aborto | 17.-Padecimientos cardiacos |
| 9.-Infecciones de vías urinarias | 18.-Desnutrición |

Fuente: Cuadro No. 38

Gráfica No. 28

Problemas que presentaron durante el trabajo de parto y parto las mujeres seleccionadas para el estudio



- 1.-Desproporción cefalo-pélvica
- 2.-Ruptura prematura de membranas
- 3.-Trabajo de parto prolongado
- 4.-Fiebre
- 5.-Hipotonía uterina
- 6.-Parto pretérmino
- 7.-Retención de placenta
- 8.-Parto postérmino
- 9.-Circular de cordón

Fuente: Cuadro No. 41

4: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Replanteamiento del problema.

Cuales son los factores que condicionan el embarazo a temprana edad y por ende los problemas de salud que se presentan en ellas?. en 5 módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura en el Estado de Michoacán, Mexico 1992.

Objetivos:

General:

Identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad y por ende los problemas de salud que se presentan en ellas.

Específicos:

- Identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad.
- Detectar los problemas de salud mas frecuentes que se presentan en estas mujeres.
- Plantear alternativas de solución en base a las necesidades detectadas.

Variables:

Dependientes:

- Embarazo a temprana edad
- Problemas de salud mas frecuentes.

Independientes:

- Edad
- Religión
- Escolaridad
- Costumbres y creencias
- Factores económicos
- Factores higiénico - dietéticos
- Rol social del niño.

Metodología. -

La presente investigación sigue la línea del tipo sociomédica retrospectiva, ya que de la población rural dispersa se incluyó un grupo social bien definido como son la población femenina en edad reproductiva, y así mismo, se estudiaron rasgos antropológicos de la población mencionada.

1.- Para la selección de la muestra se tomaron los siguientes lineamientos; selección por medio del sistema aleatorio a las señoras que hayan tenido por lo menos un embarazo entre la edad de 13-19 aos en las poblaciones que corresponden a 5 módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura en Michoacán.

2.-Se tomo como referencia un límite máximo de 5 aos de su última gesta.

Una vez seleccionada la muestra se procedió a la aplicación del cuestionario a través de la entrevista directa.

4.- Para la integración del marco teórico se consultaron diversas fuentes bibliográficas, haciendo una revisión de la información, seleccionándola para posteriormente procesarla y plasmarla en fichas de trabajo e integrar de esta manera al

marco teórico.

5.-Posteriormente se realizó el procesamiento de la información por medio del método de paloteo, concentrando los datos en cuadros y gráficas; así como la interpretación y análisis de los mismos, así mismo, elaborando conclusiones y proponiendo alternativas de solución; una vez obtenido esto, se procede a la integración de la investigación para su presentación.

CONCLUSIONES

De acuerdo al tema que se ocupa, el cual es identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad y los problemas de salud que se presentan en ellas; se considera a la religión, edad, escolaridad, costumbres y creencias, factores económicos, higiénico-dietéticos, rol social del niño y la mujer, como variables independientes; tomando como muestra de estudio a las mujeres que se embarazaron entre la edad de 13 a 19 años. Llegando a las siguientes conclusiones:

De los resultados obtenidos se observa que de las mujeres encuestadas el mayor porcentaje corresponde a las mujeres entre edades de 21 a 24 años, las cuales fueron tomadas aún para el estudio puesto que ellas caben dentro del límite máximo de 5 años de haber tenido a su último hijo, esto es que tuvieron un embarazo antes de los 19 años, y aunque es menor el número de éstas que cuentan en su momento con menos de 19 años es representativo, ya que la mayoría de ellas, en estas comunidades se embarazan a una edad temprana.

Vale la pena destacar que la mayoría de las mujeres corresponde a un estado civil de casadas, aunque existe un alto porcentaje que se casan durante o posterior al embarazo. Así mismo es poco relevante para el estudio, la religión de las parejas, ya que a pesar de ser o decirse católicos o de cualquier otra religión, esto no es impedimento para que se embarazen muy jóvenes, mas bien puede decirse que es mal visto por la comunidad el que esto suceda sin estar casadas.

Otro factor que influye para que este proceso se lleve a cabo es el nivel de escolaridad ya que la mayoría cuenta con primaria completa, siendo muchas veces hasta ahí donde se les permite estudiar; en ocasiones por falta de recursos

económicos, o por la necesidad de dedicarse a las labores del hogar o del campo. Es así como inconcientemente los padres preparan a sus hijas a muy temprana edad para el matrimonio, asignándoles labores como: el cuidado de sus hermanos menores o propias de una mujer, por lo cual al llegar a una edad de entre 14 y 15 aos, ellas piensan que están ya capacitadas para formar su propia familia. De esta manera a la edad de 22 a 24 aos se encuentran ya con 5 o 6 hijos muchas de ellas sin siquiera conocer o aceptar algún método de planificación familiar por la misma idiosincracia de la pareja; si bien en el estudio se observa que la fecha del último parto es en la mayoría, menor de un ao, esto es debido a que son de las mujeres que aún cuentan con menos de 19 aos y que tienen poco tiempo de casadas.

En cuanto a la edad que ellas consideran ideal para embarazarse se menciona que es mejor después de los 20 aos, ya que por experiencia propia refirieron que al embarazarse muy jóvenes pasaron algunos problemas en esta etapa, también se dieron cuenta que al tener un hijo a muy temprana edad implica muchas responsabilidades y muchos gastos para el sustento de éste; muchas de estas mujeres se arrepintieron de haberse embarazado tan chicas, ya sea por los problemas presentados o simplemente porque no vivieron su etapa de adolescencia como ellas hubiesen querido; también se observó que una minoría de éstas no saben que edad es idónea para embarazarse, ya que piensan que cualquiera es buena para ello, atribuyéndose esto a las costumbres de sus comunidades y a la falta de orientación sexual adecuada.

Un buen número de amas de casa tienen introyectados conocimientos básicos muy importantes sobre el manejo de alimentos e higiene del hogar, así como del agua, lo cual evita enfermedades y por consiguiente brotes epidémicos de diversa

etiología. Por estomismo, al conocer o llevar a efecto estos procedimientos de higiene, se disminuyen las enfermedades, ya que como algunas de las mujeres manifestaron primero es nuestra salud.

Por otro lado un buen número de amas de casa tienen buenos hábitos de higiene corporal y de cambio de ropa, evitando con ésto enfermedades que podrían complicar la fisiología del embarazo, como serían las cerviiovaginitis producidas por la humedad que se genera en las áreas genitales durante la actividadde todo el día a que estan expuestas en el campo la mayoría de las mujeres aun estando embarazadas, y también por la poca o escasa higiene que tienen los esposos antes de tener relaciones sexuales, acarreado microorganismos al canal vaginal.

Es característico en las zonas rurales que la población masculina se dedique a labores propias del campo, ya que constituye uno de los principales medios que les sirven para subsistir a ellos y a su familia en la vida diaria, percibiendo una economía en ocasiones raquítica para medio vivir, por esto un buen número de personas prefieren emigrar al norte a trabajar de lo que sea redituándoles ingresos mas altos que les permite vivir mas cómodamente, habiendo otros que tienen la necesidad de dedicarse a otra actividad que no sea campesino ya que tienen oportunidad de un ingreso extra como son los empleados albañiles u obreros.

Esto es uno de los factores que impulsan a los padres a desear un hijo varón, el cual en un futuro pueda ayudarles a solventar el gasto familiar. Esto comprueba una vez mas que el rol social de la mujer en el medio rural implica solamente el desempeo de las labores del hogar y procreación de los hijos.

COMENTARIO FINAL

Dentro del estudio que nos ocupa se puede decir que si bien, el embarazo es un estado fisiológico de la mujer, puede complicarse, y uno de estos factores de riesgo es una edad temprana, observándose en este medio con mucha frecuencia; éste a su vez se ve afectado por las diversas actividades que la mujer desempeña, como son las labores del campo y del hogar; esto, aunado a los malos hábitos alimenticios lo cual trae consigo diversos problemas, tales como: edema de miembros inferiores, anemias, hipotensión, preeclampsia e hiperemesis gravídica principalmente, que pueden repercutir además en el trabajo de parto, donde se observa que se presenta con mayor frecuencia la desproporción cefalopélvica, ruptura prematura de membranas y el trabajo de parto prolongado. Esto indica que a menor edad es más factible que se presenten problemas, ya que el organismo no está preparado aún para los cambios que se presentan durante un embarazo haciéndolo más difícil y en ocasiones poniendo en peligro la vida de la madre, del producto o de ambos.

Por consiguiente, se puede decir que si existe un embarazo a temprana edad, es mayor el riesgo de presentar problemas durante éste, estando aún más predispuestas a las complicaciones en el trabajo de parto y parto, máxime con las carencias existentes en este tipo de mujeres en el medio rural.

Al ser considerados los factores ya descritos, los objetivos planteados son cubiertos satisfactoriamente, pretendiéndose además con esto informar a la población acerca de este problema, ya que la existente en la actualidad es poca en lo que a nivel comunitario se refiere y cuya frecuencia es tal que en las comunidades se ha visto incrementado el índice de mortalidad materna y perinatal.

5: SUGERENCIAS

SUGERENCIAS

-Orientar, dirigir y asesorar a los profesores de los centros escolares, respecto a la impartición de educación sexual a los alumnos.

-Proporcionar pláticas en instituciones escolares a sus diferentes niveles, sobre educación sexual por personal capacitado.

-Impartir charlas de educación sexual a padres de familia.

-Concientizar a los padres de familia de la necesidad que existe de comunicación para con los hijos, preferentemente sobre sexualidad.

-Enfatizar en los beneficios que trae consigo el uso de los diversos métodos anticonceptivos.

-Impartir charlas de planificación familiar a los adolescentes, haciendo énfasis en las indicaciones, contraindicaciones, y reacciones secundarias de los diversos métodos de anticoncepción, así como los riesgos que existen al embarazarse a temprana edad.

6: ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

SECRETARIA DE SALUD

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIRECCION GENERAL DE
PLANIFICACION FAMILIAR.

CUESTIONARIO

OBJETIVO: Identificar los factores que condicionan el embarazo a temprana edad y por ende los problemas de salud que se presentan en ellas.

INSTRUCCIONES: De acuerdo a las preguntas que se vayan realizando, contesta con claridad y veracidad.

Jurisdicción: _____ Módulo: _____
Comunidad: _____

I. DATOS DE IDENTIFICACION.

- a). Nombre: _____
b). Edad: _____ c). Edo. civil: _____
d). Escolaridad: _____ e). Religión: _____
f). No. de hijos: _____ g). F.U.P.: _____
h). Dirección: _____

II. COSTUMBRES Y CREENCIAS.

- a). ¿Hubo etapa de noviazgo? SI _____ NO _____
- b). ¿Cuánto tiempo duró? _____
¿Por qué? _____
- c). Edad en que se casó _____
¿Por qué? _____
- d). ¿A qué edad se embarazó? _____ ¿Por qué? _____

- e). ¿Planeó usted su primer embarazo? _____
¿por qué? _____
- f). ¿A qué edad tuvo su primer hijo? _____
- g). ¿Sexo del producto que esperaba que fuera? _____
¿Por qué? _____
- h). ¿Usted que piensa de las mujeres que no se han casado después de los 20 años? _____
- i). ¿Qué edad considera que es la ideal para embarazarse? _____
¿Por qué? _____

III. - HABITOS HIGIENICO DIETETICOS.

1. - La casa que usted habita es:
- a) Propia b) Rentada c) Prestada d) Otros
2. - Las paredes de su casa, de que material es:
- a) Ladrillo b) Adobe c) Madera d) Otros
3. - El techo de su casa es de :
- a) Loza b) Teja c) Lámina de carton
- d) Otros especifiquo: _____
4. - El piso de su casa es de :
- a) Cemento b) Lodo c) Tierra d) Otros. _____

5.- Número de habitaciones:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4 y mas. _____

6.- ¿Cuenta con cocina? SI _____ NO _____

7.- Eliminación de excretas:

- a) Baño o tipo inglés b) Letrina
c) Fosa séptica c) Ras del suelo.

8.- Cuántas veces a la semana come usted el siguiente tipo de alimentos:

Numero de días a la semana

	0	1	2	3	4	5	6	7	y+
a) Carnes rojas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
b) Carnes blancas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
c) Huevo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
d) Leche y derivados	—	—	—	—	—	—	—	—	—
e) Verduras	—	—	—	—	—	—	—	—	—
f) Leguminosas (frijol, lentejas, haba.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
g) Cereales (arroz, maíz, avena.)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
h) Frutas	—	—	—	—	—	—	—	—	—
i) Alimentos chatarra	—	—	—	—	—	—	—	—	—

9.- Acostumbra usted lavar los alimentos antes de consumirlos:

SI _____ NO _____

¿Por qué? _____

10.- El agua que utiliza en las actividades diarias es:

- a) Potable b) del río c) Ojo de agua d) Jagüey

11.- El agua que consume acostumbra hervirla:

SI _____ NO _____ ¿por qué? _____

12.- ¿Cada cuando se baña? _____

por qué? _____

13.- Frecuencia en el cambio de ropa. _____

14.- tipo de cambio de ropa:

- a) total b) Parcial

IV. - FACTORES ECONOMICOS

1. - Ocupación del esposo _____
2. - Ingreso mensual:
 - a) Menos de un salario mínimo
 - b) Igual a un salario mínimo
 - c) 2 o más salarios mínimos

V. - ROL SOCIAL DEL NINO.

1. - Acuden sus hijos a la escuela: SI _____ NO _____
¿por qué? _____
2. - En que utilizan sus hijos el tiempo libre?

3. - ¿Si usted se volviera a embarazar que sexo le gustaría que fuese? _____
¿por qué? _____

VI. - PROBLEMAS DE SALUD MAS FRECUENTES.

1. - ¿Cuales fueron los problemas de salud que usted presentó durante su último embarazo? _____

2. - Llevo control prenatal: SI _____ NO _____
¿Por qué? _____
3. - ¿Con quien llevo su control prenatal? _____
4. - ¿Presento problemas durante el trabajo de parto y parto?
SI _____ NO _____
Cuales: _____

5. - ¿Aceptó usted el embarazo? SI _____ NO _____
¿Por qué? _____

Entrevistador. _____

Fecha: _____

GLOSARIO DE TERMINOS

GLOSARIO

- Amaurosis:** Ceguera, especialmente la que ocurre sin lesión aparente del ojo, por enfermedad del nervio óptico, retina, médula o cerebro; gota serena.
- Autosoma:** Cromosoma que no tiene acción sobre la determinación del sexo.
- Capacidad funcional residual;** Esta constituido por el volumen espiratorio de reserva mas el volumen residual; es la cantidad de gas que queda en el pulmon.
- Capacidad inspiratoria:** Constituida por el volumen de ventilación pulmonar más el volumen inspiratorio de reserva; es el volumen máximo de gas que se puede inspirar desde la posición espiratoria terminal en reposo.
- Capacidad pulmonar total;** Es la cantidad de gas en el pulmón al final de la inspiración.
- Capacidad vital:** Incluye a todos los volúmenes; menos el residual; es el volumen máximo de gas que se puede expirar después de una inspiración máxima.
- Celoma:** Cavidad del cuerpo del embrión comprendida entre la somatopleura y la esplernopleura; de ella se originan las principales cavidades del cuerpo.

Consortio:	Unión de los que viven juntos.
Corpúsculo:	Cuerpo o masa pequeños.
Degeneración granulosa:	Célula simple o masa de protoplasma. Tejido compuesto por células epiteliales que forman la capa externa fetal de la placenta sobre la capa de Langhans que constituye una verdadera glándula de secreción interna dota de poder histolítico sobre los tejidos maternos.
Ectodermo:	Hoja externa del blastodermo destinada a formar la epidermis, órgano de los sentidos y sistema nervioso.
Endoblasto:	Endodermo o hipoblasto; capa interna del blastodermo primitivo.
Espasmo:	Contracción involuntaria de un músculo.
Evangelio:	Verdad indiscutible.
Fovea:	Fosa o depresión pequeña, especialmente de la central de la retina.
Fuero:	Jurisdicción.
Grado de leer en el consorcio de Melquisedec:	Es aquel que posee la autoridad del consorcio (autoridad dada al hombre por Dios).

Gastrula:	Forma del embrión primitivo que sigue a la blastula, en la cual el embrión consta de dos capas, ectodermo y endodermo, y dos cavidades, una entre las dos capas y otra formada por una invaginación del endodermo (arquerteron) que comunica con el exterior por una abertura (blastoporo).
Hidrorrea:	Flujo lento y copioso de un líquido acuoso.
Hidrorrea amniótica:	Derrame de líquido por vagina debido a una perforación del amnios.
Homólogo:	Dícese de cada uno de los órganos pares idénticos entre sí en su forma o estructura o de ambas mitades de un órgano impar.
Nuevo sempiterno convenio.	Primera y perpetua alianza del matrimonio.
Ordenanza:	Conjunto de preceptos o reglamentos.
Ordinaria vicaria:	El obispo que posee jurisdicción ordinaria, en su territorio.
Potestad:	Dominio de autoridad.
Rito:	Orden establecido para las ceremonias de una religión.
Sacramento:	Acto religioso que tiene por objeto la

santificación de una persona.

Somita: Segmento primitivo mesodérmico del tronco del embrión compuesto de dermatoma y esclerotoma; protovertebra metamera.

Talasanemia: Anemia hereditaria de tipo hemolítico o incidencia racial y familiar, no aparece aumentada la hemoglobina A2.

Transicional: Que pasa de un estado a otro.

Traquelorrafia: Sutura de un desgarre del cuello uterino, operación de Emmet.

Vesícula umbilical: Órgano embrionario, porción del saco vitelino que comunica con el intestino por medio del conducto onfalomesentérico.

Vínculo: Unión de una persona con otra persona.

Volúmen espiratorio de reserva: Es la cantidad máxima de aire que se puede aspirar desde la posición aspiratoria terminal en reposo.

Volúmen inspiratorio de reserva: Es la cantidad máxima de aire que se puede inspirar mas allá de la ventilación pulmonar normal.

Volúmen residual: Es el volúmen de gas que queda en los pulmones al final de la espiración máxima.

Volúmen de ventilación
pulmonar:

Es el volúmen de gas inspirado o
espirado durante cada respiración; en
sí se refiere a la respiración
tranquila en reposo.

BIBLIOGRAFIA

- Dantforth, David N. Tratado de Obstetricia y Ginecología, Interamericana, 4a. edición. México 1986 1987 págs.
- De Alvarez R. Ramon. Tratado de Ginecología. La Prensa Médica Mexicana, México 1984, 587 págs.
- Gerard J. Tortora. Nicholas p. Principios de Anatomía y fisiología, Harla, 3a. edición, México 1987, 1034 págs.
- Gobierno del Estado de Michoacán Información Monográfica H. Ayuntamiento. Estatal, México 1989 360 págs.
- Jan Lagman. Embriología Médica, Interamericana, 3a. edición México 1981, 384 págs.
- J. Carreon. Jesús, Me caso por que me caso consejo a los novios cristianos. Jonior, 10a. edición, México 1990, 52 págs.
- Larry y Nordis Cristerson. La Pareja Cristiana. Betania, México 1982, 178 págs.
- Lee Grand. Richards, Una Obra Maravillosa y un Prodigio, De la Iglesia de

- Los santos de los últimos días. Salt Lake city, Utah.
1980 págs.
- Masters, H. Willian, La Sexualidad Humana, Grijalvo
9a. Edición. México 1982,
999 págs.
- Mondragon Castro . Héctor Ginecología Básica Ilustrada
Edit. Trillas. México. 1988.
478 págs.
- Mondragon Castro . Héctor Obstetricia Básica Ilustrada
Edit. Trillas. México. 1989,
724 págs.
- Mostaza Rodríguez . Antonio Nuevo Derecho Canónico, manual
Universitario, Biblioteca de
autores cristianos, 625 págs.
- Núñez Maciel Eduardo Ginecología y Obstetricia, A.
M.H.G.O. No. 3 IMSS, 3a. Edi-
ción, México, 1989, 1029 págs.
- Olds, S.D. y Cools. Enfermería materno-infantil.
Edit. Interamericana, 2a
Edición, México, 1991.
1283 págs.
- Pacheco R. Carlos, Reunión Nacional de salud y
enfermedad en el medio rural
de México. México 1991,

- 482 págs.
- Pritchard Jacka y cools. Williams Obstetricia. Salvat.
3a. Edición. México 1990,
900 págs.
- Queenan Johé. T. Atención del embarazo de alto
riesgo, El Manual Moderno,
México 1989, 602 págs.
- Secretaría de Salud Cuaderno Técnico de
Subsecretaría de servicios Planificación Familiar, La
de salud. auxiliar de salud en la
Estrategia de Extensión de
D. G. P. F. Cobertura, México : 365 págs.
- Secretaría de Salud La Estrategia de Extensión de
Cobertura, México 1989, 19 págs.
- Secretaría de salud La supervisora de auxiliares
Subsecretaría de servicios de salud dentro del programa de
de salud. Planificación familiar en la
Estrategia de Extensión de
D. G. P. F. Cobertura, México 1985.
- Spencer W. Kimball. La fé procede del milagro.
Deseret, Book Company E.U.A.
1983. 362 Págs.
- Supervisoras de auxiliares Censo de los módulos de la
de salud. Estrategia de Extensión de
cobertura en el estado de
P.L. E. O. Michoacán, México 1992.

W.E. Nelson.

Tratado de pediatría. Tomo I.
Salvat, 8a. edición, México
1983. 1190 págs.

Wolman. Benjamin, B

Aspectos Psicológicos en Gineco-
logía y obstetricia, PLM. México
1981. 192 págs.

Diccionario Médico, Salvat, S.A
Barcelona, Madrid 1982. 632
Págs.

Diccionario Terminológico de
ciencias Médicas, Salvat, 11a.
edición, Barcelona, Madrid 1983
1073 págs.