



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA**

**"CALIDAD DE ATENCION QUE PRESTAN LAS PARTERAS
EMPIRICAS EN LAS ETAPAS DEL EMBARAZO, PARTO
Y PUERPERIO".**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A N :

**Ramona Alamillo García
María de la Luz Esparza Monroy
María de los Angeles Morales Reyes**



MEXICO, D. F.

FEBRERO, 1994

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

FE DE ERRATAS

DICE	DEBE DECIR
estructuras	estructuras pág. 33 renglón 14.
el producto	al producto pág. 33 renglón 16.
aminoácidos	aminoácidos pág. 46 renglón 19.
incontinencia	incontinencia pág. 55 renglón 17.
seman	semana pág. 65 renglón 3.
causará	causara pág. 77 renglón 7.
haber disminuido	debe haber disminuido pág. 94 renglón 1.
vernix	vermix pág. 106 renglón 7.
Morbilidad	Morbimortalidad pág. 122 renglón 1.
35 - 29	35 - 39 pág. 135 Cuadro No. 1.
por las empíricas	por las parteras empíricas pág. 153 Cuadro No. 10.

U. N. A. P.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y ODONTOLOGIA
COORDINACION DE
SOCIAL Y DESEMPEÑO
DE TITULACION



Vo. Bo. del Asesor:

Lic. Ezequiel Canela Nufiez.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES

porque orientaron mi vida
por el sendero luminoso y productivo
... porque me dieron los medios
indispensables para alcanzar
la superación.

... porque me proporcionaron apoyo,
ayuda espiritual, sin reservas, para
lograr la más grande de mis metas.

A MIS HERMANOS

Por todo su apoyo.

A LAS FAMILIAS

Sotelo Muñoz, Díaz Silva, Sánchez
Ramírez, Rivera Zumaya y a mi tía
Ofelia, por su ayuda incondicional.

A ANGELES Y LUZMA

Porque juntas logramos
alcanzar la meta.

A LA E.N.E.O. (U.N.A.M.)

Porque logré mis máximos anhelos
en mi desarrollo profesional.

... porque en sus aulas me forjé
como ciudadano.

Solamente hay tres cosas que son imposibles
para el ser humano: ser Dios, ser inmortal
y volar, todo lo demás se puede con perse-
verancia y constancia.

RAMONA

A mis Padres:

Por haberme dado su apoyo físico y moral en los momentos más críticos de mi existencia. Por haberme otorgado la herencia más preciada que un ser humano pueda desear: EL ESTUDIO.

Padres hasta aquí termina su labor, ahora es el momento de que levante el vuelo yo sola para poderles recompensar todo lo que han hecho -- por mi.

A mis Hermanos y Hermanas:

Por haberme impulsado a culminar con mis estudios satisfactoriamente y por haberme ofrecido su apoyo físico, moral y económico en los momentos requeridos.

A mis cuñados: Guillermo y Domingo:

Por haber confiado en mi y brindarme su apoyo moral y económico; así como por darme palabras de aliento para seguir siempre adelante.

A mis sobrinos y sobrinas:

Por que gracias a su frescura, entusiasmo y alegría logré culminar mis estudios felizmente.

A mis Profesores:

por haberme brindado sus conocimientos
y sabiduría a lo largo de mi vida aca-
démica y por hacer que creciera profe-
sionalmente.

¡Nunca los olvidaré!

A mis compañeras Angeles y Ramona:

Por que gracias a su compañía logré
salir adelante en los momentos en -
que sentía una profunda tristeza.

A TODOS ELLOS MIL GRACIAS.

María de la Luz.

A Dios Gracias,

Primero, por la Vida que Me Dio;

Segundo, por la Familia Tan Maravillosa

que Siempre Me Apoyo Y;

Tercero, por Haberme Dado la Oportunidad de

que a Través de esta Gran Institución me Haya

Permitido ser Alguien en la Vida.

A mis Padres

Por su apoyo incondicional de siempre

porque sin su Ayuda no Hubiese sido

Posible que Lograra esta Empresa.

Sería Injusto no Reconocer que les Debo

El 50% de lo que Ahora soy, pues ellos-

Sufrieron, Lloraron y se Desvelaron con

migo cuando fue Necesario.

Ellos Sembraron la Semilla, Dios la Bendijo

y Ahora Da su Fruto.

Padre, Madre, Mil Gracias,

Dios los Bendiga Los Amo.

A mis Hermanos

Con Cariño Porque Siempre me

Brindaron su Apoyo Cuando más

lo Necesitaba.

A LA E.N.E.O.

La Universidad Pierde una Hija
Pero la Sociedad Gana un Profesional,
Con Mucha Admiración y Agradecimiento
Por Haberme Brindado la Oportunidad
de Penetrar en sus Instalaciones y
Poder Así Haber Realizado una Carrera
Profesional.

A mis Profesores

Para Todos y Cada uno de Ellos mi Agradecimiento
Que Gracias a su Experiencia, Enseñanza y Dedicación
me Ayudaron a Realizar una de mis Grandes -
Metas. Y en Especial al Lic. en Enfermería y Obs-
tetricia Ezequiel Canela Núñez. Que me Oriento,-
Apoyo y su Ayuda Brindada a Través de su Experiencia
y Conocimientos para llevar a Término La Pre-
sente Tesis.

Luz y Ramona

Gracias Por Su Apoyo.

Angeles.

	Pág.
INDICE GENERAL	
INTRODUCCION	
JUSTIFICACION	3
FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
OBJETIVOS	8
HIPOTESIS	9
VARIABLES	10
METODOLOGIA	12
I. MARCO TEORICO	
1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA PARTERA EMPIRICA	16
1.2 CALIDAD DE ATENCION	20
1.3 ATENCION PERINATAL EN MEXICO	31
1.3.1 Atención Prenatal	31
1.3.2 Atención del Parto	78
1.3.3 Atención del Puerperio	93
1.3.4 Atención del Recién Nacido	104
1.4 MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL	108
1.4.1 Morbimortalidad Materna del Estado de gue- rrero	120
1.4.2 Morbimortalidad Infantil del Estado de gue- rrero	122

	Pág.
1.5 PROGRAMAS MATERNO-INFANTILES	124
II. RESULTADOS	134
III. CONCLUSIONES	185
IV. ALTERNATIVAS DE SOLUCION Y COMENTARIOS	193
V. ANEXOS	198
GLOSARIO DE TERMINOS	208
BIBLIOGRAFIA	216

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro No. 1. Edad y grado de escolaridad de las parteras empíricas de los Módulos-Cocula I, Teloloapan I y IV del -- Edo. de Guerrero	135
Cuadro No. 2 Adquisición de conocimientos y asistencia a cursos de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	137
Cuadro No. 3. Parteras capacitadas y no capacitadas con relación al tiempo de ejercicio de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	139
Cuadro No. 4. Actividades realizadas en el control prenatal por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	141
Cuadro No. 5. Actividades realizadas en el control prenatal por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	143
Cuadro No. 6. Complicaciones presentadas en el control prenatal por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	145
Cuadro No. 7. Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero, con relación a las complicaciones presentadas durante el embarazo	147

Cuadro No. 8.	Promedio de consultas proporcionadas a la embarazada por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV -- del Edo. de Guerrero	149
Cuadro No. 9.	Complicaciones presentadas por promedio de consultas proporcionadas durante el control prenatal por parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	151
Cuadro No. 10.	Total de partos atendidos en el último mes por las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	153
Cuadro No. 11.	Partos atendidos en el último mes - por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	155
Cuadro No. 12.	Actividades realizadas en la atención del parto por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	157
Cuadro No. 13.	Actividades realizadas en la atención del parto por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	159
Cuadro No. 14.	Complicaciones presentadas en el parto por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	161

Cuadro No. 15.	Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero, con relación a las complicaciones-presentadas en el parto	163
Cuadro No. 16.	Cuidados proporcionados al instrumental por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV -- del Edo. de Guerrero	165
Cuadro No. 17.	Material y equipo utilizado para la atención del parto y del recién nacido por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	167
Cuadro No. 18.	Cuidados proporcionados al recién nacido por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero.. . . .	169
Cuadro No. 19.	Cuidados proporcionados al recién nacido por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	171
Cuadro No. 20.	Actividades realizadas en el puerperio por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos - Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	173

Cuadro No. 21. Actividades realizadas en el puerperio por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	175
Cuadro No. 22. Complicaciones presentadas en el puerperio por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	177
Cuadro No. 23. Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero, con relación a las complicaciones presentadas durante el puerperio	179
Cuadro No. 24. Complicaciones presentadas por promedio de visitas proporcionadas durante el puerperio a las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	181
Cuadro No. 25. Promedio de visitas proporcionadas a la puérpera por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero	183

INTRODUCCION

Más de la mitad de los niños que nacen no son recibidos por parteras capacitadas ni por médicos. Por esta razón, varios programas en todo el mundo han intentado mejorar el desempeño de las parteras tradicionales que atienden un gran número de estos partos. Los programas por lo general, comprenden tres elementos: - capacitación básica en los procedimientos del parto, provisión de algún tipo de equipo y un sistema para la remisión de pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones obstétricas a - instituciones hospitalarias o a personal capacitado. Algo idéntico sucede en México, donde se han elaborado programas orientados al área materno infantil en los cuales se incluye la capacitación a parteras, tal es el caso del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura y planificación Familiar.

Debido a lo antes mencionado y por la importancia que tiene el capacitar a las parteras para que proporcionen una atención de calidad, se elabora la presente investigación sobre "Calidad de atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio"; donde se utilizó la siguiente metodología: se tomo una muestra que abarco únicamente a las parteras de tres Módulos de la Jurisdicción 02 Norte del Estado de Guerrero, excluyendo a las que no quisieron participar y las de

lenguaje diferente al español dando un total de 30 parteras; y dió por resultado la división de éstas en dos grupos: el de capacitadas y no capacitadas.

Para reforzar dicha investigación se tiene un marco teórico -- que presenta una reseña histórica de las parteras; lo que es - calidad de atención; una evaluación de la atención perinatal - en México; atención prenatal, atención del parto, atención del puerperio y recién nacido; un estudio de la morbimortalidad materno-infantil nacional y estatal (Guerrero); por último, los programas materno-infantiles que se han implementado en los últimos años.

Posteriormente se presentan los resultados donde se obtuvieron los datos siguientes: el surgimiento de mayor número de complicaciones en las etapas del embarazo, parto y puerperio en las parteras capacitadas a excepción de la segunda etapa, en la -- cual se les presentaron más a las parteras no capacitadas, estas complicaciones no fueron siempre atribuibles a una mala -- técnica en la atención otorgada por ambos grupos de parteras;- también se notó la carencia de material y equipo, que no repercutió en el aumento de la tasa de mortalidad materno-infantil.

Finalmente se mencionan las alternativas de solución para mejo

rar la atención en dichas etapas, así como implementar cambios en los métodos de enseñanza aprendizaje, lo que llevaría a reducir los datos epidemiológicos existentes.

JUSTIFICACION

Durante los primeros meses del Servicio Social, se detectó que la mayoría de los partos son atendidos por parteras empíricas, de ahí el interés por saber que conocimientos tienen, al igual que los recursos materiales y de equipo con los que cuentan; - si prestan atención durante el embarazo, parto y puerperio y - si esta es de calidad.

La presente investigación tiene como fin, conocer la calidad de atención que brindan las parteras empíricas en las comunidades rurales del Estado de Guerrero, donde los servicios de salud no son accesibles a toda la población.

Con dicha investigación se pretende contribuir a la concientización de las instituciones formadoras de recursos humanos para la atención de la salud, sobre la importancia que tienen en la participación directa con la comunidad, detectando avances y desvíos; ya que la atención que recibe la mujer por personal no capacitado conlleva a generar complicaciones que ponen en peligro la vida del binomio madre-hijo. Por tal motivo, el estudiante de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia juega un papel de gran importancia, puesto que su formación académica le permite brindar una atención de calidad en un primer nivel-

de atención y contribuir al mejoramiento de la salud materno--
infantil.

FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA

La posibilidad de que la población femenina de un país reciba atención adecuada durante el proceso reproductivo depende, en parte, de los recursos humanos y materiales disponibles y de su distribución respecto de la población. Por la estrecha relación que existe entre la salud de la madre y del niño, la atención del embarazo, parto y el control del puerperio suelen estar incluidos en los programas materno-infantiles, que gozan de alta prioridad en todos los países de la América Latina.

Dos de los factores que inciden en las condiciones de salud en la mujer durante su período reproductivo, son la cobertura universal de la atención de salud y el acceso de la mujer a servicios de salud materna de buena calidad que le garanticen una maternidad segura, tanto en el embarazo como el parto y puerperio.

En la población rural tan dispersamente repartida en nuestro país, es frecuente y necesario acudir a las parteras empíricas conocidas como parteras tradicionales, que en esas regiones se aceptan congruentemente con el empleo de la medicina tradicional. Por esa razón se han efectuado acciones de capacitación y apoyo con equipo e instrumentos a las parteras tradicionales.-

De esta manera se ha acentuado el vínculo de éstos agentes a los servicios de salud en el empeño de mejorar las condiciones en la atención del parto y para referir a las pacientes de alto riesgo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio en las comunidades rurales del Estado de Guerrero?

OBJETIVOS**1. General:**

- Determinar la calidad de atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio en las comunidades rurales del Estado de Guerrero.

2. Específicos:

- Conocer la calidad de atención que prestan las parteras empíricas durante la etapa del embarazo.
- Conocer la calidad de atención que prestan las parteras empíricas durante la etapa del parto.
- Conocer la calidad de atención que prestan las parteras empíricas durante la etapa del puerperio.

HIPOTESIS**1. De trabajo:**

La atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio es de calidad.

2. Nula:

La atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio no es de calidad.

VARIABLES

INDICADORES

Calidad de atención en la etapa del puerperio.

Número de visitas durante el puerperio.

Complicaciones durante el puerperio.

Actividades realizadas a la puérpera.

Cuidados mediatos al R/N.

Manejo del puerperio complicado.

Manejo del R/N de alto riesgo.

2. CUALITATIVA NOMINAL

Nivel educacional de la partera empírica.

Grado de escolaridad.

Trasmisión de conocimientos.

Tiempo de desempeño en la función de partera.

Cursos recibidos.

VARIABLES

INDICADORES

1. CUALITATIVAS ORDINALES:

Calidad de atención en la
etapa del embarazo.

Número de consultas prenatales
Número de consultas por embara
zo.

Complicaciones durante el emba
razo.

Manejo del embarazo de alto --
riesgo.

Actividades que realizan en la
consulta prenatal.

Calidad de atención en la
etapa del parto.

Número de partos atendidos.

Complicaciones durante el parto.

Manejo de técnicas durante la -
atención del parto.

Características del material --
utilizado en el parto.

Equipo que se utiliza en la - -
atención del parto.

Cuidados inmediatos al R/N.

METODOLOGIA**Tipo de investigación:**

Descriptiva, transversal, retrospectiva y de campo.

Universo:

Todas las parteras empíricas de las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura del Estado de Guerrero.

Muestra:

Las parteras empíricas de 3 Módulos de la Estrategia de Extensión de Cobertura del Estado de Guerrero.

Criterios de inclusión:

Las parteras empíricas de 30 comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura del Edo. de Guerrero.

Criterios de Exclusión:

Aquellas parteras que no quieran participar en la investigación.

Aquellas parteras con lenguaje distinto al español.

Lugar:

Módulo Cocula I

Colonia Vicente Guerrero.

Colonia El Municipio

Puente Río San Juan

Apango

Metlapa

Mextitlán

Acalmantlila

Tecomatlán

Xonacatla

La Mohonera.

Módulo Teloloapan I:

La Concordia

Chapa

El Calvario

Ahuacatitlán

Ahuaxotitla

San Francisco

Tlacaquipa

Tuxtla Cuevillas

Cuaxilotla

El Mirador.

Módulo Teloloapan IV:

Xalostoc

Tierra Blanca

Plan del Sabino
Naranjo Pesoapilla
Huerta Grande
Tlacuitlapa
Apatzingán
Alcholoa
Totoapa
Totoltepec

Fecha:

Límites:

Tres Módulos de la E.E.C. del Edo. de Guerrero.

Módulo Cocula I

Módulo Teloloapan I

Módulo Teloloapan IV

Recursos:

Materiales, humanos y financieros, los necesarios para la realización de la investigación.

Validez:

De contenido

De criterio externo.

I. MARCO TEORICO.

1.1 RESEÑA HISTORICA DE LA PARTERA EMPIRICA

En la atención del parto a las mujeres aztecas, las nobles contaban con el apoyo de una partera, quien desde el embarazo aconsejaba a la mujer sobre los alimentos y le enseñaba todos los cuidados que debía tener. Sin embargo, la mujer plebeya no tenía tanta atención o inclusive ninguna, aunque si estaba próxima al parto tenía muy cerca a la partera porque todas lo eran; y si era primeriza veía a la primera vecina o pariente para que le ayudara. Normalmente la posición del parto era en cuclillas y de existir complicaciones, la partera solicitaba a la familia de la mujer permiso para cortar con navaja al nuevo ser y salvar la vida de la mujer, de no ser autorizado, la partera salía del cuarto y la dejaba morir.

En la época de la Colonia, las parteras y herbolarias, - - eran las encargadas de prestar auxilio tanto a hombres como a mujeres, inclusive eran preferidas por gran parte de la población en lugar de los pocos médicos o boticarios de la época. En 1750, el Rey Fernando VI mandó al tribunal de Protomedicato que estableciera exámenes para ellas, siendo requisito previo certificar la "limpieza de su sangre" y demostrar práctica de 3 años al lado de un cirujano y una partera aprobada. La disposición fue letra muerta, al grado que para 1830, sólo se habían exami-

nado 2 parteras en la Ciudad de México, Angela Leite y Anastasia Recuero.

A fines del siglo XIX, la participación de la mujer en materia de salud permite, además de su participación empírica tradicional, el reconocimiento oficial. En 1822, el gobierno estableció una Escuela de Obstetricia y empezó a dar licencia a las graduadas. Con la creación de la Escuela de Medicina en 1835, también se establece la carrera de partera.

Entre 1833 y 1834, la clase de obstetricia se impartía en una sola sala, que para dicho fin se había habilitado en el antiguo convento de Betlemitas. En 1839, los catedráticos de la Escuela realizaron una junta y acordaron que en el Hospital de San Andrés se arreglara una sala especial con 17 camas para embarazadas y que el catedrático de obstetricia teórica, impartiera en ella la enseñanza práctica a las parteras.

En 1840, los catedráticos de la Escuela de Medicina, elaboraron un reglamento que en su artículo segundo menciona que las mujeres que hayan de examinarse de parteras presentaran un certificado del catedrático de obstetricia de hallarse en disposición de sufrir examen correspondiente.

"En 1842, por la ley del 7 de abril, se decretó un impuesto so-

bre el ejercicio de profesiones científicas, debiendo pagar las parteras la cantidad de dos pesos anuales". (1).

Actualmente las parteras, realizan entre otras actividades de la medicina empírica, la de hueseras, curanderas, sobadoras, -- hierberas, prestan cuidados básicos a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y atienden al recién nacido -- normal.

Combinan sus actividades de medicina tradicional con las labores domésticas, agrícolas, sociales y religiosas, desempeñando un papel de líderes en la mayoría de sus comunidades.

Un asunto importante de definir, es la designación de estas parteras, ya que el transcurso de los años se han presentado incomodidades entre ellas mismas cuando se les nombra en forma inadecuada según su preparación. En estas condiciones se les ha -- clasificado de la siguiente manera:

- Partera tradicional: aquella que no ha recibido capacitación institucional.
- Partera empírica capacitada: aquella cuya actividad está per-

(1) S.S.A. La mujer adolescente, adulta, anciana y su salud. --
pág. 76.

mitida y regulada en el reglamento de parteras empíricas capa
citadas. Capítulo 4o., artículo 13.

- Partera empírica no adiestrada: aquella que utiliza conoci---
mientos y prácticas de la medicina científica, por lo que ha-
visto u oído de los médicos, sea en la propia comunidad o en-
los hospitales.

1.2 CALIDAD DE ATENCION

La definición propuesta por Donabedian ha sido la más aceptada en el ámbito de la atención a la salud. Existen, no obstante, múltiples definiciones que han sido analizadas: para Donabedian, la calidad es un atributo de la atención médica que puede obtenerse en diversos grados. Se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma.

Es importante señalar que, de acuerdo con Donabedian, la calidad es un concepto que debe interpretarse en dos dimensiones íntimamente relacionadas e interdependientes: una técnica, representada por la aplicación de conocimientos y técnicas para la solución del problema del paciente, y una interpersonal, representada por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo.

En México, actualmente se escucha con frecuencia el término "ca

lidad y calidez". En estricto sentido, ambas palabras se refieren a lo mismo. En efecto, "calidez" se refiere a una de las dos dimensiones que integran el concepto "calidad", esto es, la dimensión interpersonal que, de manera muy efectiva y eufónica, ha sido enfatizada, dando la impresión, por otra parte, de que "calidad" se refiere sólo a la dimensión técnica, aún cuando no es así. En este caso, sin embargo, debe reconocerse pragmática, que no académicamente, el alto mérito de este cuño.

Al considerar la definición anteriormente presentada, en la que se incluyen tanto beneficios como riesgos, y las dos dimensiones que la integran, la técnica y la interpersonal, es muy importante señalar que, a diferencia de la típica definición de calidad que se establece en el ámbito de la producción de bienes o de otro tipo de servicios, donde se declara básicamente como el grado de satisfacción del cliente o consumidor con el bien o el servicio adquirido, "en el caso de la atención a la salud la calidad no se puede expresar solamente como satisfacción, aún cuando ésta sí constituye un elemento indispensable para juzgarla". (2). En otras palabras, el paciente puede vivir satisfecho hasta el último suspiro; no obstante, no debió haber

(2) Ruelas-Barajas. Calidad, productividad y costos. pág. 298.

muerto.

Con base en lo anterior se establecen los criterios que servirán para valorar la calidad de atención otorgada en las etapas del embarazo, parto y puerperio.

Embarazo normal; "es el estado fisiológico de la mujer que se -- inicia con la fecundación y termina con el nacimiento del produc- to a término y en cuya evolución no se presentan factores que -- afecten la salud de la madre o del producto". (3).

La atención del embarazo normal implica el diagnóstico y el control.

El diagnóstico del embarazo se lleva a cabo con los datos si---- guientes: mujer en edad reproductiva, con vida sexual activa; -- amenorrea y síntomas.

En caso de duda, solicitar prueba inmunológica del embarazo después de la 6a. semana de amenorrea.

No emplear estudios radiológicos no administrar hormonas.

El control del embarazo normal se lleva a cabo mediante un míni-

(3) Diario Oficial. Norma técnica No. 38 para la atención del - embarazo, parto y puerperio. pág. 19.

teraciones tiroideas; enfermedades cardiovasculares; enfermedades renales y enfermedades infecciosas. Tensión arterial, peso, talla y exploración de glándulas mamarias y de órganos genitales externos. Tratamiento sintomático.

Las consultas subsecuentes se llevan a cabo para verificar en cada una, los datos siguientes: embarazo normal; tensión arterial; peso; altura de fondo uterino correspondiente a edad gestacional; latido cardiaco fetal normal y situación y presentación del producto.

Además se llevan a cabo las actividades siguientes: inmunizar contra el tétanos después de la 12a. semana; tratamiento sintomático, evitando el uso de medicamentos teratogénicos; terapia con hierro por vía oral; informar sobre síntomas de alarma y orientar sobre el inicio del trabajo de parto en la quinta consulta.

En el momento que se detecten factores que complican el embarazo, la paciente deberá ser referida a una unidad de salud de mayor complejidad.

parto normal: "es la serie de procesos fisiológicos mediante los cuales la madre expulsa por vía vaginal, el producto de la concepción a término y se divide en tres períodos: dilatación,-

expulsión y alumbramiento". (4).

La atención del parto normal implica el diagnóstico y control del período de dilatación, la atención del período expulsivo y de alumbramiento.

El diagnóstico de trabajo de parto normal se lleva a cabo con los datos siguientes: contracciones uterinas regulares 3 en 10 minutos; borramiento parcial o total del cuello uterino; dilatación del cuello de 2 o más centímetros en la primípara y 4 o más en la múltipara.

Verificar: embarazo a término; producto único en situación longitudinal y presentación cefálica; integridad de las membranas; proporcionalidad cefalo-pélvica y ausencia de complicaciones - maternas y fetales.

El control del trabajo de parto normal se lleva a cabo de la siguiente manera: verificar cada 30 minutos que la contractilidad uterina sea regular; verificar que el latido cardiaco fetal antes, durante y después de la contracción uterina sea entre 120 y 150 latidos por minuto; tacto vaginal cada tres horas cuando el cuello tenga menos de 6 centímetros de dilata---

(4) Ibidem. pág. 19

ción, después, cada dos horas o antes, si la paciente puja o se distiende el periné; registro de la dilatación del cuello uterino, de la contractilidad uterina, del latido cardiaco fetal, de la altura de la presentación, de la variedad de posición del -- producto, integridad o no de las membranas y en su caso, características del líquido amniótico. No romper las membranas; re-- gistro del pulso, tensión arterial y temperatura cada cuatro ho-- ras; instalar venoclisis; hidratación adecuada de la paciente y valorar el empleo de analgesia obstétrica.

La atención del período expulsivo normal se lleva a cabo de la manera siguiente: verificar la dilatación completa del cuello - uterino; identificar la variedad de posición de la presentación; aseo perineal y de la cara interna de los muslos; vaciamiento - vesical, ruptura artificial de las membranas; episiotomía en ca-- so necesario; no hacer presión sobre el útero; evitar la salida brusca de la cabeza; evitar desgarros del periné; evitar la - - tracción excesiva de la cabeza al desprendimiento; no traccio-- nar al producto apoyándose en los huesos axilares; no colgarlo de los pies ni golpearlo para reanimarlo; recibir al producto y aspirar secreciones de las vías aéreas superiores y pinzar y -- seccionar el cordón umbilical hasta que deje de latir, colocan-- do al producto en el nivel inferior a la pelvis materna.

La atención del alumbramiento normal se lleva a cabo de la siguiente manera; evitar la tracción del cordón antes de que la placenta se desprenda completamente; verificar el desprendimiento de la placenta y comprobar la integridad de ésta.

Terminado el alumbramiento se procede de la manera siguiente - aplicar ocitócico o ergonovínico en caso necesario; suturar la episiotomía y verificar pulso, tensión arterial, sangrado vaginal y globo uterino.

Puerperio normal: "es el período que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos involucionan totalmente". (5).

La atención del puerperio normal se lleva a cabo de la manera siguiente:

Puerperio inmediato: (primeras 24 horas después del parto) deambulación; alimentación normal; verificar la normalidad de los datos siguientes: sangrado vaginal; tono y tamaño del útero; -- pulso, tensión arterial y temperatura; micción; informar a la paciente sobre signos y síntomas de complicaciones e indicar -- alimentación al seno materno.

(5) Ibidem. pág. 19.

puerperio tardío (de la 2a. a la 8a. semana después del parto): verificar involución uterina; disminución progresiva de los loquios, pulso, tensión arterial, temperatura y revisar las glándulas mamarias y los pezones.

Recién nacido: "es el producto de la concepción vivo o muerto - desde el nacimiento hasta los 30 días de edad". (6).

La atención del recién nacido vivo, implica la asistencia en el momento del nacimiento y el control hasta los 30 días.

La asistencia en el momento del nacimiento se lleva a cabo de - la manera siguiente: mantener las vías aéreas permeables; colocar el cuello en extensión sin que cuelgue la cabeza y aspirar - secreciones de orofaringe por la boca con perilla; evitar la hi - potermia; secarlo y cubrirlo con un lienzo seco; no exponerlo a corrientes de aire. Prevenir la hemorragia: ligadura del cordón umbilical; aplicar 1 mg. de vitamina K por vía intramuscular -- (si no existe hiperbilirrubinemia); prevenir la oftalmía puru- - lenta cuando el parto haya sido por vía vaginal; detectar mal- - formaciones y verificar permeabilidad de orificios naturales -- (narinas, esófago, ano, vagina y conductos auditivos). Valorar - por el método de Apgar, al minuto y a los cinco después del na-

(6) Ibidem. pág. 25.

cimiento. Registrar peso, talla y perímetro cefálico.

El método de Apgar para valorar las condiciones cardiorespiratorias y neurológicas del recién nacido comprende los parámetros siguientes:

SIGNO	0	1	2
Frecuencia cardiaca	Ausente	Lenta -100 por minuto	+100/minuto
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Llanto débil	Llanto fuerte
Tono muscular	Flacidez	Flexión leve de extremidades	Flexión completa
Irritabilidad refleja (respuesta a estimulación del pie)	Ninguna	Algunos movimientos	Llanto
Color	Cianosis generalizada, palidez	Cuerpo sonrosado, acrocianosis	Sonrosado total.

De acuerdo a la clasificación del recién nacido, se procede de la manera siguiente:

Método de Apgar: sin depresión inicia inmediatamente la lactancia al seno materno. Con depresión moderada o severa se refiere a una unidad hospitalaria evitando la hipotermia, la hipoglicemia (instalar venoclisis) y las maniobras bruscas.

El control del recién nacido se lleva a cabo mediante dos consultas de la manera siguiente:

Primera consulta (a los 7 días de edad). Verificar: alimentación adecuada; peso adecuado (pérdida no mayor del 10% del peso al nacimiento); evacuaciones normales; desprendimiento del cordón umbilical; reflejos normales (búsqueda, succión, Moro y presión); tratamiento sintomático.

Orientar a la madre sobre los signos de alarma (fiebre, ictericia persistente, irritabilidad, rechazo al alimento y vómitos-frecuentes).

Segunda consulta (a los 30 días de edad). Verificar: signos de alarma; peso adecuado (aumento de 750 gramos del peso al nacimiento); talla (aumento de 3.5 a 4 centímetros en relación al nacimiento); perímetro cefálico (aumento de 1.2 a 1.5 centímetros en relación al nacimiento).

1.3 ATENCION PERINATAL

1.3.1 Atención Prenatal

El objetivo primordial de la atención prenatal, es asegurarse de que todo embarazo deseado culmine en un niño sano sin detrimento de la salud de la madre, este objetivo se logrará a través de la realización de tres acciones:

- Asegurar una salida óptima para la madre y el feto.
- Identificar a las madres y niños en peligro.
- Evitar complicaciones o accidentes durante el parto.

Estas acciones conllevan a una buena atención prenatal, cuya importancia radica, en que gracias a ella se ha demostrado, que una atención o cuidados prenatales bien otorgados durante el curso del embarazo de una mujer tienen gran valor en la prevención de complicaciones, tales como, una eclampsia, una diabetes o una pielonefritis, entre muchas otras.

"Una buena asistencia prenatal es imprescindible para conseguir el objetivo antes citado, es decir, la obtención de un feto sano a partir de una madre sana. Una mala asistencia prenatal puede ser peor que no hacer nada en absoluto. Con demasiada frecuencia proporciona a la madre una sensación de seguridad sin suficientes garantías, lo cual da lugar a que la paciente igno-

re signos y síntomas que, de seguir sus propios impulsos, le -- hubieran inducido a buscar consejo con toda urgencia". (7).

Esta asistencia prenatal deberá iniciarse tan pronto como exista una probabilidad de embarazo razonable, y para brindarla -- con la calidad necesaria, es indispensable conocer todo lo re-- ferente a esta etapa y los cambios anatómo-fisiológicos que se operan en una mujer gestante.

Etapa prenatal.

Ahora bien, se entiende como prenatal a lo que sucede antes -- del nacimiento. La etapa prenatal se divide a su vez en:

- a) Etapa germinal: dura alrededor de diez días a dos semanas, -- que son contados a partir del momento de la fecundación. Se caracteriza por dos eventos especiales: una rápida división celular y un subsiguiente aumento en la complejidad del organismo; también en esta etapa se produce implantación ute-- rina.
- b) Etapa embrionaria: va de la segunda semana hasta la octava, -- se caracteriza por el rápido crecimiento y por la diferen--

(7) Pritchard, Jack. et. al. Williams Obstetricia. pág. 238.

ciación de los principales sistemas u órganos del cuerpo.

- c) Etapa fetal; dura desde la octava semana hasta el nacimiento, se caracteriza por el rápido crecimiento y por los cambios - que se operan en la forma del cuerpo.

Cambios Anatómo-Fisiológicos durante el embarazo.

Por otro lado, tenemos, que los cambios Anatómo-fisiológicos -- que se operan en una mujer gestante y que es importante tener-- los presentes son los siguientes:

Utero

"Las modificaciones que experimenta el útero durante la gestación son verdaderamente notables. Además de los cambios en tamaño, volumen, consistencia, posición y contractibilidad guarda - relación principal con el carácter cambiante de su contenido, - modificándose el crecimiento de la mucosa, del miometrio y las - estructuras vasculares". (8).

Volumen: al avanzar la gestación el útero se dilata rápidamente para acomodar el producto de la concepción, cada vez mayor.

peso: el útero normal promedio de una nulípara pesa 60 gr. en -

(8) Taylor, E.S. Obstetricia de Beck. pág. 139.

tanto, que el de una múltipara tiene un peso promedio de 100 gr. Según Hyten y Cheyne, el peso promedio del útero gravido a mitad del embarazo es de 300 a 400 gr., y a término es de 1, 100-grs.

Forma: hasta la sexta semana sigue siendo periforme, en la última parte del segundo mes, se torna ovoide y esférico en el segundo trimestre, cuando el huevo llena la cavidad uterina. Después de la mitad de la gestación, al crecer más el producto, el contorno del útero, vuelve a ser ovoide y así permanece hasta que el mayor alargamiento del diámetro transversal del fondo en los últimos meses le da aspecto periforme.

Consistencia: La gestación causa ablandamiento progresivo del útero, que en etapa inicial es uniforme y depende de la congestión en el sistema vascular cada vez más abundante. El istmo -- que se alarga, se ablanda en mayor medida, lo cual produce aumento de la comprensibilidad del segmento uterino inferior; este fenómeno apreciado entre la sexta y octava semana se llama signo de Hegar.

Posición: en esta etapa incipiente del embarazo la anteflexión y la anteversión normales del útero aumentan, y el órgano, considerado globalmente, desciende algo en la pelvis. Después que el istmo se desdobra cuando el huevo distiende el interior, de-

saparece la anteflexión y el útero, que queda libre dentro del abdomen, modifica su posición conforme a los cambios de posición del cuerpo.

Contractilidad: a partir del primer trimestre del embarazo, el útero experimenta contracciones irregulares e indoloras que en el segundo trimestre pueden ser detectadas por exploración bimanual. El útero anteriormente relajado se endurece en forma transitoria, y vuelve después, a su estado original. (9).

Modificaciones del crecimiento: el crecimiento del endometrio - para formar decidua, hipertrofia e hiperplasia el músculo y tejido conectivo, y la mayor vascularización aumenta en etapa temprana el grosor de la pared uterina. La hipertrofia miometrial se circunscribe a la primera mitad de la gestación, cuando el - conceptus es esférico y la resistencia del útero al crecimiento es igual en todas direcciones. En el miometrio, aunque hay hiperplasia de las células musculares, sobre todo en los primeros meses, la mayor parte del aumento del miometrio, resulta de hipertrofia. Los elementos del tejido conectivo del útero, también experimentan hipertrofia e hiperplasia, y se advierte un -

(9). Romney, S.L. et. al. Ginecología y Obstetricia. Cuidado integral de la mujer. pág. 176.

aumento bastante notable, del tejido elástico alrededor de las arterias y entre los fascículos vasculares y musculares en el tercio externo de la pared uterina. (10).

Cuello Uterino.

El cuello uterino experimenta modificaciones características durante la gestación, que consisten en cambios notables de la mucosa, aumento de la vascularización y algo de hipertrofia e hiperplasia de tejidos musculares y conectivo. El cuello uterino se ablanda progresivamente, fenómeno que entre la sexta y octava semana de gestación alcanza grado suficiente para poderlo considerar como signo de embarazo (signo de Goodell).

El endometrio cervical aumenta de grosor al avanzar la gestación, y al término de la misma, forma parte importante de los tejidos del cuello uterino. Existe un aumento del flujo vaginal, fenómeno que continúa durante toda la gravidez.

En el conducto cervical el moco se acumula y se espesa hasta formar un tapón mucoso que cierra el conducto e impide la llegada de bacterias y de otras sustancias a la cavidad uterina. En etapa incipiente del trabajo del parto, este tapón es expul

(10). Taylor, E.S. Ibidem. pág. 176.

sado en forma de molde del conducto cervical.

Los vasos sanguíneos en el cuello del útero no grávido son de pequeño calibre y relativamente escasos; éstos se tornan más abundantes y de mayor calibre durante la gestación.

Durante la gestación, en el cuello uterino se advierten hiperplasia e hipertrofia de tejido muscular y conectivo, aunque en menor medida que en el cuerpo de la matriz.

Ligamentos, parametrio y ligamentos peritoneales.

Todos los ligamentos (redondos, uterosacros y ancho) se encuentran hipertrofiados durante el embarazo, presentando algunas modificaciones en cuanto a su posición y relaciones de acuerdo a los cambios de tamaño y posición uterina. En el parametrio, el cambio más representativo es la peculiar actividad de las células mesenquimatosas que se encuentran alrededor de los vasos sanguíneos, y la transformación de dichas células en monocitos, adquiriendo propiedades fagocitarias, situándose entre las fibras de tejido conectivo. A finales del embarazo son muy numerosas y probablemente forman parte de los mecanismos que protegen a la madre contra las infecciones. El peritoneo se hiperplasia-

y se aprecia también cierta reacción decidual. (11).

Vagina.

La hiperplasia y la hipertrofia progresivas del epitelio vaginal originan engrosamiento notable de la mucosa, que alcanza una altura máxima de 500 micras, cerca del final de la gestación. La mayor actividad del epitelio vaginal origina descamación intensa de células ricas en glucógeno, y ello causa secreción profusa, blanquecina y muy ácida, en la cual se descubren bacilos de Döderlein en el cultivo casi puro. Por otra parte, las modificaciones del pH vaginal que guardan relación con el embarazo facilitan el crecimiento de levaduras, por tal motivo, la infección por monilias es frecuente durante la gestación.

En el sistema vascular de la vagina, los vasos se alargan y aumentan de calibre. Después de comenzar la gestación, el aumento de vascularización modifica el color de la vagina, que en etapa incipiente, se torna algo cianótica; el matiz azul se oscurece y para la sexta o la octava semana la vagina tiene color casi púrpura (signo de Chadwick).

(11). U.N.A.M. "Cuidados prenatales, vigilancia y atención de la mujer embarazada". Gineco-Obstetricia ciclos IX y X. pág. 41 - 42.

Trompas de Falopio.

En la gestación incipiente el epitelio es bajo y la superficie externa más irregular, al sobresalir prolongaciones citoplásmicas de las células no ciliadas.

Ovarios.

Durante el embarazo, en los ovarios, se advierten muchos folículos atrésicos cuyo desarrollo se detuvo en diferentes etapas. - Las células de la teca interna de los folículos proliferan, crecen y adoptan caracteres de células luteínicas. Al multiplicarse, la relación que guardan con los folículos se torna menos precisa y se presentan en grupos característicos en el estroma-ovárico.

Pared y piel abdominales.

En los últimos meses del embarazo se desarrollan a menudo estrías rojizas, ligeramente deprimidas en la piel del abdomen y a veces de las mamas y de los muslos. Estas estrías gravídicas aparecen a la mitad aproximadamente de todos los embarazos.

En muchos casos, la línea media de la piel abdominal adquiere una notable pigmentación, con un color pardonegruzco que constituye la línea morena. De forma ocasional, aparecen manchas par-

duzcas irregulares de diversos tamaños en cara y cuello, originando el cloasma o melasma gravídico, el cual por fortuna, suele desaparecer o al menos disminuir de forma considerable después del parto. (12)

Mamas.

Las glándulas mamarias aumentan de volumen poco después de la primera menstruación omitida. Este crecimiento depende, en parte, de la hipertrofia e hiperplasia de las glándulas que las prepara para la lactación, y en parte, de un aumento del depósito de grasa entre los lobulillos y la piel. Al final del segundo mes, los pezones se tornan más eréctiles, las venas sobresalen y la areola primaria se torna más oscura y posee glándulas sebáceas e hipertróficas llamadas tubérculos de Montgomery. La primera manifestación secretoria, se observa al final del primer trimestre, etapa en la cual, puede expresarse calostro del pezón. Varios meses después la zona oscura se extiende, lo cual produce la areola secundaria moteada de pigmentación. (13).

(12). Pritchard, Jack. Ibidem. pág. 181.

(13). Taylor, E.S. Ibidem. pág. 149.

Cambios Cardiovasculares.

Durante el embarazo, la frecuencia del pulso en reposo aumenta de 10 a 15 pulsaciones por minuto. El corazón se desplaza hacia la izquierda y arriba; en consecuencia la punta cardiaca se desplaza ligeramente en sentido lateral y se aprecia radiológicamente un aumento en el tamaño de la silueta cardiaca. La extensión de estos cambios está influida por el tamaño y la posición del útero, la potencia de los músculos abdominales y las configuraciones del abdomen y tórax. (14)

Aumenta el gasto cardiaco entre un 25 y 50% a finales del primer trimestre, manteniéndose durante todo el embarazo. Esto puede ser debido al aumento en el volumen circulante, y al aumento en el consumo de oxígeno. Esto provoca a su vez, que exista un soplo sistólico pulmonar y apical de características funcionales.

La paciente cursa con disminución de la tensión arterial en promedio de 5 mm.Hg. en la sistólica y 15 mm.Hg. en la diastólica, hasta antes de la 28a. semana; después de ésta se obtienen cifras iguales a las obtenidas previas al embarazo. Esta disminu-

(14). Pritchard Jack. Ibidem. pág. 188.

ción es debida a la presencia de la placenta, como fístula arte
riovenosa, y a la disminución de las resistencias periféricas -
por el efecto hormonal.

Además, aumenta la presión venosa de miembros inferiores por --
disminución del retorno debido a la compresión uterina sobre la
vena cava inferior, lo que favorece la presencia de edema, prin
cipalmente al final de la gestación.

Cambios Hematológicos.

Aumenta el volumen circulante en un 25% de la 12va. a la 32va.-
semana, disminuyendo levemente hasta la 40a. semana.

Tal aumento se produce por la acción hormonal sobre el riñón, --
que favorece la retención de sodio y agua en los túbulos renales;
existe un decremento del tono vascular y aumento en la capacidad
vascular uterina, provocando redistribución de los líquidos en -
el espacio intravascular.

Aumenta la producción eritrocitaria y leucocitaria, presentando-
una elevación en el hematocrito de 10 a 15% entre la 18a. y la -
40a. semana. Aún así, existe reducción en la concentración de he
moglobina y hematocrito reales, por la hemodilución. La veloci--
dad de sedimentación globular aumenta. Hay cambios considerables
en los factores de coagulación, los factores I, VII, VIII, IX y-

X se encuentran aumentados y los factores XI y XIII se encuentran disminuídos.

Existe además aumento en la cuenta plaquetaria, con disminución de la adhesividad de las mismas; se incrementa la concentración del plasminógeno y disminuye la actividad fibrinolítica del - - plasma. (15).

Cambios Respiratorios.

Durante el embarazo el nivel del diafragma se eleva unos 4 cm.- El ángulo subcostal aumenta considerablemente, ya que el diámetro transverso de la caja toráxica se incrementa unos 2 cms., 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.

Hay aumento del consumo de oxígeno en un 20% (entre 40 a 60 ml. por minuto). El volumen residual disminuye, mientras que la capacidad vital no se modifica. El diafragma se eleva por compresión uterina al final de la gestación, favoreciendo la presen-cia de disnea. (16).

(15). U.N.A.M. Ibidem. pág. 42 - 43.

(16). Pritchard Jack. Ibidem. pág. 190.

Cambios gastrointestinales.

Aparece psialorrea o ptialismo del embarazo. Hay reducción de la secreción ácida gástrica, incrementándose la fracción mucosa de la misma. La motilidad de todo el tracto intestinal se encuentra reducida, pudiéndose presentar constipación. Debido a la compresión uterina de las vísceras, es frecuente encontrar acedías y ardor retroesternal, e inclusive producir una hernia hiatal temporal.

La presencia de náuseas y vómitos obedecen a alteraciones hormonales, favorecido en ocasiones, por estímulos olfatorios, visuales o gustativos.

Cambios Osteomioarticulares.

Debido a la acción hormonal, hay relajación de los ligamentos articulares, en particular de las articulaciones sacroiliacas, sacrococcígeas y públicas que le confieren cierta inestabilidad a la pelvis, provocando modificaciones en la marcha (marcha de pato).

por el crecimiento uterino, aparece lordosis progresiva en compensación del centro de gravedad, provocando lumbalgias por la tracción de los músculos paravertebrales. Se produce relajación del tejido conectivo que puede originar diástasis de los múscu-

los rectos anteriores de la pared abdominal.

En ocasiones se presentan espasmos musculares paroxísticos debido a deficiencias electrolíticas maternas por estar aumentados los requerimientos por el consumo fetal, los cuales ceden a la administración de calcio y de potasio.

Cambios Neurológicos y Psicológicos.

Además de las náuseas y vómitos antes mencionados, en algunas mujeres gestantes se presentan hiperestésias en miembros superiores, de las cuales se desconoce la causa. La fatiga fácil es otro dato que frecuentemente refieren las pacientes.

Existe cierta labilidad emocional, con rápidas modificaciones - del llanto a la alegría en forma inexplicable. Además, durante la gestación, se revierten sobre la gestante, todas las fantasías, producto de la cultura y educación recibidas que pueden - provocar mitigación o exacerbación de síntomas relacionados con el embarazo: antojos, náuseas, entre otras cosas. (17).

Cambios Endocrinos.

La hipófisis aumenta de tamaño, así como también la tiroides. -

(17). Ibidem. pág. 45.

De ésta, aumenta la producción de T3 y T4; además se encuentran aumentadas las proteínas fijadoras de Tiroxina, en particular - globulina, lo cual ocasiona mayor fijación de yodo radioactivo- por la tiroides.

Las adrenales también aumentan de tamaño: con aumento de la producción de cortisol y aldosterona.

Cambios Metabólicos.

El embarazo es un estado hipercinético parecido al hipertiroi-- dismo. El metabolismo basal aumenta en forma progresiva hasta - un 25%, debido a las demandas por el trabajo extra de corazón,- pulmones y materiales de elaboración para el feto. El aumento - de peso materno al final del embarazo es de entre 8 y 12 kg. pa- ra una gestante con un peso normal, de acuerdo a su actividad,- peso y talla. Este aumento es debido, por un lado, a la presen- cia de los productos de la concepción (feto, placenta, líquido- amniótico), y por el otro lado, a las alteraciones metabólicas, como retención de agua y depósito de grasa y proteínas.

El metabolismo proteico esta incrementado, favoreciendo el ba- lance nitrogenado positivo. Las concentraciones de los aminoáci- dos, en general, son más altas en el producto que en la madre,- ya que los requerimientos aumentados son para acúmulo y depósi-

to de proteínas en placenta y feto esencialmente

El metabolismo de los carbohidratos también está alterado; al actuar el feto como un verdadero parásito, provoca que el organismo materno produzca elementos de fácil utilización para su consumo. Aumenta la concentración insulínica, así como su degradación por efecto del láctogeno placentario.

Estimulando la glucogénesis, a partir de lípidos, tanto la glicemia en ayunas, como una curva de tolerancia a la glucosa, pueden ser anormales, sin necesariamente implicar diabetes mellitus. La glucosuria en pequeñas cantidades es un hecho común de encontrar, debido al incremento en la velocidad de filtración glomerular.

Durante el embarazo la mayor parte de la glucosa es utilizada por la placenta; una parte se convierte en grasa para ser depositada, y la menor parte, se transforma en glucógeno para ser almacenado en hígado y músculo.

Aproximadamente 4 kg. de lípidos adicionales se depositan, en su mayoría, en la pared abdominal, espalda y muslos durante el embarazo; esta disposición ocurre antes de la semana 30. Una pequeña cantidad también se deposita en mamas. Estos depósitos -- proveen de energía que será utilizada en el embarazo tardío, --

parto y puerperio.

Con respecto al metabolismo de minerales y vitaminas, se encuentran alteraciones de hierro y calcio principalmente.

Al ocurrir hiperparatiroidismo fisiológico por la reducción - - plasmática de las concentraciones de calcio (debido al incremento de filtrado glomerular, la expansión del volumen extracelular y la transferencia del calcio hacia el feto); se compensan las pérdidas del mismo y se mantiene la concentración del calcio ionizado dentro de los rangos normales.

Con respecto al hierro, la absorción intestinal de éste aumenta, así como los requerimientos (generalmente en la mujer las reservas de hierro se encuentran disminuídas por las pérdidas crónicas sanguíneas de aproximadamente 50 ml. por cada menstruación). En promedio un producto a término contiene alrededor de 250 a - 300 mg. de hierro, la sangre fetal en placenta y cordón contienen otros 50 mg. Al incrementarse la eritropoyesis materna, son consumidos otros 500 a 600 mg. de hierro; de ahí que durante el segundo y tercer trimestre, los requerimientos maternos son en promedio entre 750 a 900 mg. o de 5 mg. por día. Otro elemento a tomar en cuenta es el ácido fólico, del cual sus requerimien-

tos estan aumentados. (18).

Ya conociendo lo anterior, se espera que la vigilancia prenatal recibida por una mujer gestante sea de calidad.

Exploración Exhaustiva Inicial.

Los objetivos de esta exploración son:

- Definir la situación sanitaria de la madre y el feto.
- Determinar la edad gestacional.
- Iniciar un plan para continuar la asistencia obstétrica.

Ahora bien, para hacer posible el cubrimiento de estos objetivos, es necesario, que en esta exploración, se tomen en cuenta y realicen los siguientes puntos:

- . La asistencia prenatal deberá iniciarse tan pronto como exista una probabilidad de embarazo razonable. Puede ser tan sólo algunos días después de la falta de un período menstrual, pero en ningún caso, deberemos dejar a una mujer sin una vigilancia prenatal.
- . Realizar una historia clínica en la consulta inicial, la cual debe de ser minuciosa, y en el caso de una mujer embarazada,-

(18). U.N.A.M. Ibidem. pág. 48.

se hace a través de un interrogatorio directo, el cual, de -- preferencia deberá de realizarse a la pareja.

Los datos que integran la historia clínica son los siguientes:- datos de identificación, motivo de la consulta, antecedentes he redo-familiares (AHF), antecedentes personales no patológicos - (APNP), antecedentes personales patológicos (APP), antecedentes gineco-obstétricos (AGO) y el interrogatorio por aparatos y sis temas (IPAS).

En el caso de una mujer embarazada, el interrogatorio será más- profundo en los aspectos gineco-obstétricos y más general en el resto de los datos.

a) Datos de Identificación.

Incluyen los siguientes: nombre, dirección, edad, escolaridad,- ocupación y nivel socioeconómico.

El nombre es importante, para poder identificar a la paciente - que se está tratando.

La dirección nos sirve para valorar geográficamente el sitio -- donde vive y con ello poder detectar probables factores de riesgo, tales como: altitud, exposición a tóxicos, radiaciones y la prestación de servicios públicos en esa área.

La edad nos va a determinar la influencia del padecimiento en relación a ésta, es decir, la influencia que ésta tiene en presencia de un factor de riesgo presente. (19)

La escolaridad es importante, ya que a mayor grado de preparación formal, mayor es el cuidado del paciente hacia su salud.- En la mujer embarazada, la escolaridad es un indicador que reflejará los cuidados que tendrá la madre durante la gestación.

La ocupación nos va a indicar el esfuerzo físico y las condiciones de trabajo a las que está sometida la paciente. La actividad laboral que implica un gran esfuerzo físico, disminuirá la nutrición fetal al existir un gasto excesivo de oxígeno, lo que conducirá a que se presente hipotrofia y prematuridad aunado a malformaciones congénitas, en los casos de que la madre trabaje en sitios insalubres, donde haya sustancias tóxicas o radioactivas, o bien, que implique un esfuerzo físico excesivo. (20).

El nivel socioeconómico, es de suma importancia, ya que es un factor decisivo del "modus vivendi" de la población, pues de él

(19). Espinosa, Gildardo. Guía para efectuar el interrogatorio a una embarazada. pág. 1.

(20). Díaz, Ernesto. Prevención de defectos al nacimiento. (memorias). pág. 19.

se deriva el nivel cultural, el estado nutricional, la accesibilidad a los servicios de salud, y por tanto, la calidad de vida.

El estado civil, es importante, ya que si la embarazada esta unida en matrimonio, acorde con las leyes que establece la sociedad, la mujer será aceptada en la comunidad y en la familia; pero si la madre es soltera, es vista con recelo por la sociedad y en muchas ocasiones es expulsada del seno del hogar. Muchas de estas madres, recurren a medidas abortivas - zoapacle, quinina, estrógenos, legrados abortivos, etc. y todo ello aumenta la mortalidad feto-materna. (21).

b) Motivo de la Consulta.

Es la razón por la cual el paciente o cliente acude a pedir -- atención. Se anota en este rubro todo lo que nos refiera la -- persona en relación al problema que le atañe, inclusive utilizando su propio lenguaje.

c) Antecedentes Heredo-Familiares (AHF).

Durante el embarazo, es importante interrogar respecto a ante-

(21). Espinosa, Gildardo. ibidem. pág. 1.

cedentes tales como: diabetes, hipertensión, cáncer, artritis, cardiopatías, retraso mental, malformaciones congénitas, tuberculosis o embarazos gemelares. Se pregunta sobre estos datos - con el fin de tomar en cuenta estos factores para detectar y - prevenir patologías durante la gestación.

Sólo se anotaran los antecedentes que se refieran, indicando - el parentesco, su patología, si viven o están finados.

d) Antecedentes Personales No Patológicos (APNP).

Se preguntaran datos que complementaran el perfil global del - paciente, tales como: religión, hábitos higiénico-nutriciona-- les, toxicomanías (alcoholismo, tabaquismo y drogadicción), especificando cantidad de consumo por semana; disponibilidad de - servicios públicos: agua, luz, drenaje, pavimentación, alumbrado público; e inmunizaciones, grupo y Rh sanguíneo.

e) Antecedentes Personales Patológicos (APP).

Se pregunta lo siguiente: antecedentes quirúrgicos, alérgicos, transfusionales y patológicos desde la niñez hasta el momento - actual, anotando el tiempo que se tiene diagnosticado, si se - le dio tratamiento y que tratamiento fue.

Sólo se especifican aquellos que tengan repercusión con el pa-

decimientos actual, o en este caso, sobre la gestación.

f) Antecedentes Gineco-Obstétricos (AGO).

Se interroga sobre la historia menstrual: fecha de la menarca, para ver si es precoz o tardía; intervalos entre cada menstruación (lo normal es de 25 a 35 días y la duración de 2 a 6 días); características de la menstruación (normalmente es de color rojo venoso u oscuro, no tiene coágulos y cuando los hay se produce dismenorrea); si existe dismenorrea, si es o no incapacitante; presencia de hemorragia intermenstrual o sangrados posteriores al coito, pues el choque del pene con el cérvix produce sangrado, cuando hay erosión cervical, dada por procesos infecciosos y cancerígenos.

Preguntar la fecha de la última regla o menstruación (FUM) comenzando a contar desde el primer día, si fue normal, investigar la presencia de flujo vaginal y si hubo prurito o inflamación vulvar.

Inicio de vida sexual activa (IVSA), gestaciones (G) o número de embarazos, partos (P) eutócicos o distócicos, abortos (A), número, tipo y fecha del último (FUA), si fue espontáneo, provocado, si se realizó legrado o no y en que medio de atención médica. Si le han practicado cesáreas (C), número, causa y fecha.

de la última (FUC), o del último parto (FUP), para ver el intervalo intergenésico (de 2 a 3 años es lo normal). Peso de los -- productos (del mayor al menor) para detectar problemas de des--proporción cefalopélvica (DCP); nacidos vivos y nacidos muertos, hijos de bajo peso, prematuros y/o con malformaciones congéni--tas.

g) Interrogatorio Por Aparatos y Sistemas (IPAS).

Digestivo: Presencia de náuseas, vómitos, acedías, piro^sia dis--tención abdominal, constipación, diarrea, flatulencia, meteoris--mo, aumento o disminución del apetito, antojo de alimentos "pi--ca" (ta^qique, tierra, etc.).

Respiratorio: Presencia de disnea de pequeños esfuerzos, gripe, tos, catarro, faringitis, etc.

Cardiovascular: Presencia de varices, edema de miembros inferio--res, ta^qicardias, etc.

Urinario: Micciones (número y características), presencia de po--liuria, nicturia, disuria, hematuria, polaquiuria, tenesmo vesi--cal, incotinencia urinaria, etc.

Genital: Presencia de prurito, leucorrea y características (co--lor, olor y cantidad).

Nervioso: Debilidad emocional, angustia, temor, tensión, hiperquinesis, insomnio, inseguridad, preocupación, etc.

Organos de los sentidos: Auditivo (presencia de tinitus o acúfenos, acucia, hipoacucia y otalgia); Ocular (manifestaciones de fosfenos, hemianopsia, ceguera, miopía, hipermetropía, estrabismo, etc.); Gustativo (disminución de la percepción de lo dulce, lo amargo, lo salado, lo agrío, etc.).

Por otro lado, otro punto a tomar en cuenta, para cumplir con los objetivos de la exploración exhaustiva inicial, es la realización de un buen diagnóstico clínico que incluya: exploración física y datos de presunción, probabilidad y certeza.

a) Exploración Física.

Esta debe ser completa, tratando de identificar durante su realización los signos de embarazo.

Antes de iniciar la exploración se deberá pesar, medir y tomar los signos vitales a la mujer embarazada y posteriormente se -- procederá a realizar la exploración, empezando de cabeza a pies.

Cabeza.

Se observará la hidratación, la coloración de tegumentos y con-

juntivas, tratando de identificar palidez para descartar una -- probable anemia clínica. Se verá el reflejo pupilar; los conductos auditivos, la orofaringe y amígdalas para descartar patología en ellas. Se hará una inspección oral detallada identificando caries, ausencia dental o gingivitis, aprovechando este instante para indicarle a la paciente la importancia de la higiene oral para evitar la presencia de caries dentales por la desmineralización que tiene su esmalte debido a que el producto esta - tomando parte de él para su osificación.

En las mejillas se detectará el cloasma o melasma del embarazo, el cual responde a la acción de los estrógenos y la progesterona sobre los melanocitos, y al aumento de la hormona estimulante de estos últimos, que abunda desde fines del segundo mes del embarazo hasta su terminación. (22).

En el cuello se debe observar la glándula tiroides, pues el 60% de las embarazadas presentan hipertrofia de esta glándula. (23).

Tórax.

se debe realizar la auscultación del área cardiaca para detec--

(22). Ville, D. et. al. Human Reproduction. pág. 21.

(23). U.N.A.M. Ibidem. pág. 56.

tar posibles arritmias, extrasístoles o soplos producidos por los cambios cardiovasculares que hay durante el embarazo. Así como también los cambios en los campos pulmonares, para verificar que exista una adecuada ventilación, o bien, para detectar patología pulmonar.

También se hará una investigación cuidadosa de las glándulas ma marias, con objeto de detectar signos de embarazo, tales como: crecimiento mamario, aparición de la areola secundaria, hiperpigmentación del pezón, presencia de red vascular visible (red venosa de Haller) y acentuación de pequeñas elevaciones sobre la areola primaria (tubérculos de Montgomery).

Se detectará también patología a nivel mamario, para lo cual se le pide a la paciente que se siente frente a un espejo con el tórax desnudo, y con las manos apoyadas sobre los muslos, para observar el tamaño de las mamas, su bilateralidad, las deformaciones, las alteraciones de color y tersura de la piel. Posteriormente se hará que la paciente suba y baje los brazos para ver si las mamas se desplazan en una forma normal; las glándulas mamarias deben ascender cuando se elevan los brazos, pero cuando no se elevan las mamas, es un dato clínico de cáncer mamario, pues nos indica que existe un medio de fijación.

Continuando con la exploración mamaria, se le pide a la paciente que se acueste sobre una superficie firme, y que coloque uno de sus brazos flexionado detrás de su cabeza y con la otra mano explore con la palma o con la yema de sus dedos el seno, efectuando una presión ligera pero firme, dividiendo para ello la glándula en cuadrantes e iniciando la exploración de la periferia hacia el pezón, preferentemente en sentido contrario de las manecillas del reloj. Se busca entonces, cualquier bolita o engrosamiento que exista en el tejido mamario, y se palpa el pezón y la areola, inicialmente con la mano extendida y luego - ajustando los dedos, como oprimiendo, para investigar si el pezón está libre o adherido a los tejidos profundos y si escurre algún líquido por su orificio.

A nivel axila se investiga la presencia de crecimientos, bolitas, ganglios infartados, dolorosos, etc. En sí, los signos de alarma de patología mamaria son: aumento de tamaño de la mama, cambio de forma, presencia de bolitas, úlceras, pezones retraídos, presencia de escurrimiento de sangre o de líquidos por el pezón, presencia de cadena axilar ganglionar y pectoral palpable. (24).

(24). Torres, Lagunas Angeles. Elaboración del diagnóstico de embarazo. pág. 14.

Abdomen.

A la altura del abdomen, se verá la forma, el volumen de tejido adiposo, la presencia de vórices gravídicas, de la línea morena o de hernias y diástasis de músculos rectos.

Se hará palpación para ver si hay aumento de crecimiento de órganos abdominales y se buscarán datos de dolor para descartar colitis o gastritis.

Se buscará el signo de Murphy en la fosa iliaca derecha, palpando profundamente con la pierna flexionada y soltandola bruscamente para descartar apendicitis. También se buscarán los signos de Giordano y Glenard para descartar cualquier patología renal o de ureteros.

posteriormente se determinará la altura del fondo uterino en relación con la sínfisis del pubis, buscándose la forma, el tamaño en cm. y la consistencia del útero. "La altura del fondo uterino se relaciona con el número de semanas de gestación, de acuerdo a su localización y debe de corresponder a las semanas calculadas de acuerdo a la fecha de su última menstruación". (25)

(25). Pernoll, Martín. et. al. Diagnóstico y tratamiento Gineco Obstétricos. pág. 773.

Se buscará la presencia de contracciones uterinas, determinando si son indoloras, irregulares y ocasionales (Braxton-Hicks), o si por el contrario, son progresivas, dolorosas, de mayor intensidad y duración en el fondo uterino, con una frecuencia de 3-5 en 10 minutos (contracciones de trabajo de parto).

Se realizarán las maniobras de Leopold, para determinar la presentación, situación y posición fetal. La presentación designa a la parte del producto que descansa sobre el estrecho superior de la pelvis materna; en circunstancias normales, aproximadamente el 95% de las parturientas tienen presentación cefálica (de vértice), el 4-5% pélvica y rara vez se presenta de cara, frente y hombros. La situación, elude a la relación del eje longitudinal de la madre con el feto, puede ser longitudinal (que es la normal), transversal y oblicua. La posición fetal, por último, se refiere a la relación que guarda el dorso del producto con la mitad derecha o izquierda de la madre, pudiendo ser derecha o izquierda. (26).

Las maniobras de Leopold, son tres, las cuales consisten en lo siguiente:

(26). U.N.A.M. Ibidem. pág. 57.

Primera maniobra.- Palpar con suavidad el fondo uterino para --
ver cual es el polo fetal que lo ocupa. La cabeza se siente co-
mo una estructura rígida, redonda y resistente con movimiento -
libres; en tanto que, las nalgas dan una percepción nodular.

Segunda maniobra.- efectuando palpación bimanual a cada lado --
del abdomen para determinar la posición del producto. El dorso-
se sentirá como una estructura firme (una regla con cierta fle-
xión), mientras que las partes fetales se palpan como si fueran
varias pelotas pequeñas unidas.

Tercera maniobra.- consiste en detectar si existe o no encaja--
miento fetal; percibiendo si la parte presentada no esta encajada
 (ocupando el estrecho pélvico), se puede desplazar hacia - -
arriba.

posteriormente, se realiza la auscultación del latido cardiaco-
fetal con el estetoscopio de Pinard, el cual se escuchará a part
tir de la semana 20 de gestación. La frecuencia cardiaca fetal-
(FCF) normal es de 120 a 160 latidos por minuto, debiendo ser --
rítmicos y de buena intensidad.

El sitio donde son audibles al máximo los latidos, se encuentra
a la menor distancia entre el corazón fetal y la pared abdomi--
nal y corresponde al hombro anterior, a este sitio se le llama-

foco fetal, y generalmente se localiza en la línea media, entre la cicatriz umbilical y el pubis, pero dependerá de la presentación del producto: es decir, en las presentaciones cefálicas se encuentra en los cuadrantes infraumbilicales, y en las pélvicas en los supraumbilicales. (27).

Genitales.

La exploración a este nivel deberá realizarse por medio del tacto vaginal y la especuloscopía. Por medio del tacto vaginal se identificará lo siguiente: irregularidad del cuerpo uterino - - (Piskasek), cérvix e istmo reblandecidos (Hegar), fondos de saco ocupados (Noble y Budín); presencia de pulso vaginal (Ossian der).

Y mediante el espejo vaginal se busca lo siguiente: flujo trans vaginal (leucorrea) y presencia de coloración violácea de vagina y cérvix (Chadwick). (28).

Miembros Podálicos.

Se identifica la presencia o ausencia de edema y várices.

(27). Mondragón, C. Héctor. Obstetricia básica ilustrada. pág. 119 - 121.

(28). Ibidem. pág. 22.

b) Datos de Presunción, Probabilidad y Certeza.

Una vez realizada la exploración física y el interrogatorio, se anotan en la historia clínica, también se anotan, los datos de presunción, probabilidad y certeza de embarazo encontrados.

Datos de presunción: amenorrea, presencia de náuseas y vómito, - si tiene psialorrea, si orina frecuentemente, en mucha cantidad y por la noche (polaquiuria, poliuria y nicturia respectivamente), si tiene mastalgia, astenia, adinamia, mareos, irritabilidad, si ha incluido en su dieta alimentos poco habituales (perversión del gusto "pica"), si siente somnolencia durante el día, si ha percibido movimientos fetales (en las primíparas ocurre - después de la semana 16 y en las multíparas después de la 14). - Signos mamarios y signos cervicovaginales.

Datos de probabilidad: crecimiento uterino a partir de la 7a. - semana; presencia de soplo uterino auscultable por estetoscopio de pinard después de la semana 20; presencia de contracciones - de Braxton-Hicks; a la exploración bimanual peloteo uterino entre la semana 16 y 20; prueba de inhibición a la hemaglutinación (pregnosticon) y la de inhibición de la aglutinación (gravindex) positiva a partir de la 6a. semana después de la última menstruación.

Datos de certeza; auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a partir de la semana 20 de gestación con el estetoscopio de Pinard; palpación del contorno fetal a partir de la semana 24; aparición del saco gestacional a partir de la semana 4-5 de embarazo. (29).

Cabe mencionar, que en una comunidad rural, las pruebas de laboratorio o inmunológicas, suelen ser poco usadas, debido a su -- costo y a la lejanía de las instituciones de salud; sin embargo, es necesario saber que existen pruebas inmunológicas que se basan en la presencia de gonadotropina coriónica en plasma sanguíneo y orina, que se utilizan actualmente con un índice de con-- fiabilidad del 99.2% después de la semana 6 de gestación. Entre ellas se encuentran el pregnosticon y el gravindex.

Cuidados Prenatales Posteriores.

Las siguientes exploraciones prenatales se efectúan habitualmente a intervalos de 1 mes durante los 7 primeros meses, luego cada 2 semanas hasta el último mes y semanalmente a partir de entonces.

En cada visita sucesiva se establecerá la pauta para identifi--

(29). U.N.A.M. Ibidem. pág. 50 - 51.

car el buen curso de la madre y el feto. En este sentido es especialmente importante cierta información obtenida por el interrogatorio y la exploración, las cuales se seguirán realizando en cada visita o consulta, y son los siguientes:

a) Fetal:

- Frecuencia cardiaca fetal
- Tamaño actual del feto y cambios producidos
- Cantidad de líquido amniótico
- Presentación y situación (embarazo avanzado)
- Actividad fetal.

b) Materna:

- Peso actual y cambios producidos
- Síntomas, incluyendo cefaleas, alteraciones oculares, dolor abdominal, náusea, vómito, hemorragias, salida de líquido vaginal, disuria.
- Distancia de la sínfisis al fondo uterino
- La exploración vaginal al final del embarazo para confirmar la presentación, la situación y la consistencia, borramiento y dilatación del cérvix.

Una vez completada la historia clínica y exploración física, en cada consulta, se darán instrucciones a la madre en lo referen-

te a dieta, sueño y relajación, ejercicio, baño, vestido, diversión, tabaco, ingestión de fármacos y alcohol. Se le advertirá con tacto acerca de las siguientes señales de peligro que deberán ser comunicadas de inmediato:

- Toda hemorragia vaginal
- Hinchazón de cara o miembros
- Cefaleas graves continuas
- Visión disminuída o borrosa
- Dolor abdominal
- Vómitos persistentes
- Escalofríos o fiebre
- Disuria
- Pérdida de líquido por la vagina
- Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales. (30).

Dieta.

Las necesidades alimenticias de la mujer embarazada aumentan, - por ser el embarazo un período de formación y crecimiento de -- los tejidos y órganos del feto. De tal manera, que sus requeri-

(30). Pritchard, Jack. Ibidem. pág. 240 - 241.

mientos nutricionales son los siguientes:

Calorías: aumentan de 2,300 a 2,500 kcal. por día, que deben ser provistas de buen número y valor nutritivo (productos animales, frutas y verduras).

"Las calorías indican la producción de energía. Cuando la ingesta calórica es insuficiente, las proteínas pueden metabolizarse como fuente de energía en lugar de reservarlas para su papel vital en el crecimiento y desarrollo". (31)

Proteínas: se sugieren aumentar a razón de 20g. diarios a la cantidad normal (1.5g./kg de peso diario), ya que a las demandas básicas de la mujer no embarazada se añaden las demandas para el crecimiento del feto, placenta, útero y mamas y el volumen hemático materno aumentado. (32).

Minerales:

Hierro.- "aumenta a razón de 15 a 20 mg. por día. En ausencia de hierro exógeno añadido, la concentración de hemoglobina y el hematocrito disminuyen apreciablemente a medida que aumenta el-

(31). Ibidem. pág. 243.

(32). Ibidem. pág. 241.

volumen de sangre materna. La producción de hemoglobina en el feto no se alterará, sin embargo, probablemente debido a que la placenta obtiene hierro de la madre en cantidades suficientes para que el feto establezca niveles normales de hemoglobina, -- aún cuando la madre sufra una grave anemia ferropénica. (33).

El hierro adicional es necesario para la formación de hemoglobina y para el transporte de oxígeno y bióxido de carbono para el feto.

Calcio.- en los primeros meses se recomienda una ingesta diaria de 1 gr. y de 1.5 gr. durante los últimos meses. Es importante su ingesta para la calcificación de huesos y dientes del producto.

Sodio.- la concentración de sodio en el plasma disminuye normalmente algunos miliequivalentes durante el embarazo. La ingestión de cantidades excesivas de sodio puede resultar nociva, pero no se dispone de pruebas que permitan afirmar que su restricción rigurosa sea benéfica.

En lo que respecta a los demás minerales, se puede decir, que su valor requerido por la mujer gestante es igual al de una no-

(33). Ibidem. pág. 186.

gestante, puesto que no se ha visto una necesidad de aumentar-- los o disminuirlos en los diferentes estudios realizados.

Vitaminas.- "el aumento de las demandas vitamínicas durante el embarazo puede ser satisfecho en prácticamente todos los casos-- por cualquiera de las dietas naturales que proporcionan las proteínas y calorías adecuadas, incluidas las de origen animal". - (34).

Sin embargo, algunos autores recomiendan aumentar la A y la C.- La A ayuda a la visión, formación de dientes y disminuye la sugceptibilidad a la infección. Es importante para la madre y no - atraviesa la barrera placentaria. La C ayuda a formar las paredes de los vasos sanguíneos del feto.

"Durante un embarazo normal con un solo feto, puede esperarse - un aumento de peso de unos 9 kgs., explicable a partir de los - evidentes cambios fisiológicos inducidos por el embarazo. Este - incremento incluye un aumento de 4.9 kg. de contenido intraute - rino que comprende el feto (3.4 kg.), la placenta y las membra - nas (700 g.), y el líquido amniótico (900 g.), además de una -- contribución materna de 3.1 kg., como consecuencia de incremen-

(34). Ibidem. pág. 246.

tos en los pesos del útero (1.1 kg.), sangre (1.6 kg.) y mamas- (450 g.). La moderada expansión del volumen de líquido intersti- cial en la pelvis y extremidades inferiores, directamente atri- buible a los incrementos de la presión venosa, creada por el -- gran útero grávido constituye un hecho normal. En la mujer ambu- latoria se añaden probablemente otros 0.9 a 1.3 kg.". (35).

sueño y relajación.

El reposo y el sueño son esenciales para recuperar la energía - corporal. Durante el embarazo la tendencia al agotamiento es -- más rápida y es más evidente la necesidad de renovar energías;- por lo que la mujer embarazada deberá de planear períodos de re- poso en sus labores habituales, de tal forma que esté segura de obtener el descanso necesario. Deberá dormir un máximo de 8 ho- ras diarias.

Ejercicio.

El ejercicio al aire libre contribuye a una buena salud y a una sensación de bienestar y beneficio durante el embarazo. Respirar profundamente al aire libre mejora la circulación materna y au- menta el aporte de oxígeno al feto. No debe continuarse con los-

(35). Ibidem. pág. 242.

ejercicios que requieran grandes esfuerzos o puedan sufrir caídas. La caminata es uno de los mejores ejercicios.

Baño.

La transpiración ocurre libremente durante el embarazo y es - aconsejable tomar un baño diario, para evitar que los microorganismos penetren al organismo y produzcan alguna infección.

vestido.

En el tercer mes del embarazo, el útero en crecimiento empieza a salir de la pelvis y causa un abultamiento del abdomen. Poco después la mujer comienza a notar que sus vestidos le quedan -- ajustados; por lo tanto, debe usar ropa holgada para que ésta -- se adapte a la expansión del útero crecido; los pechos crecidos deben estar bien sostenidos por un sostén de cinta ancha que -- les de apoyo sin ejercer presión.

A medida que avanza el embarazo el centro de gravedad varía. El peso del vientre hace que la embarazada se vaya hacia adelante, lo que obliga a aumentar su equilibrio. Por lo que debe de utilizar zapatos de tacón bajo para evitar posibles caídas. (36).

(36). Bethea, C.D. Enfermería Materno-infantil. pág. 89.

Tabaco, Ingestión de Fármacos y Alcohol.

La ingestión o inhalación de éstos debe evitarse durante el embarazo, puesto que si se abusa de ellos (tabacos y alcohol), la madre puede producir en el feto efectos dañinos de graves consecuencias, como son: fetos pequeños, muerte perinatal y el síndrome alcohólico fetal, entre otros.

Por otro lado, la ingesta de todo fármaco que ejerce un efecto-sistémico sobre la madre atravesará la placenta para llegar al embrión y al feto, produciéndole a éste diversas alteraciones.

Cuidados de las Mamas y el Abdomen.

La higiene de las mamas debe hacerse diariamente y especialmente a partir del 7o. mes, utilizando para ello, agua limpia y un trapo limpio, con esta medida se reduce la incidencia de grietas.

Por otro lado, la aparición de estrías en mamas y abdomen, suele disminuir un poco si se realiza una limpieza diaria junto con la aplicación de aceite de almendras dulces. Sin embargo, algunos autores, manifiestan que las pomadas no alteran de modo significativo la incidencia de estrías en las mamas y el abdomen.

Relaciones Sexuales.

"El coito debe evitarse cuando existe amenaza de aborto o de -- parto prematuro. De otra manera, el coito no suele causar nin-- gún daño a las mujeres embarazadas sanas antes de las 4 últimas semanas del embarazo". (37).

Por último, es necesario que durante cada atención prenatal, se conozcan las molestias que atañen a la mujer embarazada y se -- proceda a dar el tratamiento adecuado para disminuirlas.

Entre las molestias más frecuentes del embarazo se encuentran - las siguientes:

a) Náuseas y Vómitos.

Las náuseas y los vómitos son molestias corrientes durante la - primera mitad del embarazo. Es habitual su comienzo entre la -- primera y la segunda falta menstrual, y continúa hasta el cuar- to mes de la gestación.

La causa que los produce no está clara; es posible que la causa sean los cambios hormonales del embarazo. Su tratamiento, en eg ta etapa pocas veces alivia del todo a la madre. No obstante, -

(37). Pritchard, Jack. Ibidem. pág. 249.

se puede reducir a un mínimo la sensación de malestar. Es conveniente hacer comidas pequeñas y dejar de comer antes de sentir-saciedad; también es recomendable evitar los alimentos que agraven estos síntomas por el olor.

b) Lumbalgia.

Se presenta con cierta intensidad en la mayoría de las mujeres-embarazadas. Los grados menores se presentan después de un esfuerzo o fatiga excesivos y al inclinarse, levantar peso o andar en exceso. Una lumbalgia, durante el embarazo, suele disminuir suspendiendo los esfuerzos y, en ocasiones, utilizando una faja materna ligera.

c) Varicosidades.

La presencia de varicosidades, son resultantes casi siempre de una predisposición congénita, se intensifican cuando se permanece de pie por tiempo prolongado, con el embarazo y con la edad.

Los síntomas producidos por las varicosidades varían desde unas manchas antiestéticas inferiores y un ligero malestar hacia el final del día hasta un dolor más intenso. Su tratamiento durante el embarazo, está limitado al reposo periódico con elevación de las piernas o a la utilización de unas medias elásticas o am

bas cosas.

d) Hemorroides.

El desarrollo o la agravación de las hemorroides durante el embarazo está, sin duda, relacionado con el incremento de la presión en las venas hemorroidales causada por la obstrucción del retorno venoso debida al gran útero grávido, así como la tendencia al estreñimiento durante la gestación. El dolor y la tumefacción suelen aliviarse mediante sedilubios tibios y laxantes naturales.

e) Pirosis.

Es una de las molestias más corrientes de las mujeres gestantes, suele ser causada por el reflujo del contenido gástrico ácido hacia la parte inferior del esófago. La mayor frecuencia de regurgitación durante el embarazo se debe muy probablemente al desplazamiento hacia arriba y compresión del estómago por el útero, combinado con una disminución de la motilidad gastrointestinal. En la mayoría de las mujeres embarazadas los síntomas son leves y se alivian mediante un régimen a base de comidas más frecuentes y evitando inclinarse hacia adelante o permanecer acostada en posición recta.

f) Fatiga.

En los comienzos del embarazo la mayoría de las mujeres sienten fatiga y unos deseos exagerados de dormir. Por lo general, este estado remite de modo espontáneo en el cuarto mes de embarazo y carece de significado especial.

g) Leucorrea.

En la mayoría de los casos no tiene causa patológica y puede -- ser favorecida por el incremento en la formación de moco por -- las glándulas cervicales. Si la secreción causará molestias, se orientará a la mujer embarazada para que tenga una buena higiene personal, o bien, que se de irrigaciones con agua ligeramente acidificada con vinagre.

En ocasiones la leucorrea irritativa es debida a la infección -- causada por *Trichomonas vaginalis* (Trichomoniasis) o *candida al* bicans (Moniliasis); ésto se diagnostica mediante las caracte-- rísticas de la leucorrea, en cuanto a color, olor y consisten-- cia. Dichas infecciones suelen recibir un tratamiento a base de fármacos como son la Nistatina (Mycostatin) y el Metronidazol - (Flagyl). (38).

(38). Ibidem. pág. 252 - 255.

1.3.2 Atención del parto

El momento del trabajo de parto y parto, aunque corto en comparación con la duración del embarazo, es quizá, el período más dramático e importante de la gravidez para la futura madre, el recién nacido y la familia.

Se producen muchos cambios fisiológicos y psicológicos durante el trabajo de parto que proporcionan oportunidad de múltiples factores para aplicar destrezas. Aunque la mayor parte de los trabajos de parto son normales, existe la posibilidad de que haya variaciones. Por tanto, es necesario realizar valoraciones e intervenciones asociadas y adecuadas para el bienestar de la mujer y su hijo.

Entre las técnicas e intervenciones indispensables para la atención del parto y del recién nacido se encuentran las siguientes:

- Preparación del material y equipo necesario.
- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Colocar y fijar adecuadamente las piernas.
- Efectuar aseo vulvoperineal con jabón y solución de benzalcohol (1 a 2000).
- Practicar cateterismo vesical en caso necesario.
- Lavado de manos quirúrgico.

- Calzado de guantes y bata estériles.
- Colocar pierneras y campos estériles.
- En el momento de la contracción, cuando abomba el periné, - - efectuar la episiotomía media o media lateral profiláctica en la primípara y, en caso necesario en la múltípara.
- Vigilar la expulsión de la cabeza fetal (deflexión y exten--- sión progresiva y paulatina) y proteger el periné, para evi-- tar laceraciones del mismo.
- Limpiar la cara y aspirar boca y faringe del producto.
- Girar la cabeza del producto para que ocurra la restitución.
- Descender hombro anterior para permitir la salida del poste-- rior.
- Sacar totalmente al producto y mantenerlo por abajo del nivel placentario, a fin de que reciba mayor cantidad de sangre.
- Mantener su cara hacia abajo para facilitar la expulsión de - secreciones bucofaringeas.
- pinzar y seccionar el cordón umbilical.
- Colocarlo en la mesa pediátrica en posición de rosier (decúbi to dorsal con la cabeza en hiperextensión) para facilitar la ventilación pulmonar.
- Cubrirlo para evitar enfriamiento o aplicar calor radiado.
- Hacer la valoración inicial de Apgar.
- Se dirige alumbramiento y se revisa la integridad de la pla--

centa.

- Pasar ocitócicos para lograr la involución uterina.
- Se revisa canal de parto para identificar desgarros.
- Si se realizó episiotomía, suturar.
- Realizar aseo perivulvar y colocar apósito.
- Dar masaje a miembros inferiores para favorecer la circulación.
- Mantenerla en observación constante para vigilar cualquier signo de complicación.

Cuidados inmediatos al recién nacido.

- Mantener las vías aéreas permeables.
- Colocar el cuello en extensión sin que cuelgue la cabeza.
- Aspirar secreciones de orofaringe por la boca y nariz con perilla.
- Sacarlo y cubrirlo con lienzo seco.
- No exponerlo a corrientes de aire.
- Ligar el cordón umbilical.
- Aplicar 1 mg. de vitamina K.
- Aplicar profilaxis oftálmica.
- Detectar malformaciones.
- Verificar permeabilidad de orificios naturales (narinas, esófago, ano, vagina y conductos auditivos).

- Valorar por el método de Apgar, al minuto y a los 5 minutos - después del nacimiento.
- Registrar peso, talla y perímetro cefálico.

Entre las complicaciones que suelen presentarse durante la inducción o conducción del trabajo de parto, puede ocurrir una distocia dinámica (hipertoniá, polisistolía, inversión de algún componente del Triple Gradiente Descendente), que puede a su vez motivar las complicaciones siguientes:

- Sufrimiento materno en caso de trabajo de parto prolongado.
- Sufrimiento y/o muerte fetal.
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Ruptura uterina o dehiscencia de cicatrices previas.
- Atonía uterina posparto.
- Embolia de líquido amniótico.
- Aumento de las probabilidades de que se efectúe operación cesárea.

Complicaciones que se presentan en el recién nacido son:

- Dislocación.
- Onfalítis.
- Conjuntivitis.
- Insuficiencia respiratoria.

- Ano imperforado, etc.

Sin embargo, las técnicas e intervenciones antes mencionadas -- suelen variar según las situaciones existentes en el momento -- del parto, como sucede en muchas comunidades rurales dispersas, en las que las condiciones poco favorables no permiten que se siga una técnica detallada, lo que a veces implica un aumento de las tasas de morbimortalidad infantil y materna, debido más que nada a la falta de recursos humanos capacitados y a los recursos materiales y económicos de la región.

Para atender un parto en condiciones óptimas se debe contar con las instalaciones, material y equipo necesario para llevar a ca bo dicho procedimiento.

- a) Equipo en la sala de parto: fuente luminosa, mesa pediátrica, cubetas metálicas, mesa obstétrica, bancos de altura, mesa de Ma yo, aparato de anestesia, mesa Pasteur, bancos giratorios, gabetas para el material de consumo, aspiradores y tomas de oxígeno.
- b) Ropa: bulto de ropa para parto, el cual contiene batas, campos y pierneras; gorros, cubrebocas, camisones.
- c) Instrumental y material: para la preparación de la paciente, es decir, para hacer la asepsia de la región vulvoperineal: 1 --

pinza de Foester, gasas, solución jabonosa o benzal, solución inyectable, guantes, 1 sonda Nelaton. Para la realización de la episiotomía y episiorrafia: 1 tijera de Mayo recta, 1 pinza de disección sin dientes, 1 porta agujas de Hegar, catgut crómico-atraumático 00, gasas, 1 jeringa de 10 cc. y aguja, xilocaína al 1 ó 2%. Para cortar el cordón umbilical: 2 pinzas de Rochester, 1 cinta umbilical, 1 onfalotomo o tijera, merthiolate. Para la revisión del canal de parto: 2 pinzas de Foester, 2 valvas de Eastman, gasas, toallas sanitarias, solución inyectable.

d) Para la atención inmediata del recién nacido: 1 perilla de hule.

e) Medicamentos y soluciones: soluciones glucosada al 5% y -- Hartman, ampolletas de oxitocina, ampolletas de ergonovina, -- anestésico local inyectable (xilocaína al 1 ó 2%).

Para llevar a cabo la atención del recién nacido en una sala de partos en condiciones óptimas, es de gran importancia contar -- con las instalaciones y equipo necesario para su atención.

a) Instalaciones y equipo: 1 lámpara de chicote, 1 estetoscopio, 1 báscula, 1 mascarilla de ambú, 1 mesa pediátrica, 1 reloj de pared, tomas de succión y oxígeno.

b) Instrumental y equipo: 1 laringoscopio, sondas de Rouge y -

Nelaton, tijeras, jeringas y agujas, ligadura o cinta umbilical, gasas, pulsera de identificación del recién nacido.

c) Ropa: batas, compresas estériles.

d) Medicamentos: soluciones oftálmicas, ampollitas de bicarbonato de sodio y de gluconato de calcio, frasco de solución glucosada al 10% y al 50%, ampollitas de vitamina K, ampollitas de heparina, antibióticos (penicilina, gentamicina, kanamicina, etc.), corticoesteroides (dexametasona).

Como se mencionó anteriormente, las técnicas e intervenciones - para atender el parto, suelen variar según las situaciones exigentes, como sucede en muchas comunidades rurales dispersas, en donde los partos son atendidos por parteras empíricas y donde - las condiciones poco favorables no permiten que se siga una técnica detallada.

Por eso es tan importante para el recién nacido que el ambiente al que llegue sea agradable, limpio e iluminado y la partera está preparada.

El trabajo de parto empieza con los dolores de las contracciones del útero de la madre y termina cuando nace la compañera del niño, es decir, la placenta.

"El trabajo de parto se divide en tres etapas diferentes:

La primera etapa se llama de borramiento o dilatación, y es - - cuando el cuello de la matriz se adelgaza, es decir, pierde su forma habitual, y se abre para dar paso al niño.

La segunda etapa se llama salida del niño (expulsión), y se inicia con la dilatación completa del cuello de la matriz. Termina con el nacimiento del niño.

La tercera etapa se llama salida de la placenta (alumbramiento) y termina cuando sale toda la placenta. En esta etapa hay que - darle los primeros cuidados al recién nacido". (39).

Para la primera etapa del parto, los familiares de la parturienta deberán preparar el cuarto y la cama en donde se va a aten--der a la mujer. Si no hay luz natural, hay que poner suficiente luz cerca de la cama y una mesa o silla donde la partera pondrá sus instrumentos. Se debe tener preparada la ropita para el be--bé y trapos de algodón limpios y asoleados para que los utilice la partera.

Los familiares o la embarazada misma deben hervir agua para que

(39). D.I.F. Manual de la partera tradicional. pág. 57.

la utilice la partera. Luego de que el agua hierva por 20 minutos, se debe tapar la olla para que se entibie y no se contamine.

La partera se pondrá su delantal o su bata limpia, se cubrirá la cabeza con un trapo también limpio y se lavará muy bien las manos y los brazos, porque es necesario proteger a la madre y al niño de infecciones.

La partera revisará que tanto el cuarto como su instrumental estén acomodados. Separará los instrumentos que va a utilizar para atender el parto de los que necesitará para asear a la madre.

Equipo de la partera para atender el parto.

- Trapos limpios
- Jabón
- Cepillo limpio para lavar las manos y las uñas.
- Gotas para los ojos del recién nacido (cloranfenicol, si tiene. También puede utilizarse té de manzanilla).
- Tijeras limpias, hervidas y flameadas.
- Gasas esterilizadas
- Lámpara de mano (foco)
- Estetoscopio de pinard.
- Perilla

- 2 pinzas para el cordón umbilical (Kelly sin dientes).
- Budinera metálica
- Cordones.
- Otros: guantes, hule o plástico (para proteger el colchón), - mandil o plástico (para la persona que atenderá el parto), sá banas o trapos limpios". (40).

La partera pondrá a hervir en una ollita aparte las tijeras, -- las pinzas y los trapos que le servirán para asear a la madre.

Para mayor seguridad, la partera debe flamear las pinzas y las tijeras, con el fin de no provocar infecciones en el recién nacido.

En la segunda etapa del trabajo de parto ya se dilató totalmente el cuello de la matriz para dejar pasar al niño. En las madres primerizas, esta etapa llega a durar de una a tres horas.- En cambio, en las que han tenido varios hijos dura menos.

En este momento, la partera debe preparar a la madre, lavándole muy bien alrededor de la vagina con agua y jabón, secándola con trapos limpios, para evitar infecciones.

Si se tiene a la mano, es bueno poner debajo del cuerpo de la madre, un plástico y encima del plástico una sábana o trapo grande, para que recoja el agua del lavado.

La limpieza de las partes de la mujer debe hacerse de arriba hacia abajo.

Es mejor que la madre se mantenga medio sentada en la cama para facilitar el nacimiento del bebé. Se pueden usar almohadas sobre una tabla para sostener la espalda de la mujer.

El niño está preparado para nacer cuando, con cada contracción, se abulta la vagina y empieza a aparecer el pelo de la cabeza del bebé.

Cuando aparece la cabeza del niño, una mano de la partera cubrirá el ano con un paño limpio, haciendo una ligera presión hacia abajo para facilitar la salida del niño y a la vez para que no se rompa la piel de la madre. Con la otra mano, detendrá suavemente la salida brusca del bebé. El bebé viene cabeza abajo. -- Hay que sostenerla.

En cuanto sale la cabeza hay que limpiarle suave, pero rápidamente la carita con un trapo limpio para evitar que se trague o respire las flemas.

Se debe esperar a que el niño volteé la cabeza por sí solo. Si cuando está saliendo la cabeza, todavía no se ha roto la fuente de aguas, la partera la romperá con los dedos o las pinzas para que el niño pueda salir. Si naciera con el cordón enrollado en el cuello, la partera tratará de resbalarlo suavemente alrededor de la cabeza. Esto hay que hacerlo con mucho cuidado.

Cuando el niño voltear la cabeza hay que tomarla con las dos manos. Poco a poco irán apareciendo los hombros y los brazos. Si le cuesta trabajo al bebé, hay que bajarle la cabeza y jalar suavemente para liberarle el hombro de arriba.

Cuando ya salieron la cabeza y los dos hombros, la partera deberá sacar suavemente el resto del cuerpo, debe coger bien al niño para que no se resbale, debe sostenerlo con las dos manos, poniéndolo al nivel del cuerpo de la madre.

"Casi siempre, el recién nacido llora luego que nace, porque eso indica que ha empezado a respirar. En caso de que el niño no lllore inmediatamente no se debe golpear porque se dan casos en los que los niños nacen dormidos. Eso sí, hay que estar pendientes de que esté respirando". (41).

(41). D.I.F. Ibidem. pág. 76.

Se pinza el cordón umbilical, las pinzas se ponen a 10 centímetros del cuerpo del niño y a 4 entre pinza y pinza y se corta con las tijeras.

La tercera etapa dura de 10 a 20 minutos, y es cuando se debe confirmar que la placenta sale completa y atender al recién nacido.

Cuidados inmediatos al recién nacido.

Mientras nace la placenta, hay que atender inmediatamente al niño.

Ligar el cordón umbilical. Es mejor hacer la doble ligadura para que no se zafe fácilmente. Ya que se ligó, se corta y se protege con una gasa, para que no se infecte.

Si la partera no tiene perilla, puede utilizar uno de sus dedos envueltos en un trapo limpio y con él limpiar la boca y la nariz del recién nacido.

Se debe utilizar la perilla para sacar la flema de la nariz. La perilla se coloca dentro de la nariz del bebé, y se aspira toda la flema. Antes de usar la perilla, hay que asegurarse de que no tenga líquidos adentro.

Los ojos del niño se limpian y se le aplican gotas de cloranfenicol o bien con una gasa mojada con agua de manzanilla para -- evitar infecciones.

La partera debe estar pendiente de que la respiración del niño sea normal, manteniendo las vías aéreas permeables, colocando -- el cuello en extensión sin que cuelgue la cabeza.

secarlo y cubrirlo con lienzo seco y no exponerlo a corrientes -- de aire.

Detectar malformaciones.

Verificar permeabilidad de orificios naturales (narinas, ano, -- vagina y conductos auditivos).

Valorar por el método de Apgar, al minuto y a los 5 minutos, -- después del nacimiento.

Registrar peso, talla y perímetro cefálico.

El parto normal se puede complicar y los signos que presenta -- cuando se está complicando son:

"- Sangrado abundante.

- Dura más tiempo de lo normal. Lo normal es de 8 a 12 horas -- en mujeres que han tenido hijos y de 12 a 18 horas en muje--

res que van a tener su primer parto.

- Salida de líquido verde (meconio) por la vagina.
- Cuando el pulso de la madre es menor de 60 o mayor de 120 -- por minuto, y la presión es menor de 90/60 y mayor de 140/90 mmHg.
- Calentura". (42).

Otra complicación que se presenta después del nacimiento del bebé es cuando la "placenta no sale, o sale solamente una parte - de ella. Cuando eso sucede, se presenta un sangrado que no se - detiene. Esta complicación es muy grave y la partera debe intentar detener la hemorragia colocando trapos limpios y secos en - la vagina como tapón y buscar ayuda médica de inmediato". (43).

También puede suceder que durante el nacimiento del bebé, la -- piel que rodea la vagina se desgarre por el esfuerzo. En ese ca so, la partera no intentará coser a la madre. Deberá llevarla a la clínica más cercana.

(42). S.S.A. Cuaderno técnico de planificación familiar "la Au xiliar de salud en la E.E.C. pág. 120-121.

(43). D.I.F. Ibidem. pág. 87.

1.3.3 Atención del puerperio

Puerperio: "es el período de ajustamiento después del embarazo y el parto durante el cual se invierten los cambios anatómicos y funcionales del primero y el cuerpo vuelve a su estado normal no gestacional, dura aproximadamente de 6 a 8 semanas". (44).

"La palabra puerperio se deriva del latín puer=nifio, parere=dar a luz, denota el período después del parto. Comienza al terminar la tercera etapa del parto y acaba cuando los órganos de la reproducción se han normalizado o casi están normales. Este proceso suele requerir de 6.5 a 8 semanas". (45).

Clasificación

Para su atención se clasifica de la siguiente manera:

- Puerperio inmediato: comprende las primeras 24 horas después del parto, durante el cual pueden ocurrir complicaciones postanestésicas o postnatales.
- puerperio mediano: se extiende hasta la primera semana después del parto.

(44). Benson, B.R. Diagnóstico y Tratamiento, GinecoObstetricia. pág. 810.

(45). Greenhill, J.P. Obstetricia. pág. 308.

- puerperio tardío: el cual incluye el período de tiempo requerido para la involución de los órganos que se vieron involucrados durante el embarazo. Tradicionalmente el último período se ha extendido hasta la sexta semana después del parto".

Cuidados de la Madre durante el puerperio

Después del parto, los cuidados o medidas destinadas a mejorar el bienestar del binomio madre-hijo son: observación para descubrir signos tempranos de complicaciones y determinar el curso de la evolución; la dieta, el baño diario, cuidado de las mamas y área perianal, alivio al dolor, descanso y sueño, eliminación vesical e intestinal, protegerla de infecciones, e instruir, entre otros.

- Involución uterina

La involución del útero después del parto ocurre principalmente como resultado de una disminución en el tamaño de la célula miometral. "Inmediatamente después del parto, el útero pesa alrededor de 1 kg. y su tamaño se aproxima al de un embarazo de 20 semanas (se palpa al nivel de la cicatriz umbilical), al final de la 1ra. semana posparto, haber disminuido al tamaño de una gestación de 12 semanas (a nivel del pubis); la involución uterina

es casi completa hacia la 6a. semana en el cual el órgano pesa menos de 100 gramos". (46).

Para realizar la valoración de la involución uterina, la puérpera deberá estar acostada, se mide en traveses de dedo el fondo uterino en relación con el ombligo. El útero se manipula con -- suavidad no debe ser hipersensible; el dolor excesivo durante la exploración hace sospechar de una alteración. Si no está firme se debe dar un masaje suave al fondo con las puntas de los dedos de la mano exploradora.

- Loquios

"La palabra loquios proviene del griego, lochos que significa parto. Es la secreción uterina que sale por la vagina durante puerperio". (47).

El siguiente aspecto que se debe valorar son los loquios en -- cuanto a carácter, cantidad, color y presencia de coágulos. Durante los tres días son de color rojo oscuro y de aspecto semejante al flujo menstrual; del 4o. al 7o. día se ven de color -- más sonrosado (serohemáticos), y los últimos son más espesos, -

(46). Olds, S.A. et. al. Enfermería Materno-infantil. pág. 1036.

(47). Ibidem. pág. 311.

mucoides y de color blanco amarillento (serosos).

De ahí la importancia de vigilar el sangrado transvaginal ya -- que una pérdida superior a la esperada indica la existencia de restos placentarios en la cavidad uterina, desgarros o una contractura uterina por distensión vesical.

- Signos vitales

Las alteraciones de los signos vitales pueden indicar complicaciones como hemorragia o infección. La presión arterial puede alterarse ligeramente al elevarse el volumen sanguíneo inmediatamente del posparto, pero esto no debe plantear problemas importantes a la puérpera. A la inversa, la presión arterial puede descender como resultado de pérdida de sangre.

En cuanto al pulso, está bajo durante el puerperio inmediato, -- pero no es en sí una causa de alarma. La temperatura puede estar ligeramente elevada como consecuencia del proceso normal de la cicatrización de las heridas, de la deshidratación y la ingurgitación mamaria.

- Apoyo emocional

se debe ofrecer a la puérpera apoyo y orientación, ya que es -- frecuente que al tercer o cuarto día del parto presente una de-

presión puerperal. Tal estado suele ser transitorio y se debe probablemente a ciertos factores como:

- . La reducción de la tensión emocional que sigue a la excitación y al miedo que casi todas las mujeres experimentan durante el embarazo y parto.
- . Molestias del puerperio precoz.
- . Cansancio producido por la falta de sueño durante el parto y - postparto.
- . Ansiedad que experimenta al dudar de su propia capacidad para proporcionar los cuidados necesarios al recién nacido una vez al abandonar el hospital.
- . Temor de haber dejado ser atractiva para su esposo.

- Exploración del periné

El periné se revisa con la paciente en posición de Sims para valorar la episiotomía a través de la aplicación del método de - - REEDA (identificar los cinco componentes que indican el estado de cicatrización): rojo (enrojecimiento), edema, equimosis, descarga y aproximación. También es importante examinar los puntos de sutura para cerciorarse si hay separación de la episiotomía o drenaje purulento alrededor de los puntos.

-Aseo vulvar

La limpieza de la región vulvoperineal con agua y jabón en forma que el líquido resbale desde la vulva al periné, posteriormente se coloca un apósito que se cambia cuantas veces sea necesario.

- Eliminación vesical

Durante las horas que siguen al parto se debe vigilar el estado vesical de la puérpera. El útero pastoso, desplazado o vejiga palpable son signos de distensión urinaria. Para prevenir esta alteración es importante la ingesta de líquidos para recuperar el tono muscular, así mismo evitar infecciones.

- Deambulación temprana

La deambulación temprana y frecuente es esencial para reducir el riesgo de trombosis. Además, con ella disminuye la frecuencia de problemas respiratorios, circulatorios y urinarios. También ayuda a prevenir el estreñimiento y promueve el rápido retorno de la fuerza muscular.

- Exploración de las mamas y pezones

Las mamas deben examinarse cuidadosamente, palpando los lados -

externos para averiguar si estan blandos, firmes o ingurgitados. Las partes externas más cercanas a los puntos de aporte de sangre y linfa de las axilas experimenta cambios tan rápidamente - como el resto de la glándula.

Los pezones no deberán tener grietas ni hemorragias; puesto que las grietas son una puerta de fácil acceso para las bacterias.

- Cuidado de las mamas

Los cuidados rutinarios estarán encaminados a mantener la limpieza y el sostén adecuado para que las mamas puedan ejercer su función normal así como la comodidad de la madre. Se lavarán las mamas diariamente con agua y jabón, esta puede realizarse durante el baño diario.

Cuando la madre vaya amamantar debe limpiar las mamas con agua y un trapo limpio; también se instruirá a la madre sobre la importancia del lavado de manos con agua y jabón ya que estarán en contacto con los pezones y mamas. Es necesario la lubricación de los pezones mediante la aplicación de cremas de lanolina, y tenerlos limpios evitando la acumulación de secreciones - que podrían irritarlos.

- Temperatura ambiente adecuada

prevenir y aliviar los escalofríos y temblores manteniendo a la puérpera a una temperatura adecuada, cubriéndola con un cobertor o la utilización de lámparas que proporcionen calor.

"Las causas exactas de esta reacción no se conocen aunque se cree que contribuyen diversos factores. Puede ser el resultado de rápido enfriamiento del cuerpo después de la diaforesis ocasionada por el esfuerzo durante el parto; la pérdida repentina de peso cuando nace el niño, o al nerviosismo y agotamiento". - (48).

- Entuertos

Los entuertos son algo así como un parto en miniatura aparecen y desaparecen en forma espasmódica que suelen producirse del 3ro. al 4o. día ocurren a menudo en multíparas, embarazo múltiple o polihidramnios que originan distensión excesiva y pérdida del tono muscular. También se desencadenan por la presencia de coágulos o fragmentos placentarios.

"Los entuertos son más intensos cuando se esta amamantando, ya que el útero es estimulado por vía refleja o por actividad hormonal (es de cir, por efecto oxitócico en la sangre materna)".-

(48). Ibidem. pp. 247 - 248.

(49).

- Alivio al dolor

Durante los primeros días al puerperio, la púérpera puede experimentar contracciones uterinas dolorosas, dolor en los puntos de sutura y por ingurgitación mamaria. Previendo este tipo de molestias se administrará analgésicos, como ácido acetyl salicílico, acetaminofen, dipirona cada 8 horas, mientras sea necesario.

- Eliminación intestinal

Es necesario informar a la madre que la falta de una evacuación, un día después del parto es normal y los hábitos del intestino se normalizarán pronto. Una dieta apropiada y líquidos en abundancia, acompañados de ejercicio y un tiempo normal para la eliminación, son de gran utilidad para que el intestino recupere sus funciones.

- Cuidado del periné

La limpieza se hará con mucho cuidado y es muy importante efectuarla de adelante hacia atrás para evitar que los microorganismos

mos se trasladen a la episiorrafia o la vagina.

El aseo se hace con una toalla, agua y jabón durante el baño -- diario.

- Baño

El primer baño debe tomarse después del parto y una vez que la madre este deambulando.

- Estado nutricional

Se puede permitir una alimentación regular tan pronto como la madre restablezca su apetito. Se recomienda la ingesta de alimentos proteícos, frutas, legumbres, lácteos y líquidos abundantes. La madre que esta amamantando, su dieta es de 2500 a 2800-kcal/día, también es recomendable el suplemento diario de vitaminas y hierro durante el puerperio.

- Descanso y sueño

Durante el puerperio, la madre necesita descanso y sueño, que son indispensables para su estado físico y emocional. La necesidad de descanso es aún de mayor importancia para la madre que esta amamantando porque la fatiga y preocupaciones pueden ser factores que desencadenen la inhibición de la producción de leche materna.

- Ejercicio

Debe animarse a la mujer a iniciar la ejecución de ejercicios - simples, que le ayudarán a restaurar el tono muscular y mejorar la circulación. Los ejercicios específicos sugeridos son: respi ración abdominal, estiramiento del cuello, elevación de miem--- bros superiores e inclinación pélvica. Hacia 2a. y 3ra. semana- se implementan los ejercicios de miembros inferiores e incorpo- ración (abdominales).

- Actividad sexual

La actividad sexual puede reiniciar a la 3ra. ó 6a. semana des- pués del parto, dependiendo de molestias existentes y el apeti- to sexual. En caso de episiotomía, habrá que restablecerse has- ta la completa cicatrización del periné.

1.3.4 Atención del Recién Nacido

La atención física diaria del recién nacido consiste en proporcionar los cuidados necesarios para mantener el bienestar y comodidad del mismo, entre los cuales están: baño y cuidado de la piel, cuidados del muñón umbilical, vestido, alimento, etc.

- Baño y cuidados de la piel

Es importante realizar el baño diario de ser posible y la limpieza de los genitales en cada cambio de pañal. La piel del recién nacido se examina con el fin de buscar zonas de humedad, irritación, pústulas y vesículas que pueden indicar infección.

- Cuidados del cordón umbilical

El cuidado del cordón consiste en mantenerlo limpio y seco, para prevenir irritaciones e infecciones. El cordón cicatriza más pronto si se deja expuesto al aire. Deberán evitar el uso de vendas u otros objetos sobre el ombligo, asimismo la aplicación de sustancias.

En cuanto a su desprendimiento ocurre dentro de los primeros 15 días.

- Vestido

La ropa que usa el niño deberá ser holgada y de acuerdo al clima. Para prevenir infecciones, se deberá lavar a parte de las demás ropas de la familia.

- Medidas de comodidad

Para facilitar la comodidad del niño, la madre debe:

- . Alimentarlo cuando tiene hambre
- . Cambiar de pañal cuando estén húmedos
- . Cambiarlo con frecuencia de posición
- . Evitar que se le encajen los pliegues de la ropa
- . Que la ropa no esté muy apretada

- Cuidado emocional

La estancia del menor dentro del cuarto de la madre, es una forma efectiva para cubrir las necesidades emocionales y psicológicas del recién nacido, ya que pueden tener la atención materna siempre que lo desean.

- Alimentación

Se debe orientar a la madre sobre los aspectos de la lactancia materna y son los siguientes:

- . Ventajas de la lactancia materna

. Técnica de la alimentación al seno materno

- Eliminación vesical

El lactante suele orinar por primera vez al tener un día de vida y a menudo un poco antes.

- Eliminación intestinal

Las primeras heces son una sustancia verde negruzca llamada "meconio" (que consiste en líquido amniótico, vernix, secreciones del aparato digestivo, bilis, lanugo y productos de desecho de los tejidos corporales), y después se tornan de color amarillo-verdoso, de consistencia pastosa, sin ser líquidas.

- Orientación a la madre

Cabe mencionar que es de gran trascendencia orientar a la madre sobre algunos aspectos sobre su hijo, como son:

- . La importancia de su control, para ir valorando su crecimiento y desarrollo (se realizan 2 controles, el 1o. a los 7 días y el 2o. a los 28 días después de su nacimiento).
- . Informarle que los niños que son alimentados con leche materna evacuan mayor número de veces.
- . Que al niño se le debe proporcionar té o agua hervida (de 2 a 3 onzas) dos veces al día.

. Inicio del esquema de vacunación

Complicaciones del puerperio

Las complicaciones que se pueden presentar a lo largo del puerperio son las siguientes:

- . Hemorragia
- . Infección puerperal
- . Mastitis
- . Cistitis
- . Embolia pulmonar
- . Psicosis postparto

1.4 MORBIMORTALIDAD MATERNO-INFANTIL

El proceso reproductivo, como fenómeno fisiológico puede llegar a complicarse y originarle grandes riesgos a la mujer, como son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. En la presencia de estas complicaciones intervienen factores condicionantes como los biológicos los cuales se podrían prevenir y someter a tratamiento oportuno y eficiente en tanto estuvieran al alcance de la madre.

Los factores biológicos y las condiciones socioeconómicas influyen en la morbilidad materna.

Para mejorar el nivel de salud materna de un país, es necesario que toda mujer tenga la oportunidad de ser atendida durante su embarazo y de recibir un cuidado adecuado durante el parto y el puerperio.

Aunque en los últimos años se han registrado notables avances en la atención materna, la morbilidad femenina en la etapa prenatal, posnatal e intergestacional sigue siendo elevada; es un problema grave que, en la gran mayoría de los casos, encuentra su origen precisamente en cuestiones sociales. Desnutrición, -- trabajo excesivo, deficiente o nula educación sexual y la falta de atención e higiene adecuada en los hogares.

Existe un número considerable de mujeres que no acuden a servicios médicos, ya que recurren a tratamientos empíricos o hacen uso de la automedicación.

La utilización de los servicios de salud por parte de las mujeres se relaciona en gran medida con el grado de accesibilidad geográfica, pero también con la accesibilidad económica y cultural. Una considerable proporción de mujeres no reciben atención formal durante el embarazo ni el parto.

Las defunciones de mujeres por complicaciones del embarazo, parto o puerperio no son tan numerosas en la actualidad; debido a los diversos problemas como la fidelidad de datos sobre las causas de muerte, de nacimientos, etc., implica que los datos estadísticos publicados deben interpretarse con cautela.

"Existe una gran diferencia entre los niveles de mortalidad materna en países desarrollados (Canadá y E.U.A.) y los países latinoamericanos (Chile, México y Venezuela) que, para un mismo período de tiempo, tuvieron una mortalidad de 2 a 5 veces mayor que aquéllos". (50).

(50). O.P.S. La Salud de la Mujer en las Américas. pág. 64.

Los datos obtenidos de países con buenas estadísticas vitales - revelan que las principales causas de mortalidad materna son la toxemia, hemorragias, el aborto y la sepsis puerperal.

De esta manera, aún con los escasos datos disponibles, se puede concluir que la atención de salud cumple una función fundamental en la prevención de la mortalidad materna.

El riesgo de sufrir complicaciones del parto, del embarazo o -- del puerperio y de morir por tales complicaciones varía con la edad de la mujer, su paridad y longitud de los intervalos que - median entre los embarazos sucesivos; depende también de los an tecedentes obstétricos y mórbidos de la mujer. El riesgo es menor cuando la madre tiene entre 20 y 24 años de edad y es más - alto antes de esa edad y se eleva después de los 24 años.

Cuando se examina la mortalidad materna según el orden de nacimiento y edad de la madre, se ve que la mortalidad aumenta a me dida que aumenta la edad de la madre en el primer nacimiento.

La alta paridad, la cercanía de la edad a los límites de la vida fértil y un intervalo corto con respecto al embarazo anterior (factores que condicionan alta fecundidad), conducen a una mayor frecuencia de complicaciones y muerte.

La condición socioeconómica es otro factor que condiciona la apa

rición de complicaciones, aparte de las biológicas o médicas.

El diagnóstico y tratamiento oportuno pueden evitar en gran medida la aparición de complicaciones, así como la atención adecuada. Si el acceso de atención en un país se diferencia por estratos sociales, se provocarán divergencias en la magnitud de la mortalidad materna en los distintos estratos.

Los factores de riesgo más importantes pueden ser detectados fácilmente por personal auxiliar de salud o por otras personas -- adiestradas en la atención primaria de salud que refieren a las pacientes a consultorios o a personal profesional capacitado y especializado.

De ahí que la mortalidad materna en los países en desarrollo podría reducirse mediante intervenciones de salud bien organizadas y servicios de regulación de la fecundidad prioritarios para mujeres de alto riesgo aún, antes de que se produzcan mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población.

En México se observa que un elemento común en la mortalidad materna, consiste en que su causalidad obedece a cuatro complicaciones básicas que son: toxemia gravídica, hemorragia obstétrica, abortos y sepsis puerperal, en cerca de dos terceras partes de los casos, las cuales comparten también la característica de

tener un alto grado de previsibilidad.

La Federación Internacional de ginecología y Obstetricia define la muerte materna como el fallecimiento de una mujer, debida a cualquier causa mientras está embarazada o dentro de los cuarenta días que siguen a la terminación del embarazo, independientemente de la duración, el sitio o la vía de terminación.

Se ha identificado que las mujeres que experimentan mortalidad materna, presentan con mayor frecuencia ciertos factores de riesgo. Esto se refiere a algunas características, tanto de su historia reproductiva como de su condición biomédica, que aumenta la probabilidad de que se presente la mortalidad señalada y que pueden dividirse en antecedentes generales, patológicos obstétricos y personales patológicos.

Dentro de los antecedentes generales se encuentra la edad de la mujer como un factor predisponente para aumentar o disminuir la tasa de mortalidad materna, así como la multigravidez.

Antecedentes patológicos obstétricos: otros factores de riesgo reproductivo que se asocian con las principales causas de muerte materna son algunos eventos de la historia reproductiva de la mujer, tales como la toxemia gravídica, las hemorragias obstétricas y el aborto, que se caracterizan por su tendencia a re

currir en embarazos subsecuentes, así como el antecedente de cesárea previa. Por ello la importancia de su identificación y la prevención mediante el uso de métodos anticonceptivos para reducir dicha mortalidad.

Toxemia gravídica: la importancia de esta grave complicación -- del embarazo, se demuestra con facilidad ya que constituye la -- primera causa de muerte materna en muchos países latinoamericanos.

Cuando una mujer ha padecido esta enfermedad en un embarazo anterior, se considera un riesgo reproductivo, por encontrarse -- claramente aumentado el peligro de volver a presentarla en un -- siguiente embarazo, el cual oscila desde el 10% de los casos de toxemia pura, hasta un 70% para los de toxemia agregada o enfermedad hipertensiva.

Hemorragias obstétricas: al igual que la toxemia gravídica, las complicaciones hemorrágicas del embarazo y el parto son otra de las causas más importantes de muerte materna en América Latina-- al igual que en la mayoría de los países en desarrollo.

El antecedente de hemorragia obstétrica en un embarazo anterior, se considera factor de riesgo reproductivo al reconocerse una -- tendencia a repetir en el 10% o más de los embarazos subsecuen-

tes.

Aborto: el aborto representa una de las cuatro principales causas de muerte materna, no hay duda de la importancia de considerar la historia del aborto como factor de riesgo reproductivo, por su clara tendencia a la recurrencia o al emplearse como recurso para limitar el tamaño de la familia en caso de un embarazo no deseado.

Cesárea previa: el antecedente de cesáreas en la historia de -- una mujer, es un factor de riesgo reproductivo que cobra en la actualidad una importancia creciente debido a dos hechos fundamentales:

- Existe una tendencia clara y general al rápido incremento en las proporciones de cesáreas que se practican, y
- La existencia de cicatrices uterinas previas se asocian con graves complicaciones, especialmente las hemorragias en el embarazo.

A la luz de estos casos se clarifica la importancia de espaciar de manera adecuada los embarazos o determinar oportunamente la vida reproductiva en los casos de cesárea previa.

Antecedentes personales patológicos: entre otros factores de -- riesgo reproductivo que participan de manera importante en la -

propiación de muerte materna, pueden citarse de manera importante las enfermedades crónico degenerativas del tipo de la hipertensión arterial, diabetes y nefropatías, que al tener como denominador común la producción de una lesión vascular generalizada, facilitan particularmente la ocurrencia de toxemia gravídica y de hemorragia obstétrica que representan importantes causas de muerte.

Por ello, la regulación de la fecundidad en el grupo de mujeres afectadas por este tipo de patología, tiene especial importancia para prevenir las muertes maternas.

Mortalidad perinatal: la muerte materna se acompaña frecuentemente de mortalidad perinatal considerablemente.

En estos casos, el componente principal de la muerte perinatal está constituida por la muerte fetal, lo que explica fácilmente, los trastornos fisiopatológicos graves de ciertas causas específicas de muerte materna, como la toxemia gravídica y las hemorragias obstétricas, repercuten más en la condición fetal en útero.

Es claro que el mejor recurso para reducir la morbimortalidad, radica en la identificación de factores de riesgo y la prevención del embarazo, ya que por excelentes que sean los recursos-

empleados para su manejo, al ocurrir éste desembocará inevitablemente en una cierta proporción de morbimortalidad.

La muerte obstétrica es altamente previsible y generalmente sus causas no son de instalación brusca, sino que aparecen y se van desarrollando en el transcurso del embarazo, por lo que el control prenatal temprano y sistemático constituye un mecanismo -- muy útil para identificar oportunamente cualquier problema o -- complicación, definir el tiempo de recursos necesarios para la atención, el lugar y la vía de terminación del embarazo, con el fin de reducir la posibilidad de muerte.

La importancia de la atención prenatal merece mención especial. La mayoría de las muertes maternas tienen una historia de atención prenatal escasa o nula y este fenómeno está directamente - relacionado con las condiciones de marginidad, dispersión geográfica y bajo nivel socioeconómico de la población.

Los problemas de cobertura, calidad y eficiencia de los servicios de salud en México, así como las condiciones nutricionales de la madre y de carencias sociales, repercuten negativamente - sobre la mortalidad infantil. Esto es particularmente evidente por la importante incidencia de las afecciones perinatales dentro de un conjunto de la mortalidad infantil. "En 1988 se regis

traron 22,080 defunciones infantiles por causas perinatales - - (Anexo 1). Para 1990 y, considerando los ajustes a la tasa de - mortalidad infantil efectuada por CONAPO, las defunciones por - afecciones perinatales podrían ser al menos de 37,500".

Por otra parte, la incidencia del bajo peso al nacer aparece co - mo subregistrada o defectuosamente apreciada en la medida que - poco más del 50% del total de nacimientos se registra, siendo - la tasa bruta de natalidad para 1986 de 32 nacimientos por cada 1000 habitantes. A ello se auna significativamente la aprecia-- ción inadecuada del peso al nacer por falta de equipo o mala -- técnica. "Sumando una muestra disponible de 1,192,568 niños na - cidos vivos durante el año de 1990 en diversas instituciones -- del Sector Salud, se encontró que el 6.5% de ellos tenía bajo - peso al nacer". (51).

La mortalidad infantil o del menor de un año, tiene una parte - importante de su origen en fenómenos biológicos íntimamente li - gados con el proceso de la reproducción y puede ser favorable - modificada mediante el cambio de patrones de conducta reproduc - tiva y la participación de los servicios asistenciales que mejo - ren drásticamente la atención del embarazo, del parto y del re-

(51). S.S.A. Programa Nacional de Acción: México y la Cumbre - Mundial en favor de la Infancia, pág. 42.

cién nacido.

Es conveniente hacer notar que existe una diferencia primordial en cuanto al origen de la mortalidad infantil entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo. Efectivamente, en el segundo caso y como producto de un nivel socioeconómico desfavorable por la mayoría de la población; la mortalidad es principalmente de origen exógeno, en tanto que en los países desarrollados obedecen más bien a causas biológicas.

La mayor parte de la mortalidad neonatal se origina en las anomalías o complicaciones del embarazo y del parto, así como en las deficiencias intrínsecas del neonato, tales como prematuridad, hipotrofia o defectos graves al nacimiento y el trauma obstétrico.

Una de las condiciones esenciales para una deseable salud reproductiva es el adecuado estado nutricional de la mujer embarazada y lactante. La leche materna no sólo es un valioso alimento durante la lactancia sino también es un importante factor inmunológico. La buena condición nutricional del niño lo hace menos proclive a las posibilidades de contraer enfermedades que eventualmente pueden ser mortales. Tal es el caso, por ejemplo, de las enfermedades diarreicas agudas.

"La Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud de 1987, indica que, en promedio, 83% de las madres amamantó a su hijo; este porcentaje aumenta hasta en 89% en las localidades menores de 2,500 habitantes o cuando el parto es atendido en domicilio por enfermeras y parteras, mientras que disminuye a 78% en áreas metropolitanas y al 81% cuando la atención del parto es dada en hospitales de gobierno". (52).

(52). Ibidem. pág. 43.

1.4.1 Morbimortalidad Materna en el Estado de Guerrero

La tasa de mortalidad en cinco años ha descendido de 1.29 por 1000 nacidos vivos registrados en 1986 a 0.93 por 1000 nacidos-vivos registrados en 1990, estando entre las principales causas de muerte las hemorragias, toxemia gravídica y el aborto con tasas de 0.33, 0.25 y 0.05 por 1000 nacidos vivos registrados respectivamente.

Referente a este último, la tasa se ha mantenido durante los últimos cinco años pero es indudable que los inducidos ilegalmente no son registrados en su totalidad tanto desde el punto de vista motivo de egreso como de causa de muerte. (Anexo 2).

Los factores más importantes que inciden en las condiciones de salud materna durante el período reproductivo, son la cobertura de atención a la salud con servicios de calidad que garanticen, una maternidad segura; en la Entidad 39,431 mujeres en edad fértil que habitan en las zonas rurales de difícil acceso y dispersas carecen aún de estos servicios de salud, ya que algunas personas prefieren atenderse con las sobadoras o parteras tradicionales.

Otro elemento de fundamental importancia es la falta de difusión de los servicios por parte de los medios de comunicación y por el-

personal que labora en las unidades de salud.

Las causas de mortalidad materna antes descritas se relacionan con una inoportuna y escasa detección del problema durante el puerperio, la deficiente atención a la mujer durante la gravidez, la inadecuada atención del parto por personal no capacitado y la poca e ineficiente vigilancia durante el puerperio, incluyendo además el ejercicio de prácticas no adecuadas para la salud de la mujer. (53).

(53). S.E.S., Gro. Programa de Atención Materno-infantil. pág.-
52.

1.4.2 Morbilidad Infantil en el Estado de Guerrero

Es conocido que la mortalidad en el primer año de vida reviste particular importancia ya que se acepta de manera general, que es un indicador del nivel de salud y de vida en que se desarrolla el individuo.

Hasta 1940 la mortalidad infantil se mantuvo muy elevada, pues en el país morían 126 por cada 1000 nacidos vivos registrados, siendo para el Estado 68 por cada 1000, entre 1940 y 1950 la reducción de la mortalidad infantil fué de 23.5% a nivel nacional y de 6.8% en el Estado, pasando de 125.7% a 96.2% en el país y de 67.98 a 63.33 en el Estado.

A nivel nacional la mortalidad infantil continuo descendiendo - alcanzando una tasa de 54.4 en 1979, mientras que en el Estado - por el contrario se dió un aumento entre 1970 y 1979 pues la tasa pasó de 36.3 a 40.07, esto no se dió por haber ocurrido más - muertes infantiles, sino que es posible atribuirse a un mejor - registro de las defunciones del menor de un año respecto al año anterior.

Los bajos niveles de mortalidad infantil alcanzados en los años recientes en la Entidad, se deben en parte a un mejoramiento de las condiciones de vida de la población y también al subregis--

tro de hechos vitales, ya que buena parte de la población se encuentra en condiciones de marginalidad y dispersa en pequeñas localidades, por lo que es de suponerse que una parte considerable no acuda a registrar sus hechos vitales, en particular los nacimientos y las defunciones de niños pequeños.

Cabe destacar el hecho que las enfermedades infecciosas intestinales han pasado a ocupar el 2o. lugar general y aparecen accidentes por envenenamiento con drogas dentro de las primeras causas de muerte, que es fiel reflejo de la situación que actualmente se vive en el país, siendo las cinco principales causas de muerte ciertas afecciones originadas en el período perinatal, las enfermedades intestinales, anomalías congénitas, neumonía e influenza y deficiencias de la nutrición con tasas de 2.66, -- 2.55, 1.18, 1.0 y 0.70 por 100,000 nacidos vivos registrados -- respectivamente en 1990. (Anexo 3).

Las enfermedades infectocontagiosas continúan ocupando los principales lugares, causadas por las propias condiciones socioeconómicas, aunado a la desnutrición en la población infantil, pero también hay que reconocer que la reducción de las tasas de mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación, constituye uno de los mejores logros alcanzados. (54).

(54). S.E.S. Programa Estatal de Acción en favor de la Infancia.

1.5 PROGRAMAS MATERNO INFANTILES

La población rural del país, según estimación, es de 25 millones de habitantes. Es decir, el universo sobre el que actúa el programa de atención materno-infantil comprende 17 millones de personas, ya que los menores de 15 años suman cerca de 11 millones y las mujeres en edad fértil son, aproximadamente 6 millones.

Pocos programas de salud pública, tales como de saneamiento básico y educación higiénica, tienen una extensión tan amplia como el de atención materno-infantil; de ahí su gran importancia, además que incide sobre un grupo altamente vulnerable, como lo es el que forman el niño y la madre. Ya en sí, la población rural adolece de protección eficiente, y eso tiende a acentuarse en el núcleo madre-hijo, por razones de tipo económico, social y cultural.

El cuidado de la madre y el niño en el medio rural se formalizó en 1934, cuando se crearon los Servicios Médicos Ejidales, los que dentro de sus funciones se encontraba la atención materno-infantil, incluyendo la atención del parto y puerperio, así como el adiestramiento de las parteras empíricas, cuando se identificó el importante papel que desempeñan en el medio rural.

Al crearse los servicios Coordinados de Salubridad en 1936, se amplió el universo, tanto por el número de habitantes como por sus condiciones económico-sociales.

En 1954, la Dirección de Higiene Materno-Infantil, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, estableció numerosos centros materno-infantiles en otras tantas localidades rurales. Después, estos centros se incorporaron al Programa de Bienestar Social, destinado a impulsar el desarrollo de las comunidades campesinas, especialmente en el área de la salud, siendo de interés, la atención materno-infantil.

Los Programas de Casas de Salud (1970), de Extensión de Cobertura (1976) y de Descentralización de Servicios para la Población Abierta (1983), ampliaron la cobertura de la población rural, y con base en la doctrina de atención primaria y del modelo de atención, impulsados en los últimos años, se ha procurado el cuidado de la salud materno-infantil en el medio rural.

"En México, según estimaciones, 60% de los nacimientos son atendidos por las parteras tradicionales y por las parteras capacitadas; ésta asciende a 100% en ciertas comunidades, especialmente las indígenas. En el área rural existen alrededor de 100 mil comunidades de 2,500 habitantes, y muchas de ellas, cuentan con

más de una partera; esto significa que se puede hablar de alrededor de 100 mil parteras empíricas, sin contar con las que se encuentran en comunidades con más habitantes. Por lo anterior se señala la importancia que tienen estas personas en el cuidado de la salud materno-infantil". (55).

"En relación con la cobertura, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Fecundidad y salud 1987, 65.6% de los partos son atendidos por médicos 4.3% por enfermeras y 23.2% por partera tradicional. (Anexo 4). En localidades con menos de 2,500 habitantes, la partera atiende 44.5% o más de los partos que ocurrieron. Esta situación se agudiza en los estados con predominio de población rural y amplia dispersión geográfica de la misma". (56)

El desarrollo de los programas de capacitación a parteras empíricas se inicia en 1937, en Torreón, Coahuila, con el programa-piloto de adiestramiento y control de las parteras empíricas en la Comarca Lagunera, realizado por los Servicios Médicos Ejidales de la Secretaría de Salubridad. Este programa se extendió, posteriormente, a todos los servicios del sistema Médico Ejidal del país y, después a los centros de salud de los servicios - -

(55) Pacheco, C. Salud y Enfermedad en el Medio Rural. pág. 342.

(56) S.S.A. Programa Nacional de Acción. pág. 41.

Coordinados de Salubridad y Asistencia, incluyendo los ubicados en ciudades.

De 1978 a 1982, se desarrolló el programa de incorporación de - las parteras empíricas al Programa de Salud Rural y Extensión - de Cobertura, capacitándolas en las acciones de planificación - familiar y en las que desarrollan en sus prácticas tradiciona-- les.

Existen otros programas de capacitación como es el caso del pro- grama IMSS-COPLAMAR ahora IMSS-SOLIDARIDAD, y el del Instituto- Nacional Indigenista, así como algunos esfuerzos especiales en- los Estados de Guerrero y Tlaxcala. El programa de IMSS-SOLIDARI- DAD ha sido fortalecido en los últimos años registrando, en la - actualidad "alrededor de 10 mil parteras capacitadas que en 1988 atendieron 36.1% de los partos y derivaron 16,141 embarazadas, - correspondientes a 41% de las controladas por ellas". (57).

El programa de capacitación y actualización de las parteras empí- ricas que se desarrolla en la actualidad, con la aceptación de - todas las instituciones involucradas, tiene como finalidad: 1. - proporcionar atención obstétrica de mejor calidad, respetando -- los valores y conocimientos tradicionales; 2. eliminar procedi--

(57) Pacheco. Ibidem. pág. 343.

mientos que ocasionen riesgos a la salud materno-infantil; y 3. contribuir a disminuir la morbilidad de madre y el hijo.

El programa de salud materno-infantil que se desarrolla en México ha ido consolidando un conjunto de acciones que se llevan a cabo en todo el país y que, fortalecidas en la presente administración, tienen plena coincidencia con los compromisos de la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia.

A continuación se transcriben los objetivos y metas tomadas del Programa Nacional de Acción: México y la Cumbre Mundial en Favor de la Infancia respecto al programa de salud materno-infantil, celebrada en la sede de las Naciones Unidas el 30 de septiembre de 1990, con la asistencia de dignatarios de todo el orbe: 71 jefes de Estado o de Gobierno, más los representantes y observadores.

Objetivos Generales:

1. Promover y proteger la salud reproductiva, reduciendo la mortalidad materna y perinatal.
2. Prevenir y disminuir los riesgos y daños a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, promoviendo una atención integral de su salud reproductiva, más humana y de mejor calidad.

3. Prevenir y disminuir los riesgos y daños al niño desde su vida intrauterina, durante el nacimiento y a través de las diferentes etapas de su crecimiento y desarrollo.

Objetivos Específicos:

1. Aumentar la cobertura de atención del embarazo, parto y puerperio, con calidad y calidez.
2. Atender adecuadamente el parto y al recién nacido por personal capacitado, protegiendo y fomentando la lactancia materna.
3. Instrumentar las medidas necesarias para la disminución del bajo peso al nacimiento.
4. Vigilar y atender el estado nutricional, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.

Metas de Operación para 1994:

1. Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, garantizando una cobertura de 80% para el año de 1994 y de 90% para el 2000 y lograr por lo menos, un promedio de 4- controles prenatales para 1994 y 5 controles para el año - - 2000.
2. Lograr 80% de cobertura del parto asistido por personal capacitado para 1994 y de 100% para el año 2000.

3. Logro de 50% de cobertura del puerperio para 1994 y de 80% para el año 2000.
4. Garantía del acceso a servicios de consulta para 80% de los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica para 1994 y de 100% para el año 2000.
5. Logro de 80% de las mujeres que tengan atención institucional amamanten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con adición de alimentos complementarios hasta entrado el 2o. año.
6. Logro de 60% de cobertura para 1994 y de 80% para el año -- 2000 en la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de 5 años.
7. Instalación del alojamiento conjunto en 100% de unidades -- que atienden partos.
8. Garantía del adecuado funcionamiento de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal en 100% de los hospitales del país.
9. Logro de que los comités para el estudio de mortalidad materna y perinatal dictaminen cuando menos 80% de los casos registrados de muerte materna en 1994 y 100% en el año 2000.

Líneas Estratégicas Generales:

1. Ampliar la cobertura y mejorar la calidad y calidez de la -

atención materno-infantil.

2. Diseñar y aplicar modelos de atención simplificada en las comunidades rurales para los casos de embarazo y parto de bajo riesgo.
3. Fortalecer las medidas de prevención de los riesgos y daños de la salud materno-infantil a nivel institucional, proporcionando la participación comunitaria y el fomento del autocuidado de la salud.

Líneas Estratégicas específicas:

1. Brindar atención del embarazo, parto y puerperio con enfoque de riesgo.
 - Uso de una historia clínica y carnet perinatal que favorezcan la aplicación de las normas y la referencia y tratamiento - - oportuno del embarazo de alto riesgo.
 - Otorgamiento de consulta prenatal de primera vez y subsecuentes.
 - Garantía de atención del parto.
 - Otorgamiento de consulta de puerperio de primera vez y subsecuente.
2. Instalar y garantizar el funcionamiento adecuado de los comités para el estudio de la mortalidad materna y perinatal.

3. Lograr la participación de las parteras tradicionales y de los curanderos y promover su capacitación técnica.
 - Capacitación sistemática de las parteras tradicionales con un modelo uniforme dentro del Sistema Nacional de Salud.
 - Capacitación a capacitadores de parteras en los servicios de salud en las Entidades Federativas.
 - Apoyo con equipo, instrumental e insumos mínimos necesarios para la atención del parto y del recién nacido por las parteras.
 - Seguimiento de las actividades de atención por las parteras y los datos mínimos necesarios del resultado de la atención, incluida la mortalidad ocurrida en este nivel.
4. Orientar y capacitar en salud materno-infantil a la mujer, maestros y padres de familia, especialmente a la madre, por la importancia que tiene en la familia reconociendo y apoyando el papel trascendente que cotidianamente realiza en el hogar como procuradora de salud.
5. Crear los mecanismos para garantizar la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5-años.
6. Impulsar y promover acciones conjuntas con todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, Sector Social y privado para incrementar y crear mayor conciencia respecto del va

lor de la salud de la madre y el niño, además del uso de --
los servicios preventivos.

- Coordinación de las instituciones del sistema Nacional de Sa
lud para el desarrollo de los programas anuales.
- Concentración con los sectores social y privado y con los or
ganismos internacionales para el apoyo de estos programas.
- Emisión de mensajes a través de los medios de comunicación -
masiva relacionados con el fomento a la salud materno-infan-
til y para promover el uso de los servicios preventivos.

II. RESULTADOS

CUADRO No. 1

Edad y grado de escolaridad de las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

EDAD	E S C O L A R I D A D										TOTAL	
	Prim. Incomp.		Prim. Comp.		Analfabeta		Alfabeta		Otros Estudios		Fr	%
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%		
25-29	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3
30-34	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35-29	3	10.0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10.0
40-44	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	2	6.6
45-49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-54	2	6.6	1	3.3	3	10.0	0	0	0	0	6	20.0
55-59	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	2	6.6
60-64	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0	3	10.0
65-69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70-74	1	3.3	0	0	4	13.3	0	0	0	0	5	16.6
75-79	0	0	0	0	2	6.6	0	0	0	0	2	6.6
80 y +	0	0	1	3.3	3	10.0	2	6.6	0	0	6	20.0
TOTAL	9	300	2	6.6	14	46.6	4	13.3	1	3.3	30	100

FUENTE: Encuestas aplicadas a las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro. en los meses de agosto y septiembre de 1993.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 1

Se puede observar que la edad de las parteras del universo de estudio son en su mayoría de 50 años o más, aunado a lo anterior, su nivel educativo formal es casi nulo puesto que 46.6% de ellas carece de estudios, el 30.0% tiene primaria incompleta y sólo el 13.3% sabe leer y escribir; factores que contribuyen a que la capacitación de ellas sea más lenta y por consiguiente, la prestación de sus servicios se vea afectada de alguna u otra manera, puesto que al no saber leer y escribir la retroalimentación de los temas vistos en el cuaderno técnico número 12 de Planificación Familiar no se de y ellas sólo se quedan con los pocos conocimientos que lograron captar.

Existe una persona con estudios de técnica en enfermería que se hace notar por ser la única con estudios a nivel medio superior y que al igual que las demás ofrece sus servicios a la gente -- que requiera de ellos.

CUADRO No. 2

Adquisición de conocimientos y asistencia a cursos de las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

ASISTENCIA A CURSOS	Adquisición de Conocimientos								TOTAL	
	ORAL		FORMAL		MIXTA		OTROS		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
SI	5	16.6	7	23.3	2	6.6	0	0	14	46.6
NO	13	43.3	1	3.3	0	0	2	6.6	16	53.3
TOTAL	18	60.0	8	26.6	2	6.6	2	6.6	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 2

La mayoría de las parteras empíricas aprenden su oficio a través de la observación y de la transmisión de conocimientos de madre a hija y de partera a partera, en este cuadro se puede confirmar esto, ya que el 60% de ellas ha obtenido sus conocimientos en forma oral y el 6.6% observando; otra forma en que los han aprendido es la formal con un 26.6%, lo que quiere decir que obtuvieron sus conocimientos por medio de un médico o en una clínica; un 6.6% los adquirió de partera a partera reforzando éstos el personal de salud.

Es importante señalar que independientemente de la forma en que adquirieron los conocimientos, sólo el 46.6% de las parteras -- han recibido cursos de capacitación y el 53.3% no.

En consecuencia a lo antes mencionado, el estar capacitado o no influye de manera directa en la atención otorgada, puesto que a mayor número de asistencia a cursos, mejor reforzamiento de conocimientos y por consiguiente una buena prestación de servicios.

CUADRO No. 3

Parteras capacitadas y no capacitadas con relación al tiempo de ejercicio de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

Tiempo de Ejercicio como Partera	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
1-9	4	13.3	2	6.6	6	20.0
10-19	2	6.6	0	0	2	6.6
20-29	2	6.6	8	26.6	10	33.3
30-39	4	13.3	4	13.3	8	26.6
40-49	1	3.3	2	6.6	3	10.0
50 y +	1	3.3	0	0	1	3.3
T O T A L	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 3

De las parteras en estudio, las que cuentan con una antigüedad de 1 a 9 años y de 30 a 39 años se encuentran capacitadas en un 13.3% cada grupo; mientras que las de 10 a 19 años y de 20 a 29 años en un 6.6%. En contraste con las no capacitadas sobre todo en los grupos de 20 a 29 y de 30 a 39, se ve que la mayoría de las parteras no ha recibido capacitación (26.6% y 13.3% respectivamente).

De ahí que las parteras jóvenes en su oficio (1-9 años) sean más flexibles o tengan más disposición para aceptar la capacitación; mientras que las de 40 a 49 años no lo son.

Cabe destacar que existe una partera capacitada con más de 50 años de antigüedad ejerciendo como tal.

CUADRO No. 4

Actividades realizadas en el control prenatal por tiempo de ejercicio de las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CONTROL PRENATAL																															
	INTERROGATORIO				MEDICION DE F.U.				AUSCULTACION F.F.				PALP. PART. FETALES				ORIENT. SK. DE ALAR.				PREP. EMB. P/PARTO				ORIENT. MEDIDAS H.D.				OTRAS			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
1 - 9	6	20.0	0	0.0	3	10.0	3	10.0	4	13.3	2	6.6	6	20.0	0	0.0	4	13.3	2	6.6	6	20.0	0	0.0	6	20.0	0	0.0	1	3.3	5	16.6
10 - 19	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	2	6.6	0	0.0	1	3.3	1	3.3	2	6.6	0	0.0	2	6.6	0	0.0	1	3.3	1	3.3
20 - 29	6	20.0	4	13.3	1	3.3	9	30.0	1	3.3	9	30.0	10	33.3	0	0.0	4	13.3	6	20.0	4	13.3	6	20.0	4	13.3	6	20.0	8	26.6	2	6.6
30 - 39	4	13.3	4	13.3	2	6.6	6	20.0	1	3.3	7	23.3	7	23.3	1	3.3	2	6.6	6	20.0	1	3.3	7	23.3	3	10.0	5	16.6	7	23.3	1	3.3
40 - 49	2	6.6	1	3.3	0	0.0	3	10.0	0	0.0	3	10.0	3	10.0	0	0.0	0	0.0	3	10.0	1	3.3	2	6.6	1	3.3	2	6.6	2	6.6	1	3.3
50 - +	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	1	3.3	0	0.0	0	0.0	1	3.3
TOTAL	20	66.6	10	33.3	8	26.6	22	73.3	8	26.6	22	73.3	29	96.6	1	3.3	12	40.0	18	60.0	15	50.0	15	50.0	17	56.6	13	43.3	19	63.3	11	36.6

CLAVES: F.U.- Fondo Uterino.

F.F.- Frecuencia Fetal.

Palp. part.- palpación de partes.

Orient. Sk. de Alar.- Orientación de síntomas de alarma.

Prep. emb. p/parto.- Preparación de la embarazada para el parto.

Orient. Orientación.

H.D.- Higiénico dietéticas.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 4

En su mayoría, las embarazadas atendidas por parteras, reciben un mínimo de atención requerida durante este período, ya que - únicamente se les realiza la palpación de partes fetales en un 96.6%; el interrogatorio en un 66.6% y otras actividades en un 63.3% (acomodar al producto, mantear y sobar a la embarazada, - fajarla con un muñeco de trapo, sacudirle la cadera y administrar medicamentos).

De acuerdo a la antigüedad en su oficio, las parteras de 1-9 - años funcionando como tal, son las que más realizan las actividades antes mencionadas.

Sin embargo, algunas actividades de suma importancia durante - el control prenatal no son realizadas por este personaje, entre las que se encuentran medición de fondo uterino, auscultación de foco fetal y orientación sobre síntomas de alarma, ocupando un 73.3%, 73.3% y 60% respectivamente.

Por otro lado, las parteras de 40 a 49 años de antigüedad son las que menos actividades realizan durante el control prenatal, porque no lo consideran necesario, debido a que para ellas es más importante saber que viene bien el producto en cuanto a su presentación, por lo que únicamente se dedican más a la palpación de partes fetales (10%).

CUADRO No. 5

Actividades realizadas en el control prenatal por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. - de Guerrero.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL CONTROL PRENATAL		CAPACITACION		TOTAL
		SI	NO	
Interrogatorio	SI	8	12	20
	NO	6	4	10
Medición de Fondo uterino	SI	8	0	8
	NO	6	16	22
Auscultación de foco fetal	SI	8	0	8
	NO	6	16	22
Palpación de partes fetales	SI	13	16	29
	NO	1	0	1
Orientación de síntomas de alarma	SI	9	3	12
	NO	5	13	18
Preparación de la emb. para el -- parto.	SI	8	7	15
	NO	6	9	15
Orientación de medidas higiénico-dietéticas.	SI	11	6	17
	NO	3	10	3
Otras		8	11	19
		6	5	11

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 5

En vista de los resultados obtenidos, se puede observar que las parteras que han recibido cursos de capacitación (14), son las que más actividades hacen en el control prenatal, en comparación con las que no han recibido ningún curso. Captándose esto en actividades como medición de fondo uterino realizadas por 8 de las capacitadas y ninguna de las no capacitadas al igual que la auscultación del foco fetal; mientras que en la orientación de síntomas de alarma 9 de las capacitadas lo realizan y sólo 3 de las no capacitadas y en lo referente a la orientación de medidas higiénico-dietéticas, 11 capacitadas y 6 no capacitadas lo hacen.

Sin embargo, hay actividades que son realizadas con más frecuencia por parteras no capacitadas como son: el interrogatorio donde lo llevan a cabo 11 de ellas y la palpación de partes fetales 16 y sólo 8 y 13 respectivamente por las capacitadas.

CUADRO NO. 6

complicaciones presentadas en el control prenatal por tiempo de ejercicio de -
las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL CONTROL PRENATAL																TOTAL			
	Edema		Hemo-- rragia		Infec. de vías urin.		otras		Hemorrag. y otras		Inf.de v. u. y otras		Edema, inf.de V.U.y otras		Edema,Hemo rragia,I.V.U. otras				Ninguna	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
1-9	2	6.6	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	6	20.0
10-19	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	2	6.6
20-29	2	6.6	0	0	3	10.0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	4	13.3	10	33.3
30-39	2	6.6	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	4	13.3	8	26.6
40-49	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0	0	1	3.3	3	10.0
50 y +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3
TOTAL	7	23.3	1	3.3	4	13.3	1	3.3	1	3.3	2	6.6	1	3.3	1	3.3	12	40.0	30	100

CLAVES: Infec. de vías urin.- Infección de vías urinarias

Hemorrag.- Hemorragia.

Inf. de V.U.- Infección de vías urinarias.

I.V.U.- Infección de vías urinarias.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 6

Durante el control prenatal es importante la identificación de factores de riesgo que puedan poner en peligro el período gestacional. De acuerdo a la antigüedad en el desempeño como partera, las de 20 a 39 años, son a las que se les presentó un mayor número de complicaciones, destacando entre ellas el edema con un 13.3% al igual que la infección de vías urinarias. Se hace énfasis que 4 embarazadas atendidas presentaron 2 ó más complicaciones cada una.

Entre las otras complicaciones se tienen las siguientes: tromboflebitis, infección cervicovaginal, anemia y presentación anormal, principalmente.

El surgimiento de estas complicaciones puede deberse a dos situaciones que son:

1. Llevan un mejor control prenatal en el cual se previenen y - detectan oportunamente, y
2. No saben identificar factores de riesgo durante dicho período.

CUADRO No. 7

Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. Gro., con relación a las complicaciones presentadas durante el embarazo.

COMPLICACIONES PRESENTADAS DURANTE EL EMBARAZO	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
Edema	5	16.6	2	6.6	7	23.3
Hemorragia	1	3.3	0	0	1	3.3
Infección de vías urinarias	0	0	4	13.3	4	13.3
Hemorragia y otras	0	0	1	3.3	1	3.3
Infección de vías urinarias y otras	1	3.3	1	3.3	2	6.6
Edema, Infección de - - vías urinarias y otras.	1	3.3	0	0	1	3.3
Edema, hemorragia, infección de vías urinarias y otras	1	3.3	0	0	1	3.3
Otras	1	3.3	0	0	1	3.3
Ninguna	4	13.3	8	26.6	12	40.0
	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 7

Las parteras que han sido capacitadas detectan con mayor facilidad y oportunamente alguna complicación durante el período de -gestación, lo cual se ve reflejado en los resultados obtenidos-en el presente cuadro, aunque aparentemente a ellas se les haya presentado más complicaciones (33.3% contra un 26.6%).

Las complicaciones más frecuentes fueron: edema (23.3%) e infección de vías urinarias (13.3%).

CUADRO No. 8

Promedio de consultas proporcionadas a la embarazada por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

PROMEDIO DE CONSULTAS DURANTE EL C.P.	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
0	1	3.3	3	10.0	4	13.3
1-2	1	3.3	2	6.6	3	10.0
3-4	4	13.3	9	30.0	13	43.3
5 y +	8	26.6	2	6.6	10	33.3
Total	14	46.6	16	53.3	30	100

CLAVE: C.P.- Control Prenatal.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 8

Son las parteras capacitadas las que otorgan un mayor número de consultas durante el embarazo; de 5 consultas y más con un -- 26.6%, no siendo igual con las no capacitadas, que sólo proporcionan de 3 a 4 consultas en un 30%, haciendo énfasis que 3 no dieron ninguna consulta.

Cuadro No. 9

Complicaciones presentadas con promedio de consultas proporcionadas durante el control prenatal por parteras empíricas de los Módulos - Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

PROMEDIO DE CONSULTAS DURANTE EL CONTROL PRENATAL	COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO																TOTAL				
	Edema		Hemorragia		I. V. U.		Otras		Hemorragia OTRAS		I. V. U. OTRAS		Edema, I.V.U. OTRAS		Todas		Ninguna		Fo.	%	
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%			
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10.0	3	10.0	
1 - 2	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0	0	3	10.0
3 - 4	5	16.6	0	0	5	16.6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	13.3	14	46.6	
5 - +	2	6.6	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	4	13.3	10	33.3	
TOTAL	7	23.3	1	3.3	5	16.6	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	12	40.0	30	99.9	

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 9

Según la Norma Técnica Número 38 para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, en la vigilancia y control del embarazo se deben proporcionar 5 consultas mínimas durante esta etapa. En el control prenatal predominan las consultas de 3-4 (33.3%) y de 5 y más (20%), detectándose con más frecuencia complicaciones como edema (23.3%) e infección de vías urinarias (16.6%). Cabe hacer mención que a mayor número de consultas se detecta un mayor número de complicaciones.

Algunas parteras detectan oportunamente estas complicaciones, orientando a las embarazadas sobre las posibles soluciones a seguir, pero la mayoría de las veces, éstas últimas no las llevan a cabo debido a la falta de recursos económicos, costumbres y creencias.

CUADRO No. 10

Total de partos atendidos en el último mes por las -
empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV
del Estado de Guerrero.

PARTOS ATENDIDOS EN EL ULTIMO MES	Fo.	%
1	6	20.0
2	11	36.6
3	11	36.6
4	2	6.6
T O T A L	30	100.0

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 10

Las parteras siguen siendo un personaje importante en las comunidades rurales para la atención del parto; como se describe en el cuadro, un total de 30 parteras atendieron 69 partos en un mes, cifra que es considerable si se toma en cuenta que es el único recurso con que cuenta la comunidad, además del bajo costo de la atención proporcionada.

De los partos atendidos por mes, vemos que se atienden en igual proporción de 3 y 4 con un 36.6% y de un parto el 20%, siendo un 6.6% de cuatro partos atendidos por partera; esto principalmente por la confianza que se le sigue teniendo a este personaje.

CUADRO NO. 11

Partos atendidos en el último mes por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero.

PARTOS ATENDIDOS EN EL ÚLTIMO MES.	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
1	2	6.6	4	13.3	6	20.0
2	4	13.3	7	23.3	11	36.6
3	6	20.0	5	16.6	11	36.6
4	2	6.6	0	0	2	6.6
TOTAL	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 11

Como se observa en el cuadro, son las parteras capacitadas las que atienden más partos puesto que 8 de ellas atienden entre 3- y 4 partos mensuales cada una; y multiplicando el número de partos atendidos en el último mes por el número de parteras, ya sea capacitadas y no capacitadas, se obtiene un total de 26 partos atendidos por las primeras contra 15 de las últimas.

Esto se debe a que las parteras capacitadas han asistido a algún curso, lo cual hace que la gente de su localidad le tenga mayor confianza para la prestación de sus servicios y por consiguiente asistan más con ellas.

CUADRO No. 12

Actividades realizadas en la atención del parto por tiempo de ejercicio de --
las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Guerrero.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ATENCION DEL PARTO																											
	Limpieza de Lugar Prep.Mat.y Equipo Aseo vulvoperianal Med.Higiénicas pers. Vigilar TDP																At'n Parto Mom. Ind. Otras											
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%				
1 - 9	5	16.6	1	3.3	5	16.6	1	3.3	4	13.3	2	6.6	5	16.6	1	3.3	5	16.6	1	3.3	6	20.0	0	0	1	3.3	5	16.6
10 - 19	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	1	3.3	1	3.3	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	1	3.3	1	3.3
20 - 29	5	16.6	5	16.6	7	23.3	3	10.0	4	13.3	6	20.0	7	23.3	3	10.0	5	16.6	5	16.6	10	33.3	0	0	5	16.6	5	16.6
30 - 39	5	16.6	3	10.0	8	26.6	0	0	3	10.0	5	16.6	6	20.0	2	6.6	3	10.0	5	16.6	8	26.6	0	0	3	10.0	5	16.6
40 - 49	1	3.3	2	6.6	3	10.0	0	0	0	0	3	10.0	2	6.6	1	3.3	3	10.0	0	0	3	10.0	0	0	0	0	3	10.0
50 - +	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3
TOTAL	19	63.3	11	36.6	26	86.6	4	13.3	12	40.0	18	60.0	22	73.3	8	26.6	19	63.3	11	36.6	30	100	0	0	10	33.3	20	66.6

CLAVES: Prep. Mat.- Preparación del Material.
Med. Higiénicas pers.- Medidas higiénicas personales.
T.D.P.- Trabajo de parto.
At'n.- Atención.
Mom. Ind.- Momento indicado.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 12

Todas las parteras atienden el parto en el momento indicado - - (100%) y con las medidas de limpieza personales y materiales necesarias para dicha atención; y en su mayoría no realizan el -- aseo vulvoperineal (60%).

En lo referente a la realización de otras actividades (33.3%) - destacan: tacto, aplicación de aceite para niños en el canal de parto, aplicación de oxitocina intramuscular, sobar y mantear a la parturienta, amniocentesis con el dedo, acomodar al producto, dar té de manzanilla y epazote, pegarle en la espalda para que el niño no se cargue hacia atrás, darle apoyo y tranquilidad.

En cuanto a la antigüedad en su oficio en relación con las actividades realizadas, se observa que las que tienen de 1 a 19 - - años funcionando como tal, llevan a cabo un mayor número de actividades durante la atención del parto.

CUADRO No. 13

Actividades realizadas en la atención del parto por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA ATENCION DEL PARTO		CAPACITACION				TOTAL	
		SI		NO		Fr.	%
		Fr.	%	Fr.	%		
Limpieza del lugar	SI	13	43.3	6	20.0	19	63.3
	NO	1	3.3	10	33.3	11	36.6
Preparación del material y equipo.	SI	14	46.6	12	40.0	26	86.6
	NO	0	0	4	13.3	4	13.3
Aseo vulvoperineal	SI	10	33.3	2	6.6	12	40.0
	NO	4	13.3	14	46.6	18	60.0
Medidas higiénicas personales	SI	11	36.6	11	36.6	22	73.3
	NO	3	10.0	5	16.6	8	26.6
Vigilancia del trabajo de parto.	SI	12	40.0	7	23.3	19	63.3
	NO	2	6.6	9	30.0	11	36.6
Atención del parto en el momento indicado.	SI	14	46.6	16	53.3	30	100.0
	NO	0	0	0	0	0	0
O t r a s	SI	7	23.3	3	10.0	10	33.3
	NO	7	23.3	13	43.3	20	66.6

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 13

Las actividades en la atención del parto son realizadas en su mayoría por parteras capacitadas, mientras que las no capacitadas no realizan actividades que influyen directamente en el surgimiento de alguna complicación en el parto o puerperio. De las actividades que no realizan las parteras no capacitadas se encuentran: el aseo vulvoperineal en un 46.6%, medidas higiénicas personales en un 16.6% y vigilancia de trabajo de parto en un 30%; y sólo el 13.3%, 10% y 6.6% respectivamente no lo llevan a cabo las capacitadas.

La importancia del aseo vulvoperineal y las medidas higiénicas-personales, radica en que a través del lavado se quitan gérmenes patógenos que podrían infectar al producto en el momento de nacer o cuando la partera lo toma en sus manos y éstas no estuvieran limpias.

La vigilancia del trabajo de parto es importante puesto que durante ese lapso de tiempo podrían presentarse complicaciones -- graves como son: alteración del triple gradiente descendente, -- sufrimiento fetal, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, ruptura uterina, etc.

CUADRO NO. 14

Complicaciones presentadas en el parto por tiempo de ejercicio de --
las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del
Edo. de Gro.

TIEMPO DE FUNCION COMO PARTERA	COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL PARTO																		TOTAL	
	Hemorragia		Retención Placenta		Desgarros		Interrupción T.D.P.		Hemorragia y desgarro		Hemorragia y ret. plac.		Desgarro y otras		Otras		Ninguna		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%	Fr.	%		
1 - 9	1	3.3	0	0	2	6.6	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	6	20.0
10 - 19	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	2	6.6
20 - 29	2	6.6	2	6.6	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	3	10.0	10	33.3
30 - 39	4	13.3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	3	10.0	8	26.6
40 - 49	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	3	10.0
50 - +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3
TOTAL	7	23.3	2	6.6	2	6.6	2	6.6	1	3.3	1	3.3	1	3.3	4	13.3	10	33.3	30	99.8

CLAVES: T.D.P.- Trabajo de parto.
ret. plac.- Retención de placenta.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 14

Las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia durante la atención del parto son las hemorragias con un 23.3% y leve retención de placenta, desgarro e interrupción del trabajo de parto con un 6.6% cada una. En otras complicaciones - - - (13.3%) se encuentran las siguientes: parto prolongado, presentación anormal y circular de cordón. Estas complicaciones se -- presentaron con mayor frecuencia en las parteras cuya antigüedad va de 1 a 9, 20 a 29 y 30 a 39 años.

De las complicaciones antes mencionadas, a excepción de los desgarros, no son atribuibles al personal que atiende el parto, si no a características de la paciente, y si se lleva un buen control prenatal, se pueden corregir a tiempo.

Por lo tanto, se puede deducir que aún cuando existen parteras-capacitadas y no capacitadas, surgen complicaciones, de ahí la importancia de hacer énfasis en la capacitación de ambas.

CUADRO No. 15

Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro., con relación a las complicaciones presentadas en el parto.

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL PARTO.	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
Hemorragia	3	10.0	4	13.3	7	23.3
Retención de placenta	0	0	2	6.6	2	6.6
Desgarros	1	3.3	1	3.3	2	6.6
Interrupción del trabajo de parto	1	3.3	1	3.3	2	6.6
Hemorragia y desgarros	0	0	1	3.3	1	3.3
Hemorragia y retención de placenta.	0	0	1	3.3	1	3.3
Desgarro y otras	1	3.3	0	0	1	3.3
Otras	3	10.0	1	3.3	4	13.3
Ninguna	5	16.6	5	16.6	10	33.3
TOTAL	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 15

Como se describe en el cuadro número 14, las complicaciones que se presentan con mayor frecuencia son la hemorragia, retención de placenta, desgarro e interrupción del trabajo de parto, predominando la aparición de éstas en las parteras no capacitadas (36.6% contra 30%).

El cuadro 8 nos mostró que las parteras capacitadas son las que más consultas otorgan durante el control prenatal, y fueron éstas las que menos complicaciones detectaron durante el parto, - lo que quiere decir que al llevar un buen control prenatal, se obtendrá un parto sin complicaciones.

CUADRO No. 16

Cuidados proporcionados al instrumental por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

CUIDADOS AL INSTRUMENTAL	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
Lo lava	0	0	0	0	0	0
Lo hierve	2	6.6	1	3.3	3	10.0
Esteriliza	0	0	0	0	0	0
Quema	0	0	1	3.3	1	3.3
Desinfecta con alcohol	1	3.3	5	16.6	6	20.0
Hierve y desinfecta con alcohol	2	6.6	1	3.3	3	10.0
Lo lava y lo quema	1	3.3	1	3.3	2	6.6
Lo lava, hierve y desinfecta c/alcohol	1	3.3	0	0	1	3.3
Lo lava y hierve	4	13.3	0	0	4	13.3
Lo lava y desinfecta con alcohol	3	10.0	7	23.3	10	33.3
T O T A L	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 16

Son las parteras capacitadas las que proporcionan una mejor preparación y cuidado del instrumental, ya que como se puede observar en el cuadro, algunas lo lavan y hierven (13.3%); lo lavan y desinfectan con alcohol (6.6%) y lo hierven (6.6%). En comparación con las no capacitadas que sólo lo desinfectan con alcohol (16.6%) y lo lavan y lo desinfectan con alcohol (23.3%).

Aunque la desinfección con alcohol no es un medio activo para exterminar a los microorganismos patógenos, las parteras lo siguen llevando a cabo (tanto las capacitadas como las no capacitadas) y de una manera incorrecta. Sin embargo, este medio de desinfección hasta la fecha ha traído resultados favorables pues que no se han presentado complicaciones en el binomio madre-hijo, debidas al manejo y cuidado del instrumental utilizado en la atención del parto.

CUADRO NO. 17

Material y equipo utilizado para la atención del parto y del recién nacido por las parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloapan I y IV del Edo. de Gro.

MATERIAL Y EQUIPO UTILIZADO PARA LA ATENCION DEL PARTO- Y DEL RECIEN NACIDO.		CAPACITACION				T O T A L	
		SI		NO		Fr.	%
		Fr.	%	Fr.	%		
Tijeras	SI	14	46.6	16	53.3	30	100.0
	NO	0	0	0	0	0	0
Pinzas	SI	11	36.6	0	0	11	36.6
	NO	3	10.0	16	53.3	19	63.3
Perilla	SI	9	30.0	2	6.6	11	36.6
	NO	5	16.6	14	46.6	19	63.3
Cinta umbilical	SI	11	36.6	6	20.0	17	56.6
	NO	3	10.0	10	33.3	13	43.3
Lienzos limpios	SI	14	46.6	16	53.3	30	100
	NO	0	0	0	0	0	0
Báscula y cinta métrica	SI	7	23.3	0	0	7	23.3
	NO	7	23.3	16	53.3	23	76.6
Otros	SI	10	33.3	14	46.6	24	79.9
	NO	4	13.3	2	6.6	6	20.0

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 17

Las parteras capacitadas cuentan con más material y equipo para la atención del parto y del recién nacido; esto se debe a que - en su mayoría, a las que han asistido a cursos de capacitación, se les dota de algún material, mientras que el resto de la muestra lo obtiene por cuenta propia.

Como puede observarse en algunos rubros del cuadro, se hace notoria la falta de material que es indispensable para la atención del parto y del recién nacido como son: pinzas, perilla, cinta umbilical, báscula y cinta métrica, con un 10%, 16.6%, 10% y - - 23.3% respectivamente, en las parteras capacitadas; en tanto en las no capacitadas los porcentajes respectivos son: 53.3%, 46.6%, 33.3% y 53.3%.

Cabe hacer mención, que pese a la falta de material y equipo - - prioritario, las parteras se las ingenian para sustituir tales - carencias, por ejemplo: la perilla la sustituyen por la utilización de los dedos índice y medio y la cinta umbilical por hilo - de algodón o cáñamo.

CUADRO No. 18

Cuidados proporcionados al recién nacido por tiempo de ejercicio de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV-del Edo. de Gro.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	CUIDADOS PROPORCIONADOS AL RECIÉN NACIDO																															
	Asp. Secreciones				Evitar Enfriamiento				Ligar Cerdón				Aplic. Gotas				Limpieza del R.N.				Exploración del R.N.				Somatometría				Otros			
	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
1 - 9	4	13.3	2	6.6	5	16.6	1	3.3	6	20.0	0	0	5	16.6	1	3.3	6	20.0	0	0	4	13.3	2	6.6	4	13.3	2	6.6	2	6.6	4	13.3
10 - 19	1	3.3	1	3.3	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	2	6.6	0	0	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3
20 - 29	4	13.3	6	20.0	10	33.3	0	0	10	33.3	0	0	2	6.6	8		10	33.3	0	0	5	16.6	5	16.6	1	3.3	9	30.0	2	6.6	8	26.6
30 - 39	1	3.3	7	23.3	8	26.6	0	0	8	26.6	0	0	2	6.6	6	20.0	8	26.6	0	0	3	10.0	5	16.6	1	3.3	7	23.3	2	6.6	6	20.0
40 - 49	2	6.6	1	3.3	3	10.0	0	0	3	10.0	0	0	0	0	3	10.0	3	10.0	0	0	1	3.3	2	6.6	0	0	3	10.0	2	6.6	1	3.3
50 - +	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	0	0
	12	40	18	60	29	96.6	1	3.3	30	100	0	0	12	40	18	60	30	100	0	0	16	53.3	14	46.6	7	23.3	23	76.6	10	33.3	20	66.6

CLAVES: Asp.- Aspiración.
 Aplic.- Aplicación.
 R.N.- Recién nacido.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 18

Los cuidados proporcionados al recién nacido son llevados a cabo por la mayoría de las parteras, siempre y cuando no se requiera material y equipo, ya que la falta de éste o el de conocimientos para su manejo, no permite que se cumpla con esto.

Como se puede observar, el 100% liga el cordón y realiza la limpieza del recién nacido; el 96.6% le evita enfriamiento y el 53.3% lo explora. Sólo el 40% aspira secreciones y aplica profilaxis oftálmica, en tanto que la somatometría es realizada en un 23.3%. En otras actividades (33.3%) se realizan las siguientes: profilaxis oftálmica con jugo de limón, agua de manzanilla o humo de cigarro; aplicación de talco, merthiolate o cebo de vaca en el ombligo para que seque más rápido y evitar infecciones; aplicación de jugo de limón en la boca para desprender las flemas y soplarle en las nalguitas y los pies para que se origine una mejor y más rápida respuesta respiratoria.

Aunque se puede observar que algunos de los cuidados al recién nacido no son realizados por algunas parteras, es necesario destacar que en su mayoría, las parteras llevan a cabo los cuidados prioritarios (aspiración de secreciones, exploración física, evitar enfriamiento, ligadura del cordón) en contraste con otros cuidados que casi no realizan y que son secundarios.

CUADRO No. 19

Cuidados al recién nacido por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV- del Edo. de Gro.

CUIDADOS PROPORCIONADOS AL RECIEN NACIDO		CAPACITACION				TOTAL	
		SI		NO		Fr.	%
		Fr.	%	Fr.	%		
Aspiración de secreciones	SI	8	26.6	4	13.3	12	40.0
	NO	6	20.0	12	40.0	18	60.0
Evitar enfriamiento	SI	14	46.6	15	50.0	29	96.6
	NO	0	0	1	3.3	1	3.3
Realizar ligadura de cordón	SI	14	46.6	16	53.3	30	100
	NO	0	0	0	0	0	0
Aplicación de gotas oftálmicas	SI	11	36.6	1	3.3	12	40.0
	NO	3	10.0	15	50.0	18	60.0
Limpieza del recién nacido	SI	14	46.6	16	53.3	30	100
	NO	0	0	0	0	0	0
Exploración física del recién nacido	SI	11	36.6	5	16.6	16	53.3
	NO	3	10.0	11	36.6	14	46.6
Somatometría	SI	7	23.3	0	0	7	23.3
	NO	7	23.3	16	53.3	23	76.6
Otros	SI	6	20.0	4	13.3	10	33.3
	NO	8	26.6	12	40.0	20	66.6

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 19

Los cuidados al recién nacido son importantes para prevenir la aparición de signos que ponen en peligro la vida del producto; de ahí la trascendencia de capacitar al personal que se encarga de proporcionar estos cuidados y de dotar de material y equipo indispensable para su realización. Ya que en su mayoría, las parteras no capacitadas, como se observa en el cuadro, no brindan los cuidados necesarios, ya sea por falta de conocimientos o de material y equipo, este mismo fenómeno se presenta en algunas parteras capacitadas. Por ejemplo, en el caso de la aspiración de secreciones, el 40% de las no capacitadas y el 20% de las capacitadas no lo hacen; esto mismo ocurre con la aplicación de gotas oftálmicas con un 50% contra un 10%; exploración del recién nacido con un 36.6% contra un 10% y la somatometría en un 53.3% contra 23.3%.

Sin embargo, es indispensable que se lleven a cabo los cuidados mínimos necesarios en la atención del recién nacido para prevenir y detectar tempranamente alteraciones en el niño como son: ano imperforado, polidactilia, hidrocefalia, bronco-aspiraciones, entre otras.

CUADRO No. 20

Actividades realizadas en el puerperio por tiempo de ejercicio de las parteras de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo.- de Guerrero.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL PUERPERIO							
	Vigilar Sangrado		Vigilar Involución uterina		Orientar Sx. Alarma		O t r a s	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %	Fr. %
1 - 9	6 20.0	0 0	5 16.6	1 3.3	4 13.3	2 6.6	4 13.3	2 6.6
10 - 19	2 6.6	0 0	1 3.3	1 3.3	2 6.6	0 0	1 3.3	1 3.3
20 - 29	7 23.3	3 10.0	4 13.3	6 20.0	3 10.0	7 23.3	9 30.0	1 3.3
30 - 39	6 20.0	2 6.6	6 20.0	2 6.6	2 6.6	6 20.0	6 20.0	2 6.6
40 - 49	1 3.3	2 6.6	1 3.3	2 6.6	1 3.3	2 6.6	2 6.6	1 3.3
50 y más	1 3.3	0 0	1 3.3	0 0	1 3.3	0 0	1 3.3	0 0
TOTAL	23 76.6	7 23.3	18 60.0	12 40.0	13 43.3	17 56.6	23 76.6	7 23.3

CLAVE: Sx.- síntomas.

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 20

Durante el puerperio, la atención otorgada a la puérpera por -- una partera, sólo se basa en la vigilancia del sangrado y la -- realización de otras actividades, ocupando ambas 76.6%. En un -- menor porcentaje, la vigilancia de la involución uterina (60%) -- es una actividad que realizan las parteras, en contraste con la orientación de síntomas de alarma, donde el 56.6% de éstas no -- lo realizan.

Por otro lado, las parteras que realizan más actividades de -- acuerdo a su antigüedad son las que se encuentran englobadas en -- tre 1-19 años.

Cabe mencionar que entre otras actividades realizadas a la puérpera se encuentran: aseo del binomio madre-hijo, aseo de la ropa de la puérpera y del recién nacido, aplicación de medicamentos.

Es importante que las parteras realicen todos los cuidados a la puérpera para prevenir y detectar a tiempo el surgimiento de -- complicaciones como: hemorragia, infección puerperal y mastitis.

CUADRO NO. 21

Actividades realizadas en el puerperio por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PUERPERIO		CAPACITACION				TOTAL	
		SI		NO		Fr.	%
		Fr.	%	Fr.	%		
Vigilar Sangrado	SI	13	43.3	10	33.3	23	76.6
	NO	1	3.3	6	20.0	7	23.3
Vigilar involución uterina	SI	11	36.6	7	23.3	18	60.0
	NO	3	10.0	9	30.0	12	40.0
Orientar sobre Signos y Síntomas de alarma	SI	10	33.3	3	10.0	13	43.3
	NO	4	13.3	13	43.3	27	56.6
Otros	SI	10	33.3	13	43.3	23	76.6
	NO	4	13.3	3	10.0	7	23.3

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 21

En comparación con las actividades realizadas en la atención -- del parto, a la etapa del puerperio le restan importancia debido a que no brindan los cuidados necesarios durante ésta, en -- donde se pueden presentar múltiples complicaciones que si no -- son detectadas oportunamente contribuyen a elevar la tasa de -- morbimortalidad materna; esto se observa en actividades como la vigilancia de la involución uterina y orientación de síntomas -- de alarma que sólo lo llevan a cabo en un 60% y 43.3% respectivamente, mientras que la vigilancia del sangrado y otras actividades (escritas anteriormente) con un 76.6%.

Debido a que le restan importancia a esta etapa, se olvidan de-orientar a las puérperas sobre actividades como cuidado de las mamas, importancia de la deambulaci3n, eliminaci3n vesical e intestinal, alimentaci3n, inicio de la lactancia materna, ejercicio, entre otras.

CUADRO No. 22

Complicaciones presentadas en el puerperio por tiempo de ejercicio - de las parteras empíricas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Estado de Guerrero.

TIEMPO DE EJERCICIO COMO PARTERA	COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL PUERPERIO										TOTAL	
	Hemorragia		Infección Puerperal		Mastitis		Otras		Ninguna			
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%
1 - 9	1	3.3	0	0	1	3.3	0	0	4	13.3	6	20.0
10 - 19	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3	2	6.6
20 - 29	2	6.6	1	3.3	2	6.6	0	0	5	16.6	10	33.3
30 - 39	1	3.3	1	3.3	1	3.3	0	0	5	16.6	8	26.6
40 - 49	0	0	0	0	0	0	0	0	3	10.0	3	10.0
50 y +	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.3	1	3.3
TOTAL	4	13.3	2	6.6	4	13.3	1	3.3	19	63.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 22

Las complicaciones vistas en el cuadro, son una muestra representativa de una no muy adecuada atención durante el puerperio, las cuales contribuyen de una manera directa al incremento de la tasa de morbimortalidad materna.

Las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia fueron: hemorragia y mastitis con un 13.3% cada una; infección puerperal con un 6.6% y otras 3.3% (pezones imperforados).

Estas complicaciones se observan con más frecuencia en parteras cuya antigüedad va de 1-9, 20-29 y de 30 a 39 años.

Haciendo una comparación con el cuadro 21, se puede deducir que a mayor realización de cuidados a la puérpera, menor número de complicaciones, o bien, se detectarían a tiempo.

CUADRO NO. 23

Parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocu la I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro., con relación a las complicaciones presentadas en el puerperio.

COMPLICACIONES PRESENTADAS EN EL PUERPERIO.	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
HEMORRAGIA	2	6.6	2	6.6	4	13.3
INFECCION PUERPERA	1	3.3	1	3.3	2	6.6
MASTITIS	3	10.0	1	3.3	4	13.3
OTRAS	1	3.3	0	0	1	3.3
NINGUNA	7	23.3	12	40.0	19	63.3
TOTAL	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 23

Como se mencionó anteriormente (cuadros 20 y 21), la falta de cuidados durante el puerperio conduce a un mayor número de complicaciones que son prevenibles, aunado a la falta de interés para la atención de éste, se detecta que en ambos grupos (23.3% contra el 13.3%) estas complicaciones no debieron haberse presentado, si se hubiese brindado una buena atención previa.

NOTA: Los porcentajes obtenidos son el resultado de la suma total de las complicaciones en ambos grupos de parteras.

CUADRO No. 24

Complicaciones presentadas por promedio de visitas proporcionadas,--
durante el puerperio por parteras empíricas de los Módulos Cocula I,
Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

PROMEDIO DE VISITAS EN EL PUERPERIO	COMPLICACIONES EN EL PUERPERIO					TOTAL						
	Hemorragia		Infección Puerperal		Mastitis		Otras		Ninguna			
	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%	Fo.	%		
1 - 2	2	6.6	0	0	0	0	0	0	5	16.6	7	23.3
3 - 4	1	3.3	1	3.3	1	3.3	1	3.3	9	30.0	13	43.3
5 - +	1	3.3	1	3.3	3	10.0	0	0	5	16.6	10	33.3
TOTAL	4	13.3	2	6.6	4	13.3	1	3.3	19	63.3	30	99.9

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 24

Según la Norma Técnica Número 38 para la Atención del Embarazo, Parto y Puerperio, el promedio mínimo de consultas a la puérpera es de 3 durante esta etapa para detectar alguna complicación. En contradicción con lo que se pueda pensar, en que a mayor número de visitas se presentarían menos complicaciones, el cuadro muestra que entre más visitas se realizan, mayor será la oportunidad de detectar complicaciones, obteniendo que de la suma de los porcentajes de 3-4 se presentó un 13.3% y sumando los de 5- y más, un 16.6%.

CUADRO No. 25

Promedio de visitas proporcionadas a la puérpera por parteras capacitadas y no capacitadas de los Módulos Cocula I, Teloloapan I y IV del Edo. de Gro.

PROMEDIO DE VISITAS A LA PUERPERA	CAPACITACION				TOTAL	
	SI		NO		Fr.	%
	Fr.	%	Fr.	%		
1 - 2	1	3.3	6	20.0	7	23.3
3 - 4	9	30.0	4	13.3	13	43.3
5 y +	4	13.3	6	20.0	10	33.3
TOTAL	14	46.6	16	53.3	30	100

FUENTE: Misma del Cuadro No. 1.

DESCRIPCION DEL CUADRO NUMERO 25

A pesar de que ninguna puérpera se queda sin control durante esta etapa, la atención que se brinda se basa principalmente en actividades como la vigilancia del sangrado, la involución uterina y la realización de otras actividades (escritas anteriormente).

Observándose que son las parteras capacitadas las que proporcionan un mayor número de consultas, de 3-4 30% y de 5 y más 13.3%, en tanto que las no capacitadas de 3-4 13.3% y de 5 y más 20%.

III. CONCLUSIONES

III. CONCLUSIONES

para llevar a cabo la presente investigación se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es la calidad de atención que prestan las parteras empíricas durante las etapas del embarazo, parto y puerperio en las comunidades rurales del Estado de Guerrero?; y para dar respuesta a éste, se crearon los objetivos general y específicos enmarcados todos ellos en determinar la calidad de atención por parte de las parteras empíricas; asimismo se formuló una hipótesis de trabajo y una nula, en la cual se pretendía dar respuesta al problema en cuestión, diciendo que la atención que prestan las parteras empíricas en las etapas del embarazo, parto y puerperio es de calidad y lo contrario. También se elaboraron diversas variables a estudiar como son: calidad de atención en la etapa del embarazo, calidad de atención en la etapa del parto, calidad de atención en la etapa del puerperio y nivel educacional de la partera empírica.

Para el desarrollo de la investigación se utilizó la siguiente metodología: se toma como universo de estudio todas las parteras empíricas de las comunidades de la Estrategia de Extensión de Cobertura del Estado de Guerrero, de ahí, se seleccionó una muestra, abarcando únicamente a las parteras empíricas de 3 Módulos (30 comunidades), excluyendo a las que no quisieron parti

cipar en la investigación y las de lenguaje diferente al español, dando un total de 30 parteras.

De acuerdo a la panorámica expuesta, se concluye lo siguiente:

- La mayoría de las parteras cuentan con más de 50 años de edad, siendo su escolaridad casi nula (sólo el 13.3% sabe leer y escribir); la forma en que adquirieron sus conocimientos sobre la atención obstétrica fue la oral principalmente (60%) y del total de la muestra sólo el 46.6% ha sido capacitada.

Las actividades que más realizan las parteras en la consulta de control prenatal son: interrogatorio, palpación de partes fetales y otras actividades (acomodar al producto, mantear y sobar a la embarazada, fajar con un muñeco de trapo, sacudirle la cadera y administración de medicamentos); siendo las de 1-19 años de antigüedad las que más realizan lo antes mencionado.

Durante el control del embarazo, las parteras capacitadas son las que más actividades realizan (auscultación de foco fetal, orientación de síntomas de alarma y orientación de medidas higiénico-dietéticas); en comparación con las no capacitadas que sólo llevan a cabo en mayor proporción el interrogatorio, palpación de partes fetales y otras actividades.

Las complicaciones que se presentan con más frecuencia durante el control prenatal son el edema y la infección de vías urinarias y son las parteras cuya antigüedad va de 20 a 39 años a las que más se les presentan.

Son a las parteras capacitadas a las que más complicaciones se les presentan, pero esto obedece a dos causas: llevan un mejor control prenatal, y detectan más fácil y oportunamente estas complicaciones.

Las embarazadas atendidas por parteras capacitadas reciben en su mayoría de 5 consultas y más durante su control, en contraste con las no capacitadas que únicamente proporcionan de 3-4 -- consultas y que además no proporcionaron ninguna a 3 de ellas.

Las consultas que mayor predominio tienen durante el control -- prenatal son de 3-4 y de 5 y más y en donde se detectaron un mayor número de complicaciones.

- se atendieron un total de 69 partos en un mes, que en su mayoría fueron asistidos por parteras capacitadas.

Con respecto al momento indicado para la atención del parto, todas lo hacen correctamente con medidas higiénicas personales y materiales necesarios (además improvisados con recursos existenen

tes de la propia comunidad), y en su mayoría no realizan el - - aseo vulvoperineal; en cuanto a la antigüedad en su oficio son las de 1-19 años las que más actividades realizan, al igual que el grupo de capacitadas.

Las complicaciones que se presentaron con mayor frecuencia durante la atención del parto son: hemorragia, retención de placenta y desgarros; presentándose éstas a las parturientas atendidas por las no capacitadas y de acuerdo a la antigüedad, las del grupo de 1-19, las de 20-29 y de 30-39 años.

Son las parteras capacitadas las que proporcionan una mejor preparación y cuidado del instrumental.

Las parteras capacitadas cuentan con más material y equipo para la atención del parto y del recién nacido en comparación con -- las no capacitadas, sin embargo, en ambos grupos existe caren--cia de éste.

Los cuidados proporcionados al recién nacido son llevados a cabo por la mayoría de las parteras, siempre y cuando no se re---quiera de material y equipo, ya que la falta de éste o el de conocimiento para su manejo no permiten que se cumpla con ésto.

Entre las actividades realizadas al recién nacido están: aspira

ción de secreciones, ligadura del cordón umbilical, limpieza - del recién nacido, evitar enfriamiento y la exploración, esencialmente, llevados a cabo en su mayoría por parteras cuya antigüedad va de 1-9, de 10-19 y de 20-29 años y las del grupo - de capacitadas. Cabe hacer mención que de los recién nacidos - obtenidos en los partos atendidos, ninguno presentó alguna com - plicación.

- Durante el puerperio, las parteras del grupo de 1-19 años de antigüedad son las que más actividades realizan (vigilancia - del sangrado, vigilancia de la involución uterina y otras ac - tividades); en tanto que las no capacitadas lo realizan en - menor porcentaje a excepción de otras actividades (aseo del - binomio madre-hijo, administración de medicamentos y aseo de la ropa). Sin embargo, las parteras se olvidan de brindar -- orientación sobre el cuidado de las mamas, importancia de la deambulaci3n, inicio de la lactancia, entre otras.

El promedio de visitas otorgadas a la puérpera es de 3-4 y de 5 y más, siendo las capacitadas las que realizan un mayor número - de éstas.

Entre las complicaciones presentadas se encontraron: hemorragia, mastitis e infecci3n puerperal; estas complicaciones son más --

frecuentes en las púerperas atendidas por parteras cuya antigüedad va de 1-9, de 20-29 y de 30-39 años y a las del grupo de capacitadas.

Por lo tanto:

Aún existiendo parteras capacitadas y no capacitadas y con con-
varios años de experiencia en su oficio, siguen presentándose -
complicaciones que pueden ser prevenibles con los recursos míni
mos necesarios para la atención del embarazo, parto y puerperio.
Sin embargo, dichas complicaciones no siempre son atribuibles a
una mala técnica en la atención otorgada en las etapas menciona-
das. En los resultados obtenidos, se puede ver que a las parte-
ras capacitadas se les presentó un mayor número de complicacio-
nes, lo cual no quiere decir que brindaron una deficiente aten-
ción en dichas etapas, sino que son ellas las que más activida-
des realizaron, así como visitas y cuidados, por lo que tuvie--
ron mayor oportunidad de detectar complicaciones y prevenirlas--
oportunamente. En tanto que a las no capacitadas, también se --
les presentaron en menor porcentaje, a excepción de la etapa --
del parto, pero al igual que en las capacitadas estas complica-
ciones no siempre fueron atribuidas a una mala técnica en la --
atención.

por otro lado, se observa que en ambos grupos existe carencia de material y equipo, repercutiendo más esta carencia en las parteras no capacitadas, pero ésto no fue obstáculo para brindar la atención requerida, puesto que ellas veían la manera de improvisar el material y equipo con los recursos existentes en la comunidad. Por consiguiente, la hipótesis de trabajo formulada en la presente investigación se cumple, ya que aunado a lo anterior no se presentó ninguna muerte materna ni infantil, lo cual ha favorecido para que a este personaje se le siga teniendo confianza para brindar atención a la mujer embarazada, parturienta, puérpera y recién nacido.

IV. ALTERNATIVAS DE SOLUCION Y COMENTARIOS

IV. ALTERNATIVAS DE SOLUCION Y COMENTARIOS

- Que se sigan implementando programas de capacitación y actualización específicamente para parteras, y que éstos sean más prácticos que teóricos, ya que las características de las parteras así lo ameritan.
- Que en dichos programas se contemple la posibilidad de dotar de los recursos materiales indispensables a cada una de las parteras para la mejor atención del embarazo, parto y puerperio.
- Que el personal de salud encargado del adiestramiento y capacitación de las parteras realicen el seguimiento de las actividades realizadas por ellas, aún después de terminada dicha capacitación y adiestramiento, logrando de esta manera una mejor evaluación y control de este personaje.
- Que las supervisen directamente y analicen las condiciones en que están trabajando para lograr una adecuada capacitación.
- Favorecer la dotación de posadas de nacimiento a aquellas parteras cuyos logros lo ameriten, para que de esta manera se favorezca una mejor atención en las etapas del embarazo, parto y puerperio.
- que exista una verdadera coordinación entre las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la partera, para que ella pue

da canalizar oportunamente y funcione bien el sistema de referencia y contrareferencia de pacientes para su atención y al costo establecido.

- Capacitación y adiestramiento al personal que labora dentro del programa de Estrategia de Extensión de Cobertura y Planificación Familiar, concientizándolos en la importancia y trascendencia que tiene el control de las actividades realizadas por las parteras y el de seguir capacitándolas.
- Establecer incentivos y reconocimientos a las parteras de las comunidades rurales.
- Que la ENEO-DGPF sigan apoyando este programa y si es posible, se extienda a otras zonas rurales, contemplando para su realización a los pasantes y Licenciados en Enfermería y Obstetricia.

La presente investigación trajo consigo el reforzamiento de conocimientos del desempeño de las funciones de la partera en las comunidades rurales dispersas del país; así como el de conocer diferentes tratamientos que ellas proporcionaban en las diversas complicaciones que se presentaron durante el embarazo, parto y puerperio, como son:

- . Administración de ergotrate, tapón de cebolla, un trapo en genitales, té de capitaneja 3 veces al día, fajando a la mujer-

- y bragueros con alcohol para la hemorragia.
- . Lavado y aplicación de fomentos de tehulle (hierbas) para la mastitis.
 - . Friegas de alcohol con alcanfor, té de ciruela de venado, -- además de reposo con elevación de miembros inferiores y dieta sin sal para el edema.
 - . Té de pingüica, ingesta de líquidos como agua de tamarindo, -- de piña, de limón sin azúcar para la infección de vías urinarias.
 - . Administración de óvulos de nistatina para la infección cervico-vaginal.
 - . Administración de fumarato ferroso (oral) para la anemia.
 - . Reposo y elevación de miembros inferiores para las varices alteradas.
 - . Maniobras para acomodar al producto en una presentación anormal.
 - . Lavado de genitales con hierbas de cuachalalate, ortiga y ár-nica por 7 días y aplicación de pomada con limón para los desgarros.
 - . Aplicación de aceite para niños en el canal de parto para un mejor deslizamiento del producto.
 - . Té de manzanilla y epazote, orégano y alcohol en el abdomen -- para llevar un trabajo de parto efectivo.

- . Pegarle en la espalda para que el niño no se recargue hacia -
atrás.
- . Aplicación de gotas de limón, té de manzanilla y humo de cigarro
para prevenir infecciones oftálmicas.
- . Aplicación de talco, merthiolate, cebo de vaca en el muñón pa
ra prevenir infecciones en el ombligo.
- . Aplicación de jugo de limón en la boca para un mejor despren-
dimiento de las flemas.
- . Soplar en las nalguitas y pies para una mejor ventilación pul
monar.

Cabe destacar que cuando surgia una complicación desconocida pa
ra ellas y que no pudieran dar el tratamiento adecuado, refe---
rían a la paciente al Centro de Salud más cercano, siguiendo --
ellas, posteriormente el manejo que se le dió.

V. ANEXOS

ANEXO 1

MORTALIDAD INFANTIL POR CAUSAS PERINATALES 1988

CAUSAS	TOTAL	TASA
Enfermedades de la madre que afectan al feto y recién nacido.	309	1.2
Complicaciones obstétricas que afectan al feto y recién nacido.	1437	5.5
Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal.	1583	6.0
Traumatismo al nacimiento.	1076	4.1
Hipoxia, asfixia, y otras afecciones al feto o del recién nacido.	12516	47.8
Enfermedad hemolítica del feto o del recién nacido.	184	0.7
Las demás causas.	4975	19.0
TOTAL	22080	84.2

Tasa por 10,000 nacidos vivos.

FUENTE: INEGI. 1988. Datos preliminares.

ANEXO 2

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA EN EL ESTADO DE GUERRERO

CAUSAS	DEFUNCIONES	TASA
1. Obstétricas directas		
- Hemorragias del embarazo	57	0.89
y el puerperio.	21	0.33
- Toxemia del embarazo.	16	0.25
- Complicaciones del puer- perio.	1	0.02
- Las demás causas.	19	0.30
2. Aborto.	3	0.05
TOTAL	60	0.93

FUENTE: INEGI. 1988. Datos preliminares.

ANEXO 3

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL ESTADO DE GUERRERO,
1990.

CAUSAS	DEFUNCIONES	TASA
Ciertas afecciones originadas en el - período perinatal.	171	2.66
Enfermedades infecciosas intestinales	164	2.55
Anomalías congénitas.	76	1.18
Neumonías e influenza.	69	1.07
Deficiencias de la nutrición	45	0.70
Accidentes	36	0.56
- De tráfico de vehículos de motor	4	0.06
- Por envenenamiento accidental.		
- Por drogas, medicamentos y productos biológicos.	3	0.05
Sarampión.	32	0.50
Infecciones Respiratorias agudas	15	0.23
Tosferina.	14	0.22
Septicemia.	7	0.11
Meningitis.	7	0.11
Bronquitis crónica y la no especifica- da, efisema y asma.	5	0.08
Anemias.	5	0.08
Enfermedades del corazón.	4	0.06
Enfermedad cerebrovascular.	4	0.06
Hepatitis vírica.	3	0.05
Homicidio y lesiones infligidas inten- cionalmente por otra persona.	3	0.05
Epilepsia.	2	0.03
Disrritmia cardiaca.	8	0.12
Signos, síntomas y estados morbosos -- mal definidos.	30	0.47
Las demás causas.	70	1.09
TOTAL	770	11.98

Tasa por 10,000 nacidos vivos registrados.

FUENTE: S.P.P.- INEGI. Dirección General de Estadística.

ANEXO 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS MUJERES SEGUN EL TIPO DE PERSONA
QUE ATENDIO EL PARTO.

PERSONA QUE ATENDIO EL ULTIMO PARTO	FRECUENCIA %
Médico	65.6
Enfermera	4.3
Partera	23.2
Otra persona	3.7
Nadie	3.1
No respuesta	0.2
TOTAL	100

FUENTE: Encuesta nacional de fecundidad y salud, 1987.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

El presente cuestionario tiene como propósito determinar la calidad de atención brindada por las parteras empíricas del Estado de Guerrero durante el embarazo, parto y puerperio.

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

DATOS DE IDENTIFICACION

Domicilio _____

Edad _____ Sexo _____ Escolaridad _____

INSTRUCCIONES: de acuerdo al tipo de pregunta, conteste brevemente lo que se le pide.

1. ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este lugar? _____
2. ¿Cuánto tiempo lleva desempeñando sus funciones como partera?

3. ¿Cómo adquirió los conocimientos de partera? en forma:
 - a) Oral
 - b) Formal
4. ¿Cuántos partos ha atendido en el último mes?
5. De las parturientas que atendió ¿cuántas recibieron consulta durante el embarazo? _____

6. ¿Cuál es el número promedio de consultas que proporciona a -
la embarazada?

- a) 1-2 consultas
- b) 3-4 consultas
- c) 5 y más consultas.

7. ¿Qué actividades realiza a la embarazada en la consulta?

- | | | |
|---|----------|----------|
| a) Interrogatorio | Sí _____ | No _____ |
| b) medición de fondo uterino | Sí _____ | No _____ |
| c) Auscultación de foco fetal | Sí _____ | No _____ |
| d) Palpación de partes fetales | Sí _____ | No _____ |
| e) Orientación sobre signos de alarma | Sí _____ | No _____ |
| f) Preparación de la embarazada para parto | Sí _____ | No _____ |
| g) Orientación sobre las medidas higiénico dietéticas | Sí _____ | No _____ |
| h) Otras | Sí _____ | No _____ |
- Especifique _____

8. ¿Qué complicaciones se presentaron con mayor frecuencia en el curso del embarazo de las parteras que atendió?

- a) Edema
 - b) Hemorragias
 - c) Infección de vías urinarias
 - d) Otras
- Especifique _____

9. ¿Cuáles complicaciones se presentaron durante el parto?

- a) Hemorragias
 - b) Retención de placenta
 - c) Desgarros
 - d) Interrupción del trabajo de parto
 - e) Otras
- Especifique _____

10. Número de visitas realizadas a la puérpera

- a) 1-2 visitas
- b) 3-4 visitas
- c) 5 y más

11. ¿Cuáles complicaciones se presentaron en el puerperio?

- a) Hemorragias
- b) Infección puerperal
- c) Mastitis
- d) Otras

Especifique _____

12. ¿Qué actividades realiza durante el puerperio?

- a) Vigilancia del sangrado Sí _____ No _____
- b) Vigilancia de involución uterina Sí _____ No _____
- c) Orientación sobre síntomas de alarma Sí _____ No _____
- d) Otras Sí _____ No _____

Especifique _____

13. De acuerdo a la complicación presentada en el puerperio, --

¿qué manejo le dió? _____

14. De acuerdo a la complicación presentada durante el embarazo,

¿qué manejo le dió? _____

15. De acuerdo a la complicación presentada en el parto, ¿qué -

manejo le dió? _____

16. ¿Qué actividades considera más importantes para la atención

del parto?

- a) Limpieza del lugar donde se atiende el parto Sí _____ No _____
- b) Preparación del material y equipo Sí _____ No _____
- c) Aseo de la región vulvoperineal Sí _____ No _____
- d) Medidas higiénicas personales Sí _____ No _____
- e) Vigilancia del trabajo de parto Sí _____ No _____
- f) Atención del parto en el momento indicado Sí _____ No _____

g) Otras Sí _____ No _____
 Especifique _____

17. ¿Qué material y equipo utiliza durante la atención del parto del recién nacido?

a) Tijeras e) Lienzos limpios
 b) Pinzas f) Báscula y cinta métrica
 c) Perilla g) Otros
 d) Cinta umbilical Especifique _____

18. ¿Qué cuidados le dá al material y equipo de parto?

a) Lo lava
 b) Hierve
 c) Esteriliza
 d) Quema
 e) Desinfecta con alcohol
 f) Otros
 Especifique _____

18. ¿Qué cuidados proporciona al recién nacido?

a) Aspiración de secreciones
 b) Evitar el enfriamiento del niño
 c) Realizar la ligadura del cordón umbilical
 d) Aplicación de gotas oftálmicas
 e) Limpieza del recién nacido
 f) Exploración del recién nacido
 g) Somatometría
 h) Otros
 Especifique _____

20. Ha recibido alguna vez capacitación? Sí _____ No _____

21. Si ha recibido capacitación ¿quién se la impartió? _____

22. ¿Cuánto tiempo duró esta capacitación? _____

Nombre del entrevistador

Fecha de la entrevista

Gracias por su colaboración.

GLOSARIO DE TERMINOS.

GLOSARIO DE TERMINOS

ABORTO.- Pérdida del producto de la concepción, es decir, del embrión o feto.

ACEDIAS.- Calidad de acedo, indisposición estomacal por acedarse la comida.

ADOLECE.- Caer enfermo. Tener o estar sujeto a pasiones, vicios o malas cualidades. Carecer de algo.

ALUMBRAMIENTO.- Es el proceso mediante el cual, las secundinas son expuestas al exterior (placenta, membranas y cordón umbilical).

AMENORREA.- Es la falta de la menstruación.

AMNIOCENTESIS.- Extracción del líquido amniótico insertando una aguja estéril a través de la pared abdominal en la cavidad amniótica.

BOTICARIOS.- Profesor o profesora de farmacia que prepara y expende las medicinas. Farmacéutico.

CESAREA.- Extracción del feto y la placenta mediante incisión en el abdomen y la pared uterina.

CIANOSIS.- Coloración azulosa o lívida de la piel, aparece siempre que llega sangre desoxigenada a las células por defectos cardíacos, pulmonares o de asfixia.

CONTRACCION.- Es la capacidad del tejido muscular para acortarse y engrosarse, cuando recibe un estímulo de intensidad adecuada. Acortamiento más o menos brusco de un músculo.

CUÑO.- Impresión que deja.

DIASTASIS.- Es la separación de dos músculos.

DILATACION.- Extender, alargar y hacer mayor una cosa, o que ocupe más lugar o tiempo. Propagar, extender, ampliar.

DISTOCICO.- Es cuando en el parto se utilizan maniobras para ayudar al trabajo de parto.

DISURIA.- Dificultad para orinar.

ELUDE.- Huir de la dificultad; esquivarla o salir de ella con algún artificio. Hacer vana o que no tenga efecto una cosa, con algún artificio.

ENZIMA.- Proteína catalizadora que acelera reacciones bioquímicas del organismo, y que dirige y selecciona vías metabólicas.

- EPISIOTOMIA.**- Incisión quirúrgica que abarca el tejido de la va
gina del periné para permitir el nacimiento del produc
to y evitar desgarramientos.
- EUFONICO.**- Relativo al buen sonido de una palabra.
- EUTOCICO.**- Relativo al parto natural, fácil y sin complicaciones.
- EXPULSION.**- Acción de expeler, arrojar, echar, despedir.
- FECUNDACION.**- Denota la unión de los núcleos del espermatozoide-
y del óvulo, y normalmente tiene lugar en las tubas ute
rinas.
- FIEBRE PUERPERAL.**- Infección del endometrio y los linfáticos que
tiene lugar después del aborto o parto, y a la que tam-
bién se le denomina sepsis puerperal.
- FLACIDEZ.**- Músculo cuyo estado de contracción es menor que el --
normo tónico.
- FOSFENOS.**- Alteración de la visión al percibir el sujeto peque--
ñas luces sin provenir del exterior.
- GINGIVITIS.**_ Inflamación de las encías.

GLUCOGENESIS: Transformación de la glucosa en glucógeno.

GLUCOGENOLISIS: Desdoblamiento del glucógeno.

GLUCONEOGENESIS: Conversión de lípidos y proteínas en glucosa.

HEMATURIA: Presencia de sangre en orina.

HERBOLARIA: Persona que recoge hierbas y plantas medicinales -
para venderlas.

HIPERPIGMENTACION: Aumento del color de la piel.

HIPERTONIA: Aumento del tono muscular.

HIPERTROFIA: Aumento en el tamaño de un órgano con o sin aumen-
to en el número de sus células.

HORMONA: Son las secreciones de las glándulas endócrinas, y pue-
den ser proteínas, aminas o esteroides.

LABILIDAD: Fragilidad, caduco, débil.

LACTOGENO PLACENTARIO: Hormona polipeptídica que participa di-
recta o indirectamente en un cierto número de pro-
fundas acciones metabólicas. Entre ésto se incluye-
la lipólisis y una elevación de los ácidos grasos -
circulantes; con ello proporciona una fuente de - -

energía para el metabolismo materno y la inhibición de la fijación de glucosa, como la gloneogénesis en la madre, con lo que se ahorra tanto glucosa como proteína.

LOQUIOS: Líquido que se expulsa de la matriz durante las primeras semanas siguientes al parto.

LORDOSIS: Es la intensificación de la curvatura lumbar de la columna; suele originarse por aumento en el peso del contenido abdominal, como en los casos de embarazo u obesidad extrema.

MASTALGIA: Dolor de mamas.

MELANOCITOS: Son las células que sintetizan la melanina y de ellas pasa a las células de la epidermis.

MENARCA: Primera menstruación.

MENSTRUACION: Escorrimento sanguíneo por vía vaginal proveniente de la cavidad uterina por descamación del endometrio cuando ha sufrido la acción cíclica estrogénica-progestacional.

METABOLISMO: Es la medición del ritmo con que el organismo desdobla los alimentos y, por lo tanto, libera energía -

térmica.

MIOPIA: Cortedad de vista.

NICTURIA: Micción excesiva durante la noche.

OTALGIA: Dolor de oídos.

PAROXISTICO: Relativo a la exacerbación o acceso violento de --
una enfermedad que se inicia y termina bruscamente.

pH: Símbolo que se utiliza para expresar la concentración de --
iones hidrógeno, o el grado en que una solución es-
ácida o alcalina.

PLEBEYA: Dícese propio de la plebe o perteneciente a ella. Díce
se de la persona que no es noble ni hidalga.

POLAQUIURIA: Expulsión de orina a intervalos frecuentes.

POLIURIA: Producción y excreción excesiva de orina.

PRAGMATICA: Ley emanada de autoridad competente diferente de --
los decretos y órdenes generales, en las fórmulas -
de su aplicación.

PSIALORREA (PTIALISMO): Secreción de saliva anormalmente abun--
dante.

REFERIDA: Dar a conocer, de palabra o por escrito, un hecho ver
dadero o ficticio. Dirigir, encaminar una cosa a un
fin determinado. Poner en relación personas o cosas.

TENESMO VESICAL: Sensación de micción incompleta.

TERATOGENICO: Relativo a cualquier agente o factor que originan
defectos en el embrión.

TINITUS (ACUFENO): Zumbidos, ronquidos, repiques o chasquidos -
que percibe el sujeto en sus oídos sin provenir del
exterior.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- AMIDEM. Temas de Planificación Familiar: Mortalidad Materna. Ed. Dr. Jorge Martínez Maciutou. México, 1986. pp. 62.
- AMIDEM. Temas de Planificación Familiar: Mortalidad del Menor - de Cinco Años. Ed. Dr. Jorge Martínez Maciutou. México, 1986. pp. 62.
- BECK, Alfred. Práctica de Obstetricia. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 4a. edición. México., 1984. pp. 847.
- BETHEA, C. Doris. Enfermería Maternoinfantil. 4a. edición. Ed.- Interamericana. México, 1989. pp. 428.
- BRUNNER, L.S. et. al. Enfermería Médico Quirúrgica. 6a. edición. Vol. 2. Ed. Interamericana. México, 1989. pp. 1843.
- BUEKENS, P. y Col. "Atención Prenatal en América Latina". Salud pública de México. México. Vol. 32. No. 6. (Noviembre-- Diciembre 1990). pp. 528-698.
- BURROUGHS, A. Enfermería Maternoinfantil de Bleir. 5a. edición. Ed. Interamericana. McGraw-Hill. México, 1988. pp. 542.
- CALDERON, Cisneros Ernesto. "Fisiología del Trabajo de Parto". Revista de perinatología. Vol. 5 No. 3 Año 1990. Junio-

- Diciembre. Organo de Difusión del INPER. México. pp. 25.
- DIAZ, Ernesto. Prevención de Defectos al Nacimiento (memorias). Ed. Ceutes GEN. México, 1981. pp. 108.
- Dirección General de Medicina Preventiva. Manual de Actividades para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio para la Auxiliar de Salud. Dirección de - - área maternoinfantil y escolar. México. Abril de 1986.- pp. 38.
- ESPINOZA, Gildardo. Guía para efectuar el interrogatorio a una embarazada. Ed. Facultad de Medicina UNAM. México, 1988. pp. 10.
- GARCIA, Pelayo R. Pequeño Larousse Ilustrado. Ed. Larousse. México, 1981. pp. 1663.
- GALLY, Esther. Manual Práctico para Enfermeras. Ed. Pax. México, 1977. pp. 559.
- HERRERA, Téllez O. et. al. Situación de Salud en el Estado de Guerrero. SSA. México, 1989. pp. 21.
- Información Estadística. Cuaderno No. 6. INEGI. México, 1989. - pp. 92.

- I.N.S.P. Cinco años de vida. 1987-1991. INSP. México, 1991. pp. 215.
- MONDRAGON, Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas.- México, 1982. pp. 685.
- MONTAÑO, Alfredo. Guía Clínica del Arte de los Partos. 3a. edición. México, 1945. pp. 120.
- OLDS, Sally B. et. al. Enfermería Maternoinfantil. 2a. edición. Ed. Interamericana. México, 1989. pp. 1283.
- O.P.S. La mujer, la salud y el desarrollo en las Américas: una bibliografía anotada. Publicación Científica. No. 464.- México, 1984. pp. 112.
- O.P.S. Salud Maternoinfantil y atención primaria en las Américas. E.U.A. Publicación Científica. No. 320. México, -- 1984. pp. 348.
- PEREZ, Loredo Luz. Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina. México. Vol. 12. No. 68. (Año 1989). pp. - 77.
- PERNOLL, Martín. et. al. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstétricos. 5a. edición. Ed. Manual Moderno. México, 1989. pp. 1190.

- PRITCHARD, Jack. et. al. Williams Obstetricia. 2a. edición. Ed. Salvat. México, 1980. pp. 967.
- ROMNEY, S.L. et. al. Ginecología y Obstetricia. Cuidado integral de la mujer. 5a. edición Ed. Salvat. México, 1990. pp. 1255.
- SENTIES, Yplanda. Salud y enfermedad en el medio rural de México. SSA. México, 1991. pp. 482.
- S.E.S. Programa de Atención Materno-infantil. Enero de 1993. - Guerrero, 1993. pp. 52.
- S.E.S. Programa Estatal de Atención en favor de la Infancia. - Junio de 1993. Guerrero, 1993.
- S.N.S. La salud de la mujer en México: Programa Nacional mujer, salud y desarrollo. México. 1990. pp. 84.
- S.S.A. Manual de la Partera Tradicional. UNICEF. SSA. OPS. México. 1990. pp. 36.
- S.S.A. Programa Materno-infantil. México y la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. México, Noviembre 1991. pp. - 159.

- S.S.A. Cuaderno Guía para la Auxiliar de la Estrategia de Ex-
tensión de Cobertura. México, septiembre 1990. pp. 29.
- S.S.A. Manual de la Partera Tradicional. México, 1992. pp. 64.
- TAYLOR, E.S. Obstetricia de Beck. 4a. edición. Ed. La Prensa -
Médica Mexicana. México, 1984. pp. 847.
- TORRES, Lagunas Angeles. Elaboración del Diagnóstico del Emba-
razo. (apuntes) pp. 37.
- TORTORA, Gerard J. et. al. Principios de Anatomía y Fisiología.
3a. edición. Ed. Harla. México, 1984. pp. 1034.
- U.N.A.M. Cuidados prenatales, vigilancia y atención de la mu-
jer embarazada en Gineco-Obstetricia ciclos IX y X. Ed.
Facultad de Medicina UNAM. México, 1984. pp. 154.
- VILLE, D. et. al. Human Reproductions. 3a. edición. Ed. Saun--
ders Company. U.S.A. 1981. pp. 70.