

21
zej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**IMPLICACIONES BIOPSIICOSOCIALES QUE
CONDICIONAN EL EMBARAZO EN LAS MUJERES
DEL MODULO DE TARIMBARO Y LAS
COMPLICACIONES MAS COMUNES QUE SE
PRESENTAN EN ELLAS.**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A
ELDA AGUEDA ESPEJEL GOMEZ**



MEXICO, D. F.

1997

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ



Vo. Bo. ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTO

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

POR HABER SIDO EL RECINTO DE NUESTRAS INQUIETUDES
PROFESIONALES Y A LOS PROFESORES QUE CON SUS VALIOSOS
CONSEJOS Y CONOCIMIENTOS ENRIQUECIERON NUESTRA FORMACIÓN

AL ASESOR

LIC. EZEQUIEL CANELA NUÑEZ, POR SU VALIOSA DIRECCIÓN, APOYO,
DEDICACIÓN Y ESFUERZO, LOGRANDO TRANSMITIR LOS
CONOCIMIENTOS NECESARIOS PARA LA ELABORACIÓN Y CULMINACIÓN
DE LA PRESENTE TESIS.

A MIS PADRES

POR UN CARIÑO TAN GRANDE Y SINCERO,
UNA VIDA CON ALIENTOS PARA MI,
PORQUE ME HAN DADO SU AMOR DESINTERESADAMENTE,
Y LA MEJOR DE LAS HERENCIAS, SIN CONDICIONES,
PORQUE SE HAN SACRIFICADO SIN EXCLUSIVIDADES;
HOY COMPARTO ESTE TRIUNFO,
EL CUAL SIN USTEDES NO SE HABRÍA LOGRADO.

A MIS HERMANOS

QUIENES SIEMPRE HAN ESTADO CONMIGO
DÁNDOME SU APOYO INCONDICIONAL,
HASTA EL FIN DE MI FORMACIÓN PROFESIONAL
Y HOY VEN CONSOLIDADOS MIS ESFUERZOS
EN ESTA TESIS.

**A QUIENES PARTICIPARON DE FORMA CONSTANTE
Y QUE CONTRIBUYERON AL DESARROLLO HUMANITARIO
Y PROFESIONAL, ASÍ COMO A LA REALIZACIÓN DE ESTA
OBRA.**

“ MI ETERNO AGRADECIMIENTO POR SIEMPRE “

ELDA ESPEJEL GÓMEZ

L

O IMPORTANTE EN EL HOMBRE NO ES
VENCER, SINO LOGRAR, Y SU RAZÓN DE
EXISTIR NO SÓLO ES BUSCAR Y
ENCONTRARSE, SINO SER INICIO Y FINAL,
MORIR Y RENACER, Y EL TIEMPO Y EL
LUGAR A CADA PASO, LLEVANDO LA
CAPACIDAD... DE DAR.

EMILIO ROJAS.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
IV. OBJETIVOS	5
V. METODOLOGÍA	6
I. MARCO TEÓRICO	
1.1 ANTECEDENTES DEL MÓDULO DE TARÍMBARO	17
1.2 EMBARAZO	
1.2.1 Concepto	19
1.2.2 Fecundación	19
1.2.3 Implantación	19
1.2.4 Periodo embrionario	20
1.2.5 Periodo fetal	23
1.3 CAMBIOS ANATOMOFISIOLÓGICOS DURANTE EL EMBARAZO ...	26
1.3.1 Aparato Digestivo	26

	Pág.
1.3.2 Aparato Urinario	29
1.3.3 Aparato Cardiovascular	31
1.3.4 Aparato Respiratorio	35
1.3.5 Sistema Endocrino	36
1.3.6 Sistema musculoesquelético	39
1.3.7 Aparato reproductor	40
1.3.8 Dx. de embarazo	43
1.4 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO	46
1.4.1 Anemias	
1.4.1.1 Definición	46
1.4.1.2 Clasificación	47
1.4.1.3 Factores predisponentes	47
1.4.1.4 Sintomatología	49
1.4.1.5 Complicaciones	49
1.4.2 Aborto	
1.4.2.1 Definición	49
1.4.2.2. Clasificación	49
1.4.3.3 Etiología	50
1.4.3.4 Signos y síntomas	51
1.4.3 Ruptura prematura de membranas	
1.4.3.1 Definición	52
1.4.3.2 Clasificación	52
1.4.3.3 Etiología	52
1.3.4 Datos clínicos	53
1.4.3.5 Complicaciones	53

	Pág.
1.4.4 Parto pretérmino	
1.4.4.1 Definición	54
1.4.4.2 Clasificación	54
1.4.4.3 Etiología	54
1.4.4.4 Signos y síntomas	55
1.4.5 Embarazo prolongado	
1.4.5.1 Definición	56
1.4.5.2 Signos y síntomas	56
1.4.5.3 Complicaciones	56
1.4.6 Hipertensión arterial	
1.4.6.1 Definición	57
1.4.6.2 Signos y síntomas	58
1.4.6.3 Complicaciones	59
1.4.7 Infecciones de vías urinarias	
1.4.7.1 Definición	59
1.4.7.2 Factores predisponentes	59
1.4.7.3 Signos y síntomas	60
1.4.7.4 Complicaciones	60
1.4.8 Embarazo Múltiple	
1.4.8.1 Definición	60
1.4.8.2 Factores predisponentes	60
1.4.8.3 Clasificación	61
1.4.8.4 Factores patológicos relacionados con el gemelismo	62
1.4.8.5 Signos y síntomas	62
1.4.8.6 Complicaciones	63
1.4.9 Enfermedades de transmisión sexual	64
1.4.9.1 Definición	65

	Pág.
1.4.9.2 Clasificación	65
1.4.9.3 Factores predisponentes	66
1.4.9.4 Signos y síntomas	66
1.4.9.5 Complicaciones	67
1.5 ATENCIÓN DEL PARTO	68
1.6 COMPLICACIONES DEL PARTO	72
1.7 PUERPERIO	
1.7.1 Definición	74
1.7.2 Clasificación	74
1.7.3 Cambios anatómicos y funcionales durante el puerperio	74
1.8 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO	76
1.9 COMPLICACIONES DE LA MADRE Y DEL PRODUCTO EN EMBARAZOS EN EDADES EXTREMAS	77
1.9.1 El embarazo en menores de 20 años	77
1.9.2 Embarazo en mujeres mayores de 35 años	78
1.9.3 Edades óptimas para el embarazo	79
1.10 EMBARAZO NO DESEADO	80
1.11 CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA, ADULTO JOVEN Y ADULTO MADURO	
1.11.1 Adolescencia	82
1.11.2 Adulto joven	85

1.11.3 Adulto maduro	86
1.12 COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE, ADULTO JOVEN Y EN EL MADURO	
1.12.1 Adolescencia	87
1.12.2 Adulto joven	89
1.12.3 Adulto maduro	91
1.13 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN	93
1.14 ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO	95
1.14.1 Escolaridad	95
1.14.2 Ocupación	95
1.14.3 Nivel socioeconómico	96
1.14.4 Estado civil	96
1.14.5 Religión	96
1.15 CREENCIAS DE LA REPRODUCCIÓN	97
1.16 IMPORTANCIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA	101
1.16.1 Biológicos	102
1.16.2 Psico-sociales	102
1.17 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE TARÍMBARO	
1.17.1 Económicos	104
1.17.2 Educativos	104
1.17.3 Social	105
1.17.4 Salud	105

	Pág.
2. RESULTADOS	107
3. CONCLUSIONES	177
4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	181
5. GLOSARIO DE TÉRMINOS	184
6. ANEXOS	188
BIBLIOGRAFIA.....	200

INDICE DE CUADROS

	Pág.
Cuadro N° 1 Edad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	109
Cuadro N° 2 Estado civil de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	111
Cuadro N° 3 Talla de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	113
Cuadro N° 4 Paridad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	115
Cuadro N° 5 Periodo intergenésico corto de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	117

Cuadro N° 6	Edad en que iniciaron vida sexual activa las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	119
Cuadro N° 7	Edad del primer embarazo de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	121
Cuadro N° 8	Cesáreas que han tenido las mujeres encuestadas en el módulo de Tarimbaro y su relación con las causas que la provocaron.	124
Cuadro N° 9	Término de su último embarazo en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	126
Cuadro N° 10	Factores que influyeron en los embarazos deseados en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	128

Cuadro N° 11 Causas de los embarazos no deseados en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

131

Cuadro N° 12 Como se sintieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

133

Cuadro N° 13 Hijos que desearían tener independientemente de lo que piense su pareja y su relación con las complicaciones que se presentaron en las mujeres encuestadas en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

135

Cuadro N° 14 Hijos que tienen las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

137

Cuadro N° 15 Número de hijos que desearían tener las mujeres de las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán, independientemente de lo que su pareja opine en relación con los hijos que se tienen.

139

Cuadro N° 16	Tipo de familia de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	141
Cuadro N° 17	Comunicación que tuvieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	143
Cuadro N° 18	Como consideran la comunicación las mujeres encuestadas entre su familia y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	145
Cuadro N° 19	Escolaridad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	147
Cuadro N° 20	Método anticonceptivo utilizado y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	150

	Pág.
Cuadro N° 21 Motivo por el cual las mujeres encuestadas no utilizan método anticonceptivo y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	
	152
Cuadro N° 22 Motivo por el cual las mujeres encuestadas piensan que el principal papel de la mujer es tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	
	154
Cuadro N° 23 Usuarías que contestaron que no es el principal papel de la mujer tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	
	156
Cuadro N° 24 Decisión del número de hijos y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	
	158
Cuadro N° 25 Decisión del espaciamiento de sus hijos y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.	
	161

- Cuadro N° 26** Actitud de los padres hacia la mujer embarazada y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.
- 163
- Cuadro N° 27** Opinión sobre la edad ideal para embarazarse y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.
- 165
- Cuadro N° 28** Edad del primer embarazo de las mujeres encuestadas y su relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.
- 167
- Cuadro N° 29** Opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad y su relación con las complicaciones que esta s presentaron en el módulo de Tarimbaro Morelia Michoacán.
- 170
- Cuadro N° 30** Opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad en relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse de las mujeres encuestadas del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.
- 174

I. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, existen localidades rurales con menos de 500 pobladores y hasta con un máximo de 2500 habitantes localizados en zonas alejadas que dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de las comunidades. Para atender esta población la Secretaría de Salud creó en 1985 el programa de la Estrategia de Extensión de Cobertura como una herramienta para llevar los servicios básicos de salud, como son: La planificación familiar, atención del embarazo, parto y puerperio, atención al menor de 5 años y actividades varias. Esto se llevará a cabo a través de Auxiliares de Salud, éste personal es quien suministra los servicios de básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias en las comunidades. Estas actividades serán supervisadas por la supervisora de Auxiliares de salud, que es el enlace entre la auxiliar y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de servicios de salud a la población rural. Por lo anterior, el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura es una alternativa de salud para la población rural y está basada fundamentalmente en la capacitación. Es por eso que existe una colaboración entre la Dirección General de Salud Reproductiva y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia para apoyar las actividades de capacitación a las Auxiliares de Salud en dicha estrategia, que durante el cumplimiento del Servicio Social realizado por la pasante en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán. Surgió la inquietud e interés por conocer que implicaciones biopsicosociales condicionan el embarazo en las mujeres del módulo de Tarimbaro y las complicaciones que se presentan en ellas.

Por lo tanto, se realizó un estudio sistemático de la investigación, estructurado de la siguiente manera: Planteamiento del problema, justificación, objetivos, metodología en la cual se mencionó las variables y sus indicadores; tipo y diseño de la

investigación, técnicas de captación de datos, se describió el universo y la muestra, así mismo se planteó el procesamiento de datos.

Le siguió el marco teórico que fundamenta la investigación, donde se abordaron antecedentes del módulo de Tarimbaro, embarazo, cambios anatomofisiológicos durante el embarazo, complicaciones del mismo, atención del parto, complicaciones del parto, puerperio, complicaciones del mismo, complicaciones de la madre y del producto en embarazos en edades extremas, embarazos no deseados, cambios biológicos del adolescente, adulto joven y adulto maduro, así como su comportamientos psicológicos. También se vieron aspectos como la importancia de la comunicación, los aspectos sociales del embarazo, creencias de la reproducción, importancia de la salud reproductiva y aspectos socioculturales de Tarimbaro. En seguida se presentó los resultados de la investigación, incluye: cuadros, interpretaciones y análisis de cada uno.

Por último se dio a conocer las conclusiones y alternativas de solución, además de anexos, glosario de término y bibliografía. Entre estas se puede citar que la principal actividad económica de estas zonas se hayan limitadas al sector primario, condicionando un sistema de autoconsumo total o parcial a la producción para subsistir, supeditando a nivel económico bajo, niveles de escolaridad exiguos, que imponen costumbres y tradiciones que crean un círculo vicioso en la repetición de patrones culturales que pugnan por la subordinación del sexo femenino al masculino, y al aumento de la procreación como elemento primordial de la vida en pareja, todo ello apoyado en un incipiente desarrollo económico y social que repercuten directamente en factores como son: Alimentación, educación, vivienda, salud, servicios y seguridad. Todo lo cual nos lleva a comprender el porque de casamientos a edades tempranas, paridad elevada y el rechazo a la planificación familiar por parte de la mujer.

La edad de las usuarias encuestadas las tres tercera parte de muestra que se encuentran en edad económicamente activa, por lo que es importante mantener a la comunidad informada de los problemas biopsicosociales que condicionan los embarazos y sus complicaciones más comunes que se presentan de acuerdo a la edad de la mujer, ya que está población femenina en su mayoría esta encargada de realizar actividades tales como: Labores domésticas, crianza de los hijos, alimentación, además de ser responsable de mediar el presupuesto familiar, trabajar en el campo, realizan trabajos rudos, acarrear el agua, cargan cosas pesadas, así mismo enfrentan los problemas de salud de toda la familia y los de ellas mismas, por lo anterior, estas mujeres son las que corren más riesgos originando, así a que se presenten complicaciones en los embarazos como el sangrado vaginal, hipertensión arterial, contracciones antes de tiempo, ausencia de las mismas, ruptura prematura de membranas, edema, anemias, pelvis estrecha, mala presentación, falta de movimiento o latido fetal y finalmente la que refirió que orinaba poco. Esto es debido a que viven en forma extremadamente estresante y desgastante.

Finalmente se consideró un tema de estudio trascendental en beneficio de las mujeres en comunidades rurales, ya que la mayor parte de ellas se encuentran en etapa joven y económicamente activa siendo las directamente afectadas de continuar esta situación. Por otra parte, se trata de contribuir a mejorar los servicios de atención primaria a la salud, especialmente el fomento a la salud, prestado por las supervisoras y auxiliares de salud, identificando los factores que provoquen una complicación durante el embarazo.

II. JUSTIFICACIÓN

En nuestro país, existen localidades rurales con menos de 500 pobladores y hasta con un máximo de 2500 habitantes localizados en zonas alejadas que dificultan la instalación de servicios de salud para satisfacer las necesidades de esas comunidades. Para atender esta población la Secretaría de Salud creó en 1985 el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura (EEC --- SS) como una herramienta para llevar los servicios básicos de salud, como son: La planificación familiar, La atención del embarazo, parto y puerperio, La atención del menor de 5 años y Actividades varias.

Esto se llevará a cabo a través de las Auxiliares de Salud capacitadas, las cuales son personas que nacen y radican en la misma comunidad, y por tanto son seleccionadas por la población de acuerdo a características como ser: Líderes, participar en acciones en bien de la comunidad, mostrar interés por el trabajo que desarrollará en la comunidad, disponer de tiempo para el desarrollo de sus actividades, tener una instrucción primaria o saber leer y escribir, etc.

Este personal (Auxiliar de Salud) es quien suministra los servicios básicos de salud y promueve medidas que mejoren las condiciones sanitarias en las comunidades. Estas actividades serán supervisadas por la supervisora de Auxiliares de Salud, que es el enlace entre la auxiliar y los servicios institucionales, fortaleciendo de esta forma la cobertura de los servicios de salud a la población rural.

Por lo anterior, el programa de Estrategia de Extensión de Cobertura es una alternativa de salud para la población rural y está basada fundamentalmente en la " capacitación de Auxiliares de Salud en la atención primaria; con énfasis en Planificación Familiar, Metodología anticonceptiva y Atención del parto domiciliario". Con esto, se dice, que la educación para la salud es una de las tareas más importante que le corresponde al profesional de enfermería.

Es por eso que existe una colaboración entre la Dirección General de Salud Reproductiva y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

Durante el cumplimiento del servicio social realizado por el pasante de dicha escuela surgió la inquietud e interés por conocer que implicaciones biopsicosociales condicionan el embarazo en las mujeres del módulo de Tarimbaro y las complicaciones más comunes que se presentan en ellas, lo anterior fue posible identificarlo durante la realización del plan de trabajo, ya que se observó que la gran mayoría de las mujeres tienen muchos hijos y que uno de estos los han tenido a edades tempranas; Quizá esto se deba a que algunos adolescentes tienen relaciones premaritales sin uso previo de algún método anticonceptivo, lo que hacen que se

embaracen, además existen mujeres mayores de 36 años que no utilizan métodos anticonceptivos porque piensan que ya no pueden quedar embarazadas, o quizá por los patrones culturales o estereotipos machistas que promueven la superioridad del hombre sobre la mujer y esto provocan un aumento de la procreación como elemento primordial de la vida en pareja, todo ello repercute directamente en factores como son: Alimentación, Educación, Vivienda y Salud tanto para la familia como para el grupo materno--infantil.

Se considera estos dos grupos de edades, ya que existe, un alto índice de embarazos en estas localidades y por lo consiguiente tienen mayores riesgos.

Cabe señalar, que el presente estudio de investigación es transcendental tanto para el personal de salud comunitario como para la población Materno--Infantil de las comunidades del módulo de Tarimbaro, Michoacán.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué implicaciones biopsicosociales condicionan el embarazo en las mujeres del módulo de Tarimbaro y las complicaciones más comunes que se presentan en ellas ?

IV. OBJETIVOS

- * Conocer la información que tienen las mujeres acerca de los riesgos materno - infantiles que implica un embarazo.
- * Identificar los factores biopsicosociales que condicionan embarazos.
- * Detectar las complicaciones de salud que se presentan en los embarazos.
- * Analizar los factores biopsicosociales y las complicaciones detectadas en las mujeres.
- * Identificar en que edad las mujeres presentaron más complicaciones

V. METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO.

Tipo:

La investigación que se realizó es de tipo observacional, descriptiva, explicativa, retrospectiva, comparativa y transversal.

Es descriptiva, explicativa y comparativa, porque se presentó los resultados obtenidos de las encuestas que fueron analizados por el grupo de edad, destacando las edades extremas de la vida reproductiva.

La investigación es observacional debido a que se presencié directamente el fenómeno de estudio.

La obtención de datos fue a través de la carpeta del subprograma de control de Planificación Familiar, para posteriormente acudir con ellas, lo que hace a la investigación retrospectiva.

Es de carácter transversal, ya que se examinó el fenómeno de estudio solo durante la estancia del servicio social.

Diseño:

Para la elaboración del diseño se siguió el plan de investigación propuesto en la materia de seminario de tesis impartida en el 8º semestre de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México. En la realización de dicho plan se concluyó: el enunciado del fenómeno a investigar; planteamiento del problema, estructuración de los objetivos, desarrollo del marco teórico, selección de la metodología, diseño de instrumento, realización e interpretación de los resultados por el método estadístico, para finalmente plantear conclusiones y alternativas de solución.

VARIABLE DEPENDIENTE: EMBARAZOS

VARIABLE INDEPENDIENTE: IMPLICACIONES BIOPSIOSOCIALES.

VARIABLES

INDICADORES

BIOLÓGICO.

Edad

14 años

15 - 20 años

21 - 25 años

26 - 30 años

31 - 35 años

36 - + años

Peso

- 45 kg.

46 - 52 kg.

53 - 59 kg.

60 - 66 kg.

67 - 73 kg.

74 - 80 kg.

+ - 81 kg.

Talla	- 39 cm.
	1.40 - 1.45 cm.
	1.46 - 1.50 cm.
	1.51 - 1.55 cm.
	1.56 - 1.60 cm.
	1.61 - 1.65 cm.
	1.66 - + cm.
paridad	1 - 2
	3 - 4
	5 - 6
	7 - +
Período Intergénésico Corto	- 1 año
	1 año
	2 años
	3 años
	+ 3 años
Inicio de vida sexual activa	- 14 años
	15 - 20 años

21 - 25 años

26 - 30 años

31 - 35 años

+ - 36 años

Edad del primer embarazo

- 14 años

15 - 20 años

21 - 25 años

26 - 30 años

31 - 35 años

+ - 36 años

Abortos

Ninguno

1 - 2

3 - 4

5 - +

Cesáreas

S í

N o

Porque

Edema

**principales complicaciones que han tenido en su
último embarazo**

Hipertensión arterial

Sangrado vaginal

Orina poco o tiene molestias al orinar

Endurecimiento del vientre o contracciones dolorosas antes de la fecha del parto

Falta de movimiento o latido fetal

Ruptura prematura de membranas antes del trabajo de parto.

Crecimiento uterino anormal, aumentado o disminuido.

Otros, especificar.

Término del embarazo

- 37 semanas

38 - 41 semanas

42 - + semanas

Antecedentes de toxicomanias

Tabaco

Ninguno

1 - 3 cigarrillos

4 - 6 cigarrillos

7 - + cigarrillos

Alcohol

1 - 3 copas a la semana

4 - 6 copas a la semana

7 - + copas

PSICOLÓGICO.

Embarazo deseado	N o
	Porque
Manifestación del embarazo	Angustia
	Tranquilidad
	Otro, especifique.
Decisión del No. de Hijos	1 - 2 hijos
	3 - 4 hijos
	5 - 6 hijos
	7 - 8 hijos
	9 - + hijos
No. de Hijos	1 - 2 hijos
	3 - 4 hijos
	5 - 6 hijos
	7 - 8 hijos
	9 - + hijos
Tipo de Familia	Nuclear
	Extensa

Comunicación

Su esposo

Sus suegros

Sus padres

Con amigas

No tuvo comunicación

Otro, especifique.

Estado civil

Casada

Soltera

Viuda

Divorciada

Unión libre

Otro, especificar.

SOCIAL.

Religión

Católica

Evangelista

Otro, especifique.

Ocupación

Hogar

Campesina

	Comerciante
	Otros, especifique.
Escolaridad	Analfabeta
	Primaria incompleta
	primaria Completa
	Secundaria
	Otros, especificar.
Uso de métodos anticonceptivos	S i
	Hormonales orales
	Hormonales inyectables
	Dispositivo intrauterino
	Otros, especificar.
	N o
	Porque
Principal papel de la mujer es tener hijos	S i
	N o
	Porque
Decisión del No. de hijos	Usted
	Su esposo

Sus suegros
Sus padres
Otros, especificar.

Quién decide el espaciamiento de ellos

Usted
Su esposo
Ambos
Sus suegros
Sus padres
Otros, especifique.

**Opinión de la mujer sobre la edad ideal para
embarazarse. ***

**Porque piensa que las mujeres de su
comunidad se embarazan a temprana edad. ***

**Actitud o comportamiento de los padres hacia
la mujer embarazada. ***

*** Estas variables quedarán abiertas para
captar diferentes puntos de vista.**

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Fichas:

Se realizó una investigación documental con el fin de investigar el marco teórico. Esta etapa se realizó consultando básicamente libros alusivos al tema. La información se almacenó en fichas de trabajo, con lo cuál se formó un archivo para que posteriormente se retomara esta información. Además se realizó fichas bibliográficas.

Observación:

Esta evitó deformaciones, ya que se presencié el problema de estudio sin modificar la realidad.

Entrevista:

Esta técnica permitió establecer testimonios orales, mediante una relación directa con el entrevistado para lo cuál se elaboró un instrumento que guió el desarrollo de la investigación.

Cuestionario:

Este instrumento permitió obtener datos claros y precisos del fenómeno de estudio. para tal efecto se diseñó un cuestionario, que se aplicó a las mujeres en edad fértil de las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán. Posteriormente se realizó un concentrado de datos y se presentó la información en cuadros; así se realizó un análisis comparativo de las complicaciones de salud por grupos de edad, enfocándonos en las edades extremas de la vida reproductiva.

Universo y Muestra.

Se seleccionó una muestra representativa de 105 mujeres. El universo de trabajo estuvo constituido por 210 mujeres en edad fértil de las 10 comunidades del módulo de Tarimbaro, que pertenecen a los subprogramas de planificación familiar y embarazo, parto y puerperio.

Los criterios de inclusión son:

- * Mujeres que participaron en el subprograma de embarazo, parto y puerperio; o en el
- * Subprograma de planificación familiar.
- * Mujeres que hayan tenido hijos.
- * Mujeres que pertenezcan a las comunidades en estudio.

Los criterios de exclusión son:

- * Mujeres que no tengan hijos.
- * Mujeres que no pertenezcan a las comunidades en estudio.

Las señoras seleccionadas fueron elegidas al azar.

Procesamiento de datos.

Se realizó siguiendo el método estadístico, es decir, efectuándose la recolección y codificación de datos integrando los resultados en grupos homogéneos presentados en tablas para realizar un análisis comparativo; posteriormente se elaboraron las conclusiones confrontando las experiencias de la observación del fenómeno. Con esto se plantearon alternativas de solución. Finalmente se integró un documento que servirá de tesis recepcional para obtener el título de Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

MARCO TEÓRICO

1. MARCO TEÓRICO:

1.1 ANTECEDENTES DEL MÓDULO DE TARIMBARO

La palabra Tarimbaro obtiene su significado de Tarimu, que significa Sauces y del sufijo Ro, que equivale a lugar de, por lo tanto su significado es "Lugar de Sauces" lo cual va de acuerdo con la zona, ya que en la ladera del río San Marcos se encuentra grandes Sauces.

El municipio de Tarimbaro fue creado el 18 de febrero de 1930, comprende en total 47 poblados, que en algún tiempo pasado fueron haciendas famosas por sus riquezas, sus bellezas arquitectónicas y por su historia.

La ubicación de este municipio se localiza a 14 Km. de la ciudad de Morelia, al norte se limita con Cutzco del porvenir, al este con el municipio de Alvaro Obregón y al oeste con Chucandiro. Las comunidades pertenecientes a este módulo se localizan a los alrededores, encontrando así a Tarimbaro un punto céntrico.

La extensión territorial del municipio de Tarimbaro es de 228.92 Km² y una población total de 33, 920 habitantes aproximadamente, perteneciendo a este municipio 47 poblaciones en total.

Las comunidades que integran el módulo son: El colegio, Peña del panal, Arindeo, Ex. Hacienda de Guadalupe, Rancho Nuevo, Cañada de los Sauces, Jamaica, Cañada del Herrero, Col. Independencia y El puesto. En estas localidades existen asentamientos humanos dispersos, es decir, que cada comunidad la integran menos de 2500 habitantes, por lo tanto, no existen manzanas, ni calles, sino solo brechas que la gente ha trazado para comunicarse de una casa a otra ó de una localidad a otra.

Un punto de gran importancia es la salud. En el módulo de Tarimbaro existen focos de contaminación del ambiente, ya que varia gente de las comunidades realizan el lavado de la ropa en los canales de agua de riego aportando agentes quimicos (detergentes) a los plantíos. También existe contaminación del aire, porque la mayoría utiliza la leña como combustible contaminando así el aire que respiran. Otro foco de infección es la basura, porque no tienen un lugar específico para su recolección y los habitantes la

tiran en el campo. Además el fecalismo y las excretas de los animales al aire libre causan enfermedades.

Con lo anterior se puede entender el porqué las enfermedades gastrointestinales y respiratorias ocupan uno de los primeros lugares de las causas de morbilidad y mortalidad de esas comunidades.

Las 10 principales causas de mortalidad en los últimos 10 años son:

- 1.- Accidentes de tipo violento
- 2.- Deshidratación y gastroenteritis
- 3.- Infecciones de vías respiratorias
- 4.- Enfermedades cerebrovasculares
- 5.- Senectud
- 6.- Cardiopatías
- 7.- Cirrosis hepática (alcohólica)
- 8.- Cáncer cervico uterino
- 9.- Cáncer mamario
- 10.- Insuficiencia renal crónica.

Las causas de morbilidad en los últimos años son:

- 1.- Enfermedades del tracto respiratorio
- 2.- Control prenatal y embarazo
- 3.- Enfermedades gastrointestinales
- 4.- Dermatitis
- 5.- Infecciones urinarias
- 6.- Dermatomicosis
- 7.- Candidiasis y tricomoniasis genital
- 8.- Parasitosis intestinal
- 9.- Infecciones amibianas
- 10.- Enfermedades alérgicas. ¹

¹ González Juárez, Lillana, Estudio de Comunidad, Pág. 1-23.

1.2 EMBARAZO

1.2.1 Definición: Es un estado temporal de la mujer, durante el cual se forma y desarrolla un nuevo ser en el útero. Se inicia con la fecundación y termina con la expulsión del producto y sus anexos.²

El embarazo comienza con el desarrollo y encuentro de la células sexuales masculina (espermatozoide) y femenina (óvulo) cuya fusión se denomina fecundación.

1.2.2 A) Fecundación.

La fecundación es el resultado del depósito de millones de espermatozoides en la vagina durante el coito, los cuales inician un largo recorrido ascendente hacia las trompas uterinas, en cuyo tercio externo se realiza el encuentro con el óvulo. Los espermatozoides que sobrevivieron al recorrido rodean al óvulo, pero sólo uno de ellos lo penetra, desencadenando en seguida una serie de procesos que impiden la entrada de otros espermatozoides, dando como resultado la formación de la llamada célula huevo ó cigoto.

Los principales resultados del proceso de la fecundación son:

- * Restablecimiento del número de cromosomas que comprende a la especie humana.
- * Determinación del sexo del nuevo ser.

Inmediatamente después de que el huevo ó cigoto llega a la etapa bicelular, experimenta una serie de divisiones y multiplicaciones que producen un rápido incremento del número de células, tomando el aspecto de una mora por lo que recibe el nombre de mórula. Este proceso se alcanza aproximadamente tres días después de la fecundación.

1.2.3 B) Implantación.

El producto de la fecundación llega a la cavidad uterina 4 ó 5 días después de formado el cigoto. Se mantiene libre durante 2 ó 3 días hasta su implantación definitiva en la pared del útero situación que ocurre aproximadamente unos 7 días después de la fecundación.

² Secretaría de Salud , EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA. Pág. 157.

Una vez implantado el huevo en el útero, ocurren diversos acontecimientos progresivos, que para fines prácticos se dividen en 2 periodos: Embrionario y Fetal.

1.2.4 Período Embrionario

* Tercera Semana *

La tercera semana de desarrollo humano es un período de rápido desarrollo del disco embrionario. Se caracteriza por la formación de la línea primitiva, y tres capas germinativas.

* **Línea primitiva:** La línea primitiva aparece al inicio de la tercera semana como un engrosamiento en la línea media del epiblasto embrionario en el extremo caudal del disco del embrión. Da origen a las células mesenquimatosas que migran en sentido ventral, lateral y craneal entre el epiblasto a hipoblasto.

Tan pronto la línea primitiva comienza a producir células mesenquimatosas, la capa de epiblasto se conoce como ectodermo embrionario, y el hipoblasto, endodermo embrionario.

Las células mesenquimatosas producidas por la línea primitiva pronto se organizan en una tercera capa germinativa, el mesodermo intraembrionario. Las células de la línea primitiva migran hacia la orilla del disco embrionario, en donde se une al mesodermo extraembrionario que cubre el amnios y saco vitelino.

* **Formación de la notocorda:** A inicios de la tercera semana, el nudo primitivo produce células mesenquimatosas que proceden el nudo primitivo, como un bastón de células entre el ectodermo y el endodermo. La fovea primitiva se extiende dentro del proceso notocordal para formar el conducto notocordal. Cuando se ha desarrollado por completo, el proceso notocordal se extiende desde el nudo primitivo hasta la placa proccadal.

Aparecen aberturas en el piso del conducto notocordal, que pronto entran coalescencias, y producen la placa notocordal la cual se invagina para dar origen a la notocorda. Esta formada el eje primitivo del embrión alrededor del cual se forma el esqueleto axial.

* **Formación del tubo neural:** La placa neural aparece como un engrosamiento sobre la línea media del ectodermo embrionario craneal al nudo primitivo, por inducción de la notocorda en desarrollo y del mesénquima adyacente a ella. Se desarrolla un surco neural longitudinal en la placa neural, el cual está flanqueado por pliegues neurales, el

cual se fusiona para formar el tubo neural. El desarrollo de la placa neural se denomina neurulación.

* **Formación de la cresta neural:** A medida que los pliegues neurales se fusionan para formar el tubo neural, las células neuroectodérmicas migran en sentido ventrolateral para originar la cresta neural, situada entre el ectodermo superficial y el tubo neural. La cresta neural pronto se divide en dos masas que darán lugar a los ganglios sensitivos de los nervios craneales espinales. Las células de la cresta neural se diferencian en múltiples estructuras. Las células de la cresta neural dan origen a los ganglios espinales (ganglios de las raíces dorsales) y a los ganglios del sistema nervioso autónomo.

Los ganglios de los nervios craneales V, VII, IX, y X también se derivan en parte de las células de la cresta neural. Además de formar las células ganglionares, estas células originan las vainas de los nervios (células de Schwann) y las cubiertas meníngeas del cerebro y de la médula espinal .

* **Formación de los somitas:** El mesodermo situado a los lados de la notocorda se engrosa para formar columnas longitudinales de mesodermo paraxial. La división de las columnas de mesodermo paraxial en pares de somitas inician en sentido craneal al final de la tercera semana. Los somitas son agregados compactos de células mesenquimatosas de las cuales migran, las células que originan a las vértebras, costillas y musculaturas axil.

* **Formación del celoma:** El celoma intraembrionario aparece como espacios aislados en el mesodermo lateral y en el mesodermo cardógeno. Estos espacios celómicos se hacen coalescentes, posteriormente, para formar una cavidad única semejante a una herradura que origina las cavidades corporales (la cavidad peritoneal).

* **Formación de la sangre y vasos sanguíneos:** Los vasos sanguíneos aparecen primero en el saco vitelino, alrededor de la lantoides y en el corión. Se desarrollan dentro del embrión poco tiempo después aparecen espacios dentro de acúmulos de mesénquima (islotes sanguíneos_), que pronto se cubren del endotelio derivado de las células mesenquimatosas. Estos vasos primitivos se unen con otros vasos para formar el aparato cardiovascular primitivo.

Hacia el final de la tercera semana, el corazón está representado por un par de tubos cardíacos endocárdicos que se unen a vasos sanguíneos en el embrión y a las membranas extraembrionarias (saco vitelino, cordón umbilical y saco coriónico).

Las células sanguíneas primitivas se derivan principalmente de los vasos sanguíneos, de las paredes del saco vitelino y alantoides.

*** Formación de las vellosidades coriónicas:** Antes de que finalice la tercera semana los capilares se desarrollan dentro de las vellosidades, transformándolas en vellosidades coriónicas terciarias.

Las extensiones de citotrofoblasto presentes en las vellosidades se unen para formar una coraza citotrofoblástica que fijan las vellosidades troncales y saco coriónico al endometrio. El rápido desarrollo de vellosidades coriónicas durante la tercera semana, incrementa enormemente el área de superficie del corión para el intercambio de nutrimentos y otras sustancias entre la circulación materna y embrionaria.

*** Cuarta a la octava semana ***

Estas cinco semanas se llaman, con frecuencia, periodo embrionario por el tiempo de desarrollo rápido del embrión. Todos los órganos y sistemas principales del cuerpo se forman durante este periodo.

Al comienzo de la cuarta semana, el encorvamiento sobre los planos longitudinales y transversal convierte el disco embrionario trilaminar plano en su embrión en forma de C, cilíndrico. Durante el encorvamiento, la parte dorsal del saco vitelino se incorpora al embrión y origina el intestino primitivo.

Conforme la región cefálica se flexiona ventralmente parte del saco vitelino se incorpora en la cabeza embrionaria en desarrollo como intestino anterior. El encorvamiento de la región cefálica también hace que la membrana orofaríngea y el corazón sean colocados ventralmente

A medida que la región caudal flexiona en sentido ventral, parte del saco vitelino se incorpora en el extremo caudal del embrión como intestino posterior. La parte terminal de éste se expande para formar la cloaca. El encorvamiento de la región caudal hace que la membrana cloacal, la alantoides y el pedículo se sitúen en la superficie ventral del embrión. El encorvamiento del embrión en el plano transversal incorpora parte del saco vitelino en el embrión como intestino medio. A medida que el labio se agranda, envuelve al pedículo de fijación, saco vitelino y alantoides dándole un cubierta epitelial para la nueva estructura en formación, el cordón umbilical

Las tres capas germinativas, derivadas de la masa celular interna durante la tercera semana, se diferencian en diversos tejidos y órganos, de ahí que, al final del período embrionario, se han establecido de los principales sistemas orgánicos.

El aspecto ectodermo del embrión está muy afectado por la formación del cerebro, corazón, hígado, somitas, miembros, oídos, nariz y ojos. Conforme estas estructuras se desarrollan, el aspecto del embrión se modifica, y estas características señalan al embrión como ser humano.³

1.2.5 Periodo Fetal

* Novena semana al nacimiento *

La transición de un embrión a un feto no ocurre de manera repentina, sin embargo, el cambio del nombre es muy significativo puesto que el embrión se ha desarrollado en un ser humano identificable.

El periodo fetal comienza nueve semanas después de la fecundación y termina al nacimiento. Está caracterizado por un crecimiento rápido del cuerpo y la diferenciación de los sistemas orgánicos. Un cambio obvio es la relativa identificación del crecimiento de la cabeza en comparación con el resto del cuerpo. Aparecen lanugo y cabello, y la piel está cubierta por vérmix caseoso hacia el inicio de la vigésima semana. Los párpados están cerrados durante la mayor parte del periodo fetal, pero comienzan a reabrirse hacia la semana 26.

* Semana 9 a 12a. : Al comienzo de la novena semana, la cabeza constituye la mitad de la longitud corporal se acelera con rapidez de tal modo que al final de las 12 semanas la longitud es más del doble. El crecimiento de la cabeza es aún desproporcionadamente grande. A las nueve semanas la cara es ancha los ojos separados, las orejas insertadas más abajo y los párpados fusionados; para finales de la semana 12 las extremidades superiores casi han alcanzado su longitud definitiva relativa, pero las inferiores aún no están bien desarrolladas y son un poco más cortas de su longitud relativa final.

Los genitales externos en hombres y mujeres son algo semejantes hasta el final de la novena semana, y la forma fetal madura sólo se alcanza hasta la decimosegunda semana.

La orina comienza a formarse y es excretada dentro del líquido amniótico.

³ Hib, José. EMBRIOLOGÍA MÉDICA. Pág. 29-35

*** Semana 13 a 16a. :** El crecimiento sucede de manera muy rápida durante este periodo. Al final de él, la cabeza es relativamente pequeña en comparación con la del feto de 12 semanas, y se han alargado las extremidades inferiores.

La osificación del esqueleto inicia durante este periodo y los huesos se muestran con claridad, en las placas de rayos x al inicio de la semana 16 se precisa el patrón del cabello y brinda un indicio del desarrollo cerebral fetal incipiente. Por la semana 16, los ovarios se han diferenciado y poseen muchos folículos primordiales que contienen oogonios. A las 16 semanas el aspecto del feto es más humano ya que sus ojos están situados más anteriores que laterales y las orejas más cerca de su posición definitiva a los lados de la cabeza.

*** Semana 17 a 20a. :** El crecimiento se torna más lento durante este periodo, pero el feto aún aumenta su longitud. Las extremidades inferiores alcanza sus proporciones relativas definitivas, y los movimientos fetales conocidos como avivamiento suelen ser percibidos por la madre. La piel está cubierta por un material semejante a queso grasoso, conocido como vérmix caseoso; consiste en una mezcla de secreción grasa proveniente de las glándulas sebáceas fetales y células epidérmicas muertas. La vérmix caseosa protege la delicada piel del feto de raspaduras, maceraciones y endurecimiento que puede resultar de su exposición al líquido amniótico.

El cuerpo de los fetos de 20 semanas están por lo regular cubiertos por completo por un vello fino y suave denominado lanugo; este vello quizá ayude a sostener a la vérmix caseosa sobre la piel. Las cejas y el cabello también son ya visibles. Durante la decimoséptima a vigésima semana se forma la grasa parda que es el sitio de producción del calor, en el recién nacido. Hacia la 18a semana el útero está formado por completo, y ha comenzado la canalización de la vagina. En la semana vigésima los testículos han iniciado su descenso, pero aún se localizan en la pared abdominal posterior.

*** Semana 21 a 25a. :** En esta etapa hay aumento importante de peso. La piel suele estar arrugada, y es entre rosa y rojo porque la sangre esta presente en los capilares y es visible.

Las células epiteliales secretoras o neumocitos tipo II presentes en las paredes interalveolares del pulmón, han comenzado a secretar agentes tensioactivos, un lípido activo superficial que conserva la permeabilidad de los alvéolos pulmonares en desarrollo. Las uñas de los dedos de las manos están presentes hacia la semana 24.

*** Semana 26 a 29 :** En esta edad, el feto puede sobrevivir si nace prematuramente y se le proporciona cuidados intensivos, ya que sus pulmones son capaces de respirar. Los pulmones son capaces de respirar porque se han desarrollado lo suficiente para

proveer un adecuado intercambio gaseoso. Además su sistema nervioso central ha madurado de tal forma que puede dirigir los movimientos respiratorios rítmicos y controlar la temperatura corporal.

Los ojos se reabren al comienzo de este período, y son visibles durante esta etapa las uñas de los pies. Ahora se ha formado grasa subcutánea en cantidad considerable por debajo de la piel, lo cual borra mucha de las arrugas. La cantidad de grasa blanca en el cuerpo incrementa unos 3.5 % del peso corporal. Termina la eritropoyesis en el brazo hacia la semana 28, y la médula ósea es el sitio de producción principal de este proceso en este momento.

* Semana 30 a 35 : A la semana 30 se puede provocar el reflejo pupilar a la luz, por lo general hacia el final de este período, la piel es rosada y lisa los brazos y piernas tienen un aspecto regordete. La cantidad de grasa blanca corporal es alrededor del 8 % del peso corporal. Los fetos de 32 semanas y mayores suelen sobrevivir si nacen prematuramente.

* Semana 36 a 41 : Los fetos de 36 semanas tienen un firme reflejo de presión y muestran una orientación espontánea hacia la luz. A la semana 37, la circunferencia de la cabeza y del abdomen son iguales aproximadamente. Después de esto, la circunferencia del abdomen puede ser mayor que la de la cabeza.

El crecimiento se torna más lento según se acerca la fecha del nacimiento. El peso es de unos 3 400 gr. Al término completo de la gestación, el porcentaje de grasa blanca en el organismo es de aproximadamente 16 % del peso corporal. El feto gana unos 14 gr. de grasa al día durante las últimas semanas de gestación. En términos generales, los fetos masculinos crecen con mayor rapidez que los femeninos y por lo tanto pesa más al nacer. Hacia el final, la piel es por lo regular, blanca o de color rosa azulado, el tórax es prominente y las manos poco sobresalientes en ambos sexos. Los testículos suelen encontrarse dentro del escroto en los niños a término; el descenso comienza alrededor de las 28 a 32 semanas. ⁴ (Ver anexo 1-4 Pág. 187 - 190).

⁴ Moora L. Keith. EMBRIOLOGÍA CLÍNICA. Pág. 95-111.

1.3 CAMBIOS ANATOMOFISIOLOGICOS DURANTE EL EMBARAZO.

Con el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos. Estos representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto.

Cuando ante la nueva situación un órgano o sistema no reacciona compensando la sobre carga metabólica, puede producirse una serie de enfermedades vinculadas con la gravidez. El conocimiento de estos cambios son importantes, ya que si no se tienen se pueden interpretar como patológicas. Es por eso que se hablara de cada órgano y/o sistema que intervienen.

1.3.1 APARATO DIGESTIVO

A) Náuseas y Vómito

Las molestias pequeñas durante el embarazo son comunes, y en cierto grado "normales" en el curso de la gestación. Las náuseas y vómitos moderados que constituyen el llamado "malestar matinal", son la molestia más común del primer trimestre de embarazo.

Es habitual su comienzo entre la primera y segunda falta menstrual y continua hasta el cuarto mes de gestación. Es decir, generalmente se inician entre la 4a. Y 6a. Semana después de la última menstruación y se prolonga hasta la 14a. A 16a. Semana, para desaparecer espontáneamente.

La génesis de las náuseas y los vómitos inducidos por el embarazo no esta clara. Es posible que la causa sean los cambios hormonales del embarazo. La Gonadotropina Coriónica Humana por ejemplo, ha sido implicada sobre la base de que sus niveles son bastantes elevados.³

Otro mecanismo es cuando llega al estómago sustancias que tienen una composición tóxica y esta se pone en contacto con el jugo gástrico, estimulando producción del vomito, tal es el caso del embarazo, puesto que al ir fijando la placenta sus ganglios sobre el músculo uterino e iniciando el metabolismo del nuevo ser, produce sustancias que crean incompatibilidad de la mucosa gástrica de ahí las náuseas del embarazo.

³ Pritchard Jack A; et al. WILLIAMS OBSTETRICIA, Pág. 252.

Otro mecanismo son los vómitos psicógenos pueden ser autoinducidos u originados involuntariamente en situaciones percibidas por la mujer gestante como inductoras de ansiedad, amenazantes o desagradables que pueden llegar adquirir tal intensidad hasta causar graves trastornos metabólicos en la madre y el feto.

No cabe duda que los factores emocionales contribuyen a veces, a gravar la emesis del embarazo. A menudo la aparición de hiperemesis gravídica (HG) guarda relación con el factor psíquico. La vida hogareña infeliz, la pérdida de la carrera en las mujeres jóvenes, el temor al parto y las responsabilidades de la maternidad, y otros factores de carácter semejante pueden ser de peso importante en la mente de la mujer que presente inestabilidad emocional. Si bien, conscientemente manifiesta el deseo de tener hijos quizá, tenga temor inconsciente de ser madre. Este conflicto la torna incapaz de hacer los ajustes psíquicos necesarios y los síntomas de náuseas y vómitos matutinos se agravan como manifestación del rechazo inconsciente del embarazo o como un método de escapar psicológicamente de sus problemas y/o dificultades .

Es importante establecer bien la causa de las náuseas y vómitos, ya que existen otros trastornos que nos puedan dar estos signos y síntomas como son: obstrucción intestinal subaguda, hernia hiatal, hernia diafragmática, cáncer gástrico, pancreatitis, lesión del tracto gastrointestinal e intracraneales

B) Tumefacciones e Hiperemias de las Encías.

En el embarazo aparecen, con frecuencia tumefacciones e hiperemias de las encías (por hipovitaminosis C), las odontalgias y las caries (por el metabolismo alterado de calcio); esto hace que sangren con gran facilidad. Se dice que la causa podría ser un aumento de la concentración general de estrógenos. En ocasiones se puede originar en las encías angiogranuloma, denominado éuplis del embarazo, que son proliferaciones de la mucosa, situados entre los dientes y sangran fácilmente al roce.

C) Pirosis.

Con relativa frecuencia, las gestantes padecen pirosis, fenómeno que se da al paso o reflujo de las secreciones ácidas del estómago al esófago favorecido por la relajación del esfínter del cardias y por la acción que el estómago produce al aumento de la presión intraabdominal originada por el crecimiento del útero.

D) Motilidad Gastrointestinal.

Al crecer el útero y desplazarse el estómago hacia arriba, se mueve también hacia arriba y hacia los lados la mayor parte de los intestinos grueso y delgado. Esto hace

que haya una disminución en la motilidad gastrointestinal. Además, se dice, que la motilidad gastrointestinal esta reducida durante el embarazo. Quizá la causa de la reducción tanto de la motilidad como del tono del músculo liso se encuentre en las concentraciones elevadas de progesterona.

E) Estreñimiento.

El tiempo de tránsito de los alimentos a través de las vías gastrointestinales puede ser tan lento que se reabsorba más agua de lo normal, lo que producirá estreñimiento. Este estreñimiento es muy frecuente en las gestantes. El factor desencadenante fundamentalmente lo constituye la disminución del tono y motilidad del tracto gastrointestinal originado por secreción de progesterona, pero interviene un factor mecánico, producido por el aumento del volumen del útero que desplaza los intestinos hacia arriba y comprime el sigmoides y el recto.

F) Disminución de la Peristalsis Esófagica y Reflujo Gástrico.

En el estómago y esófago es variable la producción gástrica de ácido clorhídrico; Se incrementa de manera notable la producción de hormonas gastrina (puede elaborarla la placenta), lo que da por resultado aumento del estomago y disminución del Ph del mismo. Hay disminución de la peristaltis esófagica, lo que se acompaña de reflujo gástrico como consecuencia o relajación de esfínter del cardias.

El reflujo es más frecuente durante la parte final del embarazo a causa de la elevación del estómago por el útero incrementado de tamaño.

G) Hígado.

En cuanto al hígado no hay cambios morfológicos, pero si alteraciones funcionales. La actividad de la fosfatasa alcalina sérica puede duplicarse, posiblemente por aumento de las isoenzimas placentarias de esta enzima. Hay disminución de las albúminas plasmáticas y reducción ligera de las globulinas del plasma. En mujeres no embarazadas ésta disminución puede ser un indicador de enfermedad hepática.⁴

H) Vesícula Biliar.

Se presenta atonia y distensión, así como espasmo del esfínter de oddi . También se altera la función de la vesícula a causa de la hipotonía de la pared muscular lisa. El

⁴ Pernoll, L. Martín. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTOS GINECOOBSTETRICOS. Pág. 160.

tiempo de vaciamiento se vuelve más lento y, a menudo incompleto. La bilis puede volverse densa y la estasis biliar tiende a producir cálculos.

1.3.2 APARATO URINARIO.

Su estructura histológica del riñón no se modifica, pero si su funcionalidad ya que los riñones tienen que eliminar productos del catabolismo materno, más los productos del catabolismo fetal, es por eso que tiene que aumentar su trabajo.

A) Dilatación Renal.

Durante el embarazo, la longitud de cada riñón se incrementa en 1,5 Cm. La pelvis renal se dilata hasta alcanzar una capacidad de 60 Ml. (la capacidad normal de la misma es de 10 Ml. En la mujer no gestante). Esta dilatación se debe a estímulos hormonales, sobre todo por la acción de la progesterona. También es probable que influyan factores mecánicos, como la desviación y rotación del útero hacia el lado derecho, que puede comprimir el uréter del mismo lado, en particular en el borde de la pelvis.

B) Estasis urinaria.

Los ureteres se encuentran con cierta estasis de orina; esto condiciona a los siguientes factores : 1) disminución del tono de la pared de los ureteres, igual a la disminución de tono en el estómago, del intestino, etc. Está disminución de tono aumenta la luz de los ureteres y estos se encuentran engrosados, tortuosos, con acodaduras. Por lo tanto puede haber hasta 200 ml. De orina residual en el sistema colector dilatado.

C) Hidronefrosis e Hidroureter.

Son varios los factores que contribuyen: las concentraciones elevadas de progesterona puede contribuir a la hipotonía del músculo liso uretral. Sin embargo, estas contracciones elevadas no producen hidroureter en la mujer no embarazada. El complejo venoso ovárico del ligamento suspensorio del ovario (infundibulopélvico) puede aumentar de tamaño lo suficiente para comprimir el uréter a nivel del reborde de la pelvis ósea. Por lo que producirá dilatación por arriba de dicho nivel. La dextrorrotación del útero durante el embarazo puede explicar porqué puede estar mas dilatado el uréter derecho que el izquierdo.

D) Vejiga.

Anatómicamente se observa elongación y ensanchamiento de la base del trigono, con los meatos uretrales muy separados, edematosos y congestivos. Se observa congestión submucosa y, sobre todo al final del embarazo, compresión del útero y la presentación. Estos factores pueden producir hematuria, incontinencia funcional de orina y polaquiuria.

La presión producida por el útero aumenta la frecuencia de la micción. Se incrementa la vascularidad vesical y disminuye el tono muscular de la vejiga, lo que incrementa su capacidad hasta 1.500 ml..

E) Orina.

La orina de la embarazada es rica en agua, en comparación con la no embarazada. Está dilución explica porqué la densidad suele ser más baja. Además con frecuencia encontramos glucosuria sin que sea un fenómeno anormal. El aumento en la filtración glomerular y la alteración de la capacidad de resorción tubular para la glucosa explica la mayoría de los casos de glucosuria. El sedimento urinario es prácticamente igual. En un 2 a 10 % de las embarazadas se observa bacteriuria asintomática de mas de 100.000 colonias por mililitro de orina.⁷

Durante el embarazo, los ureteres se dilatan y su peristaltismo, necesario para impulsar la orina desde los riñones hasta la vejiga, disminuye. La orina es transportada más lentamente de los riñones hasta la vejiga, de modo que se acumula algo en los riñones, lo que favorece las infecciones urinarias durante la gestación.⁸

F) Función Renal.

Los cambios de la función renal que ocurren durante el embarazo son causados probablemente por aumento de las hormonas maternas y placentarias, incluyendo hormonas adrenocorticotrópicas (ACTH), hormona antidiurética (ADH), aldosterona, cortisol, somatomotropina coriónica humana (HCS) y hormona tiroidea. El flujo plasmático renal aumenta en el primer trimestre de la gestación: de 600 ml./ minuto de la mujer no embarazada a 386 ml. / minuto y disminuye posteriormente en forma.

⁷ Pritchard, Op cit., Pág. 129.

⁸ Bethea, Doris C. ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL. Pág. 48-49.

La proteinuria cambia poco durante el embarazo; se pierde normalmente 200 a 300 mg / 24 hrs. Si se pierde más de 500 mg./ 24 hrs. (salvo, durante el trabajo de parto intenso), deberá sospecharse un proceso patológico.

Las enzimas renina, la cual se produce en el riñón aumenta al principio del primer trimestre y sus concentraciones siguen elevándose hasta el término. Estas enzima actúan sobre el sustrato angiotensinógeno, que se forma en el hígado, para formar primero angiotensina 1, en seguida angiotensina 2, la cual actúa como vasoconstrictor. Aumenta también a la angiotensina 1 y 2; pero no sobreviene la vasoconstricción y no hay incremento de la presión arterial.

1.3.3 APARATO CARDIOVASCULAR.

En el embarazo se produce una serie de cambios cardiovasculares que conducen a una sobre carga.

A) Posición y Situación del Corazón.

Al aumentar el útero de tamaño y elevarse el diafragma, el corazón se desplaza hacia arriba y un poco hacia la izquierda y experimenta rotación sobre su eje largo, de modo que el latido de la punta se percibe por encima del cuarto espacio intercostal y por fuera de la línea medio clavicular. La capacidad cardíaca se incrementa en un 70 a 80 ml., la causa puede ser elevación del volumen o hipertrofia del músculo cardíaco. El tamaño del corazón parece aumentar aproximadamente en un 12 %.

B) Ritmos y Soplos Cardíacos.

Al ocurrir cambios anatómicos en el corazón, suele haber también alteraciones en el ritmo cardíaco y en los datos electrocardiográficos y puede presentarse soplos no patológicos. Los cambios electrocardiográficos son consecuencias probablemente del cambio de posición del corazón, y puede incluir una desviación de 15 a 20 grados del eje eléctrico hacia la izquierda, puede haber cambios reversibles en las ondas ST, T y Q puede estar desdoblado el 1er. ruido cardíaco, con aumento de la agudeza de ambas partes del latido, y también puede ser mas agudo el tercer ruido.

Estos soplos desaparecen poco después del parto, también puede haber un soplo diastólico suave que es transitorio y coincide a veces con el tercer ruido cardíaco.

C) Riego Sanguíneo.

El riego sanguíneo del hígado y del cerebro se mantiene constante durante el embarazo. En cambio aumenta el riego sanguíneo en la piel, particularmente antebrazos, manos y pies.

D) Volumen Sanguíneo.

El Volumen sanguíneo total se incrementa durante el embarazo, proporcionalmente aumenta más el volumen plasmático que el volumen globular modificándose la relación plasma -- glóbulos.

La magnitud del aumento varía según el tamaño de la mujer, el número de embarazos que ha tenido, el número de hijos que ha dado a luz y si tiene uno o más fetos en el útero. La mujer pequeña puede tener un incremento de volumen sanguíneo de sólo 20 % , en tanto que la mujer de gran tamaño puede tenerlo hasta del 100 % . Este aumento progresa hasta el término. El aumento promedio en volumen al término es de 45 a 50 %.

La hipervolemia se inicia durante el primer trimestre, aumenta con rapidez en el segundo y hace una meseta cerca de la semana 30. No se ha determinado por completo los mecanismos del incremento del volumen sanguíneo. Quizá contribuya a ese efecto la aldosterona, que se encuentra elevada durante el embarazo, lo mismo que las concentraciones elevadas de estrógeno y progesterona. Se requiere este incremento para que se cuente con sangre extra para el útero, se satisfaga las necesidades metabólicas añadidas del feto y se eleve el riego de otros tejidos, en especial los riñones. Hay también flujo extra de sangre hacia la piel, lo que permite la disipación del calor producido por aumento de la tasa del metabolismo. El volumen extra compensa además la pérdida materna de sangre durante el parto.

La pérdida promedio de sangre durante el parto vaginal es de 500 a 600 ml durante la operación cesárea, de 1000 ml.

* Eritrocitos:

El volumen eritrocítico se incrementa de manera sostenida se administre o no hierro complementario, pero el aumento es mayor cuando hay complementación. Como el volumen plasmático aumenta al principio del embarazo y lo hace con mayor rapidez que el de los eritrocitos, el hematócrito disminuye hasta el final del segundo trimestre, momento en el cual el aumento de los eritrocitos se sincroniza con el incremento del volumen plasmático.

*** Hierro:**

Al incrementarse los eritrocitos hay de manera natural, un aumento de la necesidad de hierro para la producción de hemoglobina. Si no se añade hierro complementario a la dieta, se producirá anemia por deficiencia de hierro.

Las necesidades de hierro del embarazo normal totalizan 1 g aproximadamente unos 300 mg se transfieren activamente al feto y a la placenta y al rededor de 200 mg se pierde por diversas vías de excreción normales. Estas pérdidas son obligadas y ocurren incluso cuando la madre es deficiente en hierro. Un aumento del volumen total de eritrocitos circulante de unos 450 ml durante el embarazo requiere cerca de 500 mg de hierro, ya que 1 ml de hematies normales contiene 1.1 mg de hierro. Por lo tanto, aunque los requerimientos de hierro durante la primera mitad del embarazo sean ligeros, aumentan en gran medida durante la segunda mitad, y son por término medio de 6 a 7 mg / día.

Si no se dispone fácilmente de hierro, el feto por lo general emplea el de la reserva materna. Es por eso, que la producción de hemoglobina fetal suele ser la adecuada aun cuando la madre este muy deficiente en hierro. Por lo tanto, rara vez es un problema la anemia de neonato; Mas bien, la deficiencia materna de hierro producirá con mayor frecuencia trabajo de parto antes del término y abortos espontáneos tardios, lo cual incrementa la frecuencia de pérdida y morbilidad neonatal.

*** Leucocitos:**

Un hecho constante es el aumento de los leucocitos durante el embarazo. Suele oscilar entre 5,000 y 12,000 / mm³. Esto puede variar de acuerdo al trimestre de embarazo, ya que el último trimestre, parto y/o puerperio puede elevarse de manera considerable hasta cifras de 25,000 a 30, 000 / mm³.

Los números de linfocitos y monocitos se conservan iguales durante todo el embarazo; los principales contribuyentes al incremento son los leucocitos polimorfonucleares. Los basófilos disminuyen ligeramente. Hay controversia acerca de si aumentan, disminuyen o se conservan igual los eosinófilos. No existe una explicación para estas discrepancias.

*** Plaquetas:**

Estudios recientes (Tygart, 1986) ha informado un aumento aparente en la producción de plaquetas(Trombocitopoyesis) durante la gestación, que esta acompañado por un consumo progresivo de plaquetas. Durante la gestación, aumentan tanto los valores de prostaciclina y de tromboxano A2, un inductor de la agregación de plaquetas y un vasoconstrictor.

*** Factor de coagulación:**

Se modifican también algunos de los factores que intervienen en la hemostasia sanguínea. Hay incrementos en el fibrinógeno o factor I, factor II, el factor VIII antihemofílico. Aumentan también los factores III tromboplastina, factor VII o la proconuertina, factor IX o tromboplastina del plasma (Christmas), el factor X ó de Stuart, las plaquetas y el plasminógeno.

Estos cambios señalados son producidos por los estrógenos y progesterona, originados en la placenta; lo cual se dice que en el embarazo existe una hipercoagulabilidad, que garantiza una rápida hemostasia.

E) Presión Arterial.

La presión sistémica disminuye ligeramente durante el embarazo. Hay pocos cambios en la presión arterial sistólica, pero se reduce la presión diastólica (5 a 10 mmHg) desde las 12 hasta las 26 semanas de gestación aproximadamente. Después la presión diastólica se incrementa en las 36 semanas de embarazo.

Todo ascenso de la presión sistólica por encima de 140 mmHg y la diastólica por arriba de 90 mmHg nos indica una posible hipertensión aguda del embarazo (TONEMIA).

F) Presión Venosa.

La presión en la vena yugular, brazo y aurícula derecha no se modifica en ningún momento de la gestación. En cambio la presión venosa de los miembros inferiores sufren un progresivo y significativo aumento, hecho que indica la existencia de una obstrucción. Las causas de esta son: 1) La compresión mecánica que ejerce el útero a partir de la 17a SDG, sobre las venas ilíacas y cava inferior, 2) La presión que ejerce la cabeza fetal sobre las venas ilíacas luego de la 32a ó 34a semana; 3) La constricción que puede sufrir la vena cava en el punto en que atraviesa el huato diafragmático, por la torsión que experimenta el hígado durante el embarazo, y 4) La obstrucción hidrodinámica producida en la vena cava inferior por el permanente desahúe de una cantidad importante de sangre proveniente del útero.

Esta compresión que soporta las venas ilíacas y la vena cava inferior puede provocar una disminución en el retorno de la sangre venosa al corazón derecho, con la consecuente caída del gasto cardíaco y de la presión arterial sistémica. Favoreciendo así la aparición de varices, de hemorroides, etc.

G) Gasto Cardíaco.

Durante el embarazo normal, la presión arterial y resistencia vascular disminuyen mientras que el volumen sanguíneo, el peso materno y el índice del metabolismo basal aumentan. Cada uno de estos procesos afecta el gasto cardíaco, algunos tienden a producir un descenso de éste mientras que otros originan un aumento.

El gasto cardíaco en reposo aumenta de forma considerable durante el primer trimestre, mientras que en el segundo y tercero sólo aumentan muy ligeramente.

Es característico que, en las últimas fases del embarazo, el gasto cardíaco sea superior en decúbito lateral que en decúbito supino, ya que en esta última posición el útero agrandado y su contenido impiden a menudo el retorno venoso hacia el corazón.

1.3.4 APARATO RESPIRATORIO

El embarazo produce cambios anatómicos y fisiológicos que afectan la función respiratoria. Al principio del embarazo ocurre dilatación capilar en todo el aparato respiratorio, con lo que sobreviene ingurgitación de nasofaringe, laringe, tráquea y bronquios. Esto hace que cambie la voz y vuelve difícil la respiración a través de la nariz.

Conforme crece el útero, se eleva el diafragma hasta en 4 cm y la jaula costal se desplaza hacia arriba y se amplía, con lo que se incrementa el diámetro torácico inferior en 2 cm y la circunferencia torácica hasta 6 cm. La elevación del diafragma no obstaculiza su movilidad. Los músculos abdominales tienen menos tono y se encuentran menos activos durante el embarazo, lo cual hace que la respiración sea diafragmática.⁹

Durante el embarazo es frecuente una intensa sensación de un deseo de respirar (Milne y Cols., 1978), que puede ser interpretado como disnea que, a su vez, sugiere una patología pulmonar o cardíaca, aunque en la inmensa mayoría de casos no existe ningún proceso. El aumento de volumen respiratorio suele reducir ligeramente la PCO₂ sanguínea determinando una alcalosis respiratoria leve que es parcialmente compensada por un descenso de la concentración de bicarbonato.

Lo más probable es que el aumento de la fuerza para respirar y a su vez la reducción de la PCO₂ durante el embarazo estén inducidos en gran parte por la progesterona y, en menor grado, por los estrógenos. Se ha administrado medroxiprogesterona oral para provocar un aumento de las excursiones respiratorias en sujetos obesos, no gestantes, con hipoventilación (Sutton y Cols., 1975).

⁹ Pernoll, Op cit., Pág. 161-165.

El lugar de acción de las hormonas parece central, es decir, el efecto estimulante actúa directamente sobre el centro respiratorio.

Aunque el embarazo no dificulta la función respiratoria, es probable que las enfermedades de las vías respiratorias revisten mayor gravedad durante la gestación. Sin lugar a duda, constituye un factor importante el aumento de la demanda de oxígeno impuesta por el embarazo y quizá un aumento del volumen de cierre, especialmente en posición supina.¹⁰

1.3.5 SISTEMA ENDOCRINO.

Durante la gestación se observa modificaciones en la concentración sanguínea de distintas hormonas. Esto se explica, por el hecho de que aparece en este período la placenta, un órgano que produce cantidades importantes de estas sustancias.

Muchas de las hormonas que se sintetizan en la unidad fetoplacentaria son similares a las que producen algunas glándulas de secreciones internas de la mujer, como el estradiol, la estrona y la progesterona.

Hormona Proteica Placenta.

A) Gonadotropina Coriónica Humana (hCG)

La hormona coriónica gonadotropina humana desaparece lentamente en 6 a 8 semanas luego de la evaluación uterina. La acción biológica mayor de la hormona hCG durante la gestación es la estimulación de la esteroidogénesis por el cuerpo lúteo. (SAPO ha demostrado que el aborto siempre ocurre cuando la extirpación del cuerpo lúteo se produce antes de la 7a SDG; pero nunca luego de este período).Por lo tanto, es muy importante la presentación de hCG para estimular la esteroidogénesis a nivel del cuerpo lúteo.¹¹

B) Hormona Lactógeno Placentaria (HPL).

Se llama así debido a sus acciones biológicas similares, por un lado a las de la prolactina y, por otro, a las de la hormona del crecimiento hipofisiaria. Su producción ocurre por completo en el sincitiotroblasto y su papel fisiológico no es totalmente conocido. La acción más importante de la HPL durante el embarazo es el ahorro de la glucosa.

¹⁰ Pritchard, Jack. Op cit., Pág. 190

¹¹ Schwarcz, Ricardo. Op cit. Pág. 55.

C) Adrenocorticotrofina Coriónica Humana (ACTH).

Existen pruebas de que el aumento de cortisol libre puede deberse a la producción de ACTH por la placenta.

Hormonas Esteroides Durante la Gestación.

A) Progesterona.

La placenta puede utilizar, para la producción de progesterona, precursores provenientes tanto de la madre como el feto.

La progesterona es producida fundamentalmente por el cuerpo lúteo hasta alrededor de las 10a. SDG. entre la 7a y 12a SDG. La progesterona es producida tanto por el cuerpo lúteo como por la placenta; luego de la 12a semana, la mayor fuente es la placenta.

B) Estrógenos.

Los precursores básicos de los estrógenos son los responsables del aumento del útero, así como de su irradiación sanguínea durante la gestación.

Los estrógenos también tienen efecto sobre el tejido conjuntivo. Alteran el grado de polimerización de los mucopolisacáridos con lo cual estos se transforman en higroscópicos y admiten grandes cantidades de agua. Ello podría explicar el considerable aumento de agua en el organismo y la aparición de edema durante la gravidez.

Hormona No Placentaria.

A) Hormona Hipófisiaria

Aumenta en cierta medida de tamaño durante el embarazo, ya que existe una hiperplasia e hipertrofia de esta. Está glándula no es esencial para el mantenimiento del embarazo.¹²

¹² Ibidem. Pág. 55-56.

B) Tiroides.

Durante el embarazo existe un agrandamiento del tiroides, apreciable en general por palpación. Se debe a la hiperplasia del tejido glandular y a la vascularización aumentada.

C) Paratiroides.

Durante el embarazo no esta aumentada o lo hace ligeramente. Las calcitoninas, que se originan en las células C de la tiroides, pueden proteger el esqueleto durante el estrés calcico, oponiéndose a la tendencia de la dihidroxivitamina D y de la hormona paratiroidea de resorber el hueso.

D) Suprarrenal.

Se produce una ligera alteración morfológica en la corticotropina, aldosterona y desoxicortisona.

E) Prolactina.

Los niveles de prolactina hipofisiaria se eleva durante el embarazo. Este incremento se inicia entre la 5 y 8a SDG, y aparece después del ascenso en el plasma del estradiol y antes de la aparición del lactógeno placentario. La función mas importante de la prolactina es la preparación de las mamas para la lactancia, su inicio y su mantenimiento.

F) Pancreática.

Durante el embarazo existe una hiperplasia de las células B de los islotes de langerhans. Consecuentemente, la concentración de insulina basal en el plasma esta elevada en la segunda mitad de la gestación. Una sobrecarga de glucosa produce un ascenso mas rápido de insulina y mas elevado en comparación con los valores fuera del embarazo.¹³

¹³ González, Merlo. OBSTETRICIA, Pág. 133.

1.3.6 SISTEMA MUSCULOESQUELETICO.

La lordosis progresiva es un rasgo característico del embarazo normal. Compensando la posición anterior del útero que se agranda, la lordosis desplaza el centro de gravedad hacia atrás sobre las extremidades inferiores. Existe una mayor movilidad de las articulaciones sacroilíacas, sacrococigeas y púbicas durante el embarazo, quizá como resultado de los cambios hormonales. Su movilidad puede contribuir a la alteración de la postura materna, y a su vez, puede causar malestar en la porción inferior del dorso, en especial a fines del embarazo. Durante el último trimestre de la gestación se observa en ocasiones dolor, embotamiento y debilidad en las extremidades superiores, posiblemente como resultado de la acentuada lordosis con flexión anterior del cuello y hundimiento del cinturón escapular que a su vez, produce tracción sobre los nervios cubital y mediano (Crisp y DeFrancesco, 1964).¹⁴

PIEL.

Durante el embarazo aumenta la elasticidad de la epidermis, pero no la de la dermis. La pigmentación acentuada de los tegumentos es el fenómeno mas notable y aparece en la frente, pómulos, nariz, labio superior, etc. a esta pigmentación se le llama cloasma.

La pigmentación desaparece después del parto, aunque a veces persiste con menor intensidad. La intensificación de la pigmentación obedece a la acción de la hormona melanocitos (MSH), se le ha encontrado en la orina de la embarazada, pero se desconoce si la fuente de producción esta en la hipófisis o en la placenta. Hay aumento de la hormona hipofisiaria estimulante de los melanocitos, favorecida por la acción de la progesterona. También se presenta pigmentación en la línea alba, desde el borde superior del pubis al ombligo, en la vulva, en la areola mamaria y en los pezones.

Se puede presentar en el embarazo alteraciones vasculares, llamadas " arañas Vasculares " y hemangiomas. Estas aparecen como manchas rojas brillantes de forma circular, constituida por una arteriola central dilatada de la cual parten prolongaciones dilatadas, que se localizan en la cara, brazo, cuello y parte superior del tórax. A veces son mas extensas como sucede en el eritema palmar. Estas alteraciones son producidas probablemente por una elevación de estrogénos, y suele desaparecer después del parto.

En la mayoría de las gestantes, en el tercer trimestre del embarazo, aparecen estrias que se localizan especialmente en el abdomen, en los glúteos, y a veces en las mamas. Su longitud de las estrias oscila entre 2 y 15 cm y la anchura entre 2 y 6 mm; la superficie es lisa, aunque a veces muestren algunos pliegues; están algo deprimidas sobre el resto de la piel su color es rojo violeta.

¹⁴ Pritchard, Jack; Op. cit. Pág. 199.

Existen 2 factores fundamentales para que se presenten las estrías: 1.- Factor mecánico de distensión, y 2.- aumento de la producción de corticoides, que altera el tejido elástico.

1.3.7 APARATO REPRODUCTOR

(Cambios Locales)

El aparato genital femenino se modifica anatómicamente y fisiológicamente durante la gestación. En la mayoría de estos cambios, predominarán los procesos de hipertrofia, hiperplasia, congestión e inhibición.

A) Vulva.

Durante el embarazo, la vulva esta hipéremica y adquiere un tono cianótico. Al igual que sucede en el cuello, sus tejidos se hacen mas blandos y elásticos. Suele observarse edema y aumento de la vascularización. Además se presenta hipertrofia de los labios mayores y menores, y carúnculas prominentes como el resto de los genitales.

B) Periné.

Hay hiperplasia del tejido elástico y relajación de los musculos de la pelvis, en particular, del elevador del ano. Estos cambios son preparativos para facilitar el pasaje del feto por el último trayecto del canal de parto.

C) Trompas.

La musculatura de las trompas de falopio experimentan probablemente una hipertrofia muy escasa o nula. El epitelio de la mucosa tubárica es aplanado durante la gestación comparado con el estado no gravídico.¹⁵

D) Vagina.

La capacidad vaginal aumenta considerablemente, ampliándose tanto en longitud como anchura, hecho que se considera como un fenómeno preparatorio para el parto. Las paredes se reblandecen por inhibición y estasis al tiempo que el tejido elástico aumenta, lo que facilita la distensión; el tejido muscular experimenta hipertrofia e hiperplasia. Aumentan también las papilas y los folículos, así como las arrugas y los

¹⁵ González, Op. cit. Pág. 133-134.

pliegues transversales y dan al tacto una falsa sensación áspera de vaginitis granulosa (Colpitis Granular)

*** Secreción Vaginal.**

El incremento cervical y la secreción vaginal están normalmente representados por una exudación blanca y espesa. Su PH varía desde 3.5 hasta 6, como resultado de la producción aumentada de ácido láctico a partir del glucógeno del epitelio vaginal por el lactobacillus acidophilus. El PH ácido desempeña una función importante en el control de las bacteria patógenas en la vagina.

E) Ovario.

Los ovarios se hipertrofian por un proceso de congestión y edema. En los ovarios se hace aparente el crecimiento del cuerpo amarillo gravídico, en el sitio que se considera que fue asiento del folículo del que salió el óvulo posteriormente fecundado. Alcanza su mayor tamaño entre la 17a y 19a semana.

F) Útero

A nivel de este órgano se producen las principales modificaciones del aparato genital, las cuales abarcan en su totalidad, tanto en extensión (Cuerpo, istmo, segmento inferior, cuello) como en espesor (Peritoneo, miometrio, y endometrio).

El útero se divide en 2 porciones el cuerpo y el cuello, que reaccionan diferentes en el embarazo. El cuerpo esta formado básicamente de músculo y el cuello de tejido conectivo.

El cuerpo experimenta crecimiento y esta sujeto a distensión, mientras que el cuello se mantiene como anillo mas o menos cerrado. Hasta el final de la gestación. La función del cuerpo consiste en contener el producto de la concepción, y la del cuello o cérvix, en mantenerlo en su sitio. Generalmente, el útero no gestante esta en anteversión y ante flexión. Al principio del embarazo hay una acentuación de esta anteversión o, al contrario, si el útero se halla en retroversión, una persistencia de la misma.

Los cambios en el tamaño y posición durante las primeras semanas conserva su perfil original piriforme, pero el cuerpo y el fondo adquieren pronto una forma mas globular, que se convierte casi esférica al tercer mes lunar. Por lo tanto, el órgano aumenta mas rápidamente en longitud que en anchura y adopta una forma ovoide. Al final del tercer mes lunar, el útero es demasiado grande para permanecer en su totalidad en la pelvis. A medida que el útero continúa agrandándose, entra en contacto con la pared abdominal anterior, desplazando a los intestinos hacia los lados y arriba, elevándose gradualmente hasta alcanzar finalmente el borde hepático. En

cuanto al peso y la capacidad uterina esta aumentada 10 veces su peso, pesando de 60 - 80 gr. a unos 900 - 1200 gr. a término.

A partir del primer trimestre de embarazo el útero experimenta contracciones irregulares, indoloras, que en el segundo trimestre pueden ser detectadas por exploración bimanual. La retroactividad es otra función específica adquirida por el útero durante la gravidez. Puede definirse como un estado de contracción permanente (que se diferencia de la contracción verdadera en la que esta es transitoria), por lo que el útero reduce su extensión a medida que se evacua (expulsión del líquido amniótico del feto, de los anexos).

En cuanto al segmento inferior posee actividad contráctil; ya que participa en el mecanismo de dilatación del cuello por las contracciones uterinas, figurando en el complejo del "Triple gradiente descendiente". Además, con carácter pasivo, proporciona al huevo mayor espacio para su alojamiento y permite el descenso y pasaje de la presentación durante el embarazo y el parto. La desaparición de la capa media hace que el segmento no sea útil para la retracción.

Durante el embarazo existe un considerable ablandamiento y cianosis del cuello uterino. Además presenta eversion del conducto endocervical o ectopia cervical; aparición de nuevas áreas de epitelio escamoso, aparición de zonas de transformación atípica, modificaciones en el tejido conjuntivo subepitelial, cambios en el moco cervical: el tapón mucoso se debe a que durante la gestación hay un gran desarrollo del sistema glandular, así como de su vascularización, lo cual origina una secreción de moco espeso. Este tapón impide el paso de gérmenes a la cavidad uterina.

(Cambios Generales).

A) Mamas.

Durante el embarazo ocurren en las mamas cambios considerables. La mujer nota a menudo una mayor sensibilidad y hormigueo en las primeras semanas. Al cabo del segundo mes., Las mamas aumentan de tamaño y se vuelven nodulares a consecuencia de una hipertrofia de los alvéolos mamarios. Los cambios en los pezones y areolas son todavía más característicos. Los propios pezones aumentan de tamaño, se pigmentan y son más eréctiles. Después de transcurrido unos meses se puede exprimir un líquido amarillo y espeso de los pezones llamado calostro. En este periodo la areola aumenta de amplitud y se hace más intensa la pigmentación.¹⁶

¹⁶ Castelazo, Op. cit. Pág. 77-82.

B) Aumento de Peso.

La mayor parte del aumento de peso tiene lugar durante el embarazo es atribuible al útero y a su contenido, a las mamas y al aumento del volumen de sangre circulante y de líquido extravascular extracelular. Son responsables de este incremento de peso: 1.- El incremento progresivo de feto, placenta y líquido amniótico. 2.- mamas, y 3.- El líquido extracelular (líquido intersticial mas plasma).¹⁷

1.3.8 DIAGNOSTICO DE EMBARAZO.

Existe una serie de signos y síntomas que sugieren (datos presunciales) ó confirman (de certeza) el embarazo.

Datos de presunción:

* Amenorrea.- Es uno de los primeros y más importantes signos del embarazo. Es particularmente significativo si la mujer es regular en su ciclo menstrual y si ha transcurrido 10 ó más días desde la fecha en que debía presentarse. Sin embargo, como la amenorrea también puede ser originada por trastornos emocionales, enfermedades, fatiga y otros factores, sólo puede ser un signo presuntivo de embarazo. Conviene señalar que también es posible que el embarazo ocurra en ausencia de la menstruación, como en el caso de una mujer que se embaraza después del nacimiento de un hijo antes de que se restablezca la menstruación.

* Náuseas con vómito ó sin él.- Se presenta en aproximadamente 50 % de los embarazos, en la cuarta a la decimosegunda semana. Es mas frecuente por la mañana y suele desaparecer a las pocas horas para reaparecer a la mañana siguiente. Con frecuencia, la mujer puede obtener algún alivio al comer una galleta seca antes de levantarse en la mañana.

Una teoría para explicar este trastorno lo atribuye a los factores psicológicos. Así, se le considera como una manifestación subconsciente de rechazo de su embarazo por la futura madre. En algunos casos quizá esto sea cierto, sin embargo, las mujeres que experimentan este malestar antes de saber que están embarazadas, indudablemente participan otros factores.

¹⁷ Pritchard, Jack. Op cit. Pág. 182.

Otra teoría atribuye las náuseas y el vómito a cambios fisiológicos, como trastornos del metabolismo de los carbohidratos y aumento de las hormonas. Si las náuseas y el vómito persisten, pueden llegar a ser una seria complicación en el embarazo.

* **Cambios mamarios.-** Los que pueden observarse durante las primeras semanas son crecimiento, pesantez, pigmentación, hormigueo y aumento de la sensibilidad de las mamas y los pezones.

En cuanto a la pigmentación esta aumentada en el abdomen y la cara. En el abdomen aparece una línea oscura que corre desde la cicatriz umbilical hasta la sínfisis del pubis y se le llama línea morena. La cara puede tener zonas irregulares de pigmentación llamadas cloasmas.

* **Polaquiuria.-** Se presenta en algunas enfermedades renales y a menudo aparecen tempranamente en el embarazo, cuando el útero en crecimiento presiona la vejiga y disminuye su capacidad.

* **Movimientos.-** Los primeros movimientos fetales percibidos por la madre son leves y como de aleteo, y es posible que la mujer que cree estar embarazada confunda los movimientos del gas contenido en el intestino con los movimientos del feto.

Datos de Probabilidad.

* **Crecimiento del abdomen.-** En el embarazo, este crecimiento es secundario al del útero. En condiciones distintas del embarazo, como en el caso de un tumor, el abdomen también puede llegar a crecer.

* **Signo de Chadwick.-** Es una coloración azulada o púrpura de la vulva y la vagina causada por aumento de riego sanguíneo. Se observa después de la cuarta semana de embarazo.

* **Signo de Goodell.-** Consiste en un reblandecimiento característico del cuello uterino que acompaña al aumento de riego sanguíneo y al de secreción de hormonas relacionados con el embarazo. Se presenta alrededor del segundo período menstrual ausente.

* **Signo de Hegar.-** Es el reblandecimiento del segmento uterino inferior, en el cual es perceptible aproximadamente en la sexta semana de embarazo.

* **Pruebas de embarazo.-** Casi todas las pruebas se basan en la presencia de gonadotropina coriónica humana (HCG), hormona secretada por las vellosidades coriónicas de la placenta, y que aparecen en la sangre y orina de la embarazada alrededor del decimoquinto día de embarazo.

Se pueden hacer pruebas biológicas e inmunitarias para descubrir el embarazo. La ventaja de las pruebas inmunitarias son que pueden descubrir el embarazo 10 días después de la amenorrea; son más fidedignas que las pruebas biológicas.

Datos de certeza:

La existencia de los signos positivos aseguran un diagnóstico definitivo e indudable de embarazo.

* **Presencia de la Frecuencia Cardíaca Fetal.** - A partir de la vigésima semana se percibe la frecuencia cardíaca fetal en el estetoscopio de pinard. La frecuencia fetal es de 120 a 150 latidos por minuto. Es importante comprobar que se esta tomando la medición correcta, ya que se podría tomar la frecuencia materna y diagnosticar una bradicardia fetal, cuando no la hay.

* **Palpación de partes fetales .-** Se palpan partes fetales es decir, se localiza el dorso, la cabeza, los gluteos y las extremidades.

* **Ultrasonido y Placas de Rayos x .-** En estos estudios se observa el producto del embarazo.¹⁸

¹⁸ **Bothea, Op. cit. Pág. 38-44.**

1.4 COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

El embarazo es el proceso fisiológico normal que sólo en ocasiones es complicado por problemas y alteraciones que ponen en peligro la vida o la salud de la madre, del feto o de ambas partes.

El embarazo modifica significativamente los sistemas fisiológicos de la mujer y siempre existe la posibilidad de que afecte la salud general y surgan complicaciones. Dentro de las complicaciones que más frecuentemente se presentan en las embarazadas podemos encontrar:

1.4.1 ANEMIAS.

1.4.1.1 Definición: Es la disminución en la concentración de hemoglobina menor a 11 g/dl, eritrocitos por debajo de 3500.000 X mm³ y hematócritos inferior al 32 % en la sangre periférica dando como resultado la reducción de la capacidad transportadora de oxígeno.¹⁹

Durante el embarazo el embarazo existe una elevación progresiva del volumen sanguíneo para cubrir el gasto que demanda la circulación placentaria. Dicha elevación comienza a partir de la décima semana hasta la semana 30 -- 34 en que llega a los 1 250ml. Está hidremia fisiológica provoca una hemodilución de los elementos figurados, con disminución de los valores absolutos del recuento de eritrocitos y consecuentemente del hematócrito. Sin embargo, el volumen de los eritrocitos se elevan a partir de la semana 26 en un 25 % que no alcanza a compensar el ascenso del volumen plasmático referido.

A su vez el incremento de las necesidades férricas de la unidad feto placentaria que determina una constante explotación materna de hierro, contribuye a reducir los valores de hemoglobina hasta 11g/ dl. Ya que se requiere de hierro para el feto (300 mg para feto y placenta de la cual aumenta hasta 400 mg en el tercer trimestre debido a que es el momento en que se produce un mayor depósito fetal porque esta próximo a la vida extrauterina y requiere de reservas), para la madre (500 mg para aumentar la masa de hemoglobina materna) y para restaurar la pérdida de éste elemento en: el lecho placentario, por la propia placenta y cordón umbilical 90 a 170 mg, en la episiotomía, desgarros, hemorragias durante el parto se calcula una pérdida de 90 a 130 mg, y durante el periodo posparto por medio de los loquios se pierde 200 a 250 mg de hierro.

¹⁹ Schwarz, Op cit. Pág. 287.

También existe una pérdida de éste elemento en la lactancia materna. Se ha calculado que con todo lo mencionado, la pérdida de hierro en promedio es de 1 a 2,5 mg al día, por arriba y por abajo de las pérdidas basales.²⁰

1.4.1.2 Clasificación: Clínicamente las anemias asociadas al embarazo se pueden clasificar de la siguiente manera:

1) Ferropénica: En donde la hemoglobina está disminuida ocasionada por hemorragias intensas, ingesta insuficiente de hierro, trastornos metabólicos del hierro (nefropatías).

2) Megaloblástica: Está dada por la deficiencia de ácido fólico, que se caracteriza por anemia de progreso lento leucopenia y trombocitopenia, la existencia de precursores eritroides megaloblástica anormales en médula ósea, aparición frecuente de lesiones neurológicas y de mucosa que afectan boca, lengua y estómago.

3) Hemolítica: Se caracteriza por la destrucción y desaparición rápida de lo normal de los eritrocitos. Dicha anemia se debe a muchas causas, pero se puede dividir en dos: a los que se deben a efectos propios del eritrocito y a factores extraglobulares.

1.4.1.3 Factores Predisponentes: Sabemos que el hierro es necesario componente de la parte de la molécula de la hemoglobina que se encarga del transporte de oxígeno de los pulmones hacia todos los tejidos, dicha capacidad se deriva de su alta concentración de hemoglobina si existe disminución de hemoglobina la capacidad de transporte de oxígeno a la sangre desciende a un 99 % y no será suficiente para satisfacer las necesidades metabólicas. Cuando la hemoglobina se combina con el oxígeno en los capilares pulmonares se le llama oxihemoglobina que cursa en la corriente hemática, antes de llegar a los tejidos, en donde libera el oxígeno para que tome parte del proceso de oxigenación, y parte del bióxido de carbono es llevado por la misma Hb a los pulmones para ser eliminado y comenzar de nuevo el ciclo. Lo normal de hemoglobina durante el embarazo es de 12-14g/dl de sangre.

Cuando existe deficiencia de este elemento disminuye con rapidez sus reservas en la médula ósea y la síntesis de Hb; además de que la médula forma eritrocitos más pequeños y con un contenido de hemoglobina bajo.

²⁰ Bryde, Mac. SIGNOS Y SÍNTOMAS. Pág. 602.

La menstruación, normalmente extrae de los depósitos de hierro una cantidad de 10 a 30 mg / mes por la pérdida de sangre que es de 25 hasta 65 ml, cuando la menstruación excede a más ó si la pérdida hemática no se contrarresta con una disminución en la excreción de hierro o un aumento en la absorción se produce un balance negativo. Como consecuencia muchas mujeres quedan embarazadas con reservas de hierro deficientes.

El dispositivo intrauterino (DIU) se introduce en la cavidad uterina, como respuesta del organismo hacia un cuerpo extraño desencadena un mecanismo inflamatorio local el cual va propiciar hemorragias intermenstruales abundantes. Con la pérdida provoca un cuadro anémico.

Las mujeres multiparas no permiten rehacer sus reservas de hierro y por lo tanto estan expuestas a las anemias. También los embarazos gemelares son otro riesgo, ya que los requerimientos son mayores.

Cambios Anatomopatológicos: El organismo almacena una cantidad de hierro que varía entre 3 500 y 4 000 mg; el 75 % de esa cantidad se encuentra en la hemoglobina circulante y el 25 % se almacena como ferretina en médula ósea, bazo e hígado. Para que el organismo materno pueda cubrir las necesidades fetales requiere de mayor cantidad de hierro durante el embarazo. En la anemia por falta de hierro el cuadro hemático muestra tanto una Hb baja como un volumen de eritrocitos acumulados reducidos, presentándose células pequeñas (microcítico) y colorabilidad variable (anisocitosis y policromasia).

Cuando existe deficiencia de hierro, la médula ósea reacciona a la falta de ello mediante la producción de una moderada reducción de eritrocitos, causando hipoxia tisular porque el oxígeno que les llega no es el suficiente. Esto causa una serie de reacciones tendientes a compensar la falta de oxígeno agravando al sistema cardiovascular. Todo esto se provoca al no existir hierro, ya no se puede sintetizar la suficiente cantidad de hemoglobina por la falta de ello provocando así la anemia.²¹

En tanto que la anemia por déficit de ácido fólico provoca cambios bioquímicos y hematológicos puesto que es necesario para la formación de los eritrocitos. El ácido fólico es necesario para la síntesis del ADN de la eritropoyesis. Este se lleva acabo más lento y se traza la actividad mitótica en las células. Por consiguiente se dan cambios morfológicos específicos en todas las células del organismo. La maduración celular es de tipo displásico, aparecen los megaloblastos en médula ósea y se desarrolla anemia.

²¹ Mondragón, Op cit. Pág. 370.

1.4.1.4 Sintomatología: El cuadro clínico es inespecífico, pero la paciente puede presentar: palidez de tegumentos, astenia, anorexia, vértigos, taquicardia, palpitaciones, disnea, lipotimias, estomatitis angular, glositis, etc.

1.4.1.5 Complicaciones: Las anemias graves repercuten desfavorablemente en las afecciones cardíacas y en la insuficiencia pulmonar e incrementa su incidencia negativa sobre la gestación.

Un nivel de hemoglobina de 9 g/dl es suficiente para que la madre y el feto no presente problemas, pero si está inferior a 6.5 g/dl ambos están en peligro. Las complicaciones se presentan porque existe una reducción funcional que requiere energía, con la consiguiente limitación del transporte de oxígeno a los tejidos. Ya que la falta de hierro en el organismo hace que la capacidad de transportar oxígeno sea deficiente.

* **Efectos sobre la madre:** Intolerancia a las pérdidas hemáticas, aunque sean escasas durante el parto, predisposición a las infecciones, en algunas ocasiones parto distócico, pielonefritis y preeclampsia.

* **Efectos sobre el feto :** Cuando existe Hb inferior de 9 g/dl ocasiona hipoxia fetal, retardo del crecimiento, productos hipotróficos, prematuros, hipertrofia placentaria e insuficiencia placentaria. Cuando la Hb es menor de 6 g/dl ocasiona mortalidad perinatal.

La anemia megaloblástica ocasiona con mayor frecuencia abortos, partos prematuros y malformaciones fetales.

1.4.2 ABORTO :

1.4.2.1 Definición: Es la expulsión del producto de la concepción antes de las 20 semanas de gestación o con un peso menor o igual a 500 mg.

1.4.2.2 Clasificación:

- _ Amenaza de aborto
- _ Aborto Inevitable
- _ Aborto Completo
- _ Aborto Incompleto
- _ Aborto Diferido
- _ Aborto Habitual
- _ Aborto Molar
- _ Aborto Séptico

1.4.2.3 Etiología: Durante los primeros meses de embarazo, la expulsión del huevo está precedida, casi siempre, por la muerte del embrión o del feto. Por esta razón, las consideraciones etiológicas del aborto comprenden la dilucidación de la causa de muerte embrionaria. Este puede ser debida a anomalías del huevo propiamente dicho, del aparato reproductor, enfermedad general de la madre y con menor frecuencia del padre.

Desarrollo anormal del cigoto. - La causa más frecuente parece ser esta: hoy se sabe que las anomalías cromosómicas son frecuentes entre los embriones abortados, las alteraciones en el número de cromosomas son mucho más frecuente que las que afectan la estructura; estas últimas pueden transmitirse a través de los padres, las causas de las alteraciones numéricas consisten en divisiones meióticas anómalas del gameto de uno de los padres, dispermia en el momento de la fertilización o anomalías en las primeras divisiones mitóticas. Las edades de los gametos del espermia y del óvulo pueden influir en la tasa de abortos. Para que se produzca la implantación, es necesario que coincidan de modo exacto todo los factores implicados en ellas, tales como el adecuado control hormonal del peristaltismo tubárico y endometrial, los múltiples factores endocrinos y la formación de la decidua, el indicio correcto para el blastocito y la respuesta de éste en orden a la implantación, y la relación celular del trofoblasto y del endometrio son otros tantos factores que deben integrarse para conseguir la nidación.

El trofoblasto tiene que nutrirse a partir de la decidua y entremezclarse con los vasos sanguíneos maternos antes de que se desarrolle la circulación de las vellosidades. Si cualquiera de estos mecanismos falla se pone el peligro la supervivencia del huevo y es probable que se produzca el aborto. Las radiaciones, virus y factores químicos pueden llegar a producir malformaciones congénitas y después abortos.

Entre los factores maternos están algunas enfermedades infecciosas crónicas inducidas por microorganismos que ocasionan abortos. La listeria monocytogenes y toxoplasma pueden ser agentes etiológicos, así como infecciones por micoplasma. También puede haber alteraciones endocrinas: la progesterona mantiene la decidua, su deficiencia relativa podría teóricamente interferir en la nutrición del producto y así contribuir a su fallecimiento. Los niveles anormales de una o más hormonas podría ayudar a pronosticar el aborto. En general los niveles bajos de estas hormonas constituyen la consecuencia y no la causa de una lesión irreversible de la unidad feto placentaria.

En cuanto a la nutrición parece ser que solo una mal nutrición generalizada intensa puede predisponer a una mayor frecuencia de abortos. Se ha comprobado que en las mujeres fumadoras hay una mayor incidencia de abortos espontáneos, de la misma manera se ha relacionado el alcohol aún cuando su consumo sea moderado.

Los factores inmunológicos: se ha pensado que tanto las similitudes antigénicas entre los padres como sus diferencias pueden desempeñar alguna función; se ha publicado aunque no confirmado, un aumento en la frecuencia de abortos en caso de incompatibilidad ABO.

Otro factor materno son las anomalías de los órganos reproductores; una importante lesión del aparato genital que contribuye al aborto es la incompetencia del cuello y la incarceration del útero.

1.4.3.4 Signos y Síntomas:

* **Amenaza de aborto.-** Es cuando aparece flujo vaginal sanginolento de cualquier intensidad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo, puede ir acompañado de dolores espasmódicos semejantes a los que aparecen durante la menstruación, esto coincide con las contracciones del útero, sin modificaciones de la forma, ni dilatación alguna del cuello uterino.

* **Aborto Inevitable.-** Comienza a producirse la dilatación del cuello uterino, fundamentalmente del orificio interno del mismo, con exageración de la sintomatología dolorosa y hemorrágica. El cuello uterino puede palparse intermitentemente contraído; a través del cuello dilatado se puede alcanzar el huevo, cuando las membranas están intactas. Los huevos pequeños pueden desprenderse y quedar retenidos en el cuello antes de expulsarse.

* **Aborto Completo.-** Es la expulsión del producto de la concepción antes de la vigésima semana de gestación.

* **Aborto Incompleto.-** Los restos ovulares no han podido ser totalmente eliminados de la cavidad uterina, en el útero se mantiene blanduzco, grande y sin retraerse totalmente; el cuello permanece dilatado en sus dos orificios y la hemorragia es profusa y persistente.

* **Aborto Diferido.-** Es la retención prolongada de un huevo que murió durante la primera mitad de la gestación. También se le conoce como aborto retenido, queriendo significar con esto que el útero no se ha contraído ni dilatado totalmente como para expulsar el huevo muerto en su interior. Durante un cierto tiempo el útero parece estacionario en tamaño, es posible que la paciente pierda peso por consiguiente la palpación y la medición cuidadosa del útero pone en manifiesto que no solo ha cesado de crecer, si no que además se hace más pequeño a consecuencia de la absorción de líquido amniótico y maceración del huevo.

* **Aborto Habitual.-** Es después de tres fracasos anteriores sucesivos que el caso es catalogado como aborto habitual, este puede ser provocado por numerosas causas como factores cromosómicos, deficiencias nutritivas, enfermedades crónicas, modificaciones endocrinas, anomalías anatómicas, etc.

* **Aborto Séptico.-** La sepsis que aparece tras el aborto está provocado en la mayor parte de los casos por microorganismos patógenos procedentes de la flora intestinal y vaginal, por lo general la infección queda confinada en el útero en forma de metritis, aunque no son raras las parametritis, la peritonitis y las septicemias. En estos casos hay reagudización del dolor, que toma ahora forma más sorda y permanente; fiebre generalmente en picos e intoxicación general (palidez, taquicardia, escalofríos). Puede haber hemorragia genital o flujo purulento fétido, el útero se palpa algo agrandado y doloroso a la compresión.²²

1.4.3 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS:

1.4.3.1 **Definición:** Es la salida de líquido amniótico por una solución de continuidad total y espontáneo de las membranas ovulares dos horas antes de la iniciación del trabajo de parto, y en embarazos de más de 20 semanas.²¹

1.4.3.2 Clasificación:

- **Prematura.-** Ocurre antes de la 36.6 SDG y después de la 20 semanas sin trabajo de parto.
- **Precoz.-** Se presenta 2 horas de la actividad uterina, y después de la 37 SDG.

1.4.3.3 **Etiología:** La etiología se considera multifactorial y se puede dividir en dos grupos:

Factores Externos.

- _ Problemas de infecciones cervicovaginales.
- _ Infestaciones.
- _ Traumatismos

²² Casavilla Florencio, Pedro. MANUAL DE OBSTETRICIA. Pág. 268-279.

²³ UNAM – SUA. Antología de Obstetricia. Pág. 99.

Factores Internos:

- Insuficiencia de la cérvix.
- Dilatación prematura de la cérvix.
- Desproporción cefalopélvica
- Desarrollo deficiente de las membranas ovulares.

1.4.3.4 Datos Clínicos: Salida de líquido por los genitales, reducción del tamaño del útero, aumento de la prominencia del feto a la palpación, color y consistencia del líquido amniótico y la presencia de manchas de vérmix.

La ruptura prematura de membranas, es una causa importante de trabajo de partos prematuros, prolapso del cordón umbilical e infecciones intruterinas. En la ruptura de las membranas extremadamente prolongada, el feto puede tener un aspecto semejante al que se observa en el síndrome de potter (flexión extraordinaria, piel muy arrugada).²⁴

Si la rotura prematura ocurre en la semana 37 o posteriormente, no habrá problemas serios; el trabajo de parto generalmente inicia pocas horas y en caso de que esto no ocurra, generalmente se podrá inducir el trabajo de parto. Si la ruptura de membranas se presenta antes de la 37 semanas, con frecuencia se presentan problemas serios que se suman a los riesgos asociados con un nacimiento pretermino. Los problemas se presentan cuando la edad gestacional se encuentra entre las semanas 26 y 29 . En esta etapa su desarrollo del feto es prematuro y se encuentra en mejores condiciones dentro del útero que en la unidad del recién nacido.²⁵

1.4.3.5 Complicaciones:

Fetales: La principal complicación de la ruptura prematura de membranas es que haya pasado un tiempo prolongado desde su ruptura hasta el nacimiento del bebé; ya que podría haber infección neonatal, permutares, prolapso del cordón umbilical, infección amniótica.

Maternas: Entre las complicaciones se encuentra la corioamnioitis que tratada evoluciona hacia la curación, de no ser así se puede complicar con deciduomimetritis y llegar hasta el choque séptico. En caso de estas patologías el pronóstico es malo para la función reproductora, ya que se tendría que hacer una histerectomía.

²⁴ Pernoll, Op cit. Pág. 390.

²⁵ Caplán M. Ronald. FUNDAMENTOS DE OBSTETRICIA. Pág. 271.

1.4.4 PARTO PRETERMINO:

1.4.4.1 **Definición:** Es el nacimiento de un producto menor a 37 semanas de gestación, con un peso menor de 2, 500 g.²⁶
Decir que un parto es prematuro implica aceptar que la gestación se ha interrumpido antes de que el feto haya alcanzado suficiente madurez para adaptarse a la vida extrauterina, necesitando unos cuidados especiales para sobrevivir.

1.4.4.2 **Clasificación:** Aunque no existe una clasificación exacta, y cuando se ha intentado efectuarla, ninguna de ellas ha logrado englobar todas las características que se deben estudiar en el parto pretermino, tradicionalmente se analizan el número de contracciones uterinas, las características cervicales y la altura de la presentación. Así se ha formulado tres grupos de acuerdo con el siguiente índice tocolítico:

A) El primer grado es cuando existe contractibilidad uterina dolorosa, con frecuencia una en 10 minutos o menos. Aquí el reposo da resultado, con o sin la administración de utero-inhibidores por vía oral.

B) En el segundo grado se dan 2 a 3 contracciones en 10 minutos, de buena intensidad y con dolor ligero. Aquí está indicada la uteroinhibición del trabajo de parto, por vía intravenosa continua.

C) En el tercer grado hay borramiento y dilatación de 4 cm o más, o se produce ruptura prematura de membranas. Aquí sólo queda mejorar las condiciones de madurez fetal pulmonar y evitar la hipoxia trans postparto.²⁷

1.4.4.3 **Etiología:** Entre los factores etiologicos se encuentran:

1.- Valor de la última regla como punto de referencia. Muchas mujeres no saben con exactitud cuando tuvieron su última menstruación y esto puede conducir a errores importantes.

2.- Factores Ovulares como toxemia gravídica, polihidramnios, placenta previa, embarazo gemelar, fetos malformados y muerte fetal intrauterina. Todos estos estados son capaces de desencadenar trabajo de parto, pero no se sabe en que momento.

²⁶ Mondragón, Op cit. Pág. 229.

²⁷ ENEO – UNAM. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EN OBSTETRICIA. Pág. 179-180.

3.- Factores Maternos como anomalías congénitas en la cavidad uterina, incompetencia cervical, miomas úteros hipoplásicos (con cavidad pequeña), diabetes, toxicomanías, placenta previa, infecciones de vías urinarias, ruptura prematura de membranas, edad materna, nutrición y trabajos que requirieren grandes esfuerzos.

En cuanto a la edad materna se han hecho muchas investigaciones que documentan la asociación que existe entre el nacimiento prematuro a menor edad materna (20 años) o superiores a los 35 años, con la primiparidez, la baja estatura, condición socioeconómica baja, con tabaquismo, con enfermedades congénitas del corazón y defectos anatómicos del útero.²⁶

Los defectos anatómicos del útero como causa de un trabajo de parto en pretérmino no son muy comunes; la fusión incompleta de los conductos de muller pueden impedir que se lleve a cabo un crecimiento normal del útero o interferir con el desarrollo placentario. La insuficiencia placentaria de puede deber a malformaciones o infartos, o ser puramente funcional sin que se observen defectos anatómicos.

En los embarazos múltiples el sistema de transporte, se vuelve insuficiente para suministrarle una cantidad apropiada de nutrientes a los fetos. La elevada frecuencia de prematuréz en asociación con la anencefalia y otras malformaciones del SNC fetal apoyan la suposición de que el centro que controla la duración de la gestación se localiza en el centro fetal. Las anomalías que se asocian con hidramnios probablemente desencadenen TDP al producir una distensión rápida del útero. Ciertas situaciones de tensión precipitan el trabajo de parto.²⁷

1.4.4.4 Signos y Síntomas:

Actividad uterina con gestación menor a 37 semanas, modificaciones cervicales, dilatación de los orificios internos y externos. Puede acompañarse por ruptura prematura de membranas y hemorragia genital.

²⁶ Botella Ilsa, José. PATOLOGÍA OBSTÉTRICA. Pág. 285-278.

²⁷ Pernoll. OP cit. Pág. 226.

1.4.5 EMBARAZO PROLONGADO:

1.4.5.1 Definición: Se considera embarazo prolongado al que ha llegado a 42 semanas de gestación desde el primer día de la última fecha de menstruación, o las 40 semanas de gestación desde el momento de la concepción.

La mayoría de los fetos manifestarán los efectos de trastorno de la provisión nutricional (pérdida de peso, reducción del tejido subcutáneo, descamación, piel como pergamino). Esta alteración se conoce como dismadurez. Aún no han podido aclararse las causas de la mayor parte de los casos de dismadurez; pero los embarazos prolongados se acompañan a menudo de fetos anencefálicos y de aquellos que experimentan deficiencias de sulfatasa placentaria.³⁰

Algunas características de posmaduros son: piel seca, agrietada, arrugada , apergamínada, extremidades largas y delgadas.

La vida media normal de la placenta es de 40 semanas, después de este momento su capacidad y su reserva están progresivamente disminuidas en cuanto a las demandas de un feto en desarrollo.

Paralelamente a la insuficiencia placentaria se va dando la insuficiencia respiratoria, además obliga a que la sangre periférica abandone la piel y otros territorios menos vitales para acudir a oxigenar el corazón y cerebro causando que la piel se arruga y macere. La hipoxia puede agravarse pudiendo morir el feto durante el parto, ya que disminuye el flujo útero -- placentario en cada contracción uterina.

El peligro del posmaduro es la senescencia placentaria. La placenta tiende a envejecer más rápido que el feto y se produce una insuficiencia placentaria.

1.4.5.2 Signos y síntomas:

Hay ausencia de las contracciones y puede haber disminución de la motilidad fetal.

1.4.5.3 Complicaciones:

Puede darse una desnutrición en útero, retraso mental y secuelas neurológicas, sufrimiento fetal , traumatismo fetal por fórceps en el trabajo de parto ó muerte del producto.

³⁰ Ibidem, Pág. 393.

En cuanto a las características de líquido amniótico en un recién nacido postérmino se observa :

Color — Amarillo verdoso.

Cantidad — Menos de 200 ml.

Grumos — Aumentados, espesos como puré lechoso.

Lanugo — Aumentado.

Pelo -- Sedoso, negro, teñido de meconio.

1.4.6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

1.4.6.1 Los estados hipertensivos del embarazo consisten en preeclampsia y eclampsia (que se conoce también como hipertensión inducida por el embarazo, toxemia ó gestación EPH < edema, proteinuria e hipertensión >). El término hipertensión se define como presión arterial de 140 / 90 mm Hg ó más.

Preeclampsia: Se le llama preeclampsia a la triada de edema, hipertensión y proteinuria que ocurre primordialmente en nulíparas después de la vigésima semana de gestación y, más a menudo, cerca del término.

Eclampsia: Es el fenómeno constituido por convulsiones.

Hipertensión Crónica: Es aquella que se encuentra antes de la concepción o antes de la vigésima semana de aborto o que persiste durante más de seis semanas después del parto.

Hipertensión Transitoria: Es un término impreciso que significa hipertensión que se desarrolla durante el trabajo de parto o inmediatamente en el posparto en pacientes que no tienen otro signo de preeclampsia o hipertensión preexistente.

CLASIFICACION DE LÓPEZ YERA

GRADO	T / A	PROTEINURIA	EDEMA
1 Leve	120/80 140 /90	Huellas hasta 1.5 mg X litro	+
2 Moderada	140/ 90 160/110	1.6 a 3 gr. X litro	++
3 Severa	160 / 110 ó más	3 gramos ó más	+++ ó nada de edema
4 Convulsiva	Lo anterior más convulsiones tónico clónicas		
5 Comatosa	Lo anterior sin crisis convulsivas, presentación en estado de coma.		

* **PRECLAMPSIA:** Los factores predisponentes son nuliparidad, edad materna menor de 20 o mayor de 35 años, gestación múltiple, mola hidatiforme, polihidramnios, hidropesía fetal no inmunitaria, diabetes, hipertensión crónica y enfermedades renales subyacentes.

1.4.6.2 Los signos y síntomas que se presentan en la preeclampsia son:

- **Edema.**- El edema de las partes bajas es un dato normal del embarazo; pero el que se observa en las manos y la cara, al levantarse por la mañana, se considera patológico.

- **Hipertensión.**- Es el criterio más importante para el diagnóstico de preeclampsia. Presión arterial sistólica mayor de 160 mm Hg ó diastólica superior a 110 mm Hg registrada en 2 ocasiones con la paciente en reposo.

- **Proteinuria.**- Puede ocurrir preeclampsia con ó sin ella. La proteinuria indica peligro para el feto.

Existen otros signos y síntomas secundarios que acompañan a la hipertensión arterial como son:

- **Cerebrales.**- (Cefalea, mareos, acúfenos, taquipnea, taquicardia).
- **Gastrointestinales.**- (Náuseas, vómito, dolor epigástrico, hematemesis).
- **Visuales.**- (Diplopía, escotomas, visión borrosa, amaurosis, fosfenos).
- **Renales.**- (Oliguria, anuria).

* **ECLAMPSIA:** No está clara la patogenia de las convulsiones eclámpicas. Se ha atribuido a trombos plaquetarios, hipoxia causada por vasoconstricción localizada y focos de hemorragia en la corteza. Las convulsiones pueden ocurrir con elevaciones insignificantes de la presión arterial que sólo son ligeramente superiores a las lecturas registradas 24 horas antes.

Los datos clínicos son crisis convulsivas, la pérdida del conocimiento dura un tiempo variable. La paciente hiperventila después de la convulsión tónicoclónica para compensar las acidosis respiratoria y láctica que se desarrolla durante la fase apnéica. Es rara la fiebre; pero es un signo de mal pronóstico.

Las complicaciones inducidas por convulsiones pueden incluir mordedura de lengua, huesos rotos, traumatismo craneal o aspiración. Se ha observado también después de las convulsiones edema pulmonar y desprendimiento de la retina.³¹

³¹ Pernoll. Op cit. Pág. 441-457.

1.4.6.3 Complicaciones: La preeclampsia puede acompañarse de parto prematuro y complicaciones fetales a causa de prematuridad. Entre los riesgos del feto están insuficiencia uteroplacentaria aguda y crónica. En casos más graves, los resultados pueden ser óbitos o sufrimiento fetal durante el parto. La insuficiencia uteroplacentaria crónica incrementa el riesgo de nacimientos de fetos asimétricos (cráneo normal) o simétricos. (Ver anexo 5 Pág. 191).

1.4.7 INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS:

1.4.7.1 Definición: Es una infección sintomática o asintomática del tracto urinario que es particularmente susceptible a infecciones durante el embarazo debido al aumento en las contracciones de hormonas esteroideas sexuales y a la presión ejercida por el útero grávido sobre los uréteres y la vejiga, favoreciendo la hipotonía y la congestión, y predisponiendo al reflujo vesocouretal y a la estasis urinaria.

1.4.7.2 Factores Predisponentes: La vulva, la vagina y el cérvix albergan ordinariamente bacterias y otros parásitos, muchos de los cuales son patógenos. Como resultado de variaciones en la resistencia del huésped, en cualquier momento puede dar lugar a una inflamación local. Por esto, es particularmente susceptible la mujer embarazada, debido al aumento de la secreción de hormonas sexuales esteroideas y la presión ejercida por el útero en gestación sobre los uréteres y la vejiga, causando hipotonía y congestión.

Dentro de los principales factores que predisponen a la IVU, tenemos:

- A) anomalías del tracto uterino.
- B) aseo defectuoso de genitales.
- C) mala higiene en general.

El ambiente socioeconómico y cultural, en el cual predominan los malos hábitos higiénicos, el manejo inapropiado de excretas, la escasez de agua entubada, el hacinamiento, los malos hábitos nutricionales, que propician frecuentes cuadros diarréicos infecciosos, hacen más frecuentes las infecciones de vías urinarias. Desde luego, si lo anterior agregamos los tabúes en relación al aseo de genitales y la contaminación fecal de los mismos por una técnica inapropiada de limpieza anal, su frecuencia se incrementa y mayor pH vaginal después de la menopausia.

Los sondeos y maniobras instrumentales y las sondas permanentes por más de 72 horas sin los cuidados de asepsia necesarios condicionan en su mayoría las infecciones crónicas del tracto urinario.

La infección de vías urinarias puede ascender de la uretra (uretritis), a la vejiga (cistitis), al riñón (pielonefritis). Las bacteria que causan la infección suelen originarse en la vagina o el recto.

1.4.7.3 Signos y Síntomas: Disuria, aumento de la frecuencia miccional, malestar suprapúbico y la presencia en la orina de gran número de gérmenes y leucocitos (más de 10 5/ml). Indican la existencia de infección urinaria.

1.4.7.4 Complicaciones: La pielonefritis crónica, es con frecuencia una de las secuelas de las infecciones urinarias agudas recurrentes durante embarazos sucesivos. El nacimiento pretérmino Y la muerte perinatal.

1.4.8 EMBARAZO MÚLTIPLE:

1.4.8.1 Definición: Se le considera gestación múltiple, al parto triple, cuádruple o quintuple. En donde los gemelos (embarazo bigeminal) es producido por un solo óvulo y se le conoce como monocigótico o idénticos (gemelos verdaderos); los producidos por óvulos separados son dicigóticos o fraternos (gemelos falsos).³²

1.4.8.2 Factores Predisponentes: La edad de la madre afecta el índice de gemelaridad. Para mujeres menores de 20 años de edad, la frecuencia es de 6.4 por 1000 nacidos vivos, y cuando la edad materna excede de 35 años se eleva a 16.8 por 1000 nacidos vivos.

La frecuencia de embarazo múltiple también aumenta según la paridad de la mujer, entre primíparas, la frecuencia es de 9.8 gemelos por 1000 nacidos vivos y aumenta casi el doble para mujeres que han tenido por lo menos 7 hijos.

El gemelismo dicigótico es más frecuente en las mujeres que se embarazan poco después de suspender la ingestión de anticonceptivos bucales por periodos prolongados. El gemelismo dicigótico es más frecuente en madres solteras que en las casadas de la misma edad. La elevada fertilidad (poliovulación) la producción excesiva de gonadotropinas hipófisiarias, la frecuencia relativamente elevada del coito y la incapacidad de un folículo de graft para inhibir otro.

La inducción de la ovulación con gonadotropina hipófisiaria en pacientes previamente infértiles ha producido muchos embarazos múltiples.

³² Pernoll. Op cit. Pág. 415-416.

1.4.8.3 Clasificación: La gestación múltiple puede provenir de un huevo (monocigótico) o de dos huevos o más (policigoto).

A) Gemelos uniovulares, idénticos, homólogos, monocigóticos o uniovulares : los que resultan de un solo huevo.

B) Gemelos biovulares, fraternos, heterólogos, dicigóticos los que provienen de dos huevos.³³

*** Gemelos uniovulares:** De los gemelos aproximadamente 33 por 100 son ovulares y resulta de la fecundación de un sólo huevo por un solo espermatozoide y siempre son del mismo sexo. Sin embargo, no son imagen uno del otro (uno es diestro y el otro zurdo) y sus huellas dactílicas son diferentes. Por lo general, los gemelos monocigóticos tienen la misma característica física (piel, cabello, color de ojos y constitución) y genética (características sanguíneas: ABO, M, N, haptoglobina, grupo sérico, los mismos genes histocompatibles).

La paradoja de los así llamados gemelos idénticos, es que pueden ser lo opuesto a idénticos. En ocasiones, las segmentaciones iniciales se acompañan de errores cromosómicos simultáneos, que dan lugar a monocigotos heterocarióticos, uno con Sx. De Down y el otro normal.

*** Gemelos Biovulares:** Los gemelos fraternos (dicigóticos) son el producto de dos óvulos y dos espermatozoides. Los primeros se liberan de folículos separados (o muy rara vez del mismo folículo), más o menos al mismo tiempo. Los gemelos dicigóticos pueden ser del mismo o de diferente sexo. Comparten la semejanza de hermanos o hermanas. Pueden o no tener el mismo tipo sanguíneo. Hay 2 placentas, dos membranas coriónicas y dos amnios. Amenudo la placenta esta fusionada y se considera equivocamente que hay placenta única.

*** Trillizos Monocigóticos o Supergemelismo:** Resultan de gemelismos repetidos de un solo óvulo. Los trillizos tricigóticos se desarrollan por la fecundación individual de tres óvulos expulsados en forma simultánea.

*** Cuadrúptetos:** Pueden ser monocigóticos, dicigóticos pareados o cuadrícigóticos; es decir pueden producirse por la fecundación de uno a cuatro óvulos.

³³ Stewart Taylor. OBSTETRICIA DE BECK. Pág. 311.

* **Superfecundación:** es la fertilización de dos óvulos, liberados más o menos al mismo tiempo por semen expulsado en dos relaciones sexuales diferentes.

* **Superfetación:** Es la fecundación de dos óvulos liberados en ciclos menstruales diferentes.

1.4.8.4 Factores patológicos relacionados con el gemelismo: El aparato cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, renal y el sistema músculo esquelético materno están especialmente sujetos a tensiones en el embarazo múltiple, y hay mayores requerimientos nutricionales maternos y fetales.

El embarazo es de riesgo elevado debido a la frecuencia aumentada de anemias maternas, infección del aparato urinario, preeclampsia y eclampsia, hemorragias (antes, durante y después del parto) e inercia uterina.

El feto está en riesgo por la frecuencia del parto prematuro presentación y posición anormales e hidramnios.

Aunque el volumen sanguíneo está aumentado en el embarazo múltiple a menudo ocurre anemia materna debido a la gran demanda de hierro por los gemelos. También está aumentado el volumen de ventilación pulmonar, pero la embarazada con gemelos a menudo presenta disnea.

La marcada distensión uterina y la presión aumentada de las vísceras adyacentes y vasculatura pélvica son típicas del embarazo múltiple. Los quistes luteínicos e inclusive la ascitis son resultado de elevada concentración anormal de gonadotropina coriónica de algunos embarazos. Se desarrolla placenta previa debido al gran tamaño de la misma.

1.4.8.5 Signos y Síntomas:

- La presión de la pelvis más temprana e intensa, náuseas, dorsalgia, varicosidades, hemorroides, distensión abdominal y disnea.
- Un gran embarazo puede ser signo de gemelismo (útero distendido). La actividad fetal es mayor y más persistente que un embarazo sencillo.
- El peso medio de los gemelos al nacer es alrededor de 2270g.
- La hemorragia materna en el 1er. Trimestre puede iniciar aborto espontáneo.
- Contorno o peloteo de más de un feto.

- Registro simultáneo de diferentes frecuencias cardíacas fetales, cada una asincrónica con el pulso de la madre y entre sí variando por lo menos en 8 latidos por minuto.

1.4.8.6 Complicaciones:

*** Maternas:-**

- La frecuencia de aborto espontáneo de cuando menos uno de los fetos está aumentada en el embarazo múltiple.
- El trabajo de parto y parto prematuro se incrementa de manera más notable, ya que la mayoría de los gemelos nacen tres semanas antes de la estimada.
- La placenta previa puede ser la causa de hemorragia prenatal.
- Infección del aparato urinario por la mayor dilatación ureteral secundaria, concentración más elevada de progesterona, sérica y mayor presión uterina sobre los uréteres.
- Prolapso del cordón umbilical cuando el saco amniótico del segundo gemelo se rompe antes del primero. (es indicativo de cesárea)
- Desprendimiento prematuro de placenta, esto puede ocurrir antes del parto, en relación a la preeclampsia y eclampsia o ruptura del primer saco amniótico y la iniciación de fuertes contracciones uterinas.
- Atonía uterina, a menudo se acompaña de hemorragia puerperal excesiva debido a incapacidad del útero sobre distendido para contraerse bien y mantenerse contraído después del parto.

*** Fetales:**

- Muerte por compresión del cordón, trastornos placentarios o anomalías del desarrollo. El principal peligro es el enredo de gemelos monocigóticos con un sólo saco amniótico.
- Anomalías del desarrollo y el polihidramnios son comunes en gemelos monocigóticos.

*** Durante el parto:**

- El parto es tres semanas antes de la fecha indicada, esto se debe a ruptura prematura de membranas.
- La presentación anormal y pélvica, la interferencia circulatoria de un feto a otro y el parto operatorio aumentan la pérdida fetal.
- El desprendimiento prematuro de la placenta antes del nacimiento del 2º gemelo puede ocasionar la muerte del mismo por hipoxia.
- Un gemelo puede obstruir el parto de ambos fetos. (Ver anexo 6 Pág. 192).
- Distocia, produciendo muerte durante los esfuerzos para el parto vaginal.

1.4.9 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL:

La flora normal de la vagina comprende varios grupos de gérmenes (estreptococos, estafilococos, bacilos de döderlein, etc.) alguno de los cuales son patógenos y con frecuencia se encuentran hongos de varias clases.

Los bacilos de döderlein, huésped normal, desempeña un papel importante en el mantenimiento de la acidez que caracteriza la secreción vaginal normal que oscila entre 4.5 y 5.³⁴

Existen circunstancias normales en la que se exterioriza una secreción que no se considera patológica.

A) Premenstruo: Es de origen cervico corporal.

B) Posmenstruo: La alcalinidad del medio vaginal por sangrado menstrual lo favorece.

³⁴ Novak, R. Edmundo. TRATADO DE GINECOLOGÍA. Pág. 189.

C) Intermenstruo: Por ovulación.

D) Embarazo por congestión venosa.³⁵

1.4.9.1 Definiciones:

Tricomoniiasis: Es una infección causada por el protozoario unicelular flagelado trichomonas vaginalis.

Candidiasis: Es una micosis por candida albicans, aguda o crónica que afecta tejidos superficiales de piel o mucosas.

Clamidiiasis: Es una infección causada por un parásito intracelular clamidia trachomatis, que se aísla principalmente en el aparato genital externo de hombre y mujeres.

Condilomatosis: Son manifestaciones de infección de las vías genitales inferiores llamadas verrugas que se encuentran por debajo del prepucio (varón), en la vulva o vestibulo (mujeres) o en la región perianal, causada por un papilovirus humano.

1.4.9.2 Clasificación:

Tricomoniiasis:

- T. Hominis en el intestino.
- T. Tenax cavidad bucal.
- T. Vaginalis uretra, prostata.

Candidiasis:

- Monilia albicans.
- Saccharonyce albicans.
- Oidium albicans.
- Candida albicans. (el más frecuente entre ellos < oportunista >).

Clamidiiasis:

Las infecciones agudas o crónicas por infecciones en la mujer afecta el cuello y las trompas de falopio; en el varón presenta uretritis, epididimitis.

³⁵ Danforth, N. David. TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: Pág. 173.

Condilomatosis:

- Condilomas acuminados (verrugas acumuladas en punta).
- Condilomas planos (excrecencias verrugosas húmedas).

1.4.9.3 Factores Predisponentes:

- Microbianos.- Bacterias, hongos, protozoarios y virus.
- Físicos.- Cuerpos extraños, dispositivos intrauterinos, ropa ajustada, ropa interior de hilo sintético.
- Químicos.- jabones, desodorantes, jaleas espermaticidas, etc.
- Alteraciones locales.- Dermatológicas, tumorales.
- Higiene defectuosa ó falta de ella.

Las enfermedades de transmisión sexual producen inflamación de vulva, cérvix, llegando a escoriaciones, el agente causa disminución en el pH normal de la vagina ocasionando algunas veces infecciones mixtas.

1.4.9.4 Signos Y Síntomas:

- Tricomoniiasis: El flujo transvaginal abundante, fluida, espumosa, de coloración verde amarillento, muy fétido (olor a pescado en descomposición) . El fluido produce enrojecimiento vaginal, las superficies pueden estar hipersensibles, inflamadas erosionadas, hay sensación urtente, disuria, dispareunia.

- Candidiasis: Secreción vaginal acuosa adherente, que ocasiona prurito. Después de la micción hay sensación de ardor, en especial si aparece excoriaciones por rascado.

Cuando la afección ataca a la vulva en forma extensa la superficie presenta grandes áreas blanquecinas o grisáceas de depósito aftoso y la picazón puede ser desesperante.

- Clamidiiasis: Puede ser asintomática, las infecciones agudas y crónicas en la mujer afecta el cuello y trompas de falopio, ocasionando secreción mucopurulenta, edema y hemorragia cervical, salpingitis, signos de enfermedad inflamatoria pélvica en la exploración física.

- **Condilomatosis:** Durante el embarazo pueden crecer en forma exagerada y de hecho llenar la vagina. La afección extensa puede impedir el parto vaginal.

1.4.9.5 Complicaciones:

- **Tricomoniasis:** Infección de vías urinarias, displasias, erosiones vaginales. Sx. Choque tóxico, prematuridad, ruptura prematura de membranas.

- **Candidiasis:** Diseminación a otros órganos por vía hemática riñón, corazón y cerebro.

- **Clamidiasis:** Esterilidad y abortos.

- **Condilomatosis:** Puede ocurrir papiloma laringeo y condiloma vulvar en la descendencia después de un parto vaginal.

Existen otras complicaciones que se presentan con menor frecuencia, por tal motivo solo se hará mención de algunas de ellas:

- TRASTORNOS ENDOCRINOS.
- HIPEREMESIS GRAVIDICA.
- PROLAPSO DEL CORDÓN UMBILICAL.
- POLI Y OLIGOHIDRAMNIOS.
- CARDIOPATÍAS.
- INFECCIONES POR TOXOPLASMOSIS, RÚBEOLA, CITOMEGALOVIRUS Y HERPES SIMPLE (TORCH).
- PLACENTA PREVIA.
- HEMORRAGIAS.

1.5 ATENCIÓN DEL PARTO

PARTO: Proceso consistente en dar a luz descendiente. Expulsión del feto con la placenta y membranas desde el interior de la mujer durante el nacimiento.³⁶

EUTÓCICO: Atributo del parto normal que favorece o facilita el parto. Por lo anterior el parto eutócico es, cuando el parto evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica, si evoluciona y termina bajo la sola influencia de los mecanismos naturales se le llama espontáneo.³⁷

El parto suele dividirse por razones clínicas en 3 periodos:

El primer periodo del parto comienza cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficiente para iniciar un rápido borramiento y dilatación del cuello uterino, y termina cuando el cuello se ha dilatado completamente, es decir, cuando la dilatación es suficiente como para permitir el paso de la cabeza fetal.

El segundo periodo se inicia con la dilatación completa del cuello y termina con el nacimiento del niño. Así pues corresponde al periodo de expulsión del feto.

El tercer periodo del parto empieza tras el nacimiento del niño y finaliza con la expulsión de la placenta y las membranas. Corresponden por tanto al periodo de desprendimiento y expulsión de la placenta.³⁸

Nos enfocaremos al segundo y tercer periodo clínico que se trata de la expulsión del producto y la salida de la placenta. En este periodo expulsivo, siguen siendo los dolores mas intensos y mas frecuentes con intervalos tan breves que apenas se acaba de quitar y al minuto empiezan otra vez.

Las contracciones llegan a las 3000 UM. La paciente siente, además, la necesidad imperiosa de contraer la musculatura abdominal durante las contracciones.

³⁶ Olds, S. B. et al, ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL, Pág. 1189.

³⁷ Instituto Mexicano del Seguro Social. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, pág. 127.

³⁸ Mondragón, Héctor. OBSTETRICIA BÁSICA ILUSTRADA: Pág. 237.

Este esfuerzo de la contracción uterina tiene por objeto favorecer la progresión fetal en el canal de parto, ya que es en este período cuando el feto recorre la mayor parte del canal del parto hasta su expulsión.

La duración de este período es mucho más corto que el período de dilatación, menos de una hora en la nulípara y escasos minutos en la multipara.

En este período se completa el descenso de la presentación, la rotación y flexión de la cabeza fetal, tiene lugar el desprendimiento de la misma y la salida de los hombros y el resto del cuerpo.³⁹

Ahora bien, el alumbramiento, último tiempo del parto, consiste en la expulsión de la placenta y de las membranas después del feto. Evoluciona en tres fases: Desprendimiento de la placenta, expulsión de la placenta y hemostasia. Reguladas por la dinámica uterina. El desprendimiento está bajo la dependencia de la retracción uterina, que la prepara, y de la contracción, que la provoca.

Existen signos clínicos que nos informan acerca de que la placenta se ha desprendido.

1) Ascenso del fondo uterino por encima del ombligo, 2) Palpación del cuerpo uterino, duro y globoso, 3) Hemorragia oscura, y 4) descenso del cordón umbilical.

Durante este período se considera normal una pérdida hemática de hasta 500ml.⁴⁰

El desprendimiento es facilitado en gran manera por la estructura laxa de la decidua esponjosa, que puede compararse a una fila de perforaciones entre los sellos de correo. Al continuar el desprendimiento, se forma un hematoma entre la placenta que se desprende. La formación del hematoma suele ser el resultado más bien que la causa de la separación, ya que algunos casos la hemorragia es insignificante. Sin embargo, este hematoma acelera a veces el proceso, puesto que el desprendimiento de la placenta se efectúa a través de la capa esponjosa de la decidua; parte de la decidua es eliminada con la placenta, mientras que el resto permanece fijado al miometrio. La cantidad de tejido decidual retenido en el punto de la placenta es variable.⁴¹

Por influjo de la contracción uterina, y después de su propio peso, la placenta cae en el segmento inferior, que se despliega, elevando el cuerpo uterino. Las membranas, afectadas a su vez, se desprenden y se invierten en "dedo de guante". Después la migración prosigue hacia la vagina y el orificio vulvar. Casi siempre es necesario un método artificial, para terminar el tercer período clínico. El método usual consiste en comprimir y elevar el fondo uterino, mientras se ejerce una tracción suave sobre el cordón umbilical.

³⁹ González, Op cit. Pág. 238-239.

⁴⁰ Pritchard, Op cit. Pág. 141-142.

⁴¹ Mondragón, Op cit. Pág. 310.

Ahora bien, el mecanismo del trabajo de parto es la serie de movimientos que realiza la presentación durante su tránsito por el canal de parto. Las etapas que consiste este mecanismo, en una presentación cefálica de vértice, son las siguientes:

* **Encajamiento.-** Es el movimiento mediante el cual la cabeza fetal penetra al estrecho superior de la pelvis. La cabeza fetal presenta un parietal, el anterior ó el posterior, según la relación que tenga la sutura sagital en relación al pubis o el sacro. Aparentemente gracias a esta alteración de asinclitismo la cabeza desciende, y se encaja cuando la parte ósea mas prominente de la presentación esta a nivel de la espina ciática (paralelamente el diámetro biparietal esta a nivel ligeramente por abajo del estrecho superior de la pelvis).

* **Descenso.-** Este movimiento es indispensable para la expulsión del feto; se inicia desde el fijamiento, encajamiento y expulsión completa del feto si no hay elementos que se opongan al tránsito fisiológico. En los pacientes que han tenido varios hijos, este descenso es paralelo al trabajo de parto.

Las causas probables que desencadenan este movimiento son: a) presión hidrostática intrauterina la contracción uterina ejerce presión sobre el liquido amniótico que difunde dicha presión al feto, en todos los puntos y con la misma intensidad. b) presión directa del cuerpo uterino sobre las nalgas del feto que a su vez transmiten la presión del tronco y cabeza. c) el periodo expulsivo a la presión de las contracciones, se suma la presión ejercida por la presión abdominal que se origina por los fenómenos del pujo.

* **Flexión.-** Aparentemente, en el momento en que la cabeza fetal choca con cualquier parte de la pelvis, se produce la flexión que tiene por objeto substituir el diámetro occipito - frontal por el suboccipito bregmático, que es menor y que se logra al cambiar la actitud de la cabeza fetal.

* **Restitución ó rotación externa.-** Al salir la cabeza del canal vaginal, ejecuta un movimiento llamado restitución externa, dirigiendo el occipucio al muslo izquierdo, si recordamos que la variedad de posición es OIT, traduciendo este movimiento la rotación del cuerpo fetal, que tiene por objeto, que el diámetro bicromial se ponga en relación con el diámetro anteroposterior del estrecho superior de la pelvis.

* **Expulsión.**- Después de la rotación externa, el hombro anterior se coloca en contacto con el borde inferior de la sínfisis del pubis; el hombro posterior desciende el periné, y posteriormente se desliza el hombro anterior por debajo del pubis y nace enseguida, el cuerpo sale con gran rapidez realizando discreto movimiento de flexión lateral para la expulsión del diámetro bitrocantéreo y dar paso a la expulsión de los miembros inferiores.⁴²

⁴² Instituto Mexicano del Seguro Social. Op cit. Pág. 119-124.

1.6 COMPLICACIONES DEL PARTO

El trabajo de parto es un proceso dinámico caracterizado por contracciones uterinas que aumentan en regularidad, intensidad y duración, para causar dilatación progresiva y borramiento del cuello uterino y permitir el descenso del feto por el conducto del parto. Pero hay algunos factores que impiden o dificultan el descenso y la salida del feto. Estos factores son :

- **Traumatismos de la placenta.**- se producen comúnmente en la implantación baja de este órgano o en su desprendimiento prematuro, con formación de un coágulo retroplacentario. Se detecta taquicardia fetal.

- **Distocias.**- Significa parto difícil o prolongado, y se define como la perturbación o anomalía del mecanismo del parto, causada por factores maternos, fetales o mixtos que interfieren con la elevación fisiológica del mismo. Estas anomalías se pueden clasificar en:

Distocias de origen materno: por alteración de la contractibilidad uterina, por alteración de la pelvis ósea y por anomalías de las partes blandas del canal del parto.

Distocias de origen fetal.- tamaño fetal excesivo, presentación y/o situación incorrecta, anomalías congénitas y embarazo múltiple.⁴³

- **Sufrimiento fetal crónico.**- Implica un intervalo de privación fetal subletal que afecta el crecimiento y desarrollo. El sufrimiento puede ser causado por reducción del riego placentario, una anomalía de la placenta o metabolismo fetal deficiente. La disminución en el riego placentario puede reflejar cualesquiera de los padecimientos siguientes en la madre: 1.- anomalía vascular, como en la enfermedad hipertensiva, preeclampsia eclampsia o diabetes con complicaciones vasculares pélvicas; 2.- circulación general deficiente como en las enfermedades cardíacas congénitas o adquiridas, y 3.- oxigenación inadecuada de la sangre.

- **Retención de restos placentarios.**- Cuando alguna parte de la placenta no se expulsa en un tiempo máximo de 30 minutos después del nacimiento del producto. Esto se puede deber a presiones indebidas en el fondo del útero , tracciones desmedidas del cordón umbilical, expulsión brusca del disco placentario, placenta marginada.

- **Hemorragias.**- Es la pérdida hemática que excede de 500 ml durante el tercer período del parto y es una de las causas principales de mortalidad materna.

⁴³ Mondragón. Op cit. Pág. 601-602.

- **Inversión uterina.**- Es el prolapso del fondo hasta el cuello uterino, o a través de este, en forma tal que el útero está en efecto volteado de adentro hacia afuera. Algunos factores que predisponen esta anomalía son: incorrecta atención del período del alumbramiento, con maniobras precipitadas, presión ejercida desde el abdomen sobre el fondo del útero relajado en los intentos de acelerar el alumbramiento y tracciones ejercidas sobre la placenta desde abajo por el cordón umbilical.

- **Placenta previa.**- Se denomina placenta previa a la implantación de la placenta en el istmo o segmento del útero en un nivel inferior al que tiene la presentación. La frecuencia de la placenta previa aumenta con la edad, multiparidad, partos por cesárea previo, legrados; puede deberse al retardo de la nidación debida a la disminución del poder citolítico del trofoblasto.

La implantación del huevo fecundado en una decidua con irrigación sanguínea insuficiente; da como resultado que la placenta se extiende más ampliamente de lo que es usual, se ha sugerido que esta condición de la decidua resulta de cambios inflamatorios previos al endometrio y de embarazos frecuentes que suceden rápidamente uno del otro.⁴⁴

⁴⁴ Pernoll. Op cit. Pág. 220.

1.7 PUERPERIO

1.7.1 Definición: Es el período de ajuste posterior al embarazo y parto, durante el cual los cambios anatómicos y funcionales retornan a su estado normal no gestacional. Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expuesto, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad.⁴⁵

1.7.2 Clasificación: El período posparto se ha dividido en: A) puerperio inmediato corresponde a las 24 horas después del parto y durante el cual pueden ocurrir complicaciones agudas, posanestésicas o posparto; B) puerperio mediato abarca de las 25 a las 72 horas después del parto; y C) Puerperio tardío, de los 4 a los 42 días, este incluye el período necesario para la involución de los órganos genitales, tradicionalmente éste abarca hasta la sexta semana después del parto, tiempo en que los órganos reproductores vuelven casi a su estado normal.⁴⁶

1.7.3 Cambios Anatómicos y Funcionales Durante el Puerperio:

Así como se menciona que el embarazo es un estado temporal de la mujer, durante el cual se forma y se desarrolla un nuevo ser en el útero. El organismo materno lleva a cabo una serie de adaptaciones para mantener el producto de la fecundación hasta el nacimiento.

Una vez que el producto de la concepción ha nacido el organismo produce una serie de ajustes, es decir, que cada órgano y/o sistema que intervino en el embarazo vuelve a su normalidad. La glándula mamaria hace la excepción, ya que es en este período cuando alcanza su mayor desarrollo en la producción de la leche materna.

Los cambios anatomofisiológicos que realiza el organismo son:

- Involución uterina.
- Cambios en el lecho placentario.
- Cambios en el cuello uterino, vagina y paredes musculares de los órganos pélvicos.
- En el aparato urinario.

⁴⁵ Pritchard. Op cit. Pág. 220.

⁴⁶ Pernoll. Op cit. Pág. 274.

- **Químicos y metabólicos.**
- **Equilibrio de líquidos y electrolitos.**
- **Cardiovasculares.**
- **Cambios respiratorios**
- **En la actividad ovárica.**
- **Modificaciones de glándulas mamarias.**

1.8 COMPLICACIONES DEL PUERPERIO

A menudo ocurren complicaciones obstétricas y posanestésicas graves y agudas algunas horas después del parto. Por lo tanto, la paciente debe de trasladarse a una sala de recuperación donde pueda ser vigilada en forma constante y observarse la presencia de hemorragia, presión arterial, pulso y cambios respiratorios cada 15 minutos por lo menos una o dos horas después del parto o hasta que desaparezcan los efectos de la anestesia.

Las complicaciones respiratorias más comunes que siguen a la anestesia son la obstrucción de vías respiratorias o laringoespasmo y vómito con aspiración del mismo. A menudo la hipertensión en el puerperio inmediato se debe al uso exclusivo de medicamentos oxióticos o vasopresores, para lo cual debe de administrarse un vasodilatador lo antes posible como la hidralacina.⁴⁷

Existen complicaciones médicas en las pacientes con alguna enfermedad médica o quirúrgica previa que complica el embarazo, requiere atención especial durante el puerperio.

Las mujeres con enfermedad pulmonar tienen mayor riesgo a desarrollar atelectasia y neumonía, en parte como resultado de alteraciones del movimiento diafragmático después del parto. El estado de las pacientes con cardiopatías reumáticas pueden agravarse en las primeras 24 horas por los factores cardíacos y extracardíacos.

Las complicaciones que se manifiestan en el puerperio inmediato, mediato y tardío incluyen cefalea, disfunción renal y secuelas neurológicas, hemorragias, infección, hipotensión, eclampsia, mastitis, psicosis, choque y muerte.

Otras de las complicaciones quirúrgicas son más frecuentes en el parto por cesárea. La mayor vascularidad y el edema de los tejidos pélvicos predisponen la mayor frecuencia de hematoma. El íleo paralítico leve que suele verse después del trabajo de parto y el parto predispone a complicaciones gastrointestinales en el puerperio. También puede presentarse hemorragias, infecciones, dehiscencias de heridas, rotura e inversión uterina, lesiones del aparato urinario y tromboflebitis

⁴⁷ Pritchard, Op cit. Pág. 274-290.

1.9 COMPLICACIONES DE LA MADRE Y DEL PRODUCTO EN EMBARAZOS EN EDADES EXTREMAS

La edad de la madre, sin duda juega un papel muy importante, porque independientemente de las condiciones socioeconómicas y de la asistencia médica, la mortalidad aumenta notablemente en las edades extremas de la vida reproductiva.

1.9.1 El embarazo en menores de 20 años.

Uno de los riesgos que conlleva el inicio temprano de las relaciones sexuales, es el embarazo en la adolescencia, ya que un gran número de estos adolescentes no recurren a la anticoncepción, exponiéndose así a sus posibles consecuencias, fisiológicas, psicológicas y sociales.

El embarazo precoz por lo regular no es planeado y en el país se ve más desprotegido en los estratos socioeconómicos bajos. Las mujeres de edad menor a los 20 años, se exponen a sufrir enfermedades como la eclampsia, preeclampsia, trabajo de parto prolongado y anemia ferropénica, frecuentemente asociadas a desnutrición de diferentes grados.

Estos hechos repercutan directamente en la salud de los hijos, siendo frecuentemente el hallazgo de malformaciones congénitas, además de productos hipotrofos. Estos elementos hacen que los índices de mortalidad neonatal e infantil se vean incrementados.

La prematuridad, la inmadurez y la mortalidad neonatal temprana, se asocian en proporción inversa a la edad de la madre, a menor edad de la madre mayor riesgo para los hijos de presentar prematuridad e inmadurez, o morir en forma temprana. Los riesgos de anoxia o hipoxia durante el nacimiento, son mayores en los extremos de la edad de la madre (tanto en menores de 20 años como en mayores de 30 años), traduciéndose en secuelas para los hijos como la parálisis cerebral, el retraso mental, la ceguera, la hipoacusia o síndromes convulsivos del tipo de la epilepsia. La sobrevida de estos pequeños se encuentra, además asediada por una mayor susceptibilidad

a las infecciones y a la manifestación de deficiencias nutricionales durante su etapa de desarrollo.

Otro hecho muy importante que debe ser tomado en cuenta, es el intervalo que existe entre el inicio de las menstruaciones y el inicio del embarazo. Se ha demostrado que mientras más corto es este intervalo, es más grande la posibilidad de que la pelvis materna no haya tenido la oportunidad de crecer a su máximo. El embarazo con sus concentraciones elevadas de estrógenos, puede también impedir el crecimiento futuro, induciendo así la situación de mantener una pelvis menor que la que debe ser la óptima.

“Según Thomas W. Hilgers existen algunos aspectos favorables de los que se puede beneficiar la adolescente embarazada. La frecuencia de mortinatos es casi siempre la menor de todos los grupos de edades diferentes y para aquellas que desean dar el pecho a sus bebés, la producción de la leche materna a esta edad, es más abundante.”⁴⁸

1.9.2 Embarazo en mujeres mayores de 35 años.

Si el inicio temprano de la reproducción en la mujer trae trastornos importantes para su propia vida y la de su hijo, el inicio tardío o la prolongación de la vida reproductiva más allá de los 35 años de edad, no se quedan a la zaga en cuanto a riesgos para la salud materna e infantil.

Las complicaciones del embarazo ocurren con una frecuencia dos o tres veces mayor, en mujeres mayores de 35 años, sea o no que hayan tenido embarazos anteriores. De nuevo la toxemia, en cualquiera de sus formas (eclampsia, preeclampsia), la hemorragia y la posibilidad de tener un parto difícil o prolongado se hacen presentes.

La asociación del embarazos con diabetes mellitus, toxemia, otras causas de patología general y estado nutricional deficitario, aunados a la multiparidad incrementan los factores de riesgo perinatal en nuestro medio.

Mientras que en el grupo de madres de 20 a 24 años, el riesgo de que los hijos presenten Síndrome de Down, es de un caso en 2000; en el grupo de 35 a 39 años aumenta alarmantemente a uno en 300 y para el grupo de 45 o más, uno de cada 50 nacimientos vivos está en riesgo de padecer este síndrome, además a partir de los 35

⁴⁸ LA ADOLESCENTE EMBARAZADA Y EL ABORTO. Pág. 354.

años se aprecia una asociación con otros trastornos de orden genético de igual gravedad.⁴⁹

1.9.3 Edades Optimas Para El Embarazo.

Con el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos. Estos representan la respuesta del organismo materno a una adaptación y mayor demanda metabólica impuesta por el feto.

Cuando el organismo no alcanza a cubrir estas demandas surgen una serie de complicaciones materno-fetales. Esto es debido a que los organismos maternos no alcanzan su madurez o que se encuentran ya en degeneración.

En relación a la edad favorable para la gestación nos mencionan varios autores que la edad ideal oscila entre los 20 a 35 años de edad. En este periodo es cuando los mecanismos metabólicos homeostáticos, las condiciones nutricionales y aun la disposición anémica de la mujer pueden alcanzar su plenitud y producir frutos óptimos.

La extrema juventud ocasiona serios problemas de salud tanto para la madre como para el producto; al igual que en la edad avanzada obstétricamente hablando mayores de 35 años resulta peligrosa por las posibles patologías que pudo haber desarrollado durante su vida (hipertensión arterial, obesidad, problemas por rigidez tisular

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

⁴⁹ Goltia. SALUD REPRODUCTIVA. Pág. 5-9.

1.10 EMBARAZO NO DESEADO

El embarazo no deseado es muy importante en México, muchas mujeres se embarazan sin desearlo y muchos hombres tienen relaciones sexuales con su pareja o fuera de ella, sin ninguna intención de procrear.

Al surgir el embarazo no deseado la pareja puede aceptarlo forzosamente o por el contrario puede decidirse por un aborto.

En el primer caso, aún cuando la gestación se desarrolle en condiciones favorables, la pareja y en especial la mujer se enfrenta a una serie de angustias y temores que se exaltan por la no aceptación del embarazo, y esta situación además de incrementar los riesgos propios del embarazo y del parto, va a alterar la relación con la pareja y con el producto.

Finalmente aunque el niño llegue en condiciones desfavorables, no necesariamente será infeliz en la vida, puede ser feliz, tener éxito, etc. Pero la reacción de rechazo motiva una serie de circunstancias que afectan la atención, cariño y estimulación vitales para el desarrollo del niño, manifestándose carencias que van desde la timidez, inseguridad y poca tolerancia a la frustración, hasta la agresividad.

Cuando la mujer decide continuar un embarazo no deseado, cursara su maternidad en una atmósfera de reprobación, resignación y frustración, debido a las restricciones que este implica que puede ir desde la limitación hasta la renuncia de índole personal, ya sea de trabajo, estudio o de organización familiar.

En la mayoría de estos casos se altera la relación con la pareja, y en ocasiones el deterioro es tan importante que llega hasta el fin de la vinculación, dando paso a que la mujer se convierta en madre soltera o esposa abandonada, con lo que se puede provocar sentimientos de inferioridad y menosprecio, acentuándose los temores a una complicación de salud en el hijo durante la gestación y/o el parto.

La reacción inicial a un embarazo dependerá como ya se dijo en gran medida a que si fue aceptado y planeado o si fue un accidente, y por lo tanto imprevisto.

Cuando la mujer sospecha por primera vez que está embarazada, por los cambios que experimenta su cuerpo, puede intentar negar o menospreciar los signos atribuyéndolos a otras causas. Por ejemplo: puede decirse que la amenorrea es debido a la fatiga o agitación, o un retraso en la menstruación. Si presenta náuseas y vómito, puede pensar que tiene "gripe" o que ha comido algo que no le "sentó bien". Cuando los síntomas persisten y está convencida de su significado, puede experimentar enfado y

desalentarse. Un embarazo así puede significar el posponer o renunciar a planes que ya se tenían trazados. Por otro lado el aborto provocado, puede afirmarse que siempre será una consecuencia del embarazo no deseado, además de que siempre es la salida de emergencia de una situación de serio conflicto.

La mujer ante esta experiencia, con frecuencia enfrenta sentimientos de culpa que además agravan sus temores ante su futura fertilidad. Sufre también serios trastornos de orden psíquico, y confronta el dilema de compartir o no su secreto por temor al rechazo o reprobación, lo cual crea confusión y deterioro de su imagen, disminuyendo su auto estima. Esta problemática puede ser superada en un período relativamente breve, pero en algunos casos estas secuelas pueden afectarla por muchos años.

Otro problema bastante común es el de las disfunciones sexuales que si bien pueden ser por causas biológicas, en la mayoría de los casos son de origen psicológico, y que provocan la incapacidad de muchas mujeres y hombres para tener relaciones sexuales satisfactorias. Se pueden llegar a tener relaciones sexuales en forma mecánica, pero en ellas estará ausente el gozo, la tranquilidad y la satisfacción profundamente humana.

La disfunción sexual impide la comunicación plena entre el hombre y la mujer, en muchos casos es causa de infertilidad con todas las consecuencias que esta implica; pero aún cuando no se desee la procreación las expectativas íntimas como pareja sufren un deterioro que influirá negativamente un resultado final de insatisfacción que puede conducir, al distanciamiento, a la separación o al divorcio y en consecuencia a la afectación personal y de desintegración familiar.

Aunque es comprensible que la primera reacción hacia un embarazo inesperado puede ser de depresión, disgusto, resentimiento y enojo, es de suma importancia para la salud y bienestar de la madre y su hijo, así como para los demás miembros de la familia, que estas actitudes negativas sean remplazadas lo más pronto posible por actitudes positivas. El rechazo constante del embarazo es destructivo y perjudicial a la salud mental y emocional de la madre, así como para la salud del futuro hijo.

1.11 CAMBIOS BIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA, ADULTO JOVEN Y ADULTO MADURO

1.11.1 Adolescencia:

Definiciones:

La palabra "adolescencia" deriva de la voz latina adoleceré, que significa "crecer" o "desarrollarse hacia la madurez".

La adolescencia es un proceso físico -- psicosocial que perdura desde los 11 años de edad hasta alrededor de los 20 años. Finaliza cuando cesa el crecimiento somático y la maduración psicosocial.⁵⁰

La adolescencia es un periodo de transición, de comienzo y duración variable, que marca el final de la niñez y crea los cimientos para la edad adulta; esta marcado por cambios interdependientes en el cuerpo, en la mente y en las relaciones sociales.⁵¹

La pubertad: (pubescere = cubrirse de vello) corresponde al periodo de la maduración sexual que en general dura alrededor de 2 años.

La pubertad tiene variaciones en su inicio y extensión con el clima, nivel de vida, grupos étnicos, constitución física, estado de nutrición, pero en general abarca de los 12 a los 14 ó 15 años, un poco antes en las mujeres que en los hombres. Durante este periodo se produce la maduración o desarrollo del complejo endocrino formado por la hipófisis, tiroides, suprarrenales y glándulas sexuales. Estos cambios se manifiestan externamente por la aparición de los caracteres sexuales secundarios y por las poluciones en el hombre y la menstruación en la mujer.⁵²

⁵⁰ Shen, T. Y. Jerome. MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA. Pág.

⁵¹ Velasco Leticia et. al. MANUAL DE BOLSILLO EDUCATIVO PARA MADRES ADOLESCENTES PREA-NATAL Y PREA- POSNATAL. Pág. 1

⁵² San Martín, Hernán. SALUD Y ENFERMEDAD: Pág. 2-3.

* Cambios puberales en el hombre:

- Aumento de volumen de los caracteres primarios *pene*, escroto y testículos.
- Crecimiento de vello corporal: vello púbico (*formando un rombo*), axilar, así como en la cara, tórax, piernas, brazos.
- Cambio en la voz (engrosamiento).
- Cambio en la piel: aumenta el espesor, se oscurece y aumenta la secreción de glándulas sebáceas.
- Crecimiento óseo.
- Desarrollo muscular.
- Aumento del metabolismo basal.
- Eyaculación nocturna.

* Cambios puberales en la mujer:

- Aumento de volumen de los caracteres primarios: trompas uterinas, útero y genitales externos.
- Desarrollo de las mamas.
- Crecimiento óseo.
- Ensanchamiento de la pelvis.
- Crecimiento de vello corporal: vello púbico (*forma triangular*), axilar.
- Cambios en la piel: blanda y lisa. Aumenta la secreción de glándulas sebáceas.
- Distribución de la grasa : en mamas, gluteos, muslos y cadera.
- Aumento del metabolismo basal.
- Aparición del ciclo menstrual.

Los cambios producidos en las funciones del hipotálamo, la pituitaria y las gónadas durante la pubertad, provoca un aumento de las hormonas gonadales que llevan a la madurez reproductiva. Estos cambios en la secreción de hormonas gonadales son producidas y acompañadas por cambios en la secreción de hormonas adrenocorticales. Es particularmente importante la función de las suprarrenales en el aumento de la producción de andrógenos. En las mujeres, el aumento de producción de andrógenos estimula el crecimiento y promueve la maduración del esqueleto, la aparición y el crecimiento del vello púbico y axilar, y el desarrollo del clitoris y de los labios externos. Como en los hombres las gónadas son la fuente importante de andrógenos en la pubertad, los cambios en la producción de andrógenos en las suprarrenales resulta menos importante.

* Desarrollo de los senos en la mujer:

Los senos son la característica sexual secundaria con la que se compara el crecimiento y la maduración sexual.

La adolescente ha iniciado su maduración sexual y sus senos muestran los primeros efectos de la estimulación de estrógenos. Bajo la areola se detecta, por inspección o palpación, un claro aumento de masa glandular. La areola tiene un diámetro medio de 33.1 mm, el pezón se proyecta hacia adelante a finales de esta etapa.

* Crecimiento óseo:

La velocidad del aumento de estatura se da con el cambio en el desarrollo de todos los huesos que tienen relación con la estatura del cuerpo.

El crecimiento de las piernas es lo que hace que aumente la estatura, en la primera etapa del crecimiento y, le sigue el crecimiento del tronco.

Al aumentar la estatura, también crecen las extremidades superiores, la pelvis, los hombros y la caja torácica.

La transformación de la pelvis fetal a la forma adulta depende del hecho que la pelvis de la niña es más o menos "maleable" y esta compuesta de hueso y cartilago y cada hueso iliaco, isquión y pubis, son zonas cuyo desarrollo y osificación termina cuando la mujer tiene más de 20 años de edad, por lo que la menarquía generalmente ocurre antes de que termine el desarrollo de la pelvis.⁵³

La pelvis se amplía transversalmente mucho más rápido de lo que crece de su tamaño anteroposterior. Al aumentar el crecimiento, la parte delantera de la pelvis se ensancha y se redondea, y desaparecen las constricciones acetabulares (las proyecciones pélvicas hacia el canal pélvico, a la mitad de cada acetábulo).⁵⁴

* Crecimiento del vello púbico:

Tanto en los varones como en mujeres empieza a desarrollarse vello en la región genital durante la pubertad.

El vello aparece por primera vez en las mujeres a lo largo de los labios para extenderse hacia ambos lados, en regiones inguinales.

⁵³ McEneaney E. Charles. COMPENDIO DE OBSTETRICIA. Pág. 129.

⁵⁴ Walter R. Anyan. ATENCIÓN MÉDICA DE LOS ADOLESCENTES. Pág. 112-129.

* Menstruación:

La edad de comienzo de la menstruación varía mucho, de 9 a 17 años. Se adelanta la menarquia cuando hay una buena nutrición y un medio ambiente generalmente favorable; por el contrario la mala dieta, una enfermedad grave y otras condiciones desfavorables tienden a retardarla.

El comienzo de la menstruación no significa que la ovulación se efectúe. La menstruación puede continuar durante meses o años sin ovulación ("esterilidad inicial de la adolescencia").⁵⁵

1.11.2 Adulto Joven:

Se contempla al adulto joven de los 20 a 34 años de edad.⁵⁶

Tanto los hombres como las mujeres alcanzan la cima de su forma física. Nunca más estarán tan fácilmente accesibles al vigor, fuerza, resistencia, agilidad, garbo, coordinación y equilibrio para un desempeño extenuante o controlado.

Entre los adolescentes, son más frecuentes las alteraciones en la menstruación. En cambio el ciclo menstrual de la mujer ocurre en tres momentos: En la fase anterior a la menstruación, los niveles periféricos decrecientes de estrógeno y progesterona tienen 2 secuencias: la menstruación y aumento de la gonadotropina (HL y HEF), que inician el ciclo siguiente. La fase anterior a la menstruación es seguida por la fase folicular, durante la cual el HEF y la HL estimulan el desarrollo del folículo ovárico y la secreción de estrógeno.

El estrógeno tiene consecuencias: una es la proliferación del endometrio; otra es la inhibición gradual de la secreción de HEL por retroalimentación negativa; la tercera es un impresionante aumento de estrógeno que desencadena una abundante liberación de gonadotropina, en especial de HL, por medio de una respuesta de retroalimentación positiva. La fase lútea se inicia en el momento en que ocurre la ovulación. El cuerpo lúteo secreta suficiente progesterona como para poner al endometrio en estado de secreción; después, el estrógeno y la progesterona provocan la inhibición de la liberación de HEF y de HL por retroalimentación negativa. El cuerpo lúteo deja de funcionar, los niveles de estrógeno y progesterona decrecen, y el ciclo vuelve a comenzar.

⁵⁵ Bakwin Harry, DESARROLLO PSICOLÓGICO DEL NIÑO: Pág. 78-81.

⁵⁶ Hassol Dennis, PSICOLOGÍA EVOLUTIVA, Pág. 260-276.

1.11.3 Adulto Maduro:

Comprende de los 35 a 55 años de edad. En esta etapa se presentan cambios para ambos sexos. Se presenta el declive fisiológico de la persona, presentándose síntomas que marcan la pérdida de la juventud.

Uno de los cambios que sufre la mujer como resultado de esto se refiere al síndrome perimenopáusico o climaterio. El climaterio de la mujer antecede y sucede a la menopausia, es decir, al momento en que se presenta la suspensión de la menstruación como resultado de una brusca disminución hormonal. Durante el período del climaterio, la mujer presenta bochornos y oleadas de calor; así mismo disminuye la lubricación vaginal por lo que se recomienda el uso de lubricantes para evitar un coito doloroso. Otros síntomas asociados con la menopausia son: fatiga, mareos, dolores de cabeza y de glándulas mamarias.⁵⁷

⁵⁷ Secretaría de Salud. EDUCACIÓN SEXUAL Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LA VIDA REPRODUCTIVA. Pág. 102-104.

1.12 COMPORTAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL ADOLESCENTE, ADULTO JOVEN Y EN EL MADURO

1.12.1 Adolescencia:

Los cambios que experimentan propician una nueva imagen corporal que afecta a su identidad.

La identidad es un paso crítico de este período de adquirir un claro sentido de sí mismo, separado de la familia y de los patrones familiares. Esta identidad incluirá elementos del cuerpo que cambia, el papel sexual, las relaciones con el sexo opuesto, la independencia emocional, independencia económica, nuevas actividades intelectuales y valores socialmente aceptables.

Algunas características psicológicas que se presentan en esta etapa son:

- Cambios bruscos de ánimo.
- Torpeza motora.
- No tiene personalidad definida.
- Se identifica con un ídolo.
- Se revela con todo lo que representa autoridad.
- Presenta sentimientos de minusvalía mezclados con sentimientos de grandeza.
- No tiene continuidad en sus acciones.
- No tiene responsabilidad.
- Se da el egocentrismo.

Estas son algunas de las características que presenta los adolescentes de ambos sexos. Para fines de este estudio analizaremos el comportamiento psicológico femenino con respecto al embarazo.

El embarazo precoz puede significar una crisis intensa y generar angustia, sentimientos de ambivalencia al respecto y pérdida de la autoestima, producto de los valores establecidos en una sociedad que le ha concedido valor a la mujer en tanto se conserve "virgen" hasta llegar al matrimonio, y que lo considera como único medio legal y moral para tener hijos.

Cuando una adolescente descubre que esta embarazada se ve enfrentada a una situación muy severa; ha de afrontar a sus padres, a sus amigos, a su medio escolar y a la sociedad; deberá pensar en la relación con su compañero que con frecuencia y sobre todo si es de su misma edad, tenderá a eludir toda responsabilidad; dicho embarazo abre el proceso de confrontación entre sus deseos, valores y propias capacidades.

Al encontrarse ante las disyuntiva entre el deseo de maternidad, con frecuencia presente en toda mujer, y el rechazo del hijo cuya venida le ocasionaría tantos cambios y nuevas situaciones, imagina la actitud que tendría que adoptar frente al embarazo ¿la abandonará o sostendrá el padre de su hijo? ¿Qué dirán sus padres y sus amigos? ¿Deberá recurrir al aborto?. Es entonces cuando la angustia, la indecisión y el miedo la invaden.

La adolescente, sola o con su pareja, agobiada por un sentimiento de culpabilidad y de inseguridad en cuanto a su futuro, deberá tomar una decisión frente al embarazo, decisión tanto más difícil cuanto que el la adolescente se siente dividida entre las fuerzas divergentes que emanan de sus padres, de su compañero, de la sociedad y de sus deseos más profundos. A veces preferirá pensar en la unión, o el matrimonio como solución o, incluso, asumir la tarea de ella criar a su hijo, por lo general, no descarta la eventualidad de una interrupción voluntaria del embarazo o bien el de dar a su hijo en adopción.

Cuando una adolescente decide quedarse con su hijo a pesar de no contar con la pareja, la situación que le toca enfrentar es ser madre soltera, la definición de "Madre Soltera" se puede explicar así: Toda mujer que no ha contraído un vínculo matrimonial de tipo civil y/o religioso y tiene un hijo.

La adolescente soltera embarazada atraviesa la primera crisis, cuando se da cuenta de que espera un hijo no planeado, y tal vez no deseado, y se prolonga durante un tiempo indeterminado, incluso después del nacimiento de su hijo, dependiendo del grado en que los acontecimientos se vayan presentando, tanto en los cambios biológicos durante y después del embarazo como en los sociales e interpersonales debido al cambio de rol que deberá jugar: madre y señora.

El embarazo obliga al adolescente a renunciar a muchas de sus actividades; implica la terminación o interrupción de su educación formal; la limitación de obtener iguales oportunidades en el futuro que, si no tuviera un hijo, gran parte de sus expectativas se verían frustradas, y de lo cual pudiera culpar a su pareja o a su hijo.

La adolescente, aunque biológicamente va ser madre, sociológicamente y psicológicamente sigue siendo hija dependiente; suele perder el derecho a decidir sobre su vida futura y la de su hijo, y es la familia, principalmente los padres, los que determinan y le hacen sentir lo que ha perdido por haber concebido un hijo fuera del matrimonio, por lo que tendrá que someterse a esa situación.

En algunas ocasiones los problemas aumentan al nacer el niño; los padres pueden adoptar conductas altamente negativas y agresivas en contra de la madre y de su hijo, pues este último les recuerda que por su causa no pudieron llevar a cabo sus ideales.

En el caso de algunos hijos de madres solteras adolescentes se sabe de maltratos y retraso en su desarrollo; no obstante esta situación no es privativa de estas madres. Todo lo anterior no excluye, sin embargo, la posibilidad de que algunas madres adolescentes solteras se sientan gratificadas de satisfacer su maternidad, su necesidad de compañía, y puede superar esta crisis; en estos casos el apoyo que reciban será fundamental para salvar los obstáculos que enfrentan y salir adelante con su hijo.

Cuando una adolescente embarazada decide el matrimonio como una salida a su situación, se enfrenta a una serie de problemas, ya que el matrimonio forzado y apresurado tiene altas posibilidades de terminar en separación, por lo que representa sólo una medida transitoria, que puede tener efectos como el que la adolescente tenga después otro u otros hijos, lo que obstaculizará más sus posibilidades de superación.

La unión o el matrimonio implica, para la pareja adolescente compromisos para los cuales no está apta desde el punto de vista de la madurez y de su desarrollo psicológico, así como de su capacidad para lograr independencia económica.

Otra medida de escape a sus problemas es recurrir al aborto. Las adolescentes embarazadas normalmente se practican el aborto a escondidas de sus familiares, con o sin el apoyo de su pareja, aborto que seguramente será realizado por personas no capacitadas médicamente, pero que constituyen para ellas la única opción debido al costo económico de la intervención, y en algunos casos el aborto es provocado por ellas mismas ocasionándose un daño mayor. Generalmente esta intervención se realiza en condiciones insalubres y de manera clandestina.

De acuerdo a las cifras del Instituto Mexicano del Seguro Social, en México se realizan 700 mil abortos clandestinos anualmente, de lo que resulta una tasa de 48 abortos por cada 100 mujeres de edad fértil.⁵⁰

Lo que representa un grave problema para la salud de la madre, ya que le puede provocar hemorragias, anemias, retención de restos placentarios, perforaciones del útero, infecciones, esterilidad y muerte.

1.12.2 Adulto Joven:

El adulto joven posee gran vitalidad y fortaleza física; ahora cuenta con una personalidad definida. Esta etapa determina el final de la educación formal y la obtención de un trabajo.

⁵⁰ Oropeza Perla, ABORTO EN AMÉRICA LATINA: UNA REALIDAD INOCULTABLE. Pág. 1-2.

Existe una serie de características propias de esta etapa:

- Hay destreza psicomotriz.
- Es minucioso, detallista y constante.
- Es más susceptible a las opiniones públicas.
- Existe la responsabilidad
- Personalidad definida (identidad Propia).
- Estabilidad emocional de la pareja.
- Incrementa su independencia afectiva.
- Se preocupa por su edad.
- Su desarrollo cognoscitivo se nutre de la experiencia.
- Se establece metas más realistas.
- Está situado en la realidad aunque sueñe con el futuro.
- Presenta sentimientos positivos a la vida.
- Es capaz de entablar una relación.
- El super yo controla más la situación que el ello.
- Logra terminar su profesión o definir un oficio.
- Estabilidad emocional con la pareja.

Estas son algunas de las características que el adulto va adoptando cuando ha dejado atrás su adolescencia y va adquiriendo la madurez física, psíquica y emocional con los cuales se va estructurando su comportamiento ante la sociedad.

En esta etapa se da la elección de la pareja que, no sólo está centrado en el amor o afecto, sino que también responde de manera importante a otros aspectos como son : culturales, sociales, económicos, religiosos, etc. A través de esta elección se formaliza el noviazgo y posteriormente se da el matrimonio.

A partir de que el adulto vive en pareja surge un nuevo rol para ambos que es la paternidad y la maternidad. Generalmente existe una presión social para apresurar la llegada de los hijos; la decisión de la pareja de tenerlos más tarde, o en algunos casos de no tenerlos, genera cuestionamientos en su familia y en su grupo social. Ahora bien con la llegada de los hijos, los horarios de las actividades cotidianas se alteran; el cuándo y el dónde de la vida sexual se modifica, la negociación en cuanto al reparto de las responsabilidades se intensifica, y la distribución de los ingresos se ve seriamente afectada.

El embarazo en las parejas que tienen uno o dos hijos no afecta tanto la estabilidad familiar, pero puede significar una crisis intensa si los padres tienen la responsabilidad de otros niños, se enfrentan a la pobreza y/o a la enfermedad.

Cuando la esposa sospecha por primera vez que está embarazada, por los cambios que experimenta su cuerpo, puede experimentar felicidad y júbilo o puede desalentarse y enfadarse. Aunque esto último es raro en esta etapa.

La mujer físicamente sana, emocionalmente madura que desea una familia y que tiene la seguridad del amor de su esposo, su respeto y comprensión y para quien lo económico no es un problema, puede ver el embarazo como una experiencia feliz y bien recibida que favorece el cumplimiento de su papel de mujer, esposa y madre; por lo contrario, una soltera que tiene que mantenerse a sí misma, que sabe la imposibilidad de casarse con el padre de su hijo y que se da cuenta de su iglesia, sus padres y sus amistades ven con desdén el embarazo extraconyugal, puede considerarlo como un desastre de grandes proporciones.

El miedo y la ansiedad no sólo constituyen aspectos inevitables del embarazo, sino que desempeña un papel importante en la preparación de una mujer, durante los últimos 3 meses, para el parto y la maternidad. Esto se presenta tanto en la adolescencia como en el adulto joven y maduro, aunque cada etapa se manifiesta de diferente forma, por ejemplo: en la adolescencia el miedo y la ansiedad es muy frecuente por todos los cambios que experimenta, además el temor a lo desconocido acentúa estas manifestaciones. En cambio el adulto joven presenta miedo y ansiedad hacia lo desconocido, es decir, siempre y cuando sea su primer embarazo, cuando son subsecuentes estas manifestaciones tienden a desaparecer, aunque en algunos casos se puede presentar en las mujeres que tuvieron alguna complicación en sus embarazos anteriores. En tanto que el adulto maduro manifiesta el miedo y la ansiedad hacia alguna complicación que pudiera traerle el embarazo a ella o al producto a causa de su edad.

1.12.3 Adulto Maduro:

Comprende de los 35 a 55 años de edad. El adulto tardío en esta fase se enfrenta a una serie de restricciones físicas y sociales que afectan su autoestima; por un lado, el deterioro fisiológico es mayor, lo que disminuye su capacidad física y le impide el desarrollo de las actividades que anteriormente venía realizando, llevándolo a una cierta dependencia de los demás.

Algunas características propias de esta etapa son:

- Se encuentra irritable, depresivo y melancólico.
- Disminuye su interés hacia nuevas y diferentes actividades.
- Se presenta el Síndrome del nido vacío.
- Juega el papel de consejeros.
- Aumentan las expectativas en relación a la muerte.
- Disminuyen sus capacidades cognitivas.

- Busca confirmar su hombría.
- Es menos productivo a diferencia de etapas anteriores. (jubilación).
- En ocasiones es visto como una carga social.

Este conjunto de modificaciones en su entorno, y en sí mismo, lo llevan a una nueva adaptación de aquello que había venido siendo con lo que ahora es y puede hacer.

Con respecto a la vida familiar, se observa que en la medida en que el proceso de independencia de los hijos aumenta y abandonan el hogar paterno, el adulto se enfrenta a un cambio de función, al dejar de ser el responsable de las acciones de sus hijos, que ya no buscan su aprobación, y se convierte, nuevamente, en parte integral de una pareja.

Por otro lado, el declive fisiológico de la persona empieza a ser evidente, presentándose síntomas que marcan la pérdida de la juventud. Uno de los cambios que sufre la mujer como resultado de esto es la menopausia provocando periodos de irritabilidad, depresión e insomnio.

La mujer se enfrenta al término de su capacidad reproductiva, será evidente que ya no tendrán la posibilidad de embarazarse.⁵⁹

⁵⁹ Hassol Dennis. Op cit. Pág. 260-276.

1.13 IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN

Desde que el hombre existe, se ha visto la necesidad de emplear un lenguaje, es decir un sistema de comunicación para poder interactuar entre sí. El acto comunicativo empieza con la vida misma y asume diversas formas complejas " desde la comunicación celular y vegetal pasando por la comunicación animal hasta los sofisticados medios masivos de comunicación."⁶⁰

La primera forma que el hombre empleó para comunicar fue el tacto y la emisión de sonidos a los que había asignado un significado particular, posteriormente incluyó la mímica, los dibujos y las pinturas rupestres.

El lenguaje es uno de los códigos que utiliza el hombre a) como vehículo para exteriorizar actitudes, motivos, ideas y estados de ánimo en general, b) como medio de interacción con otros y con el medio ambiente, c) como herramienta para coordinar actividades, d) como ingrediente eficaz para la integración de grupos. El lenguaje no tan solo sirve para exteriorizar nuestro pensamiento y estado de ánimo, sino también para relacionarnos y adaptarnos con y otras personas. La vida en sociedad sólo es posible si las actividades familiares, de trabajo y demás son coordinadas a través del lenguaje, ya que de no existir éste, no habría modo de transmitir y entender órdenes, deseos, afectos, etc.

Sin embargo las interferencias de la comunicación que los psicólogos llaman barreras impiden el desarrollo del proceso de la comunicación. Las interferencias pueden ser tanto del emisor como del receptor ya que se aplican para ambos y pueden ser:

* Interferencias semánticas. Esto se refiere al significado de la palabra escrita y orales y cuando no se precisa su sentido se presenta a diferentes interpretaciones y el receptor entiende no lo que dijo el emisor sino lo que su contexto cultural le indica.

* Interferencia psicológica. Se producen entre el interior de las personas y parten de la individualidad que cada persona posee para recibir e interpretar el mensaje en cuanto a este aspecto pertenecen las sensaciones y actitudes, ya que son las más difíciles de eliminar. Entre las causas que contribuyen a las interferencias psicológicas se encuentran: uso de conocimientos precisos y detallados, interrupción a los demás cuando se habla y apariencia física imponente.

⁶⁰ González Alonso Carlos. PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA COMUNICACIÓN Pág. 11.

* Interferencias fisiológica.- Son las que impiden emitir o recibir con claridad un mensaje debido a los efectos del emisor o receptor. Un ejemplo: típico es aquel individuo que tiene un defecto en los órganos de los sentidos.

* Interferencias físicas. Son las interferencias en el medio ambiente y también representan fallas en la transmisión del mensaje. Algunas de las causas principales son el ruido, la falta o el exceso de luz.

Las interferencias también surgen cuando los mensajes son demasiados violentos, se perciben de manera distorsionada o no se perciben, es decir llegan rápido o lentamente, ó son inadecuados a la situación.⁶¹

Existen 2 tipos de comunicación la verbal y la no verbal. La comunicación verbal incluyen mensajes enviados y recibidos por medio de palabras escritas o habladas. La comunicación no verbal incluye mensajes enviados y recibidos por medio de signos, expresión facial, postura, tono de voz, quejidos, forma de caminar, etc.

La expresión facial es tal vez la manera más frecuente por la cual se trasmite sentimientos en forma no verbal. Se comunica sentimientos de alegría, temor, sorpresa, enojo, desdén y tristeza con los músculos faciales. La expresión facial constituye un lenguaje universal.

La postura corporal es también un medio de comunicación. El sujeto triste deprimido o que se considera de poca valía por lo regular se encorva.

También se trasmite una amplia variedad de significados sutiles por el tono de voz. Es andagio que lo más importante no es lo que dice sino como se dice. Por ejemplo: Los niños, en especial reaccionan más al tono de voz que a las palabras.

⁶¹ González. Op cit. Pág. 12-16.

1.14 ASPECTOS SOCIALES DEL EMBARAZO

En condiciones ideales, el crecimiento de una población debe darse en armonía con los recursos disponibles, ya que si el crecimiento se produce de modo acelerado y sostenido, se aumenta el grado de dificultad para atender los requerimientos básicos de la población como son, la vivienda, servicios públicos, servicios de salud, educación y fuentes de empleo.

La falta de acceso a los servicios médicos es otro elemento que incide en el grupo materno infantil al observarse que los niños del área rural tienen una probabilidad de morir 2 veces mayor a los del área urbana, ya que la no identificación oportuna de los riesgos da como consecuencia una inadecuada atención médica prenatal, obstétrica y pediátrica.

Los factores que impiden la identificación oportuna de los riesgos son:

1.14.1 Escolaridad:

La escolaridad, ya que a mayor grado de preparación formal, mayor es el cuidado de la persona hacia su salud. En la mujer embarazada, la escolaridad es un indicador que reflejará los cuidados que tendrá la madre durante la gestación, la escolaridad materna se asocia con frecuencia al nacimiento de niños prematuros, ya que existe estudios que señalan las diferencias marcadas: en los grupos de escolaridad primaria elemental, primaria completa, secundaria y preparatoria va de 10,13 a 11,7 %, en las analfabetas constituye el 16,9 % y en las profesionistas el 2,5 %.⁶²

1.14.2 Ocupación:

Nos indica el esfuerzo físico y las condiciones de trabajo a las que está sometida la paciente. La actividad laboral que implique un gran esfuerzo físico, disminuirá la nutrición fetal al exigir un gasto excesivo extra 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, radioactivas ó bien que impliquen un esfuerzo físico excesivo.

⁶² Díaz Ernesto. "FACTORES QUE PREDISPONEN A LA PREMATUREZ Y BAJO PESO AL NACIMIENTO". Prevención de defectos al nacimiento. Pág. 21.

1.14.3 Nivel Socioeconómico:

El nivel socioeconómico es de suma importancia, ya que es un factor decisivo del modo de vida de la población, pues de él se deriva el nivel cultural, el estado nutricional, la accesibilidad a los servicios de salud y por tanto, la calidad de vida.

1.14.4 Estado Civil:

Es importante este aspecto, ya que si la embarazada está unida a un matrimonio, acorde a las leyes que establece la sociedad, la mujer será aceptada en la comunidad y en la familia; pero si la madre es soltera, habitualmente es vista con recelo por la sociedad y en muchas ocasiones es expulsada del seno familiar. Existe un 30 % aproximadamente de madres solteras en la República Mexicana. Muchas recurren a medidas abortivas Zoapacle, quinina, estrógenos más progestágenos, objetos punzo - cortantes intraúteros, legrados abortivos, etc. , y todo ello aumenta la mortalidad feto - materna. De los productos que sobreviven y nacen, son no deseados en su mayoría, lo que propicia abandono y síndrome de privación social.⁶¹

1.14.5 Religión:

Otro factor es la religión que juega un papel importante en el embarazo, ya que existe costumbres y tradiciones que crean un círculo vicioso en la repetición de patrones culturales que pugnan por la subordinación del sexo femenino al masculino, y esto provoca un aumento en la procreación como elemento primordial de la vida en pareja.

Las costumbres y tradiciones del lugar donde se vive va influir para condicionar un embarazo por ejemplo: Si las madres se embarazan muy jóvenes, las hijas siguen esos patrones culturales., algunas personas de edad grande consideran que los métodos anticonceptivos son formas abortivas, por lo tanto las consideran pecado y les transmiten a las nuevas generaciones esas ideas, lo cual origina que no utilizan los métodos anticonceptivos y esto provoca multigravidez, y embarazos no deseados. También algunas mujeres consideran que el tener muchos hijos las hacen más femeninas o piensan que su hombre es más "Hombre" por tener muchos hijos. Generalmente se da una competencia entre habitantes para ver quien trae más hijos al mundo, sin importarles si les pueden brindar educación, cariño, vestido, alimentación y vivienda.

⁶¹ Espinosa Gildardo. GUÍA PARA EFECTUAR EL INTERROGATORIO A UNA EMBARAZADA. Pág. 1.

1.15 CREENCIAS DE LA REPRODUCCIÓN

Las concepciones patriarcales en que descansaban el orden social azteca se manifestaba, por ejemplo, en la imposibilidad de las mujeres de ocupar cargos públicos o sacerdotales y, dentro del ámbito familiar, en el derecho de los hombres para practicar la poligamia.

La valoración de la mujer se daba en función de la maternidad. (La mujer tenía como misión primordial en la vida el procrear hijos), la cual gozaba de un prestigio social equivalente al del guerrero. el nacimiento de un hijo se equiparaba a la captura de un prisionero en la batalla, de ahí que la comadrona emitiera un grito de guerra en el instante del nacimiento.

Para ellos las creencias que se tenían con respecto a las complicaciones del embarazo eran de carácter mágico. por ejemplo: La embarazada no podía dormir durante el día porque, de hacerlo el niño nacería con los párpados abultados, tampoco debería de masticar chicle pues el niño se le endurecería el paladar y se le pondría gruesas las encías, no podría mamar y moriría; no debía dejar de comer para evitar que el niño sufriera hambre, pero no debía de comer tierra y gis porque el niño nacería enfermo o incompleto; no comería tamales pegados a la olla, porque el niño se le pegaría y no lo podría parir; si la embarazada veía ahorcados corría el riesgo de que el niño se le enrollara el cordón umbilical en el cuello.

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

Estas creencias de carácter mágico son resultado de una serie de influencias con astros y dioses que gobernaban en ese tiempo.

Al igual que en otras sociedades, en el mundo mexicana, la mujer fue vista con buenos ojos y valorada positivamente si tenía muchos hijos. El reconocimiento social recibido por la mujer prolífica constituyó una de las pocas formas mediante la cual podía obtenerse un poco de consideración; con la generalidad de las tareas mal

recompensadas o desdenadas y el papel materno glorificado, la mujer se vio, seguramente, a tener preñeces repetidas.

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

La imposición social que se produjo en la actividad reproductiva femenina se expresó en los mitos y leyendas en las cuales las mujeres se veían, de pronto, preñadas sin que hubiera una relación placentera, y sin que ella lo hubiera deseado ni tuviera intenciones de engendrar.

Esto se debe a que las relaciones sexuales eran reconocidas y aceptadas como una necesidad vital para el hombre, es decir, el hombre podía ser con su sexualidad todo lo que apetecía, pues les era permitido la poligamia; en cambio la mujer era reprimida en este sentido, ya que debía llegar "virgen" al matrimonio y cuando esto no sucedía era repudiada socialmente y debía enfrentarse a severos castigos. En este caso no era permitido las concubinas.⁶⁴

Todo esto se debe a los valores y roles masculinos o femeninos que se han impuesto con el transcurso del tiempo, por ejemplo: si para el mundo del varón es importante la agresividad o la competencia, se le señala a ser agresivo mediante juegos competitivos y violentos, juguetes bélicos, etc.; si es importante la fortaleza, se le enseña lo que se considera ser fuerte: no llorar, no manifestar emociones como la ternura, no mostrar inseguridad, etc. Lo mismo se realiza en la educación femenina, solo que con los valores y roles invertidos, se le enseña a ser tierna, maternal y cuidadora, se le dan muñecos y elementos de cuidado para lavarlos, vestirlos o pasearlos; se les enseña a ser receptivas a las demandas externas a través de juguetes que la inicien en las tareas domésticas: cocinita, maquinita de coser, etc. se le estimula a que acate, escuche, acepte, y que cultive emociones "femeninas" (puede llorar pero no agredir).

Está educación que se le daba a la mujer estaba encaminada a prepararlas para desempeñar bien su papel de madres y mujeres de hogar.

Las madres y las ancianas del calpulli eran quienes se encargaban de transmitir los conocimientos indispensables sobre las funciones de la mujer, la vida, el nacimiento, sus obligaciones y responsabilidades sociales.

Estas enseñanzas eran dadas en formas de discursos llamados Huehuetlatolli, o sea, pláticas de viejos.

⁶⁴ Gutiérrez Raigosa Addy, Embarazo no planeado, 12-21.

En las mujeres existe una fuente de conflictos adicional dado que si se comportan de acuerdo a la expectativa social, su rol de la mujer ocupa un segundo lugar, puesto que la consideración social recae en lo masculino; pero si se comportan con los valores masculinos para ser reconocidas socialmente (agresividad, competitividad, fortaleza, dureza, etc.) son despreciadas como mujeres, de hecho , las mujeres agresivas o competitivas por ejemplo en el trabajo son respetadas de igual a igual y no aceptan el lugar se sumisión, pero son despreciadas como mujeres, sobre todo para el establecimiento de una pareja estable, en cuanto a que no asume el rol femenino.

Valores que se les enseña a cada cual como propio de " lo masculino " o " lo femenino " son distintos y exclusivos.

LO MASCULINO -- HOMBRES	LO FEMENINO -- MUJERES
Fortaleza	Debilidad
Actividad	Pasividad
Rapidez	Lentitud
Agresividad	Ternura
Propulsividad	Receptividad

" Lo masculino " y "Lo femeninos" va constituyendo la construcción de la identidad del varón y de la mujer; esto es difícil de cambiar, puesto que se adquiro en edades muy tempranas.

Esta "masculinidad" y "feminidad", con el tiempo puede llegar a convertirse en un esquema rígido de comportamiento, una especie de coraza cada vez más inflexible que impide una fluida comunicación personal y de pareja.

Esto es en si mismo una fuente de conflictos individuales. Las personas necesitamos en un momento de nuestra vida expresarnos de una forma u otra, de manera "masculina" o "femenina", de podernos permitir sentirnos fuertes o débiles, manifestarnos como tiernas o agresivas según cuándo, dónde o en relación a qué o a quién, desear actuar con lentitud o rapidez, sentirnos valientes o poder sentir y expresar nuestro miedo, etc., sin que ello tenga necesariamente connotaciones positivas o negativas.

El grado de feminidad o masculinidad es determinado de acuerdo a los usos y costumbres del lugar y la época en que se vive. Actualmente hay una confrontación grande en cuanto al rol de la mujer, que ha sufrido profundos cambios al incorporarse a la vida productiva, lo que ha creado normas sexuales más flexibles, tanto que el hombre y la mujer han asumido funciones que antes eran privativas de su pareja, con base en las nuevas exigencias.

Para finalizar, podemos decir que el siglo XX rompió la tradición de los matrimonios concertados por los padres, y la decisión de la pareja pasa a ser el elemento primordial para su realización. El invento de los anticonceptivos da un sentido diferente a las relaciones sexuales, y el placer sexual, separado de la función reproductiva, se convierte en una posibilidad legítima para el hombre y la mujer.

La mayor igualdad de la mujer con respecto al hombre en el plano jurídico y en cuanto al desempeño de su rol social; el avance de la técnica y la ciencia que le dan a la sexualidad un sentido de validez universal, más la posibilidad de evitar tener hijos no deseados, son fenómenos que traen implícitos cambios fundamentales en la concepción del hombre y la mujer, en la concepción de la pareja y en la concepción familiar.⁶⁵

⁶⁵ Sanz Fina. PSICOEROTISMO FEMENINO Y MASCULINO. Pág. 18-25.

1.16 IMPORTANCIA DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Fue a los inicios de la década de los setenta en que la Organización Mundial de la Salud (OMS) toma el liderazgo en la promoción de la planificación familiar como uno de los elementos más importantes de la salud de la madre y su hijo. A partir de esas fechas han sido varios los organismos públicos y privados, nacionales, internacionales y locales que han colaborado con distintas acciones en pro de la salud reproductiva que tradicionalmente se ha tratado como un riesgo materno-infantil, y es en la última década cuando se ha formulado hipótesis por demás propositivas que demandan mayor orientación y amplitud de acción a la salud reproductiva.

El consejo político y técnico alcanzado por los gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por la comunidad internacional y por los organismos de cooperación técnica y financiera en la cumbre mundial en favor de la infancia en Nueva York 1990, permitió fijar líneas de acción y actividades en materia de salud. Dichas acciones son distintas a mejorar la salud materna, reducir la mortalidad materno-infantil, lograr el acceso de todas las parejas a servicios de regulación de la fertilidad y atención prenatal y eliminar el tetanos neonatal entre otras.

Simultáneamente a nivel la Constitución Mexicana incorpora en 1973 la planificación familiar como: " El derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a tener acceso a la información, educación y los medios para hacerlo".

A partir de entonces se ha venido analizando los beneficios para la salud derivados de la práctica de la planificación familiar. Y se observa que las acciones en pro de la planificación familiar y la salud reproductiva reducen el número de embarazos no deseados y de riesgo elevado, previniendo así miles de muertes o secuelas, y favoreciendo mayor oportunidad para la sana convivencia de pareja y familia.

Han sido varias definiciones e interpretaciones que han antecedido a la definición actual de salud reproductiva; por mencionar algunas: " Salud reproductiva " significa: a) que las personas puedan reproducirse y regular su fecundidad con el conocimiento más amplio posible de las consecuencias personales y sociales de sus decisiones y con acceso a los medios para llevarlos acabo. b) que las mujeres no tengan riesgo durante sus embarazos y partos. C) que el producto del embarazo sea exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar tanto de la madre como el hijo. Además las parejas deben tener la posibilidad de tener relaciones sexuales libres del temor de un embarazo no deseado o de contraer alguna enfermedad.

El concepto de salud reproductiva se ha enriquecido y se ha ampliado condicionado por factores de tipo social, cultural y económico; así como los inherentes al estado físico y mental de los individuos; es así como a semejanza de la definición de la OMS la salud reproductiva " Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Esta definición la confiere un carácter integral, donde las personas tienen la capacidad de reproducirse cuando lo crean oportuno, que puedan tener un embarazo, parto y puerperio sano y que los niños crezcan y se desarrollen en un ambiente saludable; además del derecho a una sexualidad plena con relaciones mutuamente satisfactorias sin temor a embarazos no deseados o a enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva abarca problemas asociados, con el ciclo de la vida. (Aspectos biopsicosociales que interfieren con el periodo reproductivo).

1.16.1 Biológicos.

La finalidad es asegurar que la población pueda tener relaciones libres de enfermedad que las mujeres que lo deseen puedan tener embarazos sanos y que sus hijos nazcan, se alimenten y se desarrollen en las mejores condiciones posibles.

Algunos de los principales problemas de la salud reproductiva de la población Mexicana son: Los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, abortos, los períodos intergenésicos cortos, la multigravidez y las enfermedades sexualmente transmisibles (incluyendo el SIDA), y que traen como consecuencia una mayor incidencia de la morbilidad y mortalidad materna e infantil.

1.16.2 Psico-Sociales

Los procesos sociales y culturales son otro componente que ejercen una influencia importante sobre la salud reproductiva. La sobre población y su dinámica provoca un importante problema de salud pública, además de fuertes necesidades sentidas y no sentidas de atención médica que requieren un gran esfuerzo para satisfacer ; el problema se agrava en las grandes ciudades donde se forman grupos con menores posibilidades donde las condiciones de salud son precarias. La subutilización de los servicios médicos y de planificación familiar por parte de la población, la capacidad económica limitada, la educación, la cultura y la ilegitimidad están consideradas dentro de las variables sociales de mayor influencia sobre la salud reproductiva.

La salud reproductiva considera de manera muy especial la educación sexual en la cual además de manejarse la capacidad procreativa humana, tiene que ver sobre todo

con la forma de relacionarse ya sea como mujer o como hombre y por esto mismo debemos de entender que la sexualidad tiene un ámbito muy amplio.

Dentro de los factores que influyen de manera directa en la salud reproductiva, generalmente se reconocen la madurez biológica y el estado civil de la persona, por considerar que estos cumplen las condiciones necesarias para el desempeño de la actividad sexual o la reproducción. Pero si se quiere dar un enfoque integral debemos entonces hacer referencia de otros aspectos que también juegan un papel importante: el conocimiento, aceptación y confianza que se tenga de sí mismo; el conocimiento, aceptación y respeto hacia la pareja y hacia los demás, la identificación y comprensión clara de sus expectativas y alcances tanto individual como de pareja, y finalmente la capacidad de adaptación o responsabilidad ante la vida sexual activa o la reproducción humana.

Las acciones de la salud reproductiva pueden ser dirigidas, a la mujer en edad fértil no gestante, a la mujer gestante (atención prenatal), a la atención del parto y puerperio, al recién nacido, al hombre, a los adolescentes y a la población en general; estas directrices nos dan una idea del ámbito tan amplio en el que estamos inmersos.

Estas acciones son guiadas por indicadores demográficos y de salud como la tasa de fecundidad, mortalidad y morbilidad principalmente materna e infantil, crecimiento poblacional y esperanza de vida al nacer por mencionar algunos de los más importantes .⁶⁶

⁶⁶ Goitia Marques Ana María. SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR.
Pág. 1- 7.

1.17 ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE TARÍMBARO

1.17.1 Económicos:

La actividad que más se práctica entre la población, es la agricultura y la ganadería.

Un aspecto importante en cuanto a la economía del municipio es el hecho de que gran número de jóvenes abandonan sus estudios para dedicarse a las labores del campo y de ésta manera aumentan ingresos familiares o bien emigran hacia los estados unidos. Para mejorar sus condiciones económicas, otro pequeño sector acude a la ciudad de Morelia para desempeñar labores como peones en obra de construcción o como obreros, tiendas comerciales y servidumbre (mujeres) , o bien como comerciantes ambulantes en el tianguis de Santiaguito, para vender y revender fruta y verduras, así como en el mercado de San Juan y la feria.

La población económicamente activa, referida anteriormente se constituye de la siguiente forma: hombres el 90 %, cuya edad van desde los 10 años hasta los 60 y un sector reducido de 10 % de mujeres, debido a que la mayoría se dedica a las labores domesticas sin aportar un ingreso familiar. Por lo tanto existe el patriarcado, es decir, el padre es la fuente principal del aporte económico.

1.17.2 Educativos:

En esta población esta integrada por los niveles de preescolar, primaria y secundaria; por lo tanto cada comunidad cuenta con un kinder y primaria, por lo que la mayor parte de la población en edad escolar cuenta con un mínimo de estudios (6º año de primaria).

Entre la población adulta un 70 % sabe leer y escribir, mientras el 30 % restante es analfabeta.

La causa de que muchos estudiantes no continúan con sus estudios es que deben trabajar para ayudar en el gasto familiar.

En cuanto a los estudios de nivel secundaria y media superior, los jóvenes tienen que asistir al centro de Tarimbaro, ya que es ahí donde se imparte esta educación.

1.17.3 Social:

En cada comunidad existe un encargado del orden, este es elegido por la misma comunidad, este mantiene informada a la cabeza municipal de las actividades y problemas que surgen en la comunidad.

Las características de vivienda y tipo de la misma en todas las comunidades varía, hay algunas de buena construcción, es decir, de tabique, cemento y losa con buena ventilación y adecuada iluminación, pero hay otras con piso de tierra, paredes de madera, piedra o adobe, el techo de lámina de cartón, asbesto, la iluminación es inadecuada al igual que la ventilación.

La mayoría cuentan con un corral para animales domésticos, aunque existen algunos animales que andan por todas partes de la casa.

Las 10 localidades del módulo cuentan con energía eléctrica, pero solo 6 localidades (Colegio, Peña del panal, Arindeo, Ex. Hacienda Guadalupe, Jamaica, Rancho nuevo) cuentan con alumbrado público, siendo un riesgo para los habitantes que tienen que salir de noche.

En las comunidades de la Col. Independencia, El puesto, Cañada del herrero y Cañada de los sauces no cuentan con agua potable sólo con el uso de manantiales que no se puede consumir sin hervirla previamente, ya que se encuentran en un estado insalubre ocasionando serios problemas de salud a la comunidad. El resto de las comunidades cuentan con un abastecimiento de agua adecuado.

En cuanto al aspecto recreativo la población encuentra una distracción en las fiestas que se celebran en la comunidad, en los partidos de fut bool, en los jaripeos y los bailes que organizan diversas autoridades.

1.17.4 Salud:

A pesar del crecimiento del pueblo y de las comunidades pertenecientes a este municipio, los servicios médicos con los que cuenta son mínimos para las necesidades que se presentan, en el pueblo de Tarimbaro cuenta solamente con un centro de salud regularmente equipado, con un consultorio y una sala de expulsión, una sala de espera, un cuarto de hospitalización. No se cuenta con equipo suficiente para hacer frente a atenciones de urgencias médicas.

En las localidades existen Auxiliares de Salud, a quienes la Secretaría de Salud capacita para el control del embarazo, parto y puerperio, atención del menor de 5 años, planificación familiar y en actividades varias donde se ven varios temas.⁶⁷

⁶⁷ Observación directa de la comunidad.

RESULTADOS

Las siguientes interpretaciones corresponden a los datos obtenidos de 105 usuarias a quién se les aplicó el cuestionario de detección de implicaciones biopsicosociales que condicionan el embarazo y sus complicaciones más comunes que se presentan en ellas. En cuanto a la edad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron. El mayor índice de usuarias en estudiadas corresponde al intervalo de 26 a 30 años con un 29,3 %. También es donde se observaron más complicaciones como las contracciones antes de tiempo, el sangrado vaginal, la hipertensión arterial y la ausencia de contracciones con un 6,7 %, 4,8 % y 3,8 % respectivamente. Con un mínimo porcentaje de 0,9 % se encuentra la que refirió que orinaba poco y la ruptura prematura de membranas.

Le sigue el intervalo de 21 a 25 años, con un 23,6 % en este grupo la hipertensión arterial ocupa el primer lugar con un 3,8 %, siguiendo la ruptura prematura de membranas con un 2,9 %, el sangrado vaginal y la ausencia de contracciones se observaron en un 1,9 % para ambos, con menor porcentaje de 0,9% se encontró el edema, la pelvis estrecha, la mala presentación, las contracciones antes de tiempo y la falta de movimiento o latido fetal.

El intervalo de 31 a 35 años ocupa el tercer lugar con un 20%, en este grupo la mayor complicación es el sangrado vaginal con un 4,8 %, le sigue las contracciones antes de tiempo con un 2,9 % y con un 1,9 % la hipertensión arterial y la ruptura prematura de membranas. el mínimo porcentaje se encontró la pelvis estrecha, y la ausencia de contracción con un 0,9 %.

El total de usuarias que se encuentran en edad económicamente activa son el 72,9 % de ahí el 23 % no presentó ninguna complicación.

En las edades extremas de la vida reproductiva tenemos que el 16 % lo ocupa el intervalo de 36 a más años; dentro de este grupo los primeros lugares son el edema, la hipertensión arterial, el sangrado vaginal, la ruptura prematura de membranas con un 1,9 %, le siguen con un 0,9 % las contracciones antes de tiempo, la falta de movimiento ó latido fetal y la ausencia de contracción. En este intervalo se puede observar que las complicaciones tienen un mínimo porcentaje. Aún cuando en este grupo el organismo de la mujer presenta un declive fisiológico que hace difícil mantener un embarazo y llevarlo a su terminación sin consecuencia alguna para ambos. Por otra parte un 11,1 % se ubica el intervalo de 15 a 20 años, en este grupo las anemias ocupan el primer lugar con un 2,9 %, siguiendo el sangrado vaginal con un 1,9 %, con 0,9 % se encuentra el resto de las complicaciones que se presentaron en el grupo de estudio. Es importante mencionar que la anemia que se presenta en esta etapa se debe a los cambios que realiza el organismo en la adolescencia, ya que un embarazo precoz impide cubrir estas demandas y surgen una serie de complicaciones materno-fetales.

En relación a la edad favorable para la gestación oscila entre los 20 a 35 años de edad. En este período es cuando los mecanismos metabólicos homeostáticos, las condiciones nutricionales de la mujer puede alcanzar su plenitud y producir sus frutos óptimos.

En tanto que las complicaciones que se presentaron en el grupo de edad ideal para la gestación, se debe a que las mujeres realizan trabajos rudos, es decir, se dedican a las labores del campo, acarrean el agua, cargan cosas pesadas, etc. si además a esto le agregamos una alimentación inadecuada originará un desgaste físico y provocará que se presente las complicaciones materno-fetales (ver cuadro No. 1 pág. 109)

CUADRO No. 1

Edad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en las comunidades del módulo de Tarimbaro, en Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	GRUPOS DE EDAD										TOTAL	
	15 a 20 años		21 a 25 años		26 a 30 años		31 a 35 años		36 y más		F	%
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	1	0.9	1	0.9					2	1.9	4	3.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	0.9	4	3.8	4	3.8	2	1.9	2	1.9	13	12.3
ANEMIA	3	2.9									3	2.9
SANGRADO VAGINAL	2	1.9	2	1.9	5	4.8	5	4.8	2	1.9	16	15.3
PELVIS ESTRECHA			1	0.9			1	0.9			2	1.8
ORINA POCO					1	0.9					1	0.9
VIALA PRESENTACIÓN	1	0.9	1	0.9							2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1	0.9	1	0.9	7	6.7	3	2.9	1	0.9	13	12.3
FALTA DE SIDO O LATIDO			1	0.9					1	0.9	2	1.8
RPM	1	0.9	3	2.9	1	0.9	2	1.9	2	1.9	9	8.5
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	1	0.9	2	1.9	4	3.8	1	0.9	1	0.9	9	8.4
SIN COMPLICACIONES	1	0.9	9	8.6	8	7.7	7	6.7	6	5.7	31	30.3*
TOTAL	12	11.1	25	23.6	30	28.6	21	20.0	17	16.0	105	100.0

RPM: Ruptura Prematura de Membranas

* NOTA: Se agregó siete décimas para redondear al 100%.

FUENTE: Encuesta realizada a las mujeres del módulo de Tarimbaro, en Morelia, Michoacán, de junio a julio de 1996

En cuanto al estado civil de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron, tenemos que el mayor porcentaje corresponde a las casadas con un 93.5 %. En este grupo el sangrado vaginal tiene el mayor porcentaje con un 14.3 %, le sigue la hipertensión arterial, con un 11.4 %, las contracciones antes de tiempo con un 10.5 %, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracciones con un 8.6 %, con un 3.8 % se encuentra el edema, con un porcentaje inferior está la mala presentación y la que refirió que orinaba poco con un 0.9 %. Cabe mencionar que el porcentaje de las casadas se incrementa al 97.2 %, si contamos a las viudas como casadas, ya que el porcentaje anterior es el estado civil del momento de la aplicación del cuestionario y no cuando está embarazada.

En tanto que el intervalo de las viudas corresponde a un 3.7 %, en este rubro las contracciones antes de tiempo presentan el mayor porcentaje con un 1.9 %, le siguen con 0.9 % la hipertensión arterial y el sangrado vaginal. En cuanto a los intervalos de unión libre corresponden a 1.9 % del total del grupo en estudio que no presentó alguna complicación. En el grupo de las solteras se presentó con un 0.9 % la mala presentación.

Se menciona en el marco teórico que la mujer soltera embarazada presenta una serie de angustias e inseguridades en cuanto a su futuro, ya que no cuenta con el apoyo de su pareja y se puede presentar complicaciones tanto maternas como fetales. Además en estos casos la gestante es habitualmente vista con recelo y en muchas ocasiones es expulsada de la sociedad y quizá de la misma familia por un embarazo extraconyugal, ocasionándole problemas biopsicosociales.

Las complicaciones que presentaron las mujeres casadas, no se debió a su estado civil, sino a diversas causas que intervienen en su macroambiente y las hacen más propensas a manifestar complicaciones. (Ver cuadro No. 2 Pág. 111).

CUADRO No. 2

Estado civil de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	ESTADO CIVIL						TOTAL					
	CASADA		SOLTERA		VIUDA		DIVORCIADA		UNIÓN LIBRE			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
EDEMA	4	3.8								4	3.8	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	12	11.4			1	0.9				13	12.3	
ANEMIA	3	2.9								3	2.9	
SANGRADO VAGINAL	15	14.3			1	0.9				16	15.2	
PELVIS ESTRECHA	2	1.9								2	1.9	
ORINA POCO	1	0.9								1	0.9	
MALA PRESENTACIÓN	1	0.9	1	0.9						2	1.8	
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	11	10.5			2	1.9				13	12.4	
FALTA DE MOV. O LATIDO	2	1.9								2	1.9	
RPM.	9	8.6								9	8.6	
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	9	8.6								9	8.6	
SIN COMPLICACIONES	29	27.6							2	1.9	31	29.7*
TOTAL	98	93.3	1	0.9	4	3.7			2	1.9	105	100.0

* NOTA: Se agregó dos décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

Con respecto a la talla y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán. Sólo se citaron las complicaciones que tienen relación con este aspecto.

Se obtuvo que el rango de - 1.39 se presentó la pelvis estrecha con un porcentaje de 0.9 %, le sigue el intervalo de 1.40 - 1.45 con un 0.9 % la pelvis estrecha y la mala presentación y con un 0.9 % el intervalo de 1.46 - 1.50 con la mala presentación.

En los intervalos restantes no se obtuvieron complicaciones relacionadas con la talla. Es importante mencionar que la transformación de la pelvis de la niña a la edad adulta termina su desarrollo y osificación cuando tiene la mujer más de 20 años de edad, por lo que la menarquia generalmente ocurre antes de que termine el desarrollo de la pelvis; por lo tanto la mujer puede embarazarse desde el momento en que se presenta la menstruación, originando la pelvis estrecha y provocando de esta manera la cesárea.

En cuanto a la mala presentación se debe a que la mujer es baja de estatura y no permite que el producto tenga movilidad y se coloque en posición fetal. Por lo que éste tenderá a colocarse en posición transversa o oblicua. (Ver cuadro No. 3 Pág. 113).

CUADRO No. 3

Talla de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

COMPLICACIONES	TALLA										TOTAL					
	1.39		1.40 - 1.45		1.46 - 1.50		1.51 - 1.55		1.56 - 1.60			1.61 - 1.65		1.66 Y MAS		
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	
EDEMA					1	0.9	2	1.9							4	3.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL					3	2.9	5	4.8	4	3.8	1	0.9			13	12.4
ANEMIA	1	0.9	2	1.9	1	0.9			1	0.9					3	2.7
SANGRADO VAGINAL	1	0.9	1	0.9	5	4.8	4	3.8	2	1.9	2	1.9			16	15.2
PELVIS ESTRECHA											1	0.9			2	1.8
ORINA POCO							1	0.9							1	0.9
MAIA PRESENTACIÓN			1	0.9	1	0.9									2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO							5	4.8	5	5.7	2	1.9			13	12.4
FALTA DE MOV. O LA TIPO							1	0.9	1	0.9					2	1.8
RPM			1	0.9			4	3.8	2	1.9	2	1.9			9	8.5
ATENCIA DE CONTRACCIÓN					2	1.9	3	2.9	4	3.8					9	8.6
SIN COMPLICACIONES	1	0.9	1	0.9	7	6.7	7	6.7	8	7.6	7	6.7			31	30.2*
TOTAL	3	2.7	6	5.5	20	19.0	31	31.2*	28	26.5	15	14.2			105	100.0

* NOTA: Se agregó siete décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

Referente a la paridad de las mujeres en estudiadas y su relación con las complicaciones. Se obtuvo que el mayor porcentaje corresponde al intervalo de 3 a 4 hijos con un 38.4 %. el mayor porcentaje es de la hipertensión arterial con un 5.7 %, le sigue el sangrado vaginal, las contracciones antes de tiempo, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracción con un 4.8 % y un porcentaje inferior se encuentra la mala presentación. El 9.5 % restante no presentó complicación.

En cuanto a los intervalos de 5 a 6 y 7 a más se presenta un 16.1 % y 23.7 % respectivamente haciendo un total de 39.8 % de complicaciones. Lo que confirma que la multiparidad es un factor de riesgo para la salud tanto materna como fetal, ya que su cuerpo no se repone totalmente y se presenta un desgaste físico.

Por otra parte el intervalo de 1 a 2 tiene un porcentaje de 21.8 % con las contracciones antes de tiempo, ocupando el índice mayor con un 4.8 %, le sigue el sangrado vaginal con un 2.9 %. En este grupo también se presentaron serios problemas, esto es debido a un periodo intergenésico corto, a su edad del primer embarazo o a su condición física que no le ayuda a una mayor recuperación de su organismo de una gestación a otra. (Ver cuadro No. 4 Pág. 115).

CUADRO No. 4

Paridad de las mujeres estudiadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarímbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	PARIDAD									
	1 - 2		3 - 4		5 - 6		7 Y MÁS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	2	1.9	.....	.....	.....	.....	2	1.9	4	3.8
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	1.9	6	5.7	3	2.9	2	1.9	13	12.4
ANEMIA	.....	.....	2	1.9	.....	.....	1	0.9	3	2.8
SANGRADO VAGINAL	3	2.9	5	4.8	3	2.9	5	4.8	16	15.4
PELVIS ESTRECHA	1	0.9	.....	.....	1	0.9	.....	.....	2	1.8
ORINA POCO	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	0.9	1	0.9
MALA PRESENTACION	1	0.9	1	0.9	.....	.....	.....	.....	2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	5	4.8	5	4.8	1	0.9	2	1.9	13	12.4
FALTA DE MOV. OLATIDO	.....	.....	1	0.9	.....	.....	1	0.9	2	1.8
RPM	.....	.....	5	4.8	1	0.9	3	2.9	9	8.6
AUSENCIA DE CONTRACCION	1	0.9	5	4.8	2	1.9	1	0.9	9	8.5
SIN COMPLICACIONES	8	7.6	19	9.5	6	5.7	7	6.7	31	29.8*
TOTAL	23	21.8	43	38.4*	17	16.1	25	23.7	105	100.0

* NOTA: Se agregó tres décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: *Ibidem*. Cuadro No. 1

En lo referente al período intergenésico y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres , el mayor porcentaje ocupa el intervalo de 1 año con un 43.1 % en este grupo fue donde se presentó más complicaciones, las de mayor frecuencia están las contracciones antes de tiempo con un 7.6 %, sangrado vaginal con un 6.7 %, con un 4.8 % la hipertensión arterial, la ruptura prematura de membranas con un 3.8 % y con un mínimo porcentaje de 0.9 % tenemos al edema y la falta de movimiento ó latido.

En tanto que el intervalo de - 1 año ocupa el último lugar debido a que solo se presentó un 6.5 % de las complicaciones. Es importante mencionar que un 15.3 % de los 2 grupos mencionados no presentó alguna complicación.

En general se dieron más complicaciones en estos intervalos, debido a que el organismo de la mujer no logra una adecuada recuperación para poder iniciar una nueva gestación si así lo desea.

El 38 % lo ocupa el intervalo de 2 años con un 5.7 % se encuentra la hipertensión arterial y el sangrado vaginal, con 4.8 % las ausencias de contracción y la ruptura prematura de membranas con un 3.8 % el mínimo porcentaje lo ocupa la falta de movimiento ó latido fetal. un 9.5 % no presentó complicaciones.

En lo que se refiere al período intergenésico de 3 años el máximo porcentaje lo ocupa el que no presentó complicaciones con un 4.8 %, le sigue el sangrado vaginal con un 2.9 % y un 0.9 % las mujeres que presentaron pelvis estrecha.

Los períodos de 3 años y más hacen sólo el 12.4 %. El ampliar el intervalo de tiempo entre embarazos sucesivos a un mínimo de 2 años a partir del anterior, mejora las condiciones de salud maternas al permitir que el organismo de la mujer restablezca sus funciones, anatómicas y fisiológicas debidamente. Esto permite un mejor desarrollo de los hijos. (Ver cuadro No. 5 pág.117).

CUADRO No. 5

Período intergenésico corto de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	PERÍODO INTERGENÉSICO CORTO						TOTAL					
	-1 AÑO		1 AÑO		2 AÑOS			3 AÑOS		MAS DE 3		
	F	%	F	%	F	%		F	%	F	%	
EDEMA			1	0.9	3	2.9					4	3.8
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			5	4.8	6	5.7	2	1.9			13	12.4
ANEMIA	1	0.9	2	1.9							3	2.8
SANGRADO VAGINAL			7	6.7	6	5.7	3	2.9			16	15.3
PELVIS ESTRECHA			1	0.9			1	0.9			2	1.8
ORINA POCO					1	0.9					1	0.9
MALA PRESENTACIÓN					2	1.9					2	1.9
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1	0.9	8	7.6	2	1.9	2	1.9			13	12.3
FALTA DE MOV. O LATIDO			1	0.9	1	0.9					2	1.8
RPM	1	0.9	4	3.8	4	3.8					9	8.5
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	1	0.9	3	2.9	5	4.8					9	8.6
SIN COMPLICACIONES	3	2.9	13	12.4	10	9.5	5	4.8			31	29.5*
TOTAL	7	6.5	45	42.8	40	38.0	13	12.4			105	100.0

* NOTA: Se agregó tres décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto a la edad en que iniciaron vida sexual activa las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron se obtiene que el mayor porcentaje corresponde a la edad de 15 - 20 años con un 63.3 %, el mayor porcentaje de complicaciones es la hipertensión arterial con un 10.5 %, le sigue el sangrado vaginal con un 9.5 %, con un 5.7 % las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas, con un menor porcentaje se encuentran la pelvis estrecha, la que refiere que urinaba poco, la mala presentación y la falta de movimiento o latido fetal con un 0.9 % y un 20.9 % no presentó ninguna complicación.

El intervalo - 14 años corresponde al 12.2 %, el mayor porcentaje lo tiene el sangrado vaginal, con un 3.8 %, le sigue la ruptura prematura de membranas con un 2.9 % y las anemias con 1.9 %.

El 75.5 % de las mujeres en estudio inició vida sexual activa tempranamente, esto se debe a los roles sociales establecidos en el medio rural, ya que estos influyen en decisión de contraer matrimonio tempranamente, obligando a integrarse a la sociedad con una participación de adulto, aunque biológicamente no se este apto.

En el grupo de 21 a 25 años corresponde al 21.7 %, las contracciones antes de tiempo tienen un porcentaje de 4.8 % .

En los intervalos 26 a 30 años y más son mínimas las complicaciones, ya que solo un 1.9 % presentó contracciones antes de tiempo de un total de 2.8 % lo que reafirma que las mujeres de esas comunidades tienen relaciones sexuales antes de los 20 años de edad.

El 75.5 % de las mujeres que iniciaron vida sexual activa lo realizaron en la etapa de la adolescencia originando así un embarazo no deseado o riesgos en caso del mismo, ya que se considera un embarazo de alto riesgo. Un 24.5 % la iniciaron en la etapa de adulto joven. (Ver cuadro No. 6 Pág. 119).

CUADRO No. 6

Edad en que iniciaron vida sexual activa las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA						TOTAL
	14	15 - 20	21 - 25	26 - 30	31 - 35	36 + MAS	
	F %	F %	F %	F %	F %	F %	
EDEMA	1 09	1 29	.....	.....	.....	.....	4 38
HIPERTENSION ARTERIAL	.....	11 10.5	1 09	1 09	.....	.....	13 12.3
ANEMIA	2 19	.....	1 09	.....	.....	.....	3 28
SANGRADO VAGINAL	4 38	10 9.5	2 19	.....	.....	.....	16 15.2
PELVINESTRECHA	.....	1 09	1 09	.....	.....	.....	2 18
ORINA FIJO	.....	1 09	.....	.....	.....	.....	1 09
MALA PRESENTACION	1 09	1 09	.....	.....	.....	.....	2 18
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	.....	6 57	5 48	2 19	.....	.....	13 12.4
FALTA DE MOV. O LATIDO	.....	1 09	1 09	.....	.....	.....	2 18
RPM	3 29	4 38	2 19	.....	.....	.....	9 8.6
ALGENCIA DE CONTRACCION	1 09	6 57	2 19	.....	.....	.....	9 8.5
SIN COMPLICACIONES	1 09	22 20.9	8 7.6	.....	.....	.....	31 30.1 *
TOTAL	13 12.2	66 63.3 *	23 21.7	3 2.8	.....	.....	105 100.0

* NOTA: Se agregó siete décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente a la edad del primer embarazo de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron. El mayor intervalo corresponde al de 15 a 20 años con un 64.3 %, las complicaciones con mayor porcentaje son el sangrado vaginal con un 12.4 %, la hipertensión arterial con un 8.6 %, las contracciones antes de tiempo con un 6.7 %, le siguen con un menor porcentaje la ausencia de contracción con un 4.8 %, la ruptura prematura de membranas con un 3.8 %, con un 2.8 % están las anemias con un porcentaje inferior está la falta de movimiento o latido fetal, la pelvis estrecha y la que refirió que orinaba poco con un 0.9 %.

El intervalo de - 14 años le corresponde el 5.5 %. En este grupo las anemias tienen un 1.9 %. Entre estos intervalos el total de usuarias que presentaron complicaciones corresponde al 69.8 % en la edad extrema de la vida reproductiva, como ya se había mencionado corren más riesgo las mujeres en edades tempranas, ya que su organismo no ha alcanzado su completo desarrollo y hace más difícil el mantener un embarazo y llevarlo hasta el nacimiento. Al igual que en la edad de 36 años se presentan estos problemas por el desgaste físico que ha realizado el organismo.

En cuanto al intervalo de 21 a 25 años se presentó un 27.5 %, dentro de este grupo las contracciones antes de tiempo presentaron un 4.8 %, siguiendo la ruptura prematura de membranas con un 3.8 % y con un 2.9 % la hipertensión arterial y la ausencia de contracciones. En este grupo las complicaciones deberían ser mínimas, pero se presentan en un 17.5 %, esto se debe a los antecedentes heredo-familiares, a la falta de higiene, a traumatismos, etc. que hacen más susceptibles a ciertas complicaciones.

El 30.1 % restante de las mujeres estudiadas no presentó complicaciones. (Ver cuadro No. 7 Pág. 121).

CUADRO No. 7

Edad del primer embarazo de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	EDAD DEL PRIMER EMBARAZO						TOTAL
	14	15-20	21-25	26-30	31-35	36-MAS	
	f %	f %	f %	f %	f %	f %	
EDEMA	1 09	3 28	.....	.....	.....	.....	4 37*
HIPERTENSION ARTERIAL	.....	9 86	3 29	1 09	.....	.....	13 124
ANEMIA	2 19	.....	1 09	.....	.....	.....	3 28
SANGRADO VAGINAL	1 09	13 124	1 09	1 09	.....	.....	16 151
PLAVISMERECIA	.....	1 09	1 09	.....	.....	.....	2 18
ORINA POCO	.....	1 09	.....	.....	.....	.....	1 09
ORINA POCO	.....	2 19	.....	.....	.....	.....	2 19
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	.....	7 67	5 48	1 09	.....	.....	13 124
FAJTA DE MOV. O TAUDDO	.....	1 09	1 09	.....	.....	.....	2 18
RPM	1 09	4 38	4 38	.....	.....	.....	9 85
ALSENCIA DE CONTRACCION	1 09	5 48	3 29	.....	.....	.....	9 86
SIN COMPLICACIONES	.....	21 200	10 95	.....	.....	.....	31 331*
TOTAL	6 55	67 643*	29 275	3 27	.....	.....	105 1000

* NOTA: Se agregó seis décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto a la cesárea que han tenido las mujeres estudiadas y su relación con las causas que la provocaron. El 24,8 % de las encuestadas ha presentado cesáreas la causa con mayor porcentaje es el periodo intergenésico corto con cesárea previa con un 8,5 %. Esto es debido como ya se ha dicho a que el organismo de la mujer no se ha recuperado al 100 % es importante dejar pasar como mínimo 2 años para volverse a embarazar.

La cesárea es un procedimiento quirúrgico delicado, ya que intervienen muchos tejidos que no se reponen tan fácilmente. Muchas mujeres que les practicaron cesárea piensan que a los siete días ya están bien porque ven cicatrizada la herida, pero no saben que tarda 2 años para cicatrizar el útero y los planos adyacentes, si no se cumple este tiempo es muy difícil tener un parto vaginal, ya que el esfuerzo que haga la mujer provocará que se habrán los tejidos. Cuando se ha tenido 3 cesáreas sucesivamente con un corto periodo intergenésico corre el riesgo de presentarse ruptura uterina, provocando así la pérdida del producto, el nacimiento prematuro, la muerte materna. Además en estos casos se realiza la histerectomía quedando así la mujer imposibilitada para tener hijos.

El no avance del trabajo de parto tiene un porcentaje de 4,7 %. Esto es debido a muchos factores como una mala presentación, distocias de contracción y de partes blandas, etc. lo importante de esto es que cada vez que haya una contracción hay supresión de la llegada del oxígeno al feto, con lo cual provoca sufrimiento fetal y esto puede causar al nacimiento deficiencia mental.

En cuanto a la mujer, le provoca una serie de angustia y desesperación al ver que los dolores aumentan pero no hay un buen trabajo de parto y puede causar frustración para sus embarazos posteriores. Con un 2,9 % se encuentran los embarazos múltiples, esto es debido principalmente a que las usuarias que utilizan métodos anticonceptivos hormonales orales o inyectables durante un tiempo y lo suspenden repentinamente, puede haber liberación de más de un óvulo.

La hipertensión arterial es un problema muy importante, normalmente la tensión arterial tiende a disminuir en el embarazo durante los primeros meses y mantenerse así hacia el final de la gestación, sin embargo en la mayoría no suele suceder así al principio hay un decremento de la tensión arterial, pero para el 7^o, 8^o y 9^o mes se incrementa hasta en 100 mmhg. en la diastólica provocando así fuertes malestares como: edema, acúfenos, fosfenos, cefalea, epistaxis, proteinuria, etc. Estos son signo de alarma tanto para la madre como para el feto, debido a que si sigue aumentando la tensión arterial provoca sufrimiento fetal en el producto y en la madre puede presentarse derrame cerebral, o pasar de la preeclampsia a la eclampsia, es decir, todo lo anterior, más crisis convulsivas tónico clónicas, en estos casos interrumpir el embarazo es el paso a seguir, ya que esta en peligro la madre como en el hijo.

En cuanto a la mala presentación es un indicativo de cesárea, ya que al no estar ocupada la pelvis no desencadenará las contracciones y no se dará el borramiento ni la dilatación. También una presentación pélvica y/o transversa es indicativa de una cesárea, ya que el producto no puede pasar por el canal de parto.

Si esto se llegara a dar la madre quedaría lesionada y tendría una experiencia negativa al parto. Además el producto también tendría lesión ya que se utilizaría los fórceps. Las desproporción céfalopélvica es también un indicativo de cesárea, debido a que no hay encajamiento de la cabeza fetal con el estrecho superior de la pelvis, por lo tanto no se presentará el borramiento ni la dilatación del cérvix.

Otro motivo es la pelvis materna estrecha, los embarazos antes de los 20 años de edad y/o a que la mujer sea baja de estatura.

Con respecto al 75,2 % restante de las mujeres estudiadas no ha presentado cesáreas. (Ver cuadro No. 8 Pág. 124).

CUADRO No. 8

cesáreas que han tenido las mujer estudiadas en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán y su relación con las causas que la provocaron.

CAUSAS DE LAS CESARIAS	MUJERES QUE TUVIERON CESARIA					
	SI		NO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
NO AVANZÓ EN EL TRABAJO DE PARTO	5	47			5	47
EMBARAZO MULTIPLE	3	29			3	29
HIPERTENSION ARTERIAL	3	29			3	29
PERIODO INTERGENESE OCORTO	9	85			9	85
MALA POSICIÓN	3	29			3	29
DISPROPORCIÓN CEFALOPECUICA	3	29			3	29
NINGUNA			79	75.2	79	75.2
TOTAL	26	218	79	75.2	105	100.0

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente al término de su embarazo en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que presentaron. Se obtuvo que el 63.6 % correspondió al intervalo de 38 - 41 semanas, con un porcentaje mayor de 11.4 % se encuentra la hipertensión arterial, le siguen el sangrado vaginal con un 7.6 % con un 3.8 % están los edemas, las contracciones antes de tiempo, y con un menor porcentaje están las anemias, la pelvis estrecha y la que refirió que orinaba poco con un 0.9 %.

Este punto es muy importante, debido a que si se presentan complicaciones se ve alterado este aspecto. Aquí es donde todo los cuidados y/o problemas que se hayan presentado durante la gestación se verán reflejados. Por ejemplo las personas que lleven un buen control prenatal sin duda llegará a término de 38 a 41 semanas sin ningún problema. En cambio si se presentaron problemas ó angustias se acelera el trabajo de parto, provocando el término antes de tiempo, es lo que sucede con las usuarias que presentaron un 23.8 % de adelanto en su término, el 15.2 % presentó amenaza de aborto y solo el 9.5 % logro superar este problema. El 5.7 % nació antes de las 37 semanas, el 7.6 % dentro del término del embarazo normal y 1.9 % término después de las 42 semanas.

En cuanto al intervalo de - 37 semanas el mayor porcentaje lo tiene las contracciones antes de tiempo con un 8.6 %, le siguen la ruptura prematura de membranas con un 6.7 %, el sangrado vaginal con un 5.7 % y con un mínimo porcentaje se ubican las anemias con un 1.9 % y la falta de latido ó movimiento fetal con 0.9 %. Los factores predisponentes en este intervalo son: la inadecuada alimentación en relación con los sangrados hacen presentes las anemias, el cargar en exceso cosas pesadas durante la gestación provoca amenaza de abortos, la inadecuada higiene provoca infecciones cervicovaginales provocando el reflejo de Ferguson, por lo tanto, da inicio a la ruptura prematura de membranas y a las contracciones antes de tiempo. Los traumatismos que reciben la madre provocan también ruptura prematura de membranas o muerte del producto. Están son algunas de los factores que se pueden presentar en el nacimiento pretérmino.

En lo que respecta al intervalo de más de 42 semanas. El mayor porcentaje lo ocupa las ausencias de contracción con un 5.7 %, le siguen el sangrado vaginal, la mala presentación con un 1.9 %; el mínimo porcentaje lo tiene la hipertensión arterial, la pelvis estrecha y la falta de movimiento o latido fetal con un 0.9 %.

Los factores predisponentes en este rubro son casi similares a los ya mencionados, sólo que en este se debe a embarazos con trabajo de parto prolongado, anemias y sangrados ya que el organismo ha pasado por un desgaste y necesita tiempo para recuperarse.

El 29.9 % no presentó problema alguno y se ubica en el intervalo de 38 - 41 semanas. (Ver cuadro No. 9 Pág. 126).

CUADRO No. 9

Término de su último embarazo en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	TERMINO DE SU EMBARAZO							
	1 ^{ra} SEMANAS		DE 4 ^{ta} SEMANAS		42 Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%
EDEMA	.....	.....	4	18	.....	.....	4	38
HIPERTENSION ARTERIAL	.....	.....	12	11.4	1	0.9	13	12.3
ANEMIA	2	1.9	1	0.9	.....	.....	3	2.8
SANGRADO VAGINAL	16	5.7	8	7.6	2	1.9	16	15.2
PLACUENTRECHA	.....	.....	1	0.9	1	0.9	2	1.8
ORINA PODR	.....	.....	1	0.9	.....	.....	1	0.9
MALA PRESENTACION	.....	.....	.....	.....	2	1.9	2	1.9
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	9	8.6	4	3.8	.....	.....	13	12.4
LISTA DE MOV. O FALSO	1	0.9	.....	.....	1	0.9	2	1.8
ROM	* 6*	.....	2	1.9	.....	.....	9	8.6
AUSENCIA DE CONTRACCION	.....	.....	3	2.9	6	5.7	9	8.6
SIN COMPLICACIONES	.....	.....	11	29.5	.....	.....	31	29.9 *
TOTAL	25	23.8	67	64.0 *	13	12.2	105	100.0

* NOTA: Se agregó cuatro décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

En lo referente a los factores que influyeron en los embarazos deseados en las mujeres y su relación con las complicaciones que presentaron se obtuvo, que el mayor porcentaje se dio en el intervalo de, ya están grandes sus hijos con un 47,5 %. Dentro de este grupo la mayor complicación corresponde a la hipertensión arterial, el sangrado vaginal con un 7,5 %, le continúa el edema, las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas, con un mínimo de porcentaje se ubican la que refirió que orinaba poco y la ruptura prematura de membrana con un 2,5 %.

El intervalo de le gustan los niños tiene un 37,5 %, el mayor porcentaje de complicaciones lo tiene el sangrado vaginal con un 7,5 %, le siguen las contracciones antes de tiempo, la falta de movimiento o latido fetal, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracciones con un 2,5 %.

El 15,0 % le corresponde al intervalo de no quieren sentirse sola con la hipertensión arterial y las contracciones antes de tiempo con un porcentaje de 5,0 %, le sigue el edema con un 2,5 %.

Con lo que respecta a este cuadro nos señala que las mujeres de las comunidades del módulo de Tarimbaro, tienen miedo a la soledad, ya que no les importa si han tenido algún problema en sus embarazos anteriores, ellas sólo quieren verse rodeadas de hijos. Además en esos lugares está bien visto que la mujer tenga muchos hijos y que si estos ya están grandes, vuelvan a tener más para que no se acabe la familia. Estas personas no toman en cuenta si pueden atender, mantener y educar a sus hijos, a ellas sólo les importa no sentirse solas y además ven a los hijos como una ayuda para el trabajo. (Ver cuadro No. 10 Pág. 128).

CUADRO No. 10

Factores que influyen en los embarazos deseados en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS EMBARAZOS DESEADOS			TOTAL
	YA ESTAN GRANDES SUS HIJOS	NO QUIERE SENTIRSE SOLO	LE GUSTAN LOS NIÑOS	
	f %	f %	f %	
EDUÑA	2 50	1 25		3 75
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1 25	2 50		3 75
ANEMIA				
SANGRADO VAGINAL	1 25		3 75	4 50
PLAQUESTRECHA				
ORINA POCO	1 25			1 25
MALA PRESENTACION				5 125
CONTRACCIONES ANTES DE DEMO	2 50	2 50	1 25	5 125
FALTA DE MOV. O LATIDO			1 25	1 25
RPM	1 25		1 25	2 50
AUSENCIA DE CONTRACCION	2 50		1 25	3 75
SIN COMPLICACIONES	6 125	1 25	8 200	14 350
TOTAL	19 475	6 150	15 375	40 1000

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta a las causas de los embarazos no deseados en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron. Se obtuvo que un 26.5 % corresponde al grupo de las mujeres que tienen muchos hijos. Dentro de este grupo el sangrado vaginal y las contracciones antes de tiempo ocupan los mayores porcentajes con un 2.6 % y el mínimo lo ocupa la hipertensión arterial, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracción con un 3.1 %. Estas mujeres no querían embarazarse porque ya tienen muchos hijos y no le pueden brindar amor, descanso, alimentación, educación, ya que tienen muchos y los descuidan.

El 24.6 % corresponde al grupo de embarazos por descuido, obteniéndose un 4.6 % de rupturas prematuras de membranas. El grupo encuestado que contestó que fue descuido se debió a que el marido las "cuida" con el método del ritmo y el coito interrumpido. Como sabemos estos métodos tienen un 95 % de eficacia, debido a que el líquido precyacuatorio contiene espermatozoide.

El grupo que contestó que sus hijos están chicos corresponden al 20.0 % en este grupo se presentó la hipertensión arterial con un 4.6 %, le sigue el sangrado vaginal y la ausencia de contracciones con un 3.1 % el mínimo porcentaje lo ocupa la anemia y la ruptura prematura de membranas con un 1.5 %. El 15.3 % del total de este grupo se embarazo dando pecho a su bebé, por lo que corre riesgo debido a que su cuerpo ni siquiera tuvo los 40 días del puerperio (Período de ajuste posterior al embarazo y parto, durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos retornan a su estado normal no gestacional) y es por eso que presenta el sangrado y la hipertensión arterial.

Le sigue el grupo de las mujeres que ya no quieren tener hijos, con un 10.6 %. Estas mujeres no desean tener más hijos, pero no quieren elegir la salpingoclasia como método de planificación familiar definitiva, porque su pareja piensa que ya no sirven, las consideran " huecas ". Las complicaciones que se presentaron con mayor porcentaje se debe a que han tenido muchos hijos y el organismo sufre un desgaste físico debido a la multigravidez, provocando sangrado vaginal con posible amenaza de aborto y partos preterminos y prematuros. Además muchas veces tienden a prolongarse el trabajo de parto debido a que no hay presencia de contracciones.

En cuanto al grupo que opinó, que ya esta grande y le da pena, se presentó con un 7.6 % y la hipertensión arterial fue la complicación con mayor porcentaje con un 3.1 %. En cuanto a este aspecto a las mujeres de las comunidades en estudio les interesa lo que opinen lo de más habitantes de sus comunidades y no les importa las complicaciones que les podría ocasionar un embarazo en la edad adulta y la multiparidad.

El grupo que contestó que no tiene dinero y el que se puso mal en el embarazo anterior tuvo un porcentaje de 6.1 % y 4.6% respectivamente. En cuanto a estas opiniones se reportó un mínimo de complicaciones, pero que si las personas que opinaron que no tienen dinero, tuvieran es posible que tengan más embarazos, ya que el impedimento es el dinero y no la salud, ni la edad de la madre; en cuanto al otro aspecto podría haber una disminución de los embarazos por temor a que se vuelva a repetir. (Ver cuadro No. 11 Pág. 131).

CUADRO No. 11

Causas de los embarazos no deseados en las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	CAUSAS DE EMBARAZO NO DESEADO															
	ESTAN EUFORICAS HITOS		HAYEN MUCHOS		ESTA GRANDE Y TI DA ESTA		SE PUSIMAN EN EL EMBARAZO ANTERIOR		NO HAY DINERO		HE DESCUIDO		YANO QUERI HITOS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EDEMA					1	1.5									1	1.5
HIPERTENSION ARTERIAL	3	4.6	2	3.1	2	3.1							1	1.5	8	12.3
ANEMIA	1	1.5									2	3.1			3	4.6
SANGRADO VAGINAL	2	3.1	4	6.2			1	1.5	1	1.5	2	3.1			10	15.2
PLAZAS ESTRECHA											1	1.5	1	1.5	2	3.0
ORINA FUERTE																
MALA PRESENTACION									1	1.5	1	1.5			2	3.0
CONTRACCIONES ANTES DE EL TIEMPO			4	6.2			2	3.1			2	3.1			8	12.4
ALTA DE MOV. OLATIDO													1	1.5	1	1.5
RPM	1	1.5	2	3.1	1	1.5					3	4.6			7	10.7
ATRASCADA DE CONTRACCION	2	3.1	2	3.1							1	1.5	1	1.5	6	9.2
SIN COMPLICACIONES	4	6.2	3	4.6	1	1.5			2	3.1	4	6.2	3	4.6	17	26.4
TOTAL	13	20.0	17	26.5	5	7.6	3	4.6	4	6.1	16	24.6	7	10.6	65	100.0

* NOTA: Se agregó 2 décimas para redondear al 100 %.

En lo referente a como se sintieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron se encontró que un 72.5 % manifestó tranquilidad. Dentro de este grupo se presentó una serie de complicaciones, el mayor porcentaje lo tiene el sangrado vaginal con un 12.4 %, le sigue la hipertensión arterial con un 10.5 %, las contracciones antes de tiempo con un 9.5 % y la ruptura prematura de membranas con un 5.7 %. El mayor porcentaje lo tiene la anemia, la pelvis estrecha y la falta de movimiento o latido fetal con un 0.9 %.

En relación a este punto es importante mencionar que el 65 % del total de las mujeres estudiadas no quería embarazarse, pero al confirmar ellas su estado de embarazo no les quedaba otra más que aceptarlo, es por eso que no repercute mucho este aspecto, pero por ejemplo; en las mujeres que manifestaron angustia y ansiedad no querían embarazarse, ya que tuvieron algunos problemas en el embarazo anterior y tenían miedo que se volviera a repetir.

Otra causa fue la edad de la señora, ya que a una edad joven se presenta la angustia y el miedo a lo desconocido y más si es su primer embarazo; en cuanto a las de edad mayor, también algunas presentaron angustia y ansiedad por saber como nacería su bebé, ya que corren riesgo de que tengan un defecto congénito ó alguna malformación.

El estrés constante provoca algunas complicaciones como la hipertensión arterial, las contracciones antes de tiempo, la ruptura prematura de membranas, la ausencia de contracción, etc. El grupo de las mujeres angustiadas se presentó con un 24.7 % y el de las ansiosas con un 1.8 %. Cabe mencionar que el 29.8 % no presentó complicaciones. (Ver cuadro No. 12 Pág. 133).

CUADRO No. 12

Como se sintieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	MANIFESTACIÓN DE SU EMBARAZO							
	TRANQUILA		ANGUSTIADA		ANSIOSA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	3	29	1	09	.....	.....	4	38
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	11	105	2	19	.....	.....	13	124
ANEMIA	1	09	2	19	.....	.....	3	26
SANGRADO VAGINAL	12	124	4	38	.....	.....	16	162
PELVIS ESTRECHA	1	09	1	09	.....	.....	2	18
ORINA POCO	.....	.....	.....	.....	1	09	1	09
SI MALA PRESENTACIÓN	.....	.....	2	19	.....	.....	2	19
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	10	95	3	29	.....	.....	13	124
FALTA DE MOV. O LALIDO	1	09	1	09	.....	.....	2	18
RPM	6	57	3	29	.....	.....	9	86
AUSENIA DE CONTRACCIÓN	5	48	3	29	1	09	9	86
SIN COMPLICACIONES	25	248	5	48	.....	.....	31	298*
TOTAL	76	726*	27	257	2	18	105	1020

* NOTA: Se agregó dos décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

Con respecto a los hijos que desearían tener independientemente de lo que piensa su pareja en relación con las complicaciones que presentaron las mujeres, se obtiene que el intervalo de 3 a 4 hijos presentó un porcentaje de 56.7 %. Las complicaciones de mayor porcentaje corresponden a las contracciones antes de tiempo, la hipertensión arterial, el sangrado vaginal, la ausencia de contracción, la ruptura prematura de membranas con un 10.5 %, 7.6 %, 5.7 %, 4.8 % y 3.8 % respectivamente; con menor porcentaje se encuentra la pelvis estrecha, la mala presentación y la falta de movimiento o latido fetal con un 0.9 %.

Le sigue el intervalo de 1 a 2 hijos con un 27.5 %. En este grupo el sangrado vaginal ocupa el primer lugar con un 5.7 %, siguiendo la hipertensión arterial y la ruptura prematura de membranas con un 3.8 % para ambos, con un porcentaje inferior se encuentra el edema y la pelvis estrecha con un 0.9 %.

Entre los intervalos de 5 a 6 y 7 a 8 suman el 15.8 % del total de las complicaciones. Como podemos ver es mínimo esto en relación con los hijos que les gustaría tener, ya que sólo un 3.7 % de las mujeres encuestadas desea tener más de 7 hijos y que las mujeres que les gustaría tener de 5 hijos en adelante, son usuarias que han presentado alguna complicación.

Este punto es de suma importancia debido a las concepciones patriarcales en que desencadenaban nuestros antepasados. La imposición social que se produjo en la actividad reproductiva femenina expresó en los mitos y leyendas en las cuales las mujeres se veían, de pronto, preñadas sin que hubiera una relación placentera, y sin que lo hubiera deseado, ni tuviera intenciones de engendrar. Esto se debe a que las relaciones sexuales eran reconocidas y aceptadas como una necesidad vital para el hombre, es decir, el hombre podía hacer con su sexualidad todo lo que apeteciera, pues les era permitido la poligamia. La mujer estaba educada para escuchar, obedecer y hacer, más no era adecuada para opinar. Con el transcurso del tiempo la mayor igualdad de la mujer con respecto al hombre en el plano jurídico y en cuanto al desempeño de su rol social, el avance de la técnica y la ciencia que le dan a la sexualidad un sentido de validez universal, mas la posibilidad de evitar tener hijos no deseados por medio de los anticonceptivos dan un sentido diferente a las relaciones sexuales y el placer sexual separado de la función reproductiva, se convierte en una posibilidad legítima para el hombre y la mujer, en la concepción de la familia.

Es debido a esto, que la mujer ya decide el número de hijos, más sin embargo aún se conservan las tradiciones culturales de nuestros antepasados.

Cabe mencionar que el 30.1 % de las mujeres encuestadas no presentó ninguna complicación, este porcentaje se ubica dentro de los intervalos de 3 a 4, 1 a 2, 5 a 6 y 7 a 8 con porcentajes de 16.2 %, 7.6 %, 4.8 % y 0.9 % respectivamente. Es importante mencionar que se considera multigravidez a partir del 4º embarazo. (Ver cuadro No. 13 Pág. 135).

CUADRO No. 13

Hijos que desearían tener las mujeres independientemente de lo que piense su pareja, y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	HIJOS QUE DESEARÍAN TENER											
	1-2		3-4		5-6		7-8		9 Y MAS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	1	0.9	3	2.9							4	3.8
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	4	3.8	8	7.6	1	0.9					13	12.3
ANEMIA			2	1.9	1	0.9					3	2.8
SANGRADO VAGINAL	6	5.7	6	5.7	2	1.9	2	1.9			16	15.2
PELVIS ESTRECHA	1	0.9	1	0.9							2	1.8
ORIS APURD					1	0.9					1	0.9
SI MAL PRESENTACION			1	0.9	1	0.9					2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO.	2	1.9	11	10.5							13	12.4
FALTA DE MOV. O LATIDO			1	0.9			1	0.9			2	1.8
RPM	4	3.8	4	3.8	1	0.9					9	8.5
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	3	2.9	5	4.8	1	0.9					9	8.6
SIN COMPLICACIONES	8	7.6	17	16.2	5	4.8	1	0.9			31	32.1*
TOTAL	29	27.8	59	56.1	13	12.1	4	3.7			105	100.0

* NOTA: Se agregó seis décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente a los hijos que tienen las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que presentaron, tenemos que el mayor porcentaje se ubica en el intervalo de 3 a 4 con un 34.8 %. Dentro de este grupo la hipertensión arterial, las contracciones antes de tiempo y la ruptura prematura de membranas ocupan los primeros lugares con un 4.8 %, con un porcentaje inferior de 0.9 % se encuentran las anemias.

Le sigue el intervalo de 1 a 2 con un 32.3 %. La mayor complicación fue el sangrado vaginal con un 6.7 %, le continúan las contracciones antes de tiempo con un 5.7 % y con un mínimo porcentaje están las anemias y la mala presentación con un 0.9 %.

En los intervalos anteriores descansan las mayores complicaciones con un 67.1 %, esto se debe al período intergenésico corto que exista entre sus embarazos, la edad de su primer embarazo y/o las condiciones precarias de salud, lo que origina que se presenten dichas complicaciones.

En lo que respecta a los intervalos de 5 a 6, 7 a 8 y 9 a más, les corresponde el 19.9 %, 10.3 % y 2.7 % respectivamente, entre estos grupos el mayor porcentaje lo ocupa el sangrado vaginal y la ruptura prematura de membranas con un 3.8 %, le siguen la hipertensión arterial, la ausencia de contracciones y el edema con un 2.9 %.

Esta situación de la multigravidez es un factor de riesgo para la salud materna y perinatal, ante la mayor frecuencia de complicaciones obstétricas, entre los cuales destacan: distocias de contracción que originan trabajos de partos prolongados que aumentan la ruptura uterina espontánea, hemorragias, entre otros problemas esta el efecto diabético de los embarazos numerosos, aparentemente condicionado por la producción de sustancias antagonistas de la insulina por la placenta y que puede ocasionar la aparición clínica de la enfermedad en las mujeres con carga genética propicia.

Se considera que una mujer, necesita por lo menos 2 años después de la terminación del embarazo, sea parto, aborto o cesárea., para lograr una adecuada recuperación y poder iniciar un nuevo embarazo.

Cabe hacer referencia que el 29.9 % del total del grupo estudiado no presentó complicación. (Ver cuadro No. 14 Pág. 137).

CUADRO No. 14

Hijos que tienen las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	HIJOS QUE TIENEN										TOTAL	
	1 2		3 4		5 6		7 8		9 3 MAS			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%		
EDLMA	2	19					2	19			4	38
HIPERTENSION ARTERIAL	3	29	5	48	3	29	2	19			13	125
ANEMIA	1	09	1	09	1	09					3	27
SANGRADO VAGINAL	7	67	4	38	4	38	1	09			16	152
PTISIS UTERINA			2	19							2	19
ORINA FOCO							1	09			1	09
MANIPRESANTACION	1	09			1	09					2	18
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	6	57	5	48			1	09	1	09	13	123
FALTA DE MOV. GLATIBO			2	19							2	19
RFM			5	48	4	38					9	86
SI SINOTA DE CONTRACCION	4	38	2	19	2	19			1	09	9	85
SIN COMPLICACIONES	10	94	10	94	6	57	4	38	1	09	31	299*
TOTAL	34	323	36	343	31	293	11	103	3	27	105	1000

* NOTA: Se agregó cinco décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

En cuanto al número de hijos que desearían tener las mujeres, independientemente de lo que opine su pareja en relación con los hijos que se tienen.

Las mujeres que desearon tener de 1 a 2 hijos corresponde al 27.6 % de ellas sólo el 8.6 % tiene de 1 a 2 hijos, un 11.4 % tienen de 3 a 4 hijos, un 5.7 % de 5 a 6 y un 1.9 % de 7 a 8 hijos. Lo cual nos dice varias cosas que este resultado contradice que el 49.1 % participan ambas partes para la decisión del número de hijos; Aquí se puede ver que la mujer le gustaría tener cierto número de hijos, más sin embargo no utiliza un método anticonceptivo para evitar embarazos no deseados.

Resumiendo esto, se puede decir que las concepciones de nuestros antepasados, continúan desarrollándose en la actualidad debido a que la mujer se ve preñada sin desearlo. Al igual que los demás intervalos sigue predominando la decisión del hombre con respecto a la llegada de los hijos. Siendo que el artículo 4º de la constitución Mexicana dice "que el varón y la mujer son iguales ante la ley, la mujer tiene derecho a decidir libre, responsable e informada en número de hijos y el espaciamiento de ellos".

En el caso de las mujeres que desearían tener de 7 a 8 hijos, sólo el 0.9 % tiene estos hijos y el 2.8 % tiene de 3 a 6 hijos lo que quiere decir que van a tener más hijos para así tener los que desearían.

Algunas mujeres contestaron que los hijos que tienen eran los deseados, pero al decirles que se imaginaran que apenas se iban a casar, contestaron un número menor al que tenían, fue así como se obtuvieron estos resultados. (Ver cuadro No. 15 Pág.139).

CUADRO No. 15

Número de hijos que desearían tener las mujeres de las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán independientemente de lo que su pareja opine y su relación con los hijos que se tienen.

HIJOS QUE DESEARÍAN TENER	HIJOS QUE TIENEN											
	1 - 2		3 - 4		5 - 6		7 - 8		9 Y MAS		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1 - 2	9	8.6	12	11.4	8	5.7	2	1.9	-----	-----	29	27.6
3 - 4	23	21.9	19	18.1	8	7.6	6	5.7	3	2.9	59	56.3 *
5 - 6	2	1.9	3	2.9	6	5.7	2	1.9	-----	-----	13	12.4
7 - 8	-----	-----	2	1.9	1	0.9	1	0.9	-----	-----	4	3.7
9 Y MAS	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
TOTAL	34	32.4	36	34.4 *	21	19.9	11	10.4	3	2.9	105	100.0

* NOTA: Se agregó una décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente al tipo de familia de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron se obtiene que la familia nuclear le corresponde un 63,7 %. La complicación con más porcentaje son la hipertensión arterial con un 9,5 %, le sigue el sangrado vaginal y las contracciones antes de tiempo con un 8,6 %, la ausencia de contracción tiene 7,6 %, le sigue la ruptura prematura de membranas con un 5,7 %. El mínimo porcentaje lo presentó el 0,9 % que refirió que orinaba poco y la mala presentación.

Al observar este cuadro y ver que el mayor porcentaje de complicaciones lo presenta el rubro de la familia nuclear, pensaríamos que la información esta mal, ya que la familia nuclear vive en armonía y que todo su alrededor no hay más que felicidad, pero en estas comunidades no es así, debido a que la gran mayoría de habitantes masculinos emigran a Estados Unidos de Norteamérica, dejando sola a la mujer con hijos y/o embarazada a cargo de todo, es entonces, cuando la mujer pasa por momentos difíciles y de mucho estrés, porque a veces no tiene dinero ni alimento que comer, otras veces la mujer tiene que trabajar para mantener a sus hijos y de dedica a trabajar en el campo realizando trabajos pesados que le pueden provocar complicaciones. Es importante mencionar que el 20 % de este grupo no presentó ninguna complicación. En estos casos es porque el marido no se va a los Estados Unidos de Norteamérica o porque cuenta con el apoyo de sus padres y/o suegros.

El grupo de familia extensa tiene un 36,2 %. El 6,7 % manifestó sangrado vaginal, le sigue las contracciones antes de tiempo con un 3,8 % y como mínimo porcentaje esta la ausencia de contracción con un 0,9 %. A diferencia de lo que sucede con la familia nuclear, en este caso la mujer cuenta con apoyo por parte de sus padres y suegros. (Ver cuadro No. 16 Pág. 141).

CUADRO No. 16

Tipo de familia de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	TIPO DE FAMILIA					
	SECULAR		EXTENSA		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
	2	1.9	2	1.9	4	3.8
EDEMA						
	10	9.5	3	2.9	13	12.4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
			3	2.9	3	2.9
ANEMIA						
	9	8.6	7	6.7	16	15.3
SANGRADO VAGINAL						
			2	1.9	2	1.9
PELVIS ESTRECHA						
	1	0.9			1	0.9
ORINA POCO						
			2	1.9	2	1.9
MALA PRESENTACIÓN						
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO						
	9	8.6	4	3.8	13	12.4
FALTA DE MOV. O LATIDO						
	1	0.9	1	0.9	2	1.8
RPM.						
	6	5.7	3	2.9	9	8.6
ALSIENCIA DE CONTRACCIÓN						
	8	7.6	1	0.9	9	8.5
SIN COMPLICACIONES						
	21	20.0	10	9.5	31	29.6*
TOTAL	67	63.8*	38	36.2	105	100.0

* NOTA: Se agregó una décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta a la comunicación que tuvieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron se obtuvo que el mayor porcentaje le corresponde al intervalo del esposo con un 59.9 % presentándose con el mayor porcentaje el sangrado vaginal con un 8.6 %, le sigue las contracciones antes de tiempo con un 6.7 %, la ausencia de contracción con un 5.7 %, la ruptura prematura de membranas con un 4.8 % al igual que el edema, con un mínimo porcentaje se encuentra la mala presentación y la que refirió que orinaba poco con un 0.9 %.

Como se mencionó anteriormente las complicaciones no tienen una relación directa con las complicaciones, pero se podría crear un poco de angustia al no expresar lo que sentimos. El hombre en una sociedad no puede vivir aislado, siempre necesita de los demás para relacionarse.

En las comunidades en estudio, los esposos en su gran mayoría emigran hacia los Estados Unidos de Norteamérica, dejando sola a la mujer y a sus hijos. En otros casos cuando la mujer esta embarazada el hombre trata de estar con ella para apoyarla y ayudarla en todo lo que se presentará. En el caso de que su pareja no estuviera con la embarazada es más probable que se presenten problemas debido al estrés que la mujer manifiesta.

El 8.5 % le corresponde al intervalo de otros, en este grupo las mujeres hacen referencia que tuvieron comunicación con hermanos y con la Auxiliar de Salud de su comunidad. Por lo tanto se puede decir que de ahí, sólo un 8.5 % lleva control prenatal y en este intervalo el mayor porcentaje de complicaciones lo obtuvo las contracciones antes de tiempo con un 2.9 % y el mínimo porcentaje le corresponde al sangrado vaginal con un 0.9 %.

Se registra un mínimo porcentaje de 5.6 % y 6.5 % en aquellas mujeres que tuvieron comunicación con padres y suegros.

En tanto que un 19 % no tuvo comunicación. Esto es porque en esos momentos su pareja se encontraba en Estados Unidos de Norteamérica ó en la Centro de Rehabilitación Social "CERESO" de Morelia, Michoacán. También se debe a que sus padres no viven en esas comunidades. (Ver cuadro No. 17 Pág. 143).

CUADRO No. 17

Comunicación que tuvieron durante su embarazo las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	PERSONAS CON LAS QUE TUVIERON COMUNICACION						TOTAL
	ESPOSO	SUEGROS	PADRES	AMIGOS	NO TUVIERON	OTROS	
	f %	f %	f %	f %	f %	f %	f %
EDEMA	4 38	-----	-----	-----	-----	-----	4 38
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9 86	1 09	-----	-----	1 09	2 19	13 123
ANEMIA	2 19	1 09	-----	-----	-----	-----	3 28
SANGRAIDO VAGINAL	9 86	1 09	2 19	-----	3 29	1 09	16 152
PELVIS ESTRECHA	1 09	-----	-----	-----	1 09	-----	2 18
ORINA POCO	1 09	-----	-----	-----	-----	-----	1 09
MALA PRESENTACIÓN	1 09	-----	-----	-----	-----	1 09	2 18
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	7 67	1 09	-----	-----	2 19	3 29	13 124
FALTA DE MOV. O LATIDO	2 19	-----	-----	-----	-----	-----	2 19
RPM	4 38	-----	1 09	-----	4 38	-----	9 85
ALSIENCIA DE CONTRACCION	6 57	-----	1 09	-----	2 19	-----	9 85
SIN COMPLICACIONES	17 162	3 29	2 19	-----	7 67	2 19	31 301 *
TOTAL	63 674 *	7 65	6 56	-----	20 190	9 85	105 1000

* NOTA: Se agregó cinco décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto a como consideran la comunicación las mujeres encuestadas entre su familia y su relación con las complicaciones, se observó que el 58 % la considera buena, un 32.4 % regular y un 9.3 % mala. El grupo que presento más complicaciones fue el que la considera buena. Aunque la comunicación no tenga una relación directa con las complicaciones pueden crear algunos problemas, ya que el lenguaje es uno de los códigos que utiliza el hombre para expresar sus ideas y es el vínculo primario para la comunicación el cual refleja la personalidad del individuo y su cultura. Una persona que no tiene comunicación considera que todo lo que sucede es normal, además crea un sentimiento de temor y angustia por lo que está sucediendo. Las mujeres que consideraron buena la comunicación es porque hay entendimiento, comprensión en su pareja.

El 32.4 % consideró la comunicación regular, esto es porque su pareja pasa mucho tiempo alejado de ella, además en esas comunidades los hombres no conviven con las mujeres, por lo que cuando conversan el hombre no le pone atención o quizá haya mucho ruido y se altera la conversación, esto último casi siempre sucede cuando es una familia extensa o cuando haya muchos hijos. En este grupo no existe el entendimiento, ni la comprensión.

El 9.3 % tuvo una comunicación mala, hacen referencias las mujeres que los maridos pasan gran parte del día en el campo y cuando llegan a sus casas lo único que hacen es descansar o dormir sin que nadie los interrumpa; Otras opinan que su pareja es muy seria y no le gusta hablar. Un porcentaje inferior dice que sus esposos pasan mucho tiempo en el extranjero y que cuando vienen son como extraños porque no les llama la atención de lo que sucede en sus comunidades, además no existe la confianza entre la pareja. (Ver cuadro No. 18 Pág. 145).

CUADRO No. 18

Como consideran la comunicación las mujeres encuestadas entre su familia y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	LA COMUNICACIÓN ENTRE LA FAMILIA			
	BUENA F %	REGULAR F %	MALA F %	TOTAL F %
EDEMA	3 29	1 09	-----	4 38
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10 95	3 29	-----	13 124
ASEMIA	2 19	-----	1 09	3 28
SANGRADO VAGINAL	10 95	5 48	1 09	16 152
PELMAESTRÍCHA	2 19	-----	-----	2 19
ORINA POCO	1 09	-----	-----	1 09
MALA PRESENTACIÓN	1 09	-----	1 09	2 18
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	6 57	5 48	2 19	13 124
FALTA DE MOV O LATIDO	2 19	-----	-----	2 19
RPM	3 29	4 38	2 19	9 86
AUSENCIA DE CONTRACCION	4 38	4 38	1 09	9 85
SIN COMPLICACIONES	17 162	12 114	2 19	31 298 *
TOTAL	61 583 *	34 324	10 93	

*: NOTA: Se agregó tres décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente a la escolaridad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que presentaron. El mayor porcentaje descansa en las mujeres con preparación de primaria incompleta con un 41.3 %. El porcentaje más alto es la hipertensión arterial, sangrado vaginal con un 6.7 % para ambos, con un 3.8 % se encuentra las contracciones antes de tiempo, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracciones., con un mínimo porcentaje está el edema, la pelvis estrecha y la falta de movimiento o latido con un 0.9 %.

Le sigue el intervalo de primaria completa con un 30.3 %, en este rubro el sangrado vaginal ocupa el mayor porcentaje con un 4.8 %., le sigue las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas con un 3.8 %, el edema, la pelvis estrecha, la mala presentación y la falta de movimiento o latido corresponden al mínimo porcentaje de 0.9 %.

En cuanto a las usuarias encuestadas con preparación de secundaria y sin preparación, es decir, las analfabetas son las que presentaron menos complicaciones, esto se debe a que a mayor grado de preparación formal, mayor es el cuidado de la persona hacia su salud.

En la mujer embarazada, la escolaridad es un indicador que reflejará los cuidados que tendrán la madre durante su gestación. Por el contrario las usuarias analfabetas no llevan un control prenatal por lo que si presentan complicaciones ellas lo ven muy normal, debido a que no están orientadas con respecto a los problemas que pudieran presentarse en un embarazo. (Ver cuadro No. 19 Pág. 147).

CUADRO No. 19

Escolaridad de las mujeres encuestadas y su relación con las complicaciones que estas presentaron en las comunidades del módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	ESCOLARIDAD						TOTAL					
	ANALFABETA		PRIM. INCOMPLETA		PRIM. COMPLETA			SECUNDARIA		OTROS		
	f	%	f	%	f	%		f	%	f	%	
EDEMA			1	0.9	1	0.9	2	1.9			4	3.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL			7	6.7	3	2.9	3	2.9			13	12.5
ANEMIA	1	0.9	2	1.9							3	2.8
SANGRADO VAGINAL	2	1.9	7	6.7	5	4.8	2	1.9			16	15.3
PLEVIOESTRICHIA			1	0.9	1	0.9					2	1.8
ORINA POCO	1	0.9									1	0.9
MALA PRESENTACION	1	0.9			1	0.9					2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	2	1.9	4	3.8	4	3.8	3	2.9			13	12.4
FALTA DE APOYO LATIDO			1	0.9	1	0.9					2	1.8
RPM	1	0.9	4	3.8	2	1.9	2	1.9			9	8.5
ASENCIA DE CONTRACCION	1	0.9	4	3.8	4	3.8					9	8.5
SIN COMPLICACIONES	6	5.7	12	11.4	10	9.5	3	2.9			31	30.0*
TOTAL	15	14.0	43	41.3*	32	30.3	15	14.4			105	100.0

* NOTA: Se agregó cinco décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta a los métodos anticonceptivos utilizados y su relación con las complicaciones que presentaron, se obtuvo un 41.81 % que se cuidan con hormonal inyectable encontrándose que el mayor porcentaje con respecto a las complicaciones es la hipertensión arterial con un 8.33 %, le sigue las contracciones antes de tiempo con un 6.94 %, con un 5.55% están los sangrados vaginales. Ciertos efectos adversos de los inyectables originan signos y síntomas indeseables como: Cefaleas, tensión arterial alta, tensión nerviosa, mareos, varices, náuseas, dismenorrea, aumento de peso, amenorreas, cloasma facial, edema, etc.

Dentro de estas mujeres se puede mencionar que el 55 % planifica a escondidas de su pareja, lo que provoca angustia y está a su vez desencadena una serie de problemas. El 17 % restante lo hace con el consentimiento y participación de su pareja y pueden ser mínimas las complicaciones, o pueden presentarse, pero son originadas por el anticonceptivo.

Es importante aclarar que el uso de métodos de planificación familiar se utilizan en el momento de la aplicación del cuestionario.

En los hormonales orales se obtuvo un 20.78 % en el se registra la hipertensión arterial y la ruptura prematura de membranas como los porcentajes más altos con un 4.16 %, le continúan con un 2.77 % el edema, las contracciones antes de tiempo, la ausencia de contracciones y con un porcentaje inferior el sangrado vaginal con 1.38 %.

En relación al preservativo se obtuvo un 15.24 % de complicaciones; Cabe mencionar que los problemas que se presentaron no fueron originados por el uso del preservativo, sino a diversos factores que influyen en su entorno de la mujer y que provoca la aparición de las complicaciones.

Referente al dispositivo intrauterino (DIU) se registra un porcentaje de 2.77 % la hipertensión arterial, el sangrado vaginal, las contracciones antes de tiempo y la ruptura prematura de membranas. Esto se debe a que el dispositivo se introduce en la cavidad uterina, como respuesta al organismo hacia un cuerpo extraño desencadena un mecanismo inflamatorio local, el cual va a proporcionar hemorragias intermenstruales abundantes. Con la pérdida provoca un cuadro anémico; en cuanto a las contracciones antes de tiempo y la ruptura prematura de membranas, es debido a que hay mayor probabilidad de riesgo de infección vaginal y hay liberación de prostaglandinas que provocan las contracciones uterinas y por consiguiente hay borramiento y dilatación del cuello uterino tempranamente.

En lo que respecta a la Obstrucción Tubárica Bilateral el 8.33 % de las mujeres encuestadas no presentaron ninguna complicación. La OTB fue practicada en el puerperio mediato.

La suma total de las mujeres encuestadas que utilizan un método anticonceptivo que no presentaron ningún problema corresponden a un 26.60 %. (Ver cuadro No. 20 Pág. 150).

CUADRO No. 20

Método anticonceptivo utilizado y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres del módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO						TOTAL					
	PASTILLAS		INYECCIÓN		PRESE- SATIVO	DISPOSITIVO INTRA- UTERINO		OBSTRUCCIÓN TUBARICA BILATERAL				
	F	%	F	%	F	%		F	%			
EDEMA	2	2.77	1	1.38	.....	.....	.....	.....	3	4.15
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3	4.16	6	8.33	.....	2	2.77	.....	11	15.26
ANEMIA	.....	.....	1	1.38	.....	1	1.38	.....	2	2.76
SANGRADO VAGINAL	1	1.38	4	5.55	.....	2	2.77	.....	7	9.70
PELVIS ESTRECHA	.....	.....	1	1.38	1	1.38	.....	.....	2	2.76
ORINA POCO	.....	.....	1	1.38	.....	.....	.....	.....	1	1.38
MALA PRESENTACIÓN	.....	.....	1	1.38	.....	.....	.....	.....	1	1.38
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	2	2.77	5	6.94	1	1.38	2	2.77	10	13.86	
FALTA DE MOV. O LATIDO	.....	.....	1	1.38	.....	1	1.38	.....	2	2.76
RPM	3	4.16	2	2.77	1	1.38	2	2.77	8	11.08	
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	2	2.77	1	1.38	3	4.16	.....	.....	6	8.31
SIN COMPLICACIONES	2	2.77	6	8.33	5	6.94	6	8.33	19	26.00*	
TOTAL	15	20.78	30	41.81*	11	15.24	10	13.84	6	8.33	72	100.0

* NOTA: Se agregó veintitrés centésimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto al motivo por el cual las mujeres encuestadas no utilizan método anticonceptivo y su relación con las complicaciones que estas presentaron. El mayor porcentaje lo obtuvo el rubro de las que están embarazadas con un 36.36 % , le siguen con un 18.18 % los rubros de, no la deja su esposo y le da miedo, con un 15.15 % el de emigró su esposo y con un 6.06 % el de no tiene señor y piensa que ya no puede embarazarse.

En este cuadro la mayor complicación que se presentó fue el sangrado vaginal con un 27.27 %. Esto es debido a que no hay esparcimiento en sus embarazos y el organismo no alcanza a recuperarse en sus totalidad, le sigue con un porcentaje mínimo las demás complicaciones; un 36.37 % no presentó alguna complicación.

Es importante hacer hincapié en este punto, ya que la mayoría no se cuida, no desea embarazarse, pero por una mala e insuficiente información no recurren a los métodos del control de la fertilidad. También es importante que las mujeres conozcan los cambios por los cual el organismo atraviesa durante la vida reproductiva, ya que un 6.06 % piensan que a los 35 años ya no pueden embarazarse.

En cuanto a la embarazadas el 15.15 % no planifica, ya que su pareja emigra hacia los Estados Unidos de Norteamérica y el 6.66 % restante lo hace con el preservativo.

Cabe mencionar que el 67.7 % tiene más de 4 hijos, por lo que el preservativo no es muy recomendable para estas personas, ya que tienen vida sexual activa y aumenta la probabilidad de embarazos. Este método es utilizado para prevenir la fecundación y las enfermedades de transmisión sexual principalmente es utilizado por personas que tienen relaciones sexuales esporádicas y ocasionales. Aunque este método tiene un 85 a 97 % de eficacia, es más recomendable para las personas que tienen muchos hijos utilizables y el dispositivo intrauterino (DIU). En caso de que haya decidido no tener más hijos se recomienda la Obstrucción Tubárica Bilateral (OTB) con una eficacia mayor del 99 % . (Ver cuadro No. 21 Pág. 152).

CUADRO No. 21

Motivo por el cual las mujeres encuestadas no utilizan métodos anticonceptivos y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	MOTIVO POR EL CUAL NO UTILIZAN MÉTODO ANTICONCEPTIVO							TOTAL
	EMIGRÓ SU ESPOSO	NO LA DEJA SU ESPOSO	LE DA MIEDO	PIENSA QUE YA NO SE EMBARAZA	NO TIENE SEÑOR	ESTAN EMBARAZADAS		
	F %	F %	F %	F %	F %	F %	F %	
EDEMA				1 303				1 303
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1 303					1 303		2 606
ANEMIA		1 303						1 303
SANGRADO VAGINAL		2 606	2 606			5 1515		9 2727
PLAVIDESTRECHA								
ORINA POCO					1 303			1 303
MAA PRESENTACIÓN			1 303		1 303	1 303		3 909
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO								
FALTA DE MOV. O LATIDO		1 303						1 303
RPM	1 303					2 606		3 909
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	3 909	2 606	3 909	1 303		3 909		12 363*
SIN COMPLICACIONES								
TOTAL	5 155	6 1818	6 1818	2 606	2 606	12 363*		33 1000

* NOTA: Se agregó una centésima para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta al motivo por el cual las mujeres piensan que el principal papel de la mujer es tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron. Se obtuvo que un 34.96 % le corresponde al grupo que contestó que son las mujeres. La complicación que mayor porcentaje tuvo hipertensión arterial y las contracciones antes de tiempo con un 4.16 % para ambos; con un 2.77 % se presentó el edema y con un mínimo de porcentaje están las anemias y la ausencia de contracción.

Las personas que opinaron de esta manera tienen un concepto diferente de las mujeres que piensan que no es el principal papel tener hijos. Es decir, ellas sólo piensan que están en este mundo para tener hijos y que ya no pueden hacer otra cosa más que traer hijos al mundo.

El 27.72 % opinó que para eso se casaron, el 5.55 % le corresponde a la hipertensión arterial, le siguen el sangrado vaginal y las contracciones antes de tiempo con un 4.16 %, con un 2.77 % se encuentran las anemias y la ruptura prematura de membranas, con un 1.38 % están la mala presentación y la falta de movimiento o latido fetal. En cuanto a este aspecto las mujeres sólo se casan para tener hijos y no para disfrutar su matrimonio, es decir, vivir en pareja.

El 13.83 % le corresponde al grupo de, los maridos quieren hijos, en este grupo se obtuvo con un 2.77 % el sangrado vaginal y la ausencia de contracciones que se presentaron en las mujeres encuestadas.

En este punto se vuelve a tomar en cuenta las concepciones patriarcales en que descansa nuestra sociedad, ya que el hombre era el que decidía cuando y cuantos hijos deberían tener y la mujer no podía opinar sobre este punto.

El grupo de, traen felicidad obtuvo un 12.45 % de los cuales el 2.77 % le corresponde a la hipertensión arterial, le siguen el edema, la pelvis estrecha, las contracciones antes de tiempo y la falta de movimiento o latido fetal con un 1.38 %. Estas personas piensan que los niños traen felicidad, pero no sólo eso, sino también traen responsabilidades y obligaciones. Ellas no se sienten felices con sus parejas, requieren de hijos para obtener la felicidad, quizá esto se debe a que no existe amor, ni comprensión en su pareja.

El 11.04 % le corresponde a las creencias religiosas con un 1.8 % se encuentran la hipertensión arterial, el sangrado vaginal, la mala presentación, las contracciones antes de tiempo, la ruptura prematura de membranas, la ausencia de la contracción y la que refirió que orinaba poco. En este aspecto se sigue pensando que la mujer sólo se casa para tener hijos y cuidar de ellos sin hacer otra cosa. (Ver cuadro No. 22 Pág. 154).

CUADRO No. 22

Motivo por el cual las mujeres piensan que el principal papel es tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	TRAEN FELICIDAD		SOMOS MUJERES		CREENCIAS RELIGIOSAS		PARA ESOS NOS CASAMOS		SU PAREJA QUIERE HIJOS		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	1	1.30	2	2.77	-----	-----	-----	-----	1	1.30	4	5.53
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	2.77	3	4.16	1	1.30	4	5.55	1	1.30	11	15.24
ANEMIA	-----	-----	1	1.30	-----	-----	2	2.77	-----	-----	3	4.15
SANGRADO VAGINAL	-----	-----	4	5.55	1	1.35	3	4.16	2	2.77	10	13.46
PELVIS ESTRECHA	1	1.35	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	1	1.38
ORINA POCO	-----	-----	-----	-----	1	1.38	-----	-----	-----	-----	1	1.38
MALA PRESENTACIÓN	-----	-----	-----	-----	1	1.38	1	1.38	-----	-----	2	2.76
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1	1.38	3	4.16	1	1.38	3	4.16	1	1.38	9	12.46
FALTA DE MOV. O LATIDO	1	1.38	-----	-----	-----	-----	1	1.38	-----	-----	2	2.76
RPM	-----	-----	-----	-----	1	1.38	2	2.77	1	1.38	4	5.53
AL SENCIA DE CONTRACCIÓN	-----	-----	1	1.38	1	1.38	-----	-----	2	2.77	4	5.53
SIN COMPLICACIONES	3	4.16	11	15.2	1	1.38	4	5.55	2	2.77	21	29.42 *
TOTAL	9	12.45	25	34.96 *	8	11.04	20	27.72	10	13.83	72	100.00

* NOTA: Se agregó veintinueve centésimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

En cuanto a las usuarias que contestaron que no es el principal papel de la mujer tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron. Se observó que el 54.55 % le corresponde a las que opinaron que se pueden dedicar a otras cosas. La complicación con mayor porcentaje le corresponde al sangrado vaginal con un 12.12 %, le sigue las contracciones antes de tiempo y la hipertensión arterial con un 3.03 %.

En el grupo de no sólo teniendo hijos es mujer se presentó con un 45.45 % y la complicación que más se dio fue la ruptura prematura de membranas con un 15.15 %, le sigue la ausencia de contracción y el sangrado vaginal con un 6.06 %.

Este aspecto es muy importante debido a que se está rompiendo el esquema de que la mujer es sólo para tener hijos, y era mal vista si ocupaba otros cargos que no le correspondían. Además no debería de salir de su hogar; ahora la mujer sale a trabajar para poder ayudar a su pareja con los gastos de la casa. La escolaridad de estas mujeres tuvo que ver en el que pensarán de esta manera, ya que un 33.0 % de las personas encuestadas opinó de esta forma. (Ver cuadro No. 23 Pág. 156).

CUADRO No. 23

Usuaris que contestaron que no es el principal papel de la mujer tener hijos y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	USARIAS QUE CONTESTARON QUE NO ES EL PRINCIPAL PAPEL TENER HIJOS						
	SE PUEDEN DEJAR A OTRAS: NO SOLO TENIENDO HIJOS:			EN MUJER			
	1	2	3	1	2	TOTAL	
EDEMA							
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1	3.03		3	3.03	2	6.06
ASEMIA							
SANGRADO VAGINAL	4	12.12		2	6.06	6	18.18
PLAQUINÉSICA	1	3.03				1	3.03
ORINA POCO							
MALA PRESTACIÓN							
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	3	9.09		1	3.03	4	12.12
FALTA DE MOV. O LATIDO							
RPN				5	15.15	5	15.15
AUSENCIA DE CONTRACCION	3	9.09		2	6.06	5	15.15
SIN COMPLICACIONES	6	18.18		4	12.12	10	30.30
TOTAL	18	54.55		15	45.45	33	100.00

NOTA: Se agregó una centésimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta a la decisión del número de hijos y su relación con las complicaciones que se presentaron en el grupo de estudio, se obtiene que el grupo de ambos corresponde a 49.1 %. Dentro de este grupo el mayor porcentaje lo tiene el sangrado vaginal con un 6.7 %, le continúa la hipertensión arterial y las contracciones antes de tiempo con un 5.7 %, con un 4.8 % la ausencia de contracción, con un 1.9 % se encuentra el edema, la pelvis estrecha y la ruptura prematura de membranas, con un 0.9 % está la falta de movimiento o latido fetal.

Este aspecto es muy importante ya que se rompe un poco con los patrones culturales, donde sólo el hombre decidía el número de hijos. Ahora se ha tomado en cuenta la opinión de la mujer con respecto a la decisión de los hijos. Aunque en este grupo es donde debería presentarse menos complicaciones porque hay responsabilidad en la llegada de los hijos, esto no sucede así, debido a los factores de riesgo que la rodean y que le provocan alguna complicación.

El 28.5 % corresponde a la decisión del esposo, obteniéndose en este grupo las contracciones antes de tiempo como el primer lugar con un 4.8 %, le sigue la hipertensión arterial, el sangrado vaginal y la ruptura prematura de membranas con un 2.9 %. Aquí se vuelve haber que el hombre toma la decisión del número de hijos y esto traía consecuencias, debido a que la mujer no llega a recuperarse del embarazo cuando ya se ve envuelta en otro. Además los hombres no saben lo que la mujer pasa durante su gestación ya que ellos se encuentran lejos de ellas y a ellos se les hace fácil embarazarlas.

En lo que respecta al grupo de nadie le corresponde el 12.2 % y la mayor complicación que se presentó fue la ruptura prematura de membranas con un 2.9 % y con un mínimo porcentaje está la anemia, la falta de movimiento o latido fetal, las contracciones antes de tiempo y la mala presentación con un 0.9 %.

En este grupo conservan las tradiciones religiosas de que los hijos los manda dios y que no se puede hacer nada para evitarlos. Con este pensamiento se producen una serie de problemas debido a que no se respeta el periodo intergénésico mínimo de 2 años y el organismo no se recupera al 100 %.

En el grupo de usted se presentó un 10.2 % de complicaciones obteniéndose con un 3.8 %, el sangrado vaginal y la hipertensión arterial con un 1.9 % y con un 0.9 % el resto de las complicaciones. Son mínimas las mujeres que deciden el número de hijos. (Ver cuadro No. 24 Pág. 158).

CUADRO No. 24

Decisión del Número de hijos y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	DECISIÓN DEL N.º DE HIJOS													
	ESTED		ESPOSO		AMBOS		SUEGROS		PADRES		SADIE		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
EDEMA	1	0.9	1	0.9	2	1.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	4	3.7
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	1.9	3	2.9	6	5.7	.....	.....	.....	.....	2	1.9	13	12.4
ANEMIA	1	0.9	1	0.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	0.9	3	2.7
SANGRADO VAGINAL	4	3.8	3	2.9	7	6.7	.....	.....	.....	.....	2	1.9	16	15.3
PELVIS ESTRECHA	.....	.....	.....	.....	2	1.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	2	1.9
ORINA POCO	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	0.9
MALA PRESENTACIÓN	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	0.9	2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1	0.9	5	4.9	6	5.7	.....	.....	.....	.....	1	0.9	13	12.3
FALTA DE MOV. O LATIDO	.....	.....	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	1	0.9	2	1.8
RPM	1	0.9	3	2.9	2	1.9	.....	.....	.....	.....	3	2.9	9	8.6
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	.....	.....	2	1.9	5	4.9	.....	.....	.....	.....	2	1.9	9	8.6
SIN COMPLICACIONES	1	0.9	10	9.5	20	19.0	.....	.....	.....	.....	.....	.....	31	30.0*
TOTAL	11	10.2	30	28.5	51	49.1*	.....	.....	.....	.....	13	12.2	105	100.0

* NOTA: Se agregó seis décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto a la decisión del espaciamiento de sus hijos y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres, se obtuvo que el intervalo de nadie, ocupa el mayor porcentaje con un 38.4 %, las complicaciones de mayor porcentaje corresponden al sangrado vaginal con un 7.6 %, le siguen con un 3.8 % las contracciones antes de tiempo, la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracción, con un porcentaje inferior se encuentra la pelvis estrecha, la mala presentación y la falta de movimiento o latido con un 0.9 %.

Este intervalo tiene mucho que ver con las creencias religiosas de las mujeres encuestadas, ya que todas ellas son católicas y en esta religión no está bien visto el uso de métodos anticonceptivos, debido a las concepciones de nuestros antepasados, que decían que la mujer debería tener los hijos que dios le mandara sin evitar los embarazos, ya que esto lo consideraban pecado.

Le sigue el intervalo de ambos con un 34.1 % en el cual la hipertensión arterial ocupa el primer lugar con un 5.7 %, el segundo lugar lo ocupa la ausencia de contracciones con un 4.8 %, le siguen el sangrado vaginal y las contracciones antes de tiempo con un 3.8 %; el mínimo porcentaje que se presentó fue el edema, la pelvis estrecha, la falta de movimiento o latido fetal con un 0.9 %.

En este grupo ya se observa la participación de la pareja con respecto a la decisión de volver a engendrar. Se ha hecho a un lado el grado de masculinidad con respecto a la decisión del número de hijos y al espaciamiento de ellos y a que un 12 % de los hombres de las mujeres en estudio, participan en el control de la fertilidad con métodos del ritmo y del coito interrumpido.

En estos 2 intervalos se presentaron las mayores complicaciones, esto se debe a que la multiparidad y el periodo intergenésico entre las gestaciones debilitan el organismo y no alcanza su máxima recuperación por lo tanto son más propensas a presentar dichas manifestaciones.

En los intervalos que deciden el espaciamiento el hombre corresponde el 16.1 % presentándose con mayor porcentaje las contracciones antes de tiempo con un 2.9 %, le siguen la hipertensión arterial, el sangrado vaginal, contracciones antes de tiempo y la ruptura prematura de membranas con un 1.9 % y con un porcentaje mínimo se ubica el edema, la que refirió que orinaba poco y la falta de movimiento o latido fetal con 0.9 %. En cuanto a la decisión de la mujer se ubica en un 11.4 %, teniendo el mayor puntaje la hipertensión arterial con un 2.9 %, le siguen el sangrado vaginal y las contracciones antes de tiempo con un 1.9 % y con un 0.9 % se encuentra las anemias y la ruptura prematura de membranas. En este intervalo se presentaron muy pocas complicaciones debido a que la mujer desea dejar pasar un tiempo para volver a embarazarse, esto beneficia al organismo de la mujer debido que logra recuperarse

al 100 % y mejora la relación entre la pareja, así como el de la misma familia porque permite atender, mantener y educar a cada uno de los hijos que decidan tener.

Es importante mencionar que el 30.1 % restante de las mujeres estudiadas no presentaron complicaciones. (Ver cuadro No. 25 Pág. 161).

CUADRO No. 25

Decisión del espaciamiento de sus hijos y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	DECISIÓN DEL ESPACIAMIENTO DE SUS HIJOS							TOTAL					
	UNIF.		ESPOSO		AMBOS		SUEGROS		PADRES		NADIE		
	f	%	f	%	f	%	f		%	f	%	f	%
EDEMA			1 09		1 09						2 19		4 37
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3 29		2 19		6 57						2 19		13 124
ANEMIA	1 09										2 19		3 29
SANGRADO VAGINAL	2 19		2 19		4 38						9 76		16 152
PLUVIESTRECHA					1 09						1 09		2 19
ORINA TORCO			1 09										1 09
MAA PRESENTACION			1 09								1 09		2 19
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	2 19		3 29		4 38						4 38		13 124
FALTA DE MOV. O LATIDO					1 09						1 09		2 19
RPM	1 09		2 19		2 19						4 38		9 85
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN					5 48						4 38		9 86
SIN COMPLICACIONES	3 29		5 48		12 114						11 105		31 314 *
TOTAL	12 114		17 161		36 341						49 384 *		195 1090

* NOTA: Se agregó cinco décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo que respecta a la actitud de los padres hacia la mujer embarazada y su relación con las complicaciones que presentaron, se tiene que el mayor porcentaje corresponde al apoyo que brindan los padres con un 72.9 %, el mayor porcentaje de las complicaciones que se presentaron en este rubro son los sangrados vaginales con un 13.3 %, le sigue las contracciones antes de tiempo con un 12.4 %, con un 7.6 % la hipertensión arterial y con un 6.7 la ruptura prematura de membranas y la ausencia de contracciones.

El apoyo que brindan los familiares a una embarazada, es de suma importancia, ya que se reducen al mínimo las angustias que pudieran presentarse durante esta etapa. Lo resultados que no muestra este estudio realizado en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán, señala que las mujeres que tuvieron apoyo familiar son las que registran un alto índice de complicaciones, esto se debe a que existen diversos factores de riesgo que ponen en peligro la vida tanto materna como la fetal.

En cuanto al grupo de enojo, representa el 14.2 % y en él se observa la hipertensión arterial con un 3.8 %, le sigue la ausencia de contracciones con un 1.9 % y finalmente el edema y el sangrado vaginal con un 0.9 % para ambos. En este punto es importante aclarar que solo el 1.9 % vive en unión libre y un 0.9 % es soltera, lo que respecta que en el momento de notificar el estado del embarazo a los padres reaccionaron con enojo, pero después cambio su actitud para con las embarazadas, elevando así el porcentaje de casadas.

En lo que respecta a los rubros de expulsión de la familia, el rechazo y se fue de la casa, le corresponden un 2.7 %, 8.4 % y 1.8 % respectivamente. Hacen referencia las mujeres encuestadas que prefirieron no decir nada de su embarazo, ya que habían deshonrado a sus padres y decidieron ir se con su pareja, y jamás volvieron a saber de sus padres; las usuarias que comentaron de su estado las rechazaron, sin embargo después las apoyaron para casarse.

En cuanto al grupo encuestado que no presentó complicaciones corresponden a un 30.3 % de las cuales el mayor porcentaje se ubica dentro de las que le brindaron apoyo, le sigue la de los padres que se enojaron con un 6.7 % y con un 1.9 % las de rechazo. (Ver cuadro No. 26 Pág. 163).

CUADRO No. 26

Actitud de los padres hacia la mujer embarazada y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas del módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán

COMPLICACIONES	ACTITUD DE LOS PADRES											
	EXPUSION DE LA FAMILIA		RECHAZO		BRINDAS APOYO		NO LES DIO NADA A SE. FU. DE LA CASA		INORO		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
EDEMA	.....	.....	1	0.9	1	0.9	1	0.9	1	0.9	4	3.6
HIPERTENSION ARTERIAL	.....	.....	.....	.....	8	7.6	1	0.9	4	3.8	13	12.3
ANEMIA	.....	.....	2	1.9	1	0.9	.....	.....	.....	.....	3	2.8
SANGRADO VAGINAL	.....	.....	1	0.9	14	13.3	.....	.....	1	0.9	16	15.1
PETIS ESTRECHA	1	0.9	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	2	1.8
ORINA POCO	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	.....	.....	1	0.9
MALA PRESENTACION	1	0.9	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	2	1.8
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	.....	.....	.....	.....	13	12.4	.....	.....	.....	.....	13	12.4
TAJADA DE MOV. OFATIDO	1	0.9	.....	.....	1	0.9	.....	.....	.....	.....	2	1.8
REPM	.....	.....	2	1.9	.....	6.7	.....	.....	.....	.....	9	8.6
ASISTENCIA DE CONTRACCIONES	.....	.....	.....	.....	5	4.7	.....	.....	2	1.9	9	8.6
SIN COMPLICACIONES	.....	.....	2	1.9	22	20.9	.....	.....	5	4.7	31	30.3*
TOTAL	3	2.7	9	8.4	36	34.4	2	1.8	15	14.2	105	100.0

* NOTA: Se agregó ocho décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

En lo que respecta a la opinión sobre la edad ideal para embarazarse y su relación con las complicaciones que presentaron las mujeres encuestadas, se obtuvo que el 26.6 % corresponde al intervalo de 20 a 35 años. El mayor porcentaje de las complicaciones le corresponde a la hipertensión arterial con un 5.7 %, le sigue con un 2.9 % el edema, las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas y con un 0.9 % están las anemias, la que refirió que orinaba poco y la ruptura prematura de membranas. Como se ha venido mencionando los motivos por los cuales se presenta dichas complicaciones son debidos a otras causas ajenas a la edad. Aunque es importante recalcar que la edad juega un papel importante en las complicaciones, en este estudio no se dio así, ya que aquí se registraron más complicaciones por problemas externos (trabajos rudos).

Cabe hacer mención que la opinión del grupo en estudio no coincide con la edad de su primer embarazo, esto quiere decir que ellas opinan que es la edad ideal, más no llevaron acabo esto, ya que algunas mujeres tuvieron su primer hijo antes de los 20 años.

En el intervalo de 18 en adelante la mayor complicación es el sangrado vaginal con un 5.7 %, le siguen la ruptura prematura de membranas con un 3.8 %, la hipertensión arterial, la pelvis estrecha y la ausencia de contracción se encuentran con un 1.9 %, las contracciones antes de tiempo tienen un 0.9 %. Aquí es importante destacar el sangrado vaginal y la ruptura prematura de membranas. Debido a que estas complicaciones son más frecuentes a edades tempranas de la vida reproductiva. En cuanto a la ruptura prematura de membranas es ocasionada por traumatismos, infecciones cervicovaginales, polihidramnios, embarazos múltiples, productos grandes, etc.

En lo que respecta al intervalo de 20 a 40 años sólo presentó un 10.3 % de las complicaciones ocupando el sangrado vaginal el primer lugar con un 2.9 %. A diferencia del intervalo de 20 a 35 años que en este grupo no se presentaron muchas complicaciones.

Un 39.4 % no contestó esta pregunta argumentando que no sabían cual era la edad ideal para embarazarse. Es así como se explica que en este grupo se haya presentado la mayoría de complicaciones.

Es importante saber cual es la edad ideal para tener hijos, ya que así se reducirán al mínimo las complicaciones que se pudieran presentar en personas menores de 20 años y/o viceversa mayores de 36 años. (Ver cuadro No. 27 Pág. 165).

CUADRO No. 27

Opinión de las mujeres sobre la edad ideal para embarazarse y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	EDAD IDEAL PARA EMBARAZARSE					TOTAL
	18 EN ADELANTE		20 - 49		NO CONSIDERÓ	
	1	2	1	2		
	1	2	1	2	1	1
				3	1	4
EDIMA				3	1	4
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	1	2	6	3	13
ANEMIA				1	2	3
SANGRADO VAGINAL	6	5	3	2	5	16
PELVIS ESTRECHA	2	1				2
ORINA POCO				1		1
MAA PRESENTACIÓN			1		1	2
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1	0	1	3	8	13
FALTA DE MOV. O TALUDO					2	2
RPM	4	3	1	1	3	9
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	2	1	1	3	3	9
SIN COMPLICACIONES	8	7	2	8	13	31
TOTAL	25	23	11	28	41	105

* NOTA: Se agregó tres décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En cuanto a la edad del primer embarazo de las mujeres encuestadas y su relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse se observa que el mayor porcentaje descansa en el intervalo 15 - 20 con un 63.9 %. Las mujeres que opinaron que la edad ideal es de los 18 años en adelante tuvieron su primer embarazo dentro de este intervalo con un 12.4 %, le siguieron las que opinan 20 a 25 años con un 18.1 %, con un 6.7 % se encuentran las que dijeron que la edad ideal es de 20 a 40 años. Finalmente se observa que un 26.7 % no contestó y tuvo su embarazo dentro de este intervalo.

El intervalo de 21 a 25 años se presentó con un 27.6 %, el grupo de estudio que opinó que la edad ideal para embarazarse es de 18 en adelante tuvo un 5.7 % al igual que las de 20 a 35 años y un 3.8 % opino que la edad ideal es de 20 a 40 años de edad, el 12.4 % no contestó y tuvo su primer embarazo en este intervalo.

El rango que opina que la edad ideal es de 18 años en adelante, tuvo su primer embarazo menos de los 14 años de edad con un porcentaje de 5.7 % y un 2.8 % tuvo su primer embarazo en el rango de 26 a 30 años y coincide con lo que opinaron, ya que dijeron que la edad ideal es de 20 a 30 años.

Como se puede observar la mayoría de las encuestadas a excepción de las de - 14 años, tuvo su primer embarazo dentro de los parámetros de edad que ellas consideraban normales. Es importante volver a mencionar que la edad ideal para embarazarse es de los 20 a 35 años. Siendo estas edades óptimas para las gestaciones. En cuanto a la edad del primer embarazo debería ser de los 20 a los 30 años de edad. (Ver cuadro No.28 Pág. 167).

CUADRO No. 28

Edad del primer embarazo de las mujer encuestadas y su relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

OPINIÓN SOBRE LA EDAD IDEAL	EDAD DE SU PRIMER EMBARAZO							TOTAL						
	- 14		15 - 20		21 - 25		26 - 30		31 - 35		36 Y MÁS			
	F	%	F	%	F	%	F		%	F	%	F	%	
MÁS ADELANTE	6	5.7	13	12.4	6	5.7	.....	.....	.....	.....	.....	.....	25	23.8
EN SU MOMENTO	.....	.....	7	6.7	4	3.8	.....	.....	.....	.....	.....	.....	11	10.5
20 - 40	.....	.....	19	18.1	6	5.7	3	2.8	.....	.....	.....	.....	28	26.6
20 - 35	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	41	39.1
NO CONTESTÓ	.....	.....	28	26.7	13	12.4	.....	.....	.....	.....	.....	.....	41	39.1
TOTAL	6	5.7	7	6.9	28	27.6	3	2.8	.....	.....	.....	.....	105	100.0

FUENTE: Ibidem. Cuadro No. 1

En lo referente a la opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad y su relación con las complicaciones. Se observa que en el grupo de falta de orientación tiene un 18.28 %, presentándose la hipertensión arterial, las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas con un 1.90 %, siguiendo el resto de las complicaciones con un 0.95 %. Según las mujeres que opinaron que se embarazan jóvenes por la falta de orientación, esto es raro debido a que los medios de comunicación como la radio, la televisión pasan información sobre la planificación de la familia. Además en sus comunidades existe una Auxiliar de Salud que cuentan con métodos anticonceptivos e información para orientar a las parejas.

El grupo de, tiene novio muy chicas y el de, no hay otra cosa que hacer obtuvo un 15.21 % y 15.2 % respectivamente, el sangrado vaginal se presentó con un 4.75 %, con un 3.80 % la hipertensión arterial y con un 2.85 % la ausencia de contracción. Este cuadro tiene relación con la edad del primer embarazo a menor y a mayor edad mayor es el riesgo de presentar complicaciones. Se ha observado en esas comunidades que las mujeres tienen novio muy chicas, lo cual origina que se vayan con ellos y las embaracen tan jóvenes. En lo que respecta a no hay otra cosa que hacer, la mayoría de la gente de esas comunidades ya cuentan con medios de distracción como son: la televisión, la radio, etc.; pero lo que sucede aquí es que los maridos vienen de trabajar del campo y quieren estar con su pareja, ahora si son recién casados sólo piensan en las relaciones sexuales sin tomar precauciones.

En el grupo que contestó que no sabe lo que es tener un hijo y en el de los padres se embarazaron jóvenes, se obtuvo que las contracciones antes de tiempo se presentan con mayor frecuencia con un 4.75 %, de ahí en fuera las demás complicaciones fueron mínimas con un 0.9 %. Muchas veces se embarazan porque no saben lo que es ser madre, pero a veces es una experiencia traumatizante, debido a que si son jóvenes corren el riesgo de desencadenar alguna complicación. Otras veces juega un papel importante los antecedentes de los padres, debido a que si ellos se embarazaron jóvenes las hijas deben hacer lo mismo sin importar si se presenta o no alguna complicación.

El 13.31 % le corresponde a las personas que no se cuidan, presentándose con un 4.76 % el sangrado vaginal y con un 1.90 % las contracciones antes de tiempo y la ausencia de las mismas. En lo que se refiere a este aspecto la mayoría no se cuida por falta de orientación, ya que unos dicen que si se cuidan tan jovencitas no podrán tener familia cuando estén más grandes. Otras piensan que las primeras relaciones sexuales no pueden quedar embarazadas y esto es erróneo debido a que desde la primera relación sexual se puede quedar embarazada.

El 8.55 % le corresponde al grupo que opina para retener al marido presentándose las contracciones antes de tiempo con un 1.90 %. Una forma de retener a la pareja es embarazándose sin desearlo, pero esto no es todo, sin saber a los riesgos a que se enfrenta al embarazarse.

El 5.7 % piensa que ya están grandes y que ya no pueden tener hijos. Dentro de este grupo la ruptura prematura de membranas se presentó con un 1.90 %. Esta forma de pensar se debe a las costumbres y tradiciones de cada comunidad, por ejemplo: en esas comunidades el que no se casa joven antes de los 20 años, las consideran quedadas. Los mismos habitantes con esas costumbres orillan a los jóvenes a casarse y por consiguiente a embarazarse.

Un 4.75 % contestó que no sabe, presentándose un mínimo de complicaciones entre estas, están el sangrado vaginal y la ruptura prematura de membranas con un 1.90 %. Estas personas que contestaron que no saben, por lo menos tuvieron un hijo a temprana edad.

El 29.69 % no presentó ninguna complicación. El mayor porcentaje lo tiene la falta de orientación con un 7.61 %, le sigue el de, novios muy chicas con un 5.71 % y con un 3.80 % el de los padres que se casan jóvenes. (Ver cuadro No. 29 Pág. 170-171).

CUADRO No. 29

Opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad y su relación con las complicaciones que estas presentaron en el módulo de Tarimbaro, Morelia, Michoacán.

COMPLICACIONES	OPINION SOBRE EL PORQUE LAS MUJERES SE EMBARAZAN A TEMPRANA EDAD									
	TIENEN NOVIO MUY CHICAS		PIENSAN QUE YA ESTAN GRANDES Y QUE NO PUEDEN TENER HIJOS		NO SE CUIDAN		NO SABEN LO QUE ES TENER HIJOS		PARA RETENER A SU PAREJA	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
IDEMIA									1	0.95
HENSION ARTERIAL	1	0.95	1	0.95	1	0.95	2	1.90	1	0.95
ANEMIA										
SANGRADO VAGINAL	2	1.90	1	0.95	5	4.76	1	0.95		
PULVIS ESTRECHA	1	0.95	1	0.95						
ORINA POCO							1	0.95		
MALA PRESENTACION	1	0.95			2	1.90	1	0.95	2	1.90
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO							1	0.95		
FALTA DE MOV. O LATIDO										
REM	2	1.90	2	1.90	1	0.95	1	0.95		
AUSENCIA DE CONTRACCION	3	2.85			2	1.90	1	0.95	1	0.95
SIN COMPLICACIONES	6	5.71	1	0.95	3	2.85	2	1.90	4	3.80
TOTAL	16	15.21	6	5.7	14	13.31	10	9.5	9	8.55

CONTINUACIÓN

COMPLICACIONES	OPINIÓN SOBRE EL PORQUÉ LAS MUJERES SE EMBARAZAN A TEMPRANA EDAD					
	NO HAY OTRA COSA QUE HACER	FALTA DE ORIENTACIÓN	PORQUÉ LOS PADRES SE EMBARAZAN JÓVENES	NO SABEN		TOTAL
	F %	F %	F %	F %	F %	
EDEMA	2 1.90	1 0.95	.....	.....	4 3.8
TENSIÓN ARTERIAL	4 3.80	2 1.90	1 0.95	.....	13 12.35
ANEMIA	2 1.90	1 0.95	.....	.....	3 2.85
SANGRADO VAGINAL	3 2.85	1 0.95	1 0.95	2 1.90	16 15.21	
PELVIS ESTRECHA	.....	.....	.....	.....	2 1.9
ORINA POCO	.....	1 0.95	.....	.....	1 0.95
MALA PRESENTACIÓN	1 0.95	.....	.....	.....	1 0.9
CONTRACCIONES ANTES DE TIEMPO	1 0.95	2 1.90	4 3.80	.....	13 12.35
FALTA DE MOV. OLATIBO	.....	1 0.95	.....	.....	2 1.9
RPM	1 0.95	.....	.....	2 1.90	9 8.55
AUSENCIA DE CONTRACCIÓN	.....	2 1.90	.....	.....	9 8.55
SIN COMPLICACIONES	2 1.90	8 7.61	4 3.80	1 0.95	31 29.67 *	
TOTAL	16 15.2	19 18.28 *	10 9.5	5 4.75	105 100.00	

* NOTA: Se agregó veintidós centésimas para redondear al 100 %.

FUENTE: Ibidem, Cuadro No. 1

En cuanto a la opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad en relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse. Se obtuvo que el grupo que opinó por falta de orientación corresponde al 18,2 % y un 14,3 % de este grupo no contestó cual era la edad ideal para embarazarse, el 2,9 % corresponde a los que opinaron que la edad ideal es de 20 a 35 años y un 0,9 % dijo que la edad ideal es de 18 en adelante.

El grupo que tiene novio muy chicas y no hay otra cosa que hacer tienen un 15,2 %. De los cuales el 8,6 % le corresponde al grupo que opinó que la edad ideal para embarazarse es de 18 en adelante y un 3,8 % no contestó cuál era la edad ideal; un 0,9 % opinó que la edad es de 20 a 40 y un 0,9 % le corresponde al grupo de 20 a 35 años. El 7,6 % le corresponde al grupo que opinó que la edad ideal para embarazarse es de 20 a 35 años, con un 5,7 % le sigue el intervalo de los que no contestaron y un 1,9 % le corresponde a los que opinan de 18 en adelante.

El grupo que contestó que los padres se embarazaron jóvenes tienen un porcentaje de 9,5 %. El 6,7 % no contestó, el 1,9 % opinó de 20 a 35 años y un 0,9 % dijo de 18 en adelante.

En cuanto al grupo de no saben lo que es tener un hijo obtuvo un 9,4 % , de los cuales el 6,7 % opino que la edad ideal es de 20 a 35 años y los intervalos restantes sólo obtuvieron el 0,9 %.

El 8,7 % opinó para retener a la pareja, con un 2,9 % se encuentran todas las opiniones sobre la edad ideal para embarazarse a excepción de las opiniones de 20 a 40 años.

El grupo que contestó que ya están grandes y que ya no pueden embarazarse obtuvo un 5,7 %, el 2,9 % opinó que la edad ideal es de los 18 en adelante y un 1,9 % se encuentran las que contestaron de 20 a 40 y con un mínimo porcentaje están las que dijeron de 20 a 35 años.

El 4,8 % del total de las mujeres encuestadas contestó que no saben porque la mujer se embaraza a temprana edad. Más sin embargo, el 2,9 % no contestó cual era la edad ideal para embarazarse y sólo un 1,9 % dijo que de los 20 a 35 años de edad.

En resumen se puede decir que sólo el 26,6 % de las mujeres en estudio supo cual era la edad ideal para embarazarse. Un 23,8 % opinó que la edad ideal es de 18 en adelante. En este punto el rango que dan las mujeres es muy amplio, ya que abarca las otras opiniones. Tomando en cuenta esto, la edad de menor de 20 años sólo corresponde a un 5,5 % de las que se embarazaron a esa edad. El 39,2 % no contestó cual es la edad ideal para embarazarse.

Estas opiniones anteriores predisponerón a las mujeres a embarazares a temprana edad sin importar la edad que tenían en ese momento, ni las complicaciones que pudieran ocasionarle a ellas o a su bebé. (Ver cuadro No. 30 Pág. 174-175).

CUADRO No. 30

Opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad y su relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

OPINIÓN SOBRE LA EDAD IDEAL	OPINIÓN SOBRE EL PORQUE LA MUJER SE EMBARAZA A TEMPRANA EDAD									
	BIEN COMO MUJERES		BIEN COMO ESTAN GRANDES		NO SE CUIDAN		NO SABEN LO QUE ESTAN HACIENDO		PARA RETENER LA PAREJA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
BIEN ADELANTE	9	86	3	29	5	48	1	09	3	29
20 - 40	2	19	2	19	6	57	1	09		
20 - 35	1	09	1	09	1	09		6*	3	29
NO CONTESTO	4	38			2	19	1	09	3	29
TOTAL	16	152	6	57	14	133	10	94	9	87

CONTINUACIÓN.

Opinión sobre el porque la mujer se embaraza a temprana edad y su relación con la opinión sobre la edad ideal para embarazarse en el módulo de Tarimbaro, Morelia Michoacán.

OPINIÓN SOBRE LA EDAD IDEAL	OPINIÓN SOBRE EL PORQUE LA MUJER SE EMBARAZA A TEMPRANA EDAD					TOTAL				
	NO HAY OTRA COSA QUE HACER		FALTA DE ORIENTACIÓN		PORQUE LOS PADRES SE EMBARAZAN JOVENES		NO SABE			
	F	%	F	%	F		%	F	%	
	2	1.9	1	0.9	1	0.9	.....	.....	35	23.8
DE EN ADELANTE	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....	11	10.4
20 - 40	8	7.6	3	2.9	2	1.9	2	1.9	25	26.6
20 - 35	6	5.7	15	14.3	7	6.7	3	2.9	41	39.2*
NO CONTESTO	14	15.2	19	19.2*	10	9.5	5	4.8	105	100.0
TOTAL										

* NOTA: Se agregó una décimas para redondear al 100 %.

FUENTE: *Ibidem*. Cuadro No. 1

2. CONCLUSIONES

La investigación referente a las implicaciones biopsicosociales que condicionan el embarazo en las mujeres del módulo de Tarimbaro y las complicaciones más comunes que se presentan en ellas, destacan los siguientes aspectos.

La vida cotidiana propia de las zonas rurales condicionan directamente el embarazo en contraste con las áreas urbanas. Se puede señalar que entre los factores que influyen se encuentran:

La principal actividad económica de estas zonas se haya limitado al sector primario, condicionando un sistema de autoconsumo total o parcial de la producción para subsistir, supeditando al nivel económico bajo, niveles de escolaridad exigüos, que imponen costumbres y tradiciones que crean un círculo vicioso en la repetición de patrones culturales que pugnan por la subordinación del sexo femenino al masculino y al aumento de la procreación como elemento primordial de la vida en pareja, todo ello apoyado en un incipiente desarrollo económico y social que repercuten directamente en factores como son: Alimentación, educación, vivienda, salud, servicios y seguridad. Todo lo cual, nos lleva a comprender el porque de casamientos a edades tempranas, paridad elevada y rechazo a la planificación familiar por parte de la mujer.

En relación a la edad de las usuarias encuestadas casi las tres terceras partes de la muestra estudiada se encuentra en edades económicamente activa por lo que es importante mantener a la comunidad informada de los problemas biopsicosociales que condicionan los embarazos y sus complicaciones más comunes que se presentan de acuerdo a su edad de la mujer, ya que esta población femenina en su mayoría están encargadas de realizar actividades tales como: labores domésticas, crianza de los hijos, alimentación, además de ser responsable de mediar el presupuesto familiar, trabajar en el campo, realizan trabajos rudos, acarrear el agua, cargan cosas pesadas, así mismo enfrentan los problemas de salud de toda la familia y los de ellas mismas. Por lo anterior, estas mujeres son las que corren más riesgo originando, así que se presenten complicaciones en los embarazos como sangrado vaginal, hipertensión arterial, contracciones antes de tiempo, ausencias de las mismas, ruptura prematura de membranas, edema, anemias, pelvis estrecha, mala presentación, falta de movimiento o latido fetal y finalmente la que refirió que orinaba poco. Esto es debido a que viven en forma extremadamente estresante y desgastante.

Por otra parte los periodos intergenésicos cortos juegan un papel importante en las mujeres rurales debido a que existen patrones culturales que le han impuesto al hombre la decisión del número de hijos, siendo que esto debe ser entre la pareja, por ejemplo; la elección la debe tener principalmente la pareja, tomando en cuenta que la decisión debe ser de manera libre, responsable e informada sobre el número de hijos y

el espaciamiento de ellos. Esto no sucede así, ya que en estas comunidades todavía está muy arraigada la idea de la subordinación del sexo femenino al masculino, permitiendo de esta manera que el hombre tenga la decisión de la llegada de la familia debido a que los habitantes de esas localidades principalmente los hombres, tienen una idea errónea acerca de que el hombre es más hombre si tiene mucha familia. Esto repercute en la salud de la mujer provocándole multiparidad, periodos intergenésicos cortos, embarazos en edades extremas, así como las complicaciones ya mencionadas que afectaron la fecha programada para el parto.

Es importante mencionar que la planificación familiar juega un papel muy importante al reducir al mínimo los embarazos, consecuentemente disminuye la presencia de algunas complicaciones provocadas por la multiparidad y por los periodos intergenésicos cortos etc.; además da la oportunidad de brindar a cada uno de los miembros de la familia amor, cariño, comprensión, alimentación adecuada, vestido, descanso, salud y una vivienda digna donde las personas puedan desarrollarse libremente.

Los resultados obtenidos muestran que la utilización de métodos anticonceptivos es mínima en comparación con los beneficios que otorga a las parejas de las comunidades rurales, esto es atribuible a varios factores como los bajos niveles educativos, la misma o nula educación sexual, los múltiples tabúes sobre la sexualidad, la subordinación de la mujer con el hombre, la religión a la que pertenecen, la situación económica de la familia; así como a razones personales para no querer utilizar un método, entre estas se pueden mencionar el que piensan que les provoca enfermedad, o que los periodos intergenésicos cortos son los adecuados, el que su esposo emigra constantemente a Estados Unidos de Norteamérica, o que no la deja su esposo, piensan que ya no pueden embarazarse, o les da miedo o sencillamente no desean planificar.

En tanto que las usuarias que llevan un control prenatal se ve reducida la presencia de complicaciones. Cabe señalar que los problemas que manifestaron las mujeres se deben a los defectos adversos que provocan a veces los hormonales orales e inyectables.

La participación del varón es sumamente limitada en este aspecto, esto es corroborable si comparamos el porcentaje de mujeres que planifican en contraste con el del hombre, esta situación se debe a: Subsistencia de patrones culturales machistas que han creado una enajenación tal sobre el sexo femenino que no sólo la subordina al sexo masculino, y que la ha hecho un objeto y no un sujeto crítico y consciente de su realidad, capaz de tomar sus propias decisiones entre ellas el control de la fertilidad. Se ha dado una imagen de fuerza, poder, inteligencia y trabajo, y que gracias a él la mujer puede sobrevivir, lo cual nos lleva a la creación de un sistema de dominación, opresión, ante ello nos resulta difícil de comprender el porque de su negativa a ser él quien utilice el método.

Todo lo anterior forma una idea del porque las mujeres piensan que el principal papel es tener hijos. Relacionando este aspecto con la religión de la muestra seleccionada, se obtuvo que el 100 % de las mujeres son católicas, lo cual marca la continuación de los patrones culturales, ya que dentro del catolicismo se tiene contemplado que la mujer no deberá enseñar su cuerpo a otra persona que no sea su pareja, lo cual previamente debió haber cumplido con los requisitos establecidos por la iglesia. Además también se dice que no deberá utilizar métodos anticonceptivos para evitar los embarazos, ya que esto es considerado como pecado. Esto se ha venido modificando a través del tiempo, aunque existe todavía algunas familias con estos pensamientos.

Es importante mencionar que la escolaridad es un indicador que reflejará los cuidados que tendrá la madre durante su gestación. Esto es, que a mayor grado de preparación formal, mayor es el cuidado de la persona hacia su salud, lo anterior coincide con los resultados obtenidos de las mujeres estudiadas, el grupo con menos complicaciones son las que tuvieron una preparación de secundaria. En el caso de las analfabetas, también se presentaron pocas complicaciones, esto es debido a que las complicaciones que ellas presentaron las vieron muy normales, ya que no saben los problemas que pueden presentarse en un embarazo.

Cabe mencionar, que en cuanto al tipo de familia que hay en esas localidades, se encuentran la familia nuclear y la familia extensa, relacionando esto con las complicaciones que presentaron, existe similitud en cuanto a los porcentajes, pero hubo mayores complicaciones en la familia nuclear, esto se debió principalmente que las mujeres de esas comunidades pasan su embarazo solas, ya que su pareja emigra a los Estados Unidos de Norteamérica y sus demás familias no viven en esas localidades. Analizando este aspecto con el de la comunicación, ambos tienen mucha relación ya que al estar el esposo lejos es más difícil que se de la comunicación. Cuando éste regresa, se torna un poco desinteresado en cuanto a los comentarios que le hace su pareja, debido a que esta desconectado con lo que pasó en su comunidad a causa del tiempo que paso lejos manifestando de esta manera una comunicación regular o mala. Algunas personas no emigran, pero se encuentran en el centro de rehabilitación social, lo que hace también imposible que se de la comunicación.

En lo que respecta a la edad en que tuvieron vida sexual activa, la gran mayoría inició en la etapa de la adolescencia, esto se debe a los roles sociales establecidos en el medio rural ya que esto influye en la decisión de contraer matrimonio tempranamente, obligando a integrarse a la sociedad con una participación de adulto, aunque física y socialmente no se esté apto, originando así un embarazo no deseado o de alto riesgo. Los adolescentes piensan que la primera relación sexual no pueden quedar embarazadas, y es así que la gran mayoría se embarazó dentro de ese lapso originando de esta manera una serie de complicaciones ya que su organismo no alcanzó su completo desarrollo y hace más difícil el mantener un embarazo y llevarlo hasta el nacimiento.

Por último un aspecto importante es la actitud que tuvieron sus padres hacia la mujer embarazada. En este aspecto la gran mayoría recibió apoyo por parte de los padres, esto significa que cumplieron con los requisitos que impone la misma sociedad, mas sin embargo, existió el grupo de padres que reaccionaron con enojo ante tal noticia ya que este embarazo era extra conyugal y en esas comunidades no estaba bien visto una gestación fuera del matrimonio. Tal comportamiento se modificó para con las embarazadas al casarlas, lo cual incrementó el porcentaje de apoyo a éstas mujeres pero también hubo padres que reaccionaron con rechazo y con la misma expulsión de la familia. Esta actitud se debía a que los padres no concebían que sus hijas los hubieran deshonrado y algunas mujeres prefirieron no decir nada y mejor se fueron con su pareja.

Finalmente se identificó que en la edad de 21 a 35 años se presentaron más complicaciones, eso se debe a que existen numerosos factores de riesgo en sus comunidades que imponen a la gestante a desencadenarlas. En cuanto a las de edad extrema de la vida reproductiva se obtuvo que en la edad menor a 20 años presentó el 11.1 % de complicaciones y en un 16 % las mayores de 36 años.

4. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

- **Es conveniente que supervisoras y auxiliares de salud tomen en cuenta a los jóvenes de su comunidad, además de las mujeres en edad reproductiva de 12 a 49 años de edad para que se les de información y orientación sobre los problemas biopsicosociales que condicionan los embarazos y sus complicaciones que les podría ocasionar, esto les servirá para formarse un criterio amplio que les permita tomar decisiones en forma responsable y consciente.**
- **Intensificar la promoción del subprograma de planificación familiar reuniendo a la comunidad para informar acerca de los beneficios que en forma personal, familiar y social puede traerles tanto a hombres como a mujeres reduciendo el número de embarazos no deseados, y de riesgo elevado, previniendo así miles de muertes o secuelas y favoreciendo mayor oportunidad para la sana convivencia de pareja y familia.**
- **Promover entre supervisoras y auxiliares de salud el ampliar sus conocimientos mediante cursos impartidos por la Jurisdicción Sanitaria número 1 con respecto a las implicaciones biopsicosociales que condicionan los embarazos y de está forma darles una mayor información a sus habitantes de sus comunidades.**
- **Algunos de los principales problemas de salud reproductiva de la población son: Los embarazos en las edades extremas de la vida reproductiva, el aborto, los periodos intergenésicos cortos, la multigravidez y las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo el SIDA), que traen como consecuencia una mayor incidencia de la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Es por esto que se considera importante proporcionar pláticas educativas en los centros escolares y en si en toda la comunidad sobre la sexualidad y la educación sexual en la cual, además de**

manejarse la capacidad procreativa humana con responsabilidad para con los hijos, familia y sociedad.

- **Establecer mayor coordinación entre el personal comunitario y los diferentes niveles jerárquicos en la estructura del programa para que además de la entrega de información se realice un comentario de los problemas detectados, las posibles soluciones, así como las actividades a desarrollar para resolverlos.**
- **A los adolescentes debemos inculcarles el sentido de la responsabilidad sobre su conducta sexual, debemos de informarles de prácticas sexuales seguras que les eviten una enfermedad transmisible como el SIDA por ejemplo, un embarazo no deseado, trastornos emocionales o problemas consecuentes como el aborto provocado. La paternidad no deseada o no esperada en un adolescente, además de afectarlo biológicamente y psicosocialmente representa un fuerte obstáculo para continuar un plan de vida personal y familiar; cuando sea el caso de una adolescente embarazada orientarla para una atención prenatal, obstétrica y la adopción oportuna de un método anticonceptivo de alta efectividad.**
- **Hacer una detección de mujeres en edad fértil no embarazadas con riesgo reproductivo, para proporcionarles una orientación anticonceptiva. Esto podría ser a través de un censo a mujeres en edad fértil con riesgo reproductivo.**
- **Continuar con el apoyo de las actividades del personal profesional de enfermería en comunidades rurales ya que es importante la necesidad de capacitación continua a Auxiliares de Salud, para así dejar un personal de la comunidad bien preparado para atender problemas de salud.**

- Brindar una atención más integral y objetiva a los jóvenes a enfrentarse a la problemática existente en su contexto histórico y que le brinde la posibilidad de desarrollarse, además de romper con los estereotipos machistas que promueven la superioridad del hombre sobre la mujer.
- Realizar convivencia familiares en la cual se exponga la participación del varón al programa de planificación familiar ya que solo van dirigidas a la mujer, por considerar que ellas se embarazan, pero no toman en cuenta que a veces la mujer no puede tomar anticonceptivos debido a que padece alguna enfermedad y es entonces cuando el hombre podría participar para evitar un embarazo de riesgo.
- Fomentar la comunicación entre los miembros de la familia por medio de pláticas educativas esto ayudará a reducir algunas complicaciones que se dieron por causa de la comunicación además, de mencionar las ventajas y desventajas de una comunicación.
- Establecer mayor coordinación con los profesores de cada institución educativa de la localidad para establecer un curso de educación abierta para los adultos para que de esta manera se mejoren las condiciones de salud y puedan brindar una mejor atención a sus hijos.
- Establecer coordinación con la presidencia municipal del módulo de Tarimbaro para formar talleres de tejido, costura, pintura, manualidades, cocina, primeros auxilios, etc.; para que de alguna forma las mujeres adolescentes tengan ocupado su tiempo y no sólo piensen en tener hijos.

5. GLOSARIO

- Ectopia.-** Anomalia de situación o de posición de un órgano, especialmente congénita.
- Vérnix caseosa.-** Unto sebáceo de la piel del feto.
- Embrión.-** Producto de la concepción desde las primeras modificaciones del huevo fecundado. Durante los primeros meses de vida.
- Épulis.-** Tumor de la encía, especialmente el tumor fibromatoso o sarcomatoso del periostio del maxilar.
- Estasis.-** Estancamiento de la sangre o líquido en una parte del cuerpo.
- Gingivitis.-** Inflamación de las encías.
- Hiperemia.-** Acumulación de sangre en una parte u órgano.
- Hiperplasia.-** Multiplicación anormal de los elementos de los tejidos.
- Pirosis.-** Sensación de ardor que sube del estómago a la faringe con eructos agrios.
- Lordosis.-** Curvatura de los huesos, especialmente la curvatura de la columna vertebral.
- Polaquiuria.-** Emisión anormalmente frecuente de orina.
- Embotamiento.-** Entorpecimiento de los sentidos o de la inteligencia.

- Hemoglobina.-** Pigmento de los eritrocitos que transportan oxígeno, está formado por eritrocitos en desarrollo en la médula ósea. Es una proteína conjugada que contiene cuatro grupos hem y globina y que tiene la propiedad de presentar oxigenación reversible.
- Nidación.-** Proceso mediante el cual el embrión se fija en el útero para conseguir su desarrollo.
- Metritis.-** Inflamación aguda o crónica de la matriz, especialmente de su parénquima.
- Septicemias.-** Estado morboso debido a la existencia en la sangre de bacterias patógenas.
- Inducción.-** Iniciación de las contracciones uterinas provocadas por varios métodos, antes de su comienzo espontáneo.
- Corioamnivitis.-** Es la infección localizada en las membranas corioamnióticas de embarazos mayores de 20 semanas.
- Histerectomía.-** Extirpación parcial o total del útero por vía abdominal.
- Dismadurez.-** Madurez incompleta o imperfecta.
- Diplopia.-** Trastorno visual caracterizado por la doble visión de un solo objeto.
- Amaurosis.-** Falta o pérdida general o total de la visión.

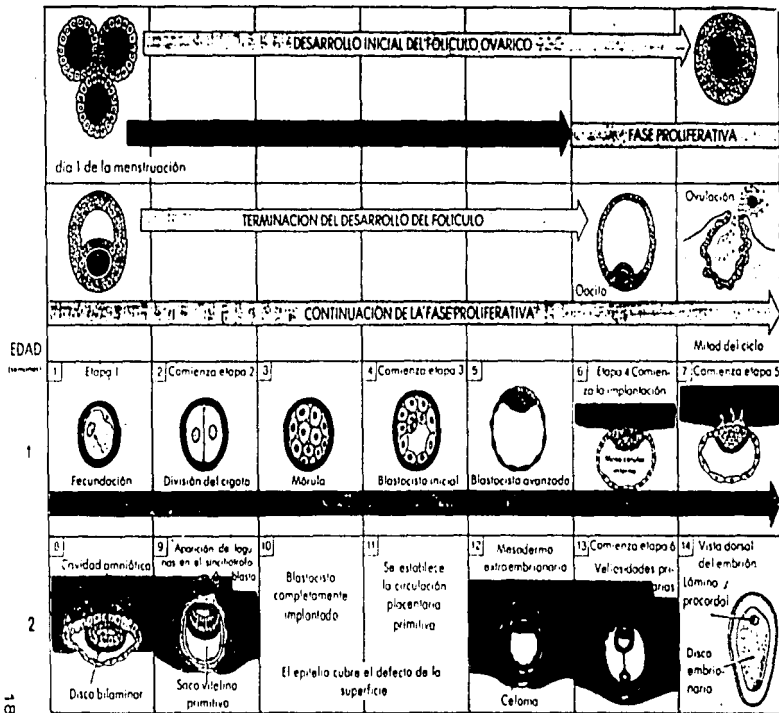
Hematemesis.-	Vómito con sangre precedente de una hemorragia de la mucosa gástrica.
Escotomas.-	Manchas oscuras, más o menos extensas, inmóvil, que cubre una porción del campo visual u objeto que se mira, resultado de la insensibilidad de una porción correspondiente de la retina.
Apnea.-	Suspensión transitoria del acto respiratorio, que sigue a una respiración forzada.
Uretritis.-	Inflamación aguda o crónica de la uretra.
Cistitis.-	Inflamación de la vejiga urinaria.
Disuria.-	Emisión dolorosa o difícil de orinar.
Ascitis.-	Acumulación de líquido en la cavidad peritoneal.
Bacteriuria.-	Presencia de bacterias en la orina.
Piuria.-	Presencia de pus en la orina.
Dispareunia.-	Coito difícil o doloroso.
Atelectasia.-	Falta de expansión de dilatación. Expansión imperfecta de los pulmones en los recién nacidos
Mastitis.-	Inflamación de la glándula mamaria.
Hipotrofos.-	Nutrición deficiente, retardo de desarrollo.

- Hipoacusia.-** Disminución de la sensibilidad auditiva.
- Psicosis.-** Término general aplicado a los trastornos mentales de etiología psíquica u orgánica en los cuales se presenta desorganización profunda de la personalidad, alteraciones del juicio crítico y de la relación con la realidad.
- Garbo.-** Prestancia, buena facha, elegancia, gracia.
- Menopausia.-** Cesación natural de la regla.
- Menstruación.-** Fenómeno fisiológico de la vida sexual femenina, por la cual se elimina periódicamente parte de la mucosa uterina con flujo sanguíneo y moco.
- Preñeces.-** Estado de la mujer preñada. Dicese de la mujer fecundada.
- Concubinas.-** Mujer que vive con un hombre sin estar casado con él.

ANEXOS

CUADRO CRONOLOGICO DEL DESARROLLO PRENATAL HUMANO



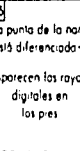

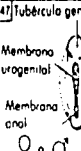
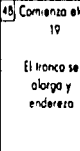

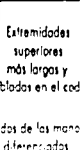
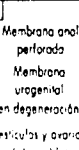

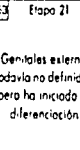
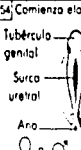
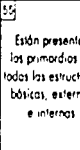



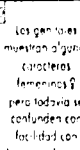
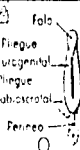
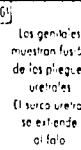
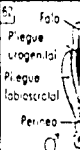

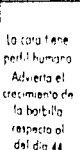


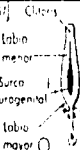
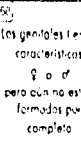
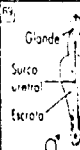

1 a 6 semanas



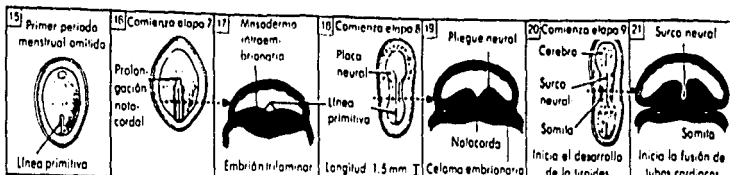
ANEXO I

CUADRO CRONOLÓGICO DEL DESARROLLO PRENATAL HUMANO
7 a 38 semanas

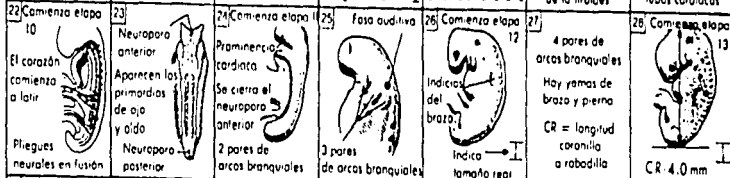
EDAD

7	<p>43</p>  <p>CR: 160 mm</p>	<p>44</p> <p>Comienza la etapa 18</p>  <p>Inicia formación de párpados</p>	<p>45</p> <p>La punta de la nariz está diferenciada</p>  <p>Aparecen los rayos digitales en los pies</p> <p>CR: 170 mm</p>	<p>46</p>  <p>Pérdida de vellosidades</p> <p>Se forma el corion liso</p>	<p>47</p> <p>Tubérculo genital</p>  <p>Membrana urogenital</p> <p>Membrana anoi</p> <p>♀ o ♂</p>	<p>48</p> <p>Comienza etapa 19</p>  <p>El tronco se alarga y endereza</p>	<p>49</p>  <p>CR: 18 mm</p>
8	<p>50</p> <p>Extremidades superiores más largas y dobladas en el codo</p>  <p>Codos de las manos diferenciados</p>	<p>51</p> <p>Membrana anal perforada</p> <p>Membrana urogenital en degeneración</p>  <p>Testículos y ovarios distinguibles</p>	<p>52</p> <p>Comienza etapa 21</p> 	<p>53</p> <p>Etapa 21</p>  <p>Genitales externos todavía no definidos, pero ha iniciado su diferenciación</p>	<p>54</p> <p>Comienza etapa 22</p>  <p>Tubérculo genital</p> <p>Surco uretral</p> <p>Ano</p> <p>♀ o ♂</p>	<p>55</p> <p>Están presentes los primordios de todas las estructuras bósicas, externas e internas</p> 	<p>56</p> <p>Etapa 22</p>  <p>CR: 30 mm</p>
9	<p>57</p> <p>Inicia el periodo fetal</p> 	<p>58</p> 	<p>59</p> <p>Los genitales muestran algunos caracteres femeninos ♀ pero todavía se confunden con los masculinos d</p> 	<p>60</p> <p>Falo</p>  <p>Plegue urogenital</p> <p>Plegue labioescrotal</p> <p>Perineo</p> <p>♀</p>	<p>61</p> <p>Los genitales muestran los rasgos de los pliegues uretrales</p> <p>(El surco uretral se extiende al falo)</p> 	<p>62</p> <p>Falo</p>  <p>Plegue urogenital</p> <p>Plegue labioescrotal</p> <p>Perineo</p> <p>♂</p>	<p>63</p>  <p>CR: 50 mm</p>
10	<p>64</p> <p>La cara tiene perfil humano</p> <p>Advierte el crecimiento en la barbilla respecto al del día 44</p> 	<p>65</p> 	<p>66</p>  <p>La cara tiene aspecto humano</p>	<p>67</p> <p>Clitoris</p>  <p>Labio menor</p> <p>Surco urogenital</p> <p>Labio mayor</p> <p>♀</p>	<p>68</p> <p>Los genitales tienen características ♀ o ♂ pero aún no están formados por completo</p> 	<p>69</p>  <p>Glándula</p> <p>Surco uretral</p> <p>Escrota</p> <p>♂</p>	<p>70</p>  <p>CR: 61 mm</p>

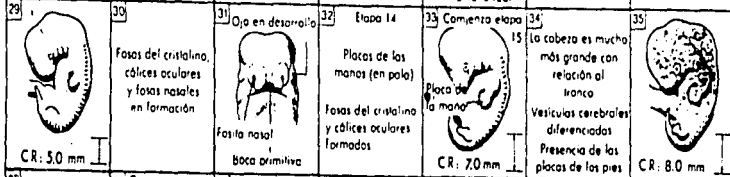
3



4



5



6

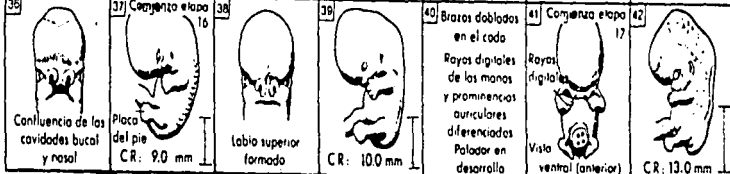


Fig. 1-1. Al principio se ilustran el desarrollo de un folículo ovárico con un oocito, la ovulación y las fases del ciclo menstrual. El desarrollo humano comienza con la fecundación, unos 14 días después de iniciada la última menstruación. También se ilustran aquí el rompimiento del cigoto en el tubo uterino, la implantación del blastocisto y el desarrollo inicial del embrión. Para un tratamiento completo del desarrollo embrionario véase el capítulo 5. Los estudiantes no deben intentar memorizar estas tablas o los periodos de las etapas (p. ej., que la etapa 3 comienza en el día 4 y la etapa 3 en el día 7).

3


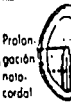

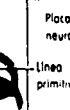


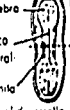
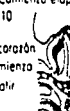
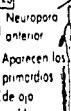
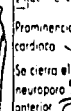


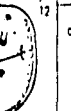
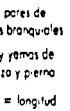

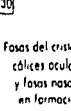
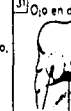
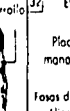
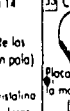
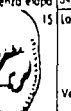
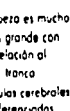


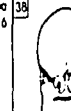

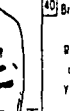
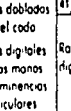

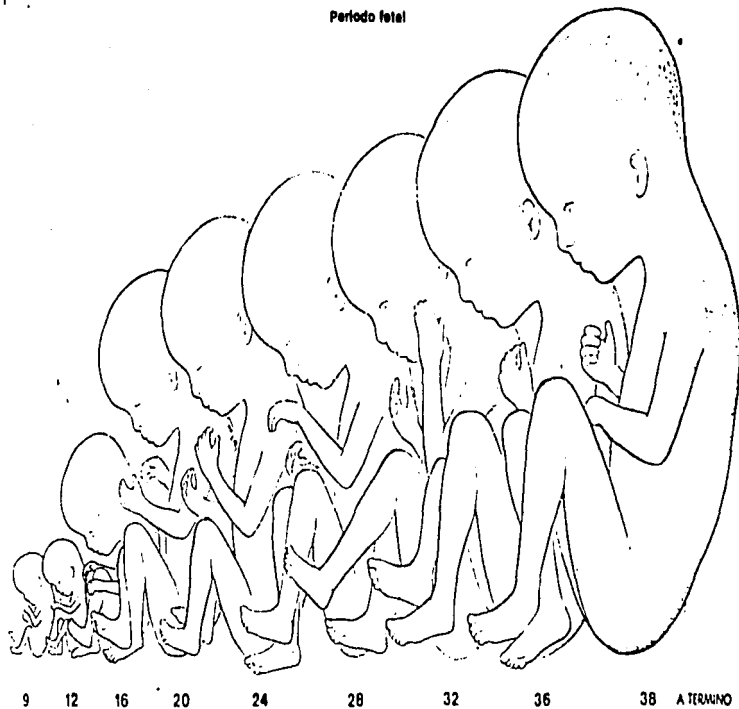
15] Primer periodo menstrual omitida	16] Comienza etapa 7	17] Misodermio invag. branquiano	18] Comienza etapa 8	19] Pliegue neural	20] Comienza etapa 9	21] Surco neural
						
Linea primitiva	Prolongación notocordal	Embrión bilaminar	Placa neural Linea primitiva Longitud 1.5 mm	Notocorda Celoma embrionario	Surco neural Somita Inicia el desarrollo de la tráquea	Somita Inicia la fusión de tubos cardíacos
22] Comienza etapa 10	23] Neurapara anterior	24] Comienza etapa 11	25] Fosa auditiva	26] Comienza etapa 12	27] 4 pares de arcos branquiales	28] Comienza etapa 13
						
El corazón comienza a latir Pliegues neurales en fusión	Aparecen las prominencias de ojo y oído Neurapara posterior	Prominencia cardíaca Se cierra el neurapara anterior 2 pares de arcos branquiales	3 pares de arcos branquiales	Indica del brazo Indica tamaño real	4 pares de arcos branquiales Hay yemas de brazo y pierna CR = longitud caramita a rodadilla	Hay yemas de brazo y pierna CR = 4.0 mm
29]	30]	31] Ojo en desarrollo	32] Etapa 14	33] Comienza etapa 15	34] La cabeza es mucho más grande con relación al tronco	35]
						
CR: 5.0 mm	Fosas del cristalino, cólices oculares y fosas nasales en formación	Fosa nasal Boca primitiva	Placas de las manos (en polo) Fosas del cristalino y cólices oculares formados	Placa de la mano CR: 7.0 mm	Vesículas cerebrales diferenciadas Presencia de las placas de los pies CR: 8.0 mm	CR: 8.0 mm
36]	37] Comienza etapa 16	38]	39]	40] Brazos doblados en el codo	41] Comienza etapa 17	42]
						
Confluencia de las cavidades bucal y nasal CR: 9.0 mm	Placa del pie CR: 9.0 mm	Labio superior formado	CR: 10.0 mm	Bayas digitales de las manos y prominencias auriculares Paladar en desarrollo	Bayas digitales Vista ventral (anterior)	CR: 13.0 mm

Fig. 1-1. Al principio se ilustran el desarrollo de un folículo ovárico con un oocito, la ovulación y las fases del ciclo menstrual. El desarrollo humano comienza con la fecundación, unos 14 días después de iniciada la última menstruación. También se ilustran aquí el rompimiento del cigoto en el tubo uterino, la implantación del blastocisto y el desarrollo inicial del embrión. Para un tratamiento completo del desarrollo embrionario véase el capítulo 5. Los estudiantes no deben intentar memorizar estas tablas o los períodos de las etapas (p. ej., que la etapa 3 comienza en el día 4 y la etapa 5 en el día 7).

Periodo fetal



ANEXO 4

Fig. 1-2. El período embrionario termina al final de la octava semana; en este momento ha dado comienzo la formación de todas las estructuras esenciales. El período fetal, que va de la novena semana hasta el nacimiento, se caracteriza por crecimiento y formación de las estructuras. A la semana 12 ya puede distinguirse el sexo. El feto alcanza su viabilidad a las 22 semanas, aun cuando sus cambios de supervivencia no son buenos sino hasta varias semanas después. Los sucedidos fetos de 9 a 18 semanas tienen aproximadamente la mitad del tamaño real. Para información adicional, véase el capítulo 6.



Pulmón



Corazón



Cerebro



Riñón

- Bronconeumonía
- Edema agudo de pulmón
- Broncoaspiración
- Sistema circulatorio
- Coagulación intravascular
- Consumo excesivo de plaquetas (plaquetopenia)

- Hipertensión arterial (140/90 o más)
- Insuficiencia ventricular izquierda
- Isquemia
- Hemorragia subdocrdica
- Infarto del miocardio
- Paro cardíaco

- Hemorragia focal o generalizada
- Esfínteres
- Acútenos
- Amaurosis
- Escotomas
- Ambliopía
- Celalra
- Convulsiones
- Coma

- Insuficiencia renal aguda
- Albuminuria
- Oliguria
- Anuria
- Hematuria
- Necrosis tubular o cortical bilateral
- Aumento de catecolaminas
- Hipertensión
- Disminución de la filtración glomerular
- Disminución de la reabsorción tubular
- Aumento de la retención nitrogenada

Toxemia gravídica



Hígado



Feto



Placenta



Miembros

- Hemorragia centrolobulillar
- Edema y distensión de la cápsula de Glisson (dolor) en barra de Chauvoir
- Ruptura hepática
- Insuficiencia hepática

- Sufimiento fetal crónico
- Sufimiento fetal agudo
- Muerte fetal intrauterina
- Retardo en crecimiento fetal
- Hipoglicemia fetal
- Hipertalutinemia fetal
- Síndrome de insuficiencia respiratoria en recién nacido
- Muerte neonatal de transición

- Infartos
- Necrosis
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinsera

- Extravasación de líquido
- Edema

Figura 75. Principales complicaciones derivadas del vasospasmo arterial en toxemia gravídica.

PERIN Falmeskan

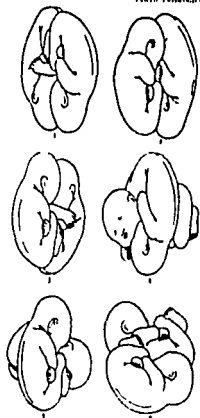


Fig. 7 - Evolución temporal de los gemelos en el útero. Según material autopsiado. 1) Embrión monozygótico, en estado de desarrollo. 2) Embriones monozygóticos, en estado de desarrollo. 3) Embriones monozygóticos, en estado de desarrollo. 4) Embriones monozygóticos, en estado de desarrollo. 5) Embriones monozygóticos, en estado de desarrollo. 6) Embriones monozygóticos, en estado de desarrollo.

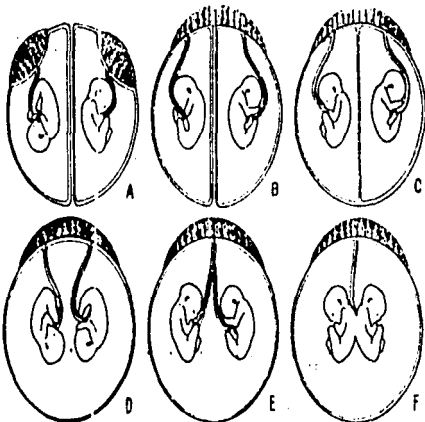


Fig. 8 - A) Gemelos dicigóticos, descendencia con placentas separadas. B) Gemelos dicigóticos, descendencia con placenta común. C) Gemelos dicigóticos, descendencia con placenta común y membranas comunes. D) Gemelos dicigóticos, descendencia con placenta común y membranas comunes. E) Gemelos dicigóticos, descendencia con placenta común y membranas comunes. F) Gemelos dicigóticos, descendencia con placenta común y membranas comunes.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____ **EDAD:** _____
DOMICILIO: _____ **EDO. CIVIL:** _____
COMUNIDAD: _____
PESO: _____ **KG.** **TALLA:** _____ **CM.**

INSTRUCCIONES: Marca con una "X" la respuesta correcta y contesta lo que se te pide.

A) ASPECTOS BIOLÓGICOS.-

1.- Paridad:

Nulipara () 1 - 2 () 3 - 4 () 5 - 6 ()
7 - + ()

2.- Periodo intergenésico mas reciente:

- 1 año () 1 año () 2 años () 3 años ()
+ 3 años ()

3.- Edad de inicio de vida sexual activa :

- 14 años () 15 - 20 años () 21 - 25 años ()
26 - 30 años () 31 - 35 años () 36 - + ()

4.- Edad en que tuvo su primer embarazo :

- 14 años () 15 - 20 años () 21 - 25 años ()
26 - 30 años () 31 - 35 años () 36 - + ()

5.- Ha tenido abortos :

Ninguno () 1 - 2 () 3 - 4 () 5 - + ()

6.- Ha tenido cesáreas :

Si () No () Cuál fue el motivo : _____

7.- Principales complicaciones que ha tenido en su último embarazo :

Edema () Hipertensión () Sangrado vaginal ()
Orina poco o tiene molestias al orinar () Endurecimiento del vientre o
contracciones dolorosas en el vientre antes de la fecha de parto ()
Falta de movimiento o de latido fetal () Ruptura prematura de
membranas antes del trabajo de parto () Crecimiento uterino anormal,
aumentado o disminuido () Otros, especifique : _____

8.- Término de su embarazo :

- 37 semanas () 38 - 41 semanas () 42 - + ()

9.- Antecedentes de toxicómanas :

Fuma : Si () No ()

1 - 3 cigarrillos al día () 4 - 6 cigarrillos al día () 7 - + ()

Alcohol : Si () No ()

1 - 3 copas a la semana () 4 - 6 copas a la semana () 7 - + ()

B) ASPECTOS PSICOLÓGICOS.-

1.- Usted quería embarazarse :

Si () No () Por qué : _____

2.- Como se sintió durante su embarazo :

Tranquila () Angustiada () Ansiosa () Otros ()

Especifique : _____

3.- Cuantos hijos desea tener independientemente de lo que piense su pareja :

1 - 2 hijos () 3 - 4 hijos () 5 - 6 hijos ()

7 - 8 hijos () 9 - + ()

4.- Cuántos hijos tiene :

1 - 2 hijos () 3 - 4 hijos () 5 - 6 hijos ()

7 - 8 hijos () 9 - + ()

5.- Usted con quién vive :

Familia nuclear () Familia extensa ()

6.- Durante su embarazo con quién tuvo comunicación :

Esposo () Suegros () Padres () Amigas ()

No tuvo comunicación () Otros () Especifique : _____

7.- Como considera la comunicación entre usted y su familia :

_____ Por qué : _____

C) ASPECTOS SOCIALES.-

1.- Religión :

Católica () Evangelista () Otros () Especifique : _____

2.- Ocupación :

Hogar () Campesina () Comerciante () Otros ()

Especifique : _____

3.- Escolaridad :

Analfabeta () Primaria incompleta () Primaria completa ()

Secundaria () Otros () Especifique : _____

4.- Utiliza algún método anticonceptivo :

Si () Cual : _____

No () Por qué : _____

5.- Usted piensa que el principal papel de la mujer es tener hijos :

Si () No () Por qué : _____

6.- Quién decide el número de hijos :

Usted () Esposo () Suegros () Padres ()

Ambos () Otros () Especifique : _____

7.- Quién decide el espaciamiento de ellos :

Usted () Esposo () Suegros () Padres ()

Ambos () Otros () Especifique : _____

8.- Actitud o comportamiento de los padres hacia la mujer embarazada :

Expulsión de la familia () Rechazo () Brindan apoyo ()

Otros () Especifique : _____

9.- Opinión de las mujeres sobre la edad ideal para embarazarse :

10.- Por qué piensa que las mujeres de su comunidad se embarazan a temprana

edad : _____

Aplicó P.L.E.O _____

Fecha : _____

BIBLIOGRAFÍA

Anyan Walter R., Atención Médica de los adolescentes, Edit. Limusa, México, D.F., 407 p.

Bakwin Harry, Desarrollo psicológico del niño: normal y patológico, Editorial Interamericana, México, D.F. 1988,

Bethea, Doris C., Enfermería Materno Infantil, Editorial Interamericana, 3ª edición, México, D.F. 1992, p. 428.

Botella Llusia José, Patología Obstétrica, Editorial Científico Médica, 12ª edición, Barcelona, España 1981. 1013 p.

Caplan M. Ronald, Fundamentos de Obstetricia, Editorial Limusa S.A. de C.V., México, D.F. 1987.

Castelazo, Luis, Obstetricia, Ed. Francisco Méndez Oteo, 4ª ed., México, D.F. 1988, 444 p.

Danforth, David, Tratado de Ginecología y Obstetricia, Ed. Interamericana, 4ª ed, México, D.F., 1982, 1058 p.

Dennis, Lorraine Bradt, Psicología evolutiva, Edit. Interamericana, México D.F. 1985, p. 367.

Díaz Ernesto, Factores que predisponen a la prematuridad y bajo peso al nacimiento, Prevención de defectos al nacimiento.

Darlan, Diccionario Médico de Bolsillo, Ed. Interamericana, 23ª ed. México, D.F., 1991, 735 p.

ENEO-UNAM, Manual de Normas y Procedimientos en Obstetricia, 123 p.

Espinoza Gildardo, Guía para efectuar el interrogatorio a una embarazada.

Florencio Casavilla Pedro, Manual de Obstetricia, Editorial El Ateneo, México, D.F., 1987, 823 p.

González Juárez, Lilianna, Estudio de Comunidad, 63 p.

González Merlo, Obstetricia, Ed. Masson-Salvat, 4ª ed, México, D.F. 1992, 825 p.

Goitia Márquez Ana María, Salud reproductiva y Planificación Familiar, Secretaría de Salud, México, D.F., 208 p.

Gutiérrez Raigosa Addy, Embarazo no planeado.

Hib, José, Embriología médica, Editorial El Ateneo, 2ª edición, Buenos Aires Argentina, 317 p.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Ginecología y obstetricia, Ed. Francisco Méndez Oteo, 2ª edición, México, D.F., 1984, 1001 p.

McLennan E. Charles, Compendio de obstetricia, Edit. Centro Regional de Ayuda Técnica, 8ª ed, México, 1977, 544 p.

Mondragón Castro, Héctor. Obstetricia básica ilustrada, Editorial Trillas, 4ª ed, México, D.F. 1992, 978 p.

Moore L. Keith, Embriología Médica, Edit. Interamericana, 2ª edición, México, D.F. 411 p.

Novak R. Edmundo, Tratado de Ginecología, Ed. Interamericana, 7ª ed. México, D.F., 732 p.

Olds S.B. et. al, Enfermería Materno Infantil, Ed. Interamericana, 2ª edición, México, D.F. 1987, 1283 p.

Oropeza Perla, Aborto en América Latina: Una realidad inocultable.

Pernoll. Martín, et. al. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Ed. El Manual Moderno, 6ª edición, México, D.F. 1993, 1444 p.

Pritchard Jack, et. al., Williams Obstetricia, Ed. Salvat, 3ª edición, México, D.F. 1994, 900 p.

San Martín Ferrari Hernán, Salud y Enfermedad: ecología humana, epidemiología, Edit. Prensa Médica Mexicana, 4ª edición, México, D.F. 1981, 893 p.

Sanz Fina, Psicocrotismo femenino y masculino: para unas relaciones placenteras autónomas y justas, Edit. Kairos, Barcelona España, 269 p.

Schwarcz, Ricardo. Obstetricia, Edit. El Ateneo, 4ª edición, México D.F. 1992, 444 p.

Secretaría de Salud, Educación Sexual y Planificación Familiar en la Adolescencia, México, D.F., 157 p.

Secretaría de Salud; Educación Sexual y Planificación Familiar en la vida reproductiva, México, D.F., 177 p.

Stewart Taylor, Obstetricia de Beck, Ed. Interamericana, 10ª ed., México, D.F. 1979. 649 p.

T. Y. Shen Jerome, et. al. Medicina en la adolescencia. Editorial El Manual Moderno; México, D.F., 699 p.

UNAM-SUA, Antología de Obstetricia, México, D.F., 132 p.

Velasco Leticia, et. al., Manual de Bolsillo educativo para madres adolescentes pre-natal y prea-posnatal, México, D.F., 89 p.