

48

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

**El control prenatal en el Hospital General  
de la S.S.A. los Mochis, Sin.**

**TESIS GRUPAL QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
PRESENTAN:**

**BRENDA GIL TORRES  
MARTHA CECILIA OLIVAS VALENZUELA  
LYDIA GUADALUPE VALDEZ COTA**

*Handwritten signature*

**DIRECTOR ACADEMICO:  
LIC. FEDERICO SACRISTÁN RUÍZ**



Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social

**Los Mochis, Sin., Octubre 2002**

**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.

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por darme la oportunidad que me da vivir, lograr mis metas y propósitos.

### **A MIS PADRES**

Por el amor y comprensión y la fortaleza que me inyectan para seguir adelante, a quien quiero y amo, gracias.

### **A CECY – LUPITA**

Gracias por toda su ayuda a seguir adelante. Las quiere Brenda.

### **A MIS AMIGAS**

Gracias por tenerme esa paciencia y comprensión, gracias por su amistad.

**BRENDA GUADALUPE GIL TORRES**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A DIOS**

Por aún gozar la vida y salud, porque conserva el amor en mí y la dicha de ser porque me permite tener y realizar metas.

### **A MIS PADRES**

Por la dicha de ser su hija, por la paciencia que Dios les brindó para apoyarme a salir adelante con mis ideales por sobre todas las cosas gozar el amor y cariño incondicional que la familia me otorga.

### **A CECY Y BRENDA**

Por permitirme y aceptar mi asistencia y participación en nuestra tesis.

Con cariño

**LYDIA GUADALUPE VALDEZ COTA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI ESPOSO E HIJOS**

Dedico este trabajo de investigación a mis hijos María del Carmen, Martín Leobardo, Ana Cecilia, a mi esposo Martín, quienes con paciencia, cariño y mucho amor me apoyaron e impulsaron durante todo este tiempo.

### **A MIS PADRES**

Que gracias a Dios cuento con ellos, que siempre están ahí cuando los necesito.

### **A LUPITA Y BRENDA**

Les agradezco por la paciencia y el apoyo que me han brindado, y que me ayuda a salir adelante.

**¡Gracias!**

**MARTHA CECILIA OLIVAS VALENZUELA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A MI ESPOSO E HIJOS**

Dedico este trabajo de investigación a mis hijos María del Carmen, Martín Leobardo, Ana Cecilia, a mi esposo Martín, quienes con paciencia, cariño y mucho amor me apoyaron e impulsaron durante todo este tiempo.

### **A MIS PADRES**

Que gracias a Dios cuento con ellos, que siempre están ahí cuando los necesito.

### **A LUPITA Y BRENDA**

Les agradezco por la paciencia y el apoyo que me han brindado, y que me ayuda a salir adelante.

**¡Gracias!**

**MARTHA CECILIA OLIVAS VALENZUELA**

## AGRADECIMIENTO GENERAL

### A MA. DOLORES HAYASHI

Por el apoyo y comprensión incondicional que nos ha proporcionado para lograr nuestros objetivos continúen apoyando a inquietudes como la nuestra.

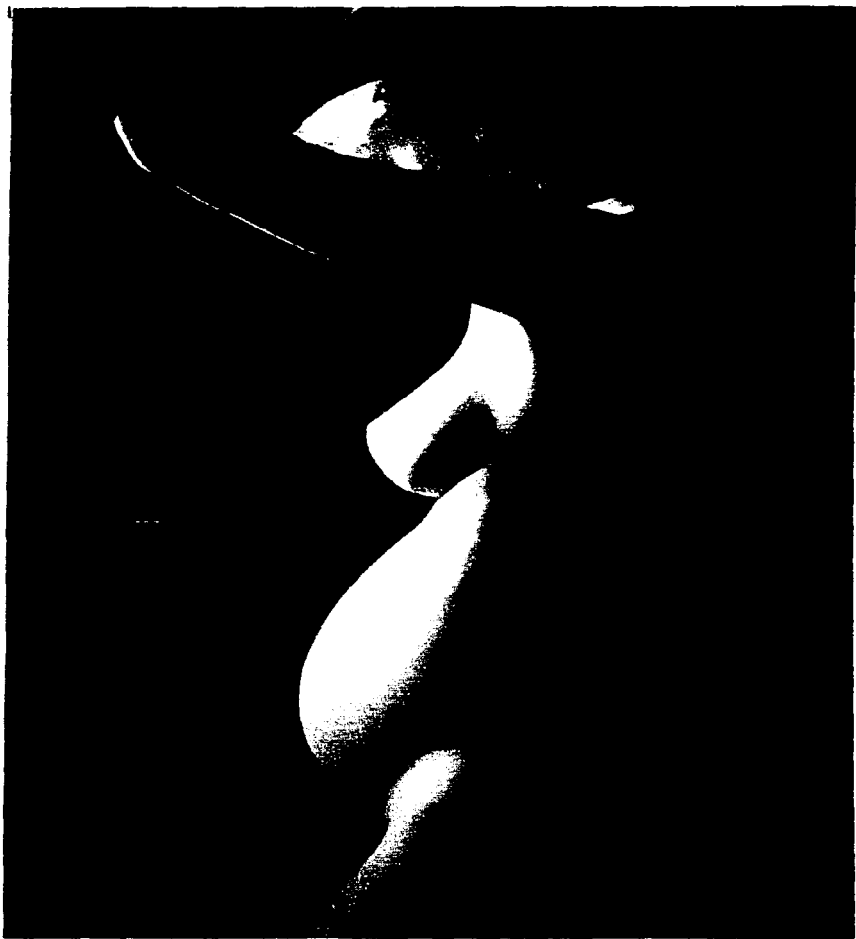
### A LIC. SACRISTÁN

Gracias por la comprensión y paciencia que nos brindó para seguir adelante con nuestro trabajo. Eternamente agradecidos. Gracias.

### A FLOR

Gracias por apoyarnos y ayudarnos en nuestro trabajo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso  
el contenido de mi trabajo receptor  
NOMBRE: Carla Guadalupe  
Valdez  
FECHA: 5/10/10  
FIRMA: [Firma]



CON  
FALSO X-GEN



## INDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>5</b>
<b>CAPITULO I</b>	
<b>METODOLOGÍA</b>	
1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2 OBJETIVO GENERAL	11
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.4 HIPÓTESIS	14
1.5 VARIABLES E INDICADORES	15
1.6 MÉTODO	16
1.7 TIPO DE ESTUDIO	17
1.8 CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.9 UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA	19
1.10 CRITERIO DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES	20
1.11 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS)	21
<b>CAPITULO II</b>	
<b>MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA PAREJA QUE ESPERA UN HIJO	23
2.2 PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CONTROL PRENATAL	25
2.3 IMPORTANCIA DEL CONTENIDO DEL CONTROL PRENATAL	26
2.4 PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA LA MUJER GESTANTE	34

2.5 OBJETIVOS PRINCIPALES DEL CONTROL PRENATAL	38
2.6 FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO PARA LA GESTACIÓN	47
2.7 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.	50
2.8 PRINCIPALES ANOMALÍAS CONGÉNITAS DE ÓRGANOS CON IMPORTANCIA DE LA GESTACIÓN.	52
2.9 PRINCIPALES ANORMALIDADES QUE PRESENTAN AL MOMENTO DEL PARTO EUTOCICO Y DISTOCICO.	54
2.10 COMPLICACIONES DE MAYOR TRASCENDENCIA EN EL PARTO Y PUERPERIO.	57
2.11 PRINCIPALES AFECCIONES DE ALTO RIESGO PARA EL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN DURANTE EL EMBARAZO.	60
2.12 TRAUMATISMO DOSTÉTRICOS MÁS COMUNES QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO.	62
2.13 PRINCIPALES PATOLOGÍAS CONCOMITANTE DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO.	66
2.14 SUGERENCIAS PARA VENCER LA BARRERA ECONÓMICA.	67
2.15 DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN.	68
<b>CAPITULO III</b>	
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.	70
3.2 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS EN CUADROS Y GRÁFICAS.	71
3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	104
3.4 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.	107
3.5 CONCLUSIONES.	108

<b>3.6 SUGERENCIAS.</b>	<b>111</b>
<b>3.7 BIBLIOGRAFÍA.</b>	<b>112</b>
<b>3.8 CRONOGRAMA.</b>	<b>115</b>
<b>3.9 ANEXOS.</b>	<b>116</b>

## INTRODUCCIÓN

En el Hospital General de los Mochis existe bajo índice de asistencia al control prenatal completo pero sin embargo las mujeres asisten a recibir atención médica y de enfermería en el parto.

En este Hospital aun en el año 2002 existe morbilidad y mortalidad materno-infantil que puede ser atribuible al ausentismo de los usuarios al control prenatal.

La implementación del programa de salud reproductiva y planificación familiar 1995-2000, se articuló con el proceso de descentralización de los servicios de salud, el paquete básico de servicios de salud y con el nuevo modelo de atención a la salud para la población abierta, con lo que se garantiza el derecho a la información oportuna y a servicios con calidad a un mayor número de mexicanos y mexicanas.

Durante el periodo preconcepcional, las acciones son de tipo informativo y de orientación a través de sesiones educativas, materiales gráficos y audiovisuales de promoción y comunicación interpersonal, que permitan a la población en edad fértil, la toma de decisiones reproductivas, para favorecer que el embarazo sea planeado y que ocurra en las mejores condiciones de salud de tal manera que la maternidad se convierta en un hecho gozoso, saludable y sin riesgos.

A pesar de los beneficios que otorga un buen control prenatal existen factores relacionados con lo económico que invitan al ausentismo de dicha

importancia, algunas usuarias atendidas de parto o cesárea son conocidas de primera intención, todo esto conlleva a situaciones que favorecen a la morbi-mortalidad antes mencionada.

La atención a la salud perinatal, incluyendo orientación pregestacional, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, así como la detección y atención de riesgos que pueden complicar la gestación y el puerperio, constituyen un elemento básico del programa de salud reproductiva; tiene como misión garantizar una maternidad saludable y sin riesgo a todas las mujeres mexicanas, y contribuir a la disminución de la mortalidad materna y prenatal. Las acciones de comunicación educativa y social, así como de prestación de servicios en los diferentes niveles de atención, se realizan de acuerdo con los principios y lineamientos técnicos contenidos en la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido

Los compromisos del gobierno mexicano mediante la Norma Oficial Mexicana se verán favorecidos cuando se logre hacer conciencia sobre la importancia de los valores humanos ante los padecimientos que se pueden prevenir.

La disminución de gastos excesivos de artículos innecesarios que realmente carecen de importancia ante el inicio de la vida de un ser que no solicitó venir al mundo.

Bajo las circunstancias necesarias se pretende en este proyecto reforzar la calidad de vida de futuras generaciones desarrollando estrategias óptimas para mejorar la atención a la usuaria del Hospital General de Los Mochis.

Por ser mujer cabe mencionar que tiene importancia por el factor económico relacionado que la mujer es la administradora del hogar y que es la que lleva la responsabilidad sobre la morbi-mortalidad.

Cabe mencionar que el control prenatal por si mismo, no es remedio a todos los niveles de la salud materno-infantil, sin embargo en el presente trabajo se intentará dar a conocer si contribuye como factor condicionante al ausentismo de las usuarias al control prenatal y proponer finalmente alternativas de solución.

# **CAPITULO I**

## **METODOLOGÍA**

## 1.1 PLANTEAMIENTO Y DELIMITACION DEL PROBLEMA

La atención a la salud de la mujer en el área de salud perinatal tiene como objetivo fundamental proporcionar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres mediante la concientización de ella y de toda su familia sobre la importancia de la atención prenatal durante las primeras semanas del embarazo.

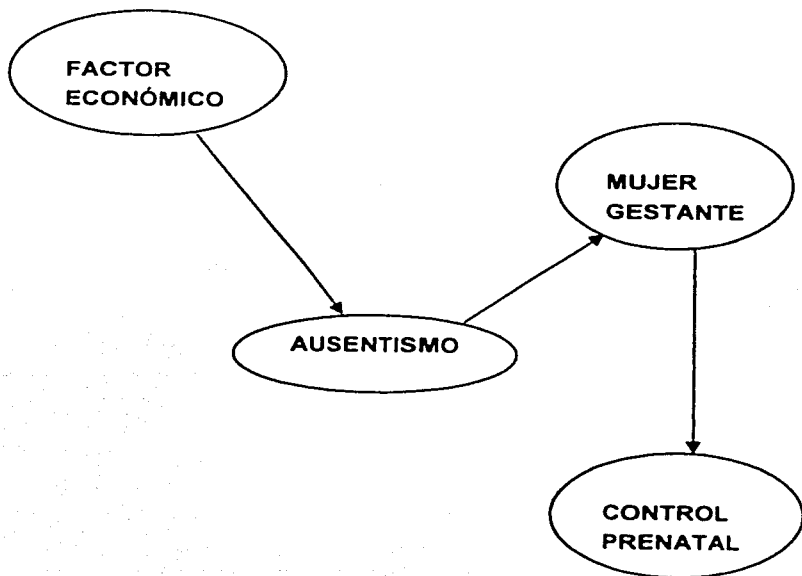
En los últimos años es que se han desarrollado grandes adelantos en el estudio de la unidad funcional fetoplacentario y en el diagnóstico y tratamiento de padecimientos propios del embarazo como son la isoinmunización materno-infantil y la toxemia o de padecimientos con comitantes como diabetes, hipertensión, nefropatías etc. La atención prenatal ofrece un binomio materno-fetal en buenas condiciones, en los casos en que hace algunos años se veía morir a la madre o hijo irremediablemente.

Como el procedimiento clínico y paraclínico, así como a la educación mediante el cual se busca evitar al mayor grado posible a la afección de la madre y del producto por cualquier proceso fisiopatológico.

Durante los últimos decenios la genética humana ha tenido impactantes procesos que han repercutido positivamente en el ejercicio de la medicina y los campos en que este impacto ha sido mayor se encuentran en primer término la obstetricia y ginecología.



¿El factor económico predispone para el ausentismo de la mujer gestante en el control prenatal completo en el Hospital General de Los Mochis?



## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar si el factor económico es motivo de ausentismo de la mujer gestante al control prenatal completo en el Hospital General de los Mochis.

### 1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Durante las prácticas de la licenciatura de obstetricia en el Hospital General de los Mochis encontramos un bajo Índice de asistencia al control prenatal por parte de las usuarias.

Considerando lo importante que conlleva el conocimiento del mismo nos resulta de utilidad identificar la aceptación de la mujer gestante ante el control prenatal completo.

Retomando lo anterior creemos que al comprobar que la falta de información de las mujeres sobre la importancia del control prenatal impartida por parte del personal de salud, y proponer las alternativas de solución que motiven la asistencia por parte de las mismas.

Todo esto mediante el apoyo de enfermería, trabajo social, personal becario de enfermería y médicos internos y personal de salud de la comunidad para lograr una vida sana del binomio madre-hijo.

**Binomio Madre-Hijo:** existe un beneficio mutuo, valorando las diferentes patologías que se presentan al momento del parto considerando un mejor ambiente con el alojamiento conjunto.

**Médico-Enfermera:** Conociendo el obstetra el control prenatal de dicha paciente, valorando el riesgo obstétrico indicará y comentará al equipo preparar el ambiente tóco quirúrgico para recibir al binomio favorablemente.

**Hospital General de los Mochis:** Ingresaran mujeres gestantes con un riesgo menor de complicaciones puerperal y con esto beneficia al recién nacido con manifestaciones normales.

**Sociedad:** El destino de ayuda para educación de niños especiales se otorgarán para otros beneficios, las damas voluntarias otorgarán su apoyo económico intrahospitalario para otro tipo de pacientes que su atención es una urgencia.

**El Estado de Sinaloa:** Considerando el elevado Índice de morbilidad y mortalidad que existe por los ingresos de mujeres gestantes que al no tener la importancia plena de su realización se disminuirá el índice elevado de morbi-mortalidad.

**México:** Las sociedades de ayuda utilizarán esos recursos para lo que se pueda prevenir.

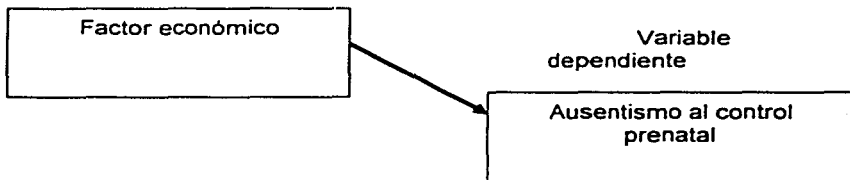
## **1.4 HIPÓTESIS**

**El factor económico es causante de ausencia en el control prenatal de la mujer gestante en el Hospital General de Los Mochis.**

## 1.5 VARIABLES E INDICADORES

### 1.5.1 Modelo de relación causal de las variables

Variable independiente



### 1.5.2 Variable independiente:

Factores económicos

Indicadores: empleo, escolaridad, lugar de residencia, ingreso familiar, estado civil.

### 1.5.3 Variables dependientes: ausentismo al control prenatal.

Indicadores: por el trabajo, falta de importancia, educación para la salud.

## **1.6 MÉTODO**

**Revisión bibliográfica:** se revisaron varios libros de diferentes autores relacionados con el tema de investigación.

**Marco teórico:** se realizó con la recolección de datos de importancia en libros de diferentes autores.

**Entrevista:** se realiza por medio de la interacción directa con el paciente.

**Cuestionario:** Se formularon preguntas cerradas.

**Recolección de datos:** se realiza por medio del cuestionario, se concentran los datos por medio de la tabulación.

**Tabulación:** se realizó por medio de paloteo los resultados de las encuestas.

**Análisis de resultados:** se analiza cada uno de los cuadros dependiendo de la pregunta y los resultados.

**Resultados:** se interpretan con gráficas y cuadros los resultados de la investigación.

**Conclusiones:** es la comparación de los resultados de la investigación con el planteamiento del problema, si estamos en lo cierto o erróneos.

## 1.7 TIPO DE ESTUDIO

### EL TIPO DE ESTUDIO = DESCRIPTIVO

La estructura de la investigación es descriptiva de acuerdo a Sampsteri 1998, porque presentan las características naturales de las variables tales como existen en la actualidad, esto es como la variable, el factor económico provoca el ausentismo al control prenatal de las mujeres en la edad gestacional.



## 1.8 CAMPO DE INVESTIGACIÓN

CAMPO DE INVESTIGACIÓN = Se refieren en dónde, en qué tiempo y a quién se realizó la investigación. Se llevó a cabo con el total de usuarias ingresen en puerperio al servicio de ginecología en el Hospital General de Los Mochis en la cuarta semana de Agosto así como la primera, segunda y tercera semana de Septiembre del año 2002.

## 1.9 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

**POBLACIÓN Y MUESTRA:** Para la recolección y muestra se siguió la declaración de ARY 1990, se tomó que el determinar una muestra del 5% estadísticamente es significativa si el 100% corresponde a la media de una trayectoria de 5 años, el total de usuarios atendidos entre 1997 al 2001 fueron 18465, la media 3697 al año y el 5% de esta población corresponde a 184 pacientes como muestra.

## **1.10 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE PARTICIPANTES**

**INCLUSIÓN:** Toda mujer puépera que se llega al servicio de ginecología en la última semana de Agosto y todo el mes de Septiembre del 2002 en el Hospital General de los Mochis.

**EXCLUSIÓN:** Toda mujer puepera que se llega al servicio ginecologica antes de la última semana de Agosto y después del mes de septiembre del 2002 en el H.G.M.

## 1.11 RECURSOS HUMANOS

- 3 Pasantes de servicio social de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia.

Gil Torres Brenda Guadalupe

Olivas Valenzuela Martha Cecilia

Valdez Cota Lydia Guadalupe

Asesor de UNAM-ENEO

Sacristán Ruiz Federico

### RECURSOS MATERIALES

300 Hojas blancas

10 Lápices

10 Bolígrafos

200 Copias

1 Computadora con impresora

2 Tinta para computadora

### RECURSOS FINANCIEROS

Hojas blancas \$25.00

Lápices \$20.00

Bolígrafos \$30.00

Copias \$100.00

Renta computadora con impresora \$200.00

Tinta para impresora \$600.00

**CAPITULO II**  
**MARCO TEORICO**

## **2.1 CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA LA PAREJA QUE ESPERAN UN HIJO**

En el ser humano la conducta sexual es extraordinariamente variada, en especial si se compara con la de los animales. En éstos, la sexualidad está regida estrictamente por pautas biológicas y su único objetivo es procurar la continuidad de la especie. Así es como cada especie animal, regida por los caracteres genéticos, desarrolla una tendencia y unos comportamientos particulares, a los que están sometidos todos los individuos <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Biblioteca familiar "Sexualidad y Planificación Familiar" 1era. Edición España pp18

Al parecer muchas parejas que esperan un hijo carecen de conocimiento sobre la actividad sexual durante el embarazo y el puerperio inmediato y están deseosas de tratar el asunto.

El personal de enfermería debe recordar que cada pareja es única, y que son muchos los factores que afectan a las relaciones sexuales durante el embarazo.

Por tanto entre las parejas variarán ampliamente los sentimientos y los deseos sexuales, la frecuencia del coito y el grado de placer sexual.

El crecimiento uterino durante los últimos meses de la gestación comporta un desplazamiento de los órganos abdominales que puede dar lugar a trastornos de la digestión y pirosis por dilatación del cardias y paso del jugo gástrico al estómago. No es raro que estas molestias inhiban el interés sexual de la embarazada.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Enciclopedia de enfermería Editorial Centrum volumen 4 pp. 595

## **2.2 PARTICIPACIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CONTROL PRENATAL**

La enfermería es la profesión de salud cuyos objetivos parecen ajustarse mejor a las necesidades particulares de las embarazadas. Por tanto ahora más que nunca el personal de enfermería debe prepararse para adoptar la responsabilidad de instruir, informar y brindar asistencia a las gestantes y a sus familiares.

Teniendo como objetivos en la asistencia prenatal:

- Lograr que el embarazo culmine con el nacimiento de un producto sano sin que se altere la salud de la madre.
- Hacerlo posible para que la experiencia de la familia tenga un desarrollo positivo.

### **IMPORTANCIA DE LA PARTICIPACIÓN ANTE EL CONTROL PRENATAL**

Las consultas prenatal suelen ser extensas, ya que pueden durar entre una y dos horas.

Es necesario orientar a la paciente sobre el sitio en que se encuentra. Darle la bienvenida y ofrecerle una breve descripción del lugar, horarios y una breve explicación sobre lo que ocurre en el control prenatal.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Enciclopedia de la enfermería, Editorial Océano volumen 4 España PP 691



## **2.3 IMPORTANCIA DEL CONTENIDO DEL CONTROL PRENATAL**

El embarazo es un proceso fisiológico, que comprende desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y anexos, y que requiere de atención y vigilancia para evitar riesgos y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre y/o el recién nacido. La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas intercurrentes en el embarazo y el periodo puerperal.

Para que la atención prenatal sea exitosa debe reunir las siguientes:

- Oportuno.- Debe iniciarse antes de la semana 12 de la gestación incluso desde la sospecha de embarazo para la identificación temprana de factor de riesgo
  
- Periódica.- En los embarazos de bajo riesgo, en donde no existan condiciones patológicas intercurrentes, se deben demandar/recibir un mínimo de cinco consultas. La primera en el primer trimestre y la segunda y tercera en el segundo trimestre y una consulta mensual en el tercer trimestre

Cuando se trata de embarazos de riesgo, el número de consultas se ajustaran de acuerdo a los factores de riesgos detectados, y a la presencia de complicaciones individualizando la atención en cada caso.

La norma oficial establece que toda mujer que curse con embarazo de riesgo debe de otorgar cinco consultas como mínimo y que para la atención prenatal se debe de disponer de instrumentos que permitan identificar los riesgos obstétricos y perinatales, en las unidades de la Secretaría de Salud los instrumentos utilizados durante la atención prenatal son la historia clínica perinatal y el carnet perinatal.<sup>4</sup>

La historia clínica perinatal base es un instrumento que permite documentar la evolución de la gestación y los acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el periodo neonatal temprano, este instrumento es esencial para definir o clasificar el nivel de riesgos obstétrico. El carnet perinatal es el instrumento empleado para la referencia y contrarreferencia en los diferentes niveles de atención, que debe de proporcionarse a la mujer embarazada desde la primera consulta.

En ambos documentos de apoyo se deben registrar los datos generales de embarazada así como la información relacionada con la atención prenatal, la atención obstétrica y la del recién nacido, es conveniente emplear las gráficas, contenidas en el carnet, para registrar la altura del fondo uterino, el incremento de peso corporal de la mujer de acuerdo con la edad gestacional. La aparición de complicaciones y de factores de riesgo en cada caso particular deberá señalarse tanto en el expediente clínico como en el carnet perinatal los cuales deberán ser marcados (SELLO) como EMBARAZO DE RIESGO en las unidades de atención de la Secretaría de

---

<sup>4</sup> NOM para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del r/n  
Artículo 4°- de la Constitución Política de los E.U.M y en la Ley General de Salud PP 20

Salud y notificar a la jurisdicción sanitaria para el seguimiento cuando se refiera a la usuaria a otro nivel de atención.<sup>5</sup>

La vigilancia prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con el objeto de detectar factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto ó repercutir en un pronóstico desfavorable en el recién nacido con objeto de brindar un tratamiento oportuno.

Las mujeres que están en posibilidad de tener un embarazo requieren un estudio preconcepcional y asesoría médica. La ayuda preconcepcional puede identificar a las mujeres que pueden tener un embarazo de alto riesgo (diferentes enfermedades).<sup>6</sup>

Los factores de riesgo durante el desarrollo intrauterino son mayores que los que se presentan durante el parto y los primeros días de vida del recién nacido. De ahí la importancia de un control prenatal. En la mayor parte de los casos, el diagnóstico de embarazo lo realiza la propia paciente y consulta al gineco-obstetra para tener la certeza del diagnóstico.

La unidad de salud debe de promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario

---

<sup>5</sup> NOM para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del r/n. Artículo 4º. de la Constitución Política de los E U M y en la Ley General de Salud PP 21

<sup>6</sup> Hector Mondragón Castro. Obstetrcia Básica Ilustrada PP. 29

**Primera consulta:** En el transcurso de las primeras doce semanas

**Segunda consulta:** En el transcurso de las 22 – 24 semanas

**Tercera consulta:** En el transcurso de las 27 – 29 semanas

**Cuarta consulta:** En el transcurso de las 33 – 35 semanas

**Quinta consulta:** En el transcurso de las 38 – 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales, con el objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de la semana 42.<sup>7</sup>

### **Historia clínica**

Localización de la paciente y/o familiar responsable y conocimiento del estado socioeconómico y cultural de la familia. Existe mayor frecuencia de distocia en pacientes muy jóvenes o de edad avanzada y mayor índice de malformaciones congénitas en pacientes mayores de 40 años así mismo en relación con la edad pueden existir patologías diversas asociadas.

Relación del Embarazo con riesgos profesionales como radiaciones, contaminación y por sustancias químicas etc

**Antecedentes hereditarios y familiares:** Enfermedades estas pueden influir como caracteres hereditarios recesivos en futuros embarazos en caso de que existan, para tomar las precauciones en el neonato

---

<sup>7</sup> Hector Mondragón Castro Obstetricia Básica Ilustrada P P (29,30)

**Antecedentes personales no patológicos:** Si la ingesta es excesiva en carbohidratos condiciona obesidad y si hay carencia de elementos indispensable sobre viene anemia o desnutrición.

Tabaquismo, alcoholismo y toxicomania tienen relación directa con producto de bajo peso y con estado general de la madre y del feto in útero.

Relaciones con infecciones y parasitosis (toxoplasmosis) por hacinamiento y falta de aseo personal.

**Antecedentes personales patológicos:**

Conocer si existe o no inmunidad pasiva por afecciones previas.

Conocer oportunamente la patología que puede alterar la evolución normal del embarazo.<sup>8</sup>

**Antecedentes Quirúrgicos:** Para prevenir el riesgo de ruptura uterina espontánea o durante el trabajo de parto, para evitar posible distocia vaginal, por la existencia de adherencias intra-abdominales, algunas favorecen a un embarazo ectópico.

- Antecedentes alérgicos.
- Para evitar proporcionar alérgicos
- Antecedentes Gineco-obstétricos

---

<sup>8</sup> Héctor Mondragón Castro. - Obstetría Básica Ilustrada P.P. 31

Son antecedentes muy importantes, para contar con una relación de los eventos obstétricos previos que influyen directa o indirectamente en el criterio de manejo del embarazo actual.

### **Padecimiento actual**

Fecha de última menstruación nos permite sospechar la edad actual del embarazo y la fecha probable del parto, primer día de la fecha de la última menstruación, más siete días, menos tres meses, más un año. Duración del embarazo: 280 días o 40 semanas o 9 meses.

- Interrogatorio por aparato y sistemas

Permite sospechar el diagnóstico de embarazo y detectar complicaciones del mismo en forma oportuna, permite conocer algún síntoma asociado de importancia.

- Exploración física general.

Llegar a formular el diagnóstico oportuno de los padecimientos que complican el embarazo, para tratarlos de inmediatos.

- Inspección Abdominal

Establecer sospechas acerca de la naturaleza y las complicaciones quirúrgicas anteriores. Confirmar la vitalidad del producto. Establecer la existencia de trabajo de parto.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada P.P. ( 31, 32 )

### **Maniobras de Leopold:**

- identificar le fondo uterino
- Identificar el dorso fetal y la situación
- Localización del polo superior (presentación)
- Peloteo cefálico (grado de descenso y encajamiento)

### **Medición del Fondo Uterino.**

Se correlaciona este dato con la fecha de amenorrea en caso de ser menor el tamaño uterino se sospecha error de la paciente, oligohidramnios, muerte fetal in útero e insuficiencia placentaria. Si es mayor la presencia de embarazos múltiples, macrosomías fetales, miomatosis o polihidramnios.

- Palpación del útero y su contenido

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

- Auscultación
- Corroborar frecuencia fetal
- Tacto Vaginal

Se realiza según el caso en particular para el diagnóstico de embarazo, ruptura de membranas, valoración pélvica o vigilancia de la evolución del trabajo de parto

### **Exámenes de Laboratorio**

En la practica de la obstetricia actual el médico puede auxiliarse del laboratorio clínico y de otros métodos de gabinete para hacer el diagnostico.

- **Biometría Hemática**<sup>10</sup>

Diagnosticar anemia por cifras bajas de hemoglobina hematocrito, volumen globular medio. Investigar desviaciones importantes en la cuenta de leucocitos en casos de probable infección.

- Examen general de orina.
- Descartar patología aparente de vías urinarias.
- Reacciones serolúteicas.
- Certificar la ausencia de lúes.
- Grupo sanguíneo y factor Rh

Descartar incompatibilidad a ese sistema, mediante el conocimiento del factor Rh de la madre. El conocer el sistema ABO es importante en caso de una hemorragia materna o incompatibilidad sanguínea en el neonato.

- **Química Sanguínea.**

En casos específicos, descartar alguna patología como diabetes o problemas renales.<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetncia Básica Ilustrada P.P. ( 33, 34)

<sup>11</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetncia Básica Ilustrada P.P. 34



## **2.4 PRINCIPALES RECOMENDACIONES PARA LA MUJER GESTANTE**

A través de la consulta durante la atención prenatal, el médico debe orientar a su paciente de los cuidados específicos, que esta debe tener.

### **Medidas higiénicas.**

Tomar baño diario en regadera con agua tibia. El baño en tina esta contraindicado, al igual que la ducha vaginal.

Limpia diariamente las piezas dentarias, debe acudir al dentista para tratamiento en caso de caries.

Cuidar el aspecto personal, vestir con prenda suelta y cómoda de acuerdo a la moda. No usar ligas, cinturones, fajas, etc.: que constriñen o dificulten la circulación sanguínea y la digestión.

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

### **Ejercicio**

Es recomendable practicar ejercicio moderado y metódico durante el embarazo, ya que mejora la circulación y favorece la circulación. Caminar al aire libre es sumamente recomendable. Se deben evitar ejercicios que ocasionen fatiga, pues predisponen a la hipoxia fetal. En la práctica del método psicoprofiláctico, se realizan ejercicio específico para la respiración y músculos abdominales y perineales.

### **Descanso.**

Se recomienda dormir un mínimo de 8 hrs. diarias durante el embarazo. El reposo vespertino con los miembros inferiores elevados, es muy útil.<sup>12</sup>

### **Viajes.**

Se pueden realizar viajes durante la gestación, sin peligro de aborto y prematuridad; sin embargo, es conveniente limitar los viajes.

### **Ingestión de Bebidas alcohólicas.**

Aunque el alcohol atraviesa la barrera placentaria, cuando se ingiere en forma ocasional y en cantidades moderadas no produce alteraciones en la madre o en el feto. Las mujeres alcohólicas crónicas pueden tener productos subdesarrollados, de bajo peso al nacer; este hecho se manifiesta tanto durante el embarazo, como el desarrollo uterino del niño, tanto somático como mental.

### **Tabaquismo.**

Se ha encontrado que existe relación directa entre el bajo peso de los productos y el tabaquismo, cuando la embarazada fuma más de 20 cigarrillos diarios. Se informa de madres fumadoras pesan 200gms menos que de las madres no fumadoras.

### **Medicación**

Desde el punto de vista teórico, todos los medicamentos cruzan la placenta y pueden ejercer efectos nocivos en el embrión o feto.

---

<sup>12</sup> Héctor Mondragon Castro. - Obstetricia Básica Ilustrada P.P. 117

### **Inmunizaciones.**

Durante el embarazo esta contraindicada la aplicación de productos biológicos elaborados con virus atenuados por que pueden afectar al producto.

### **Relaciones sexuales**

Cuando el embarazo evoluciona normalmente el coito puede realizarse hasta la trigésima sexta semana a partir de esta fecha debe suspenderse por peligro de estimular la actividad uterina por efectos mecánico, o bien, por acción de las prostaglandinas de liquido seminal. En las pacientes que cursen con amenaza de aborto, es recomendable prescribir los primeros meses.<sup>13</sup>

### **Hábitos intestinales**

El desplazamiento y la compresión extrínseca del intestino por el crecimiento progresiva del útero y las modificaciones en el peristaltismo consecutivas a la relajación de la musculatura lisa, puedan modificar los hábitos intestinales, se recomienda la ingestión de líquidos y laxantes, así como el ejercicio moderado a fin de contrarrestar el estreñimiento.

### **Tratamiento dental**

Se recomienda efectuar una revisión completa de la dentadura durante el embarazo.

---

<sup>13</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada P.P. 119

## **Alimentación**

Una dieta balanceada con cantidad y calidad constituye un factor indispensable para la evolución normal del embarazo.

La dieta de la embarazada debe tener características especiales ya que requieren satisfacer:

- a) Necesidades del metabolismo normal materno
- b) Necesidad derivada de la actividad materna
- c) Necesidad para el crecimiento del feto.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada P.P. 119

## 2.5 OBJETIVOS PRINCIPALES DEL CONTROL PRENATAL

**Identificar factores de riesgo:** Es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a la morbi- mortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención diagnóstico y tratamiento de las patologías.

**Diagnóstico de edad gestacional:** Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada y porque la relación volumen uterino, edad gestacional es adecuada, siempre que el examen se efectúe antes del quinto mes. Es necesario enfatizar que el diagnóstico de la edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos

prematureros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.<sup>15</sup>

### **Diagnóstico de las Condiciones Fetales:**

Elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- a) **Latidos cardiacos fetales:** Son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 SDG). Con equipo portátil de ultrasonido pueden ser identificados desde las (10SDG). Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia fetal se considera como normal en el rango de 120 – 160 latidos por minuto, valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.
  
- b) **Movimientos fetales -** la percepción de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

---

<sup>15</sup> Altavista [http:// esc med.puccp /paginas/departamentos/obstetricia/alto nesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto_nesgo/control-prenatal.html).

- c) **Tamaño uterino.**- desde las 12 SDG el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio e índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas. La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma se obtiene indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal.<sup>16</sup>
- d) **Estimación clínica del peso fetal.**- probablemente sea uno de los contenidos que tienen mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo de tercer trimestre es de 10%
- e) **Estimación clínica del volumen del líquido amniótico.**- las alteraciones cuantitativas de volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligohidramnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuida, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con USG. El oligohidramnios se asocia

---

<sup>16</sup> **Atavista** [http:// esc.med.puccp/p /paginas/departamentos/obstetricia/alto riesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto_riesgo/control-prenatal.html).

a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidramnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmada con un examen USG. Se asocia a patologías como a embarazo gemelar, diabetes mellitas, hidrops fetalis y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

**Diagnóstico de la condición materna:** se inicia con la anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilaran antecedentes obstétricos previos. Especialmente antecedentes de recién nacido de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc

Es importante obtener la información del nivel de educación materna, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad <sup>17</sup>

**Educación materna** -Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal ó en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia de

---

<sup>17</sup> Altavista [http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/aito\\_nesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/aito_nesgo/control-prenatal.html).



control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada el nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. Debe conocer los siguientes puntos:

- a) Signos y síntomas de alarma.- La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y por lo tanto, concurrir oportunamente al servicio obstétrico donde atenderá su parto. De allí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital, hemático, tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblástica de la gestación, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento de placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membranas, leucorrea, incontinencia urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas de gestación y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de

desencadenamiento del parto es entre las 39 y las 41 semanas de la gestación. <sup>18</sup>

Debe estar informada que los movimientos fetales, serán reconocidos por ella alrededor del 5to. Mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretermino.

Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo con fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

- b) Nutrición materna.- simultanea y especialmente a las primigestas se señalaran aspectos básicos de cuidados neonatales (lactancia, higiene, control del niño sano, vacunas, etc. ).
- c) Derechos legales.- El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aún cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no lo solicite:

---

<sup>18</sup> Altavista [http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto riesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto_riesgo/control-prenatal.html).

- Certificado de leche.- Toda embarazada en control prenatal tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes, según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico profesional.
  - Certificado de asignación familiar.- toda embarazada con contrato laboral o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.<sup>19</sup>
  - Licencia de descanso prenatal.- Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso laboral, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad, debe ser otorgado 6 semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas de gestación), y puede ser otorgado por profesional médico ó matrona
- d) Orientación sexual.- Los contenidos de este objetivo debe ser dado a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no esta contraindicada. Esta contraindicada en presencia de factores de riesgo.

---

<sup>19</sup> Altavista [http:// esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/aito nesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/aito_nesgo/control-prenatal.html).

- e) **Planificación familiar.-** Se debe introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.
- f) **Preparación para el parto.-** la atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuales deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, y los periodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo y tipo de parto.
- g) **Exámenes de laboratorio.-** Estos se solicitan en embarazada de bajo riesgo: grupo sanguíneo, urocultivo, VDRL, HIV, hematocrito.

**Periodicidad del control prenatal.-** La frecuencia del control prenatal esta determinada por los factores de riesgo detectados en esta gestación, será necesario tantos controles como la patología detectada lo requiera. En embarazo sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.<sup>20</sup>

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada 4 semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. El tercer trimestre (desde las 28 semanas). Los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada 7 días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El

---

<sup>20</sup> Altavista [http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto\\_riesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp/paginas/departamentos/obstetricia/alto_riesgo/control-prenatal.html).

motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo en crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc.).<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Altavista [http://esc.med.puccp./paginas/departamentos/obstetricia/alto riesgo/control-prenatal.html](http://esc.med.puccp./paginas/departamentos/obstetricia/alto_riesgo/control-prenatal.html).

## 2.6 FACTORES CONDICIONANTES DE RIESGO PARA LA GESTACIÓN

El 35% del total de abortos se debe a causa locales y generales de origen materno.

- **Causas locales:** Hipoplásia uterina, útero arquato, útero tabicado, sinequia uterina, miomas uterinos, insuficiencia cervical, pólipos endometriales, otros.
- **Causas generales:** Traumatismos diversos, hipertemia sostenida, desnutrición avitaminosis, deficiencia del cuerpo lúteo.
- **Causas paternas:** únicamente el 2% de los abortos se debe a causas atribuibles a los padres como son: alteraciones en su fórmula cromosómica y a la existencia de genes letales que no modifican el cariotipo.

### **Causas fetales:**

**Incompatibilidad sanguínea materno-fetal al sistema ABO** Esta enfermedad resulta de la acción que ejerce sobre el feto la presencia de anticuerpo anti-A, anti-B circulante en la sangre materna. Generalmente el

grupo sanguíneo de la madre es O y el del feto es A ó B; Sin embargo, en raras ocasiones puede existir incompatibilidad:<sup>22</sup>

Madre	Hijo
A	B-----AB
B	A-----AB

El 20% de todos los embarazos son compatibles para los antígenos del sistema ABO, pero únicamente el 10% de los casos de incompatibilidad del grupo sanguíneo entre madre y feto provocan un cuadro hemolítico grave. La actividad anti-A ó anti-B de los sueros del grupo O se encuentra localizada en la fracción 7S (IgG) de la gamma-globulina que cruza la placenta tiene la capacidad de causar hemólisis; este cuadro, sin embargo, es menos grave que el que produce la incompatibilidad del factor Rh.

**Embarazo múltiple:** Se entiende por embarazo múltiple al hecho de que en el interior de la cavidad uterina se desarrollan dos ó más fetos.

Frecuencia: Por fortuna es un acontecimiento raro ya que se presenta un embarazo gemelar por cada 200 embarazos, aproximadamente, y un embarazo de quintuples por cada 40 millones de embarazos.

En el embarazo gemelar el 30% de los casos son de gemelos univitelinos ó embarazos monocigotos, cuyo producto se produce de un solo óvulo y por lo tanto son idénticos. El 70% en cambio corresponde a gemelos vivitelinos o dicigóticos que son el resultado de la fecundación de 2 óvulos y cuyos productos difieren en sus características

---

<sup>22</sup> Héctor Mondragón Castro - Obstetricia Básica Ilustrada P.P. 313

La causa del embarazo gemelar no se precisa, en su mecanismo de producción ejercen gran influencia las leyes que rigen la herencia.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada P.P. 313



## **2.7 PRINCIPALES COMPLICACIONES DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO**

**Aborto.-** Es la expulsión del producto de la concepción antes de que ocurra la viabilidad ( 20 semanas ó 499 grs. de peso).

**Mola Hidatiforme.-** Cociste en la degeneración hística, hidrópica y avascular de las vellosidades coriónicas, con diferentes grados de anaplastia ó displasia.

**Coriocarcinoma.-** sin duda la complicación más temible del embarazo molar, por su alto grado de malignidad, es el coriocarcinoma. Es un tumor maligno compuesto por elementos trofoblásticos con gran capacidad de invadir tejidos próximos y producir metástasis a distancia.

**Embarazo ectópico -** Este padecimiento consiste en la implantación del huevo fuera de la cavidad uterina: embarazo extrauterino

**Hiperémesis gravídica -** El vómito es un síntoma frecuente en el embarazo, a menudo aparece durante el primer trimestre y no requiere tratamiento específico y desaparece espontáneamente. En algunos casos este síntoma se exagera y se prolonga, lo cual provoca el cuadro de hiperémesis gravídica que puede ser de tal magnitud que llegue a ser un vómito constante que ponga en peligro la vida de la paciente

**Desprendimiento prematuro de placenta normoincorta.-** Puede ser parcial donde se desprende uno a varios cotiledones placentarios, y total cuando se desprende el total de los mismos.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada P.P. (243, 249, 257.)

## **2.8 PRINCIPALES ANOMALÍAS CONGENITAS DE ÓRGANOS CON IMPORTANCIA DE LA GESTACIÓN.**

### **MALFORMACIONES DEL ÚTERO**

**Útero doble:** Cuando en ningún punto de los conductos de Müller ocurre la fusión se origina el útero doble; esta malformación puede ser descubierta durante la realización de una cesárea, ya que no produce molestia alguna en la paciente.

**Útero arquato:** Es el defecto de la fusión de los conductos de Müller, solamente ocurre en la parte superior; no obstante, también puede presentarse el embarazo en una mujer con este tipo de útero; sin embargo, generalmente ocurre el aborto cuando se implanta en uno de los cuerno, ya que estos no tienen la capacidad suficiente para soportar un embarazo de término. El cuadro clínico puede ser parecido al que provoca el embarazo ectópico.

**Útero tabicado:** En estos defectos de fusión en la fase embrionaria fue mínimo al quedar adosados los dos conductos de Müller originan un tabique uterino, resulta difícil de diagnosticar, ya que el contorno y el volumen del útero parecerán normales al realizar la exploración.

### **MALFORMACIONES DE VAGINA**

**Tabique vaginal transversal** es un anillo generalmente perforado que encuentra en la unión del tercio interno con el tercio medio de la vagina. Generalmente no causa molestias a la paciente; en ocasiones únicamente dispareunia

El tratamiento es muy sencillo, pues basta con seccionar el tabique en forma de cruz y aplicar hemostasia necesaria.

**Tabique vaginal longitudinal:** Pueden existir tabiques fibrosos longitudinales en toda la vagina ó parte de ella; la mayoría de las veces cursan asintomático ya que no molestan durante las relaciones sexuales pues se adosan a la pared vaginal.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Héctor Mondragón Castro - Obstetricia Básica Ilustrada P.P. (346, 347, 348, 350)

## 2.9 PRINCIPALES ANORMALIDADES QUE SE PRESENTAN AL MOMENTO DEL PARTO EUTOCIO Y DISTOCICO

### ANORMALIDADES PLACENTARIAS

**Placenta circunvalada:** También llamada extracorial, las membranas ovulares se separan antes de llegar al borde placentario dejando un anillo en la superficie fetal de la placenta, así es desprovisto de recubrimiento.

**Placenta doble:** esta alteración se caracteriza por que la placenta se encuentra dividida en dos grandes lóbulos que tienen circulación común; estos casos son muy raros y no repercuten en la madre ni en el feto.

**Placenta suc-centiruata:** en este tipo de placenta uno o varios cotiledones de la placenta se encuentran separados del resto de la placenta y se mantienen comunicadas por un solo vaso.

La importancia de este tipo de placentas consiste en que fácilmente queda retenida la parte accesorial, lo cual puede pasar inadvertido y producir hemorragia o infecciones.

**Placenta fenestrada:** Es cuando en la placenta existe un hueco en el centro que durante el alumbramiento puede confundir al obstetra y pasar inadvertida la retención de un cotiledón.

**Placenta en raqueta:** El cordón umbilical se inserta en uno de los bordes placentarios en vez de ocupar el centro, semejando una raqueta. Es un simple hallazgo anatómico sin trascendencia clínica.

**Placenta velamentosa:** también se llama inserción velamentosa del cordón, ya que este no se inserta directamente en la placenta sino que se bifurca antes de la inserción quedando cubierto únicamente por las membranas que le dan el aspecto velamentoso.<sup>26</sup>

### **ANORMALIDADES DEL CORDÓN UMBILICAL**

**Anormalidades en la extensión.** El cordón tiene una longitud normal de 30 cm., pero en ocasiones es excesivamente corto o exageradamente largo

**Nudos del cordón umbilical:** Puede ser de dos tipos, falsos y verdaderos. Los nudos falsos son protuberancias de tejido conectivo y en ocasiones varices de los vasos umbilicales que ocasionan salientes parecidas a nudos. Los nudos verdaderos son ocasionados por los movimientos del producto dentro del útero. Por lo general no repercuten clínicamente ya que la gelatina de Wharton evita la compresión de los vasos umbilicales, pero en ocasiones, los nudos pueden apretarse de tal forma que ocasionan sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto in útero.

**Circulares del cordón umbilical** Son resultantes de los movimientos intrauterinos del producto. Generalmente cursan asintomáticas durante el embarazo y pueden producir alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal durante el descenso del producto y, en caso de circulares múltiples o brevedad del cordón ocasionan una hipoxia fetal severa y sostenida que condiciona la muerte intrauterina. Los circulares del cordón umbilical son más frecuentes en polihidramnios, cordón exageradamente largo, situaciones transversales del producto, presentación pélvica

---

<sup>26</sup> Héctor Mondragón Castro - Obstetricia Básica Ilustrada P P (382-385)

**Procidencia ó procúbito de cordón:** cuando el cordón umbilical se protuye entre la presentación y la parte inferior de las membranas.

**Prolapso de cordón:** Cuando existe rotura de membranas y el cordón sale por el canal cervical.

**Polihidramnios:** Es el cuadro que se caracteriza por el aumento de la cantidad del líquido amniótico (más de 2000 ml. Al término del embarazo).<sup>27</sup>

**Oligohidramnios:** se designa como oligohidramnios a la disminución acentuada de la cantidad de líquido amniótico. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo; cuanto mas precoz es la aparición mas grave resulta el padecimiento. Puede condicionar adherencias entre la piel del feto y amnios, que producen deformaciones o abortos.

**Ruptura prematura de membranas** En condiciones normales la ruptura de las membranas ovulares ocurren durante la fase de dilatación cervical en el trabajo de parto pero en ocasiones se rompe prematuramente durante el embarazo antes de que se inicie el trabajo de parto.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetrcia Básica Ilustrada Op Cit. P.P. (386, 387, 388)

<sup>28</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetrcia Básica Ilustrada Op Cit. P P 390

## 2.10 COMPLICACIONES DE MAYOR TRASCENDENCIA EN EL PARTO Y PUERPERIO

**Ruptura uterina:** Esta complicación ocurre en embarazos tempranos, se designa como perforación uterina y si se presenta en embarazos cercanos al término constituye la ruptura propiamente dicha.

La ruptura uterina es una complicación grave del embarazo, que condiciona sufrimiento fetal agudo y/o muerte del producto; además pone en peligro la integridad física de la paciente y a veces puede ocasionarle la muerte.

**Atonía uterina:** se da el nombre de atonía uterina al cuadro caracterizado por falta de contractilidad adecuada de las fibras miométricas después del parto, que impiden se realicen una hemostasia fisiológica

**Retención de placenta:** Se define como retención de placenta la permanencia de toda la placenta después del parto o parte de la misma. Las cuales son total y parcial.

**Acretismo placentario.** Se da el nombre de acretismo placentario a la adherencia anormal total o parcial de la placenta ocasionada por la penetración de las vellosidades conales al miometrio al existir un defecto de la decidua.



**Inversión uterina:** Es la complicación obstétrica que consiste en que el fondo uterino se invierte y queda en contacto con el cuello uterino, o bien, el órgano invertido en su totalidad sale a través del cérvix y vagina.<sup>29</sup>

**Trastornos de la coagulación sanguínea en obstetricia:** Se puede considerar a la coagulación sanguínea como un sistema muy complejo que mantiene un equilibrio entre la formación y destrucción de fibrina en los vasos sanguíneos y se manifiesta en la incoagulabilidad de la sangre circulante y en la adecuada reparación de las lesiones vasculares.

**Estado de choque en obstetricia:** Podemos definir estado de choque como la deficiencia circulatoria que impide la llegada de oxígeno y materiales nutritivos en cantidades suficientes a los tejidos del cuerpo. El estado de choque lo podemos clasificar en:

**Choque hipovolémico:** cuando ocurra una disminución del volumen sanguíneo circulante de pérdida de sangre.

**Choque séptico:** cuando hay paso de endobacterias o bacterias al torrente circulatorio.

**Choque anafiláctico:** como consecuencia de una reacción antígeno anticuerpo, por la administración de un medicamento o una sustancia antigénica.

---

<sup>29</sup> Héctor Mondragón Castro.- Obstetricia Básica Ilustrada Op. Cit. P.P. 490

**Infección puerperal:** Se conoce como sepsis puerperal, consisten en la presencia de fiebre de 38 grados en dos o mas registros sucesivos de temperatura después de las primeras 24 horas y durante los diez primeros días de postparto o bien la presencia de secreción fétida por vía vaginal o por la herida quirúrgica.<sup>30</sup>

## 2.11 PRINCIPALES INFECCIONES DE ALTO RIESGO PARA EL PRODUCTO DE LA CONCEPCIÓN DURANTE EL EMBARAZO

Normalmente el feto es protegido por la madre contra la mayoría de las infecciones pero existen algunos microorganismos que afectan directamente al feto por transmisión materna placentaria, ocasionándoles alteraciones de importancia.

Estas infecciones se conocen comúnmente como TORCHES aunque en la actualidad se ha investigado que también hay otros agente que afectan al feto.

A continuación se describen las patologías que componen al complejo TORCHES:

1. **Sífilis.** Esta infección lo ocasiona el *treponema pallidum*, transmitido de madre sífilítica al neonato. Pueden nacer aparentemente sano pero después de las primeras semanas presente manifestaciones clínicas tales como fiebre, ataque al estado general, desnutrición, irritabilidad, hepatoesplenomegalia, ictericia, hidrocefalia, rinitis y sordera.
2. **Toxoplasmosis** Es causada por el *toxoplasma gondii* que se puede adquirir por ingerir carnes crudas o alimentos contaminados por heces de gato. Alteraciones al neonato, son al nivel del sistema nervioso central, que pueden provocar

retraso mental, ceguera, sordera, convulsiones e hidrocefalia. Es responsable de abortos, partos prematuros y/o muerte fetal.

3. **Citomegalovirus.** Ocasiona defectos congénitos en el neonato, como microcefalia, retraso del crecimiento intrauterino, hepatitis, plaquetopenia, crisis convulsivas, ceguera, neumonías, malformaciones cardiacas, onfalocoele y predispone a partos prematuros o productos de bajo peso al nacer.<sup>31</sup>
  
4. **Herpes simple.** Otra infección que puede ser adquirida por el producto en su vida intrauterina, puede provocar abortos, muerte fetal, malformaciones congénitas entre otras.
  
5. **SIDA.** Produce alteraciones progresivas del funcionamiento inmunitario. Los hijos de madre con HIV deben estudiarse al nacer y tenerse bajo observación, con el objeto de detectar manifestaciones de la enfermedad. Síntomas percibidos entre 1 y 3 meses son: alteraciones de peso, fiebre, crecimiento de ganglios linfáticos, diarrea, infecciones por hongos (micosis oral y en algunos casos sistémicos como candidiasis orofaríngea), hepatomegalia, esplenomegalia, neumonía, y la complicación específica es la encefalopatía.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup> Mendoza, Gaona y Rivas - Enfermería Pediátrica Editorial el manual moderno O.P. Cta. P.P. 62

<sup>32</sup> Mendoza, Gaona y Rivas - Enfermería Pediátrica Editorial el manual moderno O.P. Cta. P.P. 62

## 2.12 TRAUMATISMO OBSTÉTRICOS MÁS COMUNES QUE AFECTAN AL RECIÉN NACIDO

Este tipo de padecimientos es posible que deje secuelas permanentes, muchas de las cuales son incapacitantes como ocurre con las lesiones neurológicas que afecta el sistema psicomotor, o puede alterar la esfera intelectual ó conductual. Lo más común:

**Traumatismos craneoencefálicos:** la presentación cefálica es la más frecuente, por lo tanto, es la más expuesta a traumatismos, aunque el cráneo del recién nacido anatómica y fisiológicamente esta preparado para el proceso de parto, pero hay ciertas variables que intervienen en el proceso y dificultan el mismo (estrechez pélvica, macrocefalia, macrosomía), se consideran los siguientes:

- a) **Caput succedaneum:** infiltración de líquido seroso y hemático en tejido laxo y cuero cabelludo, se reduce en forma espontánea en pocos días.
- b) **Cefalohematoma:** acumulación de sangre entre el periostio y el cráneo del recién nacido, aparece entre el segundo y tercer día y suele desaparecer después de 2 semanas o 2 meses
- c) **Fracturas de cráneo** se producen cuando existe algún obstáculo mecánico o fisiológico o por una inadecuada aplicación de fórceps. Puede haber edema, equimosis ó escoriaciones dérmicas se puede apreciar céfalo hematomas, hundimiento ó crepitaciones óseas
- d) **Hundimiento de cráneo.** estos son las más raras pero revisten mayor importancia ya que la porción del hueso deprimida

puede lesionar la corteza cerebral. Hay encajamiento de la cabeza en las salientes óseas de la pelvis materna en trabajo de parto prolongado o por aplicación inadecuada de fórceps, tratamiento quirúrgico y el pronóstico se considera grave.<sup>33</sup>

- e) Hemorragia intracraneala: Producida por hipoxia o traumatismos, esta hemorragia se observa con más frecuencia en neonatos que salieron por parto difícil o prolongado al igual en niños prematuros, debido a la presión excesiva sobre la cabeza fetal. Hay disminución de los reflejos (succión, Moro y búsqueda), irritabilidad, llanto agudo, palidez, respiraciones roncantes, crisis convulsivas, fontanelas tensas ó abombadas y vómito (signos de cráneo hipertensivo).
  
- f) Parálisis facial: Obedece a presión sobre el par craneal VII, y ocurre como resultado de un parto difícil ó por la presión de los fórceps sobre el nervio durante la extracción del niño; esta puede ser de dos tipos:
  - Parálisis completa. Esta presenta los siguientes signos, pérdida de surcos y pliegues de la cara, ceja más baja que la opuesta, hendidura palpebral abierta o semi abierta, ausencia de parpadeo, comisura bucal desviada hacia el lado del nervio afectado.

---

<sup>33</sup> Mendoza, Gaona y Rivas - Enfermería Pediátrica Editorial el manual moderno O.P. Cít. P.P. (65, 66)

- Parálisis incompleta: presenta los mismos que el anterior, con la diferencia de que el parpadeo no sufre alteración alguna.
- g) Heridas y contusiones: Son producidas por el instrumental usado por el Gineco-obstetra como el bisturí y las cucharas de los fórceps.

**Fractura de los huesos largos:** los traumatismos del sistema músculo esquelético más frecuentes son:

- a) Fractura de clavícula: Este se fractura con mayor frecuencia, predomina en recién nacidos con un peso superior a 3500grs. Es consecuencia de partos difíciles con distocia de hombros.
- b) Fractura de húmero: Después de la clavícula es el que más se fractura pues se produce en la expulsión de brazos y hombros.
- c) Fracturas del fémur: esta ocurre durante la atención del parto en presentación pélvica, por versión interna y en casos raros por traumatismos directos contra la madre.<sup>34</sup>

#### **Lesiones nerviosas:**

- a) Parálisis del plexo braquial: se debe a fuerzas que alteran la posición y relación normal del brazo, hombro y cuello.
- b) Parálisis del nervio frénico: se asocia frecuentemente con parálisis del plexo braquial, la cual obedece a un parto difícil en presentación pélvica. El nervio frénico que inerva al diafragma.

---

<sup>34</sup> Mendoza, Gaona y Rivas - Enfermería Pediátrica Edición el manual moderno O.P. C.A. P.P. (65, 67, 68)

**Lesiones viscerales:** Otro órgano que se lesiona muy frecuentemente es el hígado por la compresión ejercida sobre este órgano al atender el parto, en productos macrosómicos y en recién nacidos portadores de hepatomegalia. Cabe mencionar que también son relativamente frecuentes las lesiones en otros órganos intra-abdominales como el bazo y glándulas suprarrenales.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Mendoza, Gaona y Rivas.- Enfermería Pediátrica Editorial el manual moderno O.P. Cít. P.P. ( 69 y 70 )



## 2.13 PRINCIPALES PATOLÓGICAS CONCOMITANTES DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO

### PREECLAMPSIA Y ECLAMPSIA

Es un padecimiento que se presenta en la mujer embarazada y que complica el embarazo, parto y puerperio inmediato. Caracterizada por presentar hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos convulsiones y coma. Se clasifica:

- a) **Primaria.**- Es la que aparece en una mujer embarazada que se considera sana antes del embarazo y en el cuadro clínico solo puede atribuirse a la gestación.
- b) **Segunda.**- Se presenta en una mujer embarazada que con anterioridad del embarazo tiene principalmente datos de enfermedad vascular hipertensiva, de neuropatía o de diabetes mellitus.<sup>36</sup>

---

<sup>36</sup> Obstetricia I y II D.R. División Universidad Abierta. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. México, D.F. 2001.

## **2.14 SUGERENCIAS PARA VENCER LA BARRERA ECONÓMICA.**

El costo de los servicios institucionales de salud se puede convertir en una limitante para el acceso a la población a los mismos. Lamentablemente, cada vez resulta más difícil para los países en vías de desarrollo mantener la prestación de servicios gratuitos. En su mayoría los pacientes pagan por la consulta, los medicamentos o los análisis de laboratorio, muchas veces en forma no oficial.

Cada país debe establecer políticas de acuerdo a su realidad de salud y recursos, con el fin de que el problema económico no sea una barrera para acceso de la población a los servicios de salud reproductiva; por lo tanto, no existe una "receta" única para resolver este problema. Sin embargo, es conveniente que se propongan alternativas de solución para enfrentar este problema y no postergar el debate al respecto, cualquier política que se establezca debe garantizar que los indigentes tengan acceso a los servicios de salud.

## **2. 15 DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LA EDUCACIÓN.**

Para que la población tenga acceso real a los servicios de salud, debe estar adecuadamente informada acerca de los servicios de salud reproductiva que se ofertan, la importancia de los mismos y donde se encuentran éstos ubicados.

La importancia de la información, educación y comunicación social para desarrollo de la salud reproductiva fue descrita en la sección V.4.

Mientras mayor sea el acceso de una población a la información y a la educación, también será mayor su acceso a los servicios de salud (cuadro No. 28).

## CAPITULO III

### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS**

A medida que las pacientes ingresan al servicio de ginecología ya en el puerperio inmediato se procede a aplicar el cuestionario de manera personal considerando que en su totalidad la participante se le daba una explicación del propósito de la encuesta.

No se detectan paciente alteradas emocionalmente durante la recolección de los datos.

## **3.2. PRESENTACIÓN DE CUADROS Y GRÁFICAS**

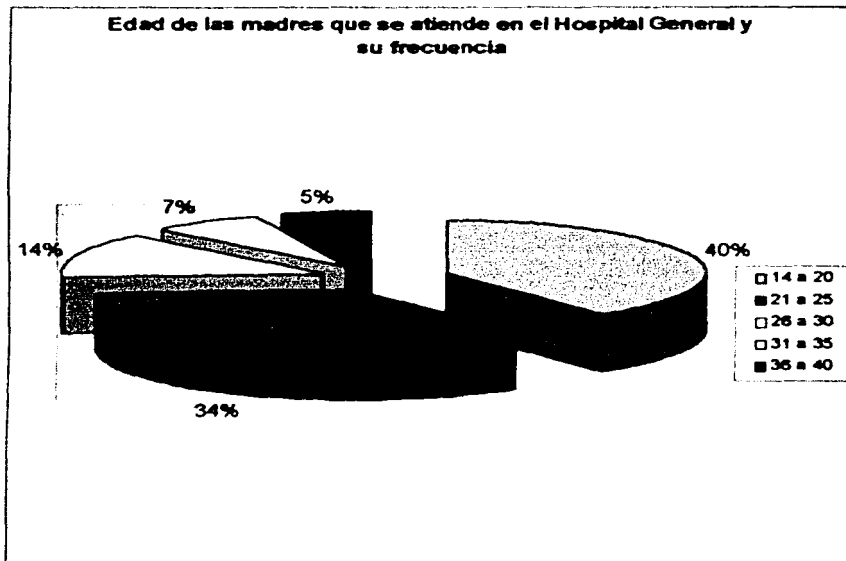
**CUADRO No. 1**

Grupos de edad de las madres que se atienden en el Hospital General

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14 A 20	73	39.70%
21 A 25	63	34.20%
26 A 30	25	13.60%
31 A 35	13	7%
36 A 40	10	5.40%
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Servicio de ginecología Hospital General de Mochis

**GRAFICA No. 1**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No 1



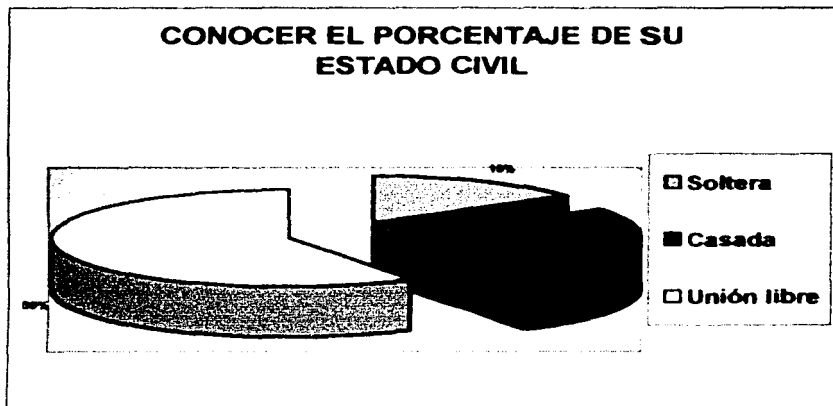
## CUADRO No. 2

Estado civil y frecuencia

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERA	28	15.4%
CASADA	48	26%
UNION LIBRE	108	58.6%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Servicio de ginecología Hospital General de los Mochis

**GRAFICA No. 2**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No 2

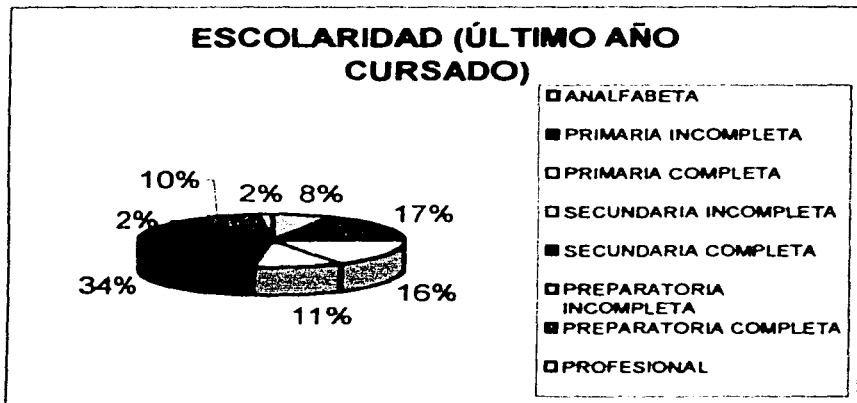
**CUADRO No. 3**

Escolaridad y frecuencia (último año cursado)

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
ANALFABETA	14	7.6
PRIMARIA INCOMPLETA	32	17.4
PRIMARIA COMPLETA	30	16.3
SECUNDARIA INCOMPLETA	20	10.9
SECUNDARIA COMPLETA	64	34.8
PREPARATORIA INCOMPLETA	3	1.6
PREPARATORIA COMPLETA	18	9.8
PROFESIONAL	3	1.6
TOTAL	184	100

FUENTE: Servicio de ginecología Hospital General de los Mochis

**GRAFICA No. 3**



FUENTE: Encuesta directa  
No. 3

CUADRO

#### CUADRO No. 4

Ocupación

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AMA DE CASA	169	91.8%
TRABAJA	15	8.2%
TOTAL	184	100%

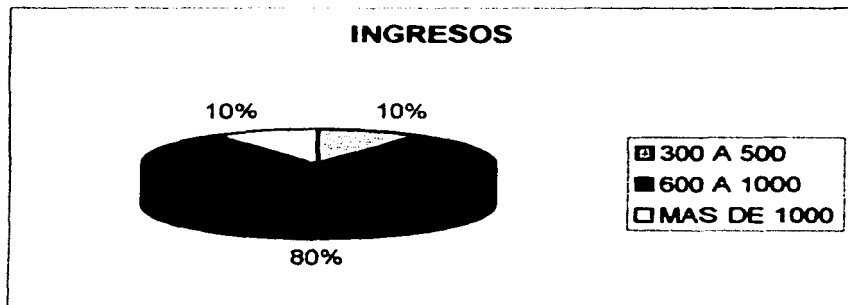
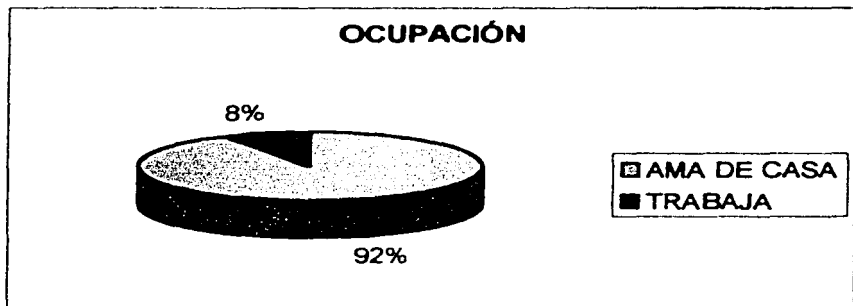
FUENTE: Familiares (esposo, padres, otros)

Ingresos quincenales

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
300-500	18	9.8%
600-1000	148	80.43%
+1000	18	9.8%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Servicio de ginecología Hospital general de los Mochis

**GRAFICA No. 4**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 4

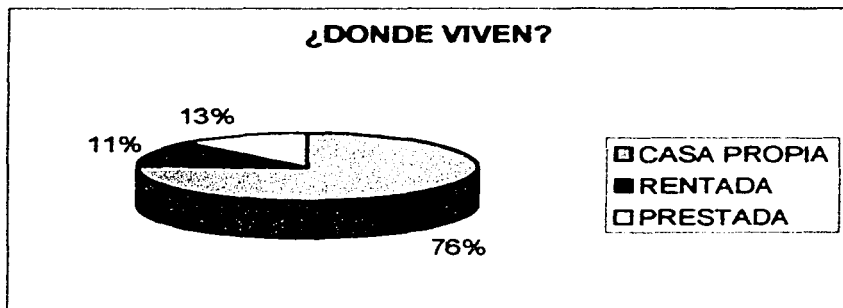
### CUADRO No 5

¿Donde viven?

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CASA PROPIA	140	76%
RENTADA	21	11.5%
PRESTADA	23	12.5%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa en pacientes del Servicio de ginecología del Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 5**



**FUENTE:** Encuesta directa  
No. 5

**CUADRO**



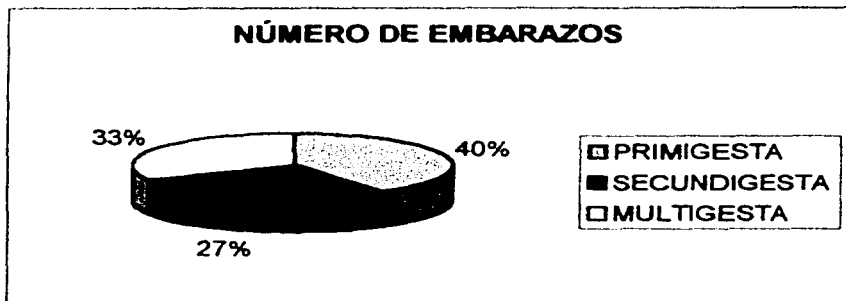
## CUADRO No 6

Número de embarazos

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMIGESTA	75	40.8%
SECUNDIGESTA	49	26.6%
MULTIGESTA	60	32.6%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a las pacientes del servicio de ginecología  
Hospital General de los Mochis.

**CUADRO No. 6**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 6

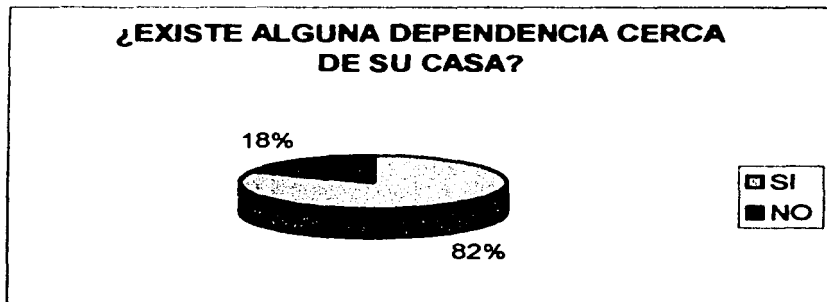
**CUADRO No. 7**

¿Existe alguna dependencia cerca de su casa? SI o No

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	151	82%
NO	33	18%
<b>TOTAL</b>	<b>184</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Encuesta directa a pacientes del Hospital General de los Mochis

**GRAFICA No 7**



**FUENTE:** Encuesta directa  
No 7

**CUADRO**

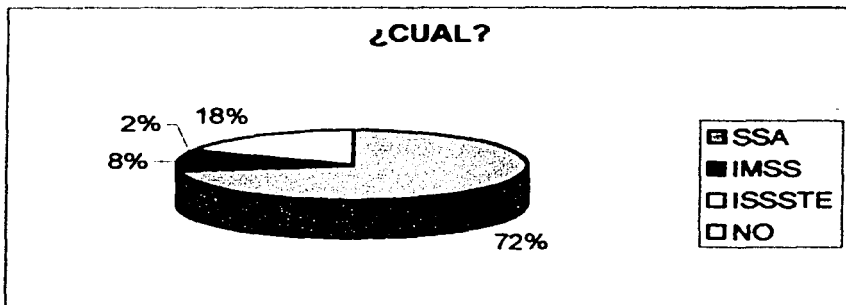
### CUADRO No. 7 (BIS)

¿Cuál?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SSA	134	72.8%
IMSS	14	7.6%
ISSSTE	3	1.6%
NO	33	18%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del Hospital General de los Mochis

**GRAFICA No. 7 (BIS)**



**FUENTE:** Encuesta directa

**CUADRO No. 7**

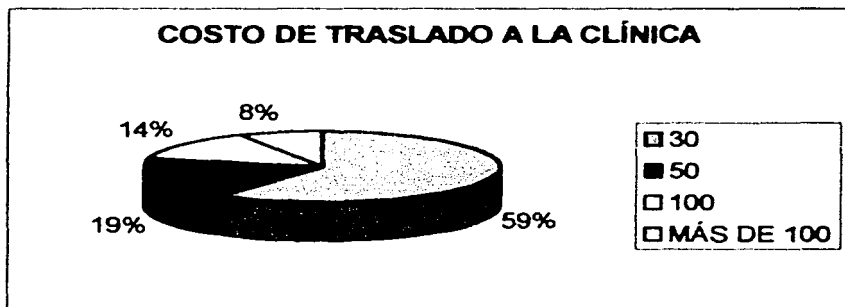
**CUADRO No. 8**

Costo de traslado a la clínica

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
30	110	59.8%
50	35	19%
100	25	13.6%
MÁS DE 100	14	7.6%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 8**



FUENTE: Encuesta directa  
No. 8

CUADRO



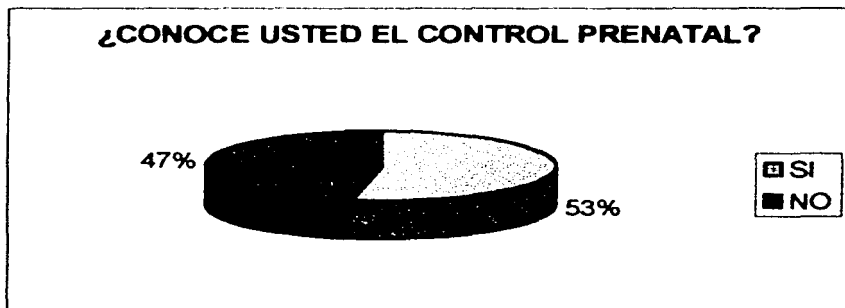
**CUADRO No. 9**

¿Conoce usted el control prenatal?

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	97	52.7%
NO	87	47.3%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 9**



**FUENTE:** Encuesta directa

**CUADRO No. 9**

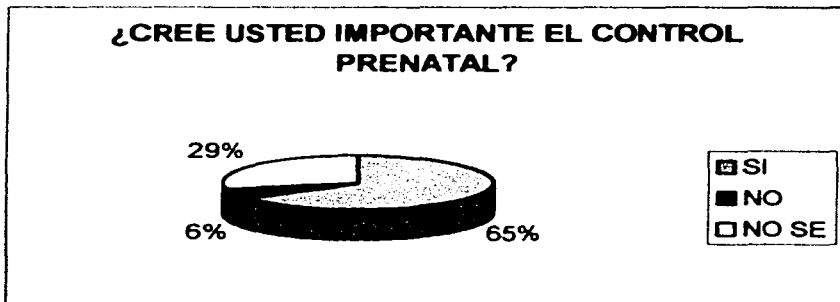
## CUADRO No 10

¿Cree usted importante el control prenatal?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	120	65%
NO	11	6%
NO SE	53	29%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 10**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 10

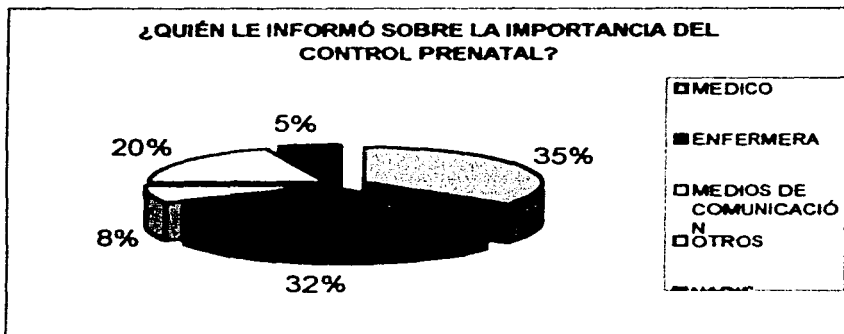
**CUADRO No 11**

¿Quién le informo sobre la importancia del control prenatal?

<b>CATEGORIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MEDICO	65	35%
ENFERMERA	59	32%
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	14	8%
OTROS	36	19.6%
NADIE	10	5.4%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No 11**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 11

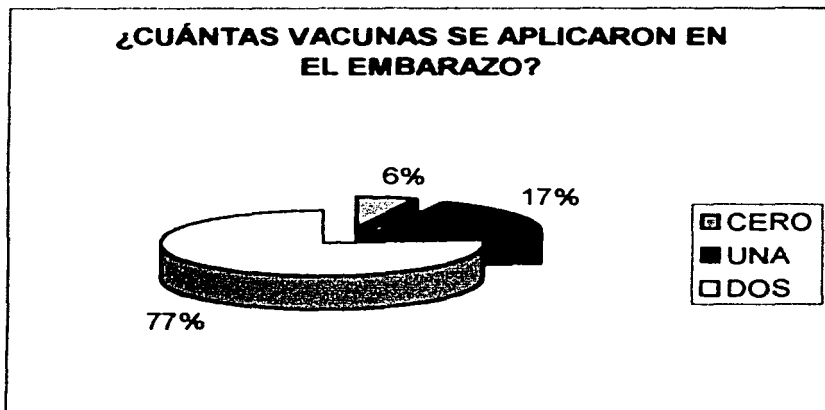
## CUADRO No 12

¿Cuántas vacunas se aplicaron en el embarazo?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	11	6%
1	32	17.4%
2	141	76.6%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No 12**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No 12



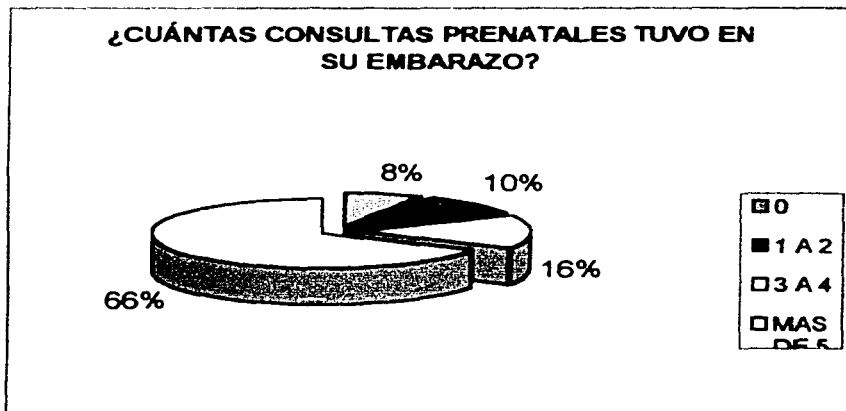
### CUADRO No 13

¿Cuántas consultas prenatales tuvo en su embarazo?

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0	14	7.6%
1-2	18	9.8%
3-4	29	15.7%
+5	123	66.9%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No 13**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 13

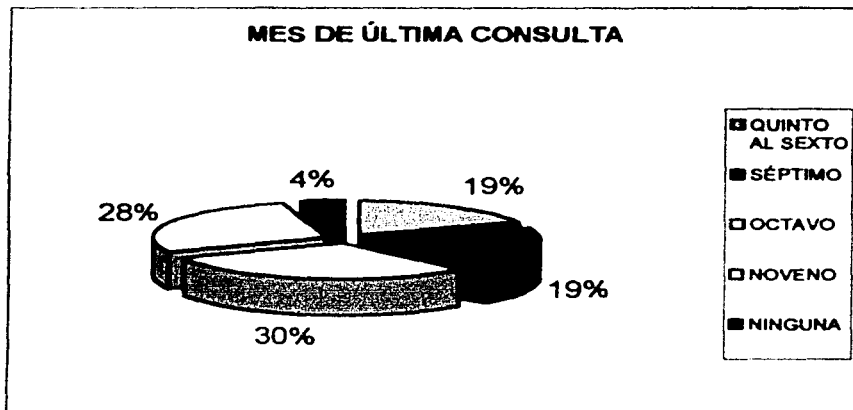
## CUADRO No 14

Mes de última consulta

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
QUINTO AL SEXTO	35	19%
SÉPTIMO	35	19%
OCTAVO	55	29.9%
NOVENO	52	28.3%
NINGUNA	7	3.8%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 14**



FUENTES: Encuesta directa

CUADRO No. 14

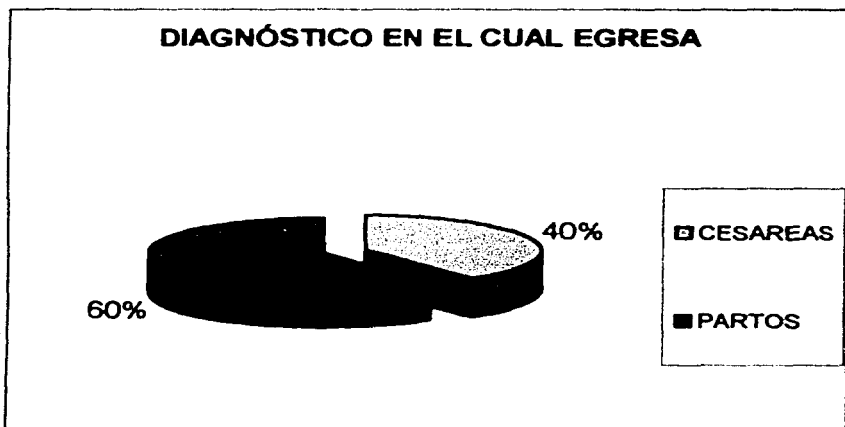
## CUADRO No 15

Diagnóstico en el cual egresa

CATEGORÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CESAREAS	73	39.7%
PARTOS	111	60.3%
TOTAL	184	100%

FUENTE: Encuesta directa a pacientes del servicio de ginecología Hospital General de los Mochis.

**GRAFICA No. 15**



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No. 15

### **3.3 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

Cuadro No. 1. Se refiere al grupo de edad en mujeres atendidas en el H.G. se observa con mayor porcentaje lo tienen las mujeres de 14-20 años de edad con un 39.7%, de 21-25 de edad con un 34.2%, de 26-30 años de edad con un 13.6%, de 31-35 años de edad con 7%, de 36-40 años de edad con 5.4%.

Cuadro No. 2. Se relaciona con el estado civil de las pacientes que fueron atendidas en mujeres solteras se observó un 15.4%, en casados con un 26%, en unión libre con un 58.6%.

Cuadro No. 3. Se observó en pacientes que se atendieron que el 7.6% eran analfabetas, el 17.4% tenían primaria incompleta, el 16.3% primaria completa, el 10.9% la secundaria incompleta, el 34.8% secundaria completa, el 1.6% tiene preparatoria incompleta, el 9.8% es de preparatoria completa, el 1.6% llegó a profesional.

Cuadro No. 4. En este cuadro se habla de ocupación e ingresos semanales de mujeres atendidas son amas de casa es un 91.8%, mujeres que trabajan 8.2%, con ingresos de 300-500 el 9.8%, con el ingreso de 600-1000 es el 80.4%, con más de 1000 pesos es de 9.8%.

Cuadro No. 5. Se toma en cuenta la casa donde habitan o viven, si su casa es propia es de 76%, rentada 11.5%, y prestada es 12.5%.

Cuadro No. 6. Se refiere al número de gestaciones (embarazo), mujeres en su primer embarazo es de 40.8%, segundo embarazo es de 26.6%, multigesta 32%.

Cuadro No. 7. Se toma en cuenta si existe alguna dependencia cerca de su casa con 82% se afirmó, y 18% fue negativo. Las que afirmaron sus dependencias fueron tomadas en cuenta SSA con el 72%, IMSS con el 7.6%, ISSSTE con el 1.6% y quienes no tienen fueron con 18%.

Cuadro No. 8. Este cuadro se trata sobre el costo de traslado a la clínica, 30 pesos tuvo como resultado el 59.8%, 50 pesos nos dio un 19%, 100 pesos fue con el 13.6%, >100 obtuvo un 7.6%.

Cuadro No. 9. Se refiere si la paciente conoce lo que es el control prenatal con un 52.7% nos dijo que si conoce, con el 47.3% nos dijo que no lo conoce.

Cuadro No. 10. Cuenta la importancia que la paciente le da al control prenatal, el 65% le dio como resultado al sí, el 6% al no y el 29% a que no sabe de la importancia.

Cuadro No. 11. Se trata de quien le dio la información del control prenatal, el médico obtuvo el 35%, la enfermera fue con el 32%, los medios de comunicación con un 8%, otros fue un 19.6% y nadie con un 5.4%.



Cuadro No. 12. Se refiere a cuántas vacunas se aplicó en el embarazo, el 6% no se aplicó ninguna dosis, el 17.4% fue con 1 dosis y el 76.6% fueron 2 dosis.

Cuadro No. 13. Se trata de cuántas consultas prenatales tuvo durante su embarazo, de 0 consultas fue el 7.6%, de 1-2 consultas es de 9.8%, de 3-4 consultas fue de 15.7%, de 5 a más fue de 66.9%.

Cuadro No. 14. Se relaciona cuántos meses tenía en la última consulta, del 5° al 6° fue de 21.2%, del 7° mes fue de 19.6%, del 8° fue de 30.4%, de 9° fue de 28.8%.

Cuadro No. 15. Se refiere al diagnóstico puerpero, el 39.7% fue de cesárea, 60.3% fue de parto.

### **3.4 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS**

La hipótesis general se comprobó ya que el factor de ausencia al control prenatal fue el factor económico.

### 3.5 CONCLUSIONES

La metodología que se desarrolló en esta investigación fue:

Planteamiento del problema.

¿El factor económico predispone para el ausentismo de la mujer gestante en el control prenatal completo en el Hospital General de Los Mochis?

Se considera de gran relevancia conocer si este factor de ausencia ya que el control prenatal ofrece una satisfacción mutua del binomio, y que permite identificar los factores de riesgo y evitar complicaciones que conlleven a la muerte.

El control prenatal nos ayuda a llegar a una atención al parto y puerperio satisfactoria.

De acuerdo a los resultados obtenidos se llega a las siguientes conclusiones:

- El objetivo general de la investigación se cumplió, ya que se identificó el factor que influye a la ausencia del control prenatal.
- El tipo de investigación que se realizó es descriptiva
- La hipótesis general se comprueba ya que el factor económico influye en la ausencia del control prenatal
- La variable independiente es el factor económico
- La variable dependiente es el ausentismo del control prenatal.

- El método de selección de participantes fue universo de 18,465, la población fue de 3697 y la muestra corresponde a 184 pacientes atendidas en el área de ginecología en el Hospital General de Los Mochis.
- El marco teórico conceptual, está sustentado por la revisión de la literatura con la que desarrollamos nuestra investigación así como los antecedentes.
- Recolección de datos, los iniciamos en el área de ginecología, aplicando el instrumento de trabajo, especialmente diseñado para este fin, finalmente se vaciaron los datos a través del método de palotes para ser analizados.
- Presentación, análisis e interpretación de resultados a través de un paquete para gráficas (Excel) e insertadas en Word. Se elaboraron cuadros y gráficas de datos correspondientes a variables e indicadores del factor para la ausencia del control prenatal. Se utilizaron escalas de medición con criterios que validan las investigaciones de acuerdo a una tabla de valores que se aplicaron dependiendo el tipo de indicador
- De los resultados obtenidos más significativos son: el grupo de edad de las mujeres atendidas. Se encuentran del 14-25 años de edad, ocupación ama de casa fue de 91%, consultas más de 5 es de un 66% de mujeres atendidas en el Hospital General de Los Mochis.
- El grupo investigador infiere que la ausencia del control prenatal se debe al factor económico por lo que tiene que ver el ingreso quincenal, el número de hijos que se mantienen y que el mando o

**pareja es el que mantiene el hogar, por lo cual se debe informar, orientar y concientizar sobre la importancia del control prenatal.**

### 3.6 SUGERENCIAS

Sugerencias que nos pueden ayudar a mejorar la asistencia de la mujer gestante al control prenatal

- Recomendar a las mujeres que inician su vida sexual mantengan mínimo 5 consultas prenatales
- Promover para toda las mujeres que sospechan de embarazo mantengan mínimo 5 consultas prenatales.
- Solicitar a la administración del Hospital revalore el costo de la consulta prenatal con el gasto de una de la tantas afectaciones del binomio, en su defecto la mortalidad de ambos.
- Impartir pláticas sobre la importancia de lo que es el control prenatal por parte del personal de salud, en las instituciones de salud y se difundirá por los medios de comunicación para motivar la asistencia por parte de la usuaria.
- Invitamos a los lectores y ponemos a disposición la tesis para siguientes investigaciones.

Todo este arsenal puede ser utilizado en la atención prenatal para impedir el nacimiento de productos con daños severos e irreversibles que habrán de afectar a ellos y a su núcleo familiar durante toda a su vida

### 3.7 BIBLIOGRAFÍA

- + ASOCIACIÓN DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA OBSTETRICIA No. 3 DEL I.M.S.S., AC GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA MENDEZ EDITORES TERCERA EDICIÓN MÉXICO, D.F. P.P. 85-101
- + BEHRMAN, KLIEGMAN Y NELSON  
TRATADO DE PEDIATRIA AÑO 200L.  
EDCION 16ª VOL. I Y II
- + BIBLIOTECA FAMILIAR  
SEXUALIDAD Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR  
1993 ESPAÑA
- + DICCIONARIO OCÉANO DE SINÓNIMOS Y ANTÓNIMOS.  
EQUIPO EDITORIAL
- + DICCIONARIO ENCICLOPEDIA ILUSTRADO  
EDITORES MEXICANOS UNIDOS L992 MEXICO  
TOMO I Y 3
- + DR. MONDRAGÓN CASTRO HECTOR.- OBSTETRICIA BÁSICAS  
ILUSTRADA EDITORIAL TRILLAS SEGUNDAS EDICIÓN.  
MÉXICO, D.F. . 1887 PP 108-143
- + D.R MIMI, POR EDICIONES LAROUSSE, S;A DE C;V  
DINAMARCA NUM. 81, MÉXICO 06600, D;F  
DICCIONARIO EDUCATIVO JUVENIL.
- + EDITORIAL OCÉANO BARCELONA ESPAÑA
- + ELLEN BAILY RAFFEN SPERGEZ, MARY LLOYO ZUSY, LYNN  
CLAIREMARCHESSEA UL Y JEAN DE NEESON.-  
"ENCICLOPEDIA DE LA ENFERMERA", OCÉANO GRUPO  
EDITORIAL VOLUMEN, 4 EDIFICIO OCEANO BARCELONA  
ESPAÑA PP 691-736

- ✦ ENCICLOPEDIA MAGISTRAL  
EDICIONES OCUOSA COLOMBIA.
- ✦ ENCICLOPEDIA DE ENFERMERÍA  
EDITORIAL OCÉANO  
VOLUMEN Y ESPAÑA
- ✦ JEAN D NELSON  
CONSULTOR DE ENFERMERÍA OBSTETRICIA
- ✦ JOSE ROBERTO AHUED AHUED – CARLOS FERNÁNDEZ DEL  
CASTILLO S. "GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA APLICADA" 1ra.  
EDICIÓN 2000 P.P.6
- ✦ LILIAN SHOITIS BRUNNER Y DORIS SMITH S  
MANUAL DE LA ENFERMERÍA  
CUARTA EDICIÓN
- ✦ LOUSIM. HELLMAN, JACKA. PRINTCHARD.  
WILLIAMS OBSTETRICIA  
3ERA EDICIÓN L980  
SALVAT EDITORES S.A. MALLORCA, 4L, BARCELONA  
(ESPAÑA)
- ✦ MARIO TAMAYO Y TAMAYO  
DICCIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
LIMUSA L990 MEXICO.
- ✦ MENDOZA, GAONA Y RIVAS  
ENFERMERIA PEDIATRICA  
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO  
MÉXICO, D. F. SANTA FE DE BOGOTA L999 UNAM
- ✦ MC CRAW- H.V INTERAMERICANA  
ASOCIACIÓN MEXICANA DE PEDIATRIA A.C  
EL ADOLESCENTE AÑO 2000
- ✦ NOM PARA LA ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL  
EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO.



**ARTICULO 4TO DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS EUM  
Y EN LA LEY GRAL DE SALUD.  
SECRETARIA DE LA SALUD 2000**

- + OBSTETRICIA I Y II  
D.R DIVISIÓN UNIVERSIDAD ABIERTA  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
MÉXICO D.F 200L**
- + SALUD REPRODUCTIVA  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1996**
- + SALUD REPRODUCTIVA  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OFICINA  
SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1996**
- + DR. MIGUEL SIMON  
DICCIONARIO DE LA MUJER  
SECRETARIA DE SALUD. 1999. MÉXICO.**
- + DICCIONARIO MÉDICO  
TERCERA EDICIÓN.  
SALVAT CIENCIA Y CULTURA LATINOAMERICANA.**

### 3.8 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	AGO. 2da.	AGO. 3ra.	AGO. 4ta.	SEP. 1ra.	SEP. 2da.	SEP. 3ra.	SEP. 4ta.	OCT. 1ra.
Realización de protocolo.	p							
Elaboración de marco teórico		p						
Elaboración de instrumentos.	p							
Aplicación de cuestionario.			p	p	p	P		
Procesamientos de datos.							p	
Análisis de datos.							P	
Informe final								p

## 3.9 ANEXOS

## CUESTIONARIO

Acerca del programa control prenatal.

Instrucciones: El presente cuestionario se lleva a cabo para realizar un trabajo académico por lo que le solicitamos su colaboración en el llenado del mismo.

1) EDAD

2) ESTADO CIVIL

- a) Soltera      b) viuda      c) casada      d) divorciada      e)  
unión libre

3) ESCOLARIDAD (último año cursado).

4) USTED TRABAJA?

Si ( ) No ( )

a) secretaria      b) empleada      c) Maestra      d) otra  
fuente \_\_\_\_\_

5) DONDE VIVE EN:

- a) casa propia      b) rentada      c) prestada

6) CUANTOS HIJOS TIENEN

- a) Primigesta      b) Secundigesta      c) Multigesta

7) EXISTE ALGUNA DEPENDENCIA CERCA DE SU CASA

Si ( )      No ( )      SSA      IMSS      ISSSTE

8) CUAL ES EL COSTO PARA TRASLADARSE A UNA CLÍNICA?

\$30      \$50      \$100

9) CONOCE USTED EL CONTROL PRENATAL?

SI ( ) NO ( )

10) CREE USTED IMPORTANTE EL CONTROL PRENATAL?

SI ( ) NO ( )

11) QUIÉN LE INFORMO SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL?

Médico Enfermera Medios de comunicación Otras  
personas

12) CUANTAS VACUNAS TUVO DURANTE EL EMBARAZO?

a) 1 b)2

13) CUANTAS CONSULTAS PRENATALES TUVO?

0- 1-2 3-4 5-

14) EN QUE MES DE GESTACIÓN FUE SU ULTIMA CONSULTA?

R \_\_\_\_\_

15) DIAGNÓSTICO EN EL CUAL EGRESA

Cesárea Partos

## GLOSARIO

**AGENESIA:** Desarrollo insuficiente o ausencia de órgano de origen congénito, imposibilidad de engendrar.

**ANEMIA:** Disminución de la cantidad de hemoglobina, asociada o no a una disminución también del número de glóbulos rojos.

**ABORTO:** Interrupción del embarazo en expulsión o no del huevo (producto de concepción)

**ADOPTAR:** Recibir como hijo con los requisitos legales al que no lo es por naturaleza.

**AMENORREA:** Ausencia permanente o temprana de la menstruación

**BRINDAR:** Ofrecer a uno alguna cosa, ofrece voluntariamente.

**CARACTERES:** Perteneciente al carácter conjunto de peculiaridades del carácter de alguien

**CONDUCTA:** f. Conducción//manera de conducirse//gobierno dirección.

**COITO:** Introducción del órgano sexual masculino en el cuerpo de otra persona.

**COTILEDONES:** En la placenta, son cada uno de las divisiones redondeadas de su superficie, vista desde la cara materna o uterina.

**CONSTRINEN:** v t Obligar//med Cerrar como oprimiendo.

**CERTEZA:** Conocimiento cierto.

**CRÓNICAS:** adj Apl. A las enfermedades largas o dolencias habituales, prolongadas por mucho tiempo.

**CULMINE:** Intr. llevar a una cosa a las posición mas elevada que puede tener.

**COMPORTAMIENTO:** Conducta, manera de comportarse de un individuo durante un periodo corto o prolongado de su vida.

**CRECIMIENTO:** m. Acción y efecto de crecer alguna cosa. Biol. c. Animal aumento de masa y de volumen de los órganos.

**CONCEPCIÓN:** Fecundación de óvulo.

**DIAGNOSTICO:** Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos

**DESNUTRICIÓN:** Estado patológico del organismo que se caracteriza por adelgazamiento y disminución de las facultades físicas e intelectuales.

**DISTOCIA:** Parto difícil en el que tanto la vida de la madre como la del feto se ven seriamente comprometidas.

**DIGESTIÓN:** f. Transformación de los alimentos de sustancias que nutren: la digestión empieza desde que se introduce algún alimento a la boca.

**DIAGNOSTICAR:** Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos.

**DISPAREUNIA:** Dolor durante o después del coito que lo hace difícil y no gratificante

**EMBRIÓN:** Producto de la concepción desde las primeras modificaciones del huevo fecundado.

**ESTIMACIÓN:** Sin consideración, aprecio, cariño, amor, respeto.

**EXPULSIÓN:** Evacuación del contenido normal o patológico de un órgano.

**ECTOPICO:** Fuera de.

**EXTRÍNSECA:** Que viene o procede de fuera.

**ESPECIE:** clase, variedad, tipo, grupo, género. Subdivisión primaria de un género.

**EMBARAZO:** Preñez, achaque, gravidez, vientre, gestación, fecundación.

**FISIOLÓGICO:** Pertenece a la fisiología. Parte de la biología que estudia las funciones de los seres vivos.

**FETO:** Producto de la concepción desde el final del tercer mes hasta el parto.

**FÉTIDO:** Que emana olor desagradable.

**GENÉTICO:** ciencia que trata de la reproducción, herencia, variación y del conjunto de fenómenos y problemas relativos a la descendencia.

**HEMORRAGIA:** Salida de la sangre al exterior de los vasos, a consecuencia de traumatismo, lesiones de los tejidos como ulcera o cáncer o por fallos del sistema de coagulación.

**HERENCIA:** Biol. Transmisión de una generación a otra de los caracteres.

**HIPOXIA:** Ausencia de oxígeno

**HEMOSTASIA:** Conjunto de mecanismos, tanto extravasculares como intravasculares, que emplea, el organismo para prevenir o contener las hemorragias.

**INCOMPATIBILIDAD:** Oposición entre dos o más sustancias, medicamentos, enfermedades, tipos de sangre

**INDIVIDUOS:** Que no puede ser dividido m cada ser organizado, sea animal o vegetal respecto de la especie que pertenece.

**INMEDIATO:** Directo, sin intervención, continuo

**INSTRUIR:** Sin adiestrar, aleccionar, educar, ilustrar, enseñar, cultivar, prevenir

**INFORMAR:** Sin. Avisar, anunciar, orientar, imponer, comunicar.

**MADRE:** Dícese de la célula o estructura (hembra que ha parido).



**MEDIATO:** Adj. Dic. De lo que en tiempo, lugar o grado esta próximo a una cosa, mediando otra entre las dos.

**MUERTE:** Fallecimiento, defunción, fin.

**MENSTRUACIÓN:** Perdida periódica de sangre y caída de la mucosa uterina, que forma parte del proceso fisiológico del ciclo sexual femenino.

**MACROSOMIA:** Crecimiento excesivo de una parte del organismo por duplicación de un blastómero.

**MIOMATOSIS:** Tumor formado por fibras musculares, en el que intervienen fibras lisas o estriadas.

**METÓDICO:** Hecho con método que usa de método.

**MORBI-MORTALIDAD:** Calidad de mortal, Numero proporcional de defunciones en población o tiempo determinado.

**NACIMIENTO:** m. Acción y efecto de nacer.

**OBESIDAD:** trastorno de nutrición, que provoca un aumento de peso en el individuo. superior en el 15% al normal para su talla.

**OLOGOHIDRAMNIOS:** Disminución de liquido amniótico.

**PRODUCTO:** Cantidad resultante de la multiplicación.

**PLACER:** agradar, gustar, alegría contento voluntad

**PROCESO:** Serie de actos operaciones que conducen a un fin determinado  
Prevención: Acción y efecto de prevenir

**PUERPERIO:** Periodo de 6 semanas posterior al parto, durante tiene lugar la involución uterina, y el establecimiento de secreción Láctea

**PIROSIS:** Sensación de ardor que sube desde el estómago a la laringe es una molestia bastante frecuente en la embarazada debido al desplazamiento que provoca el útero sobre el estómago

**PROFESIÓN:** f. Acción y efecto de profesar// empleo u oficio.

**PREMATUREZ:** Que sucede antes de tiempo. Dícese del parto que tiene lugar antes de las 37 semanas completas.

**PERISTALTISMO:** Contracción muscular, refleja y segmentaria que se transmite en forma de orinas.

**RIESGO:** Contingencia o aproximación de un daño, alta posibilidad de que exista algo por distintas causas.

**RESPONSABILIDAD:** Calidad de responsable.

**SOMÁTICO:** Relativo al cuerpo, corporal, especialmente en oposición a psíquico y funcional, y también relativo al cuerpo espermático.

**SEMINAL:** Perteneciente o relativo al semen o a la semilla.

**SEXUAL:** Clase, variedad, tipo, grupo, genero.

**SALUD:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social de un individuo, y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez.

**SANO:** Que goza de salud perfecta.

**TEMPRANO:** Anticipado, anterior al tiempo ordinario o regular.

**USG:** Movimiento vibratorio de un médico material, de frecuencia elevada, que lo hace imperceptible al oído humano.

**UNIVETELINOS:** Adj. Biol. dic. De los gemelos originados a partir de un solo óvulo, por división de este después de la fecundación.

**UTILIDAD:** Calidad de tener vida

**ÚTERO:** matriz, órgano femenino de la generación destinado a la fecundación, órgano hueco

**UTERINO:** Perteneciente al útero.

**VAGINA:** Conducto membranoso femenino, órgano de la copulación que va de la vulva al útero.