



INSTITUTO MARILLAC I.A.P

INCORPORADO A LA UNAM

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

TITULO DE LA TESIS

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONTROL PRENATAL EN
MUJERES MULTIGESTAS Y PRIMIGESTAS DEL HOSPITAL
GENERAL DR. ENRIQUE CABRERA COSSÍO**

TESIS:

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTA:

LÓPEZ SÁNTIZ GEORGINA.

MARTÍNEZ MÁRQUEZ MIGUEL ÁNGEL

ASESOR:

L.E.O. MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ

CIUDAD DE MÉXICO

AGOSTO DEL 2017



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.

HOJA DE FIRMAS.

SOR. MARÍA ELENA QUIÑONES MUÑOZ.

DIRECTORA GENERAL DE INSTITUTO MARILLAC, I.A.P.

LIC. MARIA CRUZ SOTELO BADILLO.

DIRECTORA TÉCNICA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA DEL INSTITUTO MARILLAC.

L.E.O MARÍA DEL PILAR MONTES HERNÁNDEZ.

ASESORA DE TESIS.

PROF. IGNACIO CANCINO QUIROZ.

ASESOR DE TESIS.

DEDICATORIA

Doy gracias a Dios por darme la vida.

A mis padres:

Que privilegio tenerlos como padres tanto esfuerzo y sacrificio a veces incomprensidos,

gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida,

fruto del amor y confianza que en mi se depositó.

Y con los cuales he logrado mi título profesional, que constituye el legado más valioso que pudiera recibir.

y por los cuales viviré eternamente agradecido (a).

A mis maestros:

Por transmitirme sus conocimientos, así como por la sabiduría durante el desarrollo de mi proyecto de tesis.

ÍNDICE	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN.....	1-3
JUSTIFICACIÓN.....	4
TÍTULO DEL ESTUDIO	5
OBJETIVO.....	5
Objetivo General.	
Objetivos específicos.	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
MARCO TEÓRICO.	
CAPITULO I	
ATENCIÓN DEL EMBARAZO	7 - 39
1.1 Historia del control prenatal.	
1.2 Norma Oficial Mexicana 007.	
1.3 Programas nacionales de salud prenatal.	
CAPITULO II	
ATENCIÓN PRENATAL.....	40 - 47
2.1 Concepto.	
2.2 Objetivo.	
2.3 Reunión con la gestante y sus familiares.	
2.4 Atención primaria y preconcepción.	

CAPÍTULO III.

PÁGINAS.

HISTORIA CLÍNICA.....48 - 61

3.1 Recolección de datos obstétricos.

3.2 Antecedentes embarazos previos.

3.3 Antecedentes médicos y quirúrgicos.

3.4 Antecedentes familiares.

3.5 Aspectos psicosociales.

3.6 Historia del embarazo actual.

3.7 Interrogatorio y exploración física.

3.8 Pruebas de laboratorio.

3.9 Signos de alarma.

3.10 Evaluación de riesgos.

3.11 Contenido de las visitas prenatales y subsecuentes.

3.12 Embarazo de término.

CAPITULO IV.	PÁGINAS.
CUIDADOS PRENATALES	62 - 72
4.1 Nutrición y peso recomendado.	
4.2 Dieta materna y alimentos restringidos.	
4.3 Suplemento de vitaminas.	
4.4 Ejercicios.	
4.5 Relaciones sexuales.	
4.6 Recomendaciones.	
4.7 Contraindicaciones.	
4.8 Sintomatología asociada al embarazo.	
4.9 Inmunizaciones.	
METODOLOGÍA.....	73 - 79
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	80 - 84
RESULTADOS	85 - 107
DISCUSIÓN.....	108, 109
CONCLUSIÓN.....	110
SUGERENCIAS.....	111
BIBLIOGRAFÍA.....	112, 113
ANEXO.	

INTRODUCCIÓN.

La muerte materna constituye un importante problema de derechos humanos, de equidad de género y de justicia social por lo que la mortalidad materna está considerada como la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva a nivel nacional, que potencialmente se podría evitar.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud cada día mueren en todo el mundo alrededor de 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. A pesar de ello ha habido una disminución significativa, del año 1990 al 2013.

A partir del 2007, en México se pusieron en marcha políticas públicas encaminadas a priorizar el acceso a los servicios de salud materna. Es el caso del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (PAEAPV) estas tienen como finalidad disminuir las brechas de mortalidad materna entre los estados y promover acciones focalizadas en entidades prioritarias.

En el 2009 la Secretaría de Salud (SSA) lanzó la estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, cuyo objetivo fue impulsar mejores prácticas con el fin de lograr su disminución.

Es importante señalar que en México la muerte materna ha disminuido de forma paulatina pasando de 88.7 muertes maternas por cada 100 mil nacidos en 1990 a 43 en 2011, con la persistencia de brechas: por ejemplo, para el 2012, las mujeres que vivían en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano (IDH) del

país tenían más de casi cinco veces el riesgo de fallecer durante la maternidad que el resto. Si consideramos las brechas entre mujeres no indígenas e indígenas, la diferencia del riesgo de morir es de tres veces más y, en el caso de las que viven en municipios con muy alto grado de marginalidad en relación con otro de muy bajo grado, esta diferencia es de más de cuatro veces es así que vivir en condiciones de pobreza determina menores posibilidades de sobrevivencia.

En el 2012 (cifras oficiales) 528 mujeres de las 960 que murieron estaban afiliadas al Servicio de Protección a la Salud (SPS) (55%) y de ellas, 577 habían estado en contacto con los servicios de salud y habían tenido de una hasta cinco consultas de control prenatal, lo cual puede considerarse un indicador de que la calidad de los servicios de salud no es la suficiente.

El acceso a servicios de salud en caso de urgencia no ocurre con la oportunidad necesaria: 106 defunciones maternas del 2012 ocurrieron en el hogar y 76, en la vía pública u otro lugar, es decir, 20% murió al margen de los servicios de salud (2013, 2014). Algunas de estas mujeres habían acudido a los servicios sin embargo, no volvieron a ellos; otras, nunca tomaron la decisión para acudir al sistema de salud o murieron en el trayecto.

Muestran, en términos absolutos, que a nivel nacional el número de defunciones maternas evitables se redujo en los periodos 2002-2006 y 2007-2011, pasando de 5 257 a 4 046 defunciones, respectivamente, las cuales representan 83.9 y 75.1% de defunciones maternas. (María Graciela Freyermuth Enciso, 2014)

CAUSAS DE MORTALIDAD MATERNA

De acuerdo a la OMS precisa cuáles han sido las causas que han dado lugar a la mortalidad materna y que se han determinado por los registros que se tienen sobre las mismas, durante el año 2013 las causas de muerte materna más elevada con un 28% son las referentes a las condiciones médicas:

1. Condiciones médicas preexistentes agravadas por el embarazo (como diabetes, paludismo, VIH, Obesidad) 28%
2. Hemorragias. 27%
3. Enfermedades hipertensivas en el embarazo. 14%
4. Infecciones.11%
5. Parto obstruido y otras causas directas 9%
6. Complicaciones de un aborto 8%
7. Loquios.3%

Profesionistas sanitarios capacitados en un servicio médico adecuado y con los insumos suficientes son indispensables para que las mujeres no mueran por estos motivos. (Mtra. Claudia Gamboa Montejano, 2015)

JUSTIFICACIÓN

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante la atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, lo que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal en la cual el personal de enfermería, desempeña un papel fundamental.

La prevención primaria, cuyo objetivo es evitar la aparición de la enfermedad, es la que se realiza en la consulta prenatal y ésta es la esencia de la Medicina Preventiva.

El control prenatal es uno de los elementos indispensables para identificar riesgos, prevenir y en lo posible disminuir complicaciones maternas que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, así como patologías que puedan condicionar causas de morbilidad materna fetal, la cual como menciona la OMS es una injusticia social.

TÍTULO DEL ESTUDIO:

Nivel de conocimiento sobre el control prenatal en mujeres multigestas y primigestas del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

OBJETIVO GENERAL:

- Demostrar el grado de conocimientos en mujeres multigestas y primigestas con respecto al control prenatal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Evaluar la importancia sobre el número de consultas prenatales, y realizar los controles conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2- 2016.
- Identificar signos de alarma durante el embarazo para reducir el riesgo de morbimortalidad de la diada materno fetal.
- Orientar a las mujeres sobre el conocimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2- 2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Realizar un control prenatal individualizado y oportuno, hasta el término del embarazo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las mujeres primigestas no recurren a información médica sobre el control prenatal, debido a que muestran bajo nivel de conocimientos, a diferencia de las mujeres multigestas de acuerdo a lo que empíricamente hemos observado.

Por lo que, la pregunta de investigación es:

¿Existe diferencia en el nivel de conocimientos sobre el control prenatal en las mujeres multigestas y en las primigestas?

MARCO TEÓRICO.

CAPITULO I.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO.

1.1 Historia del control prenatal.

Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remontan a los inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes.

Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada y se encuentran referidos en múltiples registros, pero nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados durante el embarazo.

Entre los documentos más antiguos que refieren aspectos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomendaba a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo. En India, se establecieron ciertas reglas sobre la alimentación, bebidas, ejercicio, ropa y la recomendación de tener compañía de personas alegres. Fray Bernardino de Sahagún relata cómo en el momento en que la joven se embarazaba avisaba a sus padres. Esto era motivo de alegría, se organizaba una reunión y al término de ésta, un anciano por parte del esposo dirigía unas palabras anunciando la nueva. La Tlamatquicitl, era la partera entre los aztecas.

Su función era relevante, ya que contaba con un prestigio diferente al de las demás mujeres. Tenía la categoría de sacerdotisa, de socializadora, de consejera en asuntos matrimoniales y de educadora en salud. (Noé, 2016)

La ginecología y la obstetricia en la época precortesiana, eran ejercidas por mujeres que habían sido seleccionadas por otras que ya tenían experiencia en estas prácticas. En algunos trastornos ginecológicos, los curanderos participaban administrando hierbas infusiones y baños. A las que atendían a los partos se les llamaba “comadronas”, que en Náhuatl se les decía Nahua o ticitl.

Usaban plantas para algunos padecimientos como para curar la esterilidad, administraban hierbas para abortar, empleaban ocitócicos para reforzar las contracciones uterinas. Conocían la importancia del amnios (bolsa de la aguas) y recomendaban que no se rompieran con maniobras torpes. Hasta los años de 1930 -1940, las comadronas o rinconeras atendieron los partos en México y en todo el mundo; el médico solo actuaba en los casos de distocias.

En Europa las comadronas aprendían su oficio generalmente por medio de un aprendizaje informal. La mayoría de ellas era analfabeta y aprendían sus habilidades a través de la tradición oral, mientras ayudaban a las comadronas con más experiencias. El único requisito habitual era que una comadrona debía haber tenido hijos antes de su profesión. La mayoría estaban casadas y eran mujeres de mediana edad que seguían el oficio de sus madres.

La civilización indígena se adelantó a muchas épocas de nuestro país en los cuidados pre y postnatales y en el alto concepto que tenían de la función de la mujer, en cuanto a la maternidad, considerada como el elemento importante en la organización familiar.

Con la llegada de los Españoles y consumada la Independencia, se produjeron un sin número de cambios, pero sin embargo, la ticitl seguía llenando su cometido, pero fue combatida por motivos religiosos, lo que fue el principio de la desaparición de la partera nahoatlata y con tristeza se observó que no aparecía la nueva partera que la sustituyera y que pudiera ofrecer modificaciones favorables en la práctica obstétrica.

La realidad fue que la profesión de partera fue vista con el más profundo desdén y quedó relegada a las mulatas y las negras generalmente esclavas. A pesar de no tener datos fidedignos es de suponerse que la mortalidad materna aumentó.

En 1768, el real colegio de cirugía, reconoció la figura del cirujano. Para la obstetricia tiene importancia este acontecimiento, porque los cirujanos no desdeñaron el ejercicio de los partos, sino al contrario, casi hicieron un monopolio de esta práctica; los flamantes cirujanos romancistas aplicaron desde luego la cirugía a la obstetricia.

El 19 de octubre de 1833, el Dr. Valentín Gómez Farías extinguió la antigua universidad y clausuro la escuela de cirugía.

Por decreto el 23 de Octubre del mismo año, fundó el establecimiento de Ciencias Médicas y se creó la cátedra de obstetricia y cirugía siendo el primer profesor el

distinguido cirujano militar Dr. Pedro del Villar, quien en 1934 publicó la traducción que realizó del libro resumen del Arte de los Partos para uso de estudiantes de medicina.

Ricardo Vértiz, Juan María Rodríguez, autor de la primera obra de obstetricia editado en México. En 1888 se creó, la cátedra de Ginecología y el primer profesor que la impartió fue el Dr. Nicolás San Juan, en el Hospital Morelos.

El Dr. Espinoza de los Reyes además de haber fundado toda la organización y funcionamiento de los centros de higiene Materno Infantil, que ha sido uno de los pasos más trascendentes en la historia de la obstetricia mexicana, siempre insistió que en la obstetricia y la ginecología eran una sola especialidad y afirmaba que

“La mujer es un todo y no es explicable que un médico atienda a la mujer durante el embarazo y otro durante los problemas de su aparato genital”.

Su empeño por difundir la razones de unión de las especialidades fueron inculcadas a su último profesor adjunto en la Clínica de Obstetricia, el Dr. Luis Castelazo Ayala cuando fue director de la Maternidad Número 1 del IMSS, en 1962.

En el campo de la enseñanza de la ginecología y obstetricia ocurrieron modificaciones fundamentales entre los años de 1955 y 1960: la División de Estudios Superiores de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México autorizo a la Asociación la organización de cursos de posgrado en Ginecobstetricia.

Desde el punto de vista hospitalario, en el año de 1960 cuando el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) dejó de tener hospitales de maternidad y servicios de ginecología se establecieron nosocomios de ginecobstetricia y, por lo tanto desaparecieron las maternidades y los servicios de ginecología. De esta forma, tanto obstetras como ginecólogos se integraron a los hospitales de Ginecobstetricia y comenzaron a rotar por diferentes servicios de la especialidad. Los primeros nosocomios de ginecobstetricia fueron el número 1 dirigido por el Dr. Luis Castelazo Ayala.

En pocos años el sector salud desapareció las maternidades y servicios de ginecología, para seguir el ejemplo del IMSS.

En Guadalajara como en San Luis Potosí, Monterrey y otras ciudades de la República destacaron eminentes obstetras y ginecólogos.

Se puede concluir con el surgimiento y organización de hospitales como el General de México, Juárez y Militar, y más tarde el IMSS, ISSSTE y Centros de Salud de la entonces SSA, han elaborado y realizado programas para preparar parteras de las comunidades, además los Institutos Nacionales de Salud, especialmente el de Perinatología.

La unión de la Ginecología y la Obstetricia, que en verdad es una, pues ambas atienden a la mujer durante las diferentes etapas de su vida, ha sido de gran beneficio no solo para el binomio materno fetal, para la mujer durante sus periodos intergésicos pre y post menopáusicos, sino también para los médicos que ahora son especialistas más completos, muchos de ellos dedicados además a las

nuevas subespecialidades que han surgido. (Méndez Oteo Francisco , 2014).
(Maciel., 1989.)

1.2 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-2016, PARA LA ATENCION DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO, Y DE LA PERSONA RECIEN NACIDA.

El 6 de Enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, la cual entro en vigor al día siguiente de su publicación.

La ciencia médica, a nivel nacional e internacional, ha desarrollado importantes avances en materia de investigación científica que permiten establecer mejores prácticas médicas, servicios para la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, así como la atención de la persona recién nacida, especialmente, en cuanto a los cuidados prenatales, atención oportuna y de calidad durante el parto y la atención que requiere la persona recién nacida en los primeros 28 días de vida, a fin de que se logren establecer alternativas para un mejor desarrollo en salud durante la línea de vida de la madre y de sus hijas e hijos.

El artículo 4º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

La Ley General de Salud en su artículo 3º define la atención materno infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61 del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

La salud materno infantil constituye un objetivo básico de los pueblos.

En este contexto, se incorporan a esta norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo.

En este mismo sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico y multivitamínicos, así

como evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto.

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud.

En este mismo sentido, se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido.

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a decidir, libre y responsable, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de su salud sexual y reproductiva.

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: Planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético respetuoso y humanitario, y que estas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas de laboratorio y en su caso de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta norma tienden a favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones.

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que esta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones

públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas.

La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a mujeres que la viven sobre todo si se encuentran en etapa gestacional.

La presente norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna perinatal.

Objetivo y campo de aplicación.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios mínimos para la atención médica a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio normal y a la persona recién nacida.

Es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para el personal de salud de los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud, que brindan atención a mujeres embarazadas, durante el parto, puerperio y de las personas recién nacidas.

Definiciones.

Para los fines de esta norma se entiende por:

Atención de la urgencia obstétrica: A la prestación que debe brindar el personal médico especializado del establecimiento para la atención médica, garantizando la atención inmediata y correcta de cualquier complicación obstétrica de manera continua las 24 horas, todos los días del año.

Atención prenatal: A la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica, el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía, además de elaborar un plan de seguridad para que las mujeres identifiquen el establecimiento para la atención médica resolutivo donde deben recibir atención inmediata. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico.

Edad gestacional: Al periodo transcurrido desde el primer día de la última menstruación normal en una mujer con ciclos menstruales regulares, sin uso de anticonceptivos hormonales con fecha de última menstruación confiable, hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. Se expresan en semanas y días completos.

Embarazo: A la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del concepto en el endometrio y termina con el nacimiento.

Muerte materna: A la ocurrida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no causas accidentales o incidentales.

Partera técnica: A la persona egresada de las escuelas de formación de partería, cuyo título es reconocido por las autoridades reconocidas competentes y que corresponde al nivel técnico.

Partera tradicional: A la persona que pertenece a comunidades indígenas y rurales y que ha sido formada y practica el modelo tradicional de atención del embarazo, parto, puerperio y a la persona recién nacida, la cual se considera como personal no profesional autorizado para la prestación de los servicios de atención médica.

Promoción de la salud: A la estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la consciencia pública sobre salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar.

Puerperio normal: Al puerperio que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

Puerperio inmediato: Al periodo que comprende las primeras 24 horas después del parto.

Puerperio mediato: Al periodo que abarca del segundo al séptimo día después del parto.

Puerperio tardío: Al periodo que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

Recién nacido: Al producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 7 días de edad.

Neonato: Recién nacido hasta los 28 días de edad.

Urgencia obstétrica: A la complicación médica o quirúrgica que se presenta durante la gestación, parto o el puerperio, que condiciona un riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materna y perinatal y que requiere una acción inmediata por parte del personal de salud encargado de su atención.

Obstetricia: A la parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio.

Disposiciones generales.

La atención médica que reciban las mujeres en edad reproductiva en los establecimientos para la atención médica públicos, privados y sociales del país, debe ser con enfoque preventivo, educativo, de orientación y consejería.

La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.

En las consultas preconcepcional y prenatal, se debe incluir valoración por el servicio de estomatología.

El examen de valoración debe incluir, una historia clínica completa, realizar exámenes de laboratorio básicos para detectar alteraciones que puedan incrementar el riesgo obstétrico y otorgar elementos educativos para un adecuado control prenatal, embarazo saludable, parto fisiológico y puerperio sin complicaciones, además de los factores educativos que le permitan lograr exitosamente una lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses postparto.

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informarse sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia.

Los establecimientos para la atención médica que brinden atención de urgencias obstétricas deben contar con espacios habilitados, personal especializado, calificado y/o debidamente capacitado para atender dichas urgencias, equipos e instalaciones adecuadas, así como los insumos y medicamentos necesarios para su manejo, además de contar con servicio de transfusión sanguínea o banco de sangre con hemocomponentes y laboratorio para procesamiento de muestras, 24 horas del día todos los días del año.

Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

Durante el embarazo y la lactancia se debe promover que la mujer se abstenga de utilizar sustancias adictivas como tabaco (aún como fumadora pasiva) bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas.

Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería obstétrica, parteras técnicas y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, parto y puerperio, así como proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno de la embarazada a los establecimientos.

Atención del embarazo.

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

- Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada.
- Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial, edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario.
- Identificar antecedentes heredo familiares, personales, patológicos y personales no patológicos.
- Identificar antecedentes de embarazo previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, diabetes gestacional y malformaciones fetales.

- Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico de laboratorio, (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico, con este fin no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.
- Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos.

Regla de Naegele:

Agregar siete días al primer día de la FUM, restar tres meses y añadir un año.

$$(FUM + 7 \text{ días}) - 3 \text{ meses} + 1 \text{ año.}$$

A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto, y en algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

- Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida.
- Identificar los siguientes factores de riesgo para Diabetes Gestacional (DG): Padres con Diabetes Mellitus o familiares en primer grado, antecedentes de DG, edad mayor de 25 años, peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 kg, obesidad igual o mayor que 90kg, pacientes con tamiz alterado, antecedentes de óbito, aborto recurrente, hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.
- Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que presentan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la

exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que pueden tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embrio-fetal, independientemente del periodo gestacional.

- En la atención de la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración.
- Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.
- Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor de 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Exploración física completa que incluya:

Signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional, exploración bucodental, mamaria, auscultación cardiaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardiaca fetal en su caso, así como la toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana, de esta norma. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio:

Biometría hemática completa.

Grupo sanguíneo y factor Rh. En paciente Rh negativo (coombs indirecto).

Glucosa en ayuno y a la hora (poscarga de 50g).

Creatinina.

Ácido úrico.

Examen general de orina; se realiza prueba rápida con tira reactiva en cada consulta prenatal e indicar urocultivo para que en caso positivo se inicie tratamiento bacteriano.

Prueba para laboratorio para detectar sífilis en la embarazada y prevenir sífilis congénita.

La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su

consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializada.

Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando, el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

Por el alto riesgo de morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 42 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicio de salud deben brindar a la embarazada, información clara y veraz y basada en evidencia científica, sobre los diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata.

La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquellas que cursan su primer embarazo, durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia.

Consultas subsecuentes.

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en las consultas subsecuentes deben ser:

- Permitir a la embarazada exponer dudas y síntomas. Aclararle las dudas con lenguaje comprensible y tomar en cuenta todos los signos y síntomas que manifieste.
- Hacer interrogatorio dirigido buscando datos de alarma en el embarazo.
- Identificar signos y síntomas de urgencia obstétrica: Hipertensión arterial, pérdida de la conciencia, convulsiones, epigastralgia, cefalea intensa,

hemorragia transvaginal, palidez intensa, dolor abdominal, fiebre, pérdida transvaginal de líquido o sangre.

- Realizar medición, registro e interpretación de peso, talla, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, crecimiento de fondo uterino, movimientos del feto y frecuencia cardíaca fetal, ultrasonido.
- Realizar interpretación y valoración de los resultados de exámenes de laboratorio y estudios de gabinete solicitados en la entrevista previa. En caso de cualquier anormalidad en los estudios, se debe referir a la paciente con el médico especialista de forma inmediata y en su caso, trasladar al servicio de atención obstétrica de urgencia.
- A todas las mujeres embarazadas se debe realizar la prueba de detección para Diabetes Gestacional (DG) entre las semana 24 y 28 del embarazo, aunque las mujeres con mayor riesgo pueden ser estudiadas desde antes.
- Promover que la mujer embarazada acuda a consulta, de preferencia con su pareja, para que se integre y se responsabilice del control y vigilancia del embarazo, o bien, con algún familiar, para garantizar que alguien de su confianza la apoye en el proceso.
- Promover la lactancia materna exclusiva, excepto en los casos medicamente justificados, entre ellos, el de madre VIH positiva, en los cuales, se recomendará sucedáneos de la leche materna o humana.
- Proveer información completa sobre los métodos anticonceptivos.
- Proporcionar información completa a la embarazada y a sus familiares, sobre signos y síntomas de alarma.

- Proporcionar a la gestante, un carnet perinatal, cartilla o la guía básica para la mujer embarazada, que contenga los siguientes datos; ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecobstetricos, factores de riesgo obstétrico, evolución del embarazo en cada consulta incluyendo; fecha, edad gestacional, peso, presión arterial, fondo uterino, frecuencia fetal, resultados de exámenes de laboratorio, observaciones, resultados de la atención obstétrica, factores de riesgo para embarazos posteriores.
- Proporcionar información que destaque la importancia de signos de alarma durante el embarazo.
- Realizar en cada consulta subsecuente, la búsqueda intencionada de los factores de riesgo y posibles complicaciones.
- Para detectar la restricción del crecimiento intrauterino se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento del incremento del peso materno, altura del fondo uterino y del estudio ultrasonográfico, realizando preferentemente en etapas tempranas del embarazo (antes de las 20 semanas de gestación).

En la valoración de inicio del trabajo de parto verdadero, se debe interrogar sobre la percepción de contracciones uterinas dolorosas, su intensidad y frecuencia, así como sobre la expulsión mucosidad, líquido o sangre a través de los genitales, se deben tomar signos vitales, presión arterial, temperatura, efectuar palpación abdominal, medición de la altura uterina, presentación fetal, así como tacto vaginal para evaluar: Presentación, variedad de posición, grado de encajamiento y

proporción céfalo pélvica, dilatación, borramiento y posición del cuello uterino, además de evaluar características de membranas amnióticas.

La inducción y conducción del trabajo de parto, así como la ruptura artificial de las membranas, se debe realizar según el criterio médico, basado en evidencias y con atención personalizada previa información y autorización de la paciente, mediante el consentimiento informado.

Las contracciones uterinas se deben monitorear cada 30 a 60 minutos por periodos de 10 minutos con la mano extendida sobre el abdomen materno, sin presionar. La frecuencia cardíaca fetal debe auscultarse antes, durante y después de las contracciones y se sugiere un control cada 30 a 45 minutos. La basal se tomará entre contracciones son valores normales 120 a 160 latidos por minuto. Valores entre 100 a 119 latidos por minuto señalan bradicardia y valores por arriba de 160 latidos por minuto indican taquicardia, ambos signos de hipoxia leve.

El registro e interpretación de los signos vitales (pulso, presión arterial, temperatura y frecuencia respiratoria) deben hacerse cada dos horas, de acuerdo a las condiciones clínicas de la paciente.

Durante el periodo expulsivo, no debe realizarse la maniobra de Kristeller ya que los riesgos para la madre y el feto son elevados. (MORALES, 2016)

1.3 Programas Nacionales de Salud Perinatal.

En el informe 2012 de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), la muerte materna en los últimos 20 años muestra menor progreso que el resto de metas, siendo que en todo el mundo disminuyó un 49% (400 muertes por cada 100 000 niños nacidos vivos en 1990, a 210 en 2010); esta reducción está muy lejos de la meta establecida para la ODM.

La Razón de Muerte Materna (RMM) observada en países en desarrollo (240 muertes por 100 000 nacidos vivos) es 15 veces mayor que la que presentan los países desarrollados. Esta enorme diferencia ha sido llamada “la mayor desigualdad de todas las estadísticas de salud pública” desde esta perspectiva, para avanzar en la reducción de la muerte materna, se requiere avanzar en el logro de la igualdad de género.

Uno de los temas más sensibles en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en México ha sido el cuidar y mejorar la salud de las madres y su crianza, en especial en grupos en situación de desventaja social. Durante muchos años la salud materna y perinatal ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes y, aun así, existen necesidades no satisfechas de prevención y atención.

La salud materno-paterno-infantil, constituye un trinomio de interacción y complementación, entre los individuos y su entorno, cuyo objetivo es básico en el desarrollo del curso de la vida, es donde descansa la reproducción biológica y

social del ser humano, condición esencial del desarrollo de las familias y un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

Ha sido ampliamente documentado que los problemas de salud constituyen uno de los principales factores que conducen a las familias al empobrecimiento o las mantienen en esa condición. En el caso de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, sus efectos son devastadores, debido a que la madre juega un papel estratégico en la reproducción social, por lo que su ausencia temporal o permanente disminuye o elimina sus contribuciones económicas, sociales y afectivas al hogar y a la sociedad, a la vez que la supervivencia y la educación de sus hijos se ven seriamente amenazadas. La salud infantil, por su parte, representa un activo fundamental porque incide en buena medida en las capacidades y recursos iniciales de las nuevas generaciones de mexicanos, con implicaciones tanto en las trayectorias de vida de los individuos, como en el potencial de desarrollo de la propia sociedad y de la patria.

El programa es el instrumento de la política nacional de salud con el que se busca contribuir al cumplimiento de dos de los ocho ODM que el Gobierno de México hizo suyos, junto con 189 países más, al adoptar la Declaración del Milenio en el año 2000. Los ODM establecen metas ambiciosas, para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años y en el mejoramiento de la salud materna. En el primer caso, el programa espera reducir la mortalidad neonatal, la cual concentró en nuestro país el 60% de las muertes infantiles en el año 2005; reportes internacionales refieren que la contribución por esta causa es del 36% del total de las defunciones de menores de

5 años en los países en desarrollo en el año 2004. Por otra parte, el programa es estratégico en la meta contemplada en los ODM de reducir la RMM en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. Los logros recientes en la disminución de la mortalidad materna, aunque relevantes, se han dado a un ritmo más lento que el requerido para alcanzar esa meta, al registrar, por ejemplo, durante el primer cuatrienio del siglo XXI, un descenso promedio anual del Riesgo de Muerte Materna (RMM) es ligeramente menor del 4%, cuando se requiere al menos, una disminución sostenida de 5% anual en promedio en ese indicador. Ante este escenario, resulta imperioso redoblar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios médicos, mejorando su organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir las disparidades sociales que persisten en esta materia.

Reducir sustancialmente la muerte materna y neonatal prevenible en México, debe de ser conciencia de un desafío, donde todos participemos en una alianza nacional para acelerar la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El PAE de Salud Materna y Perinatal, ha sido diseñado para contribuir, apoyar y acompañar a las mujeres para ampliar las capacidades y oportunidades de cursar el embarazo sano, el parto respetuoso y el puerperio seguro, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud, con pleno respeto a la diversidad cultural y al ejercicio de sus derechos, apoyando su proyecto de vida. El objetivo principal del programa es que las mujeres puedan ejercer sus derechos reproductivos en el

curso de la vida, particularmente los relacionados a la salud materna y perinatal, y promover el derecho a la salud de toda persona desde antes del nacimiento, con énfasis en el desarrollo del recién nacido sano y la prevención de defectos al nacimiento, ya sean congénitos y/o genéticos.

Atención a la salud pregestacional.

La atención pregestacional se refiere a un conjunto de intervenciones que tienen como objetivo identificar riesgos biomédicos, conductuales y sociales antes de la gestación, en el primero o en un nuevo embarazo y permitir la continuación, con una intervención oportuna, diseñadas para optimizar la efectividad y exitosamente implementadas para modificar factores de riesgo antes del embarazo y reducir la probabilidad de los efectos nocivos para la mujer, el feto y el recién nacido a través de la prevención y la gestión, lo que implica:

- La evaluación de riesgos.
- Estilo de vida.
- Las intervenciones médicas y psicosociales.

Acceso y atención prenatal de calidad.

La confirmación temprana del embarazo es muy importante para llevar a cabo el programa de vigilancia de la salud materno-fetal con intervenciones que reducen o mitigan los factores de riesgo. Esto incluye tamizaje temprano para enfermedades concomitantes, como ETS, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y diabetes gestacional entre otras. La atención prenatal integral y efectiva, de acceso universal a toda mujer que lo requiera bajo condiciones de vulnerabilidad, etnia, cultura, edad y marginación, conceptualiza, en gran medida los resultados del parto, como consecuencia de lo ocurrido durante el embarazo, pero no como resultado de las trayectorias de desarrollo general y los determinantes de salud y sociales de todo el período de vida de la madre y el padre y ofrece una única oportunidad de identificar los riesgos acumulativos e intervenir sobre la base de acciones efectivas e integrales, en forma ordenada durante los tres trimestres del embarazo. Es conveniente tener la historia clínica implementada como soporte en el seguimiento del embarazo, la detección de factores de riesgo, su atención oportuna y efectiva para favorecer la calidad de la atención, embarazo saludable y el parto seguro.

Las recomendaciones para incluir intervenciones específicas integrales en la clínica prenatal, adicionan componentes de la atención previa al embarazo, es un proceso basado en la revisión sistemática, la evidencia sobre la efectividad comparativa de las diferentes intervenciones que faltaban, así como, los mecanismos de entrega más eficaces para una aplicación metódica, que permiten

una mejor atención, seguimiento y un embarazo saludable, un parto seguro y un recién nacido con un futuro más prometedor.

La atención efectiva e integral debe iniciar idealmente antes de la semana 12 de gestación para la identificación temprana de factores de riesgo, favorecer el seguimiento del embarazo de bajo riesgo y organizar las intervenciones de atención, por lo menos, en cinco consultas.

Atención del parto y puerperio seguro y respetuoso.

El modelo de atención obstétrica en México se ha sustentado en manuales de atención, lineamientos, la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación de servicios y guías clínicas nacionales e internacionales donde se describen acciones y procedimientos para la adecuada atención obstétrica, para obtener un embarazo y un parto saludable y seguro, así como la atención de algunas complicaciones y de la emergencia obstétrica, todo basado en evidencia científica.

Dentro de los aspectos prioritarios se involucra a la embarazada con el conocimiento de signos y síntomas de alarma y el seguimiento del plan de seguridad para acudir al sitio de resolución del embarazo; la atención por personal calificado; la priorización de riesgos y de la urgencia de atención a la llegada de la mujer en trabajo de parto a la unidad (triage) y la integración de un equipo de respuesta inmediata a la emergencia obstétrica con el apoyo de la infraestructura adecuada.

Atención integral del neonato.

El modelo actual de atención y vigilancia de la salud del recién nacido se encuentra sustentado en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, actualmente NOM-007 SSA2- 2016 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, y la Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, Para la prevención y control de los defectos al nacimiento.

En este contexto la atención del recién nacido vivo implica asistencia en el momento del nacimiento, así como su control a los 7 y 28 días, observando los siguientes parámetros:

- a) Reanimación neonatal.
- b) Manejo del cordón umbilical.
- c) Prevención de enfermedad hemorrágica del recién nacido y oftalmopatía purulenta.
- d) Identificación del recién nacido con riesgo y de defectos al nacimiento.
- e) Inmunizaciones.
- f) Nutrición y apego.

- Recién nacido prematuro.

Las instituciones de salud deben promover que la atención de la amenaza de parto pretérmino, el recién nacido prematuro y la restricción del crecimiento intrauterino se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel o por personal especializado. Como estrategias para la atención de los recién nacidos prematuros, el Centro Nacional ha promovido la capacitación para el uso de surfactante pulmonar para la atención de los recién nacidos prematuros con riesgo de síndrome de dificultad respiratoria en unidades de segundo nivel de atención, y la elaboración del lineamiento técnico para la detección oportuna y manejo de la retinopatía del prematuro.

Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre las 48 horas y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, en apego al lineamiento técnico de Tamiz Neonatal, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Seguimiento de los Errores Innatos del Metabolismo.

- Recién Nacido con Peso Bajo

La atención de estos recién nacidos promueve que sean alimentados con leche materna impulsando la creación de "bancos de leche" materna en las instituciones donde se hospitalizan niños de pretérmino que no pueden ser alimentados por la madre, en forma adicional. De fundamental importancia es la capacitación y entrenamiento de los padres sobre los cuidados domiciliarios del recién nacido de peso bajo.

Atención Preventiva Integrada a la Salud Materna y Perinatal en la Atención Primaria.

Con base en las disposiciones de la Ley General de Salud, el Programa se incorpora para llevar a cabo la atención médica integrada de carácter preventivo en la salud sexual y reproductiva, que lleve a una cultura de prevención, y que permita cumplir con el preámbulo a una gestación segura, para ello el abordaje en la línea de vida de mujeres y hombres se integra en la atención desde la etapa pregestacional con el objeto de cuidar la salud, detectar factores de riesgo que puedan ser corregidos o manejados y se logre un embarazo saludable, parto y puerperio seguros y un recién nacido sano.

Aborto seguro.

A pesar de los grandes avances en la medicina y en la segunda década del siglo XXI, se estima que cada año en el mundo se realizan 22 millones de abortos en forma insegura, lo que produce la muerte de alrededor de 47,000 mujeres y discapacidades en otras 5 millones de mujeres. Un gran número de estas muertes y discapacidades podrían haberse evitado a través de la educación sexual, la planificación familiar, el acceso al aborto inducido en forma legal y sin riesgos, y a la atención inmediata y segura de calidad de las complicaciones del aborto, con respeto y sin discriminación. (Salud, Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 2013-2018., 2016)

CAPITULO II.

ATENCIÓN PRENATAL.

2.1 Concepto.

El periodo transcurrido desde la consulta periconcepcional hasta el trabajo de parto y parto constituye para la mayoría de las mujeres la más grande transición de tipo psicológico de su vida. Durante esos meses el obstetra, el médico familiar o la enfermera tienen una participación mucho mayor, su función no solo es la de asesorar a la madre en beneficio de su salud y la del feto, también de aconsejarla, indicar intervenciones, tratar de modificar su conducta y ayudarla en ese proceso psicológico que constituye todo un reto.

Durante los tres trimestres del embarazo una mujer debe crear nuevos aspectos de identidad. Su autoimagen experimenta una sensación adicional de feminidad, ahora también debe desarrollar un auto concepto materno.

El obstetra ayuda a la madre de diversas maneras en esa transición y al mismo tiempo vigila la seguridad física de ambos (madre y feto). Muchos aspectos de la atención prenatal han evolucionado, desde su papel original de promoción de la salud hasta las tradiciones rituales que han adquirido valor simbólico en el auxilio de las mujeres y sus familias para adaptarse a esas transiciones psicológicas.

El énfasis actual concedido a la atención prenatal se originó en una revisión de historiales clínicos y un análisis retrospectivo que llevaron a concluir de quienes

reciben atención prenatal padecen menos morbilidad y mortalidad fetal, infantil y materna. (DR.Jorge, 2006)

2.2 La atención prenatal, el tratamiento del embarazo tiene como objetivos:

La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétrico y circunstancias patológicas irrecurrentes en el embarazo y el periodo puerperal.

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

Oportuna:

Debe de iniciarse antes de la semana 12 de la gestación, incluso desde la sospecha de embarazo para la identificación temprana de factores de riesgo.

Periódica:

En los embarazos de bajo riesgo, en donde no existan condiciones patológicas interrecurrentes, se deben demandar/recibir un mínimo de cinco consultas: la primera en el primer trimestre, la segunda y tercera en el segundo trimestre y una consulta mensual en el tercer trimestre. Cuando se trate de embarazos de riesgo, el número de consultas se ajustaran de acuerdo a los factores de riesgo detectados, y la presencia de complicaciones individualizando la atención en cada caso.

Completa:

Deberá incluir acciones y estrategias de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La atención será universal, es decir se deberá proporcionar a todas las mujeres embarazadas con el fin de reducir los índices de morbimortalidad materna y perinatal.

La normatividad oficial establece que a toda mujer que curse con embarazo de bajo riesgo se deben de otorgar cinco consultas prenatales 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:

Historia clínica perinatal base: Es un instrumento que permite documentar la evolución de la gestación y los acontecimientos obstétricos del recién nacido en el periodo neonatal temprano; este instrumento es esencial para definir o clasificar el nivel de riesgo obstétrico.

Carnet perinatal: Es un instrumento empleado para la referencia y contrareferencia 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 la 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 del peso corporal de la mujer de acuerdo con la edad gestacional. La aparición de

complicaciones de factores de riesgo en cada caso particular deberán de señalarse tanto en el expediente como en el carnet perinatal los cuales deberán ser marcados e identificados (SELLO) como EMBARAZO DE RIESGO en las unidades de atención de la Secretaría de Salud y notificar en la Jurisdicción Sanitaria para su vigilancia y su seguimiento cuando se refiera a la usuaria a otro nivel de atención. (Salud, 2000) (Salud, atención de la mujer durante el embarazo parto y puerperio., 2000)

Objetivos:

- Asegurar tanto como sea posible un embarazo sin complicaciones y el nacimiento de un feto saludable.
- Identificar, establecer y detectar la atención de cualquier estado de riesgo.
- Individualizar el nivel de la atención necesaria.
- Ayudar a la embarazada en su preparación para el trabajo de parto, el parto y la crianza.
- Reforzar los buenos hábitos de salud para la paciente y su familia.

Hay que reconocer que para alcanzar estos objetivos ideales se requiere un abordaje organizado y cuidadoso. Para obtener la efectividad máxima, la atención prenatal comienza antes de la concepción. (BENSON, 2004) (DeCherney., 2007)

La atención prenatal incluye los siguientes objetivos para las mujeres embarazadas:

- Suministro de atención preventiva primaria y continúa de la salud.

- Mantener o incrementar la salud materna y la capacidad de autocuidado para mejorar la propia imagen antes, durante y después del embarazo.
- Reducir el riesgo de mortalidad y morbilidad maternas y también de intervenciones innecesarias en el embarazo.
- Disminuir los riesgos de salud antes de embarazos subsecuentes y más allá de los años fecundos.

Los objetivos de la atención prenatal para el feto son los siguientes:

- Reducir el riesgo de nacimiento antes de término, anomalías congénitas y RCIU.
- Favorecer la salud fetal y disminuir la necesidad de hospitalización prolongada después del nacimiento.
- Promover el crecimiento y desarrollo saludable. (DR.Jorge, 2006)

2.3 Reunión con la gestante y sus familiares.

Las consultas prenatales constituyen una oportunidad para promover la participación de toda la familia en el proceso gestacional, incluidos el padre. Por lo tanto, una parte importante de la visita prenatal consiste en analizar la situación con la mujer, su pareja, familia, e intercambiar preguntas y respuestas, generar confianza y brindar educación. El contenido exacto de estas reuniones varía de una visita a otra. Es benéfico reafirmar la importancia de las conductas sociales apropiadas, como interrumpir el hábito de fumar, al igual que la evaluación periódica de los sistemas de apoyo social y ayudar en las labores del hogar tanto ahora como después del parto. (MORALES, 2016)

2.4 Atención primaria y preconcepción.

Lineamientos.

La atención en mujeres en edad reproductiva para satisfacer todos los criterios de atención primaria antes de la concepción y durante el embarazo debe ser integral y accesible, enfocarse en la mayor parte de las necesidades de cuidado de la salud personal. El cuidado del embarazo forma parte de una atención primaria continua en una relación prolongada con el equipo de salud a cargo.

- La primera consulta puede ser preconcepcional o cuando ya tuvo lugar a gestación, en ambos casos el contenido de la visita es el mismo. Cuando la persona recibe atención en una consulta preconcepcional no es necesario referirse a muchos de los aspectos que se analizarán cuando ocurra el embarazo. (DR.Jorge, 2006)

Contenido de la visita preconcepcional

La visita anterior a la concepción es una consulta de atención primaria enfocada en una mujer que planea embarazarse en un futuro cercano. El contenido de la visita en este intervalo incluyen un historial clínico y examen físico, evaluación de riesgo e intervención, pruebas de laboratorio seleccionadas con base en la edad de la persona y los resultados de evaluaciones anteriores, control actual de enfermedades médicas y un plan de atención. Es apropiado efectuar un análisis orientado de anticoncepción, prevención de afecciones transmitidas por vía sexual y estimar el momento de la concepción. Completa la visita, la administración oportuna de las inmunizaciones de rutina, orientación educativa y consejo. (MORALES, 2016)

CAPITULO III.

HISTORIA CLÍNICA PRENATAL.

3.1 Información General.

Registrar el nombre correcto de la paciente, su domicilio, fecha de nacimiento, numero (s) telefónico(s), persona alternativa a la cual llamar en caso de urgencia. (BENSON, 2004).

3.2 Antecedentes de embarazos previos.

Para cada gestación se registra la duración, el tipo de terminación, las complicaciones, el resultado y el seguimiento. Si de esos embarazos se obtuvo un niño vivo, se registra el sexo y el estado actual de bienestar. Los antecedentes reproductivos individuales casi siempre se registran con las definiciones siguientes:

Gravidez (G): Es la cantidad total de embarazos, incluso embarazos intrauterinos normales y anormales; abortos, embarazos ectópicos y molas hidatidiformes. Los embarazos múltiples se cuentan como sola una experiencia.

Paridad (P): Es el nacimiento de un feto mayor de 500g, vivo o muerto. Cuando se desconoce el peso, se utilizan las 24 semanas de gestación como límite. El embarazo múltiple también se cuenta como un solo fenómeno.

Aborto (A): Es un embarazo que termina antes de las 24 semanas o en el que el feto pesa menos de 500 g.

Niños vivos (V): Expresa el resultado exitoso de un embarazo.

Por convención, esto puede escribirse así: G (número), P (número), A (número), NV (número) o abreviarse aún más con una serie de números en el orden descrito.

3.3 Antecedentes médicos y quirúrgicos.

Se registran todas las alergias y sensibilidades farmacológicas, los medicamentos, las enfermedades importantes y las transfusiones sanguíneas.

Se listan (con fechas) todas las intervenciones quirúrgicas y lesiones graves, con sus resultados. Deben incluirse estudios de fertilidad detallados. En cuanto a las operaciones cesáreas se escribe el tipo de la incisión uterina, la prueba de trabajo de parto y los problemas quirúrgicos especiales o las complicaciones postoperatorias.

3.4 Antecedentes familiares.

Se listan los trastornos médicos, genéticos y psiquiátricos que pudieran afectar a la paciente o a su hijo por ejemplo; diabetes, cáncer, y enfermedad mental. A menudo un árbol genealógico de tres generaciones es revelador.

3.5 Aspectos psicosociales.

Se identifican las reservas o referencias, así como los temores que manifiesta la paciente. ¿Es un embarazo deseado? Mediante la exploración de las aéreas siguientes se obtiene información importante: su comodidad con el embarazo, atención prenatal, atención con el trabajo de parto temprano, apoyo personal durante el trabajo de parto y el parto, anestesia, parto, intervención quirúrgica,

puerperio inmediato, atención del hijo, otras hospitalizaciones y su respuesta al hecho de tener hijo.

3.6 Historia del embarazo actual.

Se investiga la fecha de última menstruación (FUM) y el periodo menstrual previo, luego se calcula la fecha probable de parto. Además se registra lo siguiente:

- Síntomas, signos y problemas actuales.
- Cualquier infección, medicamentos, lesiones, posible exposición a riesgos tóxicos para el feto, sobre todo los que ocurrieron durante el embarazo actual.

Antecedentes menstruales:

- Edad menarca.
- Intervalo entre periodos.
- Duración, cantidad de flujo.
- Dismenorrea.
- Leucorrea.
- Anticoncepción; método, duración, aceptación o razón para terminarla.

3.7 Interrogatorio y exploración física.

Un interrogatorio y una exploración física completos en una etapa temprana del embarazo establecen la base para el diagnóstico y el tratamiento de trastornos que pueden comprometer el embarazo.

Realizar una exploración física completa, con énfasis especial en los órganos reproductivos y los sistemas que más se afectan por el embarazo. Debe registrarse la exploración de la cabeza, los oídos, la nariz y la faringe. Es obligatorio hacer una auscultación cuidadosa del corazón y los pulmones. Con frecuencia las enfermedades graves se descubren durante una exploración física obstétrica por ejemplo; anemia, tuberculosis y tumores mamarios.

- **Examen general.**

Se registran los signos vitales, incluso presión sanguínea, el pulso y la frecuencia respiratoria. Se anota peso, talla, constitución corporal y estado nutricional. Se valora lo siguiente:

Piel y pelo. A menudo los trastornos metabólicos (como hipotiroidismo).

Boca. Valorar la higiene bucal (se alienta a la paciente para que visite a su dentista en forma profiláctica).

Cuello. Se buscan masas anormales o linfadenopatía. Se espera cierto crecimiento fisiológico difuso de la glándula tiroides en cerca de 60% de las pacientes embarazadas.

Mamas. Realizar una exploración cuidadosa. Debe ponerse atención especial en los pezones. Es un buen momento para iniciar una discusión respecto al amamantamiento. Es necesario recordar a la paciente que continúe sus exploraciones mamarias mensuales.

Abdomen. Se considera en especial lo siguiente:

El contorno, la altura (centímetros por arriba de la sínfisis del pubis) y la consistencia del fondo uterino y su relación con otros órganos y puntos de referencia. Se registra la localización del corazón fetal y su referencia.

Deben de identificarse los órganos abdominales palpables y detectarse anomalías o masas extrañas. Esto incluye hernias.

Extremidades. Se observa el desarrollo, la deformidad y la restricción del movimiento de piernas, brazos y espalda. Es preciso explicar y tratar las varicosidades y el edema si es necesario.

Exploración pélvica. Puede realizarse una exploración por pasos en cualquier momento antes del término, pero es mucho más significativa en una etapa temprana del embarazo.

Cérvix y útero. Cerca del término es indispensable notar, la consistencia, la posición, el grado de borramiento y la dilatación del cérvix.

Masas pélvicas. Es necesario distinguir entre los tumores ováricos y de otros órganos pélvicos o retroperitoneales. Un estudio ultrasonográfico es útil. (Martin L.Pernoll, 1989.)

3.8 Pruebas de laboratorio.

Es obvio que las pruebas de laboratorio deben individualizarse para cada paciente. La siguiente es una lista de las pruebas que se solicitan con más frecuencia para una embarazada normal. Deben realizarse lo más pronto y ciertas pruebas se repiten a las 24 a 48 y 32 a 36 semanas de gestación.

- Biometría Hemática Completa.
- Prueba serológica para sífilis (VDRL o STS).
- Grupo sanguíneo y factor Rh (a las embarazadas con Rh negativo y sin sensibilización debe hacerse otra determinación de anticuerpos después de las semanas 12 y 24 para descubrir la isoimmunización.
- Pruebas de anticuerpo contra rubeola (en caso que la madre tenga antecedentes previos)
- Debe obtenerse una cuantificación de fetoproteína alfa sérica o una detección alternativa de defectos congénitos antes de las 16 a 18 semanas cuando es más precisa para la detección de defectos en el tubo neural.
- Análisis y cultivo de orina.
- Frotis de Papanicolaou.
- Cultivo cervical para neisseria gonorrhoeae y la detección adecuada de otras enfermedades de transmisión sexual sospechadas. (Rico., 2013.)
(Alonso., 2002.)

3.9 Signos de alarma.

La evaluación de riesgos en evolución exige educar a la paciente acerca de los signos y síntomas del trabajo de parto. Se justifica proporcionar una lista de signos de alarma entre ellos los siguientes:

- Hemorragia vaginal.
- Salida de líquido por la vagina.
- Dolores rítmicos similares a calambres con frecuencia mayor de seis por hora.
- Dolor abdominal de naturaleza prolongada o creciente.
- Fiebre o escalofrío.
- Sensación de quemadura durante la micción.
- Vómitos prolongados con incapacidad para mantener líquidos o sólidos durante más de 24 horas.
- Cefalea intensa continúa, trastornos visuales o edema generalizado.
- Disminución pronunciada de la frecuencia o la intensidad de los movimientos fetales.

3.10 Evaluación de riesgos.

Estos riesgos son de varias clases y se describen en las secciones siguientes.

- Factores inalterables:

Son factores preexistentes y no pueden modificarse en el presente de ningún modo mediante la intervención clínica. Estos factores figuran estatura, edad, historial, reproductivo, etnia, nivel educativo, nivel socioeconómico y composición genética de la paciente.

- Factores que se benefician de una intervención temprana:

Las enfermedades que se deben o se pueden modificarse antes del embarazo incluyen nutrición deficiente, índice de masa corporal, por debajo por el peso normal u obesidad y enfermedad médica mal controlada, como diabetes mellitus, asma, epilepsia, hipertensión y enfermedad tiroidea.

Si la paciente se administra algún medicamento, teratógeno conocido debe suspenderse y llevar a cabo las sustituciones apropiadas.

- Factores sociales y riesgo:

Se debe interrogar a la paciente acerca de peligros ocupacionales que implican exposición a tóxicos, como el plomo, mercurio y otras partículas de metales pesados, así como solventes orgánicos (líquidos y vapores).

Es importante identificar riesgos en el hogar como exposición a toxoplasma o sustancias químicas tóxicas (asbestos, plaguicidas).

La violencia familiar es un peligro en particular importante en casa y debe realizarse una valoración abierta, sin emitir juicios de valor. Algunos estudios han sugerido que un cuestionario escrito, además del interrogatorio oral, permite una mejor identificación del abuso doméstico.

Hábitos peligrosos para la salud.

El uso de fármacos ilícitos o el abuso del alcohol representan un peligro significativo para la salud durante el embarazo. Se sabe que el alcohol es teratógeno, por lo tanto, el mejor consejo para las mujeres que desean embarazarse es el abandono de la bebida.

El tabaquismo del cigarrillo se vincula con resultados adversos del embarazo e incluyen bajo peso al nacer, parto prematuro y muerte perinatal. Debe evitarse el tabaquismo de la madre y los miembros del ambiente familiar durante el embarazo y, de preferencia no reanudarse después del parto. El riesgo relativo de retraso del crecimiento intrauterino (RCIU) entre mujeres fumadoras embarazadas se ha calculado de 2.2 a 4.2%.

Otras conductas que deben omitirse son la exposición a enfermedades transmitidas por vía sexual y otros padecimientos infecciosos. Esto incluye coito sin protección en una relación no monógama y compartir agujas hipodérmicas. (MORALES, 2016) (Castro., 2006)

3.11 Contenido de las visitas prenatales y subsecuentes.

Los objetivos de cada visita prenatal son actualizar el historial clínico, revisar el crecimiento del feto y la salud materna, evaluar riesgos e identificarlos , ordenar intervenciones según se requiera, recopilar y registrar datos actualizados en una base de datos y educar, orientar y apoyar a la paciente y a su familia. (DR.Jorge, 2006)

Primera visita prenatal.

Representa la primera evaluación detallada de la mujer embarazada. Para mujeres que no cuentan con el beneficio de una visita integral antes de la concepción, las visitas prenatales deben iniciarse tan pronto como se identifica el embarazo.

Deben recopilarse datos de identificación, antecedentes menstruales y expediente del embarazo. Se consignan antecedentes médicos, quirúrgicos e historial social junto con los síntomas de embarazo. Hay que llevar a cabo una detección genética enfocada, obtener una historia de enfermedades infecciosas y evaluar los estados de riesgo. (MORALES, 2016)

Procedimientos en la primera visita obstétrica:

- Se proporcionan instrucciones por escrito respecto a la atención prenatal, un folleto explicativo y referencias bibliográficas.
- Se prescriben los medicamentos necesarios.
- Se arregla una cita para la primera visita subsiguiente.

- Se pide a la paciente que traiga una muestra de la primera orina de la mañana en cada visita subsiguiente.
- Se solicitan pruebas de laboratorio. (BENSON, 2004)

Secuencia y frecuencia de las visitas. Promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo 5 consulta prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 8 semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo atendiendo al siguiente calendario:

1ª Consulta: entre la 6 – 8 semanas.

2ª Consulta: entre 10-13 semanas.

3ª Consulta: entre 16 – 18 semanas.

4ª Consulta: 22 semanas.

5ª Consulta: 28 semanas.

6ª Consulta: 32 semanas.

7ª Consulta: 36 semanas.

8ª Consulta: entre 38 – 41 semanas. (MORALES, 2016)

Visitas y exploraciones prenatales.

Se planean visitas mensuales de la paciente hasta la semana 32, cada dos semanas hasta la semana 36 y después visitas semanales hasta el parto. Se programan consultas más frecuentes si surgen complicaciones.

Procedimientos esenciales en cada visita:

- Debe mantenerse un registro continuo del progreso del embarazo desde la visita inicial hasta el parto. Incluye síntomas, signos, hábitos, contactos o exposiciones a enfermedades, medicamentos y resultados de pruebas de laboratorio. Además los elementos siguientes constituyen la estructura usual de las visitas prenatales.
- Preguntar a la paciente respecto a su salud general y cualquier molestia.
- Pesar a la paciente y registrar el peso.
- Registrar la presión sanguínea de la paciente.
- Examinar una muestra de orina para cuantificar proteína y glucosa. Si hay glucosuria importante (2+) realizar pruebas para detección de intolerancia a los carbohidratos. La detección consiste en una carga oral con 50 g de glucosa y cuantificación de 1 h después o medición de glucosa en ayuno con una determinación postprandial después de 2 horas. Si los resultados de estas pruebas son anormales, se solicita una prueba de tolerancia la glucosa. Los resultados repetidos con más de 1+ de proteinuria o la presencia de síntomas urinarios obligan a tomar una muestra limpia de orina para cultivo y estudio microscópico. Si la cuenta bacteriana es mayor a 100 000 colonias / ml, se prescriben los antibióticos adecuados. Se programa un nuevo cultivo urinario.
- Palpar el abdomen. Medir y registrar la altura del útero por arriba de la sínfisis. Registrar el latido cardiaco fetal y cualquier detalle anormal. Después de la semana 28, determinar la presentación del feto. Además de

estas medidas, desde la semana 32 en adelante se registra la posición del feto, el encajamiento de la parte de la presentación y una estimación del peso fetal.

- Cuando la fecha estimada de parto, calculada con base en la FUM, no se apoya con los hallazgos físicos, se utiliza el ultrasonido para detectar anomalías en el desarrollo fetal establecer edad gestacional o retraso en el crecimiento. (BENSON, 2004)

La posición fetal se evalúa al aplicar las maniobras de Leopold. Estas se inician a la mitad del embarazo cuando las partes del cuerpo fetal se identifican con mayor claridad. Las maniobras se llevan a cabo en cuatro pasos; los tres primeros se efectúan con el examinador de pie a un lado y frente a la cabeza de la paciente y el cuarto con el examinador frente a los pies de la paciente.

La primera maniobra responde a la pregunta “¿Qué parte del feto ocupa el fondo uterino?”. El examinador palpa el área del fondo uterino y establece la diferencia entre la porción firme e irregular de las nalgas y la porción dura y redonda de la cabeza.

La segunda maniobra contesta la pregunta “¿en qué lado se encuentra la espalda del feto?”. Se colocan las palmas de las manos sobre ambos lados del abdomen. En un lado se percibe la cresta lineal continua de la espalda en tanto que el otro lado contiene áreas comprensibles y partes nodulares.

La tercera maniobra debe dilucidar “¿qué parte del feto se sitúa sobre el orificio de entrada de la pelvis?” Se aplica una sola mano examinadora justo por arriba de la

sínfisis. El tercer dedo de la mano sujeta la parte fetal que sobresale de la sínfisis. Si la cabeza no está encajada es fácil reconocerla como un objeto redondo y duro, que a menudo puede desplazarse hacia arriba. Después del encajamiento se puede sentir la parte posterior de la cabeza o un hombro como una prominencia relativamente fija. En la presentación de nalgas la forma irregular y nodular de las nalgas se percibe en continuidad directa con la espalda del feto.

La cuarta maniobra debe responder “¿en qué lado se halla la prominencia cefálica?” Esta maniobra sólo puede efectuarse cuando la cabeza está encajada; si la cabeza está flotante la maniobra es inaplicable. El examinador se pone frente a los pies de la persona y coloca las manos, cada una sobre uno de los lados del útero, justo arriba del orificio de entrada de la pelvis. Cuando se ejerce presión en dirección del orificio de entrada pelviano, una mano puede descender más que la otra. La parte del feto que impide el descenso de la mano a mayor profundidad se denomina prominencia cefálica. (DR.Jorge, 2006)

3.12 Embarazo de término.

El término o la madurez fetal a las 37 a 40 semanas es el periodo en el que el neonato tiene la máxima probabilidad de supervivencia.

El término total (madurez ideal) se alcanza a las 40 semanas de gestación. Entonces la probabilidad de supervivencia es cercana a 99%. (BENSON, 2004)

CAPITULO IV.

CUIDADOS PRENATALES.

4.1 Nutrición.

Los objetivos de la evaluación y consejo nutricional son efectuar, de acuerdo con la paciente, un análisis de los riesgos de la nutrición materna, establecer un aumento ponderal total y un plan dietético apropiado desde el punto de vista étnico que satisfaga el estilo de vida de la persona.

Los principios de una buena nutrición son la relación lineal positiva que existe entre aumento de peso materno y el peso del recién nacido y el índice de masa corporal (IMC) de la mujer antes del embarazo que puede afectar el peso fetal, sin importar cuál sea la ganancia ponderal de la madre del embarazo. En conjunto el peso inicial y el aumento de peso tienen un impacto sobre el RCIU y bajo peso al nacer, sin embargo, para una mujer de peso y nutrición normales la relación entre un mal incremento de peso y la restricción de crecimiento fetal puede ser incidental, no de causa y efecto.

Durante los trimestres primero y segundo, la mayor parte del peso ganado refleja crecimiento materno, sobre un incremento del agua corporal total, en tanto que el crecimiento fetal es más rápido en el último trimestre durante el cual el peso del feto casi se triplica.

4.2 Dieta materna y alimentos restringidos.

La dieta debe ser equilibrada con alimentos de todos los grupos alimenticios básicos. Los elementos específicos de una dieta varían de manera considerable según sean la preferencia de la persona, patrones de alimentación familiar y antecedentes culturales y étnicos. Los mayores requerimientos nutricionales durante el embarazo reflejan las necesidades para el crecimiento del feto y también las necesidades fisiológicas maternas.

4.3 Suplementos y vitaminas.

Es necesario administrar calcio complementario durante el embarazo para cubrir las necesidades fetales y conservar las reservas maternas de calcio.

Durante el embarazo se requieren complementos de hierro para el feto y para prevenir el agotamiento de las reservas maternas, sobre todo durante la parte final de la gestación. Por lo general el hierro es el único mineral que debe prescribirse 30 a 60 mg de hierro elemental o 300mg de sulfato ferroso dos veces al día. Una mujer embarazada que consume cantidades adecuadas de alimentos frescos bien preparados no requiere otros complementos vitamínicos o minerales.

Las pacientes que no comen bien se benefician con los complementos de folato. Una dosis oral de 0.8 mg diarios de ácido fólico es un complemento dietético benéfico para la mayoría de las embarazadas.

Alimentos restringidos.

Las restricciones dietéticas y el ayuno crónico en una mujer por lo demás saludable pueden producir crecimiento fetal menor del óptimo.

Existen datos limitados acerca de estos trastornos en el embarazo, pero las mujeres anoréxicas, en particular, ponen el feto en peligro. Las mujeres bulímicas pueden sufrir desequilibrio electrolítico.

En Estados Unidos, muchas mujeres embarazadas no ingieren una dieta óptima debido a la pobreza y falta de dinero para comprar alimentos. Es apropiado interrogar a mujeres de bajo nivel económico acerca de sus recursos y referirlas a programas sociales.

4.4 Ejercicios.

En muchas mujeres el ejercicio físico es una rutina de sus actividades de la vida diaria. La mujer saludable normal puede continuar un régimen de ejercicio moderado durante todo el embarazo. Además, los estudios también demuestran que las mujeres pueden aumentar sus niveles de salud durante el embarazo sin presentar problemas. No se ha demostrado efectos sobre el feto inducidos por ejercicio, incluidos las malformaciones, aumento del índice de abortos, retraso o restricción del crecimiento en embarazos.

4.5 Relaciones sexuales.

No es necesaria la restricción de la actividad coital durante un embarazo normal. Se puede aconsejar a las parejas en cuanto a los cambios de las posiciones para proporcionar más comodidad. La penetración profunda puede ser más incómoda conforme avanza el embarazo. Con frecuencia las mujeres experimentan cambios en el deseo sexual durante el transcurso del embarazo. Muchas mujeres logran orgasmos con más facilidad cuando están embarazadas; empero, a menudo la libido decrece durante el primer y tercer trimestre. Sin embargo, no se han demostrado efectos adversos sobre el feto o el inicio del trabajo de parto.

4.6 Recomendaciones y contraindicaciones.

Recomendaciones:

A las mujeres que realizan ejercicio de manera regular antes del embarazo se las debe alentar para que no dejen de hacerlo. Se les puede informar que la capacidad y el rendimiento tienden a disminuir, pero este no es un signo que les impida efectuar ejercicio moderado como rutina. En realidad, el ejercicio puede aliviar el estrés, reducir la ansiedad e incrementar la autoestima. Algunos estudios también han demostrado que las mujeres que hacen ejercicio regular tienen trabajos de parto más breves. se ha demostrado que en la mayoría de las mujeres con diabetes gestacional el ejercicio regular es útil para el control regular de la glucosa.

Las recomendaciones generales incluyen lo siguiente:

- El ejercicio debe ser regular y no esporádico e intermitente.
- Debe suspenderse si aparecen signos y síntomas de deprivación de oxígeno, como fatiga externa, desvanecimiento o disnea intensa.
- El ejercicio elegido no debe representar riesgo significativo de traumatismo, en especial al abdomen, o caídas.
- La ingestión de calorías debe incrementarse en proporción directa a los requerimientos adicionales de energía por ejercicio.

Contraindicaciones:

- Las contraindicaciones relativas al ejercicio durante el embarazo incluyen las siguientes:
 - Hemorragia vaginal persistente.
 - Factores de riesgo para trabajo de parto prematuro.
 - Ruptura de membranas.
 - Hipertensión inducida por el embarazo.
 - Enfermedades médicas crónicas en que el ejercicio vigoroso puede influir de manera adversa.

4.7 Inmunizaciones.

Durante el embarazo deben evitarse cuatro vacunas que contienen virus vivos: sarampión, parotiditis, rubeola y fiebre amarilla, no obstante, en ciertas circunstancias la consideración riesgo- beneficio puede obligar a someterse la inmunización. El toxoide tetánico es aceptable durante el embarazo. Se recomienda la vacuna contra la gripe para las mujeres embarazadas.

En Estados Unidos, el futuro de una atención prenatal eficaz depende sobre todo del acceso, capacidad de los prestadores de atención de salud para demostrar beneficios claros, incorporación de datos y prácticas que muestren resultados bien definidos. Tiene igual importancia la manera en que se proporciona el contenido de la atención prenatal. Un determinante de atención prenatal eficaz es la relación médico- paciente. Virtudes como la confianza, la honestidad y el tratamiento ético son parte integral para lograr el objetivo de la atención prenatal, lo que enfatiza que las personas participen en forma activa en sus cuidados de salud. La habilidad de quien ofrece la atención puede evitar la experiencia de un mal resultado.

Quienes presten atención deben estar al tanto de la diversidad cultural y evaluar los cuidados que deben suministrar, no en términos de sus propias necesidades o de las necesidades de una profesión o una organización médica, si no en beneficio de quienes se han encomendado a su cuidado.

4.8 Sintomatología asociada al embarazo.

- Náuseas y vómitos.

En casi la mitad de los embarazos se presenta náuseas y vómitos recurrentes durante el primer trimestre, estos síntomas pueden aparecer en cualquier momento del día o la noche. Los síntomas suelen aparecer en las semanas sexta a octava y alcanzar su máximo durante las semanas 12 a 14; es habitual que disminuyan de manera notable alrededor de la semana 22. Aún no está clara la causa de este problema. Se han investigado factores hormonales y emocionales sin resultados consistentes. Los síntomas pueden ser leves o graves y la paciente puede deshidratarse y correr el riesgo de desequilibrio electrolítico y desnutrición calórica. Esto incluye evitar alimentos grasos o condimentados con especias, comer porciones pequeñas, ingerir comidas más frecuentes. se debe indicar a la paciente y sus familiares que es común observar un aumento mínimo de peso durante las primeras 18 semanas del embarazo.

- Ptialismo.

El ptialismo es un aumento de la producción de saliva tal vez inducido por el consumo de almidones, no existe cura conocida, aunque reducir la ingestión de carbohidratos puede ser útil. El problema es casi siempre autolimitado.

- Pirosis.

La pirosis es una esofagitis por reflujo consecutiva a factores mecánicos (crecimiento del útero que desplaza el estómago por arriba del esfínter esofágico)

y factores hormonales (la progesterona provoca un relajamiento relativo del esfínter esofágico) el tratamiento consiste en eliminar alimentos ácidos y condimentados con especias, disminuir la cantidad de alimentos y líquido en cada comida, limitar la ingestión de líquidos y alimentos antes de acostarse a dormir, dormir en posición semi -fowler o con la cabeza sobre una almohada.

- Estreñimiento.

La relajación de los músculos intestinales inducida por progesterona atenúa la peristalsis e incrementa el tiempo de tránsito intestinal. El control dietético de esta enfermedad común incluye aumento de líquidos e ingestión irrestricta de alimentos ricos en fibra.

- Fatiga.

Por lo regular, las embarazadas experimentan a mayor sensación de fatiga, un síntoma en realidad normal. También es normal la disnea.

- Varices y hemorroides.

Las varices aparecen con mayor frecuencia en las extremidades inferiores, pero también pueden hacerlo en la vulva. Los factores que contribuyen incluyen predisposición genética, edad materna avanzada, multiparidad y permanencia prolongada en posición de pie. El tratamiento incluye la omisión de prendas de vestir ajustadas a nivel de la rodilla y parte superior de la pierna, medias de apoyo y periodos de reposo prolongados con las piernas elevadas.

Las hemorroides, varices de las venas rectales, se deben a compresión mecánica por el útero crecido y también a estreñimiento y esfuerzo durante la evacuación. El tratamiento incluye preparaciones tópicas que pueden adquirirse sin prescripción médica, baños de asiento fríos y ablandadores de heces.

- Calambres en las piernas.

Casi la mitad de las mujeres embarazadas sufre espasmo doloroso recurrente en los músculos de las extremidades inferiores, en especial las pantorrillas. Los calambres en las piernas son más frecuentes durante la noche y en general se presenta en el tercer trimestre. Se sugieren varias opciones profilácticas y terapéuticas, la más notable de las cuales es el lactato de calcio y alimentos ricos en potasio, como el plátano, kiwi o el melón, el masaje, calor y estiramiento de los músculos afectados alivian los calambres.

- Dolor de espalda.

Casi todas las mujeres embarazadas experimentan dolor lumbar a medida que el embarazo avanza. Este dolor se alivia habitualmente al reducir al mínimo el tiempo que permanece de pie, incrementar el reposo, usar un cinturón de apoyo diseñado de modo especial para la parte baja del abdomen, algunas veces son útiles los ejercicios para fortalecer los músculos de la espalda y el abdomen.

Es indispensable usar calzado con buen apoyo y evitar tacones altos que acentúen la lordosis. Los dolores rítmicos similares al calambre originado en la espalda pueden ser un signo de trabajo de parto antes de término y requieren evaluación apropiada.

- Dolor de ligamento redondo.

Este dolor se presenta más a menudo durante el segundo trimestre; la mujer refiere dolor agudo bilateral o unilateral en la ingle. Se ha denominado “dolor de ligamento redondo”, aunque no se sabe si la verdadera causa es una distensión de dicho ligamento. El dolor puede aumentar con los movimientos súbitos o los cambios de posición.

- Cefalea.

Durante el primer trimestre del embarazo no es rara la cefalea generalizada. Las cefaleas por tensión muscular pueden presentarse de manera intermitente. La frecuencia e intensidad de la cefalea semejante a migraña pueden aumentar o disminuir durante el embarazo. Durante los trimestres segundo y tercero no es síntoma esperado del embarazo.

- Frecuencia urinaria.

Muchas veces las mujeres sufren mayor frecuencia urinaria durante los primeros tres meses del embarazo a medida que el útero crece y comprime la vejiga y otra vez durante las últimas semanas conforme la cabeza fetal desciende hacia el interior de la pelvis. Si la frecuencia incrementada aparece junto con disuria, hematuria o urgencia y vacilación, se evalúa a la persona en busca de una infección de vías urinarias.

- Cambios cutáneos.

El crecimiento piloso tiene patrones variables durante el embarazo, si bien muchas mujeres experimentan aumento de su crecimiento durante su gestación y su pérdida en el puerperio. En muchas pacientes la piel suele oscurecerse en la cara y en la línea ventral media abdominal.

- Leucorrea.

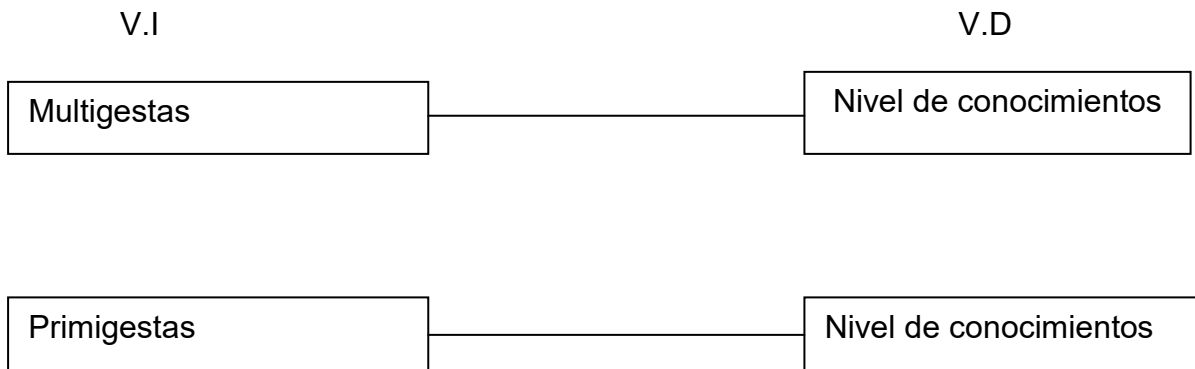
Un incremento de la secreción vaginal es fisiológico y esperable durante el embarazo. La secreción acompañada de prurito, ardor o fetidez debe examinarse y tratarse de manera concordante.

- Síncope.

A medida que el embarazo avanza aumenta la estasis venosa en las extremidades inferiores. Otras de síncope incluyen deshidratación, hipoglucemia y cortocircuito de flujo de sangre al estómago después de ingerir una comida abundante. El síncope durante el ejercicio es signo de ejercicio excesivo. (DR.Jorge, 2006)

METODOLOGIA:

VARIABLES



Definición operacional de las variables: A) Conceptual B) Operacional.

A)

VI:

Mujer multigesta: Se entiende una mujer que ha dado a luz más de una vez.

Mujer primigesta: Se entiende por primigesta aquella mujer que está embarazada por primera vez.

VD:

Nivel de conocimientos sobre control prenatal: Es la cantidad de información que se tiene sobre el control prenatal

B)

VD. Dimensiones:

- Concepto
- Objetivo
- Atención primaria
- Consultas prenatales
- Cuidados
- Complicaciones
- Sintomatología
- Evaluación de riesgo
- Recomendaciones

Escala de medición	
Variable independiente <ul style="list-style-type: none"> • Nominal. • Discreta. • Finita. 	Variable dependiente <ul style="list-style-type: none"> • Nominal. • Discreta. • Finita.

INDICADORES

VI. Si / no

VD. Alto, $\frac{1}{2}$, bajo.

HIPÓTESIS:

Las mujeres multigestas poseen mayores conocimientos con respecto al control prenatal en comparación con mujeres primigestas.

TIPO DE ESTUDIO:

De acuerdo a la clasificación de Méndez los criterios para clasificar el estudio son:

Periodo en que se capta la información:

- Retrospectivo.

De acuerdo a la evolución del fenómeno:

- Transversal.

De acuerdo al número de grupos:

- Comparativos.

De acuerdo a la interferencia del investigador:

- Observacional.

Por lo tanto se trata de una encuesta retrospectiva, comparativa.

UNIVERSO DE TRABAJO, MUESTREO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El universo de trabajo está conformado por las mujeres gestantes que acuden al Hospital Dr. Enrique Cabrera Cossío.

El muestreo es probabilístico por conveniencia y el tamaño de la muestra se realizó por medio de la estimación de proporciones, con una proporción de 8% (.08) mediante la fórmula:

$$N = \frac{Z^2 Pq}{d^2}$$

Donde:

$$Z^2 = 1.96, \quad P = 0.08, \quad q = 1 - P, \quad \text{es decir,}$$
$$q = 0.92 \quad \text{y} \quad d^2 = 0.05^2$$

Obteniendo como resultado 113 pacientes de las cuales 13 de ellas se excluyeron por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una muestra de 100 mujeres gestantes.

CONTROL.

La técnica de control para los diferencia de los sujetos es la selección homogénea y el control para la diferencia situacionales es la aleatorización.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
Mujeres gestantes >18 y <35 años. Derecho habiente al seguro popular. Leer y escribir. Residen en la Ciudad de México.	Mujeres no gestantes <18 y >35 años. No derecho habiente al seguro popular. No saben leer y escribir. No residen en la Ciudad de México.	Cuestionarios no conclusos. Cuestionario con más de dos respuestas por pregunta

Grupo de estudio es aquel que está conformado por las multigestas que cumplen con los criterios de inclusión.

Grupo de control está formado por las primigestas que cumplen con los criterios de inclusión.

ÁMBITO GEOGRÁFICO:

Hospital General de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, Dr. Enrique Cabrera Cossío, en los servicios de Ginecología, y Consulta Externa de Ginecología, ubicado en Av. Centenario y prolongación Av.5 de Mayo No.3170, Col. Ex hacienda de Tarango. Álvaro Obregón, C.P. 01618 CD, MX.

RECURSOS HUMANOS:

López Sántiz Georgina.

Martínez Márquez Miguel Ángel.

RECURSOS MATERIALES:

Propios de la institución donde se realiza el estudio.

- Computadora.
- Impresora.
- Papelería correspondiente.

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO:

Autofinanciable con los recursos propios de la institución.

LÍMITE DE TIEMPO:

De Agosto 2015 a Julio 2016.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

La presente investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General de la Salud en materia de investigación para la salud descrita a continuación.

Que la investigación para la salud es un factor determinante para mejorar las acciones encaminadas a proteger, promover y restaurar la salud del individuo y de la sociedad en general.

Que el desarrollo de investigación para la salud debe atender a aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de la persona sujeta a investigación.

Que la investigación en seres humanos de nuevos recursos profilácticos, de diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, debe sujetarse a un control para obtener una mayor eficacia y evitar riesgos a la salud de las personas.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Artículo 18. El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Artículo 19. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación, o en su caso su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Artículo 21. Para el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados
- IV. Los beneficios que puedan observarse
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VIII. La seguridad de que no se identificara al sujeto y se mantendrá la confidencialidad

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendrá derecho, por parte de la institución.

XI. Que existan gastos adicionales, estos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

De la investigación en mujeres en edad fértil, embarazadas durante el trabajo de parto, puerperio, lactancia y recién nacidos; de la utilización de embriones óvulos y fetos y de la fertilización asistida.

Artículo 40. Para los efectos de este reglamento se entiende por.

I. Mujeres en edad fértil. Desde el inicio de la pubertad hasta el inicio de la menopausia.

II. Embarazo. Es el periodo comprendido desde la fecundación del óvulo (evidenciada por cualquier signo o síntoma presuntivo de embarazo, como suspensión de menstruación o prueba positiva de embarazo medicamente aceptada) hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

III. Embrión. El producto de la concepción desde la fecundación del ovulo hasta el final de la decimosegunda semana de gestación.

IV. Feto. El producto de la concepción desde el principio de la decimotercera semana de la gestación hasta su expulsión o extracción.

V. Trabajo de parto. Es el periodo comprendido desde el inicio de las contracciones uterinas (con características progresivas de intensidad, irrigación y duración) y que termina con la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

Artículo 42. En las investigaciones clasificadas como el riesgo mayor que el mínimo que se realicen en mujeres en edad fértil, deberán de tomarse medidas para:

Certificar que las mujeres no estén embarazadas previamente a su aceptación como sujetos de investigación, y disminuir en lo posible las posibilidades de embarazo durante el desarrollo de la investigación.

Artículo 43. Para realizar investigaciones en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto, puerperio y lactancia, en nacimientos vivos y muertos, de utilización de embriones, óbitos y fetos y para la fertilización asistida, se requiere obtener la carta de consentimiento informado de la mujer. (Acevedo., 1986)

RESULTADOS

Edad de las mujeres embarazadas.

De acuerdo a edad de las mujeres embarazadas que participaron en el estudio fueron de 18 a 35 años de edad.

(Ver tabla1)

Edad	f	%
32 - 35	18	18%
27 - 31	23	23%
23 - 26	20	20%
18 - 22	39	39%
Total.	100	100%

Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Llama la atención que la mayor frecuencia correspondiente al intervalo de 18 a 22 años, es decir mujeres a muy temprana edad se embarazan.

Las medidas de tendencia central y de dispersión son:

$\bar{X} = 25.09$, moda = 19.5, mediana = 24.7 y desviación estándar = ± 1.0674 .

Edad de las mujeres multigestas embarazadas.

De acuerdo a edad de las mujeres embarazadas multigestas que participaron en el estudio fueron de 18 a 35 años de edad.

(Ver tabla 2)

Edad	f	%
32-35	14	24.13%
27-31	17	29.13%
23-26	14	24.13%
18-22	13	22.41%
Total	100	100%

Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital Dr. Enrique Cabrera Cossío.

De los resultados obtenidos se observa que los porcentajes son proporcionalmente semejantes, es decir, se encuentra proporcionadas las edades de las mujeres multigestas, por lo tanto las mujeres multigestas planean más un nuevo embarazo.

Las medidas de tendencia central y de dispersión son:

$\bar{X} = 26.7$, moda = 28.5, mediana = 35.32 y desviación estándar = ± 1.1458 .

Edad de las mujeres primigestas embarazadas.

De acuerdo a edad de las mujeres embarazadas primigestas que participaron en el estudio fueron de 18 a 35 años de edad.

(Ver tabla 3)

Edad	f	%
32-35	4	9.52%
27-31	6	14.28%
23-26	6	14.28%
18-22	26	61.90%
Total	100	100%

Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital Dr. Enrique Cabrera Cossío.

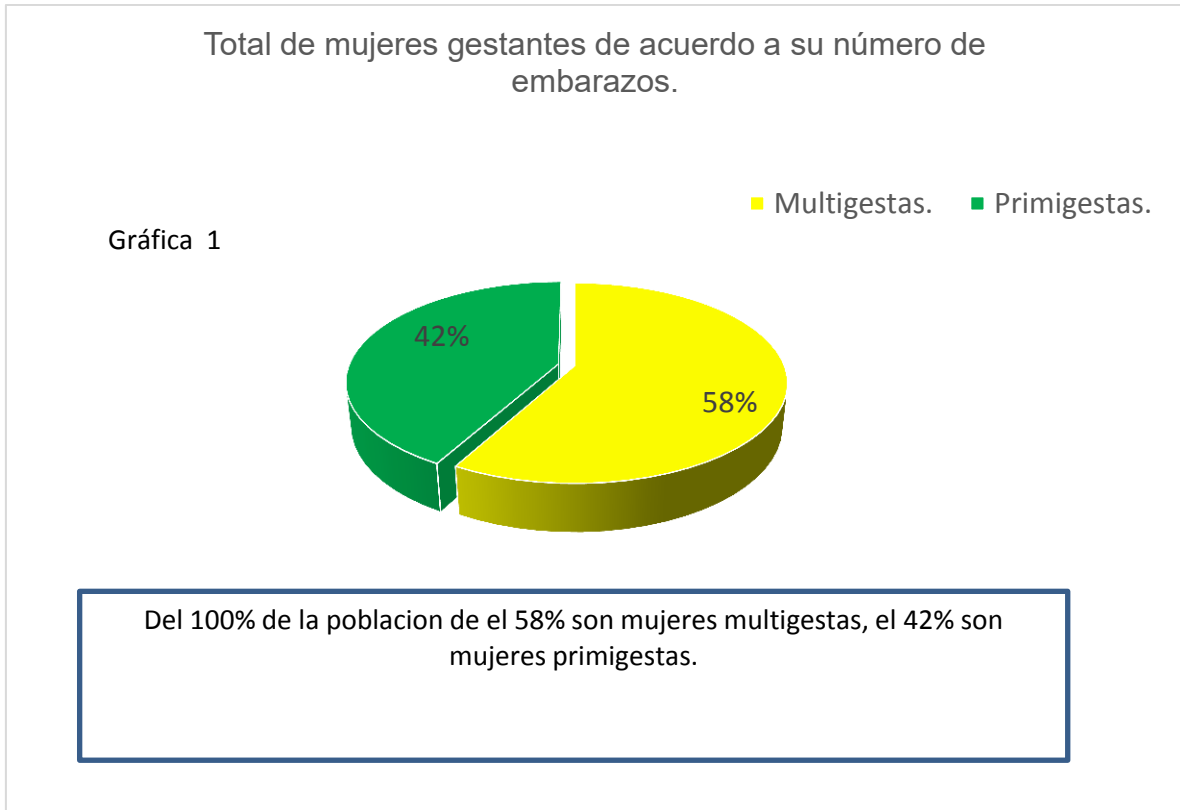
De los resultados obtenidos se observa que los porcentajes son más frecuentes en mujeres más jóvenes, es decir, las mujeres primigestas se embarazan a temprana edad

Las medidas de tendencia central y de dispersión son:

$\bar{X} = 54.3$, moda = 19.5, mediana= 16.5, desviación estándar = ± 9.132957 .

Número de embarazos.

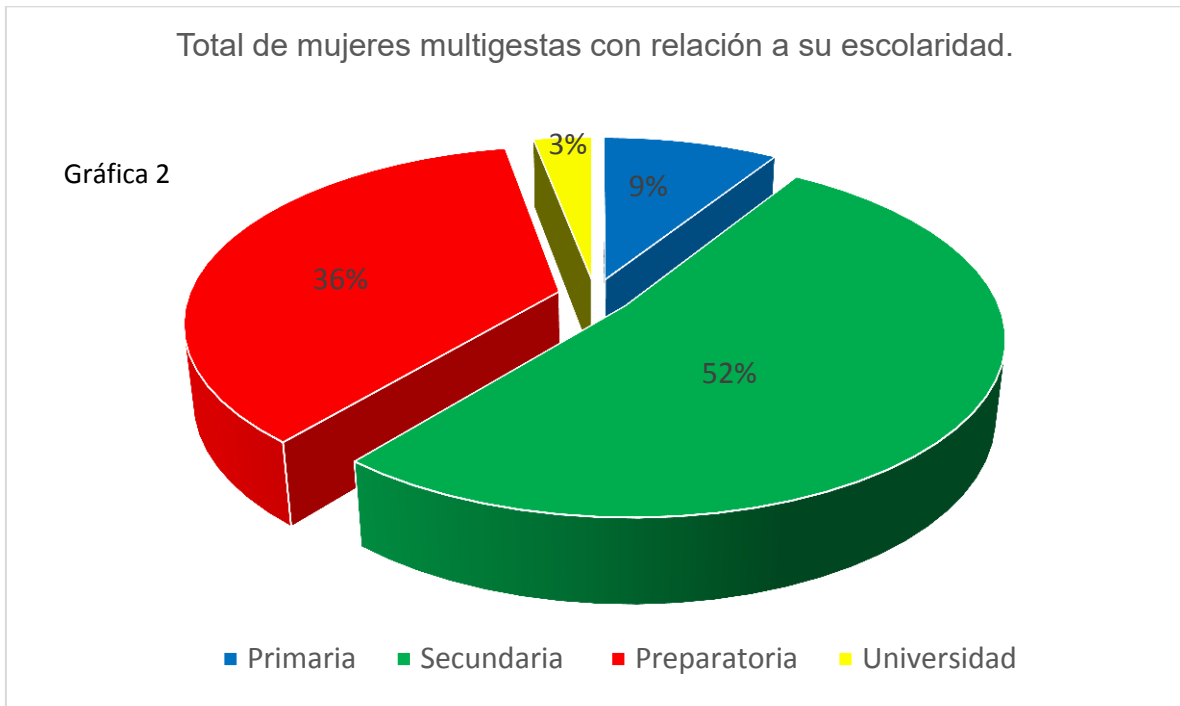
Con relación al número de embarazos del total de las mujeres gestantes, los resultados obtenidos son los siguientes, tomando en cuenta que se toma al 100% de la población dividida en multigestas y primigestas. (Ver gráfica 1).



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Escolaridad de multigestas.

Con respecto a la gráfica 1 se muestra el 58% de las mujeres multigestas, considerando el 58% como 100% tenemos lo siguiente. (Ver grafica 2).

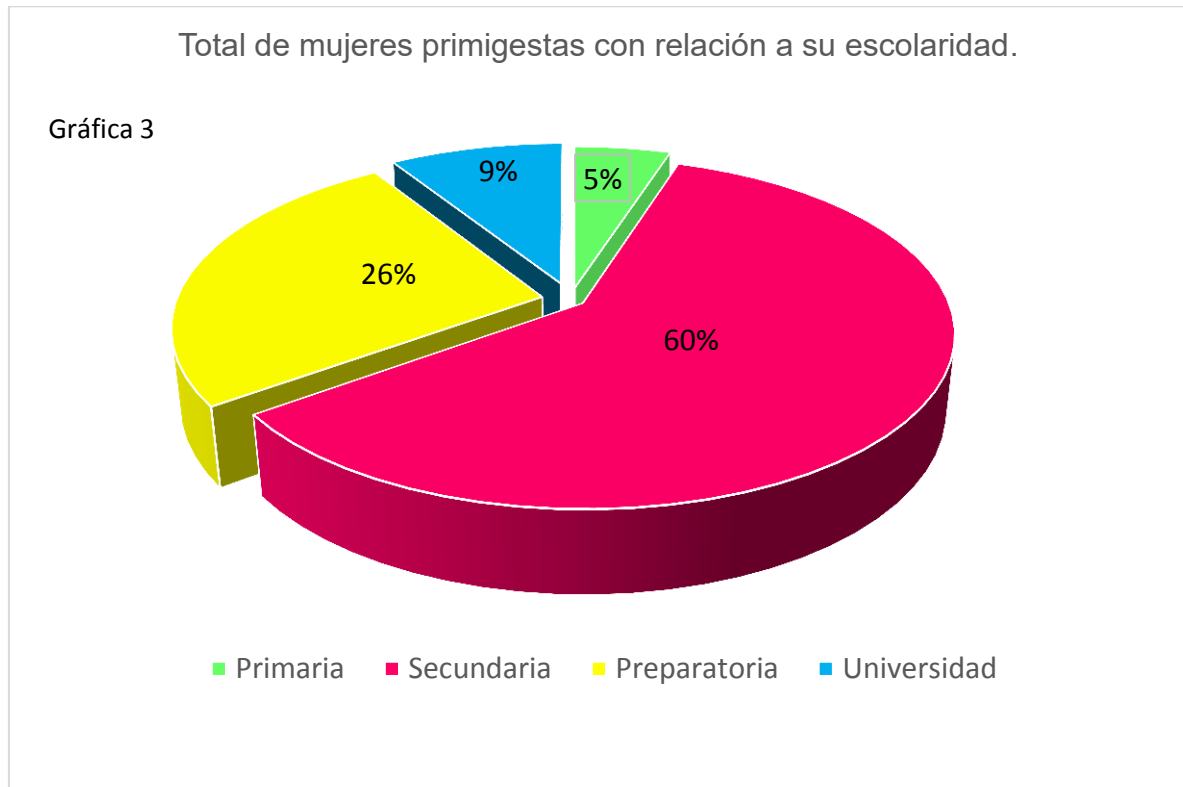


Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Del 100% de las mujeres multigestas en relación con su escolaridad, nos damos cuenta que el 9% de la población cuenta con primaria, el 52% con secundaria, el 36% con preparatoria y tan solo el 3% con universidad.

Escolaridad de primigestas.

Con respecto a la gráfica 1 se muestra el 42% de las mujeres primigestas, considerando el 42% como el 100% tenemos lo siguiente. (Ver grafica 3).

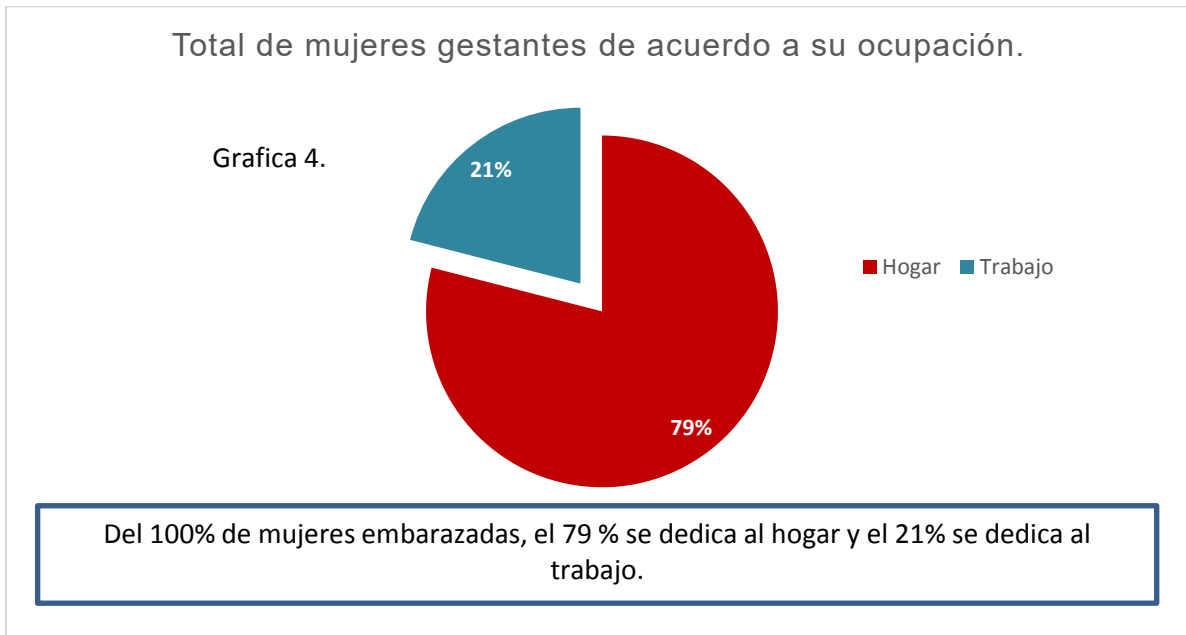


Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Del 100% de las mujeres primigestas en relación con su escolaridad, nos damos cuenta que el 5% de la población cuenta con primaria, el 60% con secundaria, el 26% con preparatoria y el 9% con la universidad.

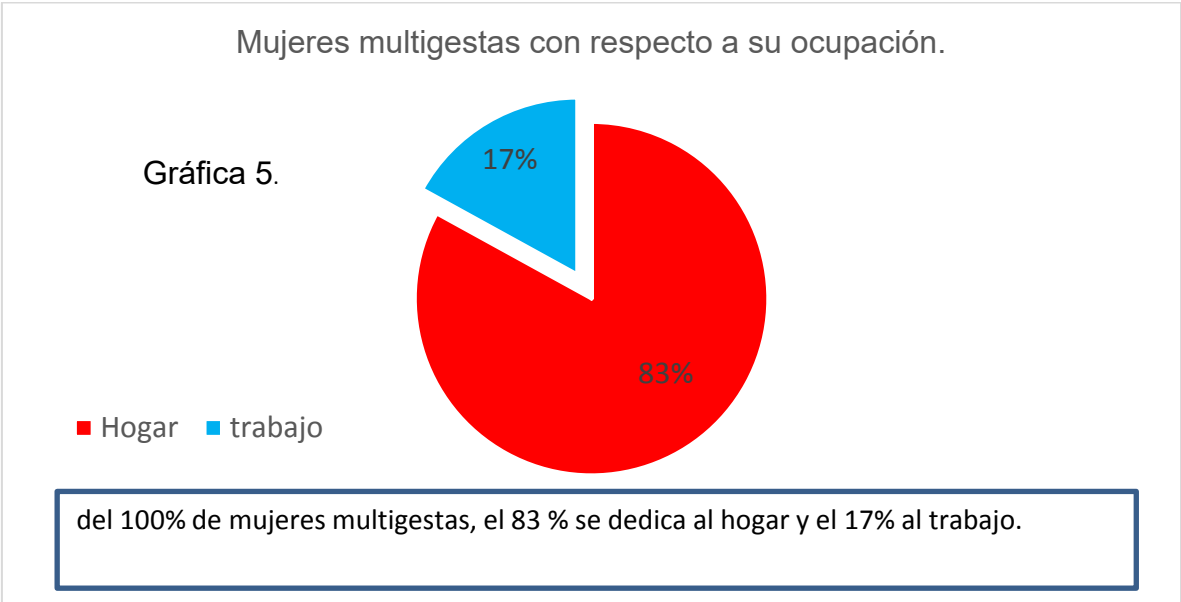
Ocupación.

Con relación a la ocupación, los resultados obtenidos son los siguientes, tomando en cuenta que se toma al 100% de la población. (Ver gráfica 4).

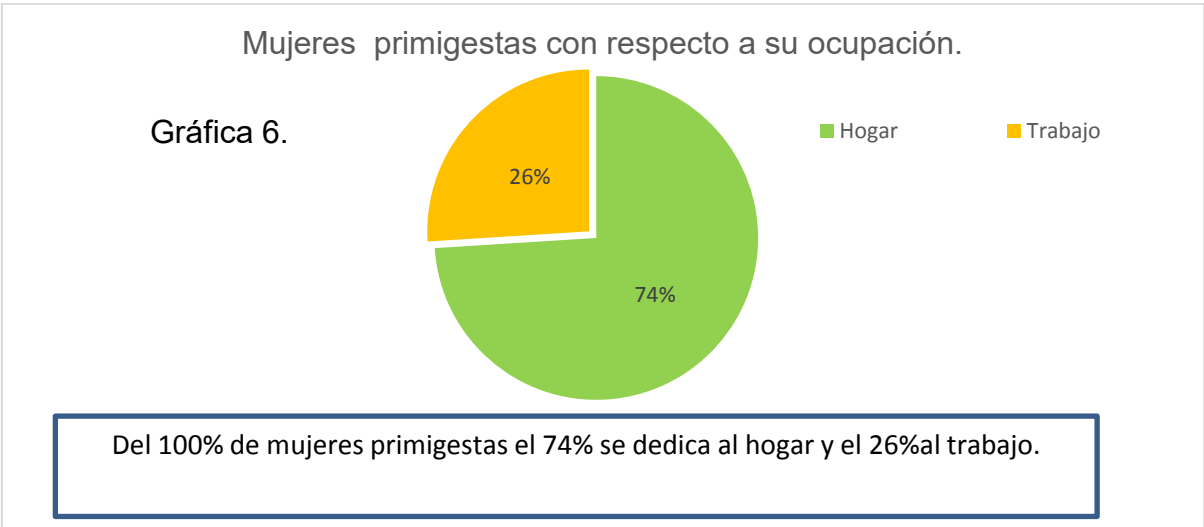


Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Resultado con respecto a las mujeres multigestas y primigestas de acuerdo a su ocupación. (Ver gráficas 5 y 6).



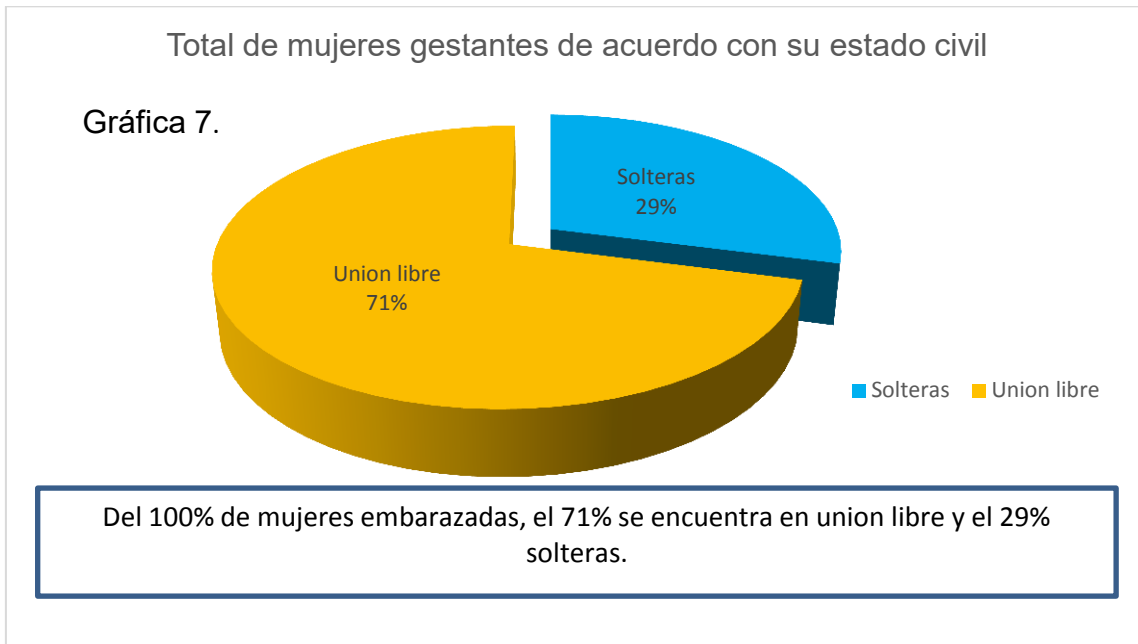
Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Estado civil.

Con relación al estado civil, los resultados obtenidos son los siguientes, tomando en cuenta que se toma al 100% de la población. (Ver gráfica 7).



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Resultado con respecto a las mujeres multigestas y primigestas de acuerdo a su estado civil. (Ver gráficas 8 y 9).



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

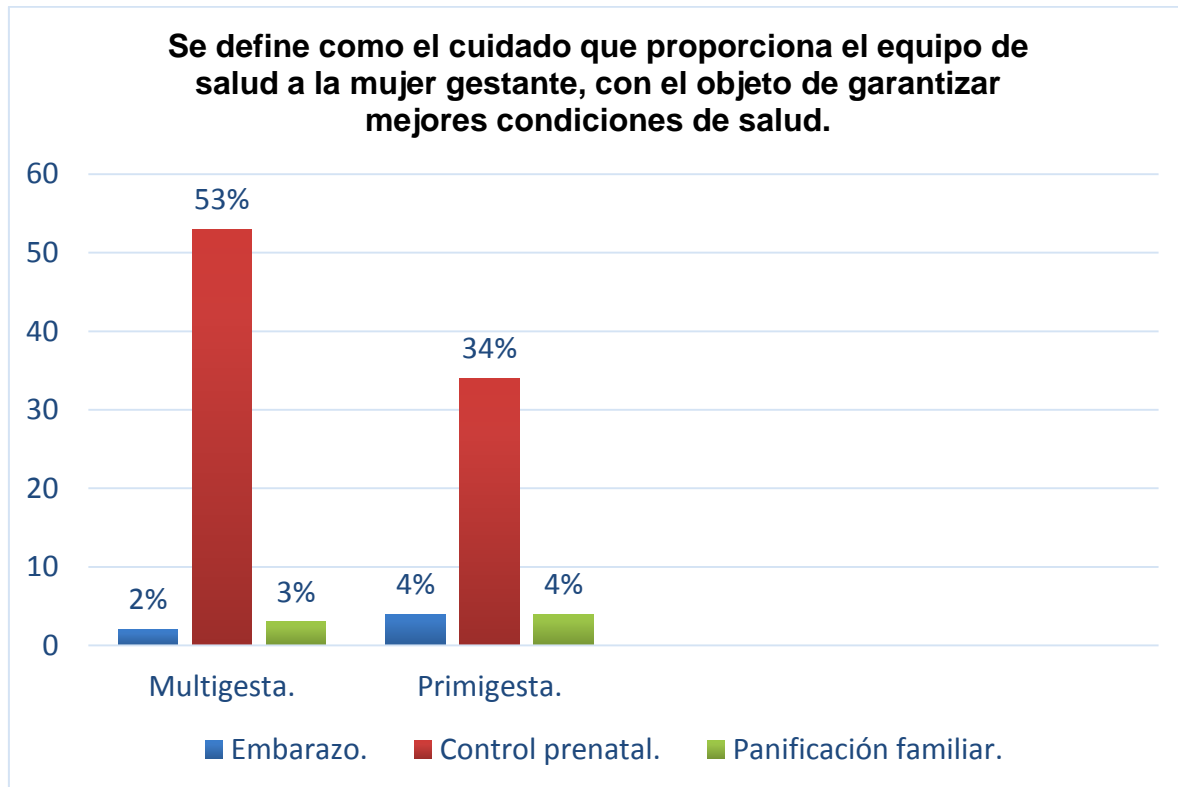


Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Concepto de control prenatal.

Encontramos que el porcentaje más alto es de 53% en mujeres multigestas con diferencia de un 34% de mujeres primigestas, en relación con el concepto del control prenatal, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

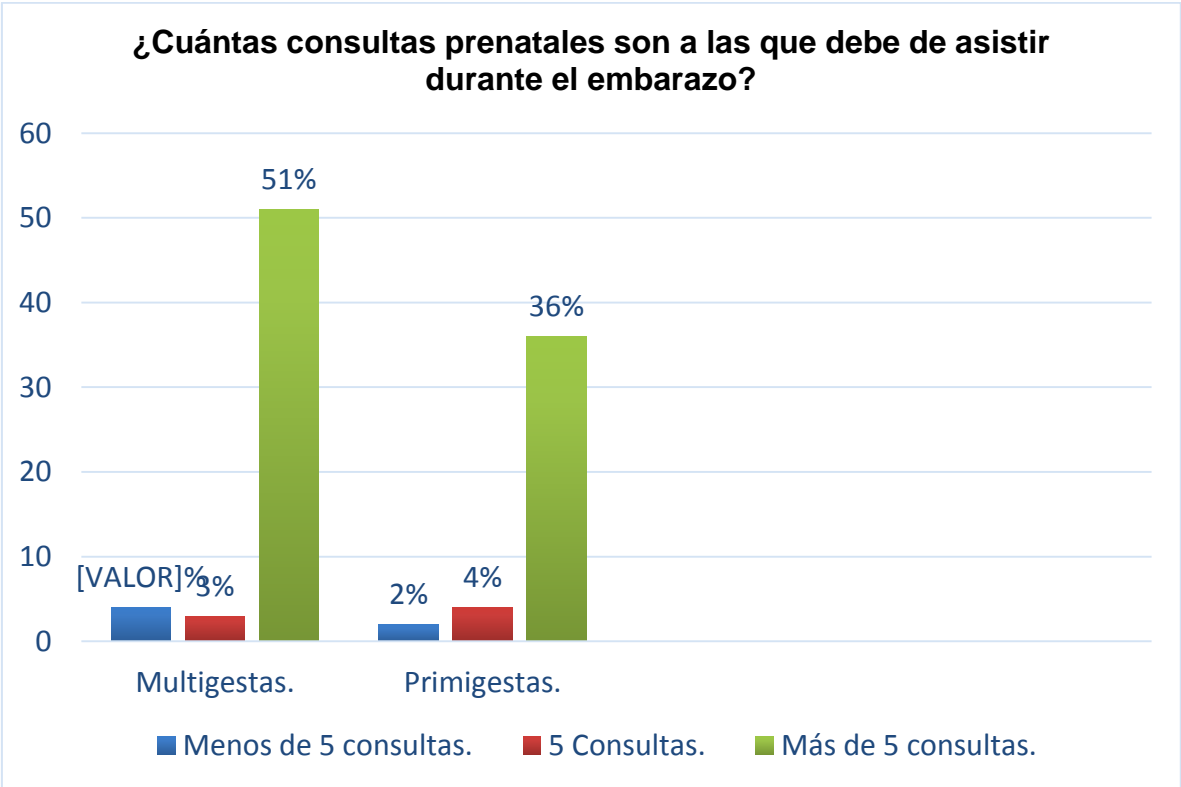
Grafica 10.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se observa que el porcentaje más alto es de 51% en mujeres multigestas con diferencia de un 36% de mujeres primigestas, en relación con el conocimiento del número de consultas, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

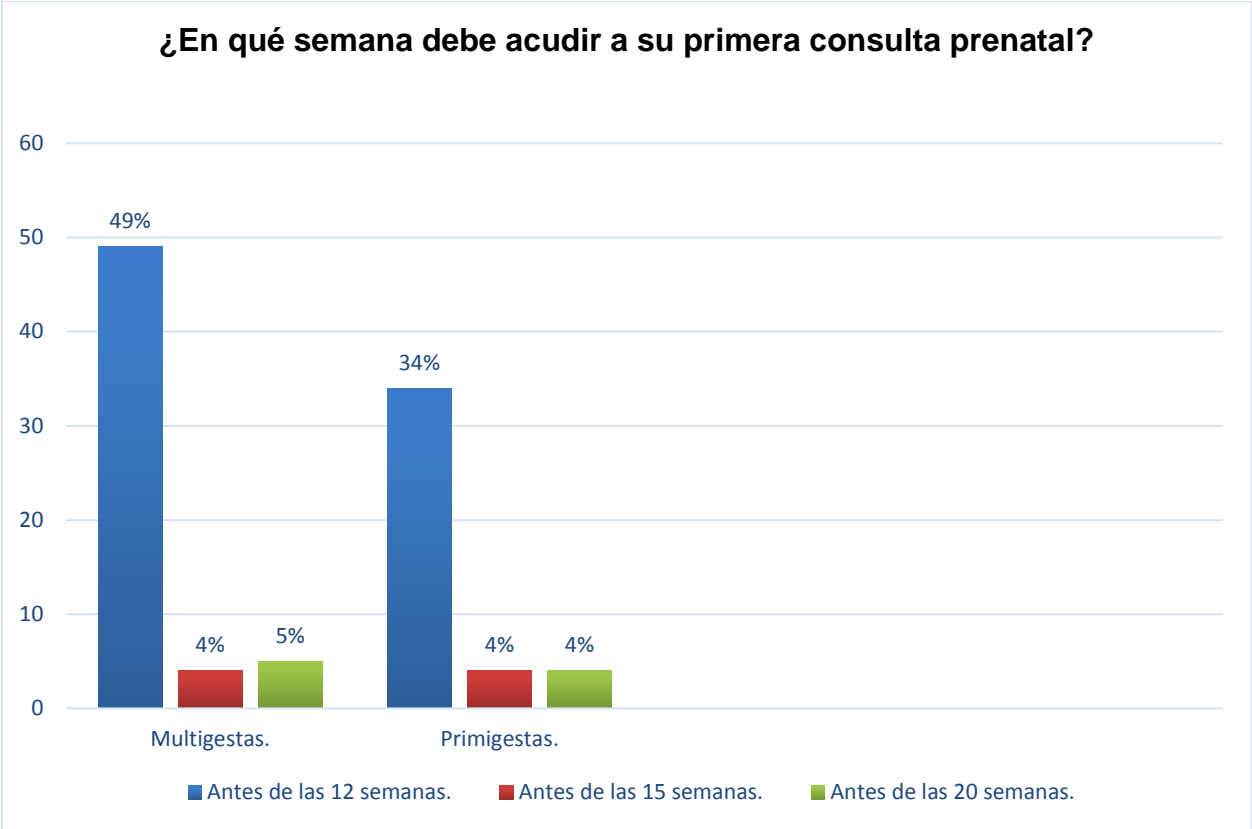
Grafica11.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

De acuerdo al número de encuestas se observa que el porcentaje más alto es de 49% en mujeres multigestas a diferencia de un 34% de mujeres primigestas, en relación con las semanas en las cuales se debe acudir a su primera consulta prenatal, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

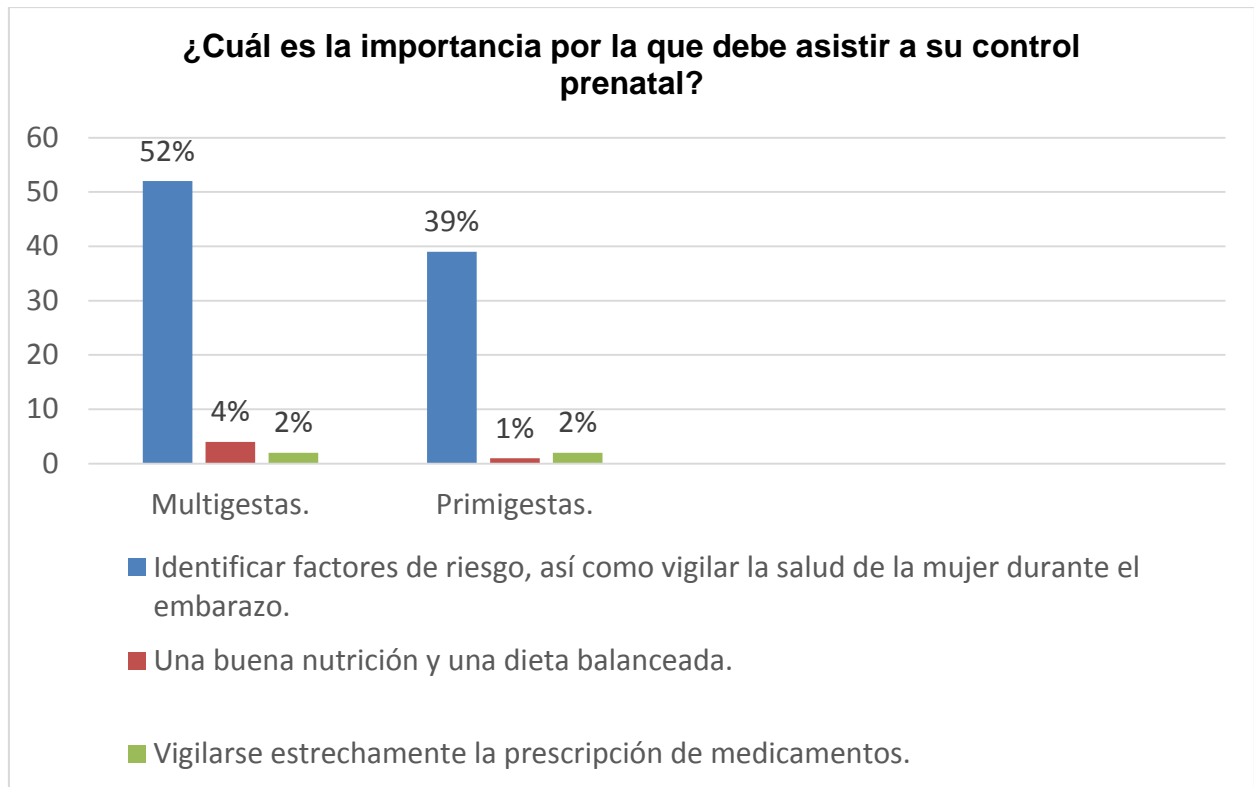
Grafica12.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se observa en la gráfica que el porcentaje más alto es de 52% en mujeres multigestas con diferencia de un 39% de mujeres primigestas, en donde se dan a conocer los resultados de la importancia del control prenatal, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

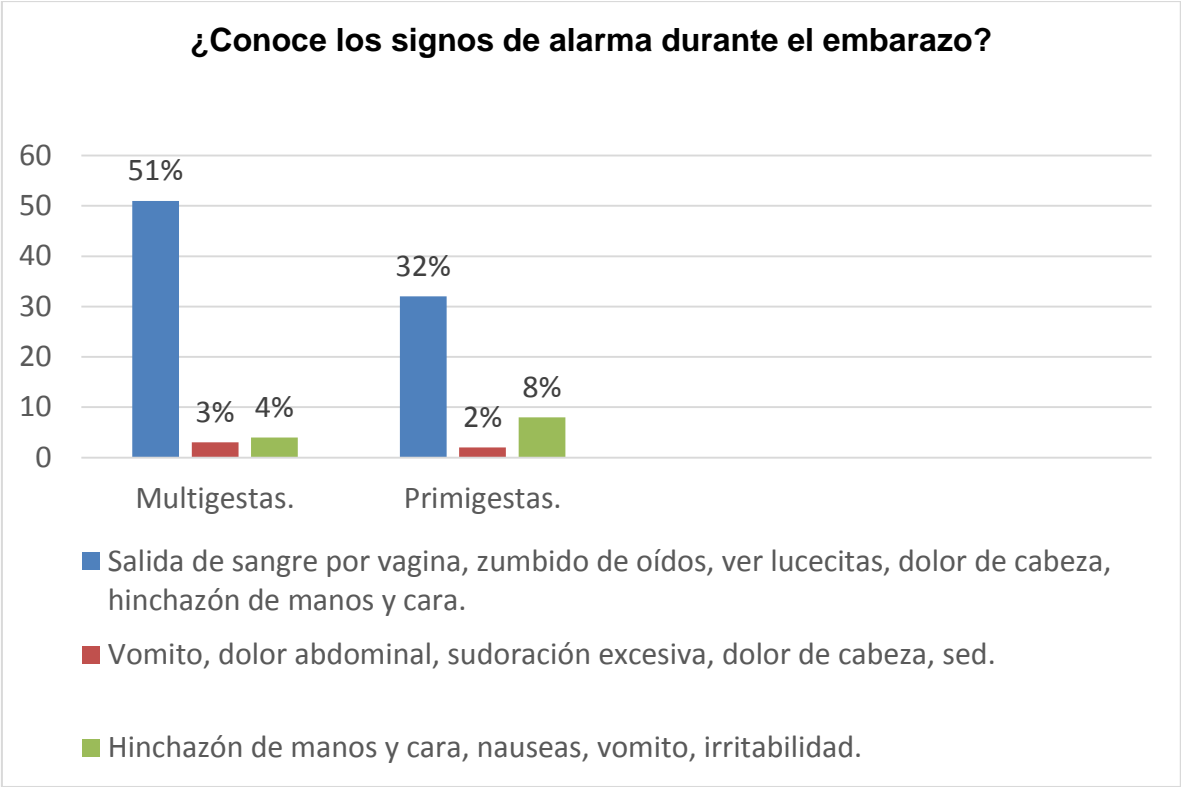
Grafica 13.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se encuentra una gran diferencia con respecto a la importancia que se le da a los signos de alarma conociendo que el porcentaje más alto es de 51% en mujeres multigestas con diferencia de un 32% de mujeres primigestas, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

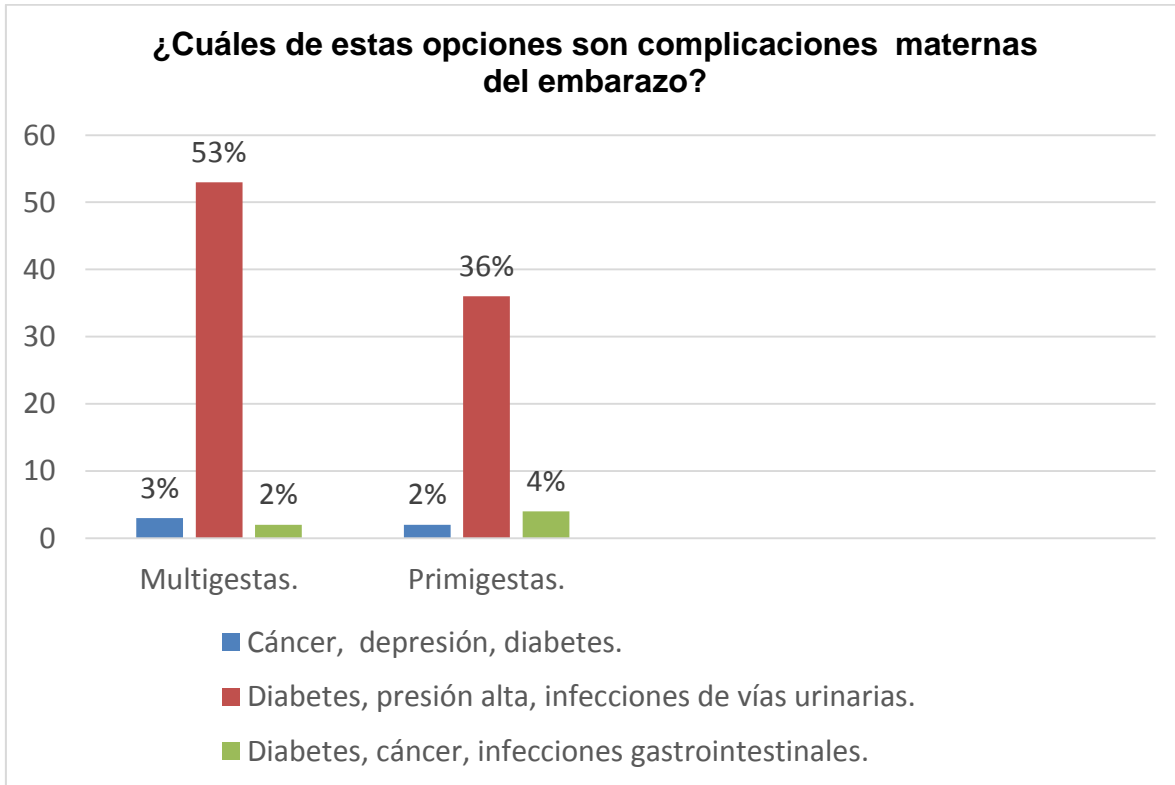
Grafica 14.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se observa que el porcentaje más alto es de 53% en mujeres multigestas con diferencia de un 36% de mujeres primigestas, en relación con las complicaciones maternas del embarazo, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

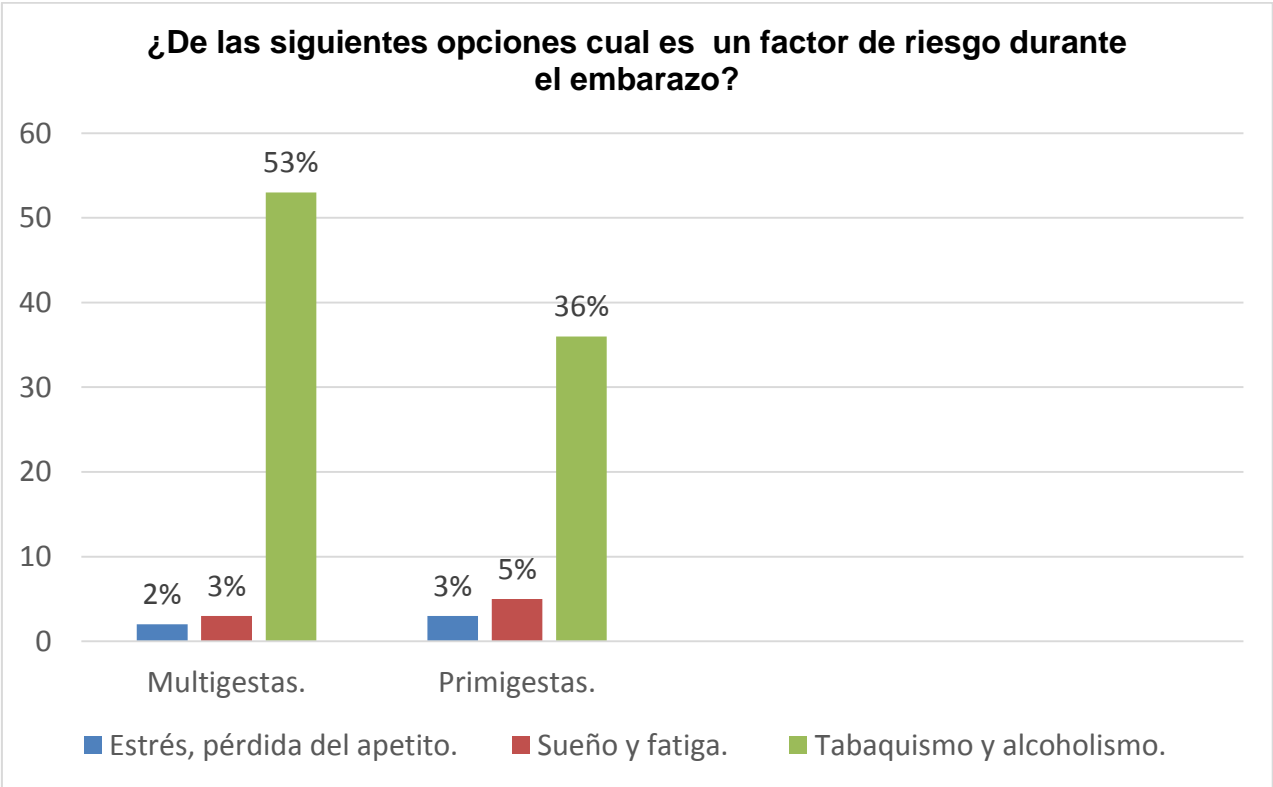
Grafica 15.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se observa que la mayor parte de la población sabe que el factor de riesgo son las adicciones encontrando un 53% en mujeres multigestas y un 36% de mujeres primigestas, del 100% entre los dos resultados.

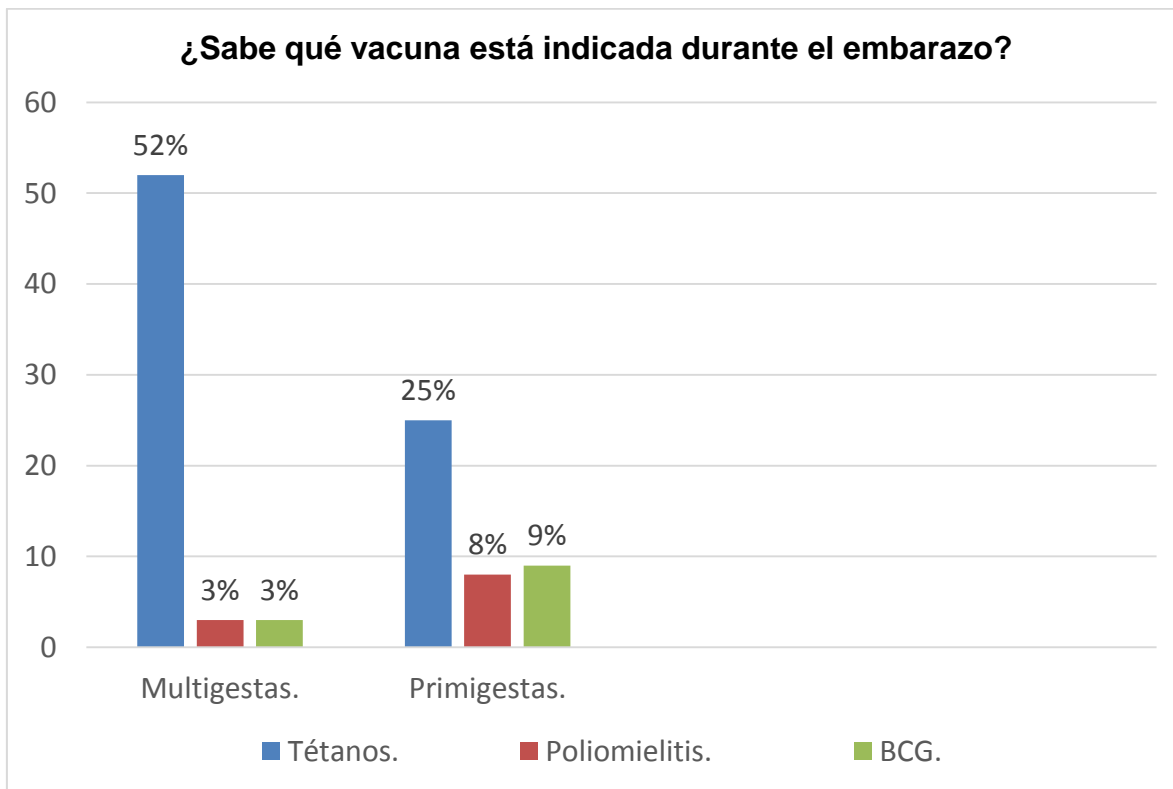
Grafica16.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Encontramos que las mujeres primigestas desconocen la vacuna indicada durante el embarazo, ya que se observan entre el 8 y 9% de la población a diferencia de las mujeres multigestas que se tiene conocimiento de esta vacuna.

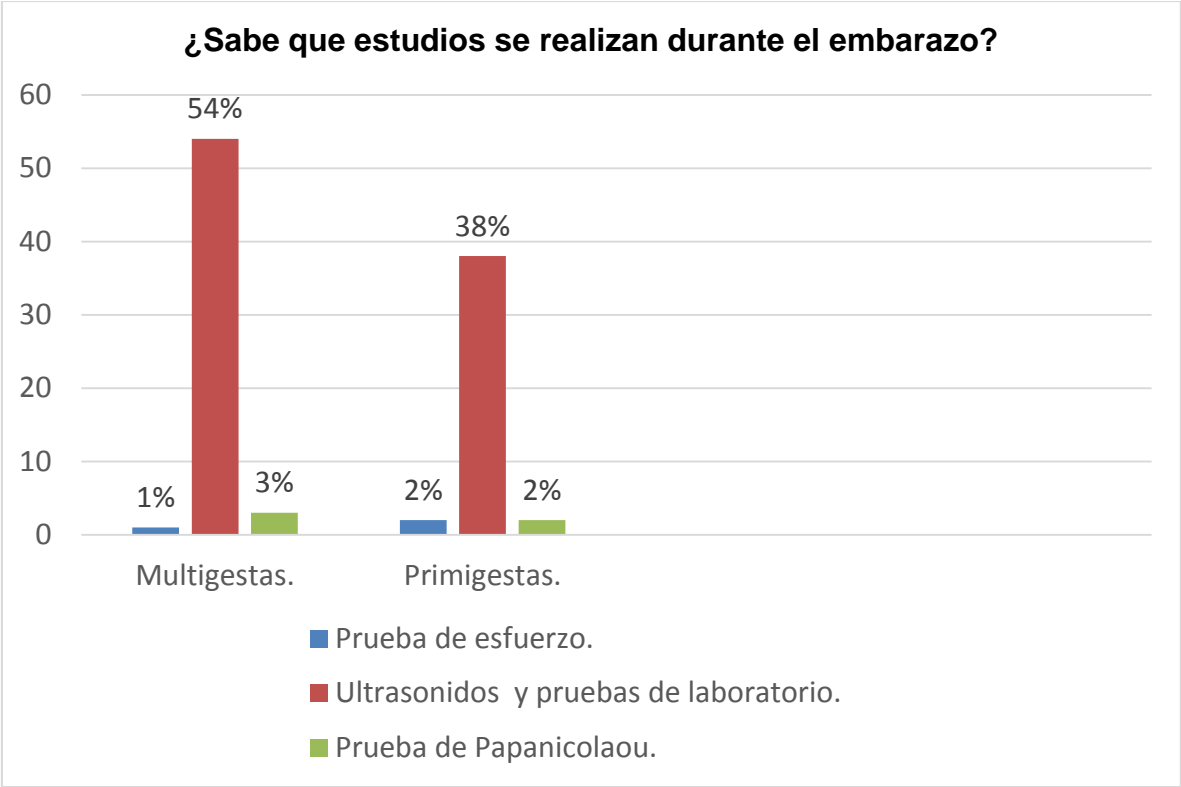
Grafica 17.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Se pudo observar que los porcentajes son muy altos en relación con los estudios que se tienen que realizar durante un embarazo, teniendo como porcentaje más alto de 54% en mujeres multigestas y de un 34% de mujeres primigestas, esto quiere decir que ambas poblaciones saben la importancia de dicho estudio.

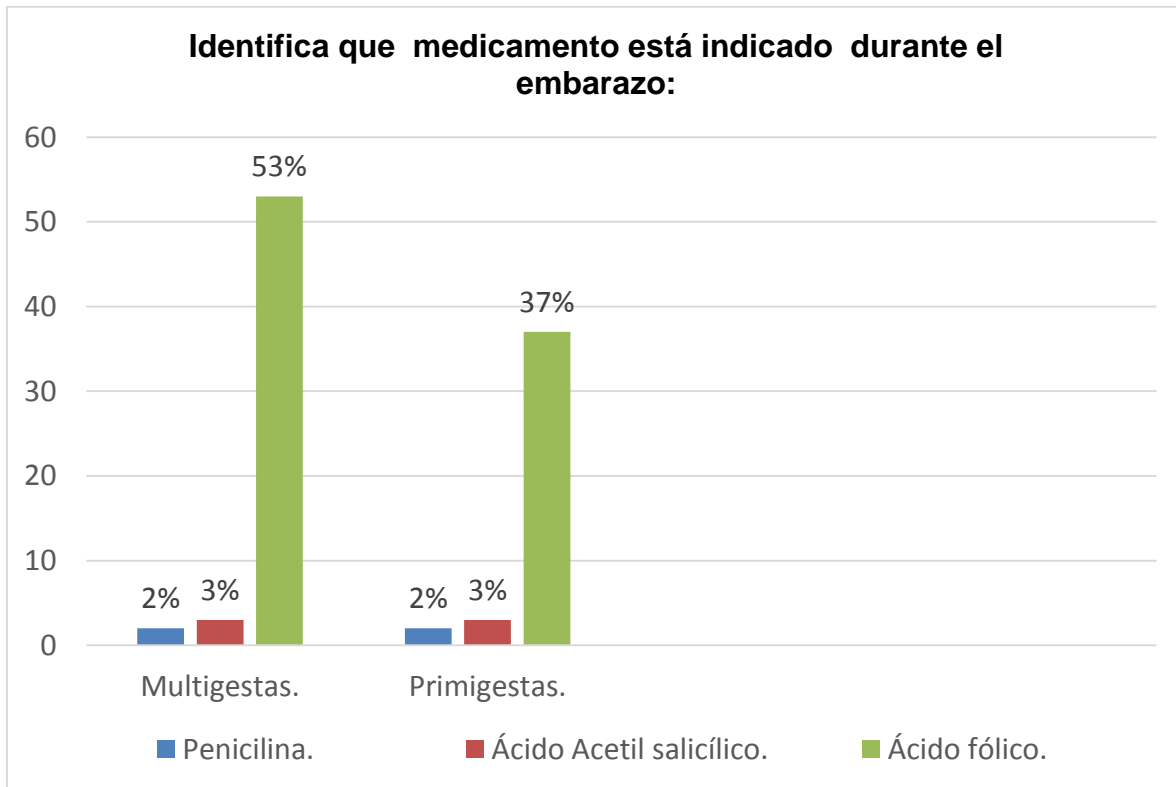
Grafica 18.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Encontramos que el porcentaje más alto es de 53% en mujeres multigestas con diferencia de un 37% de mujeres primigestas, en relación con el consumo de ácido fólico durante el embarazo, haciendo un total del 100% entre los dos resultados.

Grafica 19.



Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Nivel de conocimientos sobre el control prenatal.

	Alto.	%	Medio.	%	Bajo.	%	Total.	%
Multigestas.	42	72.42	11	18.96	5	8.62	58	100%
Primigestas.	19	45.23	11	26.19	12	28.58	42	100%

Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Considerando las multigestas de 58 al 100% tenemos que más del 72.4% tienen conocimiento alto y tan solo el 8.6% bajo, sin embargo en la primigestas de 42 llevadas al 100% encontramos que solo el 45.2% tienen alto o sea menos del 50% y con conocimiento bajo el 28.5%, casi la tercera parte de la población.

Tratamiento estadístico de los resultados del nivel de conocimientos sobre el control prenatal.

	Alto	Medio	Bajo	Total.
Multigestas.	42	11	5	58
Primigestas.	19	11	12	42
Total.	61	22	17	100

Fuente: De los cuestionarios aplicados dentro del Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío.

En el tratamiento estadístico de la información que se obtuvo se llevó a cabo a través de la estadística inferencial con una prueba de hipótesis de prueba no paramétrica de χ^2 para dos muestras independientes con grados de libertad mayor a 1 y con nivel de significancia 0.05, en un estudio unilateral con área de rechazo a la derecha.

Con un valor de $\chi^2 c$ de 4.605 con 2 grados de libertad.

Se obtiene a través de la fórmula $\chi^2 esp = \frac{\sum (fo-fe)^2}{fe}$ el valor de 9.22 por lo que se

rechaza hipótesis nula.

DISCUSIÓN

En los resultados obtenidos en las encuestas encontramos que aún sigue siendo un verdadero problema en la CDMX el embarazo en mujeres de 18 a 22 años que son las que acuden a su control prenatal quedando la duda de que es lo que está pasando con las jóvenes que no acuden al su control prenatal, por los problemas culturales y sociales.

Del 100% de mujeres embarazadas más del 50% son multigestas con un rango de edad de 17 años (35 – 18) y un 42% en primigestas muy jóvenes.

De acuerdo a los resultados de las encuestas aplicadas se obtuvo que la ocupación sigue siendo el hogar tanto para multigestas como primigestas ya que sigue obedeciendo a factores culturales.

Nos dimos cuenta que tanto en mujeres multigestas como primigestas cuentan con más de un 50% de escolaridad de secundaria, cabe mencionar que es un factor de un nivel de preparación escaso por lo que no se tiene interés de indagar información con respecto a los cuidados prenatales.

Se refleja en los resultados que la gran mayoría de mujeres gestantes se encuentran en unión libre como consecuencia de las nuevas tendencias sociales o ya sea como convivencia para la pareja, tomando en cuenta que se considera como innecesario llevar a cabo el matrimonio ya sea porque creen que con este se compromete a una responsabilidad mayor o simplemente ya no les causa interés.

Muchas personas aseguran que cuando se vive en unión libre es más fácil que el individuo se deje llevar por sus proyectos personales, pero cuando este contrae matrimonio sus prioridades cambian y se ve forzado a involucrarse en una dinámica en donde está encaminado al beneficio de ambos.

Se rechaza H_0 porque χ^2_e , es mayor que χ^2_c , es decir 9.22 es mayor que 4.605 con una p menor que α , es decir $p < \alpha$ de 0.025 con relación al mayor estudio de la información la relación estadística se rechaza.

De acuerdo a las investigaciones de los diferentes autores coincidió en que la mortalidad materna se le ha calificado como una problemática de salud pública, y que es evitable, en la actualidad podemos implementar estrategias de modo que disminuya las muertes maternas y es responsabilidad de todo el personal del sector salud, que las diferentes instituciones cuenten con las siguientes características; disponibilidad de servicios, accesibilidad tanto física como económica y cultural, acceso a la información y calidad en los servicios.

CONCLUSIÓN.

En conclusión en cuanto a la investigación realizada se comprobó que efectivamente las mujeres multigestas tienen un mayor nivel de conocimientos con el tema del control prenatal, es por eso que podemos decir que se cumplió el objetivo principal.

Como resultado de la investigación estadística presentada, es posible concluir que existe una diferencia entre las mujeres multigestas y primigestas, que pueden ser debido a múltiples factores como se reflejan en los resultados de las encuestas aplicadas.

Por otro lado al comparar el índice de conocimientos realizados a las mujeres gestantes, se observa un incremento de mujeres muy jóvenes que ya tienen más de un hijo, por lo que causa inquietud la situación en la que se encuentra la población en edad fértil.

Y se observó el impacto que causa sobre los resultados obtenidos en la carencia de conocimientos en cuanto al tema desarrollado,

Por último se confirma que existe diferencia estadísticamente significativa en el nivel de conocimientos sobre el control prenatal a favor de las multigestas en comparación con las primigestas con un $p < 0.5$.

SUGERENCIAS.

De acuerdo a las conclusiones obtenidas las sugerencias y aportaciones que podemos hacer con los resultados obtenidos de este trabajo son las siguientes.

Puede servir de base de datos para continuar con esta línea de investigación y tratar de explicar cuáles son los factores que condicionan el embarazo en gente muy joven y sobre todo encontrar multigestas en edades tan tempranas.

También el trabajo permite planear una intervención educativa a través de las diferentes estrategias educativas para concientizar a las mujeres embarazadas de la importancia del control prenatal situación en que el Hospital General Dr. Enrique Cabrera Cossío tendrá que incidir a nivel de la consulta externa de obstetricia y Ginecología para que se tenga mayor conocimiento sobre el control prenatal y no nada más en el hospital donde se realizó el presente estudio, sino además en todo el sector salud.

Es importante mencionar que se llevaron a cabo la difusión de información con respecto a dicho tema a investigar en los servicios ya mencionados, el cual cabe mencionar fue satisfactorio haber recibido la atención prestada requerida, para poder orientar y resolver las dudas de las mujeres gestantes, se proporcionaron folletos como herramienta básicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Méndez Oteo Francisco . (2014). *Historia Grafica de la Medicina del Siglo XX*. México D.F.: Méndez Editores.
- Acevedo., G. S. (23 de Diciembre de 1986). *REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Obtenido de REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
- Alonso., F. R. (2002.). *Obstetricia para la enfermera profesional*. En F. R. Alonso., *Obstetricia para la enfermera profesional*. Mexico D,F.: Manual Moderno.
- BENSON, P. M. (2004). *Manual de Obstetricia y Ginecología*. México.: McGraw-Hill Interamericana.
- Castro., H. M. (2006). *Obstetricia básica ilustrada*. En H. M. Castro., *Obstetricia básica ilustrada*. México: Trillas.
- DeCherney., A. H. (2007). *Diagnóstico y tratamineto ginecoobstetricos*. En A. H. DeCherney., *Diagnóstico y tratamineto ginecoobstetricos*. Mexico D,F: Manual Moderno.
- DR.Jorge, O. S. (2006). *Danforth Tratdo de Obstetricia y Ginecología*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Francisco, M. O. (2014). *Historia Gráfica de la Medicina Mexicana del Siglo XX*. México D,F.: Méndez Editores.
- Maciel., D. G. (1989.). *Ginecología y obstetricia*. En D. G. Maciel., *Ginecología y obstetricia*. Mexico. D,F: Manual Moderno.
- Maria Graciela Freyermuth Enciso, M. L. (03 de 12 de 2014). *Muerte materna* . Recuperado el miércoles de 07 de 2017, de muerte materna :
www.inegi.org.mx/RDE/rde_13/doctos/rde_13_art4.pdf
- Martin L.Pernoll, M. (1989.). *Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstericos*. En M. Martin L.Pernoll, *Diagnóstico y tratamiento Ginecoobstericos*. Mexico D,F: Manual Moderno.
- MORALES, P. A. (7 de Abril de 2016). *NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida*. Recuperado el 25 de Octubre de 2016, de
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016
- Mtra. Claudia Gamboa Montejano, M. S. (09 de 2015). *MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO* . Recuperado el miércoles de 07 de 2017, de MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO :
www.diputados.gob.mx/sedia/sia/spi/SAPI-ISS-74-15.pdf

Noé, A. A. (20 de Abril de 2016). *Algunos Aspectos Historicos de la Atención al Embarazo vol. VIII, Num. 1*. Obtenido de *Algunos Aspectos Historicos de la Atención al Embarazo vol. VIII, Num. 1*:
file:///C:/Users/Usuario/Desktop/PDF%20MIGUE/antecedentes%20del%20control%20prenatal.pdf

Rico., D. G. (2013.). *Fundamentos en Ginecología y Obstetricia*. En D. G. Rico., *Fundamentos en Ginecología y Obstetricia*. Mexico D,F: Mendez Editores.

Salud, S. d. (2000). *atencion de la mujer durante el embarazo parto y puerperio. Maternidad saludable y sin riesgos.*, 20, 21.

Salud, S. d. (agosto de 2016). *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 20132018*. Obtenido de *Programa de Acción Específico Salud Materna y Perinatal 20132018.*:
cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/.../SaludMaternayPerinatal_2013_2018.p d.f

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D.F. a _____ 2017

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto ser participe en el estudio de nivel de conocimiento sobre el control prenatal en mujeres multigestas y primigestas del hospital general Dr.Enrique Cabrera Cossío en las áreas de Ginecología y Consulta Externa.

Estoy consciente de que uno de los procedimientos que se utilizan para lograr el objetivo consistirá en la aplicación de un cuestionario y que no representa riesgo alguno a mi persona.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación e el momento que lo desee sin ser afectad a mi persona.

Firma

Investigadores:

Pasante L.E.O López Sántiz Georgina

Pasante L.E.O Martínez Márquez Miguel Ángel

INSTRUMENTO

OBJETIVO:

El presente cuestionario tiene la finalidad de medir nivel de conocimiento sobre el control prenatal en mujeres multigestas y primigestas del hospital general Dr. Enrique Cabrera Cossío.

Solicitamos de la forma más cordial de su consentimiento y autorización para la realización de este cuestionario que consta de 10 preguntas, el cual se hará de forma anónima y de manera discreta.



INSTITUTO MARILLAC LICENCIATURA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA INCORPORADO A LA UNAM

Nombre:

Edad:

Número de Embarazos:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

A continuación subraya la respuesta que más te parezca correcta.

1.- Se define como el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar mejores condiciones de salud:

A) Embarazo. B) Control Prenatal. C) Planificación familiar.

2.- ¿Cuántas consultas prenatales son a las que debe de asistir durante el embarazo?

A) Menos de 5 consultas. B) 5 consultas. C) Más de 5 consultas.

3.- ¿En qué semana debe acudir a su primera consulta prenatal?

A) Antes de las 12 semanas. B) Antes de las 15 semanas. C) Antes de las 20 semanas.

4.- ¿Cuál es la importancia por la que debe asistir a su control prenatal?

- A) Identificar factores de riesgo, así como vigilar la salud de la mujer durante el embarazo.
- B) Una buena nutrición y una dieta balanceada.
- C) Vigilarse estrechamente la prescripción de medicamentos.

5.- ¿Conoce los signos de alarma durante el embarazo?

- A) Salida de sangre por vagina, zumbido de oídos, ver lucecitas, dolor de cabeza, hinchazón de manos y cara.
- B) Vomito, dolor abdominal, sudoración excesiva, dolor de cabeza, sed.
- C) Hinchazón de manos y cara, náuseas, vomito, irritabilidad.

6.- ¿Cuáles de estas opciones son complicaciones maternas del embarazo?

- A) Cáncer, depresión, diabetes.
- B) Diabetes, presión alta, infecciones de vías urinarias.
- C) diabetes, cáncer, infecciones gastrointestinales.

7.- ¿De las siguientes opciones cual es un factor de riesgo durante el embarazo?

- A) Estrés, pérdida del apetito. B) Sueño y fatiga. C) Tabaquismo y alcoholismo.

8.- ¿Sabe qué vacuna está indicada durante el embarazo?

- A) Tétanos. B) Poliomiélitis. C) BCG.

9.- ¿Sabe que estudios se realizan durante el embarazo?

- A) Prueba de esfuerzo.
- B) Ultrasonidos y pruebas de laboratorio.
- C) Prueba de Papanicolaou.

10.-Identifica que medicamento está indicado durante el embarazo:

- A) Penicilina. B) Ácido Acetil salicílico. C) Ácido fólico

