

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

**“PROGRAMA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS”**  
**MEMORIA DE PRESENTACIÓN DEL SERVICIO**  
**SOCIAL**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
**LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

**PRESENTA:**  
**RAMONA GUTIERREZ LOPEZ.**

**DIRECTORA:**  
**MCS. ILIANA CATALINA OBREGON CALZADA**

**1942**

# Repositorio Institucional UNISON



"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess



## INDICE

INTRODUCCÓN _____	2
I. CONTEXTO _____	4
II.- JUSTIFICACIÓN _____	6
III.- OBJETIVOS _____	8
OBJETIVO GENERAL _____	8
OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	8
IV.- METAS _____	8
V. MARCO REFERENCIAL _____	10
ETAPAS _____	32
Segunda etapa. _____	32
Tercera etapa. _____	33
VI.- MECANISMO DE EVALUACIÓN _____	34
VII. RESULTADOS _____	35
VIII.- IMPACTO SOCIAL. _____	43
PLANES DE CUIDADO _____	44
IX. ESTRATEGIAS _____	56
Estrategia 1. Educación para la salud. _____	56
Estrategia 2. Elaboración de un módulo de enfermería. _____	56
Estrategias 3. Atención a mujer embarazada _____	57
X. CONCLUSIONES _____	58
IX. GLOSARIO _____	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	74
WEBGRAFIA: _____	75
ANEXOS _____	76
1. Anexo I. Calendarización de actividades. _____	77
Anexo II. Presentación de periódicos mural realizado en CSUS _____	83
Anexo III. Presentación de charlas para mujeres embarazadas del CSUS _____	87
Anexo IV.-Trípticos entregados a mujeres embarazadas del CSUS _____	91

## INTRODUCCIÓN

Las mujeres embarazadas que acuden a recibir atención en el Centro de Salud Urbano Sahauro por su condición biológica y social son vulnerables ante diversas situaciones lo que puede conducir a daño a su salud o de su hijo. Por ello el presente proyecto nace con el propósito de disminuir los riesgos de enfermedad y coadyuvar a garantiza la calidad de vida futura del binomio madre-hijo.

Parte del control prenatal involucra a la mujer para que asista a las consultas, con el fin de detectar oportunamente cualquier situación patológica que derive en complicaciones sociales, económicas y psicológicas.

En el proyecto que a continuación presentamos se encuentra una serie de intervenciones de enfermería los cuales consisten en brindar salud integral para la diada materno - infantil con estrategias preventivas y terapéuticas a implementar; así como planes de mejora para disminuir los riesgos en el embarazo.

El trabajo consta de tres etapas, la primera es la presentación del proyecto a autoridades del centro de salud urbano Sahuaro y abordaje de la mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa para saber el grado de conocimiento acerca de los riesgos en el embarazo, búsqueda de detección de embarazos de alto riesgo, promoción a la salud y prevención del mismo. Una Segunda etapa con actividades de atención directa a madre embarazadas según necesidades detectadas y una Tercera etapa donde se realizó la evaluación de las madres que acudieron a nuestro programa de atención a embarazadas del Centro de Salud Urbano Sahuaro.



Así mismo se muestran las estrategias utilizadas y los resultados obtenidos durante el proyecto para lograr la disminución de embarazos de alto riesgo en mujeres que acuden a este centro de salud.

## I. CONTEXTO

El Centro de Salud Urbano Sahuaro (CSUS) se encuentra ubicado en la ciudad de Hermosillo Sonora en la calle José Ma. Mendoza N/A, 87174 Hermosillo, Sonora. Con teléfono particular 2 60 33 66 (Imagen 1).

En este centro de salud se atiende a población abierta de todas las edades, de diferentes áreas geográficas (AGEBS) y colonias que corresponden a este centro. Los servicios que se otorgan son consulta médica, dental, así como seguimiento y control de embarazo y niño sano (tabla 1).

La población que requiere de los servicios de atención del CSUS ha transitado por proceso de demográfico y epidemiológico en el cual se ha incrementado el número de embarazadas, especialmente en el grupo de adolescentes en los últimos cinco años, quienes entre sus principales problemas biomédicos se encuentran las infecciones de vías urinarias.

Imagen 1. Centro de Salud Urbano Sahuaro.





Tabla 1. Relacion de AGEB'S y colonias correspondientes al Centro De Salud Urbano Sahuaro.

**CENTRO DE SALUD URBANO SAHUARO**  
**RELACION DE AGEB'S Y COLONIAS DE RESPONSABILIDAD**

AGEB	COLONIAS
564	NUEVA ESPAÑA, AMPLIACIÓN SAHUARO
240	CAMINO REAL-MISION
237	BUENOS AIRES- SAHUARO FINAL
529	AMPLIACION SAHUARO-CAMINO REAL
528	SAHUARO- CAMINO REAL
253	SAHUARO
527-A	SAHUARO- PARADA CANO- INTERNACIONAL
526	SAHUARO
252	VISTA BELLA-HACIENDA DEL SOL-NUEVO SAHUARO-EL LLANITO-SAHUARO
556	CASA BONITA-RIO DE PLATA-ARRECIFES-MANANTIALES-CASCADA-MANTOS-ESPLENDOR I,II y III- MURANO- ESTANQUES- ARROYOS
258	RANCHO BONITO-SONACER-SAN ISIDRO-JEREZ DEL VALLE-SAHUARO-GRANADOS-VALLE DORADO
533	SONACER
532	MIRASOLES
261	LA MANGA- REAL DEL LLANO- EL CHANATE- CHOROS-MEDITERRANEO
262	QUINTA EMILIA-REAL DE QUIROGA- CONQUISTADORES- REAL DE QUIROGA SECC MADRIGAL
263	EL LLANO-OBISPOS- FRACC ALCAZAR
487-8	LA CHOYA- LA CHOYA II- LOS ARROYOS-MANANTIALES- HUERTOS-CANTARES
225	LADRILLERAS-MACHI LOPEZ-ALBORADA-PREDIO SAN JUDAS-JESUS VEGA- BARRIO CHULO
563	PROGRESISTA-NUEVA CASTILLA- MACHI LOPEZ
562	VIRREYES-PLAZA REAL-PROGRESISTA-NUEVA CASTILLA
530	MISION DEL ARCO-MISIONEROS-CONQUISTADORES
531	UNION DE COLONOS- LOS VIÑEDOS-PROGRESISTA-SAN JAVIER- VILLA FONTANA
565	SAN BERNARDINO-SAN JERONIMO-NUEVA ESPAÑA-ALVARO OBREGÓN- VILLA FONTANA- PLAZA GRANDE

## II.- JUSTIFICACIÓN

El embarazo en adolescentes se considera un problema desde diferentes ópticas ya que implica una contribución acelerada al incremento poblacional, una supuesta contribución a la persistencia de la pobreza así como por un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna expresada por aborto con un índice de 44.4 por cada 100 mil habitantes, cuando la media nacional es de 55.8 y por preeclampsia (Stern, 1997; CONAPO, 2012; OMS, 2014).

Durante el año 2013 se registraron 6 casos de muerte materna entre los 10-14 años, 141 entre los 15 y 19 años y 236 entre los 20 y 24 años. Este dato revela la necesidad de adecuar los servicios de salud reproductiva y los métodos de prevención de los embarazos no planeados a las características y necesidades propias de este grupo de la población con el propósito de mejorar la salud materna el cual corresponde al quinto objetivo del desarrollo humano (INEGI, 2013).

A nivel mundial, anualmente alrededor de 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años se embarazan, lo que representa aproximadamente el 11% de todos los nacidos en el mundo. Estos datos corresponden a prevalencias que van desde el 17 al 23%. En el caso de México hay poco más de 22 millones de adolescentes de los cuales el 49.7% son mujeres y de estas el 51.9% han estado embarazadas alguna vez en su vida. Esta situación refleja que una gran cantidad de adolescentes que utilizarán los servicios de salud en los diferentes niveles de atención alguna vez por atención prenatal (Gamboa y Valdez, 2013).

En el caso del CSUS del 30% de mujeres que acuden a control prenatal 70% son adolescentes embarazadas cuyo principal problema que enfrentan es la falta de conocimientos acerca del embarazo y desconocimiento de los riesgos que pueden



ocurrir tanto en ellas como su hijo. Por lo tanto es imprescindible implementar y mejorar las prácticas de control prenatal ya establecidas, la cual entendemos como el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal; debe ser eficaz y eficiente, esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Mediante el control prenatal, se puede vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

Por lo anterior es necesario implementar desde la visión de enfermería proyectos de promoción a la salud y prevención de enfermedades bajo un enfoque educativo y enmarcado bajo las normativas vigentes de salud que se articulen con la estructura del CSUS.

### **III.- OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Implementar un proyecto de enfermería de promoción a la salud y prevención de enfermedades en mujeres embarazadas usuarias del Centro de Salud Urbano Sahuaro durante el periodo 2013-2014.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Integración de grupo de embarazadas usuarias del CSUS durante el periodo 2013-2014.
- Desarrollar estrategias de promoción a la salud durante la salud materna en usuarias del CSUS durante el periodo 2013-2014.
- Desarrollar estrategias de prevención de padecimientos maternos en usuarias del CSUS durante el periodo 2013-2014.

#### **IV.- METAS**

- Aplicar técnicas para mejorar la diada materno-infantil y satisfacer así mismo las necesidades de información y cuidados en un 100% de la población atendida.
- Elaboración de estrategias para mujeres embarazadas del Centro de Salud Sahuaro donde se informe a un 100% a la población atendida como mejorar su calidad de vida en el embarazo.



- Colocación de un módulo de enfermería en el centro de salud urbano sahuaro con el fin de valorar el estado de salud de usuarias específicamente mujeres embarazadas.
- Iniciar un club de embarazadas semanalmente donde se reforzaran conocimientos y orientara a la mujer embarazada con el cual se pretende fortalecer la diada materno – infantil en un 100 %.
- Vigilar que se lleve a cabo un 100% del esquema nutricional y el tratamiento adecuado (vitaminas propias durante el embarazo).

## V. MARCO REFERENCIAL

En esta apartado se presentan los elementos que dan fundamento al proyecto de servicio social y que proveen un punto de vista congruente con objetivo del mismo. En primer término se presenta una noción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres para posteriormente presentar algunos elementos de la NOM de la atención a la embarazada imprescindibles para brindar una atención de calidad.

El tratamiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, está condicionado por una relación dicotómica público Privado. La sexualidad es considerada como un asunto privado de las personas, mientras que la reproducción es considerada como un asunto no sólo personal sino social, en el cual el Estado debe intervenir. El rol de los Estados ha sido, en muchas situaciones, la de controlar la reproducción de los sectores pobres de la sociedad, con la consiguiente violación de los derechos humanos, en especial de las mujeres sobre quienes recayeron las políticas controlistas de la natalidad Ávila (2000).

Para Alice Miller (2000) se debería tener en cuenta que las dos realidades del comportamiento sexual y del comportamiento reproductivo pueden ser enlazadas o desconectadas. Desde ese punto de vista los Estados tienen la obligación de crear las condiciones necesarias para que las mujeres y los hombres ejerciten sus elecciones significativas acerca de si enlazar o no la sexualidad con la reproducción. La idea de los conjuntos desconectados debería permitir, en el marco de las demandas sobre derechos sexuales, atender con igualdad a una más amplia gama de identidades, prácticas y condiciones sexuales que no pueden ser protegidas al tratar a los derechos sexuales como un subconjunto de los derechos reproductivos. (Miller, 2000). De hecho, el tratamiento y promoción de los derechos sexuales, se encuentra



frecuentemente limitado con respecto a los derechos reproductivos, en las acciones tanto gubernamentales como no gubernamentales que se desarrollan. Particularmente, para los actores políticos parece resultar menos comprometedor hablar de Salud y Reproducción, que de Sexualidad y Derechos. (Abracinskas, López Gómez, 2001).

La planificación familiar forma parte de la estrategia para "Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres", específicamente donde se señala la importancia de "Atender otros problemas relacionados con el rezago", y también se articula con la estrategia que señala la necesidad de "Vincular la salud con el desarrollo económico y social" en los que se refiere a "Promover la perspectiva de género en el sector salud".

La salud reproductiva debe entenderse como el estado general de bienestar físico, mental y social, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y sus procesos; es decir, es la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos.

**Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.**

Edad gestacional se define como duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

Embarazo normal es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.



Embarazo del alto riesgo aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto.

Emergencia obstétrica condición de complicación o interurrencia de la gestación que implica riesgo de morbilidad o maternidad materno-perinatal.

Muerte materna es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo, independientemente de la duración y lugar del embarazo producida por cualquier causa o incidente.

Aborto expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

Parto conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

Distocia anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

Eutocia corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

El parto en función de la gestación del producto se clasifica en:

Parto pretérmino expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Parto con producto inmaduro expulsión del producto del organismo materno de 21 semanas a 27 semanas de gestación.



Parto con producto prematuro expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Parto con producto a término expulsión del producto del organismo materno de 37 a 41 semanas de gestación.

Parto con producto posttermino expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

Puerperio normal periodo que sigue del alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas a 42 días.

Nacimiento expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o este unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

Recién nacido producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Recién nacido vivo se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

De acuerdo con la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

Recién nacido pretérmino: producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

Recién nacido inmaduro producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1000 gramos.

Recién nacido prematuro producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación que equivale a un producto de 1000 gramos a menos de 2500 gramos.

Recién nacido a término producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación equivale a un producto de 2500 gramos o más.

Recién nacido posttermino producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación.

Recién nacido con bajo peso producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2500 gramos independientemente de la edad gestacional.

De acuerdo con el peso corporal al nacimiento y la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

De bajo peso (hipotrófico) cuando el peso resulta inferior a la del percentil de 10 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

De peso adecuado (autrófico) cuando el peso corporal se sitúa entre el percentil 10 y 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

De peso alto (hipertrófico) cuando el peso corporal sea mayor a la percentil 90 de la distribución de los pesos correspondientes a la edad gestacional.

Lactancia materna, la alimentación del niño con leche de la madre.



Lactancia materna exclusiva, la alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos a alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

Lactancia materna mixta, la alimentación proporciona al niño a base de leche procedente de la madre, mas otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

Sucedáneo de la leche materna, todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

Alojamiento conjunto, la ubicación del recién nacido y su madre en la misma habitación, para favorecer el contacto precoz y permanente y la lactancia materna exclusiva.

Hipotiroidismo congénito, enfermedad que se presenta desde el nacimiento y se caracteriza por ausencia o formación inadecuada de la glándula tiroides con disminución permanente en su función y menos frecuente por disminución transitoria en su funcionamiento.

Calidad de la atención, se considera a la secuencia de actividades que relacionan al prestador de los servicios con el usuario, (oportunidad de atención, accesibilidad de la atención, tiempo de espera, así como de los resultados).

Calidez de la atención, el trato cordial, atento y con información que se proporciona al usuario del servicio.

Oportunidad de la atención, ocurrencia de la atención medica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe hacer con la secuencia adecuada.

Disposiciones generales.

En la atención de la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.

La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez de la atención.

Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud con la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidos.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

Elaboración de historia clínica.

Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrado, signos de infección de las vías urinarias y vaginales)

Medición de peso y talla, así como interpretación y valoración.

Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.

Valoración de riesgo obstétrico.

Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.

Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo)



Determinación del grupo sanguíneo ABO Y Rho (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil Du) se recomienda la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos.

Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.

Detección del virus de inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo, (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.

Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.

Prescripción de medicamentos (solo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas de embarazo).

Aplicación de la menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto del paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.

Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.

Promoción de la lactancia materna exclusiva.

Promoción y orientación sobre planificación

familiar. Medidas de autocuidado de la salud.

Establecimiento de diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos interiores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de los gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Las unidades de atención deben de proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultados del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos alarma durante el embarazo. Se utilizara este, con documentos de referencia y contrarreferencia institucional.

### **Atención del embarazo.**

Para establecer el diagnostico de embarazo no se debe de emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

### **Control prenatal**

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Mediante el



control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbimortalidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo. Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

### **Identificación de factores de riesgo**

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos. Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados. Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las

infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pregestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

#### Diagnóstico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclamsia, infecciones cervico vaginales e infecciones urinaria, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

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

Primera consulta en el transcurso de las primeras 12

semanas. Segunda consulta entre las 22-24 semanas.



Tercera consulta entre el 27-29 semana. Cuarta consulta entre el 33-35 semana. Quinta consulta entre la 38-40 semana.

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

### **Prevención del bajo peso al nacimiento.**

En todas las unidades de salud que dan atención obstétrica se deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna de riesgo y manejo adecuado de la prematurez y el bajo peso al nacimiento (retraso del crecimiento intrauterino).

La detección oportuna incluye dos etapas: durante el embarazo y nacimiento.

Los procedimientos preventivos deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

Para detectar el bajo peso al nacer, se debe realizar periódica y sistemáticamente el seguimiento de la altura del fondo del útero.

El manejo de la prematurez, implica el diagnóstico y tratamiento oportunos de la amenaza de parto prematuro, así como de la aceleración de la biosíntesis de los factores tensoactivos del pulmón fetal y el manejo adecuado del recién nacido pretérmino (prematuro).

### **Promoción a la salud materno-infantil.**

La promoción a la salud se debe llevar a cabo en la comunidad en la unidad de salud, del sector público y social y en su caso el privado (a nivel de unidad). Las instituciones y unidades deben establecer un programa educativo con los contenidos a transmitir a la población y a las embarazadas.

- Importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar.
- Importancia y beneficios del control prenatal.
- Orientación alimentaria y nutrición e higiene de los alimentos.
- Orientación e información a la madre sobre el uso de medicamentos durante el embarazo y la lactancia con efectos indeseables en el feto o en el niño.
- Ventajas de la lactancia materna exclusiva y técnica al amamantamiento y orientación sobre la atención a los problemas más frecuentes.
- Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención médica urgente, así como el lugar donde acudir para la atención.
- Signos del inicio del parto y conducta ante los mismos.
- Cuidados del recién nacido y signos de alarma que requieren atención médica urgente.
- Importancia de la vigilancia nutricional del crecimiento y desarrollo del recién nacido.
- Prevención y control de las enfermedades diarreicas y manejo del suero oral.
- Prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias.
- Esquema de vacunación.



- Planificación familiar desde el control prenatal e información de los métodos posparto.
- Prevención del retraso mental por hipotiroidismo congénito.
- Prevención de bajo peso al nacer.
- Información sobre los cambios físicos y emocionales de la embarazada.
- Importancia de la participación de la pareja y/o la familia durante el proceso grávido-puerperal.

### **Lactancia materna exclusiva.**

La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimos. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los lactantes deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos nutritivos. En la última revisión sistemática sobre esta cuestión, publicada en 2009 (Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding (Review), The Cochrane Library, 2009, N.o 4), se incluyeron dos ensayos clínicos controlados y otros 18 estudios realizados en países tanto desarrollados como en desarrollo. Sus resultados respaldan las recomendaciones actuales de la OMS.

Dichos resultados indican que la lactancia materna exclusiva, sin otros alimentos ni líquidos, durante los primeros 6 meses de vida tiene varias ventajas en comparación con la lactancia materna exclusiva durante solo 3 a 4 meses, seguida de la combinación de la lactancia materna con otros alimentos. Entre esas ventajas se encuentran, para el niño, una reducción del riesgo de infecciones gastrointestinales, y para la madre, una pérdida de peso más rápida tras el parto y un retraso del retorno de las menstruaciones. No se ha demostrado una reducción del riesgo de otras infecciones ni de enfermedades alérgicas. Tampoco se han documentado efectos adversos de la lactancia materna exclusiva durante 6 meses en el crecimiento, aunque en algunos

países en desarrollo se ha observado una reducción de la concentración de hierro.

La OMS sigue atentamente los resultados de nuevas investigaciones y dispone de un procedimiento para reexaminar periódicamente sus recomendaciones. Las directrices se actualizan mediante revisiones sistemáticas acompañadas de una evaluación de la calidad de los datos, proceso que trata de garantizar que las recomendaciones hechas estén basadas en los mejores datos disponibles y no estén sujetas a conflictos de intereses.



## **Planificación familiar.**

### Datos y cifras

- Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.
- Algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- La planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto peligroso.
- La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad (en esta nota se aborda solo la anticoncepción).

## **Beneficios de la planificación familiar**

La promoción de la planificación familiar —y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas— resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que

tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

### **Reducción de la mortalidad de los menores de un año.**

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

### **Prevención de la infección por el VIH y el sida**

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

### **Disminución de la necesidad de recurrir al aborto peligroso**

Al disminuir las tasas de embarazo no deseado, la planificación familiar aminora la necesidad de recurrir al aborto peligroso, que representa un 13% de la mortalidad materna mundial.



### **Poder de decisión y una mejor educación**

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado en empresas que no sean de carácter familiar. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

### **Disminución del embarazo de adolescentes**

Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

### **Menor crecimiento de la población**

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

### **Uso de anticonceptivos**

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en

América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

### **La necesidad insatisfecha de anticoncepción en el mundo**

Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Los motivos son los siguientes:

- poca variedad de métodos;
- Acceso limitado a la anticoncepción, particularmente por parte de los jóvenes, los segmentos más pobres de la población o los solteros;
- Temor a los efectos colaterales, que a veces se han sufrido con anterioridad;
- Oposición por razones culturales o religiosas;
- Servicios de mala calidad;
- Barreras de género.

La necesidad insatisfecha de anticoncepción sigue siendo alta. Esta falta de equidad está impulsada por un aumento de la población y una escasez de servicios de planificación familiar. En África, el 53% de las mujeres en edad fértil tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos modernos. En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas representan un 21% y un 22%, respectivamente.



## **Prevención de la Diabetes Mellitus.**

La diabetes mellitus, comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas, crónicas, de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina. Estos defectos traen como consecuencia una elevación anormal de la glucemia después de cargas estándar de glucosa e incluso en ayunas conforme existe mayor descompensación de la secreción de insulina.

Estas enfermedades se acompañan, en grado variable, de complicaciones con compromiso de vasos sanguíneos pequeños (macroangiopatía) que se manifiesta como retinopatía, nefropatía, etc. NOM-015-SSA2-1994.

Existe aceleramiento en el proceso de aterosclerosis (macroangiopatía), con mayor predisposición a infarto del miocardio, a obstrucción de las arterias cerebrales y de los miembros inferiores. Son comunes las lesiones de la piel (dermopatía), nervios (neuropatía) y el cristalino (cataratas). NOM-015-SSA2-1994.

Yo quiero, yo puedo.... Darte pecho, jugar contigo y protegerte de la muerte de cuna. Este programa toma como base la aproximación de capacidades humanas, su fundamento es que para reducir la pobreza se necesita cambiar el enfoque de los programas de manera tal que se expandan las libertades y capacidades del individuo. El desarrollo de habilidades personales permite que cada persona aproveche de nuevas oportunidades, eliminando sus barreras psicológicas y sociales. Al enseñar que cada individuo puede y debe expresar sus opiniones, pensar independientemente, y hacer decisiones informadas permite el desarrollo personal de individuos y comunidades. ([www.yoquieroyopuedo.mx](http://www.yoquieroyopuedo.mx)).

## **Vacunas**

La vacunación es un derecho y debe ser una realidad alcanzable a través de la responsabilidad y el compromiso político, de los subsectores salud y educación así como también social. La inversión en vacunas es una de las mejores inversiones sociales que el gobierno realiza en función del costo percapita (Gonzales A. Silvia)

## **Preeclampsia**

La Preeclampsia es un síndrome clínico caracterizado por hipertensión con disfunción orgánica múltiple y proteinuria. Se cree que es un trastorno endotelial que resulta de una perfusión deficiente de la placenta que libera factores que lesionan el endotelio por activar la cascada de coagulación o aumentar la sensibilidad del endotelio a agentes presores<sup>2, 3</sup>. (BURROW, G.M., 1996)

## **Tamiz auditivo.**

El Programa de Tamiz Auditivo Neonatal contempla una serie de acciones para dar seguimiento y evaluar el avance e impacto en todos los niveles. De manera particular, el monitoreo y seguimiento de metas e indicadores permitirá medir el grado de avance de las diferentes estrategias y líneas de acción establecidas en el programa. Programa Sectorial de Salud, 2007-2012.



## VI.- METODOLOGIA

### **Límites:**

Del primero de agosto de 2013 al 31 de julio de 2014.

### **Lugar:**

Centro de Salud Urbano Sahuaro entre Mendoza y República de Panamá.

### **Universo de trabajo:**

100 embarazadas que acudieron a consulta al Centro de Salud durante este periodo.

### **Recursos Humanos:**

PSS: Ramona Gutiérrez López.

Personal de enfermería del centro de salud urbano Sahuaro.

### **Materiales:**

Rotafolio, proyector, computadoras, impresora, trípticos, pluma, estetoscopio y baumanometro, glucómetro, computadoras, material de somatometría, báscula, cinta métrica; instalaciones del CSUS.

### **Financieros:**

Solventados por prestadoras de servicio Social de Enfermería con apoyo del CSUS.

## ETAPAS

Primera etapa.

Esta etapa inició con la presentación del proyecto a autoridades. Posteriormente se abordó a mujeres embarazadas que acudieron a consulta externa al centro de salud con el propósito de conocer su grado de conocimientos acerca de los riesgos en el embarazo; atendiendo con ello el inicio de la promoción integral del desarrollo diada materno–infantil.

Dentro de esta etapa también se realizó la búsqueda de detección de embarazos de alto riesgo y se inició con acciones de promoción a la salud y prevención de enfermedades, mediante charlas individualizadas e invitación para los próximos módulos y creación del club de embarazadas.

Dentro de la promoción integral se aplicó toxoide tetánico en primeras y segundas dosis en mujeres embarazadas a quienes no lo hayan presentado en su carnet o cartilla así como la aplicación de dosis única de Tdpa a partir de su semana 20 de gestación.

Nuestro objetivo de proyecto en esta primer etapa ha sido conseguir la comprensión de los riesgos que corre la población de mujeres embarazadas, previendo así posibles complicaciones en la diada materno – infantil.

Segunda etapa.

Con actividades de atención directa a madre embarazadas se forman grupos para brindarles la atención requerida en esta etapa de vida pretendiendo así fortalecer la diada materno – infantil con charlas en promoción de su salud; aplicando cada 15 días un módulo especial para mujeres embarazadas donde



brindamos charlas de promoción a la salud durante el embarazo así como vigilancia en el control de peso, control de presión arterial, diabetes mellitus; verificar que la mujer embarazada cuente con su cartilla de vacunación. En esta misma etapa se hace énfasis en la lactancia materna, buscando fomentar la alimentación por pecho en el tiempo estipulado de 6 meses (anexo I).

Tercera etapa.

Como tercer etapa y última realizamos la evaluación de la información proporcionada por madres que acudieron a nuestro programa de atención a embarazadas del Centro de Salud Urbano Sahuaro; así como el análisis final y presentación mediante gráficas para visualizar los resultados obtenidos dentro de nuestro año de servicio.

## **VI.- MECANISMO DE EVALUACIÓN**

El programa se evaluó mediante un club de embarazadas con reuniones semanales donde se reforzaran conocimientos y orienta a la mujer embarazada con el cual se pretende fortalecer la diada materno-infantil en un 100%.

Como mecanismo de evaluación se utilizaron listas de asistencia y las evidencias fotográficas de mujeres en el club de embarazadas, mismas donde se vio reflejado el avance de proyecto.

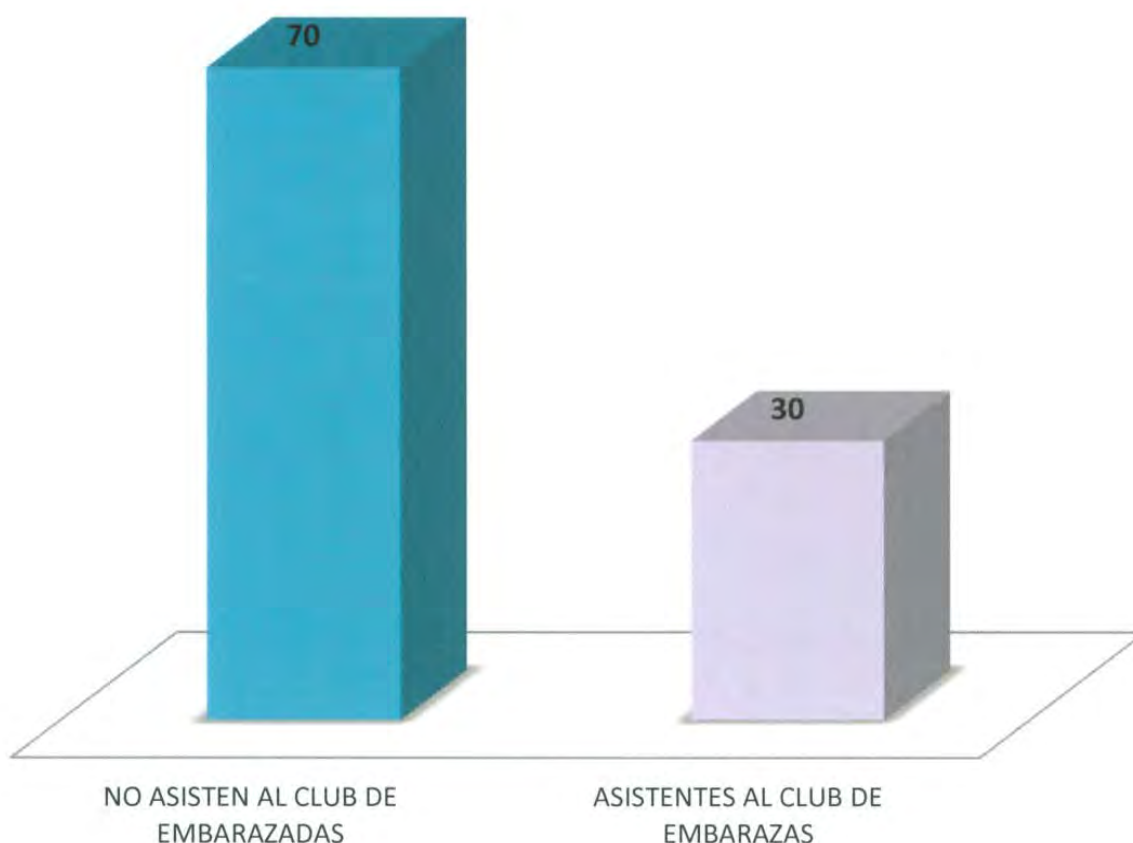


## VII. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados producto de las intervenciones realizadas en el CSUS. En primer lugar presentamos información en relación a la población y posteriormente resultados en concordancia a los objetivos del proyecto.

En relación a la caracterización de las usuarias del 100% de mujeres embarazadas que acuden al centro de salud se logró que un 30% asistiera al club de embarazadas.

Gráfica 1. Porcentaje de asistencia al club de embarazadas.

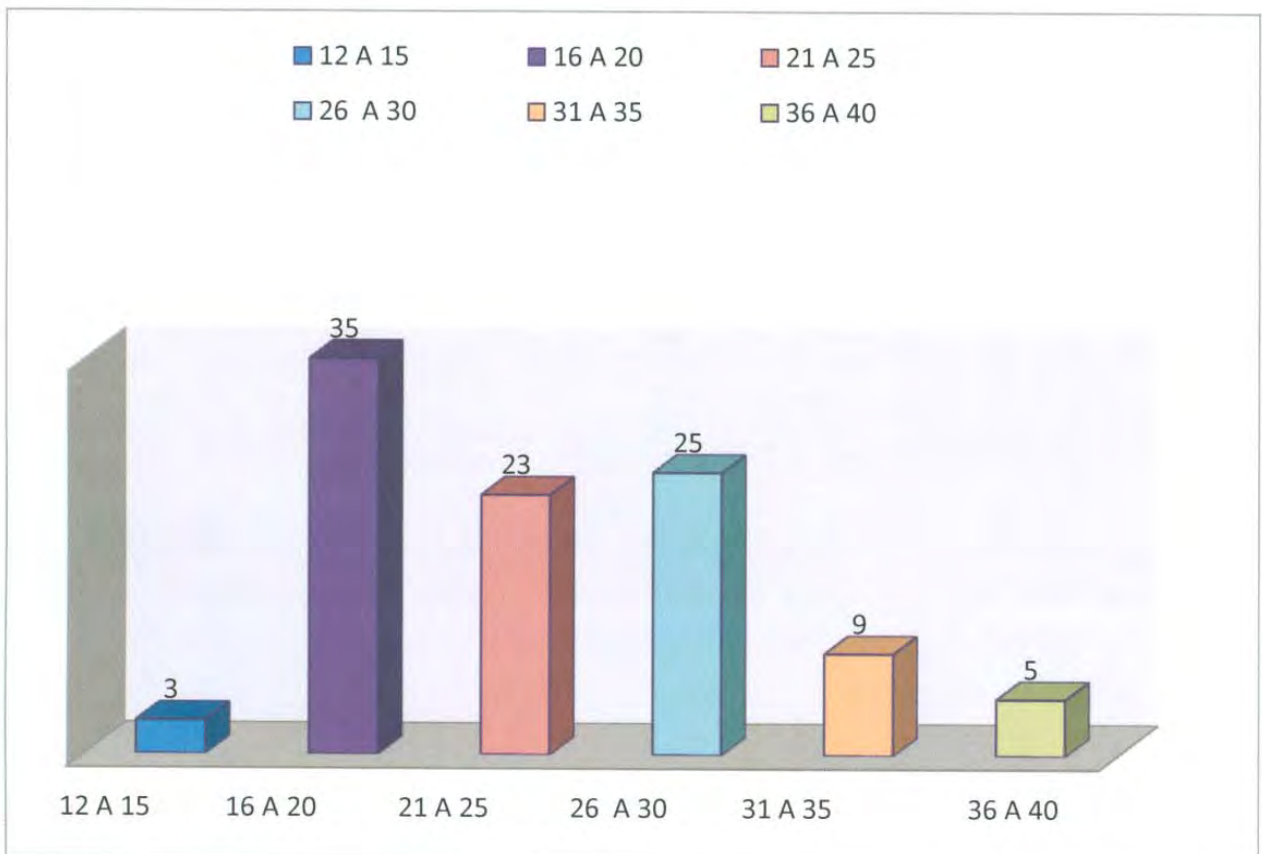


Fuente: Registro control prenatal

n=100

De acuerdo al 100% de las embarazadas entrevistadas del CSUS el 35% se encuentran entre los 16 a 20 años, siendo estas las de mayor prevalencia.

Gráfica 2. Edades de mujeres embarazadas que acuden al CSUS.



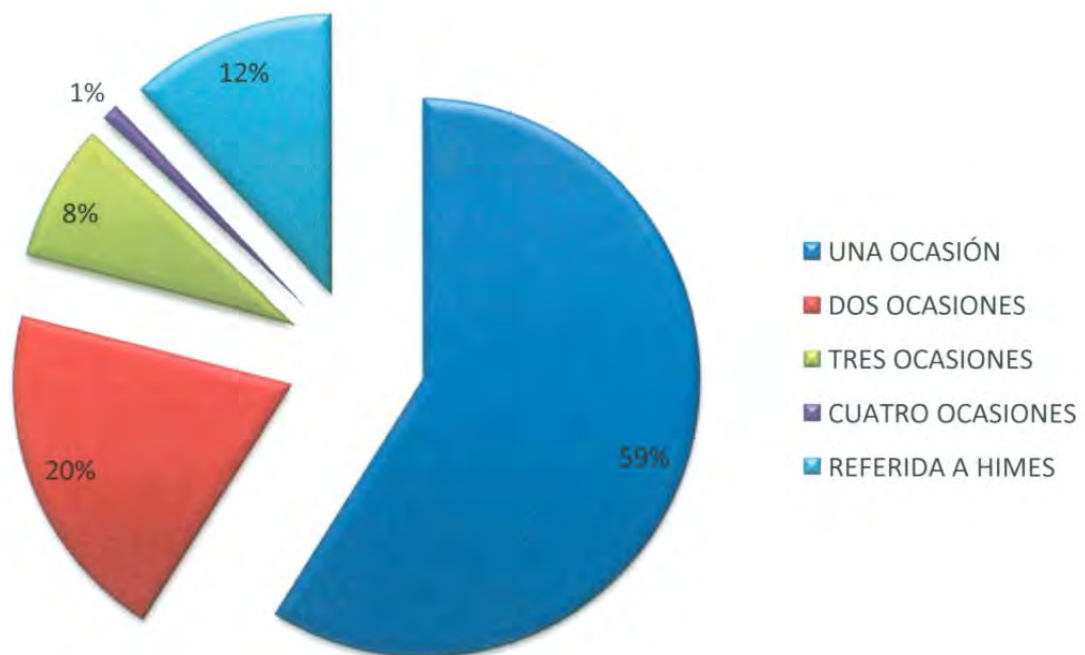
Fuente: Registro control prenatal

n=100



Del 100% de mujeres embarazadas encuestadas solo el 1% acude a la totalidad de sus consultas prenatales requeridas por la Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y recién nacido mientras que el 59% inician sus consultas en el último trimestre de embarazo, realizando solo una consulta prenatal.

Gráfica 3. Ocasiones que acuden a consulta prenatal al CSUS durante su embarazo

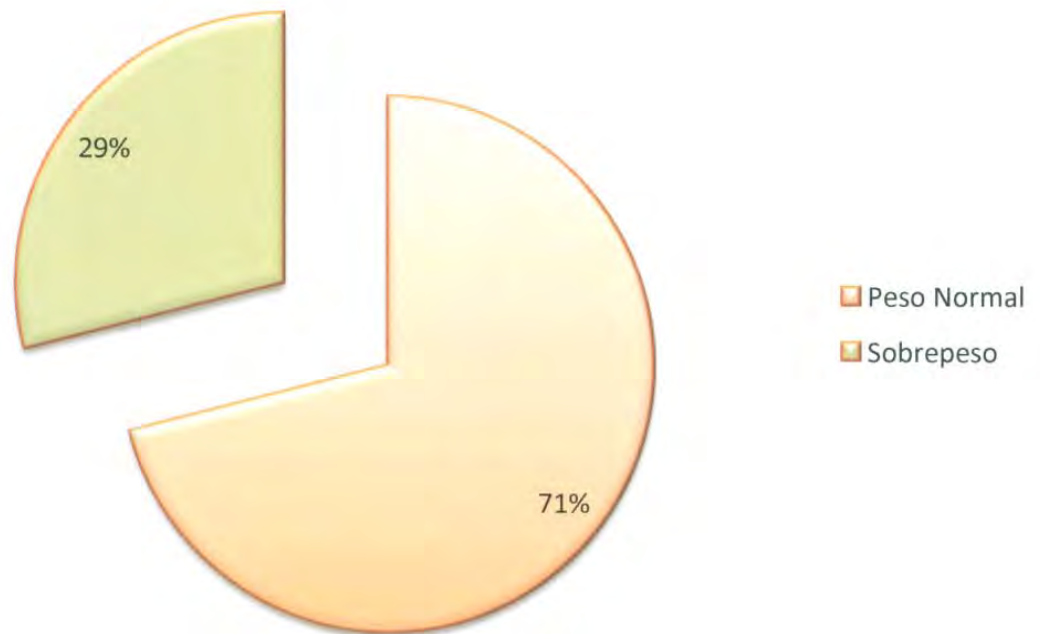


Fuente: Registro control prenatal

n=100

Dentro del 100% de los casos encuestados en mujeres embarazadas del centro de salud urbano Sahuaro el 71% resulto dentro de los índices de peso normal mientras que el 29% resulto con sobrepeso.

Gráfica 4. Peso en embarazadas



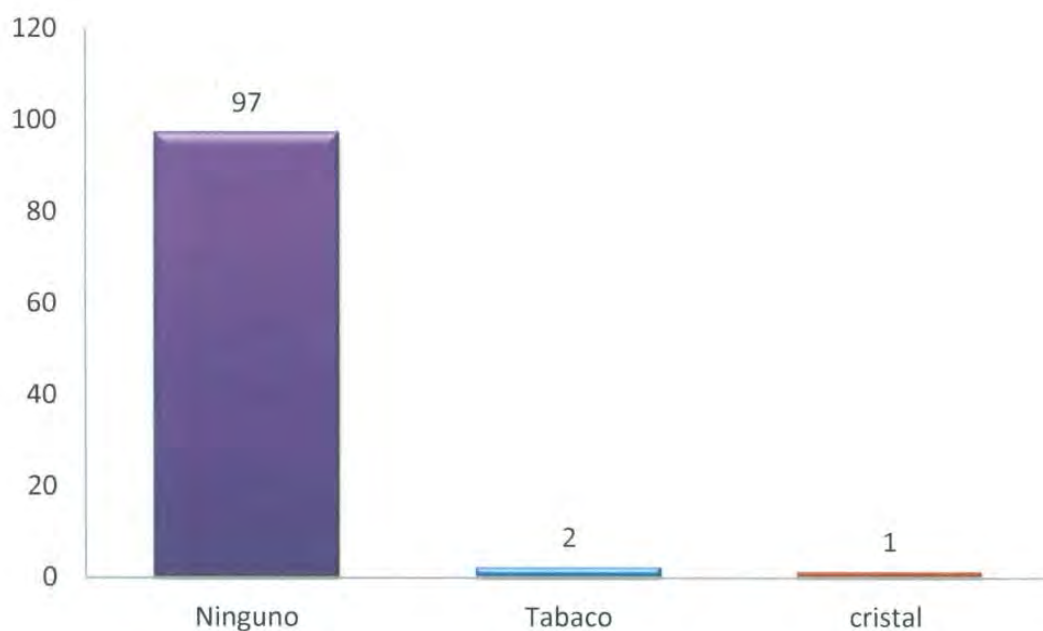
Fuente: Registro control prenatal

n=100



Dentro del 100% de los casos encuestados el 97% resulto sin toxicomanía aparente mientras que el 2% consumía tabaco y solo el 1% de consumo de cristal.

Gráfica 5. Mujeres con toxicomanía durante su embarazo en CSUS



Fuente: Registro control prenatal

n=100

De 100 mujeres entrevistadas 65 no presentaban ningún síntoma o signo de alarma, mientras que el 35 restante presentaron una situación de riesgo que ponen en peligro la vida de la madre y el producto; presentándose en mayor cantidad mujeres embarazadas con IVU en un 14%.

Tabla II. Signos y Síntomas de alarma.

Signos y síntomas	Frecuencia
Ninguno	65
Dolor tipo cólico	7
Leucorrea	2
Sangrado trasvaginal	2

Fuente: Registro control prenatal

n=100



Del 100% de las mujeres embarazadas del centro de salud urbano sahuaro se logró en promedio el 30% de asistencia a charlas mientras que el 4% se a bordo de forma individual

Tabla III. Usuaris embarazadas que acudieron a charlas informativas mensuales

Charlas	Asistentes
Octubre	1
Noviembre	4
Diciembre	1
Enero	10
Febrero	29
Marzo	27
Abril	33
Mayo	30

Fuente: Registro control prenatal

n=100

Del 100% de las mujeres embarazadas se logro en promedio el 52% de las asistentes dando por resultado mayor control en el mes de febrero con el 40

Tabla IV. Asistencia a módulos de enfermería en atención a la mujer embarazada

Módulo	Asistentes
Octubre	30
Noviembre	25
Febrero	40
Marzo	38
Abril	37
Mayo	39

Fuente: Registro control prenatal

n=100



---

## VIII.- IMPACTO SOCIAL.

Durante el tiempo que se implementaron las intervenciones de enfermería tales como charlas informativas (club de embarazadas) y módulos de información se logró cubrir las necesidades de la mujer embarazada que asistió al CSUS logrando con ello mayor prevención de enfermedades en el embarazo y por ende favoreciendo la diada materno – infantil, ya que hubo mayor afluencia de mujeres a sus consultas prenatales y en su mayoría finalizando su embarazo de forma satisfactoria, esto debió a la aplicación de medidas preventivas necesarias, reflejado en el aumento de mujeres embarazadas que asistían a las pláticas y club de embarazadas y seguimiento de control de niño sano.

**PLANES DE CUIDADO  
ESTANDARIZADOS PARA  
EMBARAZADAS**



<b>DOMINIO 2: Nutrición</b>	<b>CLASE: ingestión</b>
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA):</b> 00003 Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c peso basal cada vez más alto al inicio de cada embarazo.	
<b>OBJETIVO:</b> Se les informara a las usuarias embarazadas que acuden al centro de Salud Urbano Sahuaro buenos hábitos de alimentación que se deben de llevar durante el embarazo y en el posparto.	
<b>DOMINIO:</b> conocimiento y conducta en salud (IV) <b>CLASE:</b> conducta en salud (Q)	
<b>RESULTADO ESPERADO (NOC):</b> 1612 Control de peso <b>DEFINICIÓN</b> acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud.	

INDICADO RES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTENE R A	AUMENTA R A	1	2	3	4	5
161204 Selecciona comidas y aperitivos nutritivos 161201 Supervisa el peso corporal 161205 Utiliza complementos nutricionales cuando es necesario.							
161207 Mantiene un patrón alimentario recomendado 161209 Mantiene el equilibrio hídrico							

INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES	FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA
	Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y la pérdida de peso. Discutir con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso.

<b>EVALUA</b>	

### **1100 Manejo de la nutrición**

Definición: Ayuda o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.

- Preguntar al paciente si tiene alergia a algún alimento.
- Determinar las preferencias de comidas del paciente.
- Determinar - en colaboración con el dietista, si procede - el número de calorías y tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las

- Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.
- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en hierro, si procede.
- Fomentar el aumento de ingesta de proteínas, hierro y vitamina C, si es el caso.
- Ofrecer tentempiés (bebidas y fruta fresca / zumo de frutas), cuando sea preciso.
- Asegurarse que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar estreñimiento.
- Realizar una selección de comidas.
- Ajustar la dieta al estilo del paciente, según cada caso.
- Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, si es necesario.
- Comprobar la ingesta realizada para ver el contenido nutricional y calórico.
- Pesarse al paciente a intervalos adecuados.

### **1260 Manejo del peso**

Definición: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

- Tratar con el paciente la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y la pérdida de peso.
- Discutir con el paciente las condiciones médicas que pueden afectar el peso.
- Tratar con la paciente los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen su influencia sobre el peso.
- Discutir los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso.
- Determinar la motivación del paciente para cambiar los hábitos en la alimentación.



- Determinar el peso corporal ideal del paciente.
- Determinar el porcentaje de grasa corporal ideal del paciente.
- Desarrollar con el paciente un método para llevar un registro diario de ingesta.
- Animar al paciente a escribir metas semanales realistas en cuanto a ingesta de alimentos y ejercicios y colocarlas en un sitio en el que pueda revisarlas todos los días.
- Animar al paciente a registrar el peso semanalmente, si procede.
- Informar al paciente si existen grupos de apoyo disponibles para su ayuda.
- Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas, coherentes con el nivel de gasto energético.

<b>DOMINIO: Nutrición CLASE: Metabolismo</b>							
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA): 00179</b> Riesgo de nivel de glucemia inestable r/c embarazo.							
<b>OBJETIVO:</b> Se informara a las embarazadas los signos y síntomas de glicemia inestable así como medidas para mantenerlos normales.							
<b>DOMINIO:</b> conocimientos y conductas de salud. <b>CLASE:</b> conducta de salud.							
<b>RESULTADO ESPERADO (NOC): 1820 Conocimiento: control de la diabetes.</b>							
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTENE	AUMENTA	1	2	3	4	5
182002 Descripción del papel de la nutrición en el control de la glucemia. 182007 Descripción de la prevención de la hiperglucemia. 182008 Descripción de la prevención de la hipoglucemia. 182009 Descripción de los beneficios de controlar la diabetes.							
<b>INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES</b>							
<b>5602. Enseñanza: proceso de enfermedad.</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados en el proceso de enfermedad específico.</li> <li>- explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.</li> <li>- revisar el conocimiento del paciente sobre su estado.</li> <li>- describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad.</li> <li>- explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas.</li> <li>- proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad.</li> <li>- identificar cambios en el estado físico del paciente.</li> </ul>							
<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>							
Es la presencia de glucemia alta que empieza o se diagnostica primero durante el embarazo. Las causas son las hormonas del embarazo pueden bloquear el trabajo que hace la insulina. Cuando esto sucede, los niveles							
<b>EVALUACIÓN</b>							



<b>DOMINIO: Nutrición CLASE: Hidratación.</b>							
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA): 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico r/c desequilibrio de líquidos y vómitos.</b>							
<b>OBJETIVO: Se enseñara a las embarazadas los signos y síntomas de deshidratación y los riesgos a la salud.</b>							
<b>DOMINIO: salud fisiológica CLASE: líquidos y electrolitos</b>							
<b>RESULTADO ESPERADO (NOC): 0602 Hidratación DEFINICIÓN: cantidad de agua en los compartimentos intracelular y extracelular del organismo.</b>							
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTENE	AUMENTA	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membranas mucosas húmedas.</li> <li>- Ausencia de edema periférico.</li> <li>- Ausencia de dificultad respiratoria.</li> <li>- Ausencia de fiebre.</li> <li>- Diuresis dentro de los límites de la normalidad.</li> <li>- Presión arterial.</li> <li>- Hematocrito</li> </ul>							
<b>INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES</b>							
<b>4130 Monitorización de líquidos</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de eliminación.</li> <li>- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (por ej. hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, diaforesis, disfunción hepática, ejercicio intenso, exposición al calor, infección, estado postoperatorio, poliuria y diarrea).</li> <li>- Vigilar peso</li> </ul>							
<b>FUNDAMENTACION CIENTIFICA</b>							
<b>EVALUACIO</b>							

<b>DOMINIO:</b> Eliminación e intercambio <b>CLASE:</b> Función gastrointestinal.							
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA):</b> Estreñimiento r/c embarazo m/p cambios en el patrón intestinal, disminución de la frecuencia, eliminación de heces duras, secas y formadas y dolor al defecar.							
<b>OBJETIVO:</b>							
<b>DOMINIO:</b> Salud fisiológica <b>CLASE:</b> eliminación							
<b>RÉSPULTADO ESPERADO (NOC):</b> 0501 Eliminación intestinal <b>DEFINICIÓN</b> capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.							
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTENER A	AUMENTAR A	1	2	3	4	5
Patrón de eliminación en el rango esperado							
Control de movimientos intestinales							
Color de las heces dentro de los límites de la normalidad							
Cantidad de heces en relación con la dieta							
Heces blandas y formadas							
Olor de las heces							
Ausencia de sangre en las heces							
Ausencia de moco en las heces							
<b>INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES</b>		<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>					
<b>0450 Manejo del estreñimiento / impactación</b>							
- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.		<b>EVALUACIÓN</b>					

R. T15000



- Vigilar la aparición de signos y síntomas de impactación.
- Comprobar movimientos intestinales, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Vigilar la existencia de sonidos intestinales.
- Consultar con el médico acerca de aumento / disminución de la frecuencia de sonidos intestinales.
- Observar si hay signos y síntomas de ruptura intestinal y / o peritonitis.
- Explicar la etiología del problema y las razones para intervenir, al paciente.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.
- Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios.
- Enseñar a la paciente / familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones.
- Enseñar al paciente / familia a mantener un diario de comidas.
- Instruir al paciente / familia acerca de la dieta rica en fibras, si procede.
- Instruir al paciente / familia sobre el uso correcto de laxantes.
- Instruir al paciente / familia sobre la relación entre dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento / impactación.
- Evaluar el registro de entrada para el contenido nutricional.
- Consultar con el médico si persisten los signos y síntomas del estreñimiento o impactación.

energía, apatía y cansancio.

**OBJETIVO:** Se les enseñara a las usuarias a controlar las actividades que realizar y mantener mas periodos de descanso.

**DOMINIO:** Salud funcional **CLASE:** mantenimiento de energía

**RESULTADO ESPERADO (NOC): 0003 Descanso DEFINICIÓN:** grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTEN R A	AUMENTA R A	1	2	3	4	5
000301 Tiempo del descanso							
000302 Patrón del descanso							
000303 Calidad del descanso							
000304 Descansado físicamente							
000305 Descansado mentalmente							
<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>							
<p>A principios del embarazo, el cuerpo produce mayores cantidades de la hormona llamada progesterona. Esto puede hacerla sentir lenta y somnolienta. Además, el cuerpo produce más sangre para transmitir nutrientes al bebé, lo cual significa más trabajo para el corazón y otros órganos. También cambia la forma en que</p>							
<b>EVALUACION</b>							
<p><b>0180 Manejo de energía</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinar las limitaciones físicas del paciente.</li> <li>- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente / ser querido.</li> <li>- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.</li> <li>- Determinar las causas de la fatiga (tratamientos, dolor, medicamentos)</li> <li>- Determinar qué y cuánta actividad se necesita para reconstruir la resistencia física.</li> </ul>							



- Observar al paciente por si aparecen indicios de fatiga física y emocional.
- Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria)
- Observar / registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente.
- Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante un movimiento / actividad.
- Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad.
- Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente.
- Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación.
- Limitar la cantidad de visitas y las interrupciones por parte de las mismas, si procede.
- Favorecer el reposo / limitación de actividades (aumentar el número de periodos de descanso).
- Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
- Establecer actividades físicas que reduzcan la competencia de aporte de oxígeno a las funciones corporales vitales (evitar la actividad inmediatamente después de las comidas).
- Utilizar ejercicio de movimientos articulares activos para aliviar la tensión muscular.
- Facilitar actividades de recreo que induzcan calma para favorecer la relajación.
- Fomentar las siestas, si resulta apropiado.
- Ayudar al paciente a programar periodos de descanso.
- Evitar realizar actividades de cuidados durante los periodos de descanso programados.

<b>DOMINIO: confort CLASE: confort físico</b>							
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA): 00134 Nauseas r/c embarazo m/p sensación nauseosa, informes de nauseas.</b>							
<b>OBJETIVO: Se informara a las embarazadas como controlar los signos y síntomas en el transcurso del embarazo.</b>							
<b>DOMINIO: salud percibida CLASE: estado del síntoma</b>							
<b>RESULTADO ESPERADO (NOC): 2103 Gravedad del síntoma DEFINICIÓN: Medida en la que se perciben los cambios adversos en el funcionamiento físico, emocional y social.</b>							
INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		ESCALA (S) DE MEDICIÓN				
	MANTENE	AUMENTA	1	2	3	4	5
210301 Intensidad del síntoma							
210302 Frecuencia del síntoma							
210303 Persistencia del síntoma							
210304 Malestar asociado							
<b>INTERVENCIONES (NIC) / ACTIVIDADES</b>							
<b>1450 Manejo de las náuseas</b>							
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas.</li> <li>- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas</li> <li>- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y los factores desencadenantes, utilizando herramientas como Diario de autocuidado.</li> </ul>							
<b>FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA</b>							
<b>Gonadotropina Coriónica Humana (GCH)</b>							
Esta hormona se eleva rápidamente al inicio del embarazo. Nadie sabe por qué la GCH contribuye a las náuseas, pero es una causa probable porque coincide en el tiempo: las náuseas tienden a aumentar al mismo tiempo que incrementan los niveles de GCH. Es más: los embarazos en los que hay más niveles de GCH							
<b>EVALUACIÓN</b>							



- Evaluar experiencias pasadas con náuseas (p. ej. Embarazo, marearse en coche)
- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida (p. ej. Apetito, actividad, desempeño laboral, responsabilidad, y sueño).
- Identificar factores (p. ej. Medicación y procedimientos) que puedan causar o contribuir a las náuseas.
- Asegurarse que se han administrado antieméticos eficaces para evitar las náuseas siempre que haya sido posible (exceptuando en el caso de náuseas relacionadas con el embarazo).
- Controlar los factores ambientales que pueden evocar náuseas (p.ej. malos olores, ruido y estimulación visual desagradable).
- Reducir o eliminar los factores personales que desencadenan o aumentan las náuseas (ansiedad, miedo, fatiga, y ausencia de conocimientos).
- Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas.
- Demostrar la aceptación de las náuseas y colaborar con el paciente a la hora de elegir la estrategia de control de las náuseas.
- Tener en cuenta la influencia cultural sobre la respuesta de las náuseas mientras se realiza la intervención.
- Animar a no tolerar las náuseas pero a ser asertivo con los profesionales sanitarios para obtener un alivio farmacológico y no farmacológico.

## IX. ESTRATEGIAS

### *Estrategia 1. Educación para la salud.*

Objetivo.- Prevenir y controlar embarazos de alto riesgo.

Meta.- Informar en un 100% de las mujeres embarazadas.

Acciones.

- Se impartieron charlas de promoción a la salud con duración mínima de una hora, mismas que fueron impartidas por las pasantes de enfermería de la Universidad de Sonora.
- Se entregaron folletos con información de los temas impartidos.
- Se realizaron carteles informando de las fechas en las que se llevara a cabo la impartición de la charla así como del lugar, fecha y hora.
- Se realizo invitaciones a la comunidad de mujeres embarazadas del centro de salud urbano sahuaro con apoyo de trabajo social y personal de enfermería que labora en el mismo para informarles acerca de las charlas de promoción a la salud y así cubrir el 100% de esta comunidad .

### *Estrategia 2. Elaboración de un módulo de enfermería.*

Objetivo.- Valorar el estado de salud de las mujeres embarazadas y detectar posibles riesgos a la salud.

Meta.- atender un 100% de las mujeres embarazadas y evitar embarazos de alto riesgo.

Acciones.

- Toma de signos vitales.



- Examen de glicemia capilar.
- Charlas de promoción a salud.
- Somatometría.
  
- Medición de fondo uterino.
- Manejo de cartilla de vacunación
- Aplicación de suplementos alimenticios.

### *Estrategias 3. Atención a mujer embarazada*

Objetivo: Vigilar y aplicar acciones en la mujer embarazada para con ello que logre un estado de salud satisfactorio.

Meta: Atender a un 100% de las mujeres embarazadas para con ello mantener el estado de salud en mejores condiciones.

Acciones:

- Se Identificaron signos de alarma
- Se verifican condiciones del embarazo.
- Se efectuó exploración física completa
- Se aplico vacunas (Toxoide tetánico y TDPA)
- Se Brindo capacitación sobre alimentación al seno materno
- Entregar y actualizar la Cartilla Nacional de Vacunación

## X. CONCLUSIONES

Después de haber expuesto la situación de las mujeres embarazadas en la comunidad que asiste al centro de Salud Urbano Sahuaro podemos comprender que es una población bastante vulnerable y en la que hay que hacer hincapié en la prevención que es una de las principales fortalezas para un embarazo sano.

Este proyecto se enfocó en disminuir la vulnerabilidad de esta población por lo cual las conclusiones y recomendaciones son las siguientes:

Del 100% de mujeres embarazadas encuestadas solo el 1% acude a la totalidad de sus consultas prenatales requeridas por la Norma Oficial Mexicana Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y recién nacido mientras que el 59% inician sus consultas en el último trimestre de embarazo para referencia a HIMES (Hospital Integral de la Mujer del Estado de Sonora).

En este sentido la entrevista a mujeres embarazadas nos ha permitido el análisis de:

- La problemática.
- Las relaciones causales.

Recomendaciones:

Profundizar en el análisis de este grupo poblacional e incorporar tareas y proyectos que modifiquen su interés ante la importancia de asistir a consultas prenatales. Articular actividades productivas donde se muestre mayor inquietud de la mujer embarazada por recibir información y mejorar sus conocimientos ante su situación y posibles riesgos obstétricos.

Mediante:

- Programas de educación alimenticia, nutricional e higiénica para madres
- Promoción y reforzamiento de la lactancia materna
- Intensificación de los suplementos con micronutrientes
- Vigilancia epidemiológica nutricional.



Se sugieren los siguientes criterios para que las intervenciones sean más exitosas:

- Estado nutricional
- Respuesta de riesgos
- Tamaño y composición de los hogares, para determinar estrategias de trabajo y educación donde se comprometa la familia.

## IX. GLOSARIO

### **ABORTO**

Abortar, es decir, el fracaso por interrupción o malogramiento de un proceso o actividad. Muy frecuentemente se aplica a la interrupción prematura del embarazo que produce la muerte del feto.

### **ACROSIANOSIS**

Coloración azulada de manos y pies como consecuencia de una vasoconstricción cutánea que está producida por un escaso gasto cardiaco o un trastorno vasomotor local.

### **ACTITUD**

Es la disposición de un estado de ánimo que se manifiesta de algún modo. También ha sido definida como un estado de disposición nerviosa mental, que es organizado mediante la experiencia y que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo ofrece a los objetos y a las situaciones, por lo tanto la actitud es más una motivación social antes que una motivación biológica.

### **ALOJAMIENTO CONJUNTO**

Es un concepto que ha sido aplicado para que el recién nacido comparta con su madre y sus familiares, de manera transicional, la misma habitación después del parto, de forma tal que puedan ser atendidos juntos hasta la recuperación inmediata de ambos.



## **ALUMBRAMIENTO**

Expulsión natural o extracción de los anexos del feto (cordón. placenta. membranas).

## **AMBIENTE TERMICO NEUTRO**

Es el rango de temperatura ambiental en el que el gasto metabólico se mantiene en el mínimo y la regulación de la temperatura se efectúa por medios físicos no evaporativos manteniéndose la temperatura corporal en rangos normales favoreciendo la sobrevida y crecimiento.

## **AMENORREA**

Es la falta de periodo menstrual en un momento de la vida en el cual lo normal sería que si se estuviese menstruando.

## **AMNIOCENTESIS**

Es una prueba prenatal común que consiste en extraer una pequeña muestra del líquido amniótico que rodea al feto para examinarlo. Se utiliza para diagnosticar, o con mucha mayor frecuencia, descartar la presencia de ciertos defectos congénitos y trastornos genéticos.

## **AREOLA**

La areola se describe como la pequeña área circular como la piel colorido que circula al pezón. La areola de la hembra humana varia en tamaño entre mujeres embarazadas y no embarazadas y entre mujeres en general

## **ATONIA**

Falta de tono y de vigor, o debilidad de los tejidos orgánicos, particularmente de los contráctiles.

## **CALOSTRO**

El calostro es una sustancia rica en proteínas y anticuerpos, de color amarilla claro y de consistencia viscosa. Durante el embarazo, los pechos crecen de tamaño y la glándula se prepara para su función más importante: la de producir la leche.

## **ESTRIAS GRAVIDICAS**

Son áreas irregulares de piel que se asemejan a bandas, franjas o líneas y se observan cuando una persona crece, aumenta de peso rápidamente o tiene ciertas afecciones o enfermedades.

## **FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION (FUM/FUR)**

Recordar que la fecha se toma por el primer día de la última menstruación. Edad gestacional.

## **FECHA PROBABLE DE PARTO**

Cuando comienza su atención prenatal, su médico o partera puede verificar un ultrasonido para confirmar de fecha probable de parto. Si no está segura cuándo comenzó su último periodo, o si sus periodos son irregulares, el ultrasonido puede cambiar su fecha probable de parto en algunos días.

## **FETO**

Embrión con apariencia humana y con sus órganos formados, que va madurando desde los 57 días a partir del momento de la fecundación, exceptuando del cómputo aquellos días en los que el desarrollo se hubiera podido detener, hasta el momento del parto.

## **GALACTORREA**



Es un trastorno caracterizado por la emisión de leche por las mamas fuera del período de embarazo y puerperio. Se la define también cuando persiste por más de seis meses posteriores al parto y en ausencia de lactancia materna

### **GESTA**

Llevar y sustentar la madre en su vientre al feto hasta el momento del parto:

### **HIPERMENORREA**

Es un sangrado uterino anormal: la cantidad del sangrado durante la menstruación es mayor de lo normal. No se trata del tiempo que dure sino de cuánta sangre se pierde, aunque una regla de más de 7 días no es lo normal. Se entiende como cantidad excesiva los 80ml por ciclo (lo normal son 30-40ml). Dado que estimar esa cantidad no es fácil, suele hacerse mediante la cantidad de compresas empapadas completamente con sangre.

### **HIPERMESIS GRAVIDICA**

Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la deshidratación

### **HIPOMENORREA**

La menstruación escasa en cantidad es llamada hipomenorrea y se manifiesta generalmente con sangrados menstruales mínimos que solo involucran manchado

### **HISTERECTOMIA**

Una histerectomía es una operación para extraer el útero (matriz) de la mujer. El útero es el lugar donde se desarrolla el bebé cuando la mujer se embaraza. Algunas veces se extraen las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello del útero al mismo tiempo que se extirpa el útero.

### **CAPUT SUCCEDANEUM**

Tumefacción del tejido que está sobre la parte de la presentación de la cabeza fetal, causado por presión durante el parto.

### **CESÁREA**

Nacimiento de un feto por una incisión practicada a través de la pared abdominal y el útero.

### **CLOASMA**

Aumento de la pigmentación sobre el puente de la nariz y las mejillas de las mujeres embarazadas y las que toman anticonceptivos orales; también conocido como máscara del embarazo.



## **CONGÉNITO**

Presente o existente antes del nacimiento como resultado ya sea de factores hereditarios o factores ambientales prenatales.

## **DILATACIÓN**

Serie de procesos mediante los cuales el feto es expulsado del útero.

## **DISMENORREA**

Primaria; menstruación dolorosa que comienza entre dos y seis meses después de la menarquía, relacionada con la ovulación. Secundaria; Menstruación dolorosa relacionada con enfermedad orgánica como endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica o neoplasia uterina.

## **DISTOCIA**

Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

## **DOPPLER:**

Dispositivo para medir el flujo sanguíneo de modo no invasivo en el feto y la placenta para detectar el retraso de crecimiento intrauterino.

## **EDAD GESTACIONAL**

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos.

## **EMBARAZO DE ALTO RIESGO**

Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

### **EMBARAZO POSTERMINO**

Un embarazo que dura más de 42 semanas (294 días o más a partir del primer día de la última menstruación) La gran mayoría de las mujeres dan a luz entre las semanas 37 y 42 del embarazo. Estadísticamente, cerca del 7 por ciento de los bebés nacen en la semana 42 o más tarde.

### **EMBARAZO**

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

### **EMBRIÓN**

Fruto de la concepción desde la segunda o tercera semana de desarrollo hasta cerca de la octava semana después de la concepción, cuando comienza la mineralización (osificación) del esqueleto. Este periodo se caracteriza por la diferenciación celular y un crecimiento predominante hiperplástico.

### **ENDOMETRITIS**

Inflamación sistemática del endometrio, que es la capa de mucosa que cubre la cavidad uterina. Es la localización más frecuente de la infección puerperal y suele manifestarse hacia el 3o - 5o día del puerperio.

### **ENTUERTOS**

Calambres uterinos dolorosos que se producen de forma intermitente durante aproximadamente dos o tres días después del parto y que resultan de los esfuerzos contráctiles del útero para regresar a su situación normal de involución.



**EPISIOTOMÍA**

Incisión quirúrgica en el perineo al final de la segunda etapa del parto para facilitar la expulsión y evitar el desgarro del peritoneo.

**EUTOCIA**

Corresponde al parto normal cuando el feto se presenta en vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto.

**FECHA PROBABLE DE PARTO (FPP)**

Fecha aproximada de parto. Por lo general se determina mediante un cálculo obtenido con la regla de Nägele.

**FETO**

Niño en el útero desde cerca de la octava semana postconcepcional hasta el parto.

**FONTANELA**

Área amplia o punto blando que consta de una capa densa de tejido conectivo contigua a los huesos del cráneo y localizadas en la unión de los huesos.

**GALACTORREA**

La galactorrea es toda secreción láctea que sale a través de los canalículos de la mama, es decir, toda secreción de aspecto.

**GESTA**

Formación del bebé en el vientre de la madre

**HIPERMENORREA**

Hemorragia menstrual abundante, que se traduce en el aumento de paños que debe cambiarse la mujer durante la menstruación.

**HIPERÉMESIS GRAVÍDICA:** Es la presencia de náuseas y vómitos intensos y persistentes durante el embarazo que pueden conducir a la deshidratación.

### **INVOLUCIÓN UTERINA**

Reducción del tamaño del útero después del parto y su retorno a su situación previa al embarazo.

### **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**

La alimentación del niño con leche materna sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones

### **LACTANCIA MATERNA MIXTA**

La alimentación proporcionada al niño a base de leche procedente de la madre, más otro tipo de leche o alimento proteico lácteo.

### **LACTANCIA MATERNA**

La alimentación del niño con leche de la madre.

### **LEUCORREA**

Secreción mucoide blanca o amarillenta del canal cervical o la vagina que puede ser normal y de causa fisiológica o causada por estados fisiológicos de la vagina y el endocérvix (P.ej. infección por trichomonas vaginalis)

### **LÍNEA MORENA O NEGRA**



Línea de pigmentación más oscura que se observa en algunas mujeres durante la última etapa del embarazo; aparece en la línea media del abdomen y se extiende desde la sínfisis púbica hasta el ombligo.

## **LÍQUIDO AMNIÓTICO**

El Líquido amniótico es un fluido acuoso que rodea y amortigua al feto en desarrollo en el interior del saco amniótico. Permite al feto moverse con libertad dentro de la pared del útero sin que las paredes de éste se ajusten demasiado a su cuerpo. También le proporciona sustentación hidráulica.

## **LOQUIOS**

Descarga vaginal durante el puerperio que consiste en sangre, tejido y moco. Blancos, descarga vaginal líquida verde amarillenta que sigue a los loquios serosos cerca del décimo día después del parto y que puede durar de dos a seis semanas en el postparto. Hemáticos, flujo vaginal rojo, claramente teñido de sangre que sigue al parto y dura de dos a cuatro días. Serosos, descarga vaginal serosa, de rosa o marrón acuosa que sigue a los loquios hemáticos hasta cerca del décimo día después del parto.

## **MECONIO**

Primeras heces del bebé; viscosas, pegajosas, verdosas, oscuras a marrón, casi negro, estériles, inodoras.

## **MUERTE FETAL**

Muerte intrauterina; muerte de un feto que pesa más de 500g o tiene más de 20 semanas de gestación.

## **MULTIGRÁVIDA**

Mujer que ha estado embarazada dos o más veces.

### **MULTÍPARA**

Mujer que ha llevado dos o más embarazos hasta la viabilidad ya sea que terminaran en bebés vivos o muertos.

### **NICTOMENORREA**

La menstruación con predominio nocturno, se ha considerado como síntoma de cáncer endometrial. Se presenta a veces en pacientes vagotónicas.

### **NULIGRÁVIDA**

Mujer que nunca ha estado embarazada.

### **ÓBITO**

El parto de un bebé mayor de 20 semanas y un día de gestación o 350g (dependiendo del código estatal) que no muestra ningún signo de vida.

### **OXITOSINA**

Hormona producida por la hipófisis posterior que estimula las contracciones uterinas y la liberación de la leche en la glándula mamaria (reflejo de subida).

### **PARTO**

Conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal. Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento.

### **PARTO A TÉRMINO**

Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.



## **PARTO PRETÉRMINO**

Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

## **PELVIMETRÍA**

Medición de las dimensiones y proporciones de la pelvis para determinar su capacidad y aptitud para permitir el paso del feto a través del canal de parto.

## **POLIMENORREA**

Acortamiento del ciclo entre menstruaciones, pudiendo durar hasta menos de veinte días. La intensidad y duración del sangrado menstrual puede ser normal

## **POSICIÓN FETAL**

Describen la manera en que el feto se ubica para atravesar la vía del parto durante el nacimiento. La presentación se define por la actitud fetal, la parte que se presenta y las señales maternas y fetales

## **PRESENTACIÓN**

Parte del feto que primero entra en la pelvis y obstruye de manera parcial o completa la cavidad pélvica: puede ser la cabeza, la cara, las nalgas o el hombro.

## **PROLACTINA**

Hormona hipofisaria que desencadena la producción de leche.

## **PUERPERIO**

Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación y tiene una duración de 6 semanas o 42 días.

## **RECIÉN NACIDO PRE TÉRMINO**

Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

## **SALPINGITIS**

Inflamación aislada de las trompas de Falopio.

## **SIGNOS POSITIVOS DE EMBARAZO**

Indicios definitivos del embarazo (P.ej. escuchar el latido cardiaco fetal, observar y palpar los movimientos fetales, examen ecográfico)

## **SIGNOS PRESUNTIVOS DE EMBARAZO**

Manifestaciones sugestivas de embarazo pero que no son absolutamente positivas. Incluyen la cesación de las reglas, el signo de Chadwick, las náuseas matinales y el avivamiento.

## **SIGNOS PROBABLES DE EMBARAZO**

Manifestaciones o evidencias que indican que hay una probabilidad definida de embarazo. Entre los signos probables están el agrandamiento del abdomen, el signo de Goodell, el signo de Hegar, el signo de Braxton Hicks y las pruebas hormonales positivas para embarazo.

## **SITUACIÓN**

Relación existente entre el eje longitudinal del feto y el eje longitudinal de la madre. En una situación longitudinal, el feto está situado a lo largo o verticalmente, mientras que en la situación transversa, el feto está cruzado u horizontal en el útero de la madre.



### **SUCEDÁNEO DE LA LECHE MATERNA**

Todo alimento comercializado presentado como sustituto parcial o total de la leche materna.

### **SUFRIMIENTO FETAL**

Fenómeno que ocurre cuando por alguna razón el bebé intraútero no recibe el oxígeno y/o el alimento adecuado para su normal desarrollo.

### **TERATÓGENOS**

Factores no genéticos que producen malformaciones y trastornos in útero.

### **TERMOGÉNESIS**

Creación o producción de calor, especialmente en el cuerpo.

### **TERMORREGULACIÓN**

**Control** de la temperatura.

### **VIABILIDAD O VIABLE**

Capaz, capacidad de vivir, como en el feto que ha alcanzado una etapa del desarrollo – por lo general 22 semanas menstruales (20 semanas de gestación)-, que le permite vivir por fuera del útero

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVILA, M. B. (2000). .Derechos reproductivos y ciudadanía. En: Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo, Advocacy en Derechos.

Abranciskas, L. y López Gómez. Aborto en debate. Proceso político y social 2001.

BURROW, G.M. Complicaciones durante el embarazo. México: Mc Graw Hill, 1996. p. 23

Consejo Nacional de Población (CONAPO). La situación demográfica de México. 1ra. ed. México, 2013.

Gamboa, M. C. & Valdés, R.S. (2013). El embarazo en adolescentes. Marco teórico conceptual, políticas públicas, Derecho comparado, Directrices de la OMS, Iniciativas presentadas y Opiniones Especializadas. *Secretaría De Servicios Parlamentarios*.

MILLER, A. (2000) .Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights. En Health and Human Rights, vol. 4, N°2 Harvard College.

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 del servicio.

Norma oficial mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".



Reproductivos y Sexuales. Workshops Nacionales, SOS CORPO, Género y Ciudadanía, Brasil.

Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Evaluación del programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes. 1ra. ed. México, 2000.

Stern, C. (1997). El embarazo en la adolescencia como problema público: Una visión crítica. *Salud Pública de México*. 3(2): 137-143.

Manual de formación de facilitadores para el personal de salud. 1ra. Ed- 2011. [www.yoquieroyopuedo.mx](http://www.yoquieroyopuedo.mx)

Manual de formación de facilitadores para el personal de salud 2. 1ra. Ed. Mayo 2012. [www.yoquieroyopuedo.mx](http://www.yoquieroyopuedo.mx).

Esneda. M.G., Lerma G.J. (1990) Atención primaria de la salud VALORACION DEL ESTADO DE SALUD. (1ra ed). México: organización panamericana de la salud

NANDA "Diagnostico enfermeros: definición y clasificación 2010-2012" Ed. sevier  
Bulecher M.G., Butcher H., Mccloskey. J..(2005) *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC) (5ta ed)*, México: el selver.

Moorhead S, Johnson M, Swanson E.(2001) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. (4ta ed.). Madrid: Mosby.

#### **WEBGRAFIA:**

INEGI, 2013: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=17484>

OMS, Planificación familiar: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es> OMS.

# ANEXOS



**1. Anexo I. Calendarización de actividades.**

<b>Agosto 2013</b>	
	<b>Actividades</b>
Marte 6 y miércoles 7.- Martes 13 y Miércoles 14.- Lunes 20 y Martes 21.- Martes 27 y Miércoles 28.-	Se reconocen a las mujeres embarazadas para entrevista posterior

<b>Septiembre 2013</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 3 y Miércoles 4.- Martes 10 y Miércoles 11.- Martes 17 y Miércoles 18.- Martes 24 y Miércoles 25.-	Se dan a conocer los objetivos del programa y las metas que este desea cumplir para bien y mejora del embarazo de las usuarias. Se entrevistó a usuarias para definir cuáles son sus dudas así mismo para reconocer cuales puede o presentan algún riesgo para su embarazo.

<b>Octubre 2013</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 1 y Miércoles 2.-	<p>Se brindó promoción a la salud mediante charlas de promoción iniciando con los temas:</p> <p>“La importancia de la consulta prenatal”</p> <p>“Cuidados durante el embarazo y el puerperio y signos de alarma que requieren atención medica”</p> <p>“Enfermedades relevantes en el embarazo”.</p> <p>“Ventajas de la lactancia materna exclusiva”</p> <p>Las cuáles fueron sesiones de una hora (9:00-10:00).</p> <p>Se llevó a cabo el primer módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada.</p>
Martes 8 y Miércoles 9.-	
Martes 15 y Miércoles 16.-	
Martes 23 y Miércoles 24	
Martes 30.-	

<b>Noviembre 2013</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 5 y Miércoles 6.-	<p>Se llevó a cabo promoción a la salud con los temas:</p> <p>“Planificación familiar e información de métodos posparto.</p> <p>“importancia de la mujer y la madre en el autocuidado de la salud personal y familiar”.</p> <p>“Orientación alimentaria y nutrición”.</p> <p>(Las cuales fueron sesiones de una hora (9:00-10:00)).</p>
Martes 12 y Miércoles 13.-	
Martes 19 y Miércoles 20.-	
Martes 26 y Miércoles 27.-	



<b>Diciembre 2013</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 3 y Miércoles 4.- Martes 10 y Miércoles 11.- Martes 17 y Miércoles 18.- Martes 24 y Miércoles 25.- Martes 31.-	<p>se llevó a cabo promoción a la salud con los temas:            “prevención de las infecciones agudas de vías respiratorias”</p> <p>Las cuales fueron sesiones de una hora (9:00-10:00).            Se llevó a cabo el segundo módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada, así como atención recién nacido</p>

<b>Enero 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Miércoles 1.- Martes 7 y Miércoles 8.- Martes 14 y Miércoles 15.- Martes 21 y Miércoles 22.- Martes 28 y Miércoles 29.-	<p>Se llevó a cabo promoción a la salud mediante los temas:</p> <p>“signos del inicio del parto y conducta ante los mismos”.</p> <p>“importancia de la vacunación”</p> <p>Las cuáles fueron sesiones de una hora (9:00-10:00).</p>

<b>Febrero 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 4 y Miércoles 5.-	sesiones de una hora (9:00-10:00).
Martes 11 y Miércoles 12.-	Se llevó a cabo el tercer módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada. ( Martes 25 y miércoles 26)
Martes 18 y Miércoles 19.-	
Martes 25 y Miércoles 26.-	

<b>Marzo 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 4 y Miércoles 5.-	Sesiones de una hora (9:00-10:00).
Martes 12 y Miércoles 12.-	Se llevó a cabo el cuarto módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada. (Martes 25 y Miércoles 26)
Martes 18 y Miércoles 19.-	
Martes 25 y Miércoles 26.-	

<b>Abril 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 1 y Miércoles 2.-	Sesiones de una hora (9:00-10:00).
Martes 8 y Miércoles 9.-	Se llevo a cabo el quinto módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada. (Martes 29 y Miércoles 30)
Martes 15 y Miércoles 16.-	
Martes 22 y Miércoles 23	
Martes 29 y Miércoles 30.	



<b>Mayo 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 6 y Miércoles 6.- Martes 13 y Miércoles 14.- Martes 20 y Miércoles 21.- Martes 27 y Miércoles 28.-	Sesiones de una hora (9:00-10:00). sexto módulo de enfermería en atención a la mujer embarazada. ( Martes 27 y Miércoles 28)

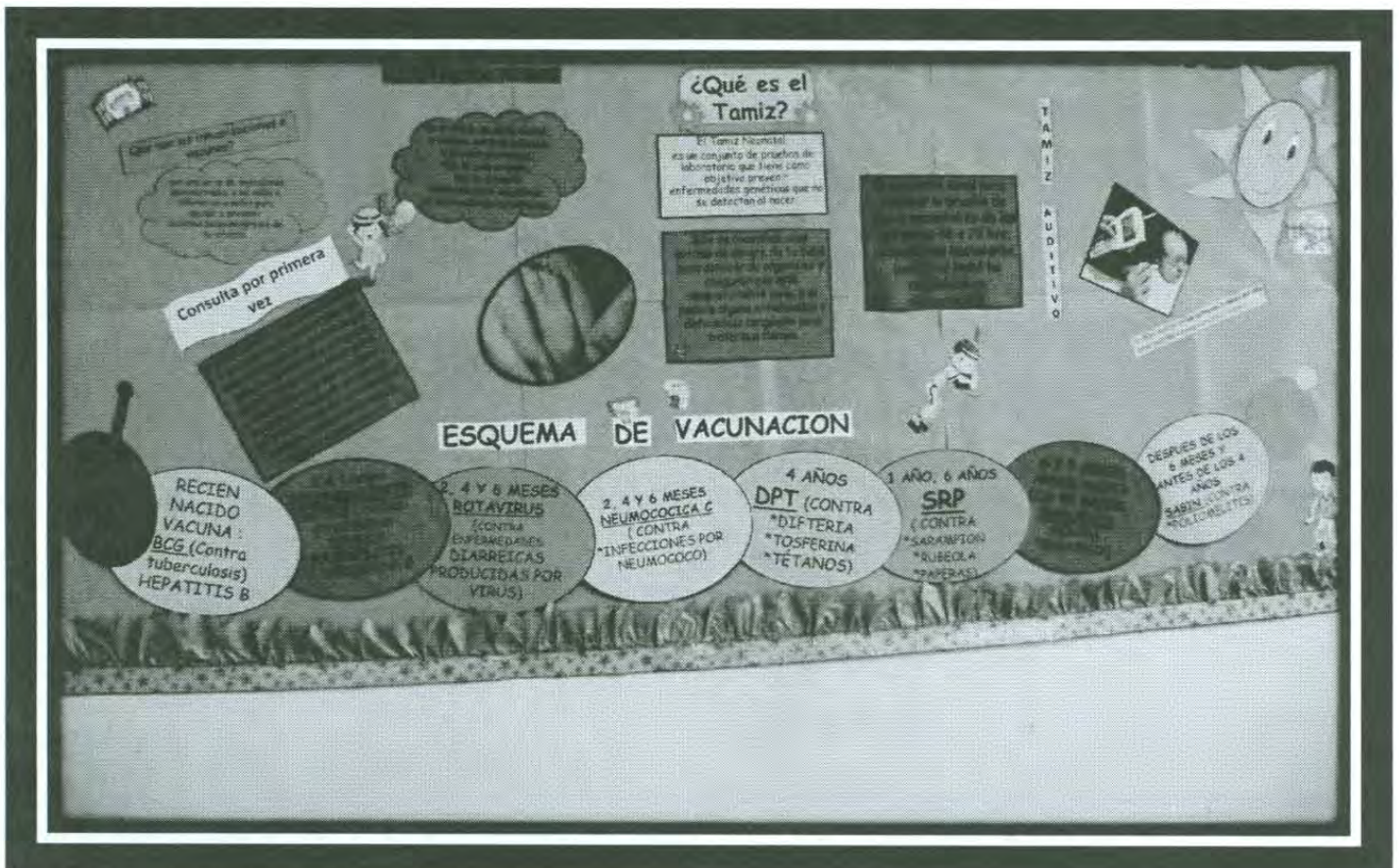
<b>Junio 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
Martes 3 y Miércoles 4.- Martes 10 y Miércoles 11.- Martes 17 y Miércoles 18.- Martes 24 y Miércoles 25.-	Recuperaron datos para evaluación de resultados. Se elaboraron de graficas de resultados. Redacción final del proyecto. Evaluación por nuestra maestra asesora Iliana Catalina Obregón

<b>Julio 2014</b>	
	<b>Actividades</b>
1 al 31.-	Resultados finales dentro del marco del proyecto: programa de atención a embarazadas.

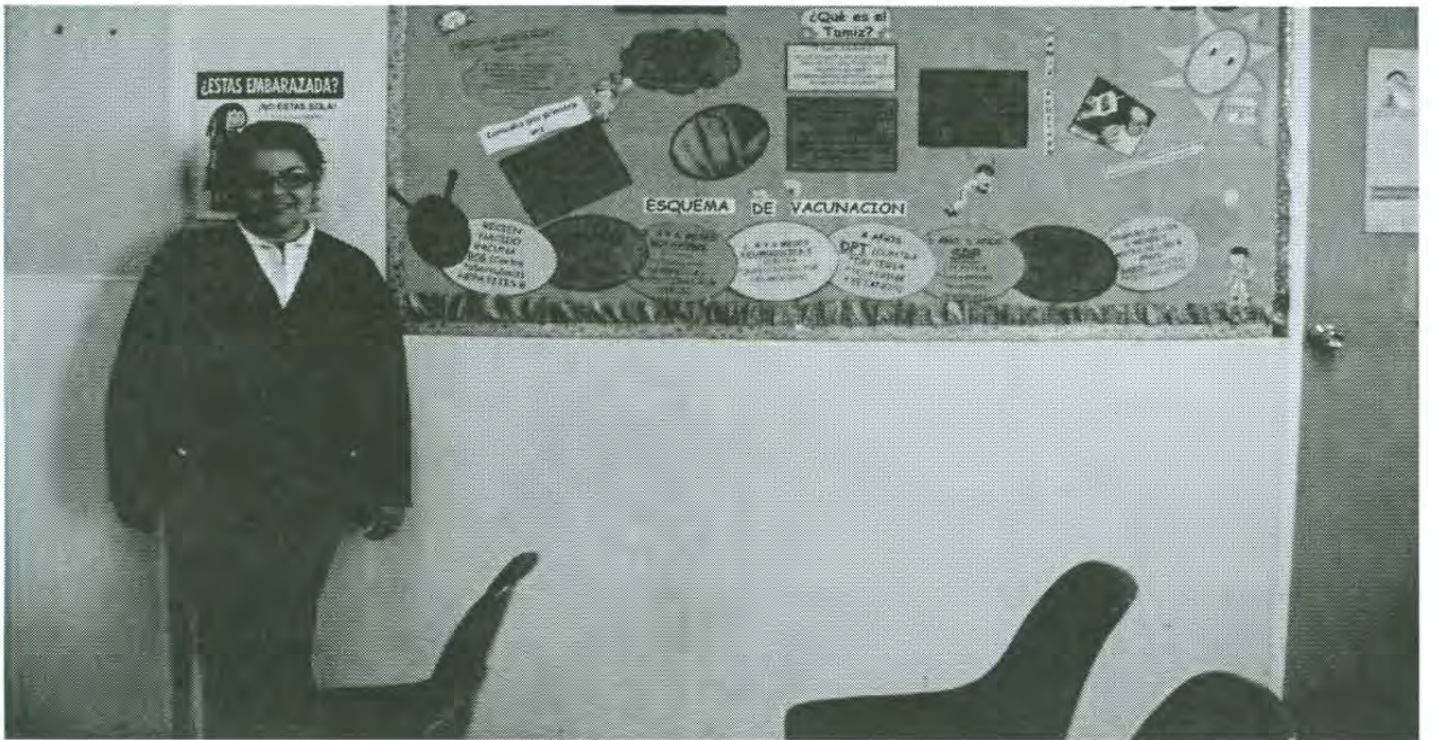
**Anexo II. Presentación de periódicos mural realizado en CSUS**















# Continuamos ...







# El interés aumento llegando algunas de ellas con sus parejas





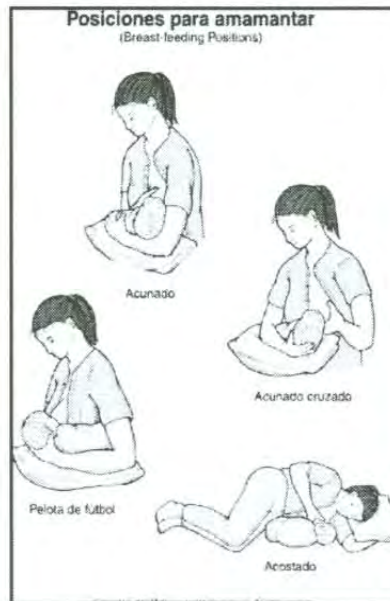
## Anexo IV.-Trípticos entregados a mujeres embarazadas del CSUS

**Acunado o "panza con panza":** Esta es la posición más utilizada, en ella el bebé debe estar enfrentado a la mamá (panza con panza), con la cabecita no girada (en la misma línea que el cuerpo del bebé) apoyada en el hueco del codo materno y sujetando la cola del bebé con la mano.

**Acostada:** Ambos de costado, panza con panza, con el hombro apoyado y una buena almohada, sosteniendo la cabecita en el hueco del codo materno, es la mejor posición para mamadas nocturnas, "siesteras" y para cuando necesites un descanso. No temas dormirte con el bebé, no hay peligro de nada mientras no tomes alcohol o drogas. Tampoco hay riesgo de otitis ya que tu leche protege al bebé de las infecciones.

**Acunado cruzado:** Esta es una posición muy útil para aliviar pezones doloridos, vaciar sectores de la mama que pueden quedar con retención de leche en la posición clásica y en casos de cesárea o gemelos (uno en cada pecho). El bebé se toma con el brazo del mismo lado del pecho ofrecido, pero con las piernitas hacia la espalda de la madre, apoyadas en el respaldo del asiento.

**Pelota de fútbol:** Esta posición es útil en el caso de niños prematuros, con síndrome de Down o con succión débil ya que permite ayudar al bebé a tomar el pecho. El bebé se toma con el brazo contrario al pecho ofrecido y éste se maneja con la otra mano.



Centro de Salud Urbano  
Sahuaro.

Programas de atención a la  
embarazada y seguimiento al  
recién nacido.

# LACTANCIA MATERNA



### Como prevenir síntomas..

Hacer comidas más  
recuentes con menos  
cantidad.  
Aumentar la ingesta de  
líquidos.  
Evite acostarse después de  
las comidas.  
Evite las frutas en  
ayunas.

“Ahora que estas embarazada de-  
berás de cuidarte un poco más por-  
que tu bebé absorbe todo lo que  
haces y como te sientes, lleva una  
vida sana y mantén tu buen  
humor para que tu bebé sea un ni-  
ño feliz, suerte para estos meses  
de embarazo”



**Programa de atención a la  
embarazada y seguimiento  
al recién nacido.**

Por:

EPSS. Gutiérrez. López Ramona



SALUD



SECRETARÍA  
DE SALUD

CENTRO DE SALUD URBANO  
SAHUARO

**Cambios físicos en**





## Se define embarazo

Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

## Sospecha de embarazo

- Cansancio y sueño.
- Muchas ganas de orinar
- Náuseas y vómitos sobre todo matutinos.



## Cambios en el útero...

Durante la gestación el útero experimenta una serie de cambios para cumplir dos funciones principales: *Albergar al feto, la placenta y la bolsa de líquido amniótico.*

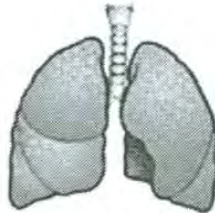
## Cambios en la vagina

Su vagina cambia a un color rojo vinoso, hay un aumento de flujo sobre todo al final



**Cambios en las mamas.** Aumento de sensibilidad, molestias, tensión y hormigueos en los pechos. Además la región de la areola y el pezón se volverán más oscuros.

**Peso.** Su peso aumentará de forma gradual a lo largo de estos meses en total de 8 a 12 kg, en el primer trimestre debe de ganar un kilo, en el segundo 4 kg y en el tercer trimestre alrededor de 4 kg.



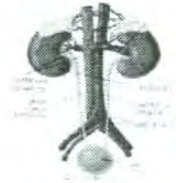
**Piel.** los cambios son debidos a las hormonas. Pueden aparecer manchas en la cara por aumento de la pigmentación, también en areolas, genitales y línea alba.

**Sistema respiratorio.** Va a aumentar el número de respiraciones por minuto, incluso puede percibir una dificultad respiratorio

**Sistema circulatorio.** El corazón aumenta su frecuencia cardiaca disminuye la tensión arterial, la circulación sanguínea mas lenta.



**Aparato urinario.** va a orinar con más frecuencia debido al aumento del útero que comprime la vejiga y a un aumento de la producción de orina.



**Aparato digestivo.** En las primeras semanas se van a producir cambios en el apetito, puede aumentar o disminuir, además de cambios en las apetencias de los alimentos.



**Sistema musculoesquelético.** se arquea la columna, estos cambios pueden producir dolores de espalda sobre todo al final del embarazo y una forma de andar característica llamada "marcha de pato".



Actividades a realizar en el programa de atención a embarazadas y seguimiento al recién nacido...

Charlas de promoción a la salud.

Terapias de relajación.

Estimulación temprana.

Valoración a la embarazada.

Detección oportuna de embarazos de alto riesgo.

Te esperamos

todos los

MIERCOLES de

10:00 a 12:00.



PSS: GUTIERREZ LOPEZ RAMONA



Centro de Salud Urbano  
Sahuaro.

Programa de atención a  
embarazadas y seguimiento al  
recién nacido.



cel. (621) 56-40-25.








Anexo V. presentaciones realizadas en charlas del CSUS

UNIVERSIDAD DE SONORA  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
 DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y SOCIALES  
 2013 - 2014  
 SECRETARIA DE SALUD CENTRO DE SALUD  
 URBANO SUTIBARO

**"PROGRAMA DE ATENCION A EMBARAZADAS Y SEGUIMIENTO AL RECIEN NACIDO"**

Elaborado por  
 P.S.S. Guzmán Lopez Estelita  
 P.S.S. Morejon Mosales Maria Morejon Tatiana de  
 P.S.S. Libera Catalina Obregón

*Cuidados durante el embarazo y el puerperio*



**Alimentación**


Las necesidades calóricas de una mujer adulta son más o menos de 2,000 calorías. Al final del embarazo no deben superarse las 2,500 calorías de aporte.

La ganancia de peso será más o menos de 9 a 12 kg.



**Recomendaciones**

Fraccione las comidas en cinco veces al día.  
 Alimentos ricos en calcio para evitar el osteoporosis.  
 Evite aceites y carnes grasosas.  
 Limpieza de la cavidad bucal regularmente para evitar caries.  
 Alimente a su hijo recién nacido con leche materna en la lactancia materna exclusiva.  
 Ejercitarse con actividades físicas de bajo impacto.




<b>1. Evitar el estrés</b> El estrés puede afectar el desarrollo del feto y aumentar el riesgo de parto prematuro.	<b>2. Evitar el consumo de alcohol y drogas</b> El consumo de alcohol y drogas puede causar malformaciones congénitas y otros problemas de salud en el bebé.	<b>3. Evitar el uso de medicamentos sin supervisión médica</b> Algunos medicamentos pueden ser dañinos para el feto. Siempre consulte a su médico antes de tomar cualquier medicamento.
---	---	--

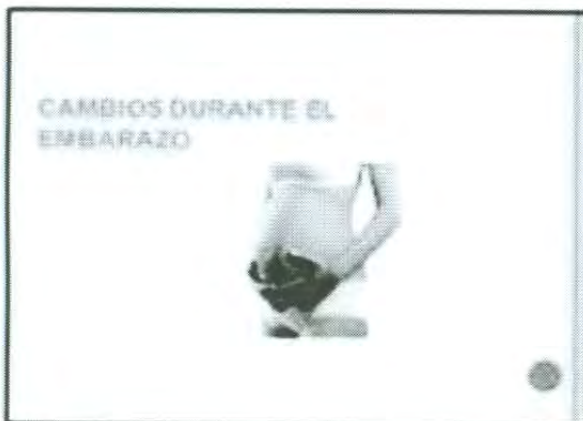
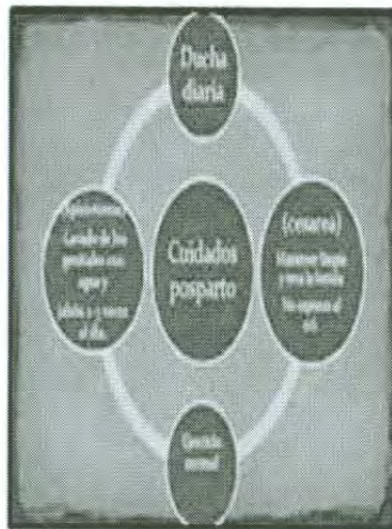
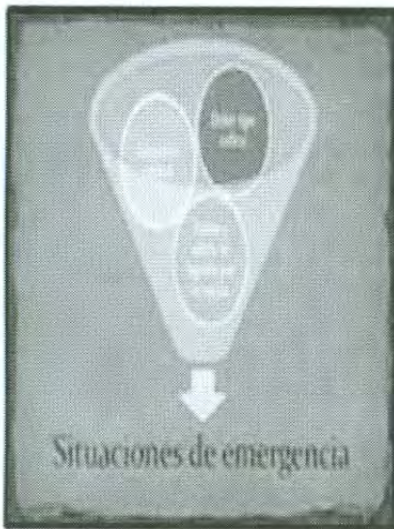
**Cuidados del pecho**

Limpiar los areólos y mamilos regularmente.  
 Aplicar crema a la piel del pecho, areolas y mamilos.

Evitar el uso de almohadillas.  
 Evitar el uso de sujetadores que aprieten.

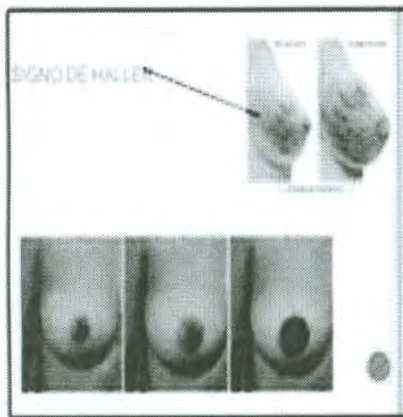






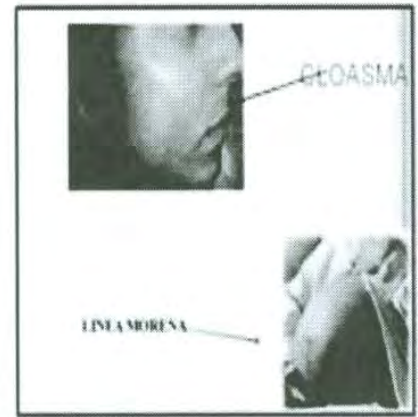
**CAMBIOS ANATOMICOS DE LAS MAMAS**

- Los cambios son más característicos en las primíparas y menos en las multiparas
- Las 1ras semanas se tornan turgentes con hipersensibilidad del pezón
- 4ta semana aumentan de volumen
- Hiperpigmentación de areola y pezón
- Red venosa (signo de Haller)
- Hipertrfia de glándulas sebáceas alrededor de areolas (folículos de Montgomery)
- Secreción de calostro



**AUMENTO DE LA PIGMENTACION CUTANEA Y APARICION DE ESTRIAS ABDOMINALES**

- Son comunes pero no diagnósticos de embarazo
- Pueden asociarse con la ingestión de anticonceptivos que contengan estrógenos-progesteronas
- Cloasma semana 16
- Línea morena (melanoforos)



**CAMBIO DE COLOR DE LA MUCOSA VAGINAL**

Congestión interna manifestándose como cianosis vaginal y cervical (signo de Chadwick)

**TRABAJO DE PARTO**

**TRABAJO DE PARTO**

- Se denomina al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos

**DEPENDE DE**

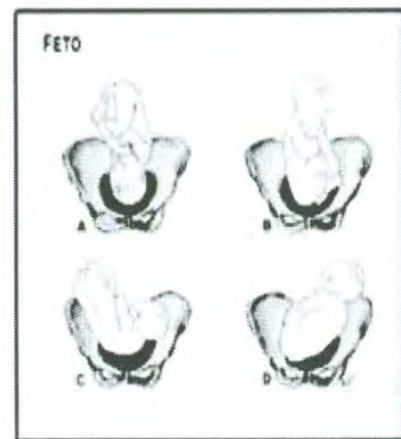
- Canal de parto
- Feto
- Fuerzas o potencias

**TRABAJO DE PARTO**

- Se denomina al conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos

**DEPENDE DE**

- Canal de parto
- Feto
- Fuerzas o potencias



**FUERZAS - CONTRACCIONES**

- Señalan el comienzo del trabajo de parto
- Existen contracciones voluntarias e involuntarias



### MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE LAS CONTRACCIONES

#### Tono de base

- Anérgico
- De 8 a 10 mmHg

#### Duraza del útero

- Palpeable

#### Dolor

- Dolor abdominal o lumbosacro
- Intermittente

### PARTO

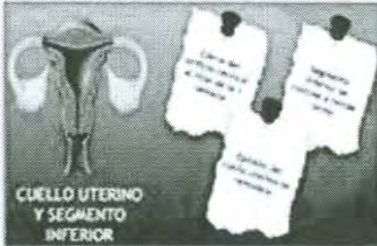
- Diversas definiciones y periodos
- El parto es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que permiten la expulsión del producto, la placenta y sus anexos por vía vaginal
- Se divide en tres periodos: dilatación, expulsión y alumbramiento

### SIGNOS DEL TRABAJO DE PARTO

- Aligeramiento o descenso de la cabeza fetal a la pelvis
- Opérculo - sangre con mucosidad por la salida del tapón mucoso
- Ruptura de membranas

## PUERPERIO

### CAMBIOS LOCALES Y SISTEMICOS

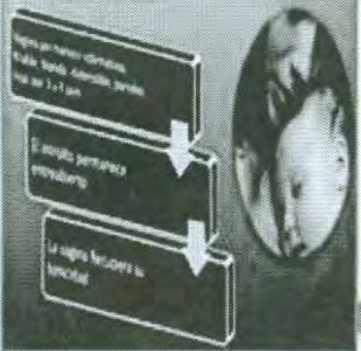


### EVOLUCIÓN UTERINA

- Por alumbramiento a nivel antecubital
- 7 día: descenso 0.5 - 1 cm/día
- 2 sem: arriba del pubis
- Se detiene hasta la aparición de la primera menstruación
- 100 y 120 g / 1 sem: 500 g
- 2 sem: 300 g / 4 sem: 100 g



### VELLOVAGINALES



### Apoptosis celular

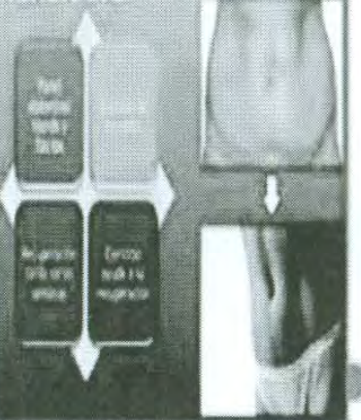
La vagina y el vientro se adaptan al tamaño del feto para el parto, pero al cesar de la hipertrofia de la musculatura lisa, las fibras vesicales y la relajación vascular por parto pueden haber el reflejo mioclonal favoreciendo la reabsorción interna.



### CAMBIO POMEDEALES



### PARED ABDOMINAL



### LECHES Y LACTANCIA

