



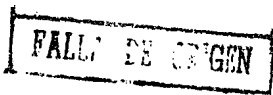
39  
2.ej  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

EL CONTROL PRENATAL DESPUÉS DE LA SEMANA 28 DE GESTACIÓN EN LA PREVENCIÓN DE LOS DEFECTOS DEL NACIMIENTO EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO (CIMIGEN)

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A :  
HUGO TAPIA MARTINEZ

Asesor: Carmen L. Balseiro Almario



México, D. F.

1990



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## C O N T E N I D O

	PAG.
INTRODUCCION .....	1
CAPITULOS	
1. <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION</u>	
1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA .....	3
1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA .....	5
1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION .....	5
1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO .....	6
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION .....	7
1.5.1. General .....	7
1.5.2. Especificos .....	7
2. <u>MARCO TEORICO</u>	
2.1. CONTROL PRENATAL .....	8
2.1.1. Concepto .....	8
2.1.2. Asistencia sanitaria general .....	10
2.1.3. Asistencia inicial .....	11
2.1.3.1. Historia clínica obstétrica.	13

	PAG.
2.1.3.2. Diagnóstico de embarazo ....	23
2.1.3.3. Edad gestacional .....	26
2.1.3.4. Exámenes de laboratorio ....	27
2.1.4. Instrucciones maternas .....	29
2.1.5. Visitas posteriores .....	31
2.1.6. Recomendaciones maternas .....	32
2.1.6.1. Alimentación .....	32
2.1.6.2. Viajes .....	34
2.1.6.3. Educación .....	35
2.1.6.4. Psicoprofilaxis .....	36
2.1.6.5. Vestido .....	37
2.1.6.6. Higiene .....	37
2.1.6.7. Cuidados dentales .....	38
2.1.6.8. Trastornos intestinales ....	39
2.1.6.9. Relaciones sexuales .....	39
2.1.6.10. Ejercicio .....	40
2.1.7. Embarazo de alto riesgo .....	40
2.1.7.1. Pacientes para cuidados hos- pitalarios .....	41
2.2. PREVENCIÓN DE DEFECTOS AL NACIMIENTO .....	42

PAG.

2.2.1. Concepto de defectos al nacimiento .. 42

2.2.2. Clasificación ..... 44

    2.2.2.1. Malformaciones congénitas .. 44

        - Concepto ..... 44

        - Defectos estructurales ... 45

        - Defectos por errores innatos del metabolismo ..... 45

        - Defectos por enfermedades de la sangre ..... 46

        - Frecuencia ..... 46

        - Causas de las malformaciones congénitas ..... 47

        - Impacto de las malformaciones congénitas ..... 47

    2.2.2.2. Prematurez ..... 48

        - Concepto ..... 48

        - Clasificación ..... 49

        - Prematuro hipertrófico ... 49

        - Prematuro eutrófico ..... 49

        - Prematuro hipotrófico .... 49

        - Frecuencia ..... 49

        - Causas de la Prematurez .. 51

        - Impacto de la Prematurez . 52

	PAG.
2.2.2.3. Bajo peso al nacer .....	53
- Concepto .....	53
- Clasificación .....	53
- Hipotrófico Pretermino ...	53
- Hipotrófico de Término ...	54
- Hipotrófico Postérmino ...	54
- Frecuencia .....	54
- Causas del bajo peso al na cer.	56
- Impacto del bajo peso al nacer .....	57
2.2.3. Frecuencia .....	57
2.2.4. Prevención de defectos al nacimiento.	58
2.2.4.1. Inventario de factores de riesgo .....	59
2.2.4.2. Acciones específicas que pue den cancelar, modificar o atenuar las consecuencias de algún factor de riesgo pre- vio al nacimiento .....	61
2.2.4.3. Medidas específicas para can celar y modificar un riesgo	

PAG.

o atenuar sus consecuencias durante el embarazo .....	65
2.2.4.4. Sistema de evaluación de riesgo perinatal .....	67
2.2.4.5. Participación comunitaria ..	71
- Responsabilidad del médico.	71

### 3. METODOLOGIA

3.1. HIPOTESIS .....	73
3.1.1. General .....	73
3.1.2. Trabajo .....	73
3.1.3. Nula .....	73
3.2. VARIABLES .....	73
3.2.1. Variable independiente .....	74
3.2.1.1. Indicadores de la variable independiente .....	74
3.2.2. Variable dependiente .....	75

3.2.2.1. Indicadores de la variable independiente .....	75
3.2.3. Modelo de la relación causal de las variables .....	76
3.3. TIPO Y DISEÑO .....	76
3.3.1. Tipo .....	76
3.3.2. Diseño .....	76
3.4. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTI- GACION UTILIZADOS .....	78
3.4.1. Ficha de trabajo .....	78
3.4.2. Sistemas de registros .....	78
3.4.3. Cuestionario .....	78
3.4.4. Entrevista .....	78
 4. <u>INSTRUMENTACION ESTADISTICA</u>	
4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA .....	79
4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS .....	79
4.3. COMPROBACION DE LA HIPOTESIS .....	168



	PAG.
4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS ....	172
5. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u> .....	188
6. <u>ANEXOS Y APENDICES</u> .....	198
7. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u> .....	226
8. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u> .....	238

## INDICE DE CUADROS

	PAG.
CUADRO No. 1 RELIGION DE LAS PACIENTES .....	80
CUADRO No. 2 COLONIAS DE PROCEDENCIA DE LAS PACIEN <u>T</u> TES .....	82
CUADRO No. 3 TIPO DE VIVIENDA DE LAS PACIENTES ...	84
CUADRO No. 4 CALIDAD DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE LAS COLONIAS DE LAS PACIENTES .....	86
CUADRO No. 5 ASISTENCIA MEDICA GENERAL O SERVICIO DE SALUD DE LAS PACIENTES .....	88
CUADRO No. 6 ASISTENCIA INICIAL AL CONTROL PRENA- TAL DE LAS PACIENTES .....	90
CUADRO No. 7 CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA REALI- ZADA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA PRE- NATAL A LAS PACIENTES .....	92
CUADRO No. 8 CONOCIMIENTO DE LA FECHA ULTIMA DE MENSTRUACION DE LAS PACIENTES .....	94

	PAG.
CUADRO No. 9 CONOCIMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES .....	96
CUADRO No. 10 CONOCIMIENTO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO REALIZADOS A LAS PACIENTES ..	98
CUADRO No. 11 TIPO DE INSTRUCCIONES MATERNAS QUE RECIBIERON LAS PACIENTES .....	100
CUADRO No. 12 CALIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE PRENATAL DURANTE LAS CONSULTAS SUBSECUENTES QUE RECIBIERON LAS PACIENTES.	102
CUADRO No. 13 ALIMENTACION DE LAS PACIENTES DURANTE EL EMBARAZO .....	104
CUADRO No. 14 SUGERENCIA EN CUANTO AL MODO DE TRANSPORTE DE LAS PACIENTES .....	106
CUADRO No. 15 RESOLUCION DE LAS DUDAS ACERCA DEL EMBARAZO EN LAS PACIENTES .....	108
CUADRO No. 16 ASISTENCIA AL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DE LAS PACIENTES ...	110

## PAG.

CUADRO No. 17	RECOMENDACION DEL MODO DE VESTIR DE LAS PACIENTES .....	112
CUADRO No. 18	RECOMENDACION EN CUANTO A LA HIGIENE EN EL EMBARAZO A LAS PACIENTES .....	114
CUADRO No. 19	RECOMENDACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE LOS CUIDADOS DENTALES A LAS PACIENTES .....	116
CUADRO No. 20	RECOMENDACION EN CUANTO AL ESTREÑIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO A LAS PACIENTES .....	118
CUADRO No. 21	TIEMPO DEL EMBARAZO EN QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES LAS PACIENTES ...	120
CUADRO No. 22	CALIDAD DE EJERCICIOS REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ..	122
CUADRO No. 23	RIESGO DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO Y PARTO .....	124
CUADRO No. 24	EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES DE SU EM-	

	PAG.
BARAZO Y PARTO .....	126
CUADRO No. 25 RESPONSABILIDAD O ACTITUD ANTE LA PRE SENCIA DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES.	128
CUADRO No. 26 NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES.	130
CUADRO No. 27 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES .....	132
CUADRO No. 28 ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PACIENTES ..	134
CUADRO No. 29 EDAD DE LAS PACIENTES .....	136
CUADRO No. 30 PESO ANTERIOR O AL INICIO DEL EMBARA- ZO DE LAS PACIENTES .....	138
CUADRO No. 31 TALLA DE LAS PACIENTES .....	140
CUADRO No. 32 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES .....	142
CUADRO No. 33 EXPOSICION AL TABACO O TABAQUISMO DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ..	144
CUADRO No. 34 INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DURAN-	

## PAG.

TE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	146
CUADRO No. 35 CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	148
CUADRO No. 36 ENFERMEDADES DE LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES .....	150
CUADRO No. 37 ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO DE LAS PACIENTES .....	152
CUADRO No. 38 ENFERMEDADES QUE PADECIERON LAS PA- CIENTES .....	154
CUADRO No. 39 SINTOMATOLOGIA TOXEMICA DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	156
CUADRO No. 40 AUMENTO DE PESO POR MES DE LAS PACIEN <u>T</u> TES DURANTE SU EMBARAZO .....	158
CUADRO No. 41 AUMENTO DEL FONDO UTERINO POR MES DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ..	160

CUADRO No. 42	CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LA <u>SE-</u> MANA 37 DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES.	162
CUADRO No. 43	PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD POR PAR TE DE LAS PACIENTES PARA LUCHAR CON- TRA LOS PROBLEMAS DE SALUD .....	164
CUADRO No. 44	IMAGEN DEL PERSONAL DE SALUD QUE TIE- NEN LAS PACIENTES .....	166

## INDICE DE GRAFICAS

	PAG.
GRAFICA No. 1 RELIGION DE LAS PACIENTES .....	81
GRAFICA No. 2 COLONIAS DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES .....	83
GRAFICA No. 3 TIPO DE VIVIENDA DE LAS PACIENTES ...	85
GRAFICA No. 4 CALIDAD DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE LAS COLONIAS DE LAS PACIENTES .....	87
GRAFICA No. 5 ASISTENCIA MEDICA GENERAL O SERVICIO DE SALUD DE LAS PACIENTES .....	89
GRAFICA No. 6 ASISTENCIA INICIAL AL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES .....	91
GRAFICA No. 7 CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA REALIZADA DURANTE LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL A LAS PACIENTES .....	93
GRAFICA No. 8 CONOCIMIENTO DE LA FECHA ULTIMA DE MENSTRUACION DE LAS PACIENTES .....	95



GRAFICA No. 9 CONOCIMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES .....	97
GRAFICA No. 10 CONOCIMIENTO DE LOS EXAMENES DE LABO- RATORIO REALIZADOS A LAS PACIENTES ..	99
GRAFICA No. 11 TIPO DE INSTRUCCIONES MATERNAS QUE RE- CIBIERON LAS PACIENTES .....	101
GRAFICA No. 12 CALIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE PRENATAL DURANTE LAS CONSULTAS SUBSE- CUENTES QUE RECIBIERON LAS PACIENTES.	103
GRAFICA No. 13 ALIMENTACION DE LAS PACIENTES DURANTE EL EMBARAZO .....	105
GRAFICA No. 14 SUGERENCIA EN CUANTO AL MODO DE TRANS- PORTARSE DE LAS PACIENTES .....	107
GRAFICA No. 15 RESOLUCION DE LAS DUDAS ACERCA DEL EM- BARAZO EN LAS PACIENTES .....	109
GRAFICA No. 16 ASISTENCIA AL SERVICIO DE PSICOPROFI- LAXIS OBSTETRICA DE LAS PACIENTES ...	111

	PAG.
GRAFICA No. 17 RECOMENDACIONES DEL MODO DE VESTIR DE LAS PACIENTES .....	113
GRAFICA No. 18 RECOMENDACION EN CUANTO A LA HIGIENE EN EL EMBARAZO A LAS PACIENTES .....	115
GRAFICA No. 19 RECOMENDACION DURANTE EL EMBARAZO DE LOS CUIDADOS DENTALES .....	117
GRAFICA No. 20 RECOMENDACION EN CUANTO AL ESTREÑIMIEN TO DURANTE EL EMBARAZO A LAS PACIEN- TES .....	119
GRAFICA No. 21 TIEMPO DEL EMBARAZO EN QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES LAS PACIENTES ...	121
GRAFICA No. 22 CALIDAD DE EJERCICIOS REALIZADOS DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES...	123
GRAFICA No. 23 RIESGO DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBA- RAZO DE LAS PACIENTES .....	125
GRAFICA No. 24 EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES DE SU EM BARAZO Y PARTO .....	127

GRAFICA No. 25 RESPONSABILIDAD O ACTITUD ANTE LA PRE SENCIA DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES.	129
GRAFICA No. 26 NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES.	131
GRAFICA No. 27 ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES .....	133
GRAFICA No. 28 ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PACIENTES ...	135
GRAFICA No. 29 EDAD DE LAS PACIENTES .....	137
GRAFICA No. 30 PESO ANTERIOR O AL INICIO DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	139
GRAFICA No. 31 TALLA DE LAS PACIENTES .....	141
GRAFICA No. 32 ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES .....	143
GRAFICA No. 33 EXPOSICION AL TABACO O TABAQUISMO DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ...	145
GRAFICA No. 34 INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	147
GRAFICA No. 35 CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO	

	PAG.
DE LAS PACIENTES .....	149
GRAFICA No. 36 ENFERMEDADES DE LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES .....	151
GRAFICA No. 37 ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO DE LAS PACIENTES .....	153
GRAFICA No. 38 ENFERMEDADES QUE PADECIERON LAS PA- CIENTES .....	155
GRAFICA No. 39 SINTOMATOLOGIA TOXEMICA DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES .....	157
GRAFICA No. 40 AUMENTO DE PESO POR MES DE LAS PACIEN- TES DURANTE SU EMBARAZO .....	159
GRAFICA No. 41 AUMENTO DEL FONDO UTERINO POR MES DU- RANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES ..	161
GRAFICA No. 42 CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LA SE- MANA 37 DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES.	163

GRAFICA No. 43 PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD POR PARTE DE LAS PACIENTES PARA LUCHAR CONTRA LOS PROBLEMAS DE SALUD .....	165
GRAFICA No. 44 IMAGEN DEL PERSONAL DE SALUD QUE TIENEN LAS PACIENTES .....	167

## I N T R O D U C C I O N

La presente tesis realiza uno de los aspectos que en la actualidad ha cobrado auge, como lo es el control prenatal en el área materno-infantil considerado como punto fundamental de la prevencción de los defectos del nacimiento. Constituye, a su vez, un campo rico en el cual el Lic. en Enfermería y Obstetricia, aplique sus conocimientos y formule estrategias que coadyuven a disminuir la incidencia de los defectos del nacimiento.

La investigación plantea el cuestionamiento de cómo influye el control prenatal después de la semana 28 de gestación, en la prevención de los defectos del nacimiento? la importancia de esta temática es que con una oportuna consulta médica prenatal, pueden prevenirse defectos al nacimiento. Por tanto es recomendable que todo el personal de salud, así como los familiares se preocupen por dicho control para impedir problemas de defectos que serían imposibles considerarlos después del parto.

Por lo anterior, y siguiendo con las bases metodológicas de la investigación científica, se plantea en este diseño, como primer capítulo, la Fundamentación del tema de investigación, en el que se describe la situación problema; la identificación del tema de investigación, la justificación de la investigación, la ubicación del tema de estudio, así como los objetivos: general y específicos. En el segundo capítulo se describe el marco

teórico tomando como base, las definiciones conceptuales de las variables inmiscuidas: control prenatal y prevención de los defectos del nacimiento, así como el contenido de las mismas.

En el tercer capítulo la investigación se aboca a la hipótesis, manejando la hipótesis general, la de trabajo y la nula.

Se mencionan los indicadores de las variables independiente y dependiente. Se presenta el modelo de la relación causal de las variables así como el tipo y el diseño. Por último las técnicas de investigación utilizadas: sistema de registro, fichas de trabajo, entrevista y cuestionario.

En el cuarto capítulo se presenta la instrumentación estadística que abarca: el universo, población y muestra; el procesamiento de datos, la comprobación de la hipótesis y el análisis e interpretación de los resultados. Para terminar se incluye en el capítulo quinto las conclusiones y recomendaciones, en el capítulo sexto los anexos y apéndices; en el séptimo el glosario de términos y, en el octavo las referencias bibliográficas.

## 1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE INVESTIGACION

### 1.1. DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMA

En México nacen 2.5 millones de niños al año, de éstos, un 22%, o sea, 550,000 presentan algún defecto al nacimiento. Los defectos al nacimiento pueden ser de origen genético y de origen perinatal y básicamente abarcan: la prematuridad, el bajo peso al nacimiento y las malformaciones congénitas.

La prematuridad afecta a 250,000 niños, que nacen antes de término; el bajo peso al nacimiento (hipotrofia), afecta al 10% del total de recién nacidos (RN), que nacen a tiempo pero con pesos inadecuados para su edad y; las malformaciones congénitas afectan al 2.5%, es decir, 50,000 RN vivos.

Instituciones como el GEN (Grupo de Estudios al Nacimiento) y el CIMIGEN (Centro de Investigación Materno-Infantil del Gen), teniendo conocimiento de esta problemática, considerando que, "Todo ser humano tiene derecho a nacer sano", (filosofía para cumplirla, requiere de la prevención de los defectos del nacimiento, por lo que uno de sus objetivos primordiales, es el de proporcionar atención prenatal en forma integral), se ha abocado al estudio e investigación de los defectos del nacimiento, mediante una consulta prenatal oportuna. Esto ofrece al Obstetra un panorama amplio y poder brindar un manejo adecuado al



binomio.

Es importante también considerar que el ser humano desde el inicio de su vida, está expuesto a padecer, enfermedades, invlidez, o muerte; por lo que esos factores de riesgo deben ser valorados en forma integral en la primera consulta prenatal especialmente al inicio de embarazo e incluso antes del mismo.

Bajo este contexto se ha notado, que existe una tendencia por parte de las pacientes gestantes de asistir a su primera consulta prenatal después de la semana 28 de gestación en el área de influencia del CIMIGEN. Este hecho provoca que la evolución del embarazo pueda ser desfavorable, y no se puede controlar él mismo, así como prevenir cualquier defecto del o al nacimiento.

Ahora bien, existen causas que pueden explicar el comportamiento de estas pacientes de no acudir tempranamente al Control Prenatal, como son: el nivel cultural, educativo, la indiocinracia, y otras. Al conocer que son múltiples las causas que originan este comportamiento, se espera que con esta investigación se pueda aclarar solo las relativas al control prenatal y sus funciones de prevención.

Es importante entonces tratar de hacer frente a esta situación considerando las consecuencias que trae consigo los defectos

al nacimiento como: costo, recursos humanos, infraestructura, carga social, etc. y lo más importante, él o ella con algún defecto ante las inclemencias de nuestra sociedad. También es importante señalar que de los 550,000 nacidos con defectos, se pueden prevenir el 50%, es decir, 225,000 niños se pueden salvar de algún defecto con acciones múltiples como la vigilancia prenatal oportuna.

### 1.2. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA

Por lo antes mencionado cabe cuestionarse entonces:

¿Cómo influye el control prenatal después de la semana 28 de gestión, en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil?

### 1.3. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION

La presente investigación se justifica, porque con el conocimiento del porcentaje de las pacientes a su control prenatal después de la semana 28 del embarazo así como de las causas que lo propician, contar con arma estadística capaz de coadyuvar la prevención de los defectos al nacimiento.

Para el Licenciado en Enfermería y Obstetricia se justifica la

presente investigación porque los temas o variables inmiscuidas, constituyen aspectos importantes de su formación profesional y la aplicación práctica de estos conocimientos, en instituciones como el CIMIGEN, resultan experiencias gratas, al participar en forma activa y consciente, específicamente en el control prenatal.

Para el CIMIGEN, se justifica, ya que los datos que se obtendrán, permitirán de alguna forma crear programas y estrategias, tendientes a fomentar la importancia del control prenatal principalmente al inicio del embarazo y antes del mismo.

#### 1.4. UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

La investigación se ubica en el área de Perinatología, Gineco-obstetricia, Pediatría, Salud Pública y Sociología.

Con la Perinatología se relaciona porque representa la etapa entre las 20 semanas de gestación hasta los 28 días de vida extrauterina, donde caen en gran medida las variables control prenatal y prevención de defectos al nacimiento. Con la Gineco-obstetricia, porque se encarga del manejo médico-asistencial de la embarazada en forma integral. Con la Pediatría, pues esta continuará el manejo biopsicosocial del niño. Con la Salud Pública, porque con sus medidas de mejorar y educar a la población se fomentará el control prenatal y el mejoramiento de la

prevención de los defectos al nacimiento. Y con la Sociología, porque esta ciencia describe las características sociales de las poblaciones, permitiendo el conocimiento del comportamiento de las mismas.

## 1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

### 1.5.1. General

Conocer la influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación, en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil.

### 1.5.2. Específicos

Identificar el control prenatal que se realiza después de la semana 28 de gestación en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil.

Conocer los mecanismos de prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil, bajo la influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1 CONTROL PRENATAL

#### 2.1.1 Concepto

El control prenatal es el procedimiento clínico y paraclínico, así como educacional, mediante el cual se busca evitar al mayor grado posible la afección de la madre y del producto por cualquier proceso fisiopatológico. (1)

El concepto abarca en forma amplia lo que es el control prenatal, ya que para evitar que la madre y el producto sean afectados por cualquier enfermedad, requieren ser evaluados mediante una historia clínica completa, así como educación, que permita cumplir el objetivo: llevar en forma normal el embarazo y tener un hijo sano; objetivo que precisamente busca el control prenatal.

Para tener un panorama general del control prenatal y tener conciencia de su importancia, es preciso señalar que "antes de la Obstetricia moderna, la mujer gestante o embarazada solía acudir en el curso del embarazo a una sola entrevista con su

---

1. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Oteo, México, 1987, p. 86.

médico. Cuando era visitada de nuevo, la mujer podía bien haber sufrido los dolores y angustias de una convulsión eclámptica, bien experimentado grandes escalofríos y fiebre alta por una pielonefritis, o esforzándose por expulsar un feto de gran tamaño, pero muerto". (2)

Lo anterior muestra la realidad en que se encontraban estas pacientes. Pero ahora, por los avances tecnológicos en la Obstetricia, esas situaciones han disminuido. Sin embargo, en nuestro país, por su complejo cultural y por sus necesidades económicas y sociales, se ven todavía con frecuencia hechos dramáticos como los mencionados. Es decir, en México son muchas las madres que no son atendidas por personal médico en ningún momento de la gestación y, mucho menos aún, las que tienen complicaciones o problemas específicos reciben la atención especializada que se requiere.

En ocasiones se considera al control prenatal como un arma de dos filos, en lugar de mejorar el resultado de la gestación, a veces se ha producido el efecto contrario. Esto se da por diversas causas, entre ellas figuran la prescripción innecesaria de fármacos peligrosos, como potentes diuréticos, o los consejos incorrectos dietéticos para llevar un régimen limitado en cuanto al peso. (3)

---

2. Williams, Obstetricia. 3ª ed. Ed. Salvat, México,, p. 237.

3. Ibidem., p. 238.

Esta hecho muestra que no es fácil llevar a cabo el control prenatal o asistencia prenatal, por lo que las personas que se involucran en ella, deberán contar con los conocimientos suficientes en cuanto al embarazo. Por mencionar algo: los cambios anatomofisiológicos se alteran o cambian a medida que avanza el embarazo, por ejemplo: cuando el útero gestante aumenta de tamaño, la paciente padece de estreñimiento, síntoma que se considera normal en la gestación; sin embargo, habría que descartar otras patologías que pudieran ocasionar el estreñimiento.

#### 2.1.2 Asistencia Sanitaria General

Para poder mantener sano al individuo, éste continuamente debe ser valorado por el equipo de salud durante toda su vida. En cuanto a la gestación, lo ideal sería que la asistencia prenatal fuera la continuación de un régimen ya establecido de asistencia sanitaria para la mujer, supervisado por el médico. (4)

Existen padecimientos, como la Diabetes Mellitus, que de no ser controlados por medio de visitas médicas periódicas, pueden ser fatales para el individuo que los padezca. Este ejemplo muestra la influencia de la asistencia sanitaria oportuna y consecutiva de esa enfermedad. Ahora bien, el embarazo, con-

---

4. Ibidem., p. 237.

siderado como fenómeno fisiológico normal, puede complicarse por varios factores de riesgo, de tal manera que puede producirse un riesgo en la madre o el producto.

Ante esta situación, lo mejor para llevar a cabo un satisfactorio control prenatal, sería contar con una valoración médica iniciada antes del embarazo, que permitiera conocer los factores de riesgo de la mujer pregestante, para controlar el embarazo y proporcionar beneficios al binomio madre-hijo. Retomando el ejemplo anterior, se debe aconsejar a las mujeres con diabetes, sobre los beneficios que puede obtener el embrión-feto con la normalización de la glucemia (azúcar en sangre) a través de visitas consecutivas con su médico.

### 2.1.3 Asistencia Inicial

Es ideal que la asistencia inicial de las pacientes obstétricas sea o se efectúe tan pronto como se sospeche el embarazo, ya que, como se ha venido enfatizando, permite contar con una valoración integral oportuna para evitar posibles complicaciones durante el embarazo y el parto.

También es importante considerar el lugar en el cual se llevará a cabo el control prenatal y el trabajo de parto, así como el personal encargado para llevar dicho control. Muchas mujeres están atemorizadas por los hospitales y por los profesiona



les que participan en el cuidado obstétrico. (5)

Ante esta situación, hoy en día varias mujeres prefieren atender su embarazo y parto en clínicas particulares y/o en clínicas u hospitales con reputación. Sin embargo, la mayoría de la población obstétrica no puede costear su embarazo y parto en ese tipo de nosocomios, por lo que recurre a los hospitales del sector salud de segundo y tercer nivel (IMSS, ISSSTE y SSA), o sencillamente no controlan su embarazo y se "alivian" en su hogar porque no cuentan con los recursos económicos suficientes.

El Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN) es una de las pocas unidades asistenciales que brinda atención prenatal en forma integral y económica al tipo de población a la que atiende (población de bajos recursos económicos), además de favorecer el parto en cama con algún familiar de la paciente, situación que ayuda a la resolución del parto y que no se brinda en otros hospitales.

Respecto del personal ideal que adquiera la responsabilidad de atender a una mujer gestante, éste será el que ofrezca a la paciente confianza, por medio de una educación y comunicación, así como un trato considerado y amable. Existen bases fisioló-

---

5. Sir John, Steele. Ginecología, Obstetricia y el Recién Nacido. Ed. El Manual Moderno. México. 1985. p. 3.

gicas para creer que una madre relajada y confiada, tendrá un producto y parto mejor que una que se encuentra llena de aprensión. (6)

El personal del CIMIGEN que se ocupa del control prenatal, lo constituyen licenciados en Enfermería y Obstetricia, apoyados y supervisados por personal médico especializado y que tienen concientes los aspectos emocionales, dando un buen trato a las pacientes obstétricas.

Por otro lado, es recomendable que la primera consulta dure de 30 a 40 minutos, tiempo suficiente para un examen razonablemente completo y para exponer cualquier inquietud especial que la paciente pueda tener.

#### 2.1.3.1 Historia clínica Obstétrica.

- Ficha de Identificación.

Se investiga el nombre, domicilio, teléfono y nombre del esposo y ocupación de éste. Esto tiene la importancia clínica de saber la localización de la paciente y/o familiar responsable, así como el conocimiento del estado socioeconómico y cultural de la familia.

---

6. Ibidem., p. 5.

La edad de la paciente es también importante, ya que existe mayor frecuencia de distocia en pacientes muy jóvenes o de edad avanzada, y mayor índice de malformaciones congénitas en pacientes muy jóvenes o de edad avanzada, y mayor índice de malformaciones congénitas en pacientes mayores de 40 años; asimismo, en relación con la edad, pueden existir patologías diversas asociadas.

El estado social es un aspecto psicológico importante en madres solteras o viudas con embarazo. Así mismo, se investiga la ocupación de la paciente, porque puede relacionarse el embarazo con riesgos profesionales, contaminación por sustancias químicas, etc. (7)

En el CIMIGEN, aparte de estos datos importantes que sirven de marco de referencia para el obstetra, se investiga el origen y lugar de residencia de la paciente, ya que es sabido que el lugar de nacimiento en los diferentes estados de la República Mexicana, tienen distintos comportamientos que de alguna forma influyen en la actitud de la paciente ante la existencia del embarazo. Lo mismo ocurre con el lugar de residencia.

La escolaridad de la paciente es otro dato importante que se relaciona con el nivel cultural de la paciente y, además, con

---

7. Héctor Mondragón, Obstetricia Básica Ilustrada. Ed. Trillas, México, 1982, p. 99.

la actitud de la misma ante la inminente gestación.

La religión también es considerada, porque existen actitudes diferentes de las pacientes, según las diversas religiones, ante la existencia del embarazo.

- Antecedentes Heredo-familiares

Se investigan enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, malformaciones congénitas, gemelaridad, etc., en padres y hermanos de la paciente. Esto puede influir como características hereditarias recesivas en futuros embarazos. También se investiga la presencia de tuberculosis, para tener precauciones necesarias con el neonato.

- Antecedentes Personales No Patológicos

Alimentación. Si es inadecuada, es decir, si la ingesta es excesiva en carbohidratos condiciona obesidad, y si hay carencia de elementos sobreviene anemia.

Habitación e Higiene. Tiene relación con infecciones y parasitosis (toxoplasmosis) por hacinamiento y falta de aseo personal.

Alcoholismo y toxicomanías. Repercuten el estado general de

la madre y del feto in útero. Y el tabaquismo, que tiene relación con productos de bajo peso. (8)

Además de lo mencionado, en el CIMIGEN se investiga sobre: Los servicios públicos con los que cuenta (agua, luz, alcantarilla do y otros). Convivencia con animales (perros, gatos, aves u otros). Cuadro inmunológico, es decir, las vacunas que le hayan aplicado. Grupo sanguíneo y factor Rh, importante dato, sa berlo o conocerlo significa si la paciente tiene compatibilidad o incompatibilidad de su sangre con la del producto.

- Antecedentes Personales Patológicos.

Se investiga sobre enfermedades eruptivas de la infancia, como rubeola, varicela, etc., para conocer si existe o no inmunidad pasiva por afecciones previas.

Se investiga la presencia de patologías que afecten el embarazo, como cardiopatías, tuberculosis, fiebre reumática, etc., para conocer oportunamente la patología o enfermedad que puede alterar la evolución normal del embarazo.

- Antecedentes Quirúrgicos

Operaciones directas en útero, como cesáreas, para prevenir el

---

8. Ibidem., p. 100.

riesgo de ruptura uterina espontánea o durante el trabajo de parto.

Operaciones sobre anexos del útero, como extirpación de ovarios, resecciones del mismo, extirpación de las trompas de Falopio, ligadura de trompas, etc., ya que pueden favorecer procesos adherenciales que provoquen un embarazo fuera del útero (ectópico). Operaciones de la vagina, para evitar posible distocia vaginal.

Operaciones extrabdominales, como toracoplastias (cirugía de tórax), por su importancia y repercusión posible sobre el embarazo.

- Antecedentes Alérgicos

A medicamentos o alimentos; reacciones postransfusionales, para evitar proporcionar alérgenos. (9)

De igual forma, en el CIMIGEN se investigan estos datos.

- Antecedentes Gineco-obstétricos

Se investiga la fecha última de la menstruación (FUM), su va-

---

9. Ibidem., p. 100.

lor depende de la normalidad del ritmo menstrual. El ritmo menstrual, es decir, lapso de tiempo entre cada menstruación en la mujer.

El control de la fertilidad. Se investiga sobre el uso de anticonceptivos, el tipo y el tiempo de duración. El número de gestaciones y el de partos anteriores vaginales.

El intervalo intergenésico, o sea, el período comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto) y el inicio del actual. Cuanto menor es el intervalo intergenésico, mayor es la incidencia de niños de bajo peso al nacer y de mortalidad perinatal.

Fecha de cada embarazo, su curso y terminación, si ha habido embarazos que se han interrumpido antes de tiempo (abortos, partos prematuros) y si hubo malformaciones, monstruosidades o fetos muertos in útero. Así mismo, se investiga los pesos de cada recién nacido y su evolución neonatal. (10)

Además de lo anterior, en el CIMIGEN se investiga sobre la menarquia, es decir, la fecha de inicio de la primera menstruación en la vida de la mujer. El inicio de la vida sexual activa. El número de compañeros sexuales, ya que guarda relación

con enfermedades sexualmente contagiosas. Si le han realizado la detección oportuna de cáncer cérvico-uterino. Además, el número de embarazos, de partos, de abortos con sus probables causas, de cesáreas con sus causas, de óbitos con sus causas y el peso de los productos. Por último, la fecha del último parto, aborto, cesárea u óbito.

- Embarazo actual

Se investiga en forma precisa el primer día y el mes de la última menstruación, ya que a partir de estos datos, se calcula la edad del embarazo.

Es necesario investigar sobre los diversos trastornos ocurridos durante el embarazo. El estreñimiento, tan común, tiende a acentuarse durante el embarazo por influencia hormonal y mecánica. Molestias subjetivas como insomnio, vértigos, mareos, neuralgias, calambres, etc. Es frecuente la poliaquiuria (micciones frecuentes), que se acentúa en las últimas semanas por el encajamiento de la presentación (parte del feto que se palpa).

Se interrogará acerca de padecimientos que comenzaron durante el embarazo, como trastornos cardíacos, pulmonares, hepáticos, apendiculares; así como hemorragias genitales, su fecha de aparición, duración, cantidad, aspecto y causa aparente.



En el último trimestre se preguntará sobre los síntomas y signos de toxemia (dolor de cabeza, trastornos visuales, zumbidos, hemorragia nasal, etc.). (11)

Estos datos van encaminados a valorar aspectos que afectan directa o indirectamente la normoevolución del embarazo, por lo que es importante conocer todos esos aspectos por parte del equipo obstétrico.

- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas

EN toda historia clínica se debe realizar el interrogatorio dirigido a los diferentes aparatos y sistemas del organismo humano, con el fin de determinar si existen alteraciones que la paciente no haya referido por descuido o por ignorancia de su existencia. Este interrogatorio incluye: órganos de los sentidos, aparato digestivo, aparato respiratorio, sistema cardíaco, aparato genito-urinario, sistema endócrino, aparato locomotor y sistema nervioso.

- Exploración física

La consulta previa al embarazo o prenatal debe incluir una exploración física general, detallada y dirigida según los datos

---

11. Asociación de Médicos del Hospital de Gineco-Obstetricia, op. cit., p. 90.

de interrogatorio obtenidos. Se deberá obtener el peso, la talla y los signos vitales, obteniendo por interrogatorio los datos de peso y tensión arterial previos al embarazo, para corrección de los mismos con los datos actuales. Dentro de la exploración general, será importante especialmente lo siguiente: la revisión de las mamas y sus zonas linfoportadoras, el nivel del fondo uterino, las características de situación-presentación, etc., del producto y de su frecuencia cardíaca.

El tacto vaginal cuidadoso y la exploración vaginal con espécimen para visualizar cérvix uterino, aprovechando el momento para la obtención de una muestra para estudio citológico del exudado cérvico-vaginal (Papanicolau).

Cuando los datos de interrogatorio lo hagan necesario, se harán exploraciones especiales como por ejemplo el fondo de ojo, tacto rectal, etc. (12)

Para la exploración física, en el CIMIGEN se utiliza la modalidad del PSOAPP:

- P. Problema o motivo de la consulta.
- S. Subjetivo o síntomas que refiere la paciente.
- O. Objetivo. Propiamente la exploración física, que abarca una

exploración física general haciendo énfasis en mamas, abdomen, canal vaginal, cuello de la matriz y anexos. Se toma muestra de secreción cervicovaginal para la detección oportuna de cáncer (DOC). Por último, se revisan los miembros inferiores.

- A. Análisis. Aquí se formulan los diagnósticos encontrados y específicamente se valora el riesgo de la paciente embarazada en bajo, mediano o alto riesgo, a través del Previgen II. (Ver Anexo No. 3).
- P. Plan o las indicaciones y/o recomendaciones que se le brindan a la paciente.
- P. Pronóstico de la paciente, en bueno, reservado o malo.

Al mismo tiempo que se evalúa a la paciente con esta historia clínica, se registran los datos en otro formato, el cual resume la información, para efectos del conocimiento del personal obstétrico, del estado de salud de la embarazada, el trabajo de parto y las condiciones de salud del recién nacido y de la madre. Ese formato es la historia clínica simplificada. (Ver Anexo No. 1).

Cabe señalar que, para obtener un manejo ideal de la paciente obstétrica, en el CIMIGEN se valora también el riesgo reproductivo de las mujeres en esa edad, claro, antes del embarazo, a través de otro formato en el cual se describen una serie de datos que indican el bajo, mediano o alto riesgo para el embarazo.

Esto se realiza en el servicio de Planificación Familiar; así, si una mujer desea embarazarse, se cuenta con un instrumento que apoya en gran medida el control prenatal. Ese instrumento es el Previgen I. (Ver Anexo No. 2).

Sin embargo, existen varias pacientes que no cuentan con esta valoración, ya que se presentan por primera vez a la consulta cuando ya están embarazadas y, lo que es peor, la mayoría después de la semana 28 de gestación.

#### 2.1.3.2. Diagnóstico de Embarazo.

##### - Síntoma del Embarazo

Los síntomas más frecuentes en los primeros meses del embarazo son la amenorrea, la poliuria, la ingurgitación mamaria, las náuseas, el cansancio y la fatigabilidad. A menos que se pruebe lo contrario, se debe considerar que la amenorrea en una mujer sexualmente activa que menstruaba normalmente con anterioridad, es secundaria al embarazo.

##### - Signos del Embarazo.

Los signos del embarazo se pueden dividir en signos de presunción, signos probables y signos positivos. Los signos de presunción son aquellos relacionados con los cambios en la piel y

## las mucosas. (13)

Los cambios de color y la coloración azulada de la vulva, la vagina y el cuello uterino guardan relación con la congestión de los órganos pélvicos y por lo tanto son inespecíficos. La coloración oscura de la vulva y las paredes vaginales se conoce como signo de Chadwick. La pigmentación cutánea y las estrías abdominales son signos inespecíficos y poco fiables. La pigmentación que aparece en la línea media del abdomen inferior se conoce como línea negra o morena; a la que aparece en el puente de la nariz y bajo los ojos se le denomina cloasma o mascarilla del embarazo.

Los signos probables del embarazo son aquellos relacionados con los cambios físicos detectables en el útero. En la fase inicial del embarazo el útero cambia de tamaño, forma y consistencia. El cérvix o cuello del útero se ablanda al comienzo del embarazo. Posteriormente el peloteo del feto o de alguna de sus partes y su palpación son también signos probables. Finalmente, la palpación de contracciones uterinas es un signo probable de embarazo, aunque puede deberse a otras causas de crecimiento uterino. (14)

---

13. Neville F. Hacker, y George J. Moore, Compendio de Ginecología y Obstetricia. Ed. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1988, p. 15.

14. Ibidem., p. 15.

El cambio de consistencia del útero (reblandecimiento), se conoce como signo de Hegar.

Los signos positivos del embarazo son la detección de los ruidos cardíacos fetales y el reconocimiento de los movimientos fetales. Los ruidos cardíacos fetales pueden detectarse generalmente con un estetoscopio al cabo de las 16 ó 20 semanas de gestación. Generalmente las multiparas reconocen los movimientos fetales a las 16 ó 18 semanas; mientras que la primigesta no los reconoce hasta las 18 ó 20 semanas de gestación. (15)

Para establecer el diagnóstico del embarazo o saber si una mujer se encuentra embarazada, es básico conocer que los síntomas son los datos que proporciona la paciente y los signos son los datos que el obstetra obtiene mediante la exploración física (inspección, palpación, percusión y auscultación).

Varios autores clasifican los signos y síntomas del embarazo por trimestres, esto favorece el conocimiento de la etapa en la cual se encuentra la gestación. También existen pruebas de embarazo que se basan en la detección de la hormona gonadotropina coriónica humana en la orina, después del día 40 de la concepción.

---

15. Ibidem., p. 16.

### 2.1.3.3 Edad Gestacional

El período de la gestación en la mujer es variable. El intervalo habitual desde el último período menstrual (UPM) hasta la fecha del parto, es de 10 meses lunares (280 días ó 9 meses del calendario ó 40 semanas); la paciente por lo general tendrá su parto dentro de las dos semanas de la fecha probable de parto (FPP), pero sólo alrededor de 4% de las pacientes dará a luz en el día exacto.

#### - Regla de Nägele.

No hay medio preciso para calcular la FPP pero puede hacerse mediante la regla de Nägele: se determina el primer día del UPM, se suman 7 días y se restan 3 meses a esta fecha. La fecha así obtenida es la FPP (Ejemplo: la Sra. Jones tuvo un UPM el 14 de julio. Su FPP es el 14 de julio más 7 días menos 3 meses, o sea el 21 de Abril). (16)

La regla de Nägele se aplica comúnmente en ciclos menstruales regulares, es decir, ciclos de 28 días en que la ovulación ocurre en el día 14. No todas las mujeres tienen ciclos de 28 días, por lo que el obstetra debe considerar la duración del ciclo.

---

16. Ralph C. Benson, Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétrico. Ed. El Manual Moderno, México, 1983, p. 584.

- Altura del Fondo Uterino por Medición Abdominal

La determinación de la altura del fondo uterino estriba en su medición sobre el abdomen. Esta se lleva a cabo utilizando un punto de referencia fijo, por ejemplo, el pubis o el ombligo, a partir del cual se mide el fondo. (17)

El útero gestante se palpa en el pubis o inmediatamente por arriba hacia la octava semana. Alrededor de la 16ª semana se palpa entre el pubis y ombligo. El fondo uterino llegará al ombligo aproximadamente a la 20ª semana. Este método se realiza en cada consulta prenatal utilizando una cinta métrica, y sus cifras normales son: aumento del fondo uterino de 3 a 5 cm. por mes.

Otro método que en la actualidad se utiliza frecuentemente para medir la edad del embarazo es el ultrasonido, cuya precisión es muy acertada.

2.1.3.4 Exámenes de Laboratorio

- Biometría Hemática

Sirve para diagnosticar anemia por cifras bajas de hemoglobina,

---

17. Ibidem.



hematocrito, eritrocitos, volumen globular medio. Investiga desviaciones importantes en la cuenta de leucocitos en casos de probable infección. (18)

La biometría hemática sirve para saber las cifras de las células sanguíneas: glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas, y con base en eso, evaluar la presencia de alguna alteración como la anemia, que es la disminución de los glóbulos rojos y hemoglobina, o la presencia de infección, cuando los glóbulos blancos aumentan por arriba de lo normal.

- Examen General de Orina

Sirve para descartar patologías de vías urinarias.

- Reacciones Serológicas

Certifica la ausencia de lúes (sífilis). (19)

Las reacciones serológicas son importantes por la incidencia elevada de los casos de sífilis y porque la mujer embarazada contagia al producto cuando la padece.

---

18. Hector Mondragón, op. cit., p. 104.

19. Ibidem. p. 104.

- Grupo Sanguíneo y Factor Rh

Se utiliza para descartar incompatibilidad con ese sistema, mediante el conocimiento del factor Rh de la madre. El conocer el sistema ABO es importante, en caso de hemorragia interna o incompatibilidad sanguínea en el neonato.

- Química Sanguínea

Sirve para descartar en casos específicos alguna patología, como diabetes o problemas renales. (20)

La química sanguínea representa también un examen de laboratorio de rutina. En el CIMIGEN se llevan a efecto estos exámenes de laboratorio.

#### 2.1.4 Instrucciones Maternas

Una vez completada la Historia Clínica y la exploración física, se advertirá a la madre con tacto acerca de las siguientes señales de peligro:

1. Toda hemorragia vaginal.
2. Hinchazón de la cara o de los dedos.

3. Cefaléas graves o continuas.
4. Visión disminuida borrosa.
5. Dolor abdominal.
6. Vómitos persistentes.
7. Escalofríos o fiebre.
8. Disuria.
9. Pérdida de líquido por la vagina.
10. Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales. (21)

Estas instrucciones muchas veces no trascienden, porque el equipo obstétrico sólo las menciona pero no las explica, ni mucho menos pone alerta a la paciente sobre las complicaciones que traen consigo los mencionados síntomas y signos, que ponen en peligro la vida del producto e incluso de la madre; por ello es importante tenerlas siempre en mente. Así como informar y concientizar a las pacientes.

Por prevalecer en el área de influencia del CIMIGEN una población de nivel sociocultural bajo, resulta un tanto difícil interiorizar a la paciente de esto, pero no debe ser un obstáculo para el profesional que brinda atención prenatal en este hospital.

---

21. Williams, op. cit., p. 240.

### 2.1.5 Visitas posteriores

Las consultas prenatales después de la entrevista y el examen iniciales pueden ser breves. Debe verse a la paciente por lo menos una vez al mes hasta el séptimo mes, dos veces al mes en el séptimo y octavo mes, y una vez a la semana en el último mes. Debe aumentarse la frecuencia de las consultas si se reconocen complicaciones.

#### - Procedimientos de consulta

Debe registrarse el peso de la paciente, así como su presión arterial en la misma posición cada vez. Debe observarse el sitio y grado de edema si está presente.

Se examinará el abdomen para determinar el tamaño del útero y las anomalías en la forma y el tono del útero. Deben examinarse otras zonas o sistemas corporales según se requiera. Los exámenes vaginales constituyen el mejor medio para determinar el estado del cuello uterino, la presentación y el grado de encajamiento. (22)

De igual forma en el CIMIGEN las consultas subsiguientes están estructuradas. En relación con la consulta, también se toma la

---

22. Ralph C. Benson, op. cit., p. 619.

presión arterial, se anota el aumento de peso kg./mes. Se realiza una exploración física en la cual se determina: características de las glándulas mamarias, se mide el fondo uterino, se palpa el tipo de presentación fetal, se miden las contracciones uterinas si las hay y se auscultan los ruidos cardíacos fetales. En el examen vaginal se valoran los cambios del cuello uterino y el grado de descenso de la presentación. Se valora, por último, la presencia de edema o hinchazón en las manos y pies.

Asimismo se valora el riesgo en la evolución del embarazo, ya sea bajo, mediano o alto; y se enfocan las recomendaciones, indicaciones o tratamientos, por medio del Previgen III. (Ver Anexo No. 4).

## 2.1.6 Recomendaciones Maternas

### 2.1.6.1 Alimentación

La influencia de la alimentación defectuosa y la desnutrición se han demostrado ampliamente, y una de sus consecuencias más significativas sobre el producto, es el bajo peso al nacer (menos de 2.500 g.), que se muestra con más frecuencia en las comunidades donde prevalece la desnutrición.

La mujer embarazada experimenta un aumento de peso que en con-

diciones normales varía entre 9 y 11 Kgs. (23)

El aporte de nutrientes que se requiere para el embarazo se alcanza con una dieta balanceada y alimentos de origen animal que preferentemente contengan proteínas de calidad; sin embargo, estos alimentos resultan caros, por lo que la alimentación de la embarazada continúa siendo a base de proteínas casi sólo de origen vegetal, es decir, más baratas que las de origen animal.

En la dieta de la mujer gestante se incluye una cantidad abundante pero no excesiva de verduras y frutas, para asegurar el aporte de minerales y vitaminas, así como de fibra. La leche es excelente vector de calcio, al igual que el queso, en su defecto, la tortilla es un sustituto aceptable y un poco menos el maíz como tal. El hierro puede ser aportado no sólo por las carnes y vísceras o por el huevo, sino también por las leguminosas (frijol, alubias, garbanzo, lenteja, soja) y algunas verduras. (24)

Los alimentos que la paciente obstétrica requiere, resultan caros, pero pueden ser sustituidos por alimentos que tengan los mismos nutrientes y que sean menos caros.

- 
23. Rafael R. Galván, Alimentación Normal en Niños y Adolescentes, Ed. Manual Moderno, México, 1985, p. 538.  
24. Ibidem., p. 541.

### 2.1.6.2 Viajes

Una mujer embarazada, generalmente puede viajar por avión, tren omnibus o automóvil hasta el final del séptimo mes. Los viajes en coche pueden presentar algunos problemas, pero éstos no son graves necesariamente.

Algunas personas tienen la idea de que al viajar durante las primeras etapas del embarazo puede acarrear un aborto. No hay ninguna prueba que apoye esta creencia. (25)

Efectivamente, varias mujeres tienen esa creencia, que es influenciada por gente que no sabe, o por personas allegadas a la paciente que no dejan que la misma haga ninguna actividad e inclusive no permiten que salga de su hogar, lo cual definitivamente es malo.

Sin embargo, ya adelantado el embarazo, es prudente limitar los viajes, sobre todo porque el parto puede iniciarse en un momento inoportuno. (26)

Esto también es cierto y ocurre más a menudo en las multigestas, porque es más fácil que se desencadene el trabajo de par-

---

25. Carolina Amor de F., El Cuidado Prenatal. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, 1982, p. 27.

26. Ibidem.

to. Así, puede ocurrir que se les vea pariendo en el automóvil o en el metro.

### 2.1.6.3 Educación

Es importante tratar de que la paciente logre tener la mayor información veraz acerca de su condición de embarazada y de to dos los aspectos biológicos del embarazo. El médico debe tratar de aclarar, lo más posible, todos los datos que la paciente o sus familiares le planteen. Colateralmente, es útil recomendar a la paciente la lectura de obras especialmente diseñadas para dar información correcta, a personas que lo requieran en general. (27)

Esto no ocurre así, al menos en los hospitales del sector salud; el médico se concreta a explicar de manera objetiva, con varios tecnicismos, sobre los aspectos del embarazo, por lo que las pacientes en su mayoría no entienden el significado de esas palabras, mucho menos son conscientes de las mismas.

En el CIMIGEN se les explica de manera sencilla los aspectos del embarazo, considerando las características de la población a la que atiende (nivel socioeconómico y cultural bajos), y

---

27. Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia. No. 3 del Instituto Mexicano del Seguro Social, op. cit., pp. 95-96.



porque se está consciente de la importancia de las recomendaciones de la maternas.

#### 2.1.6.4 Psicoprofilaxis Obstétrica

La psicoprofilaxis implica una preparación física y mental de la paciente y la pareja, programada, apropiada y que tiene por objeto permitir que el nacimiento del producto se realice en las mejores condiciones de colaboración física y mental de la madre.

No siendo una condición obligada y necesaria, si resulta conveniente en la mayoría de los casos y es recomendable siempre que se encuentre al alcance de la paciente. (28)

La psicoprofilaxis obstétrica prepara a la mujer física y psicológicamente sobre los aspectos del embarazo y el trabajo de parto, para que en este último facilite y mantenga en condiciones convenientes la vitalidad fetal gracias a esa preparación física; y luego al obstetra le ayuda para evitar que la paciente tenga una conducta inapropiada (gritos, tensión, estrés, y otros), que definitivamente afecta a la madre y al producto.

La psicoprofilaxis obstétrica también se brinda en el CIMIGEN, a partir del cuarto mes de embarazo o antes del mismo.

---

28. Ibidem., p. 96.

#### 2.1.6.5 Vestido

Al confeccionar o comprar ropa de maternidad, hay que evitar las prendas que le sujeten o aprieten alrededor de la cintura. Las pantaletas deben ser lo bastante amplias para ajustarse sin esfuerzo a su cintura que va creciendo.

El portabustos debe usarse desde el inicio del embarazo, esto ayudará a los pechos a conservar su forma; también mejorará la postura y apariencia.

Ninguna prenda de vestir es tan importante en esta época, como los zapatos. El peso creciente del abdomen cambia la postura y apariencia, sometiendo a esfuerzo al cuerpo. Unos zapatos bajos o medianos ayudarán a conservar el equilibrio. (29)

#### 2.1.6.6 Higiene

El baño diario refresca y descansa; es una de las mejores maneras de cuidar la piel en cualquier época, pero especialmente durante el embarazo, en el que la sudoración puede ser un problema.

Al final del embarazo, quizá sea una buena precaución no bañarse

---

29. Carolina Amor de F., op. cit., p. 24.

se sino cuando el marido, o alguna otra persona adulta, pueda ayudarla en caso necesario. (30)

En el CIMIGEN, se les recomienda mucho el baño diario ya que varias pacientes no cuentan con agua intradomiciliaria; se les concientiza sobre su importancia y varias responden, aunque tengan nivel cultural deficiente.

#### 2.1.6.7 Cuidados Dentales

El embarazo no produce efectos sobre los dientes. No se prescribe un complemento de calcio alimentario en el embarazo para proteger los dientes de la madre, sino para proporcionar al feto el calcio suficiente para un crecimiento óseo óptimo. Los empastes o extracciones dentales necesarios pueden llevarse a cabo en el embarazo de preferencia bajo anestesia local. (31)

Varias pacientes que acuden al CIMIGEN padecen caries dental cuando se presentan a su primera consulta prenatal, por lo que se les recomienda visitar al dentista. También se les canaliza al servicio de Nutrición, para recomendar los alimentos de bajo costo que contienen calcio.

---

30. Ibidem., p. 26.

31. Ralph C. Benson, op. cit., p. 624.

#### 2.1.6.8 Transtornos Intestinales

El estreñimiento debido a función intestinal lenta en el embarazo se puede evitar aumentando la ingestión de líquidos y alimentos laxantes (fruta entera). Los laxantes leves (leche de magnesia) son útiles, pero deben evitarse los purgantes debido a la posibilidad de inducir el trabajo de parto. (32)

En cuanto al estreñimiento, en el CIMIGEN se les recomienda básicamente la ingestión de abundantes líquidos, esto favorece aumentar el tránsito intestinal y con ello disminuir el estreñimiento. Siempre se vigila su magnitud para descartar alguna enfermedad.

#### 2.1.6.9 Relaciones Sexuales

Siempre ha habido sospecha de que las relaciones sexuales pueden ser la causa de aborto temprano. Ciertamente, si después del coito se presentan cólicos o ligero sangrado, debe prohibirse. También hay datos de que el coito en etapa tardía del embarazo puede desencadenar el trabajo de parto, quizá debido al orgasmo (reflejo de las contracciones uterinas). En conjunto, puede ser mejor prohibirse las relaciones sexuales a pacientes que han tenido un parto prematuro previo o están experimen

---

32. Ibidem., p. 627.

tando sangrado uterino actual. (33)

#### 2.1.6.10 Ejercicio

La pesadez del cuerpo, ya avanzado el embarazo, hará buscar la quietud, hasta cierto grado, pero es probable que pueda seguir haciendo la mayor parte de las cosas que acostumbra, hasta que nazca el niño. El ejercicio que es provechoso para la embarazada favorecerá su digestión y su circulación, ayudará a desarrollar sus músculos y a sentirse mejor en todos los aspectos posibles. (34)

Se recomienda que el ejercicio sea moderado y agradable, caminar de 20 a 30 minutos a diario, por las tardes, basta para obtener ese ejercicio, es decir, no debe ser brusco.

#### 2.1.7 Embarazo de Alto Riesgo

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que la madre, el feto o el recién nacido están o estarán expuestos a mayores peligros que en un embarazo normal. (35)

Este concepto es muy claro, pero vale la pena señalar que el

---

33. Ibidem., p. 625.

34. Carolina Amor de F., op. cit., p. 23.

35. Ralph C. Benson, op. cit., p. 588.

alto riesgo está dado por múltiples causas, causas o factores genéticos, maternos, fetales y ambientales que, sin lugar a duda, influyen en el embarazo. Por lo que es indispensable valorar, mediante las consultas prenatales, todos esos factores de riesgo que tengan que ver con el embarazo.

Las pérdidas maternas, fetales o neonatales imprevistas son menos frecuentes si se ha proporcionado atención sostenida durante todo el embarazo. (36)

#### 2.1.7.1 Pacientes para Cuidados Hospitalarios

El riesgo es muy alto si surge una emergencia durante el parto en casa y la paciente tiene que ser llevada al hospital. Las siguientes pacientes deben tener prioridad para los cuidados hospitalarios:

- Primigestas, pues tienen un riesgo elevado de preeclampsia, parto prolongado y parto operatorio, una mortalidad perinatal relativamente alta.
  
- Gran multigesta. Después del cuarto embarazo, el riesgo materno supera el del primer embarazo. Son comunes las hemorragias pos parto y anteparto y las malpresentaciones.

---

36. Ibidem., p. 588.

- Pacientes con una historia de anomalía obstétrica que puede repetirse, como hipertensión, desproporción céfalo-pélvica, hemorragia posparto y cicatriz cesárea.
- Pacientes con anticuerpos Rh en la sangre.
- Pacientes con trastornos médicos asociados, tales como diabetes.
- Pacientes con anomalías obstétricas en el embarazo actual, como gemelos, hemorragia anteparto o una malpresentación.<sup>(37)</sup>

Es evidente, entonces, constatar que toda paciente embarazada tiene que ser valorada por el equipo obstétrico durante el curso de éste; vigilando que los factores de riesgo presentes, sean manejados de tal manera que lleven un curso de evolución adecuada en el hospital cuando se amerite.

## 2.2. PREVENCIÓN DE DEFECTOS AL NACIMIENTO

### 2.2.1 Concepto de defectos al nacimiento

Los defectos al nacimiento son: toda alteración orgánica o funcional presente al momento de nacer, notoria o latente, que im

---

37. Sir Stanley G. Clayton, Obstetricia. Ed. Salvat, Barcelona, 1981, pp. 22-23.

pida la correcta adaptación del individuo al medio extrauterino en los aspectos biológicos, psíquico y social, ocasionando la muerte o dejando incapacidad para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones. (38)

El concepto abarca varios aspectos que definitivamente están enlazados; considerando que uno depende de otros, es decir, que la incapacidad o ausencia de un órgano o tejido, afectan la adaptación del ser humano a la vida fuera del útero de la madre, influyendo de manera física, mental y en la vida social del individuo en su crecimiento y desarrollo. Incluso afecta de manera mortal o letal.

Hay cientos de defectos al nacimiento, algunos muy frecuentes y otros muy raros. Un defecto al nacimiento puede ser obvio desde el momento de nacer, como la presencia de un dedo extra, la ausencia de un brazo o pierna, labio hendido, etc., o puede estar oculto en algún órgano interno como el corazón, riñón, pulmón, hígado, cerebro, etc. Ciertos defectos, incluso algunos hereditarios, no se manifiestan al momento de nacer, sino que se hacen presentes en la infancia, adolescencia o en la edad madura. (39)

- 
38. Carlos Vargas G., "El feto y su ambiente: aspectos físicos" en: El feto y su ambiente. (Memorias). Ed. Cid-Gen. México 1986, p. 7.
39. Grupo de Estudios al Nacimiento, Definición acordada por el comité del Grupo de Estudios al Nacimiento. Ed. Ceutes Gen., México, 1981, p. 3.



Lo anterior muestra el interés y la importancia de lo que representan los defectos al nacimiento, su número abundante, su variedad, su diversidad en los órganos que afectan y su complejidad.

## 2.2.2 Clasificación

### 2.2.2.1 Malformaciones Congénitas

#### - Concepto

Una malformación congénita es un defecto permanente, anatómico, histológico, bioquímico o funcional que no puede ser reparado por el crecimiento y desarrollo del organismo. (40)

#### - Clasificación

Entre las malformaciones congénitas se encuentran: los defectos estructurales, defectos funcionales, defectos por errores innatos del metabolismo y los defectos por enfermedades de la sangre que a continuación se describen:

---

40. Juana Navarrete, "Factores que predisponen a las malformaciones congénitas", en: Los defectos al nacimiento como problemas de salud pública en México. (Memorias). Ed. Ceutes-Gen, México, 1981, p. 17.

- Defectos estructurales

Estos afectan la composición física de alguna región del cuerpo, ya sea en el tamaño o en la forma, como ejemplos podemos citar: los defectos del tubo neural, la hidrocefalia, el pie equino-varo, el labio y paladar hendidos, la polidactilia y el enanismo. (41)

- Defectos Funcionales

Son aquellos que impiden el adecuado funcionamiento de una o más partes del cuerpo, los cuales son debidos a deficiencias químicas. Se pueden citar como ejemplos: la ceguera a los colores, el glaucoma y los defectos mentales. (42)

- Defectos por errores innatos del metabolismo

Los defectos innatos del metabolismo son los padecimientos resultantes de bloqueos metabólicos, debido a deficiencias congénitas de enzimas específicas, los cuales tienen reacciones químicas que son necesarias para que el organismo humano funcione. Dentro de los errores innatos del metabolismo se encuentran:

---

41. Salvador Armendares, "Conclusiones", en Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México. (Memorias), Ed. Ceutes-Gen., México, 1979, p. 13.

42. Ibidem. p. 13

la fenilcetonuria, la galactosemia, la tirocinemia, el hipotiroidismo congénito y otros. (43)

- Defectos por enfermedades de la sangre

En éstos se encuentran alterados las funciones normales de este tejido. La disfunción puede ser debida a deficiencia de un componente de la sangre y la incapacidad de esta sustancia para llevar a cabo su función adecuadamente. Como ejemplo se encuentra la hemofilia. (44)

Como se aprecia, existe una gama amplia de malformaciones congénitas clasificadas para su estudio de acuerdo con el tejido, sustancia, y órgano afectado en su función y/o en su forma. De tal manera, que el equipo obstétrico debe tener siempre en mente estas situaciones, para que les permitan obtener conciencia de la problemática que representan.

- Frecuencia

La frecuencia de las malformaciones congénitas es de 2 a 3% del total de recién nacidos (RN). Un 10% de todos los productos de todas las gestaciones que dan lugar a un aborto de un embrión o nacido muerto, o un nacido vivo, son portadores de

un defecto morfológico congénito. (45)

- Causas de las malformaciones congénitas

En general los defectos congénitos pueden deberse a alteraciones cromosómicas; mutación de un gen o un par de genes; herencia multifactorial, agentes ambientales y causas desconocidas. (46)

El párrafo anterior muestra que las causas de las malformaciones congénitas se dan por alteraciones en los cuerpos nucleares que se presentan en la división celular (cromosomas), por cambios en la misma división (mutación), en un gen o un par de ellos (factor hereditario), herencia (adquisición de características) de varios factores, agentes ambientales como la contaminación; y a causas desconocidas. Esta última causa muestra la gravedad de estas enfermedades, ya que no se conoce el origen de las mismas, y, respecto de las que se conocen, resultan muchas veces difíciles de diagnosticar.

- Impacto de las malformaciones congénitas

Las estadísticas señalan que del 2 al 3% de las malformaciones

45. Oswaldo Matchine, "Frecuencia e impacto de las malformaciones congénitas", en Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México. Ed. Ceutes-Gen., México, 1979, p. 31.

46. Francisco Beltran, "Costo de la atención integral de las malformaciones congénitas", en: Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México. Ed. Clates Gen, México, 1989, p. 10.

congénitas o defectos estructurales requieren de tratamiento quirúrgico; y el 10% de los defectos estructurales, cursan con invalidez total o parcial. (47)

El tratamiento quirúrgico y la rehabilitación son de elevado costo y a veces sin resultados satisfactorios. Un individuo con alguna malformación congénita grave, automáticamente se convierte en una carga para la familia, las instituciones y para la sociedad; y, lo peor, para él o ella, con esa incapacidad ante el mundo. Esto tiene como consecuencia el consumo casi total de los ingresos con los que cuenta la familia, en algunas ocasiones provoca la separación de los cónyuges al tratar de buscar un culpable; en casos extremos, los niños malformados son abandonados, con lo cual se les niega la oportunidad de recibir el tratamiento y rehabilitación que les pudieran ayudar.

#### 2.2.2.2 Prematurez

##### - Concepto

Comprende a todo RN, antes de cumplir las 37 semanas de edad gestacional, independiente de su peso corporal al nacer. (48)

---

47. Ibidem.

48. Eduardo Jurado G., "Frecuencia e impacto de la prematurez e hipotrofia al nacimiento", en: Los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México. (Memorias). Ed. Ciates-Gen., México, 1979, p. 4.

- Clasificación

- Prematuro hipertrófico

RN con menos de 37 semanas de gestación al nacer y con un peso superior al correspondiente a la percentila 90 del peso corporal de referencia para su edad.

- Prematuro eutrófico.

RN con menos de 37 semanas de gestación al nacer, pero con un peso corporal adecuado para la edad gestacional entre las percentilas 10 y 90 del peso.

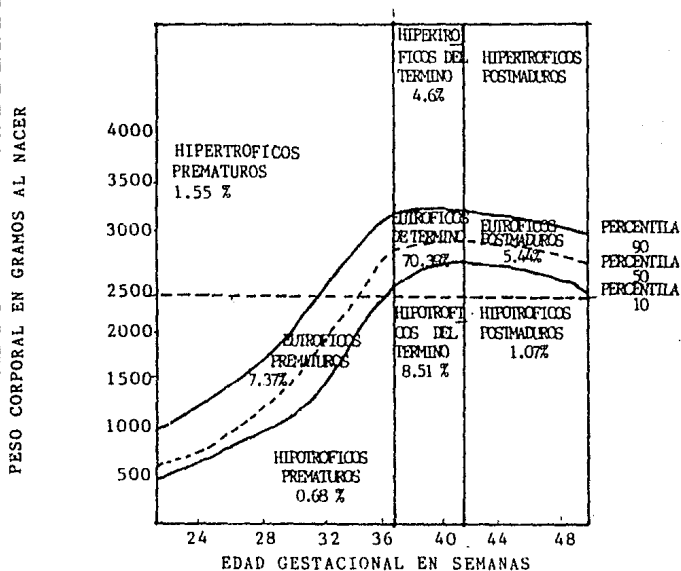
- Prematuro hipotrófico

RN con menos de 37 semanas de gestación al nacer y que tiene un peso inferior al que corresponde para la edad gestacional, por debajo de la percentila 10 de peso corporal al nacer. (49)  
(Ver Esquema No. 1)

- Frecuencia

Varía de acuerdo con el núcleo poblacional. El Dr. Jurado García, en una muestra de 18.063 nacimientos consecutivos obteni-

## ESQUEMA No. 1

CLASIFICACION Y FRECUENCIA DE LA POBLACION  
NEONATAL EN MEXICO.

FUENTE: EDUARDO JURADO G.

"FRECUENCIA E IMPACTO DE LA PREMATUREZ E HIPOTROFIA AL NACIMIENTO", EN LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO COMO PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO. (MEMORIAS). ED. CLATES-GEN., MEXICO, 1979, p. 48.

da en la década de los sesenta en la ciudad de México, presenta que la frecuencia de la prematuridad fue de 9.6% distribuida de la siguiente manera:

Prematuros hipotróficos.	0.63%
Prematuros eutróficos.	7.37%
Prematuros hipertróficos.	1.55%
T o t a l	9.60% (50)

#### - Causas de la Prematuridad

No se sabe con exactitud si existe una causa única desencadenante de la prematuridad, y por estudios realizados se han dado a conocer algunos factores desencadenantes. Aproximadamente el 50% de los casos está asociado a embarazo múltiple, hemorragia anteparto, anomalías fetales, del útero y cérvix, exceso del líquido amniótico; entre otros las acciones deliberadas, como intervenciones médicas en embarazos complicados por enfermedades maternas o por indicaciones fetales, ruptura prematura de membranas, sufrimiento fetal agudo y malformaciones congénitas.

Estudios epidemiológicos indican que la prematuridad está asociada a factores educacionales, ambientales y personales. Estudios recientes indican que la infección del tracto urinario se

---

50. Ibidem. p. 4.1.



asocia a parto prematuro. También sustancias como las hormonas son capaces de desencadenar un trabajo de parto, a cualquier edad gestacional. (51)

Al no conocerse con exactitud las causas que provocan la prematuridad, resulta difícil proporcionar un tratamiento. Sin embargo, existen factores predisponentes que, si se conocen en forma oportuna, pueden dar lugar, en ese sentido, a prevenir este tipo de defectos. Por otro lado, la población obstétrica del área de influencia del CIMIGEN, coincide con varios de los factores predisponentes mencionados.

#### - Impacto de la Prematuridad

La elevada morbilidad hace que esta clase de RN tenga un pronóstico desfavorable; en efecto, los prematuros junto con los RN de bajo peso para su edad gestacional, son los que con más frecuencia hacen secuelas neurológicas, dejando cada año una cifra de 250,000 a 300,000 individuos con daño permanente. (52)

La esperanza de vida para estos RN es muy baja, porque es frecuente que estos niños superen su estado agudo y sean dados de alta, pero por las características del medio ambiente donde viven (hacinamiento, insalubridad y otros), se encuentran dismi-

---

51. Ernesto Díaz del Castillo, Pediatría Perinatal. Ed. Intergamericana, México, 1979, p. 49.

52. Eduardo Jurado G., op. cit., p. 4.3.

nuidos en sus defensas e incluso mueren por presentar enfermedades oportunistas.

### 2.2.2.3 Bajo peso al nacer

#### - Concepto

El término bajo peso al nacer o hipotrofia, se le adjudica a todo aquel RN cuyo peso corporal al nacer es inferior al límite, más bajo del peso representativo de la percentila 10 de los pesos correspondientes a la edad gestacional del neonato, cualquiera que ésta sea. (53)

#### - Clasificación

La siguiente clasificación del bajo peso al nacer es en función de la edad gestacional del RN, tomando en cuenta que un niño de término se considera desde la semana 37 hasta la 42 de gestación. (54)

#### . Hipotrófico pretérmino

Son los RN con menos de 37 semanas de gestación y con peso corporal inferior al que corresponde para la edad gestacional,

---

53. Ibidem., p. 4.1.

54. Ibidem., p. 4.2.

marcado por debajo de la percentila 10 de peso corporal al nacer.

. Hipotrófico de término

Son los RN con edad gestacional de 37 a 42 semanas y con peso corporal inferior al que corresponde para la edad gestacional, marcado por debajo de la percentila 10 de peso corporal al nacer.

. Hipotrófico postérmino

Son los RN con edad gestacional, marcada por debajo de la percentila 10 del peso corporal al nacer. (55) (Ver esquema No. 2)

- Frecuencia

En México el bajo peso al nacer se presentan alrededor del 10 al 15% de los nacimientos totales, lo que representa un total de 2000,000 a 300,000 niños. De éstos, el 9% tiene algún otro defecto al nacer, mientras que en los niños con peso normal la frecuencia es de 6%. (56)

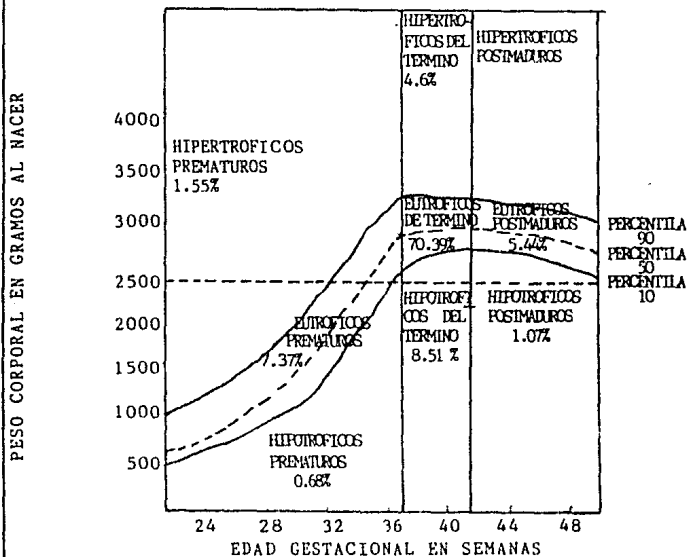
---

55. Ibidem., p. 4.1.

56. Salvador Armendares, op. cit., p. 13.

## ESQUEMA No. 2

CLASIFICACION Y FRECUENCIA DE LA POBLACION  
NEONATAL EN MEXICO.



FUENTE: EDUARDO JURADO G.  
 "FRECUENCIA E IMPACTO DE LA PREMATUREZ E HIPOTROFIA AL NACIMIENTO", EN LOS DEFECTOS AL NACIMIENTO COMO PROBLEMAS DE SALUD PUBLICA EN MEXICO. (MEMORIAS). ED. CLATES-GEN., MEXICO, 1979, p. 48.

En un estudio realizado en 18.053 nacidos consecutivos, por el Dr. Jurado García, el bajo peso fue de 10.26% en población socioeconómicamente media en la ciudad de México. (57)

El bajo peso al nacer es frecuente en países como México, que cuenta con grandes sectores de la población sujetos a carencias de todo tipo, lo que se traduce, entre otras cosas, a la desnutrición a consecuencia de la pobreza, situación que viven varios sectores del D.F., entre ellos la Delegación Iztapalapa.

- Causas del bajo peso al nacer

Penrose señala con base en estudios de varios autores, que un 40% de las variaciones de peso al nacer pueden atribuirse a factores ambientales que afectan al feto. Entre las características de las gestantes se incluyen: la edad, la talla, peso, nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación, nutrición, gestaciones, muertes perinatales, patologías de la gestación y otras. (58)

Por las características de la población del área de influencia del CIMIGEN, no se escapa a la posibilidad de que los produc-

57. Eduardo Jurado G., op. cit., p. 4.1.

58. Ernesto Díaz del C., "Factores que predisponen a la Prematuridad y al bajo peso al Nacimiento", en: Prevención de los defectos al nacimiento. (Memorias). Ed. Ceutes-Gen, México, 1981, p. 7.

tos de esas madres presenten el bajo peso al nacer; ya que influye ese 60% atribuido a los factores ambientales y que inevitablemente son desfavorables.

- Impacto del bajo peso al nacer

De la población neonatal los grupos más lábiles son los de bajo peso y prematuros, pues presentan mayor mortalidad, secuelas neurológicas, como parálisis cerebral infantil, cuadriplejías, retardo mental, trastornos en la comunicación humana, ceguera, sordera, mudez, trastornos convulsivos con grados variable de epilepsia. (59)

Todos estos inconvenientes que tiene el RN de bajo peso y prematuro, resultan ser muy alarmantes; y más lo son, porque a medida que las condiciones de vida se deterioran, aumenta la tendencia a que se presenten dichos problemas.

### 2.2.3 Frecuencia

Alrededor del 22% del total del RN en México, presentan algún defecto al momento de nacer. Cálculos realizados indican que cada año quedan dañados neurológicamente en México, entre 250,000 y 300,000 niños. De ellos 80,000 se pueden considerar

---

59. Salvador Armendaros, op. cit., p. 13.

inválidos y no menos de 100,000 con retardo mental ligero. (60)

Actualmente, al total del porcentaje de defectos al nacimiento se incluyen los productos por traumas obstétricos, los cuales se presentan en un 5% de la población de RN.

#### 2.2.4 Prevención de Defectos al Nacimiento

Si se entiende la prevención como los procedimientos multidisciplinarios para evitar la aparición de las enfermedades en general resulta definitivamente importante tener siempre en mente la prevención, antes del diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

De nada servirá tener un acopio de casos selectos en cuanto a enfermedades genéticamente determinadas y defectos al nacimiento, si esta experiencia no conllevara la necesidad de evaluar con más precisión los indicadores del riesgo para prevenir el proceso morboso, y evitar así el daño a la salud individual y su repercusión en costos de todo tipo en la sociedad. (61)

- 
60. Eduardo Jurado G., "Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento", en: Manejo integral de los defectos al nacimiento. Ed. CID-Gen, México, 1986, p. 7.
61. Mario Rodríguez Pinto, "La prestación de servicios asistenciales médicos y sociales Materno-infantiles como recursos para la prevención de los defectos al nacimiento", en El feto y su ambiente. Ed. Gen., México, 1983, p. 112.

Así que es muy claro evaluar esos indicadores o factores de riesgo que indudablemente afectan el proceso salud-enfermedad materno-infantil.

#### 2.2.4.1 Inventario de factores de riesgo

Por medio de una entrevista individual realizada a todas las mujeres en edad fértil, se deben detectar los factores de riesgo que a continuación se presentan:

- Edad menor de 20 años.
- Edad mayor de 32 años.
- Talla menor de 1.50 mts.
- Desnutrición.
- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Otras farmacodependencias.
- Antecedentes Gineco-Obstétricos como:
  - . Primer embarazo.
  - . Embarazos múltiples.
  - . Partos difíciles.
  - . Multiparidad.
  - . Intervalo intergenésico corto (menos de 2 años).
  - . Abortos espontáneos.
  - . Abortos de repetición.



- . Mortinatos.
  - . Hijos con bajo peso al nacer.
  - . Hijos con malformaciones congénitas.
  - . Hijos prematuros.
  - . Muerte neonatal temprana.
  - . Muerte neonatal tardía.
- Antecedentes personales patológicos como enfermedades que condicionen el uso continuo de fármacos:
- . Diabetes Mellitus.
  - . Hipertensión Arterial.
  - . Epilepsia.
  - . Cardiopatías.
  - . Hipertiroidismo.
  - . Hipotiroidismo.
  - . Nefropatías.
  - . Retraso mental.
- Antecedentes heredo-familiares de malformaciones congénitas, consanguinidad y retraso mental.
- Antecedentes laborales como:
- . Trabajos que condicionen la exposición crónica a rayos X.

- Antecedentes ambientales como:

- . Higiene de la vivienda y el barrio.
- . Area de padecimientos endémicos.
- . Grado de contaminación ambiental. (62)

Como se mencionó en secciones anteriores, aquí se observan todos los factores de riesgo para las mujeres en edad fértil, donde resalta su diversidad. Conocer cada uno de ellos, así como evaluarlos en forma oportuna, es hacer prevención de defectos al nacimiento.

2.2.4.2 Acciones específicas que pueden modificar o atenuar las consecuencias de algún factor de riesgo previo al nacimiento.

Para realizar acciones específicas que puedan cancelar, modificar o atenuar las consecuencias de un factor de riesgo, es necesario que se utilice la tabla que se presenta a continuación, en la que se comprenden todos los factores de riesgo, ya sean para bajo peso al nacer, prematuridad o para malformaciones congénitas:

---

62. Dirección General de Enseñanza en Salud, Guía de estudio para la prevención de los defectos al nacimiento, Ed. Gen. A.C.-UNAM, México, 1988, pp. 1-3.

Acciones Específicas Factor de Riesgo	Cancelar	Modificar	Atenuar
Edad menor de 20 años.	1,6		
Edad mayor de 32 años.	1,6		
Talla menor de 1.50 mts.			2
Desnutrición.	3,6		
Tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencias.	4	6	
Retraso mental.	1,4,6		4
Antecedentes personales patológicos.			2
Antecedentes heredo-familiares: malformaciones congénitas, consanguinidad y retraso mental.			4
Antecedentes laborales: trabajo excesivo, exposición continua a rayos X y/o agentes teratógenos: solventes insecticidas, pesticidas, etc.	5		
Antecedentes Ginecobstétricos: primer embarazo, embarazo múltiple, multiparidad, partos difíciles, intervalo intergenésico corto, abortos espontáneos, mortinatos, hijos de bajo peso al nacer, etc.			4

Para edad menor de 20 años se debe (1) proporcionar el método anticonceptivo elegido y (6) incluir a la mujer en el programa de planificación familiar para cancelar el riesgo. (63)

Las mismas medidas se toman para las mujeres con edad mayor de 32 años.

Para la talla menor de 1.50 mts., se debe (2) brindar control estricto de estas mujeres, para atenuar las consecuencias del factor de riesgo de bajo peso al nacer.

Para la desnutrición se debe (3) proporcionar alimentos suplementarios y vitamínicos, y (6) incluir a la mujer en el programa de nutrición para cancelar el riesgo.

Para tabaquismo, alcoholismo y otras farmacodependencias se debe (4) canalizar a estas mujeres al servicio de Psiquiatría, para cancelar el factor de riesgo, y (6) incluir a la mujer en el programa de alcohólicos anónimos, centro de integración juvenil, etc., para modificar el factor de riesgo.

Para retraso mental se debe (1) proporcionar el método anticonceptivo de elección; (4) canalizar al servicio de Ginecología para la realización de salpingoclasia; y (6) incluir en el programa de planificación familiar, para cancelar el factor de riesgo. Asimismo, (4) canalizar al servicio de Neuro-psiquiatría para atenuar las consecuencias del factor de riesgo. (64)

Estos factores de riesgo representan aspectos en donde se puede hacer mucho en cuanto a prevención, es decir, el evitarlos no sólo con las medidas mencionadas, sino desde antes que se presenten. Por ejemplo, la desnutrición es un problema de salud pública importante y se podría prevenir, si las autoridades correspondientes (Gobierno y personal a cargo de las instituciones de salud) estuvieran conscientes de las consecuencias de la desnutrición, como el bajo peso al nacimiento. Lo mismo sucede con el tabaquismo, alcoholismo y la farmacodependencia.

Respecto al retraso mental, podría ser en gran parte ocasionado como defecto al nacimiento, pero puede provocarse por traumas físicos; como quiera que sea su origen, influye en la mujer que lo padezca cuando esté en edad reproductiva.

Para antecedentes personales patológicos se debe (2) brindar control estricto en el centro de salud, para atenuar las consecuencias del factor de riesgo.

Para antecedentes heredofamiliares se debe (4) canalizar al servicio de Genética, para atenuar las consecuencias del factor de riesgo.

Para antecedentes Ginecobstétricos: primer embarazo, embarazo múltiple y multiparidad, prematuridad, y bajo peso al nacer, se debe (2) brindar control estricto en el centro de salud para

cancelar el factor de riesgo.

Para antecedentes Ginecobstétricos: abortos espontáneos, mortuo natos, muertes al nacimiento, malformaciones en otros hijos, etc., se debe (4) canalizar a los servicios de Gineco-Obstetricia y Genética, para atenuar las consecuencias del factor de riesgo. (65)

En estos apartados sobresale la medida específica: brindar control estricto en el centro de salud, así como la canalización al servicio de Gineco-Obstetricia y Genética, ya que los factores de riesgo involucrados requieren ser manejados, por su complejidad, en los centros de salud, por personal médico especializado, que ofrezca la atención debida.

2.2.4.3 Medidas específicas para cancelar y modificar un riesgo o atenuar sus consecuencias durante el embarazo.

Se debe proporcionar atención a la paciente para llevar un control estricto del embarazo, a fin de modificar el riesgo. Proporcionar suplementos alimentarios, desde el primer trimestre del embarazo, para cancelar el riesgo. Si la paciente embaraza da cursa con alguna enfermedad, es necesario que se controle

---

65. Ibidem., p. 18.

estrictamente para atenuar las consecuencias del riesgo. Se debe aconsejar y vigilar que la embarazada con riesgo de parto prematuro, guarde reposo absoluto durante el último trimestre.

Incluir a las pacientes con riesgo de obtener productos con defectos al nacimiento, en programas para modificar el riesgo:

- Para desnutrición: Programa de Nutrición
- Para alcoholismo y drogadicción: Programa de Alcohólicos Anónimos, centros de integración juvenil, programa nacional contra las adicciones, etc.

Si las pacientes presentan riesgos que no puedan ser manejados en el primer nivel de atención por su complejidad, es necesario canalizarlas al nivel correspondiente, a través del sistema de referencia-contrarreferencia, Previgena IV, para atenuar las consecuencias. (66) (Ver Anexo No. 5)

En esta etapa de prevención de defectos al nacimiento, destaca el control prenatal, que en el apartado anterior se manifiesta a través del control estricto del embarazo, proporcionar alimentos suplementarios, controlar enfermedades maternas, en fin, las instrucciones y recomendaciones, así como la valoración que

el equipo obstétrico realiza en cada una de las consultas prenatales, durante la evolución del embarazo.

Por otro lado, la prevención de defectos al nacimiento se sigue o extiende hasta el parto y etapa neonatal, es decir, después del nacimiento se pueden hacer evidentes los defectos al nacimiento, por lo que el pediatra debe detectarlos para brindar algún tratamiento que beneficie el estado de salud del producto. Aunque a veces es imposible tratarlo, dada la magnitud del defecto que se detecte.

Retomando el dato de los 550,000 niños nacidos con defectos al nacimiento, el 50% se pueden salvar con medidas como el control prenatal; resulta interesante abocarse más a él que a los aspectos preventivos de los defectos al nacimiento en la etapa del parto y neonato, tomando en cuenta que el personal profesional de Enfermería tiene más campo de acción en el control prenatal, y puede aportar estrategias que ayuden a resolver estos problemas de salud.

#### 2.2.5 Sistema de evaluación de riesgo perinatal.

Se trata de una propuesta del Dr. Carlos Vargas García, que tiene como objetivos generales: Proporcionar al personal de salud un sistema técnico que le permita fácilmente y con mínimos recursos, detectar en forma oportuna y eficiente a las embara-



zadas para que reciban la atención que necesitan según su riesgo en los niveles de atención apropiados. Y disminuir el número de defectos al nacimiento mediante la aplicación de la estrategia sistematizada de evaluación de riesgo. (67)

El sistema de evaluación de riesgo consta de:

1. Guía para evaluación de riesgo reproductivo (Previgen I).
2. Guía para evaluación de riesgo perinatal en el embarazo (Previgen II).
3. Guía para evaluación de riesgo durante la evolución del embarazo (Previgen III).
4. Cédula de referencia (Previgen IV).
5. Guía para evaluación de riesgo en el trabajo de parto (Previgen V).
6. Guía para evaluación de riesgo en la evolución del parto (Previgen VI).
7. Guía para evaluación de riesgo en el recién nacido (Previgen VII).
8. Cédula de contrarreferencia (Previgen VIII) (68)

---

67. Carlos Vargas G., "Propuesta para utilizar un sistema de evaluación de riesgo perinatal como elemento de gestión para el establecimiento de niveles progresivos para la atención materno-infantil" en: Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento, proyecto multiinstitucional. Ed. Gen. A.C., México, 1988, p. 1.

68. Ibidem., p. 2.

Estos instrumentos son los que se utilizan en el CIMIGEN, constan de tres hileras de casillas en forma vertical, la hilera de la derecha indica el riesgo bajo (color verde); la de enmedio indica el riesgo medio (color amarillo); y la hilera de la izquierda indica el riesgo alto (color rojo). La casilla va precedida del factor de riesgo. (Ver anexos).

Los previgenes I, II y III ya se vieron en secciones anteriores, pero es importante explicar ahora que el nivel de atención, de acuerdo con el riesgo detectado, se estructura de la siguiente manera: si se detecta bajo riesgo la atención materno-infantil será en el primer nivel; si se detecta mediano riesgo, será en el segundo nivel; y si se detecta alto riesgo, la atención será en el tercer nivel.

El primer nivel de atención está representado por los centros de salud, así como el CIMIGEN; el segundo nivel de atención está representado por los hospitales generales; y el tercer nivel de atención, por los hospitales de especialidad como el Instituto Nacional de Perinatología (INPER).

- Previgen IV. Cédula de referencia

Debe utilizarse siempre que se indique el envío de la paciente a un nivel superior de atención durante el embarazo, o para atención de parto. También debe utilizarse para envío de no em

barazadas y de niños con alto riesgo. (69)

Resulta claro el funcionamiento de este Previgen, además facilita la supervisión de las acciones o procedimientos al detectar y evaluar el riesgo, así como llevar el seguimiento de la paciente a que se refiere.

- Previgen V, VI y VII. (Ver Anexos Nos. 6, 7 y 8)

Se llenan en el trabajo de parto, parto y características del RN. En el CIMIGEN, son un procedimiento de rutina pero con la importancia que merecen, ya que no escapa la situación de transferir a un segundo o tercer nivel de atención, cuando ocurre o existe algún factor de riesgo alto.

- Previgen VIII. Cédula de Contrarreferencia

Es el documento que indica las características generales del parto, puerperio, planificación familiar posparto, RN, mortalidad materna o neonatal y las recomendaciones maternas y del hijo. Indica, además, los diagnósticos y las próximas consultas. (Ver Anexo No. 9).

---

69. Ibidem., p. 6.

### 2.2.3.5 Participación Comunitaria

Para que la comunidad participe en la solución de sus problemas, es necesario que los individuos y sus familias estén dispuestos a asumir la responsabilidad que les compete en el mantenimiento de su propia salud. (70)

Lo anterior es cierto; sin embargo, existe todavía cierta resistencia por parte de la comunidad para introyectar esa responsabilidad. Esto es más notorio en las parejas jóvenes, por lo que se favorece la irresponsabilidad paterna, ante situaciones como el embarazo.

#### - Responsabilidad del Médico

Además de curar a sus pacientes, el médico debe realizar medidas preventivas relacionadas con problemas maternos y del RN. Es un deber estimular la expansión de los servicios hospitalarios hacia la comunidad, y desarrollar mecanismos de coordinación con otros organismos comunitarios. (71)

- 
70. "Prevención del peso bajo para la edad gestacional", en Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento proyecto multinstitucional. Ed. Gen A.C., México, 1988, p. 6.
71. R. Nesbitt, La prevención desde el punto de vista del Obstetra. Ed. UNAM/ENEO, México, 1985, p. 1.

Con esto es evidente que la tendencia u objetivo es hacia la comunidad. El equipo obstétrico debe sumar sus esfuerzos, mediante bases científicas, sólidas, que le permitan tener conciencia, para luego transmitirla a la comunidad. Y al final, unificar criterios tanto de la comunidad como del equipo de salud, esto para disminuir no sólo los defectos al nacimiento, sino los demás problemas de salud pública.

De esta forma se está de acuerdo con la siguiente afirmación: "Pensamos que siendo la atención primaria a la salud (primer nivel de atención), el elemento con mayor capacidad para detectar los riesgos, prevenirlos en su medida y derivar a los pacientes oportunamente, constituye uno de los recursos más alentadores en cuanto a salud del feto. (72)

---

72. Mario Rodríguez Pinto, "La prestación de servicios asistenciales médicos y sociales materno-infantiles, como recursos para la prevención de los defectos al nacimiento", en El feto y su ambiente. Ed. CID-Gen., México, 1983, p. 113.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1. HIPOTESIS

##### 3.1.1. General

H<sub>1</sub>: El control prenatal después de la semana 28 de gestación influye en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.

##### 3.1.2. De trabajo

H<sub>2</sub>: A menor control prenatal después de la semana 28 de gestación, menor prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.

##### 3.1.3. Nula

H<sub>0</sub>: No existe influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.

#### 3.2. VARIABLES

### 3.2.1. Independiente

Control prenatal después de la semana 28 de gestación.

#### 3.2.1.1. Indicadores

- Asistencia sanitaria general.
- Asistencia inicial.
- Historia clínica obstétrica.
- Diagnóstico de embarazo.
- Edad gestacional.
- Exámenes de laboratorio.
- Instrucciones maternas.
- Visitas domiciliarias.
- Alimentación en el embarazo.
- Transporte.
- Educación en el embarazo.
- Psicoprofilaxis.
- Formas de vestir.
- Higiene.
- Cuidados dentales.
- Transtornos intestinales.
- Relaciones sexuales.
- Ejercicio.
- Embarazo de alto riesgo.
- Experiencia del embarazo y parto.

### 3.2.2. Dependiente

Prevención de defectos al nacimiento.

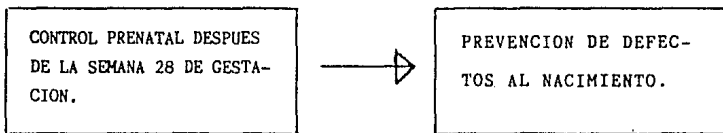
#### 3.2.2.1. Indicadores

- Paternidad responsable.
- Nivel socioeconómico.
- Escolaridad materna.
- Actividad laboral riesgosa.
- Edad de riesgo.
- Peso de riesgo.
- Talla de riesgo.
- Estado civil de la madre.
- Tabaquismo positivo.
- Alcoholismo positivo.
- Consumo de medicamentos.
- Antecedentes heredofamiliares de riesgo.
- Antecedentes ginecoobstétricos de riesgo.
- Antecedentes personales patológicos de riesgo.
- Patología intercurrente.
- Aumento de 3 o más kgs.
- Crecimiento uterino menor o mayor del espera  
do.
- Contracciones uterinas antes de 37 semanas  
de gestación.



- Participación de la comunidad.
- Responsabilidad del medio.

### 3.2.3. Modelo de la relación causal de las variables.



### 3.3. TIPO Y DISEÑO

#### 3.3.1. Tipo

Es una investigación descriptiva y causal, ya que describe un fenómeno biosociocultural, que influye de manera directa en la madre e indirecta en el producto.

Es causal pues relaciona las variables de tal manera que una depende de la otra, el control prenatal es un factor que determina la presencia de defectos al nacimiento.

#### 3.3.2. Diseño

El diseño de investigación que se utiliza, es el propuesto en la materia de Seminario de Tesis e Investigación, del plan de

estudios de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La recopilación de la información para el marco teórico, se utiliza investigación bibliográfica obtenida en diferentes instituciones.

Los recursos utilizados para la elaboración de esta tesis son los siguientes:

- Humanos: un pasante de la Lic. en eEnfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México.  
Tapia Martínez Hugo.
- Académico de la ENEO-UNAM, como directora de la Tesis:  
Maestra Carmen L. Balseiro Almario.
- Asesores de Investigación:  
Dr. Gregorio U. Valencia Pérez.  
Dr. Carlos Vargas García.
- Institucionales: la recolección de datos se llevó a cabo en el Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN), la investigación teórica se obtuvo en: CIMIGEN CID-GEN, UNAM, ENEO.
- Económicos: los recursos económicos destinados para la elaboración de la presente tesis fueron aportados por el pasante de Lic. en Enfermería y Obstetricia.

### 3.4. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION UTILIZADOS

#### 3.4.1. Ficha de trabajo

Por medio de este método se recabó información teórica que funcionó fundamentalmente para la elaboración del marco teórico referencial a través de consultas bibliográficas llevadas a cabo en diferentes instituciones.

#### 3.4.2. Sistema de registro

Por medio de este instrumento se obtuvieron datos que se utilizaron para complementar y hacer más fidedigna la información a través de la consulta de expedientes.

#### 3.4.3. Cuestionario

Para su elaboración se tomó en cuenta la hipótesis así como las variables y sus indicadores, de éstos, se estructuró una pregunta por indicador haciendo un total de 20 preguntas (20 indicadores) por variable. Se agregaron 4 preguntas que corresponden a algunos datos de identificación. Por último las preguntas están integradas por 4 o 5 opciones.

#### 3.3.4. Entrevista

Por medio de esta técnica se obtuvo información verídica al interrogar directamente a las pacientes con el instrumento de investigación como lo es el cuestionario por medio de visitas domiciliarias.

#### 4. INSTRUMENTACION ESTADISTICA

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

##### 4.1. UNIVERSO, POBLACION Y MUESTRA

En la siguiente investigación se considera como Universo de trabajo, a las pacientes obstétricas del área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil del GEN, que son 1800; la población serán pacientes embarazadas que se presentan por primera vez a su consulta prenatal, a partir de 1989 a marzo de 1990 y que son 310, la muestra la integran 100 pacientes que dieron a luz en el CIMIGEN.

##### 4.2. PROCESAMIENTO DE DATOS

Se tabularon y codificaron los datos de los cuestionarios aplicados para comprobar o disprobar la hipótesis mediante el método de paloteo concentrándose los datos en cuadros y gráficas.

Los cuadros se elaboraron tomando en cuenta cada una de las preguntas del cuestionario así como sus respectivas respuestas agrupándolas en frecuencias y porcentajes.

De igual forma se realizaron las gráficas, presentando los resultados de los cuadros con el objeto de poder comprobar los datos así como la hipótesis. El tipo de gráficas utilizadas son barras, lineales y de sectores.

## CUADRO No. 1

## RELIGION DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

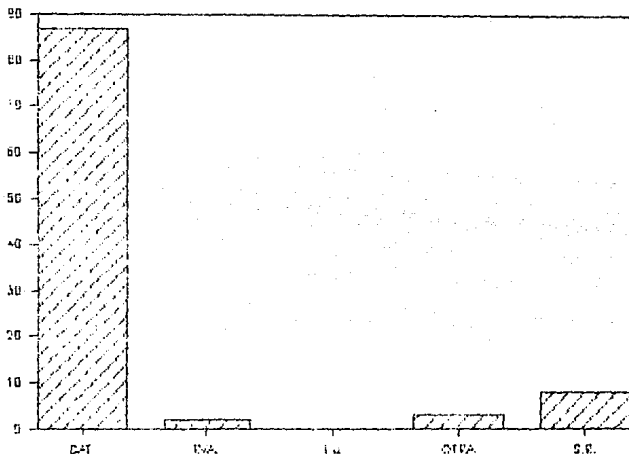
O P C I O N E S	F	%
CATOLICA	87	87%
EVANGELISTA	2	2%
TESTIGOS DE JEHOVA	0	0%
OTRA	3	3%
SIN RESPUESTA	8	8%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Cuestionarios aplicados para la investigación. El control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del centro de investigación materno infantil el grupo de estudios al nacimiento (CIMIGEN), realizada en los meses de febrero a junio de 1990.

## GRAFICA No. 1

## RELIGION DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que la religión que predomina es la católica con un 87% y la mínima la religion Testigos de Jehova con 0%.

FUENTE: Cuestionarios aplicados para la investigación El control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos del nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN)., realizada en los meses de Febrero a Junio de 1990.

## CUADRO No. 2

## COLONIAS DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

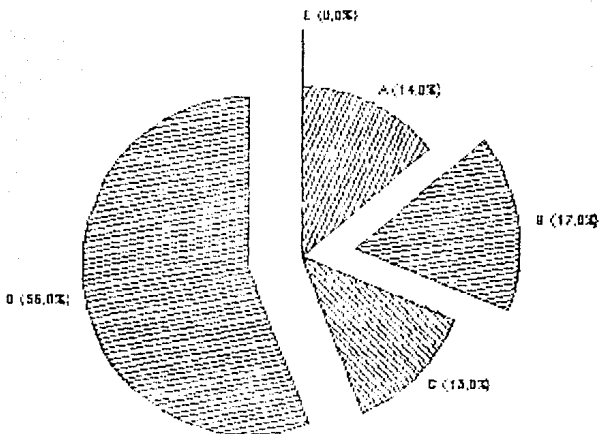
O P C I O N E S	F	%
JOSE LOPEZ PORTILLO	14	14%
LUIS ECHEVERRIA ALVAREZ	17	17%
SANTA MARIA TOMATLAN	13	13%
OTRAS COLONIAS DE IZTAPALAPA	56	56%
SIN RESPUESTA	56	56%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 2

## COLONIAS DE PROCEDENCIA DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor de las colonias de procedencia fué para otras colonias de la Delegación Iztapalapa, siendo ésta de 56%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 3

## TIPO DE VIVIENDA DONDE HABITAN LAS PACIENTES

1 9 9 0

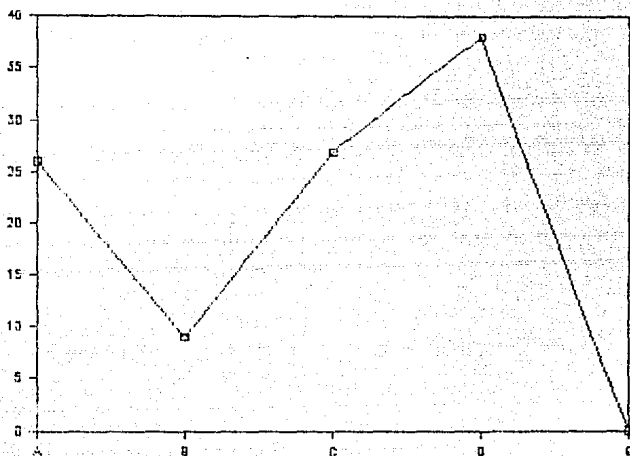
O P C I O N E S	F	%
PROPIA	26	26%
PRESTADA	9	9%
RENTADA	27	27%
FAMILIAR	38	38%
OTRA		
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 3

## TIPO DE VIVIENDA DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: Se aprecia que el tipo de vivienda donde más habitan las pacientes, correspondió a la familiar con un 38% y la menor fué para la vivienda prestada con 0%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 4

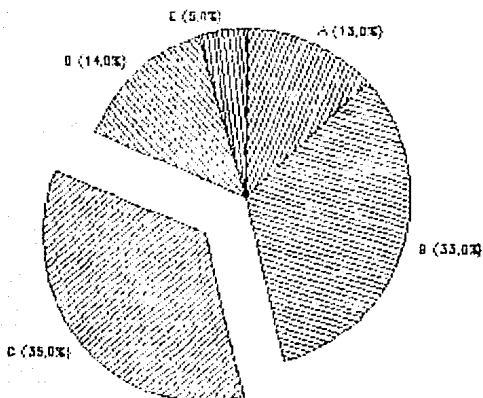
CALIDAD DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE LAS COLONIAS,  
 DONDE HABITAN LAS PACIENTES  
 1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
MUY BUENOS, PUES CONTAMOS CON SERVICIO DE LIMPIEZA, ALUMBRADO PUBLICO QUE NO FALLA, HAY DRENAJE, PAVIMENTACION Y CONTAMOS CON AGUA INTRADOMICILIARIA SIEMPRE.	13	13%
BUENA, PUES CONTAMOS CON LOS SERVICIOS PUBLICOS NECESARIOS AUNQUE A VECES FALLAN.	33	33%
REGULAR, PUES EL CAMION DE LA BASURA PASA SOLO UNA VEZ A LA SEMANA; NO HAY AGUA INTRADOMICILIARIA PERO TENEMOS PIPA; HAY DRENAJE PERO NO PAVIMENTACION; Y EL ALUMBRADO PUBLICO EN OCA-SIONES FALLA.	35	35%
MALA, PUES EL CAMION DE LA BASURA PASA RARA VEZ O NUNCA PASA; NO TENEMOS AGUA POR LO QUE TENEMOS QUE ACARREARLA; APENAS ESTAN INSTALANDO EL DRENAJE; NO HAY PAVIMENTACION; Y EL ALUMBRADO PUBLICO ES DEFICIENTE.	14	14%
SIN RESPUESTA.	5	5%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 4

CALIDAD DE LOS SERVICIOS PUBLICOS DE LAS COLONIAS DONDE  
HABITAN LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor de la calidad de los servicios públicos donde habitan las pacientes, correspondió a la de regular calidad mientras que el 5% no contestó.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 5

## ASISTENCIA MEDICA O SERVICIO DE SALUD DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

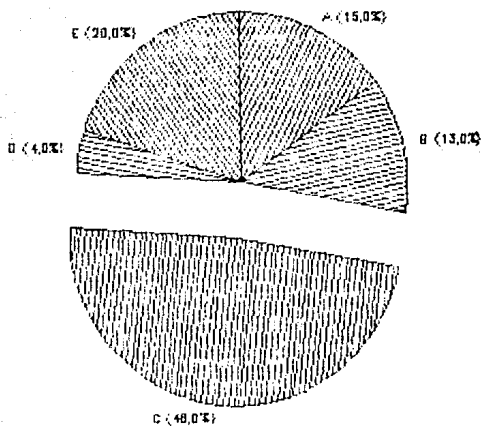
O P C I O N E S	F	%
CADA 6 MESES, PUES ES LO RECOMENDABLE PARA CONSERVAR LA SALUD.	15	15%
CADA AÑO, PUES ES EL TIEMPO MINIMO NECESARIO PARA EVALUAR EL ESTADO DE SALUD DE UNA PERSONA.	13	13%
CADA VEZ QUE ME ENFERMO, PORQUE LOS HOSPITALES ESTAN PARA CURAR LAS ENFERMEDADES SOLAMENTE.	48	48%
NUNCA, PORQUE CUANDO ME ENFERMO UTILIZO REMEDIOS CASEROS Y ADEMAS NO TENGO DINERO PARA PAGAR MEDICINAS NI MEDICOS.	4	4%
SIN RESPUESTA.	20	20%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 5

## ASISTENCIA MEDICA GENERAL O SERVICIO DE SALUD DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que de las 100 pacientes encuestadas el 48% acuden al médico cada vez que se enferman y el 4% nunca acuden al médico.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 6

## ASISTENCIA INICIAL AL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

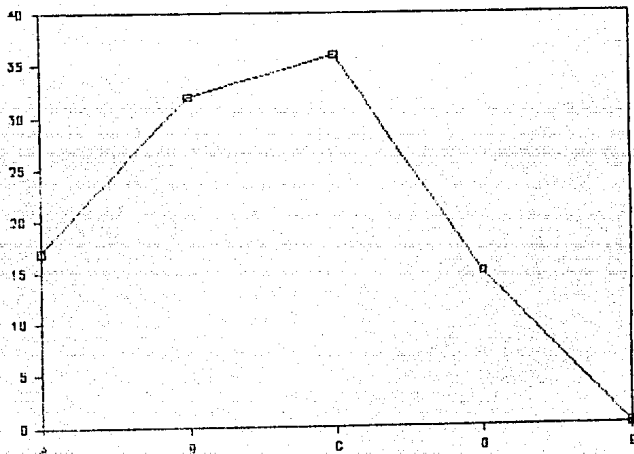
O P C I O N E S	F	%
DE HECHO, ACUDI ANTES DEL EMBARAZO PORQUE SE QUE SE DEBE PLANEAR JUNTO CON LA PAREJA. (DE 13 O MENOS SEMANAS DE EMBARAZO)	17	17%
ACUDI CUANDO TUVE AUSENCIA DE MI REGLA, NAUSEAS, VOMITOS, CANSANCIO, ANTOJOS, ESTREÑIMIENTO, ORINAR CON FRECUENCIA, CAMBIOS EN MIS PECHOS Y CRECIMIENTO DE MI ABDOMEN. (DE 14 A 27)	32	32%
ACUDI CUANDO TUVE LO ANTERIOR, MAS PERCEPCION DE MOVIMIENTOS DEL BEBE Y CONTRACCIONES ENDOLORAS QUE DESAPARECIAN AL CAMINAR. (DE 28 A 36 SEMANAS DE EMBARAZO)	36	36%
ACUDI CUANDO TUVE LO ANTERIOR, MAS CONTRACCIONES DOLOROSAS QUE AUMENTABAN AL CAMINAR. O INMEDIATAMENTE ME ALIVIE. (DE 37 O MAS SEMANAS)	15	15%
T O T A L	100	100%

FUENTE: La misma del cuadro no. 1.

GRAFICA No. 6

## ASISTENCIA INICIAL AL CONTROL PRENATAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** Se observa que el 36% acudió por primera vez al servicio de prenatal cuando tenían 28 a 36 semanas de embarazo, mientras que solo 17% se presentaron cuando cursaban 13 semanas o menos de embarazo.

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 7

CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA REALIZADA DURANTE  
LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL A LAS PACIENTES

1 9 9 0

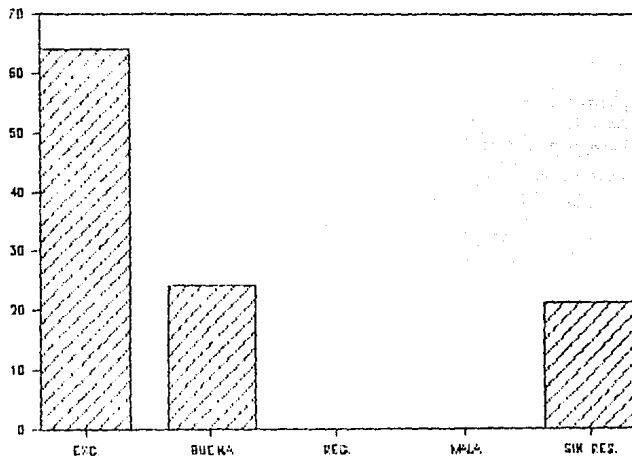
O P C I O N E S	F	%
EXCELENTE, PUES ME PREGUNTARON DATOS PERSONALES, DE MI VIVIENDA, DE MIS COSTUMBRES ALIMENTICIAS E HIGIENICAS. ENFERMEDADES DE MIS FAMILIARES, MIAS Y DATOS DEL EMBARAZO. Y ME REVISARON TOTALMENTE.	64	64%
BUENA, PUES ME PREGUNTARON TODO LO ANTERIOR PERO SOLO ME REVISARON VAGINA Y ABDOMEN.	24	24%
REGULAR, PORQUE ME PREGUNTARON TODO LO ANTERIOR PERO PARECIA QUE DUDABAN EN SUS DIAGNOSTICOS. TAMBIEN ME REVISARON.	0	0%
MALA, PORQUE DUDARON EN SUS DIAGNOSTICOS Y ME TRATARON DE MALA FORMA.	0	0%
SIN RESPUESTA	21	21%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 7

CALIDAD DE LA HISTORIA CLINICA REALIZADA DURANTE  
LA PRIMERA CONSULTA PRENATAL A LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que la calidad de la Historia Clínica que predominó más fué la calidad excelente con un 64%, mientras que el 21% no contestó.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

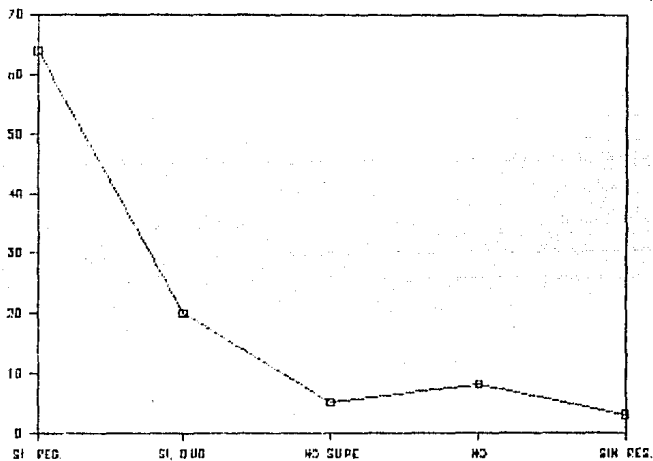
## CUADRO No. 8

CONOCIMIENTO DE LA FECHA ULTIMA DE MENSTRUACION  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
SI, PUES LLEVO SIEMPRE UN REGISTRO DE LOS DIAS EN QUE SE PRESENTA MI MENSTRUACION.	64	64%
SI, PERO TENIA DUDAS.	20	20%
NO SUPE, PUES MIS PERIODOS MENSTRUALES SON IRREGULARES Y NO SUPE CUANDO OCURRIO.	5	5%
NO, PUES DESCONOCI LA FECHA AUNQUE SOY REGULAR EN MIS REGLAS.	8	8%
SIN RESPUESTA.	3	3%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 8

CONOCIMIENTO DE LA FECHA ULTIMA DE MENSTRUACION  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

DESCRIPCION: Se aprecia que de las 100 madres encuestadas, 64% conocían la fecha exacta de su última menstruación ya que siempre llevan un registro.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 9

## CONOCIMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

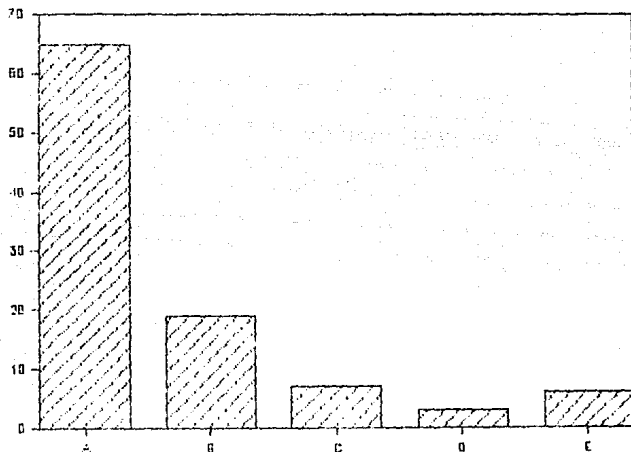
O P C I O N E S	F	%
POR MEDIO DE LA FECHA EXACTA DE LA ULTIMA REGLA Y POR LA MEDICION DEL ABDOMEN CON LA CINTA METRICA.	65	65%
POR MEDIO DE LA MEDICION DE MI ABDOMEN Y POR EL ULTRASONIDO, YA QUE DESCONOCI LA FECHA DE MI ULTIMA REGLA.	19	19%
POR MEDIO DE MI CUENTA PERSONAL, YA QUE NUNCA LES ENTENDI SU SISTEMA.	7	7%
NUNCA ME DI CUENTA, PUES NO ME EXPLICARON NI PREGUNTE COMO SE DABAN CUENTA DE LA EDAD O TIEMPO DEL EMBARAZO.	3	3%
SIN RESPUESTA.	6	6%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 9

## CONOCIMIENTO DE LA EDAD GESTACIONAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se aprecia que de las 100 madres cuestionadas, 65% conocían la edad gestacional mientras que el 3% nunca la supo.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 10

CONOCIMIENTO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO  
QUE SE REALIZARON A LAS PACIENTES

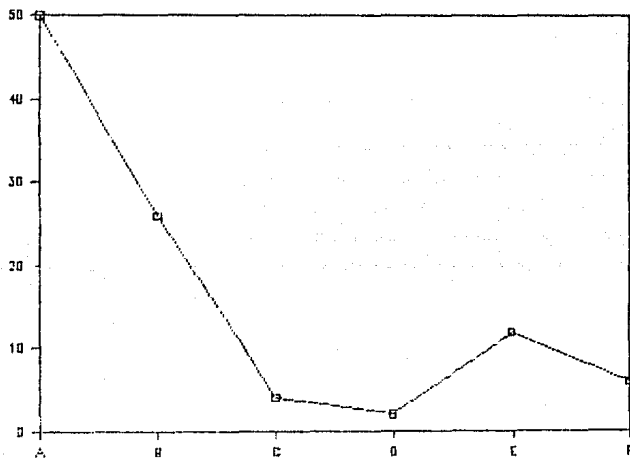
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
DE SANGRE (BIOMETRIA HEMATICA, HEMOGLOBINA, GRUPO SANGUINEO, FACTOR RH Y VDRL PARA SIFILIS), Y EXAMEN GENERAL DE ORINA.	50	50%
DE SANGRE (BIOMETRIA HEMATICA, HEMOGLOBINA Y GRUPO SANGUINEO) Y EXAMEN GENERAL DE ORINA.	26	26%
DE SANGRE, DE ORINA Y DE HECES FECALES (POPO).	4	4%
NO ME REALIZO NINGUN EXAMEN DE LABORATORIO, AUN CUANDO FALTABA TIEMPO PARA EL PARTO.	2	2%
NO SE ME REALIZARON EXAMENES DE LABORATORIO, YA QUE CUANDO ACUDI POR PRIMERA VEZ, ME ENCONTRABA EN TRABAJO DE PARTO.	12	12%
SIN RESPUESTA.	6	6%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 10

CONOCIMIENTO DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO  
QUE SE REALIZARON A LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: En la gráfica se observa que al 50% de las pacientes se les realizaron los exámenes de laboratorio ideales y al 2% no les realizaron sus exámenes de laboratorio aún cuando faltaba tiempo para el parto.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 11

## TIPO DE INSTRUCCIONES MATERNAS QUE RECIBIERON LAS PACIENTES

1 9 9 0

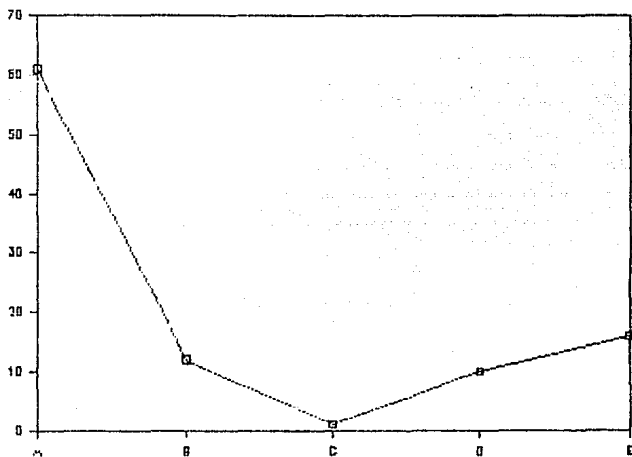
O P C I O N E S	F	%
ACUDIR AL CIMIGEN EN CASO DE: HEMORRAGIA VAGINAL, HINCHAZON DE CARA, MANOS Y PIES; DOLOR DE CABEZA INTENSO, VISION BORROSA; DOLOR ABDOMINAL; VOMITOS PERSISTENTES; FIEBRE; DIFICULTAD PARA ORINAR; PERDIDA DE LIQUIDOS POR LA VAGINA Y; CAMBIOS EN LOS MOVIMIENTOS FETALES.	61	61%
ACUDIR AL CIMIGEN EN CASO DE: SALIDA DE SANGRE Y/O LIQUIDO POR LA VAGINA, HINCHAZON DE CARA, MANOS Y PIES; DOLOR INTENSO DE CABEZA; DOLOR ABDOMINAL Y; CAMBIOS EN LOS MOVIMIENTOS FETALES.	12	12%
ACUDIR AL CIMIGEN EN CASO DE: PERDIDA DE SANGRE Y/O LIQUIDO POR LA VAGINA Y CAMBIOS EN LOS MOVIMIENTOS FETALES.	1	1%
NO RECIBI NINGUNA INSTRUCCION.	10	10%
SIN RESPUESTA.	16	16%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 11

## TIPO DE INSTRUCCIONES MATERNAS QUE RECIBIERON LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor del tipo de instrucciones maternas correspondió a la primera opción, siendo ésta de 61% y el menor fué para la tercera opción.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

CUADRO No. 12

CALIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE PRENATAL DURANTE  
LAS CONSULTAS SUBSECUENTES QUE RECIBIERON LAS PACIENTES

1 9 9 0

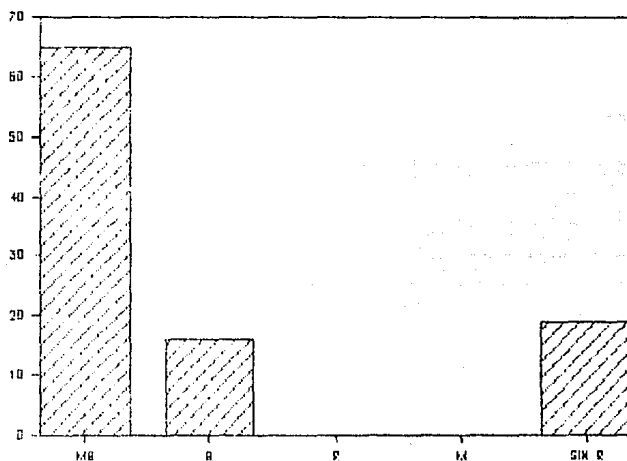
O P C I O N E S	F	%
MUY BUENA, PUES RECIBI TRATO AMABLE, ME DIERON CONFIANZA, ME TOMABAN LA PRESION ARTERIAL Y EL PESO. ME REBIZABAN LAS MAMAS, EL ABDOMEN Y LA VAGINA CUANDO ERA NECESARIO. Y RECIBIA INSTRUCCIONES. Y RECOMENDACIONES.	65	65%
BUENA, PUES RECIBI TRATO AMABLE ME MEDIAN LA PRESION Y EL PESO. ME REBIZABAN LA VAGINA CUANDO ERA NECESARIO. Y ME DABAN INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES.	16	16%
REGULAR, PUES RECIBI TRATO AMABLE, ME TOMABAN LA PRESION Y EL PESO, ME REBIZABAN EL ABDOMEN Y LA VAGINA, Y ME DABAN INSTRUCCIONES.	0	0%
MALA, PUES SOLO MEDIAN LA PRESION, ME PESABAN Y ME REVIZABAN SOLO EL ABDOMEN. SIN RECIBIR INSTRUCCIONES NI RECOMENDACIONES NI CONFIANZA.	0	0%
SIN RESPUESTA.	19	10%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 12

CALIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE PRENATAL DURANTE LAS  
CONSULTAS SUBSECUENTES QUE RECIBIERON LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: El porcentaje mayor de la calidad del servicio prenatal del CIMIGEN, fué de muy buena calidad con un 65%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 13

## ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

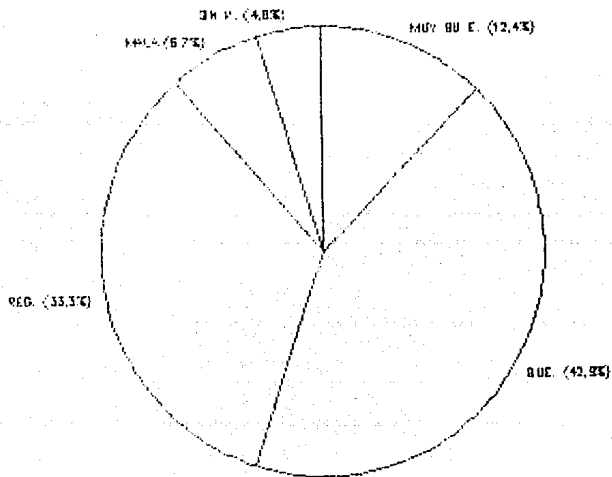
O P C I O N E S	F	%
MUY BUENA, PUES CONSUMI DIARIO UNA O DOS PIEZAS DE CARNE; UN LITRO DE LECHE; FRUTAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS EN CANTIDAD REGULAR.	13	13%
BUENA, PUES CONSUMI UNA PIEZA DE CARNE 3 O 4 VECES A LA SEMANA; UN VASO DE LECHE DIARIO; FRUTAS, VERDURAS Y LEGUMINOSAS TRES VECES A LA SEMANA.	45	45%
REGULAR, PUES CONSUMI CARNE UNA VEZ A LA SEMANA; UN VASO DE LECHE CADA TERCER DIA; VERDURAS Y LEGUMINOSAS UNA VEZ POR SEMANA.	35	35%
MALA, YA QUE NUNCA CONSUMI CARNE, SOLO SOPAS, LEGUMINOSAS Y ESPORADICAMENTE LECHE Y FRUTAS. TOMABA AGUA, REFRESCOS Y ALIMENTOS CHATARRA.	7	7%
SIN RESPUESTA.	5	5%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 13

## ALIMENTACION DE LAS PACIENTES DURANTE EL EMBARAZO

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor de la alimentación durante el embarazo fué de buena con un 45%, mientras que el 7% fué mala alimentación.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 14

SUGERENCIA EN CUANTO AL MODO DE TRANSPORTARSE  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

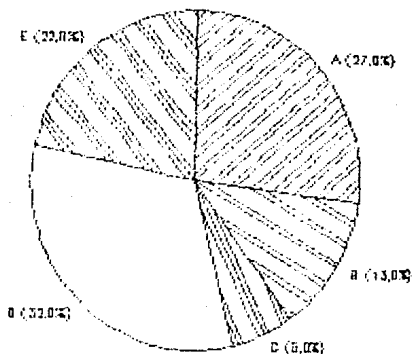
O P C I O N E S	F	%
QUE PODIA TRANSPORTARME O VIAJAR POR CUALQUIER MEDIO, AVION, TREN, PESERA, SIEMPRE Y CUANDO FUERA HASTA EL SEPTIMO MES Y LIMITARLO DESPUES DEL MISMO.	27	27%
QUE PODIA VIAJAR POR CUALQUIER MEDIO DE TRANSPORTE.	13	13%
QUE NO PODIA HACERLO, PORQUE PODIA DESENCADENAR UN ABORTO, AUN AL INICIO DEL EMBARAZO; O UN PARTO ANTES DE TIEMPO.	6	6%
NUNCA ME SUGIRIERON ALGO SOBRE LOS MEDIOS DE TRANSPORTARME.	32	32%
SIN RESPUESTA.	22	22%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 14

SUGERENCIA EN CUANTO AL MODO DE TRASPORTARSE  
DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que de las 100 pacientes encuestadas, al 32% nunca se les sugirió o recomendo algo sobre los medios de transportarse y el 6% nunca utilizó el transporte durante su embarazo.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 15

## RESOLUCION DE LAS DUDAS ACERCA DEL EMBARAZO A LAS PACIENTES

1 9 9 0

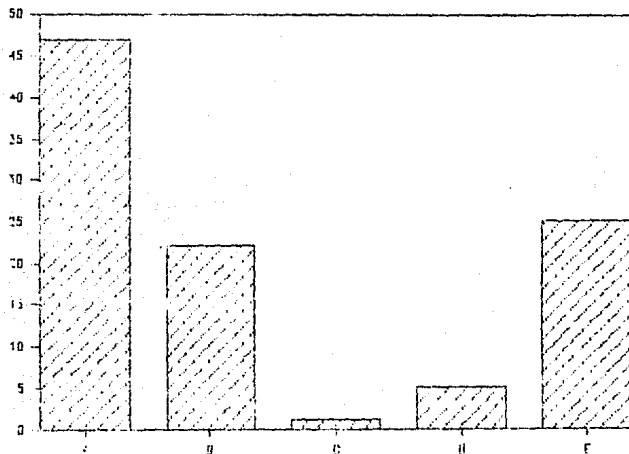
O P C I O N E S	F	%
SI, ME EXPLICARON Y ENTENDI EN FORMA CLARA Y CONCISA LOS ASPECTOS DEL EMBARAZO, YA QUE UTILIZAN UN LENGUAJE COMUN.	47	47%
SI, ME EXPLICARON Y MAS O MENOS ENTENDI LOS ASPECTOS DEL EMBARAZO.	22	22%
SI, ME EXPLICARON PERO NO ENTENDI PORQUE UTILIZAN PALABRAS QUE NO CONOZCO POR LO TANTO NO ME RESOLVIERON MIS DUDAS.	1	1%
NO, NUNCA ME EXPLICARON LO QUE ERA EL EMBARAZO.	5	5%
SIN RESPUESTA.	25	25%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 15

## RESOLUCION DE LAS DUDAS ACERCA DEL EMBARAZO A LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Muestra la gráfica que al 47% de las 100 madres encuestadas les resolvieron sus dudas y entendieron los aspectos del embarazo, y al 1% le explicaron pero no entendió ya que utilizaban palabras raras.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 16

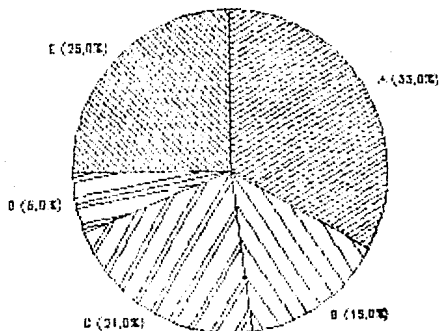
ASISTENCIA AL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
SI ASISTI, PORQUE SE ME INFORMO QUE ERA UNA PREPARACION FISICA-MENTAL, MIA Y DE MI PAREJA PARA QUE EL NACIMIENTO SE REALIZARA EN LAS MEJORES CONDICIONES.	33	33%
SI ASISTI, PERO ACUDI CUANDO TENIA SIETE MESES O MAS DE EMBARAZO Y NO RECIBI LA INFORMACION BASICA NI LA PREPARACION FISICA QUE SE REQUIERE.	15	15%
NO ASISTI, PORQUE NO LA CONSIDERE IMPORTANTE Y ADEMAS NO CONTABA CON EL TIEMPO DISPONIBLE PARA ELLO.	21	21%
NO ASISTI, PORQUE NUNCA SE ME INFORMO DE SU EXISTENCIA E IMPORTANCIA.	6	6%
SIN RESPUESTA.	25	25%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 16

ASISTENCIA AL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que de las pacientes encuestadas, el 33% si asistió al servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica porque se les informó que era una preparación para mejorar y ayudar el nacimiento. El 6% no acudió porque no se les informó de su existencia e importancia.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 17

## RECOMENDACION DEL MODO DE VESTIR DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

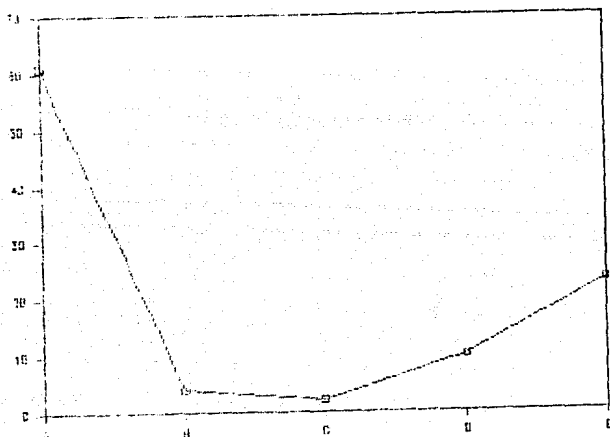
O P C I O N E S	F	%
QUE USARA ROPA QUE NO APRETARA Y ZAPATO DE TACON BAJO.	61	61%
QUE USRA ROPA QUE NO APRETARA SOLAMENTE.	4	4%
SOLAMENTE QUE USARA ZAPATOS DE TACON BAJO.	2	2%
NUNCA ME RECOMENDARON ALGO SOBRE LA FORMA DE VESTIRME DURANTE EL EMBARAZO.	10	10%
SIN RESPUESTA.	23	23%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 17

## RECOMENDACION DEL MODO DE VESTIR DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: La gráfica muestra que el mayor porcentaje del modo de vestir durante el embarazo lo ocupó la recomendación de usar ropa que no apretara y zapatos de tacón bajo; mientras que al 2% les recomendaron solo usar zapatos de tacón bajo.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 18

## RECOMENDACIONES EN CUANTO A LA HIGIENE EN EL EMBARAZO

## A LAS PACIENTES

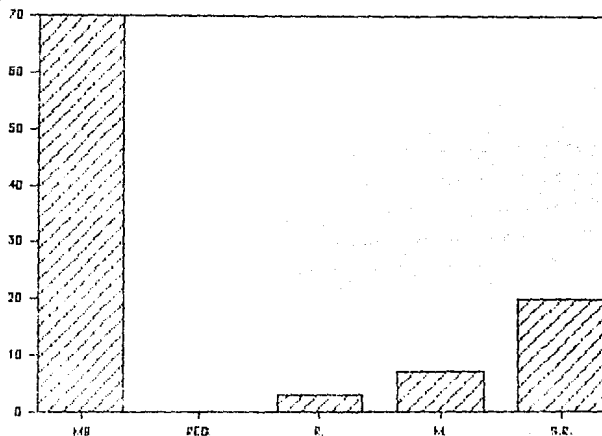
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
QUE ME BAÑARA DIARIO CON CAMBIO TOTAL DE MI ROPA.	70	70%
QUE ME BAÑARA DIARIO AUNQUE NO ME CAMBIARA LA ROPA.	0	0%
QUE ME BAÑARA CADA TERCER DIA CON CAMBIO DE ROPA AUNQUE NO FUERA TODA.	3	3%
NUNCA ME RECOMENDARON ALGO SOBRE LA HIGIENE.	7	7%
SIN RESPUESTA.	20	20%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 18

RECOMENDACION EN CUANTO A LA HIGIENE EN EL EMBARAZO  
A LAS PACIENTES  
1 9 9 0



**DESCRIPCION:** En la gráfica se observa que de las 100 pacientes encuestadas al 70% les recomendaron el baño diario con cambio de ropa total (MB); mientras que a nadie (reg.) se le recomendó baño diario aunque no se cambiaran de ropa.

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 19

## RECOMENDACION DURANTE EL EMBARAZO DE LOS CUIDADOS DENTALES

## A LAS PACIENTES

1990

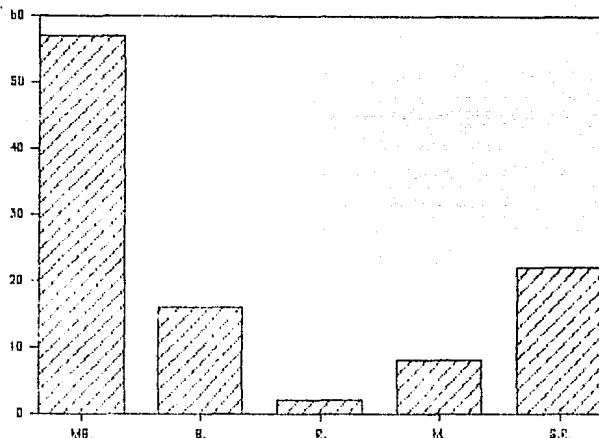
O P C I O N E S	F	%
QUE PODIA EVITAR EL MALTRATO DE MIS DIENTES CON UNA DIETA BALANCEADA RICA EN CALCIO. Y VISITAR AL DENTISTA EN CASO DE CARIES DENTAL.	57	57%
VISITAR AL DENTISTA EN CASO DE CARIES DENTAL SOLAMENTE.	16	16%
INGERIR UNA DIETA RICA EN CALCIO SOLAMENTE.	2	2%
NUNCA ME RECOMENDARON ALGO SOBRE EL CUIDADO DE MIS DIENTES.	8	8%
SIN RESPUESTA.	22	22%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 19

RECOMENDACION DURANTE EL EMBARAZO DE LOS CUIDADOS DENTALES  
A LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: La gráfica muestra que la recomendación sobre los cuidados dentales, con más porcentaje fué para la recomendación: evitar el maltrato de mis dientes con una dieta balanceada rica en calcio y visitar al dentista en caso de cáries. Y 2% fué para la recomendación de ingerir una dieta rica en calcio solamente.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 20

RECOMENDACION EN CUANTO AL ESTREÑIMIENTO DURANTE  
EL EMBARAZO A LAS PACIENTES

1 9 9 0

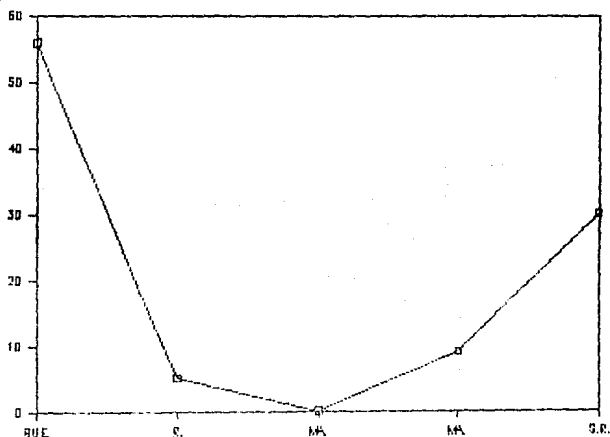
O P C I O N E S	F	%
ME INFORMARON QUE EL ESTREÑIMIENTO ERA COMUN EN EL EMBARAZO, POR LO QUE HABIA QUE AUMENTAR LA INGESTION DE LIQUIDOS.	56	56%
ME INFORMARON QUE EL ESTREÑIMIENTO ERA COMUN EN EL EMBARAZO PERO NO ME INDICARON QUE AUMENTARA LA INGESTION DE LIQUIDOS.	5	5%
ME INDICARON LA INGESTION DE ACEITE MINERAL.	0	0%
NUNCA ME RECOMENDARON ALGO SOBRE EL ESTREÑIMIENTO AUN CUANDO LO PADECI.	9	9%
SIN RESPUESTA.	30	30%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 20

RECOMENDACION EN CUANTO AL ESTREÑIMIENTO DURANTE EL EMBARAZO  
A LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: La gráfica muestra que el mayor porcentaje de la recomendación del estreñimiento durante el embarazo a las pacientes fué para la primera opción (BUE), mientras que la de menor porcentaje fué para la opción tercera (MA).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 21

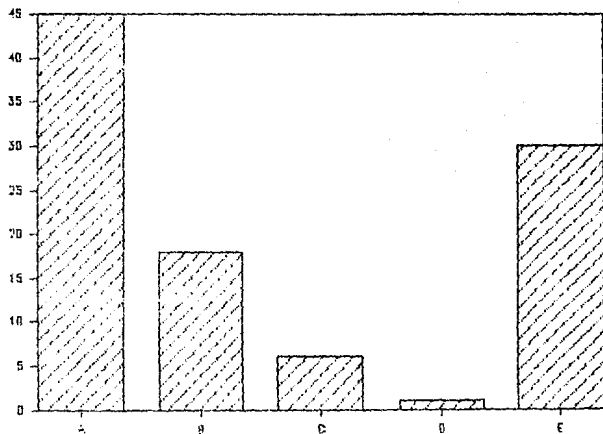
TIEMPO DEL EMBARAZO EN QUE TUVIERON RELACIONES  
SEXUALES LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
HASTA EL SEPTIMO MES Y LAS DISHINUI DESPUES DEL MISMO PORQUE SE PUEDEN PRESENTAR HEMORRAGIAS O COLICOS O UN PARTO ANTES DE TIEMPO.	45	45%
DURANTE TODO EL EMBARAZO, PUES NO SE ME INFORMO EN QUE MOMENTO DEBIA SUSPENDERLAS.	18	18%
NUNCA LAS TUVE PORQUE ME DIJERON EN MI HOGAR QUE PODIA ABORTAR.	6	6%
DURANTE TODO EL EMBARAZO, AUN CUANDO TUVE COLICOS Y SANGRADO.	1	1%
SIN RESPUESTA.	30	30%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 21

TIEMPO DEL EMBARAZO EN QUE TUVIERON RELACIONES SEXUALES  
LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: La gráfica muestra que la opción con mayor porcentaje del tiempo del embarazo en que tuvieron relaciones sexuales las pacientes, fué para la primera opción (A); y la que tuvo menor porcentaje correspondió a la cuarta opción (D).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 22

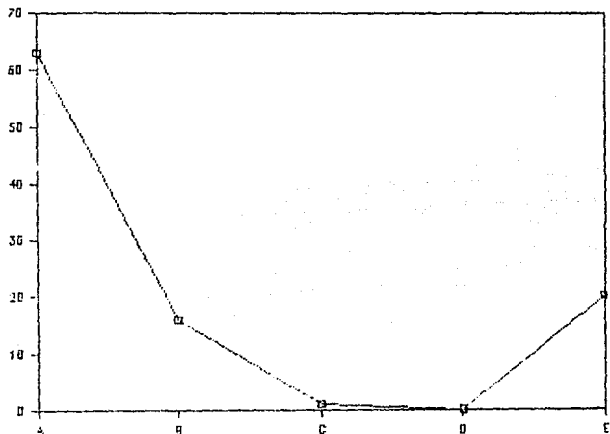
CALIDAD DE EJERCICIOS REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
BUENA, CAMINAR DIARIO DE 20 A 30 MINUTOS MAS EL EJERCICIO QUE IMPLICA EL TRABAJO DOMESTICO CON INTERVALOS DE DESCANSO.	63	63%
REGULAR, CAMINAR DE 1 A 2 HORAS, MAS EL TRABAJO EN EL HOGAR.	16	16%
MALA, CAMINAR DE 2 A 4 HORAS, MAS MONTAR A CABALLO, NADAR O BAILLAR.	1	1%
MUY MALA, CAMINAR MAS DE CUATRO HORAS AL DIA, MAS EL TRABAJO EN EL HOGAR Y EL TRABAJO EN MI EMPLEO.	0	0%
SIN RESPUESTA	20	20%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 22

CALIDAD DE EJERCICIOS REALIZADOS DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor sobre la calidad de los ejercicios realizados durante el embarazo de las pacientes, fué de buena calidad con un 63% mientras que la de menor porcentaje, correspondió a la de muy mala calidad con 0%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 23

## RIESGO DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

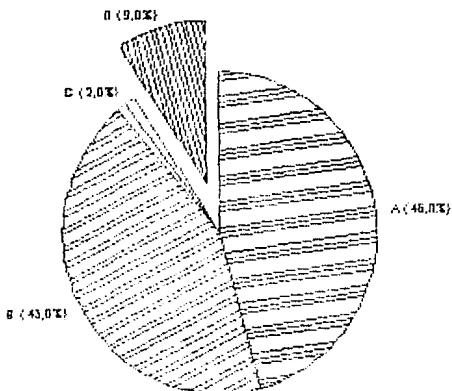
O P C I O N E S	F	%
BAJO, PUES ASISTI A TODAS MIS CONSULTAS DESDE EL INICIO DE MI EMBARAZO Y SIEMPRE ME INFORMARON QUE MI EMBARAZO MARCHABA EN FORMA NORMAL.	46	46%
MEDIO, PUES ME INFORMABAN QUE TODO MARCHABA BIEN PERO TUVE ALTERACIONES EN LA PRESION ARTERIAL, O EN EL PESO, O TUVE HEMORRAGIA VAGINAL, O DOLOR ABDOMINAL; PERO EN FORMA MODERADA ADEMAS DE RECIBIR TRATAMIENTO Y CONTROLARON MI PADECIMIENTO.	43	43%
ALTO, PUES NO SE ME INFORMO SOBRE EL RIESGO DE MI EMBARAZO DURANTE MIS CONSULTAS PRENATALES, AUN CUANDO LES PREGUNTABA SOBRE EL MISMO.	2	2%
SIN RESPUESTA.	9	9%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRÁFICA No. 23

## RIESGO DURANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se aprecia que el porcentaje mayor del riesgo durante la evolución de las pacientes, correspondió al riesgo bajo con 46% mientras que el menor porcentaje fué para el riesgo alto con 2%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 24

## EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES DE SU EMBARAZO Y PARTO

1 9 9 0

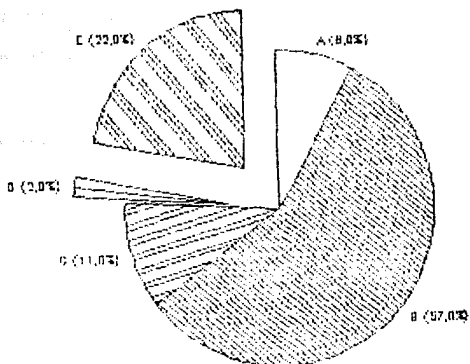
O P C I O N E S	F	%
FUE UN EVENTO GRATO, PUES ME INFORMARON Y PREPARARON EN FORMA IDEAL.	8	8%
FUE UNA EXPERIENCIA SATISFACTORIA, YA QUE AUNQUE TUVE PREOCUPACION, LOGRE ACUDIR EN FORMA TEMPRANA Y OPORTUNA A MIS CONSULTAS Y ESO ME DIO CONFIANZA PARA COLABORAR EN TODO.	57	57%
FUE UN EVENTO DOLOROSO Y ACOMPAÑADO DE SUFRIMIENTO, YA QUE NO ACUDI A TODAS MIS CONSULTAS.	11	11%
FUE UN EVENTO PELIGROSO Y DESAGRADABLE, CON SUFRIMIENTO Y PREOCUPACION, POR EL TRATO QUE RECIBI Y PORQUE NO SABIA LA SUERTE QUE CORRERIA MI BEBE.	2	2%
SIN RESPUESTA.	22	22%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 24

## EXPERIENCIA DE LAS PACIENTES DE SU EMBARAZO Y PARTO

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** La gráfica muestra que el mayor porcentaje sobre la experiencia de las pacientes de su embarazo y parto, correspondió a la de experiencia satisfactoria con 57%; mientras que el menor porcentaje fué para la experiencia dolorosa con 2%.

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 25

RESPONSABILIDAD O ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DEL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

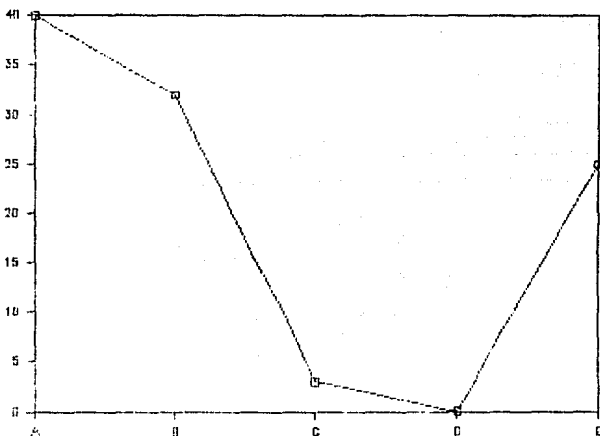
O P C I O N E S	F	%
ADECUADA, LO DESEE JUNTO CON MI PAREJA.	40	40%
INADECUADA, NO ESPERABA EL EMBARAZO PERO ME RESIGNE ANTE LA CONFIRMACION DEL MISMO.	32	32%
ALTERADA, NO LO PLANEE PERO EN EI. TRANSCURSO DEL MISMO, ME RESIGNE Y LO ACEPTE.	3	3%
MUY ALTERADA, NO LO PLANEE NI DESEE, LO RECHACE.	0	0%
SIN RESPUESTA.	25	25%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 25

RESPONSABILIDAD O ACTITUD ANTE LA PRESENCIA DEL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: Se observa que el mayor porcentaje de la responsabilidad o actitud ante la presencia del embarazo de las pacientes, fué para la actitud adecuada con 40%; y el porcentaje menor correspondió para la actitud muy alterada con 0%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 26

## NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

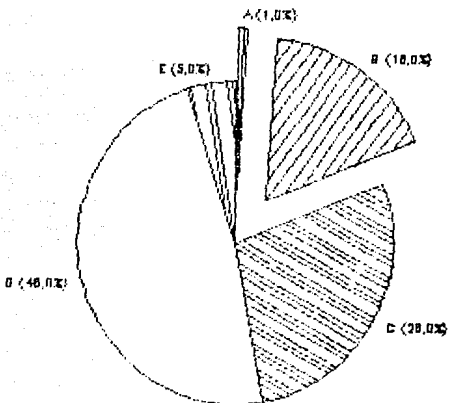
O P C I O N E S	F	%
ALTO, MIS INGRESOS SON DE 7 SALARIOS MINIMOS O MAS, AL MES.	1	1%
MEDIO, MIS INGRESOS VAN DE 4 A 6 SALARIOS M <u>I</u> NIMOS AL MES.	18	18%
MEDIO BAJO, MIS INGRESOS VAN DE 2 A 3 SALA- RIOS MINIMOS AL MES.	28	28%
BAJO, MIS INGRESOS VAN DE UN SALARIO O MENOS MINIMO, AL MES.	48	48%
SIN RESPUESTA.	5	5%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 26

## NIVEL SOCIOECONOMICO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: La gráfica muestra que el porcentaje mayor del nivel socioeconómico de las pacientes, correspondió al de bajo con 48% y el porcentaje menor lo ocupó el nivel alto con 1%.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 27

## ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

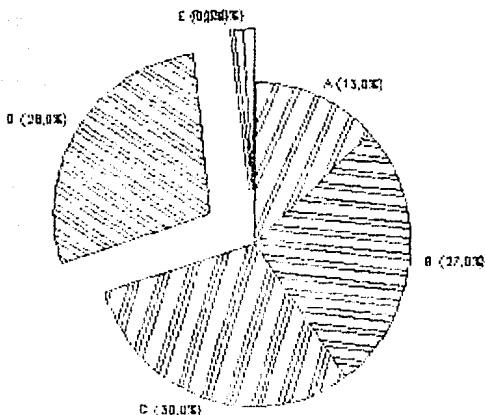
O P C I O N E S	F	%
SUPERIOR, MAS DE 12 AÑOS DE ESTUDIO.	13	13%
MEDIO SUPERIOR, DE 9 A 12 AÑOS DE ESTUDIO.	27	27%
MEDIO BASICO, DE 6 A 9 AÑOS DE ESTUDIO.	30	30%
BASICO, DE 1 A 6 AÑOS DE ESTUDIO.	28	28%
ANALFABETA, CERO AÑOS DE ESCOLARIDAD.	0	0%
SIN RESPUESTA.	2	2%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 27

## ESCOLARIDAD DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** Se observa que el mayor porcentaje sobre la escolaridad de las pacientes, fué para el nivel de escolaridad medio básico con 30%; mientras que el 2% no contestó la pregunta.

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 28

## ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

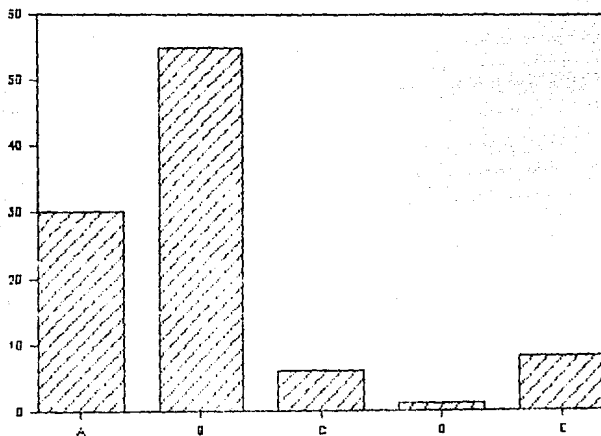
O P C I O N E S	F	%
ACTIVIDADES MINIMAS QUE NO IMPLICAN ESFUERZOS FISICOS.	30	30%
ACTIVIDADES INTELECTUALES Y MANUALES QUE IMPLICAN ESFUERZOS FISICOS REGULARES.	55	55%
ACTIVIDADES INTENSAS EN FABRICAS, INDUSTRIAS, COMERCIOS Y HOGAR.	6	6%
ACTIVIDADES MUY INTENSAS, QUE IMPLICAN GRAN ESFUERZO FISICO EN LAS FABRICAS INDUSTRIAS Y HOGAR.	1	1%
SIN RESPUESTA.	8	8%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 28

## ACTIVIDAD LABORAL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que la actividad laboral de las pacientes con mayor porcentaje, fué para las actividades intelectuales y manuales (B); mientras que las actividades muy intensas ocuparon el menor porcentaje con 1% (D).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 29

## EDAD DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

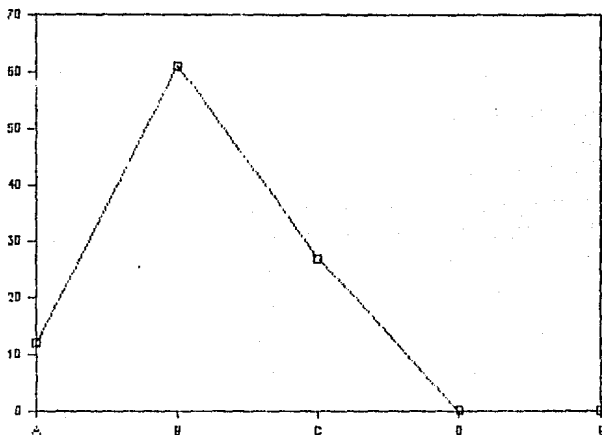
O P C I O N E S	F	%
DE 31 O MAS AÑOS DE EDAD.	12	12%
DE 20 A 30 AÑOS DE EDAD.	61	61%
DE 15 A 19 AÑOS DE EDAD.	27	27%
14 O MENOS AÑOS DE EDAD.	0	0%
SIN RESPUESTA.	0	0%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 29

## EDAD DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: En la gráfica se aprecia que la edad de las pacientes que predominó más, fué la de 20 a 30 años de edad con 61% (B) mientras que la edad que menos prevaleció fué la de 14 o menos años de edad con 0% (D).

FUENTE: Nisma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 30

PESO ANTERIOR O AL INICIO DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

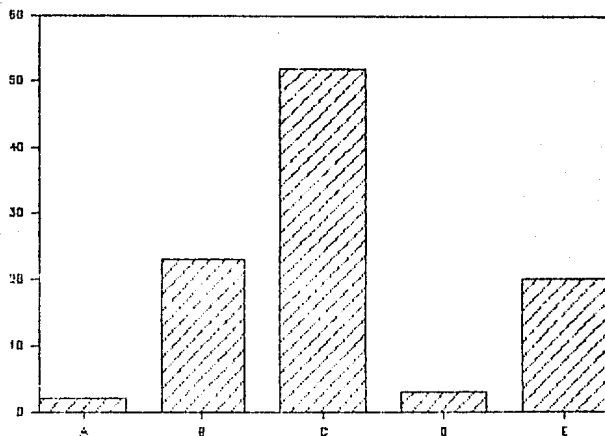
OPCIONES	F	%
71 O MAS KGS.	2	2%
DE 56 A 70 KGS.	23	23%
DE 41 A 55 KGS.	52	52%
40 KGS. O MENOS	3	3%
SIN RESPUESTA.	20	20%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 30

PESO ANTERIOR O AL INICIO DEL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: La gráfica muestra que el peso anterior o al inicio del embarazo de las pacientes con mayor porcentaje, fué de 41 a 55 kgs. (C); mientras que el menor porcentaje lo ocupó el peso de 40 kgs. o menos con 3% (D).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 31

## TALLA DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

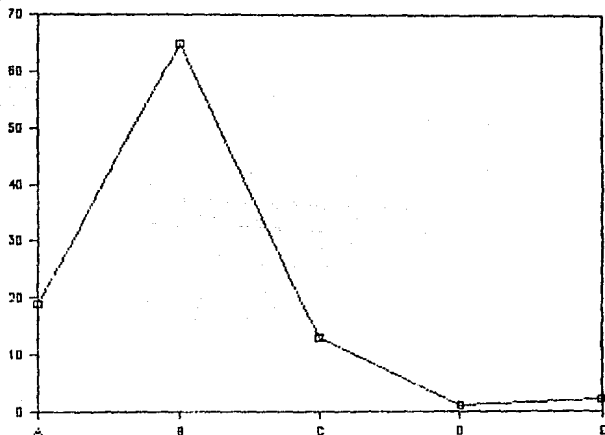
O P C I O N E S	F	%
DE 1.60 MTS. O MAS.	19	19%
DE 1.50 A 1.59 MTS.	65	65%
DE 1.45 A 1.49 MTS.	13	13%
DE 1.44 O MENOS MTS.	1	1%
SIN RESPUESTA.	2	2%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 31

## TALLA DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: Se observa que la talla de las pacientes con mayor porcentaje fué de 1.50 a 1.59 mts. con 65%; y la talla con menor frecuencia fué de 1.44 o menos mts.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 32

## ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

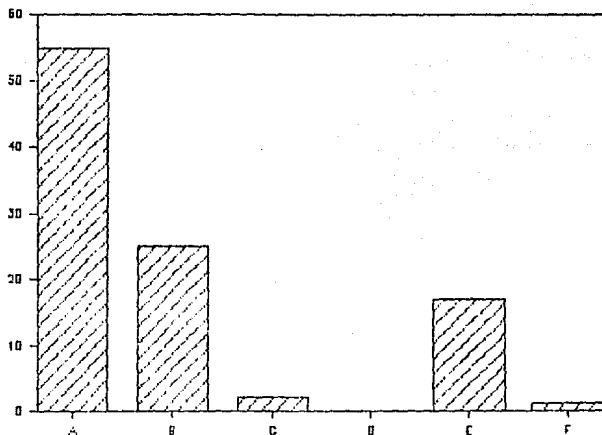
O P C I O N E S	F	%
CASADA.	55	55%
UNION LIBRE.	25	25%
DIVORCIADA O SEPARADA.	2	2%
VIUDA.	0	0%
SOLTERA.	17	17%
SIN RESPUESTA.	1	1%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 32

## ESTADO CIVIL DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** La gráfica muestra que el estado civil de las pacientes con mayor porcentaje correspondió para las casadas con 55% (A); mientras que el menor porcentaje fué para las viudas con 0% (D).

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 33

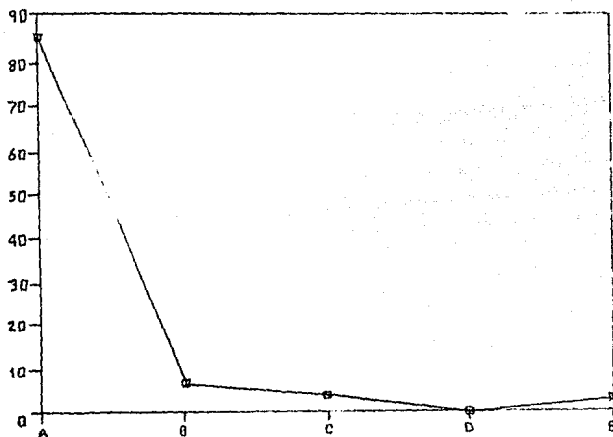
EXPOSICION AL TABACO O TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
NO, PORQUE SE QUE HACE DAÑO.	86	86%
SI, ERA FUMADORA PERO LO DEJE DURANTE TODO EL EMBARAZO.	7	7%
SI, FUME DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE, DE UNO A TRES CIGARRILLOS, PUES DESCONOCI QUE ESTABA EMBARAZADA.	4	4%
SI, FUME DIARIO MAS DE 5 CIGARRILLOS DURANTE MI EMBARAZO.	0	0%
SIN RESPUESTA.	3	3%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 33

EXPOSICION AL TABACO O TABAQUISMO DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el porcentaje mayor de exposición al tabaco durante el embarazo de las pacientes, fué de 86% para la opción de no porque sé que hace daño (A); mientras que la de menor porcentaje fué de 0% para la opción: sí fumé diario más de 5 cigarrillos.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

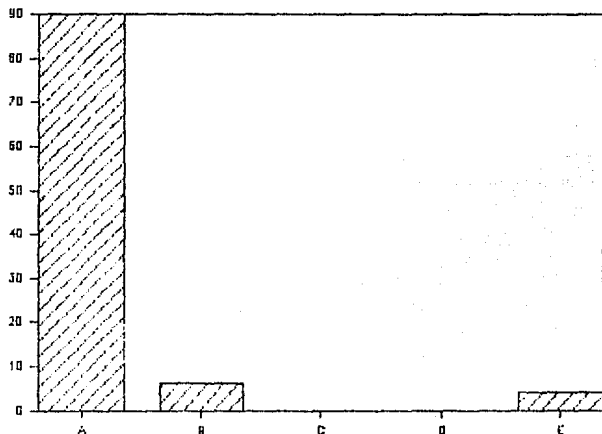
## CUADRO No. 34

INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
NO, NUNCA HE TOMADO PORQUE SE QUE HACE DAÑO.	90	90%
SI, TOMABA ANTES DEL EMBARAZO, EN FORMA OCA- SIONAL, SIN LLEGAR A EMBRIAGARME; SOLO TOME EN 3 O 4 OCASIONES.	6	6%
SI, TOME DURANTE MI EMBARAZO ALGUNAS VECES PERO SIN LLEGAR A EMBRIAGARME.	0	0%
SI, TOME VARIAS VECES LLEGANDO A LA EMBRIA- GUEZ Y MAS EN EL PRIMER TRIMESTRE PORQUE DES CONOCIA QUE ESTABA EMBARAZADA.	0	0%
SIN RESPUESTA.	4	4%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 34

INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

DESCRIPCION: En la gráfica se observa que 90 pacientes nunca han bebido alcohol, no se encontró ninguna madre alcohólica.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 35

## CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

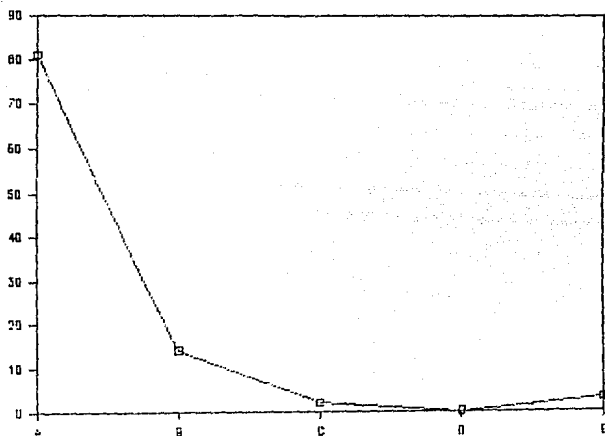
O P C I O N E S	F	%
NO, YA QUE ESTUVE SANA.	81	81%
SI, CONSUMI DROGAS, PERO PRO PREESCRIPCION MEDICA.	14	14%
SI, CONSUMI O ME EXPUSE, PUES MI ACTIVIDAD LABORAL SE DESARROLLA EN FABRICAS DE SOLVENTES.	2	2%
SI, PORQUE SOY FARMACODEPENDIENTE.	0	0%
SIN RESPUESTA.	3	3%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 35

## CONSUMO DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: La gráfica muestra que el 81% de las pacientes nunca consumió drogas durante su embarazo (A); tampoco se encontró ningún caso de farmacodependencia (D).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 36

## ENFERMEDADES DE LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

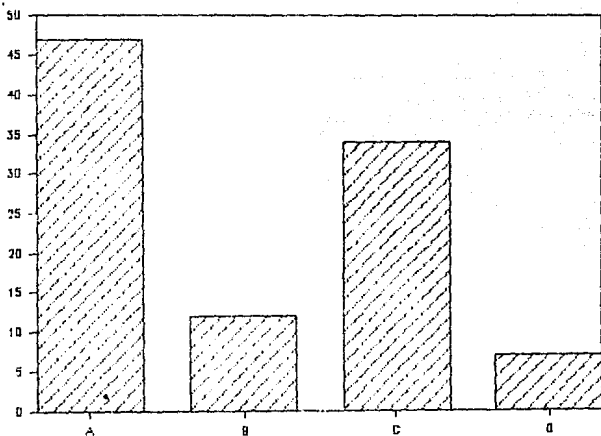
O P C I O N E S	F	%
NINGUNA QUE YO SEPA.	47	47%
ENFERMEDADES DEL CORAZON; O MALFORMACIONES; O TUBERCULOSIS; O RETRASO MENTAL; O ATAQUES; O CANCER.	12	12%
DIABETES; O HIPERTENSION ARTERIAL.	34	34%
SIN RESPUESTA.	7	7%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 36

## ENFERMEDADES DE LOS FAMILIARES DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** Se observa en la gráfica que el 47% de las pacientes refirieron que sus familiares no padecen ninguna enfermedad (A) mientras que el 7% no contestó la pregunta. (D).

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 37

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

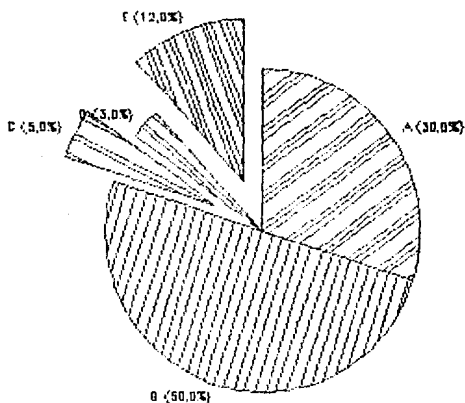
O P C I O N E S	F	%
RIESGO BAJO, DE UNO A TRES EMBARAZOS; O DE UNO A TRES PARTOS SIN COMPLICACIONES; O NO HE TENIDO ABORTOS; DEJE PASAR DE 2 A 3 AÑOS ENTRE CADA EMBARAZO Y MIS BEBES HAN PESADO AL NACER ENTRE 2.500 Y 3.000 KGS.	30	30%
RIESGO MEDIO, HE TENIDO UN EMBARAZO Y UN PARTO QUE FUE PROLONGADO (TARDO MAS DE 12 HORAS EN NACER); O HE TENIDO AMENAZA DE ABORTO. MI BEBE PESO AL NACER DE 2.500 A 2.600 KGS. O NACIO ANTES DE TIEMPO.	50	50%
RIESGO ALTO, TENGO DE 3 A 6 EMBARAZOS Y DE 3 A 5 PARTOS QUE HAN SIDO PROLONGADOS O LOS HAN SACADO CON FORCEPS; O HE TENIDO DE 2 O MAS ABORTOS; O DEJE PASAR SOLO UN AÑO ENTRE CADA EMBARAZO. LOS PESOS DE MI (S) BEBE (S) HAN SIDO DE MENOS DE 2.500 O MAS DE 4.000 KGS.		
RIESGO MUY ALTO, HE TENIDO MAS DE 5 PARTOS DIFICILES, ME HAN REALIZADO MAS DE 2 CESAREAS; O HE TENIDO MAS DE TRES ABORTOS; O DEJE PASAR MENOS DE UN AÑO ENTRE CADA EMBARAZO; O SE ME HAN MUERTO UNO O MAS NIÑOS AL NACER; O LOS PESOS DE LOS BEBES HAN SIDO DE MENOS DE 2.500 O MAS DE 4.000 KGS.	3	3%
SIN RESPUESTA.	12	12%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 37

## ANTECEDENTES OBSTETRICOS DE RIESGO DE LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** En la gráfica se observa que el 50% de los antecedentes obstétricos de riesgo de las pacientes, fué de riesgo medio (B); mientras que el 3% fueron de riesgo muy alto (D).

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 38

## ENFERMEDADES QUE PADECIERON LAS PACIENTES

1 9 9 0

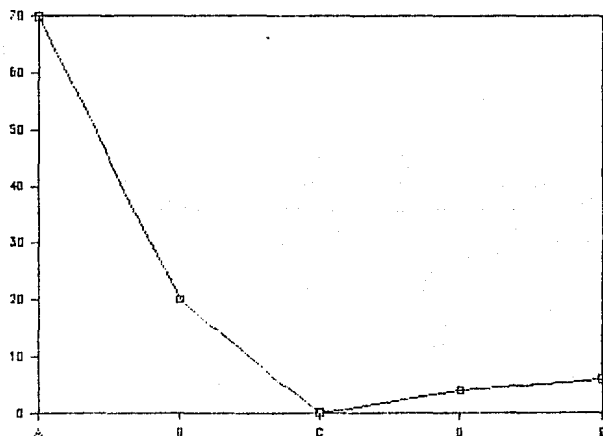
O P C I O N E S	F	%
NO PADECI NINGUNA ENFERMEDAD, ESTUVE SANA.	70	70%
PADEZCO DEL CORAZON; O RIÑON; O TIROIDES; O PADECI INFECCIONES.	20	20%
PADECI DE CONVULSIONES.	0	0%
PADECI DIABETES O HIPERTENSION ARTERIAL, O NEUROSIS, O VOMITOS PERSISTENTES EN TODO EL EMBARAZO.	4	4%
SIN RESPUESTA.	6	6%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 38

## ENFERMEDADES QUE PADECIERON LAS PACIENTES

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se observa que el 70% de las pacientes no padecieron ninguna enfermedad (A) por lo que tampoco ninguna padeció de convulsiones (0).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 39

SINTOMATOLOGIA TOXEMICA DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES  
DE EMBARAZO POR PARTE DE LAS PACIENTES

1 9 9 0

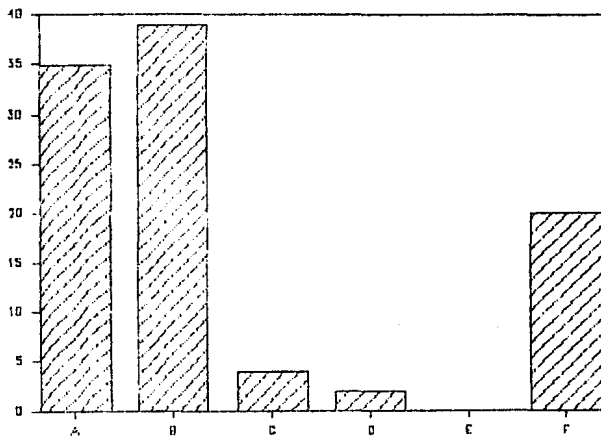
O P C I O N E S	F	%
NO PADECI NADA DE ESO.	35	35%
NO, SOLO HINCHAZON DE PIES Y MANOS PERO ME SEÑALARON QUE ERA NORMAL.	39	39%
SI, LO ANTERIOR MAS DOLOR DE CABEZA INTENSO, HINCHAZON DE CARA, MAS AUMENTO DE LA PRESION ARTERIAL.	4	4%
SI, LO ANTERIOR MAS DETECCION DE PROTEINAS EN LA ORINA.	2	2%
SI, LO ANTERIOR MAS ATAQUES	0	0%
SIN RESPUESTA.	20	20%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 39

SINTOMATOLOGIA TOXEMICA DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES  
DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES

1990



DESCRIPCION: Se observa que el 39% de las pacientes padeció solo hinchazón de piés (A) y ninguna tuvo convulsiones (E). Sólo 2% se les detectó proteínas en orina.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 40

AUMENTO DE PESO POR MES DE LAS PACIENTES DURANTE SU EMBARAZO  
1 9 9 0

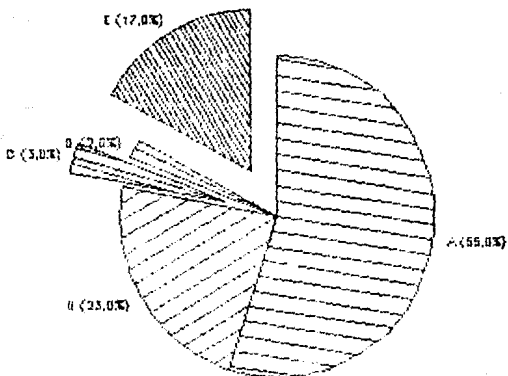
O P C I O N E S	F	%
DE 1 A 1.5 KGS. POR MES.	55	55%
DE 1.6 A 2.5 KGS. POR MES.	23	23%
DE 3 O MAS KGS. POR MES.	3	3%
SIN AUMENTO.	2	2%
SIN RESPUESTA.	17	17%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

## GRAFICA No. 40

AUMENTO DE PESO POR MES DE LAS PACIENTES DURANTE SU EMBARAZO

1 9 9 0



DESCRIPCION: En la gráfica se observa que 55 de las 100 pacientes cuestionadas aumentaron de 1 a 1,5 kgs. por mes durante su embarazo (A); mientras que 2 pacientes refirieron que no aumentaron de peso durante su embarazo.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 41

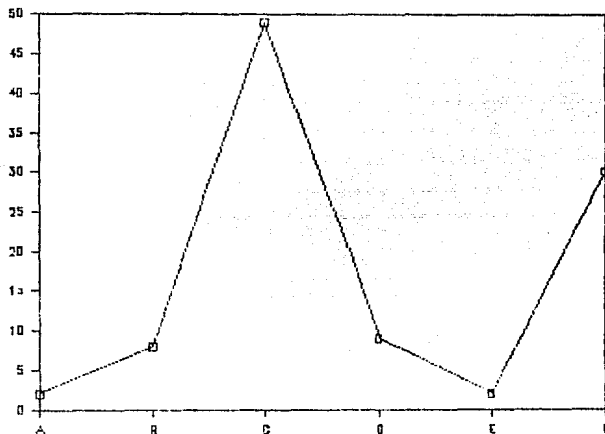
AUMENTO DEL FONDO UTERINO POR MES DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
DE 8 O MAS CM. POR MES.	2	2%
DE 6 A 7 CM. POR MES.	8	8%
DE 3 A 5 CM. POR MES.	49	49%
DE 1 A 2 CM. POR MES.	9	9%
NO AUMENTO.	2	2%
SIN RESPUESTA.	30	30%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 41

AUMENTO DEL FONDO UTERINO POR MES DURANTE EL EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0



DESCRIPCION: En la gráfica se observa que del total de madres cuestionadas 49% tuvo un aumento del fondo uterino por mes de 3 a 5 cm. (C) mientras que 2% refirió sin aumento.

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 42

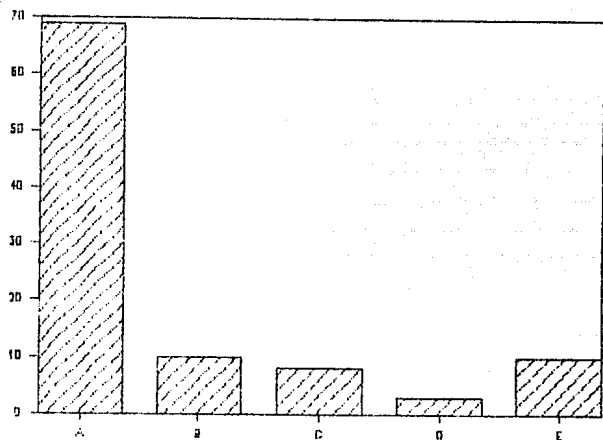
CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LAS 37 SEMANAS  
DE EMBARAZO DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0

O P C I O N E S	F	%
NO, FUE NORMAL LAS TUVE DESPUES DE LA SEMANA 37 DE EMBARAZO.	69	69%
SI, TUVE MAS O MENOS UNA CADA HORA.	10	10%
SI, TUVE DE 2 A 3 POR HORA.	8	8%
SI, TUVE 4 O MAS POR HORA.	3	3%
SIN RESPUESTA.	10	10%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 42

CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LA SEMANA 37 DE EMBARAZO  
DE LAS PACIENTES  
1 9 9 0



**DESCRIPCIÓN:** Se observa que 69% de las apcienadas no tuvieron contracciones uterinas antes de la semana 37 de embarazo; mientras 3 pacientes tuvieron 4 o más contracciones por hora. (D).

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.



## CUADRO No. 43

## PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD POR PARTE DE LAS PACIENTES

1990

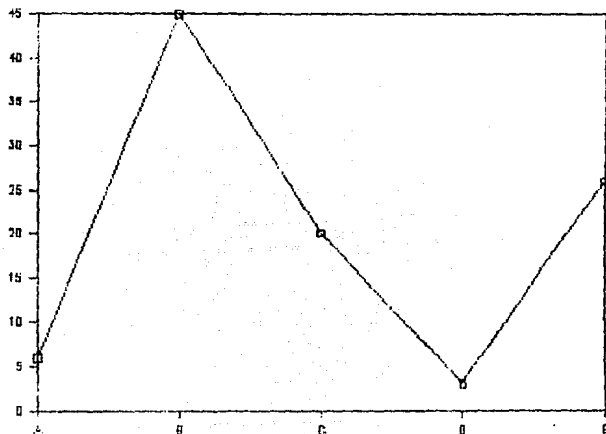
O P C I O N E S	F	%
SI, PUES ESTOY CONVENCIDA QUE ESOS PROBLEMAS AFECTAN A TODOS Y QUE LA PARTICIPACION COLECTIVA, ASI COMO LA RESPONSABILIDAD, ES FUNDAMENTAL PARA COMBATIRLOS JUNTO CON LAS AUTORIDADES DE SALUD.	6	6%
SI, AUNQUE SOLO A MANERA DE RECOMENDACIONES Y CONSEJOS QUE BRINDO A MIS VECINOS Y FAMILIARES.	45	45%
NO, PORQUE CONSIDERO QUE LA SOLUCION DE ESOS PROBLEMAS LAS DEBEN RESOLVER EL SECTOR SALUD JUNTO CON EL GOBIERNO.	20	20%
NO PARTICIPO, PUES CONSIDERO QUE ESOS PROBLEMAS SON CASTIGOS PROQUE NOS PORTAMOS MAL.	3	3%
SIN RESPUESTA.	26	26%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 43

PARTICIPACION EN LA COMUNIDAD POR PARTE DE LAS PACIENTES  
PARA LUCHAR CONTRA LOS PROBLEMAS DE SALUD

1 9 9 0



DESCRIPCION: Se aprecia que el porcentaje mayor de la participación en la comunidad de las pacientes para luchar contra los problemas de salud, correspondió a la segunda opción (B); mientras que 3% no participó (D).

FUENTE: Misma de la gráfica No. 1.

## CUADRO No. 44

## IMAGEN DEL PERSONAL DE SALUD QUE TIENEN LAS PACIENTES

1 9 9 0

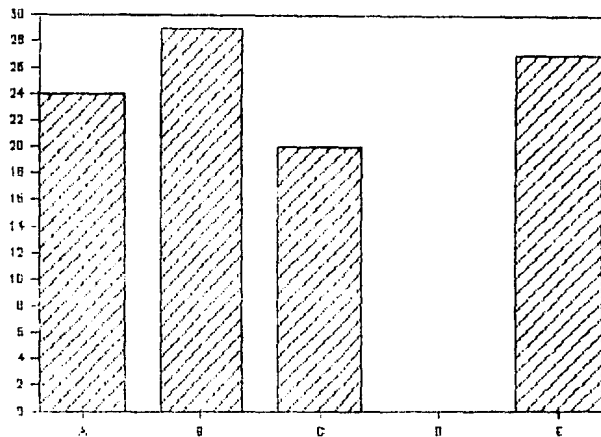
O P C I O N E S	F	%
MUY BUENA, PUES SE VE LA RESPONSABILIDAD Y EL INTERES POR RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD.	24	24%
BUENA, PUES ME HACE SENTIR QUE HAY PREOCUPACION DE LAS AUTORIDADES POR RESOLVER LOS PROBLEMAS DE SALUD DE MI COMUNIDAD.	29	29%
REGULAR, PUES LA VERDAD CASI NUNCA SE NOS INFORMA SOBRE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD Y DE COMO ORGANIZARNOS PARA AYUDAR A RESOLVERLOS, YA QUE LAS AUTORIDADES DE SALUD BRILLAN POR SU AUSENCIA.	20	20%
DESAGRADABLE, PUES CUANDO LOS VEO (MEDICOS O ENFERMERAS), ME DAN MIEDO PORQUE PIENSO QUE ME VAN A HACER DAÑO A MI O A MIS FAMILIARES, POR ESO PREFIERO NO HACERLES CASO.	0	0%
SIN RESPUESTA.	27	27%
T O T A L	100	100%

FUENTE: Misma del cuadro No. 1.

GRAFICA No. 44

## IMAGEN DEL PERSONAL DE SALUD QUE TIENEN LAS PACIENTES

1 9 9 0



**DESCRIPCION:** En la gráfica se observa que 29 pacientes consideran que la imagen del personal de salud es buena porque hay preocupación por resolver los problemas de su comunidad (B). Y a ninguna le es desagradable la imagen del personal de salud.

**FUENTE:** Misma de la gráfica No. 1.

## 4.3. COMPROBACION DE HIPOTESIS

La comprobación de hipótesis se realiza mediante el coeficiente de correlación de Pearson, ya que permite medir la influencia que existe en las variables estudiadas.

De esta manera, y con una muestra de 100 pacientes que dieron a luz en el CIMIGEN, se concentraron los datos en la tabla No. 1 que a continuación se presenta, y que contiene para "X" CONTROL PRENATAL DESPUES DE LA SEMANA 28 DE GESTACION Y DE LA VARIABLE "Y" PREVENCIÓN DE DEFECTOS DEL NACIMIENTO.

TABLA No. 1

MATRIZ DE CONCENTRACION DE DATOS DE LA VARIABLE "X" CONTROL PRENATAL DESPUES DE LA SEMANA 28 DE GESTACION Y DE LA VARIABLE "Y" PREVENCIÓN DE DEFECTOS DEL NACIMIENTO.

1 9 9 0

ITEMS	X	X <sup>2</sup>	ITEMS	Y	Y <sup>2</sup>	X.Y
1	48	2304	21	40	1600	1920
2	36	1296	22	48	2304	1728
3	64	4096	23	30	900	1920
4	64	4096	24	55	3025	3520
5	65	4225	25	61	3721	3965
6	50	2500	26	52	2704	2600
7	61	3721	27	65	4225	3965

ITEMS	X	X <sup>2</sup>	ITEMS	Y	Y <sup>2</sup>	X.Y
8	65	4225	28	55	3025	3575
9	45	2025	29	86	7396	3870
10	32	1025	30	90	8100	2880
11	47	2209	31	81	6561	3807
12	33	1089	32	47	2209	1551
13	61	3721	33	50	2500	3050
15	70	4900	34	70	4900	4900
16	56	3136	36	35	3025	3080
17	45	2025	37	49	2401	2205
18	63	3969	38	69	4761	4347
19	46	2116	39	45	2025	2070
20	57	3249	40	29	841	1653
TOTAL	$\Sigma X=1065$	$\Sigma X^2=59175$		$\Sigma Y=1116$	$\Sigma Y^2=67744$	$\Sigma X.Y=56309$

Con los resultados anteriores se desarrolla la fórmula del coeficiente de correlación de Pearson siguiente:

$$r = \frac{n \Sigma xy - (\Sigma x)(\Sigma y)}{\sqrt{[n \Sigma x^2 - (\Sigma x)^2][n \Sigma y^2 - (\Sigma y)^2]}}$$

Que en el despeje resulta:

$$r = \frac{(100)(56309) - (1065)(1116)}{\sqrt{[(100)(59175) - (1065)^2][(100)(67744) - (1116)^2]}}$$

$$r = \frac{5630900 - 1188540}{\sqrt{[(5917500 - 1134225)] [(6774400 - 1245456)]}}$$

$$r = \frac{4442360}{\sqrt{(4783275) (5528944)}}$$

$$r = \frac{4442360}{\sqrt{2\ 6444645813}}$$

$$r = \frac{4442360}{5142612}$$

$r = 0.8638$
--------------

Por lo tanto, al resultar un coeficiente de  $r = 0.8638$  con correlación fuertemente positiva, se comprueba la hipótesis de trabajo que dice:

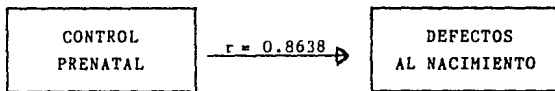
H<sub>2</sub>: A menor control prenatal después de la semana 28 de gestación, menor prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.

Asimismo, al localizar la tabla F con valores de "r" a los niveles de confianza de 0.5 da un  $r_t = .2050$

Que para un "n" de 100 se comprueba la hipótesis de trabajo  $H_2$  y la hipótesis general que dice:

$H_1$ : El control prenatal después de la semana 28 de gestación influye en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.

Lo anterior da como resultado que el control prenatal influye en la prevención de los defectos al nacimiento, y según el modelo de relación comprobado.



Por tanto se rechaza la hipótesis nula que dice:

$H_0$ : No existe influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación, en la prevención de los defectos al nacimiento en el área de influencia del Centro de Infestigación Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento.



#### 4.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

- En el cuadro No. 1 referente a la religión de las pacientes que tuvieron su parto en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento, se observa que la mayoría de la población corresponde a la religión católica, que en nuestro país es característica y aunque han aparecido otras religiones y sectas que impiden en algunos casos, prevenir y tratar enfermedades, hoy por hoy la católica sigue siendo la más numerosa y la menos complicable en cuanto al manejo del proceso salud enfermedad, en los aspectos de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

- En el cuadro No. 2 relacionado a las colonias de procedencia de las pacientes, se observa que la mayoría de la gente que acdió al hospital correspondió a otras colonias de la delegación Iztapalapa, no así con las colonias circunvecinas de ese noso como que se suponía asistirían en mayor proporción, sin embargo por la gran demografía de esa delegación, no es raro observar esta discrepancia, explicando además la popularidad que poco a poco ha venido cobrando el CINIGEN.

- En el cuadro No. 3 que indica el tipo de vivienda de las madres egresadas, se aprecia que la mayoría de las viviendas son familiares lo cual se dá por la falta de recursos económicos de las pacientes, que no les permite contar con una vivienda

propia, de ahí que las parejas jóvenes no rompan muchas veces con la dependencia económica con sus padres, ya que no cuentan con un empleo remunerado o sencillamente no trabajan por falta de preparación e ignorancia que influye de manera directa en los aspectos de la vida como la reproducción. Otro resto de la población rentan la vivienda pero son de infraestructura precaria y costosa para sus ingresos económicos. Otro tanto tienen vivienda propia pero también en malas condiciones; son pocas las que gozan con vivienda decorosa y agradable.

- En el cuadro No. 4 que muestra la calidad de los servicios públicos del hábitat de las pacientes, prevalece la regular y buena calidad pero esto está en duda pues existen colonias como la José López Portillo que no cuenta con pavimentación, alcantarillado, drenaje, deficiencia del alumbrado público y escasas del servicio de limpieza lo que genera problemas como la contaminación, enfermedades de tipo infecciosas e incluso de defectos al nacimiento.

- En el cuadro No. 5 referente a la asistencia médica general de las pacientes, se tiene que la mayoría acude al médico cada vez que se enferma. Esto significa que no tienen conciencia de la importancia de asistencia médica general para prevenir enfermedades por falta de educación para la salud principalmente, originando o aumentando índices de morbilidad en general.

- En el cuadro No. 6 que indica la asistencia inicial al servicio de prenatal, muestra que la mayoría de las pacientes asistió por primera vez después de la semana 28 de gestación lo cual se explica por la falta de información sobre la importancia del control prenatal desde el inicio o antes del embarazo. También se explica por el bajo nivel cultural y socioeconómico de las pacientes que les impide hacer conciencia en aspectos como la reproducción, lo cual influye negativamente en la prevención de defectos del nacimiento.

- En el cuadro No. 7 que habla de la calidad de la historia clínica realizada a las pacientes que tuvieron su parto en el CIMIGEN durante su primera consulta prenatal, muestra que la mayoría la consideró excelente ya que en ese hospital, la historia clínica es un procedimiento de rutina importante llevada a cabo por el personal ideal que cuenta con la formación académica y profesional que se requiere.

- El cuadro No. 8 referente a la fecha de la última menstruación, se aprecia que la mayoría de las pacientes lleva un registro de los días en que se presenta su menstruación. Otro porcentaje elevado tienen dudas pero es debido principalmente a su bajo nivel educacional y cultural, esta situación influye para que no se pueda establecer bien la edad gestacional del producto de la concepción y se tenga que recurrir a otros medios como el ultrasonido.

- El cuadro No. 9 referente al conocimiento de la edad del embarazo, muestra que la mayoría de las pacientes la sabían por medio de la fecha exacta de su última menstruación y por la medición del fondo uterino realizado en cada consulta prenatal. Esto se explica porque el personal de salud que labora informa en cada consulta la edad del embarazo, sin embargo hubo algunas que no se les informó y no entendieron ese procedimiento. Otro tanto lo supo por ultrasonido por ser irregular en sus menstruaciones o por no llevar registro de las mismas.

- El cuadro No. 10 que habla del conocimiento de los exámenes de laboratorio, muestra que a la mayoría de las pacientes se les realizaron los exámenes de laboratorio ideales. Esto se explica por la importancia que tienen al valorar por ejemplo, datos significativos como el factor Rh y el tipo sanguíneo importantes en el control prenatal. Llama la atención que algunas pacientes no se les realizó ya que acudieron cuando se encontraban al final del embarazo e incluso en trabajo de parto, eso habla de la poca importancia que algunas pacientes prestan al embarazo lo traduce en problemas para prevenir los defectos del nacimiento.

- El cuadro No. 11 referente al tipo de instrucciones maternas durante el embarazo, muestra que a la mayoría de las pacientes se les brindaron las instrucciones ideales dada la importancia de las mismas como son: acudir en caso de hemorragia vaginal,

edema de pies y cara, cefalea intensa, tinitus, fosfenos, fiebre, vómitos frecuentes, disuria, perdidas vaginales y cambios en los movimientos fetales; para conservar la salud materno-fetal.

- El cuadro No. 12 que indica la calidad del servicio de prenatal del CIMIGEN, muestra que a la mayoría de las pacientes les pareció de muy buena calidad debido a que el personal de salud que trabaja en ese hospital tiene la preparación académica y profesional que se requiere, además de ser en su mayoría del sexo femenino lo cual brinda a este tipo de pacientes mayor cooperación y confianza que son necesarios para un mejor control prenatal.

- El cuadro No. 13 muestra la alimentación durante el embarazo, observando que la mayoría de las pacientes la consideró buena y otro tanto regular, sin embargo, dado el bajo nivel económico con que cuentan gran parte de estas pacientes, no resultan muy convincentes proque varias de ellas su peso corporal se encontraba por debajo de lo normal, lo que indica algún grado de desnutrición.

- El cuadro No. 14 que indica la sugerencia en cuanto al transporte, se aprecia que una gran parte de las pacientes, nunca se les sugirió algo sobre los medios de transporte, ya que no se le dá mucha importancia aunque podría, dadas las característi-

cas de las pacientes, poner en juego la vida del producto o la madre si ésta se excede en transportarse. Otra mayoría sí se les sugirió el transportarse por cualquier medio siempre y cuando lo limitaran en el último trimestre. Lo anterior indica que no hay un criterio definido para con este aspecto, ya que algunas sí se les sugirió y a otras no.

- El cuadro No. 15 referente a la resolución de las dudas del embarazo, se aprecia que a la mayoría de las pacientes les explicaron y entendieron en forma clara y consisa los aspectos del embarazo. Esto es debido a que el personal utiliza un lenguaje común para explicar y no como en otras instituciones en donde utilizan varios tecnicismos que solamente confunden a las pacientes. También, es importante aclarar dudas para obtener mayor cooperación y confianza en beneficio del producto y la madre.

- El cuadro No. 16 con respecto a la asistencia al servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, muestra que gran parte de las pacientes asistió porque se les concientizó de los beneficios de la psicoprofilaxis para el embarazo y parto. Otra mayoría de las pacientes no asistió porque no lo consideraron importante debido a que tienen un nivel cultural bajo no así las que asistieron.

- El cuadro No. 17 respecto a la recomendación del modo de veg

tirse de las pacientes durante el embarazo, muestra que a la mayoría se le recomendó que usaran ropa que no apretara y zapatos de tacón bajo lo cual es lo ideal. Esto significa que el personal de salud esta consciente de la importancia del vestido en el embarazo.

- El cuadro No. 18 respecto a la recomendación en cuanto a la higiene en el embarazo, se aprecia que a la mayoría de las pacientes se les recomendó el baño diario con cambio de ropa total lo cual es lo ideal. Hugo algunas que no se les recomendó algo sobre la higiene pero guarda relación con el nivel cultural de las pacientes, es decir, que a menor nivel cultural menos higiene, favoreciendo las infecciones principalmente de genitales y vías urinarias lo que trae como consecuencia problemas para la reproducción y afección de la vida del producto.

- El cuadro No. 19 que refiere la recomendación para los cuidados dentales, muestra que a la mayoría de las pacientes se les recomendó que podían evitar el maltrato de sus dientes con una dieta balanceada rica en calcio y visitar al dentista en caso de cáries lo cual es lo ideal, sin embargo varias padecen de cáries y no acuden al dentista por falta de dinero; esto se dá porque consumen alimentos chatarra, baratos y porque tienen mala higiene bucal. Lo anterior indica que las pacientes obstétricas de estas características pueden acabar con sus dientes favoreciendo infecciones bucales que pueden complicarse y afecc

tar su vida y la del producto.

- El cuadro No. 20 referente a la recomendación en cuanto al estreñimiento durante el embarazo, indica que a la mayoría de las pacientes se les informó que el estreñimiento era común en el embarazo y se les recomendó aumentar la ingestión de líquidos. Esto significa que el personal de salud conoce las modificaciones que trae consigo el embarazo, entre ellas el estreñimiento recomendando en este caso lo ideal.

- El cuadro No. 21 que habla del tiempo del embarazo en que tuvieron relaciones sexuales las pacientes que tuvieron su parto en el CIMIGEN, se aprecia que la mayoría las tuvo hasta el sép<sup>o</sup> t<sup>o</sup> mes y las limitó después del mismo. Esto significa que saben que el embarazo no es un impedimento para seguir la vida sexual activa, lo cual también es lo ideal. Aunque a algunas las tuvieron durante todo el embarazo fué porque no se les informó cuando evitarlas pero de cualquier forma se considera aceptable ya que aún no se demuestra en el último trimestre afecte al embarazo el coito. Otras pacientes nunca tuvieron relaciones sexuales durante todo el embarazo porque pensaron que podían abortar. Esto habla de la poca información que tienen de este respecto.

- El cuadro No. 22 respecto a la calidad de los ejercicios realizados en el embarazo, muestra que gran parte de las pacientes



refirieron que fueron de buena calidad, ya que caminaron diario media hora mas el ejercicio que implica esfuerzo físico del trabajo doméstico. Esto se explica, porque la mayoría de las pacientes no trabajan, se dedican al hogar.

- El cuadro No. 23 que indica el riesgo durante la evolución del embarazo, muestra que la mayoría de las pacientes correspondió al riesgo bajo, sin embargo, son de mediano riesgo en realidad, ya que la gran parte de ellas es de nivel socioeconómico bajo y cultural bajo, pero debido a sus consultas prenatales, es manejable este tipo de factores de riesgo. Lo anterior explica la importancia del control prenatal.

- El cuadro No. 24 respecto a la experiencia de las pacientes del embarazo y parto, muestra que para la mayoría fué satisfactorio debido a que llevaron su control prenatal, sin embargo, en otras instituciones suelen referir que el parto es un evento doloroso incluso peligroso, ya que como se ha venido diciendo, no se preparan física ni psicológicamente durante su embarazo para el parto por lo tanto tienen miedo a lo desconocido. Lo anterior significa que la experiencia de las pacientes que se atendieron en el CIMIGEN es mas eficiente que en otras instituciones ya que el control prenatal se toma muy en serio.

- El cuadro No. 25 que habla de la responsabilidad o actitud ante la presencia del embarazo, muestra que la mayoría de las

pacientes tuvo una actitud adecuada porque se planeó el embarazo. Pero otra mayoría tuvo una actitud inadecuada porque no esperaban el embarazo pero lo aceptaron ante la confirmación del mismo lo que significa que no planificaban su familia, es decir, existe irresponsabilidad sobre lo que significa tener un hijo, también supone la poca información de los programas de planificación familiar.

- El cuadro No. 26 referente al nivel socioeconómico, se tiene que la mayoría de las pacientes corresponden al nivel socioeconómico bajo, lo cual hace que tengan un nivel de vida en que solo satisfacen sus necesidades básicas para vivir. Por otro lado el estrato económico influye en el estado nutricional del individuo lo cual afecta a su vez el proceso reproductivo en forma directa.

- El cuadro No. 27 respecto a la escolaridad de las pacientes muestra que la mayoría corresponde al nivel medio básico, o sea, de secundaria y/o primaria, de ahí de la poca preparación cultural para enfrentar con responsabilidad y madurez el aspecto reproductivo. Sin embargo existe otra mayoría cuenta con bachillerato y nivel superior lo que traduce que haya mujeres mas preparadas con mejor nivel cultural para afrontar con objetividad el aspecto reproductivo.

- El cuadro No. 28 habla sobre la actividad laboral, se tiene

que muchas de las pacientes realizan actividades en el hogar que implican esfuerzos regulares durante su embarazo, es decir que la mayoría son amas de casa lo que esta determinado por el nivel sociocultural de procedencia. Algunas refirieron actividades intelectuales pero es claro que tienen una carga física menor que aquellas de nivel socioeconómico bajo.

- El cuadro No. 29 referente a la edad con que cuentan las pacientes, muestra que la mayoría se encuentra entre los 20 y 30 años de edad lo cual significa que estan en óptimas condiciones para la reproducción es decir, son de riesgo bajo, la que las hace candidatas a ser atendidas en el primer nivel de atención a la salud.

- El cuadro No. 30 respecto al peso anterior o al inicio del embarazo, muestra que la mayoría de las pacientes se encuentra entre los 41 a 55 kgs. y entre los 56 a 70 kgs. lo que significa riesgo bajo y medio para la reproducción, también indica el nivel nutricional que influye en la reproducción y la prevención de defectos del nacimiento.

- El cuadro No. 31 respecto a la talla de las pacientes, muestra que la mayoría se encuentra entre 1.50 y 1.59 mts. lo cual indica bajo riesgo para la reproducción por lo que estas pacientes pueden ser manejadas en el primer nivel de atención pa  
ra la salud.

- El cuadro No. 32 respecto al estado civil de las pacientes se aprecia que la mayoría es casada, lo que es originado por las características socioeconómicas y culturales de las pacientes pues uno de sus objetivos es casarse. El estado civil de ser casada y de unión libre estable, proporciona mayor seguridad durante el curso del embarazo y buen pronóstico para el producto; en tanto que las madres solteras tienen un factor de riesgo psicológico y social que afecta al producto.

- El cuadro No. 33 se refiere al consumo o exposición al tabaco, muestra que la mayoría de las pacientes no fuma, pero muchas conviven con fumadores lo cual puede traer problemas de hipoxia en el producto y por lo tanto desnutrición in utero y productos hipotróficos.

- El cuadro No. 34 referente a la ingesta de bebidas alcohólicas en el embarazo, se analiza que la mayoría de las pacientes no ingirió bebidas alcohólicas. Lo anterior indica que la mujer embarazada hoy en día se está concientizando sobre las complicaciones el alcoholismo, específicamente en el daño que ocasiona en el producto como es el síndrome alcohólico-fetal.

- El cuadro No. 35 referente al consumo de drogas en el embarazo, muestra que la mayoría de las pacientes no consumió drogas o medicamentos lo que indica que aparentemente estuvieron sanas, debido a que se deben evitar cualquier tipo de drogas en

el embarazo porque pueden provocar daños irreversibles en el producto. Lo anterior significa prevenir defectos del nacimiento.

- El cuadro No. 36 respecto a las enfermedades de los familiares de las pacientes, muestra que la mayoría refirió que no padece ninguna enfermedad sus familiares, esto es incierto ya que por desconocimiento de las pacientes o ignorancia, en realidad no saben si sus familiares tienen enfermedades. Otra mayoría refirió que sus familiares padecen de Diabetes y/o Hipertensión arterial, lo cual es más verídico dados los índices elevados de estas enfermedades crónicas y sus consecuencias de heredarse a los descendientes.

- El cuadro No. 37 respecto a los antecedentes obstétricos de riesgo muestra que la mayoría de las pacientes se encuentran en riesgo medio, principalmente por ser primigestas nulíparas, es decir pacientes con su primer embarazo, en relación con la edad: pacientes embarazadas con menos de 20 años o mayores de 30 pueden tener hijos con bajo peso. Lo anterior significa que se deben evitar embarazos en mujeres de menos de 20 años y mayores de 30, es decir, fomentar la planificación familiar ósea, prevenir defectos del nacimiento.

- El cuadro No. 38 respecto de las enfermedades que padecieron las pacientes en el transcurso del embarazo, refiere que la ma

yoría no padeció ninguna enfermedad excepto sintomatología propia del embarazo, lo que significa que a las pacientes les benefició el control prenatal. Hubo otras pacientes que padecieron del corazón; o riñones; o tiroides; o de infecciones pero fueron controladas lo que las ubicó en riesgo medio controlado impidiendo la complicación de esa (s) enfermedades del embarazo y parto.

- El cuadro No. 39 referente a la sintomatología toxémica durante el último trimestre del embarazo, mostró que la gran parte de las pacientes padecieron de hinchazón (edema) de pies y manos solamente, lo cual se considera normal. Otra mayoría no padeció nada de esto. Esto indica que las pacientes no cursaron casi en su totalidad con enfermedades intercurrentes como la Toxemia del embarazo, que trae consecuencias maternas y fetales de consideración.

- El cuadro No. 40 muestra del aumento de peso por mes de las pacientes, mostrando que la gran parte de ellas aumentó entre 1 y 1.5 kgs/mes lo cual es el aumento normal, es decir, que durante la evolución del embarazo el aumento de peso fué de bajo riesgo para la gestación y el parto. Hubo otras pacientes que aumentaron un poco más pero no alcanzaron el alto riesgo. Lo anterior significa nuevamente la importancia de la vigilancia prenatal en el primer nivel de atención a la salud.

- El cuadro No. 41 respecto al aumento del fondo uterino por mes, muestra que la gran parte de las pacientes refirió un aumento de 3 a 5 cm/mes lo cual significa la normalidad del crecimiento del fondo uterino, es decir, se encontraban en bajo riesgo. Algunas aumentaron menos y otras más, pero no alcanzaron el alto riesgo que es de 8 o más cm/mes o sin aumento por mes. Lo anterior se explica sencillamente porque asistieron a sus consultas prenatales. Sin embargo otra mayoría no contestó esta pregunta porque cuando acudieron al hospital, era el final del embarazo o estaban en trabajo de parto.

- El cuadro No. 42 que indica la percepción de contracciones uterinas antes de la semana 37 del embarazo, señala que la mayoría de las pacientes las tuvo después de esa semana, es decir fueron normales (riesgo bajo). Aunque algunas tuvieron 4 o más horas, o sea riesgo alto se evitó el parto prematuro por la administración de medicamentos uteroinhibidores. Lo anterior muestra la importancia de la vigilancia prenatal al trata de evitar complicaciones del embarazo y afección del producto de la concepción.

- El cuadro No. 43 referente a la participación en la comunidad para luchar contra los problemas de salud, señala que gran parte de la spacientes participan a manera de recomendaciones que dan a sus vecinos y familiares, ya que tienen en mente las consecuencias de los problemas de salud. Otra mayoría no parti

cipa porque cree que la solución la debe de dar el sector salud junto con el gobierno, en este sentido se nota la falta de conciencia civil de estas apcientes, lo que genera ignorancia al menos en lo que se refiere a la prevención de defectos del nacimiento.

- El cuadro No. 44 referente a la imagen que se tiene del personal de salud, señala que una parte de las pacientes tienen una imagen buena porque les hace sentir que hay preocupación de las autoridades para resolver los problemas de salud. Otra parte la considera de muy buena imagen porque creen que hay interés y responsabilidad para resolver los problemas de salud por parte de las autoridades. Otra parte la considera regular, ya que no les informan los problemas de salud de su comunidad y las autoridades de salud brillan por su ausencia. Todo lo anterior significa que la imagen del personal de salud en la comunidad no esta definida ni unificada debido principalmente a los diferentes grados de preparación cultural y educacional de las pacientes; luego entonces la participación en la comunidad del personal de salud será para impulsar la educación para la salud y favorecer entre varios rubros la prevención de los defectos del nacimiento y el control prenatal al familiarizarse e internarse en la comunidad y unificar el criterio de la imagen del personal de salud.



## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al término de la presente investigación se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- Que el control prenatal después de la semana 28 de gestación influye en la prevención de los defectos del nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento.

- Se cumplieron los objetivos planteados tanto el general como los específicos; al conocer la influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos del nacimiento en el Área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGEN), ya que:

- El nivel cultural influyó en la prevención de los defectos del nacimiento, ya que un porcentaje elevado de las pacientes tienen estudios de primaria y/o secundaria y aunado a su juventud, provocaron que tuvieran una actitud inadecuada ante la presencia del embarazo, no asistiendo al servicio de psicoprofilaxis obstétrica, teniendo deficiencias en cuanto a higiene, cuidados dentales, sexualidad en el embarazo y de ejercicio durante el mismo.

- El nivel socioeconómico fué un factor determinante, pues indicó las deficiencias en cuanto al nivel cultural ya mencionado; la alimentación que influye en el aspecto nutricional y; en general el nivel de vida. Por lo que se concluye que a mejor estrato socioeconómico mayor y mejor prevención de defectos del nacimiento.

- Con respecto al riesgo durante el embarazo de las pacientes, la mayoría fué de bajo riesgo lo que evito que se dieran defectos al nacimiento, es decir se lograron o alcanzaron modificar, calcelar y/o atenuar los factores de riesgo. Además hubo factores de bajo riesgo como la edad, el peso, la talla, no fumaron, no consumieron alcohol ni drogas, los antecedentes heredofamiliares y personales de importancia fueron mínimos, así como los antecedentes obstétricos; no cursaron con enfermedades intercurrentes como la Toxemia, el aumento del fondo uterino y del peso corporal fueron normales y no se presentaron partos preterminos.

- El tipo de vivienda influye en el estado emocional de la mujer embarazada, pues el contar con una vivienda propia, bien construida y con todos los servicios públicos proporciona seguridad y confort lo que disminuye las presiones y tensiones, favoreciendo la estabilidad biopsicosocial así como la accesibilidad de las pacientes para afrontar con calma y disposición, aspectos preventivos como los defectos del nacimiento.

- La asistencia sanitaria general a los servicios de salud, así como la asistencia inicial al control prenatal influyeron en la prevención de los defectos del nacimiento. Determinados por el el bajo nivel sociocultural de las pacientes, que no les permiten hacer conciencia de la importancia de valorar en forma periódica el estado de salud y de llevar el control prenatal desde el inicio o antes del embarazo para prevenir defectos del nacimiento.

- Con respecto al control prenatal proporcionado por el CIMIGEN, cumple con los requisitos indispensables para llevar a cabo un buen control prenatal. Aunque en ocasiones varias pacientes acuden al servicio de prenatal después de la semana 28 de gestación e incluso a finales del embarazo, con factores de media no y alto riesgo, las acciones para cancelar, atenuar o modificarlos no se pueden llevar a cabo, ya que requieren de tiempo durante las consultas prenatales. por lo que esto influye para prevenir defectos del nacimiento.

- La participación de la comunidad para prevenir defectos del nacimiento es escasa y de poca magnitud, principalmente porque existe poca promoción y educación para la salud en esas comunidades, generando a su vez, un criterio no definido de la imagen del personal de salud.

Lo anterior significa que la prevención de los defectos del na

cimiento básicamente esta determinado por el control prenatal su fomento y el personal de salud que esta detrás de él.

Con respecto al Marco Teórico utilizado cabe señalar, que se manejaron rubros que justificaron los indicadores de las variables: control prenatal después de la semana 28 de gestación y prevención de defectos del nacimiento. Del control prenatal se recurrieron a temas como su concepto, la asistencia general al médico, la asistencia inicial al control prenatal en la cual se recurrieron a aspectos importantes como: la historia clínica obstétrica, el diagnóstico del embarazo, la edad gestacional y los exámenes de laboratorio. Asimismo, se incluyó en esta misma variable, las instrucciones maternas, las visitas subsecuentes y las recomendaciones maternas durante el embarazo en donde se abarcaron tópicos como la alimentación, los viajes, la educación en el embarazo, psicoprofilaxis, la higiene, los cuidados dentales, los transtornos intestinales, las relaciones sexuales y el ejercicio.

Por último se hizo referencia al embarazo de alto riesgo, en el cual se analizó el tema: pacientes para cuidados hospitalarios, el cual realmente no fué explotado en la investigación, ya que la muestra representativa fueron pacientes que en su mayoría no cursaron con complicaciones durante el embarazo y parto por lo que no requirieron traslado a hospitales de especialidad, por lo tanto este tema no se tomó en cuenta para justi-

ficar algún indicador, sin embargo para fines didácticos es im prescindible su conocimiento.

De la prevención de defectos del nacimiento, se recurrieron a temas como el concepto de defectos al nacimiento, su clasifica ción en malformaciones congénitas, prematuréz y bajo peso al nacer, describiendo sus conceptos, clasificación, frecuencia, causas e impacto. Por otro lado se analizó el aspecto preventi vo de los defectos del nacimiento, en el cual se tomaron en cuenta tópicos como: el inventario de factores de riesgo, pa- sando por las acciones específicas que pueen modificar o aten- uar y/o cancelar las consecuencias de algún factor de riesgo antes del nacimiento y durante el embarazo para prevenir defec- tos del nacimiento. Asimismo, se analizó el sistema de evalua- ción de riesgo perinatal integrado y constituido por los previ genes. Por otra parte se incluyó el tema de la participación comunitaria en la prevención de defectos del nacimiento. Y por último se describió el tema de la responsabilidad del médico en cuanto a medidas preventivas relacionadas con problemas ma- ternos y del recién nacido.

Con respecto a la hipótesis se llegó a las siguientes conclu- siones:

Se logró comprobar la hipótesis general y de trabajo en un 0.8638 que dice: A menor control prenatal después de la semana

28 de gestación, menor prevención de los defectos del nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento.

Por lo anterior, se rechaza la hipótesis nula que dice: No existe influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos del nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento.

Por lo tanto se recomienda:

- Que las autoridades gubernamentales de la delegación Iztapalapa, hagan esfuerzos para mejorar los servicios públicos de las colonias de influencia al CIMIGEN, como son: la colonia José López Portillo, la Luis Echeverría Álvarez, la Santamaría Tomatlán, San Lorenzo Tezonco y otras. Que la población de estas colonias trabajen para mejorar los servicios públicos en coordinación con las autoridades correspondientes mediante el programa de solidaridad.

- Impulsar y fomentar la asistencia sanitaria general a los servicios de salud por medio de los medios de comunicación y el sector salud, para mejorar el estado de salud de la población que necesita del nivel preventivo de atención a la salud.

- Que se promueva la asistencia oportuna al control prenatal de la población obstétrica, por medio de las instituciones de salud.
- Apoyar a instituciones de salud como el CIMIGEN para expandir y mejorar los servicios que presta como: planificación familiar, control prenatal y pediatría.
- Indicar y orientar a las pacientes durante su embarazo y en su primera consulta prenatal, sea canalizada al servicio de nutrición con el fin de que se le oriente de acuerdo con sus posibilidades económicas, que alimentos debe ingerir durante la gestación para el beneficio propio y del producto.
- Concientizar a las pacientes en su consulta primera prenatal, sobre la importancia de asistir a todas sus consultas prenatales subsecuentes.
- Difundir educación sobre los cambios anatomofisiológicos del embarazo a la población en edad reproductiva y al inicio del embarazo.
- Fomentar la psicoprofilaxis obstétrica en la población blanco. Por medio de los medios de comunicación, ya que constituye una etapa fundamental para ayudar al embarazo y parto.

- Promover los cuidados dentales en la población general, por parte de las autoridades de salud.
  
- Promover la educación a la población blanco, sobre la sexualidad durante el embarazo a través de programas de educación sexual, ya que constituye un tabú que puede afectar el embarazo.
  
- Fomentar durante la gestación la participación activa del conyuge, para concientizar a la pareja sobre la responsabilidad que implica el embarazo.
  
- Tratar de mejorar el nivel sociocultural especialmente de los jóvenes, por medio de educación desde la primaria y secundaria de los aspectos de la reproducción, planificación familiar, embarazo etc., complementándolo con actividades recreativas, deportivas y artísticas, con el fin de concientizar a las parejas en edad reproductiva sobre lo que implica tener un hijo, es decir tener parejas con madurez y responsabilidad que les permita tener actitudes adecuadas cuando se presente el embarazo.
  
- Fomentar las campañas de planificación familiar, para lograr que haya familias menos numerosas y los recursos sean mejor distribuidos y utilizados para mejorar el nivel de vida.



- Promover la edad óptima para el embarazo que es de 20 a 30 años por medio de los medios de comunicación ya que siguen presentando embarazos fuera de dicha edad y que son un factor de riesgo para la reproducción.

- Fomentar el estado civil deseado para llevar en mejores condiciones el embarazo, parto y educación del niño, sea el estado civil donde haya una pareja responsable y madura.

- Continuar con la promoción de los programas contra el tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia que definitivamente afectan el estado de salud.

- Fomentar el manejo de los previgentes en los hospitales donde haya atención materno infantil, ya que son una herramienta sistemática bien fundamentada.

- Llevar hasta la comunidad los programas de: planificación familiar, riesgo reproductivo, control prenatal y del niño sano, pues la comunidad representa la esencia del nivel preventivo. Y que haya más contacto de las autoridades de salud y del personal con la comunidad para tratar de controlar en forma sistemática los problemas de salud, entre ellos los defectos del nacimiento.

- Fomentar la participación de los Licenciados en Enfermería y

Obstetricia por las instituciones del sector salud para la atención Materno Infantil integral, ya que cuentan con la formación profesional que se requiere y que se ha comprobado en el CIMIGEN.

**6. ANEXOS Y APENDICES**

- ANEXO No. 1 HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA.
- ANEXO No. 2 GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO.  
PREVIGEN I.
- ANEXO No. 3 GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL  
EN EL EMBARAZO. PREVIGEN II.
- ANEXO No. 4 GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DU-  
RANTE LA EVOLUCION DEL EMBARAZO. PREVIGEN III.
- ANEXO No. 5 CEDULA DE REFERENCIA. PREVIGEN IV.
- ANEXO No. 6 GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL  
EN EL TRABAJO DE PARTO. PREVIGEN V.
- ANEXO No. 7 GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO PERINATAL EN -  
LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO. PREVIGEN VI.
- ANEXO No. 8 GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL  
EN EL RECIEN NACIDO. PREVIGEN VII.
- ANEXO No. 9 CEDULA DE CONTRARREFERENCIA. PREVIGEN VIII.

## ANEXO No. 1

## HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA

CLASIFICACION HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA										ESTABLECIMIENTO										N° HISTORIA CLINICA									
APellidos y nombres										DOMICILIO										ESTADOS									
LOCALIDAD										EPOCA										ESTADO CIVIL									
ANTECEDENTES PERSONALES										FAMILIARES										OBSTETRICOS									
EMBARAZO ACTUAL										CONSULTAS										PARTO									
PARTO										RECIBIENDO EN PARTO										RECIBIENDO									
PUNTO DE LAMINACION										EDAD AL PARTO										EDAD AL PARTO									

FUENTE: Ricardo Sewartoz y cols. Obstetricia.  
Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1988.  
p. 84.

ANEXO No. 2  
 GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO  
 PREVIGEN. I

01-NIVEL SOCIOECONOMICO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MUY BAJO
02-ESCOLARIDAD (AÑOS APROBADOS)	<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> 1 A 3	<input type="checkbox"/> CERO
03-EDAD AÑOS	<input type="checkbox"/> 6 O MAS	<input type="checkbox"/> 15 - 19	<input type="checkbox"/> 14 O MENOS
	<input type="checkbox"/> 20 - 30	<input type="checkbox"/> 31 - 35	<input type="checkbox"/> 36 O MAS
04-ESTATURA CM.	<input type="checkbox"/> 150 O MAS	<input type="checkbox"/> 143 - 149	<input type="checkbox"/> 144 O MENOS
05-ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> CASADA	<input type="checkbox"/> SOLTERA	
06-PARIDAD	<input type="checkbox"/> UNION LIBRE	<input type="checkbox"/> VIUDA	
	<input type="checkbox"/> 1 A 3	<input type="checkbox"/> MULTIPARA	
		<input type="checkbox"/> 4 Y MAS	
07-PARTOS	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> DIFICIL	<input type="checkbox"/> TRAUMATICO
08-INTERVALO INTERGENESICO	<input type="checkbox"/> 1 A 2 AÑOS	<input type="checkbox"/> MENOS DE 1 AÑO	
09-ABORTOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
10-NACIDOS MUERTOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
11-HIJOS CON BAJO PESO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
12-HIJOS CON MALFORMACIONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
13-HIJOS PREMATUROS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
14-MUERTES NEONATALES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 1 A 2	<input type="checkbox"/> MAS
15-DIABETES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
16-hipertension	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
17-EPILEPSIA	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI
18-CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
19-ENFERMEDADES DEL TIROIDES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADO	<input type="checkbox"/> ACTIVA
20-ENFERMEDADES RENALES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADO	<input type="checkbox"/> ACTIVA
21-CONSUMO ALCOHOL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
22-RETRASO MENTAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
23-EXPOSICION RADIACIONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
24-CARGA DE TRABAJO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> MEDIANO	<input type="checkbox"/> EXAGERADO
25-EXPOSICION A TOXICOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
26-DESNUTRICION	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MODERADA I	<input type="checkbox"/> GRAVE II
27-ANEMIA NO EN GRAMOS	<input type="checkbox"/> 10 O MAS	<input type="checkbox"/> 8.0 A 9.9	<input type="checkbox"/> DE 8
28-ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
29-TABACUISMO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
30-OTRAS FARMACODEPENDENCIAS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TUVO	<input type="checkbox"/> ACTUAL
31-TOXOPLASMOZIS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TUVO	<input type="checkbox"/> ACTUAL
32-SUREDLA	<input type="checkbox"/> TUVO		<input type="checkbox"/> ACTUAL
33-CITOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI
34-HERPES	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI
35-SIFILIS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> TUVO	<input type="checkbox"/> ACTUAL
36-SIDA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SOSPECHA	<input type="checkbox"/> SI
37. OTROS ESPECIFICAR: _____	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO

FUENTE: Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento proyecto multi institucional. - Ed. CIMIGEN, México. 1988.

## ANEXO No. 3

GUÍA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO  
PERINATAL EN EL EMBARAZO. PREVIGEN II

1 DATOS GENERALES			
01 EDAD (años)	<input type="checkbox"/> 20 A 29	<input type="checkbox"/> 15 A 19	<input type="checkbox"/> 14 O MENOS
02 PESO AL NACER Kg.	<input type="checkbox"/> 51 A 64	<input type="checkbox"/> 31 A 35	<input type="checkbox"/> 28 O MAS
03 ESTATURA cm.	<input type="checkbox"/> 150 O MAS	<input type="checkbox"/> 65 A 75	<input type="checkbox"/> 76 O MAS
04 NIVEL SOCIOECONOMICO	<input type="checkbox"/> ALTO	<input type="checkbox"/> 41 A 50	<input type="checkbox"/> 40 O MENOS
05 ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> 145 A 149	<input type="checkbox"/> 144 O MENOS
06 ACTIVIDAD	<input type="checkbox"/> CASADA	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MUY BAJO
	<input type="checkbox"/> UNION LIBRE		<input type="checkbox"/> SIN CONVIVIR
	<input type="checkbox"/> ADECUADA	<input type="checkbox"/> INADECUADA	<input type="checkbox"/> MUY ALTERADA
2 ANTECEDENTES			
07 PARTIDA	<input type="checkbox"/> A 3	<input type="checkbox"/> 4 A 6	
08 PARTO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> NULLIPARA	<input type="checkbox"/> TRAUMATICO
09 ABORTOS CONSECUTIVOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> PREGNANCIA	<input type="checkbox"/> 2 O MAS
10 CESAREAS PREVIAS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 2 O MAS	<input type="checkbox"/> 3 O MAS
11 PARTOS PRETERMINO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> UNA	<input type="checkbox"/> 2 O MAS
12 PREECLAMPSIA-ECLAMPSIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> SI
13 MUJERES CON BAJO PESO < 2500 g	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> 2 O MAS
14 MUJERES MACROSCOPICO > 4000 g	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> SI
15 MUJERES PERINATALES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> UNO	<input type="checkbox"/> 2 O MAS
16 NIJO MALFORMADO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> GINECOLOGICA	<input type="checkbox"/> SI
17 CIRUGIA PREVA			<input type="checkbox"/> UTERO
3 EMBARAZO ACTUAL			
18 CONSUMO TABACO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NEGATIVO	<input type="checkbox"/> SI
19 FACTOR RH	<input type="checkbox"/> POSITIVO	<input type="checkbox"/> NO INMUNIZADA	<input type="checkbox"/> NEGATIVO
20 HEMOGLOBINA EN g	<input type="checkbox"/> 11 O MAS	<input type="checkbox"/> 8 A 10 g	<input type="checkbox"/> PRENATAL
21 TABAQUISMO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> < DE 9,0
22 ALCOHOLISMO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
23 TORCERANIAS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	
24 AMENAZA DE ABORTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
20 SEM. O MENOS			
25 AMENAZA PARTO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
PRETERMINO 24 O MAS SEM.			
26 HEMORRAGIA GINECOLOGICA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
27 CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
28 NEFROLOGIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
29 DIABETES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
30 HYPERTENSION CRONICA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
31 HYPERTENSION DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
32 PLACENTA DELOCADA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 12 HRS O MAS	<input type="checkbox"/> 13 O MAS
33 OTRAS ESPECIFICAR			
	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

## ANEXO No. 4

GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO PERINATAL DURANTE  
LA EVOLUCION DEL EMBARAZO. PREVIGEN III

01 PRESION ARTERIAL	SIST. <input type="checkbox"/> 80-139 DIAST. <input type="checkbox"/> 60-90	<input type="checkbox"/> 140-160 <input type="checkbox"/> 91-109	<input type="checkbox"/> 161 y MAS <input type="checkbox"/> 110 y MAS
02 AUMENTO DE PESO Kg /MES	<input type="checkbox"/> 1 A 1.5	<input type="checkbox"/> 1.6 A 2.5 <input type="checkbox"/> SIN AUMENTO	<input type="checkbox"/> 3.0 y MAS
03 AUMENTO F. U. cm. /MES	<input type="checkbox"/> 3-5	<input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> 8 y MAS <input type="checkbox"/> NO AUMENTO
04 LIQUIDO AMNIOTICO (CANTIDAD)	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> MODERADO ↑ <input type="checkbox"/> MODERADO ↓	<input type="checkbox"/> EXAGERADO ↑ <input type="checkbox"/> EXAGERADO ↓
05 MOVIMIENTOS FETALES	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> MODERADO ↑ <input type="checkbox"/> MODERADO ↓	<input type="checkbox"/> EXAGERADO ↑ <input type="checkbox"/> EXAGERADO ↓
06 HEMORRAGIA GENITAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MINIMA	<input type="checkbox"/> REGULAR
07 MEMBRANAS OVULARES	<input type="checkbox"/> INTEGRAS	<input type="checkbox"/> ROTAS 12 Hs. O MENOS	<input type="checkbox"/> ROTAS 13 Hs. O MAS
08 CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE 37 SEMANAS	<input type="checkbox"/> NORMALES (1 POR HORA)	<input type="checkbox"/> 2 A 3 (POR HORA)	<input type="checkbox"/> 4 O MAS (POR HORA)
09 ABORTO 20 SEMANAS O MAS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AMENAZA	<input type="checkbox"/> EN EVOLUCION
10 PARTO PRETERMINO (21 A 36 SEM)	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AMENAZA	<input type="checkbox"/> EN EVOLUCION
11 INFECCION URINARIA	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADA	<input type="checkbox"/> ACTIVA
12 OTRAS ALTERACIONES MATERNAS _____ ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13 OTRAS ALIACIONES FETALES _____ ESPECIFIQUE _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14 OTROS ESPECIFIQUE _____ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

RIESGO BAJO    RIESGO MEDIO    RIESGO ALTO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

ANEXO No. 5  
CEDULA DE REFERENCIA. PREVIGEN IV

1- NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ 2- Nº DE EXP. \_\_\_\_\_

3- FECHA DE LLENADO DÍA MES AÑO 4- FECHA DE ENVIO DÍA MES AÑO

5- LUGAR EN QUE SE HIZO LA EVALUACION

HOGAR \_\_\_\_\_

CLINICA \_\_\_\_\_

HOSPITAL \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_

6- SEMANAS DE GESTACION POR F.U.M. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

7- EVALUACION DE RIESGO

BAJO  MEDIO  ALTO

8- SE CANALIZA A:

MANEJO EN SU HOGAR (VISTA DONDE CUARDA)

CLINICA DE I NIVEL

CLINICA DE II NIVEL

HOSPITAL

9- FACTORES DE RIESGO

CLAVE No. \_\_\_\_\_ COLOR \_\_\_\_\_

SERVICIO DE URGENCIA

CONSULTA ALTO RIESGO

CONSULTA BAJO RIESGO

10- ESPECIFIQUE LA CAUSA DEL ENVIO: \_\_\_\_\_

11- RECOMENDACIONES A LA PACIENTE: \_\_\_\_\_

12- NOMBRE: \_\_\_\_\_ 13- CLAVE: \_\_\_\_\_ 14- FIRMA \_\_\_\_\_

15- MEDICO GENERAL  16- ENFERMERA SANITARIA  17- MEDICO ESPECIALISTA G.O.

18- OTRO  19- TIPO DE PACIENTE QUE SE ENVIA ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_

NO EMBARAZADA  EMBARAZADA  RECEN NACIDO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.



## ANEXO No. 6

GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERITANAL  
EN EL TRABAJO DE PARTO. PREVIGEN V.

1.- RIESGO EN EL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> I BAJO	<input type="checkbox"/> II MEDIO	<input type="checkbox"/> III ALTO
2.- EMOTIVIDAD	<input type="checkbox"/> ESTADO PSICOLOGICO TRANQUILA	<input type="checkbox"/> EXCITADA	<input type="checkbox"/> SIN CONTROL
3.- ACTIVIDAD UTERINA CONTRACCIONES	1 FRECUENCIA <input type="checkbox"/> 3 A 4 EN 10 MIN.	<input type="checkbox"/> MENOS DE 3	<input type="checkbox"/> 3 ó MAS
	2 INTENSIDAD <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/> ELEVADA
	3 DURACION SEQ. <input type="checkbox"/> 40 A 60	<input type="checkbox"/> 60 A 90	<input type="checkbox"/> > 90
	4 TONO <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> HIPOTONICO	<input type="checkbox"/> HIPERTONICO
4.- DILATACION CERVICAL	<input type="checkbox"/> PROGRESIVA	<input type="checkbox"/> 1-2 CM/M	<input type="checkbox"/> ESTACIONARIA 3 HRS.
	1 BASAL <input type="checkbox"/> 121-120	<input type="checkbox"/> 111-120	<input type="checkbox"/> UNO O MENOS
5.- FRECUENCIA CARDIACA FETAL	2 RITMO <input type="checkbox"/> DIP I	<input type="checkbox"/> 131-180	<input type="checkbox"/> 181 O MAS
	3 RESPUESTA A EST. <input type="checkbox"/> REACTIVO	<input type="checkbox"/> DIP VARIABLE	<input type="checkbox"/> DIP II
	<input type="checkbox"/> Vv, Rv, Fv.	<input type="checkbox"/> PLANO	<input type="checkbox"/> BRADICARDIA
6.- PELVIS	<input type="checkbox"/> UTIL	<input type="checkbox"/> LIMITE DUDOSA	<input type="checkbox"/> D. C. P.
7.- MEMBRANAS	<input type="checkbox"/> INTEGRAS	<input type="checkbox"/> ROTAS 12 HRS. ó C	<input type="checkbox"/> ROTAS 13 HRS. ó J
8.- PRESENTACION	<input type="checkbox"/> CEFALICA		<input type="checkbox"/> OTRAS
9.- NO. DE FETOS	<input type="checkbox"/> UNO		<input type="checkbox"/> 2 ó MAS
10.- LIQUIDO AMNIOICO	1 CANTIDAD <input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> VERDOSO	<input type="checkbox"/> POLI ↑ <input type="checkbox"/> OLIGO ↓
	2 COLOR <input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> AMARILLENTO	<input type="checkbox"/> VERDE <input type="checkbox"/> ROJIZO
	3 CALIDAD <input type="checkbox"/> GRUMOSO	<input type="checkbox"/> EMULSION	<input type="checkbox"/> AMARILLO <input type="checkbox"/> SIN GRUMOS
11.- PESO CALCULADO (L. TOSHACHI)	<input type="checkbox"/> 2501-3500	<input type="checkbox"/> 2001-2500 <input type="checkbox"/> 3501-4000	<input type="checkbox"/> 3000 ó MENOS <input type="checkbox"/> 4001 ó MAS
12.- PLACENTA INSERCION	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> BAJA MARGINAL	<input type="checkbox"/> PREVIA
13.- CORDON COMPRESION	<input type="checkbox"/> SIN DATOS	<input type="checkbox"/> SOSPECHA	<input type="checkbox"/> POSITIVO
14.- MALFORMACIONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MATERNAS	<input type="checkbox"/> FETALES
15.- MADRE: COMPLICACIONES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CONTROLADAS	<input type="checkbox"/> SIN CONTROL
16.- OTROS ESPECIFIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	RIESGO BAJO	RIESGO MEDIO	RIESGO ALTO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

## ANEXO No. 7

GUIA PARA LA EVALUACION DE RIESGO PERINTAL EN  
LA EVOLUCION DEL TRABAJO DE PARTO. PREVIGEN VI

01 RIESGO EN PREVIGEN IV	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
02 FRECUENCIA CARDIACA FETAL	<input type="checkbox"/> 121-150	<input type="checkbox"/> 111-120	<input type="checkbox"/> 110 ó MENOS
03 VALORACION DE LA RESPUESTA FETAL (VaReFe)	<input type="checkbox"/> REACTIVO	<input type="checkbox"/> NO REACTIVO	<input type="checkbox"/> 161 ó MAS
04 TONO UTERINO	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> TAQUICARDIA	<input type="checkbox"/> BRADICARDIA
06 FRECUENCIA CONT. EN 10 min.	<input type="checkbox"/> 2-4	<input type="checkbox"/> HIPOTONIA	<input type="checkbox"/> HIPERTONIA
06 DURACION	<input type="checkbox"/> 40-60 seg.	<input type="checkbox"/> INCOORDINACION	<input type="checkbox"/> TAQUISISTOLIA
07 DILATACION CERVICAL Cm./hora	<input type="checkbox"/> 1-2	<input type="checkbox"/> CORTA	<input type="checkbox"/> PROLONGADA
08 DESCENSO PRESENTACION	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> ACELERADA	<input type="checkbox"/> RETARDADA
09 TEMPERATURA	<input type="checkbox"/> 36-37 Cc.	<input type="checkbox"/> RAPIDA	<input type="checkbox"/> DIFICIL
10 TA. DIASTOLICA mm./Hg	<input type="checkbox"/> 70-90	<input type="checkbox"/> HIPOTERMIA	<input type="checkbox"/> HIPERTERMIA
11 MEMBRANAS	<input type="checkbox"/> INTEGRAS	<input type="checkbox"/> MENOS DE 70	<input type="checkbox"/> 111 Y MAS
12 INDUCCION	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> 91-110	<input type="checkbox"/> 131 y MAS
13 ANESTESIA	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> ROTAS L2	<input type="checkbox"/> OXITOCINA Y
14 UTEROIMMISIDORES	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> OXITOCINA	<input type="checkbox"/> GENERAL
15 PARTO ATENDIDO EN	<input type="checkbox"/> C A M A	<input type="checkbox"/> REGIONAL	<input type="checkbox"/> S
16 EPISIOTOMIA	<input type="checkbox"/> S I	<input type="checkbox"/> EXPULSION	<input type="checkbox"/> QUIRUFANO
17 FORCEPS	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> DESGARROS	<input type="checkbox"/> INDICADO
18 DURACION DEL T.P.hs.	<input type="checkbox"/> HASTA 6	<input type="checkbox"/> PROFILACTICO	<input type="checkbox"/> 10 ó MAS
19 ALUMBRAMIENTO	<input type="checkbox"/> EXPONTANEO	<input type="checkbox"/> 7-9	<input type="checkbox"/> 10 ó MAS
20 ACRETISMO	<input type="checkbox"/> Y MENOR DE 10'	<input type="checkbox"/> DIRIGIDO	<input type="checkbox"/> MANUAL
21 HEMORRAGIA	<input type="checkbox"/> N O	<input type="checkbox"/> MODERADA	<input type="checkbox"/> S
22 OTROS ESPECIFIQUE:	<input type="checkbox"/> NORMAL		<input type="checkbox"/> EXCESIVA

RIESGO BAJO

RIESGO MEDIO

RIESGO ALTO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

## ANEXO No. 8

GUIA PARA LA EVALUACION INICIAL DE RIESGO  
PERINATAL EN EL RECIEN NACIDO. PREVIGEN VII

I- ANTECEDENTES

01 RIESGO DE EMBARAZO	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO
02 RIESGO EN EL PARTO	<input type="checkbox"/> BAJO	<input type="checkbox"/> MEDIO	<input type="checkbox"/> ALTO

2-- TRABAJO DE PARTO Y PARTO

03 DURACION DILATACION	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> MUY RAPIDA	<input type="checkbox"/> MUY PROLONGADA
04 DURACION EXPULSIVO	<input type="checkbox"/> NORMAL 1-2 hs.	<input type="checkbox"/> MUY RAPIDO	<input type="checkbox"/> PROLONGADO
05 RUPURA MEMBRANAS	<input type="checkbox"/> 4 hs <	<input type="checkbox"/> 7-24 hs	<input type="checkbox"/> > 24 hs.
06 LIQUIDO AMNIOTICO	<input type="checkbox"/> CON GRUMOS	<input type="checkbox"/> SIN GRUMOS	<input type="checkbox"/> EMULSIONADO
07 LIQUIDO AMNIOTICO	<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> SANGUINOLENTO	<input type="checkbox"/> CON SANGRE
08 LIQUIDO AMNIOTICO	<input type="checkbox"/> CLARO	<input type="checkbox"/> AMARILLENTO	<input type="checkbox"/> VERDOSO
09 LIQUIDO A. CANTIDAD	<input type="checkbox"/> NORMAL		
10 PLACENTA DESPRENDIDA	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> DESPRENDIMIENTO PREMATURO
11 PLACENTA PESO	<input type="checkbox"/> NORMAL		
12 PLACENTA INFARTOS	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> AISLADOS	<input type="checkbox"/> MULTIPLES
13 CORDON cm.	<input type="checkbox"/> NORMAL 30-60	<input type="checkbox"/> LARGO > 60	<input type="checkbox"/> CORTO < 30
14 CORDON, POSICION	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> CIRCULAR LAZA	<input type="checkbox"/> CIRCULAR APRETADA
15 ANESTESIA	<input type="checkbox"/> NO S.P.D.	<input type="checkbox"/> ANALGESIA	<input type="checkbox"/> GENERAL
16 PARTO	<input type="checkbox"/> NATURAL		<input type="checkbox"/> PELVICO VERSIÓN
17 NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> PARTO	<input type="checkbox"/> FORCEPS PROD.	<input type="checkbox"/> CÉSAREA URGENTE
18 TRAUMA FETAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> CÉSAREA PROD.	<input type="checkbox"/> FORCEPS URGENTE
			<input type="checkbox"/> SI

3.- N E O N A T O

19 PESO	<input type="checkbox"/> 2500g.	<input type="checkbox"/> 2000-2500g.	<input type="checkbox"/> < 2000g.
	<input type="checkbox"/> 3500g.	<input type="checkbox"/> 2501-4000g.	<input type="checkbox"/> > 4000g.
20 EDAD DEST. CAPURRO	<input type="checkbox"/> 37-41		<input type="checkbox"/> 32 d MENOS
21 APGAR	<input type="checkbox"/> 07-10	<input type="checkbox"/> 04-06	<input type="checkbox"/> 42 d MAS
			<input type="checkbox"/> 01-03
22 REANIMACION MANIOBRAS	<input type="checkbox"/> NORMALES	<input type="checkbox"/> MODERADAS	<input type="checkbox"/> INTENSIVAS
23 SIGNOS DE INFECCION	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SOSPECHA	<input type="checkbox"/> POSITIVO
24 SUFRIMIENTO FETAL	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> MODERADO	<input type="checkbox"/> SEVERO
25 OTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

RIESGO BAJO

RIESGO MEDIO

RIESGO ALTO

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

## ANEXO No. 9

CEDULA DE CONTRARREFERENCIA  
PREVIGEN VIII

NOMBRE: _____		EXP. _____																									
EDAD	OCCUPACION	NIVEL SOCIOECONOMICO	DIA MES AÑO																								
D.E. INGRESO		INGRESO																									
1.- PARTO:		SEM. GESTACION																									
EPOD		EPOD																									
Egreso		Egreso																									
<input type="checkbox"/> TERMINO	<input type="checkbox"/> EUTOCIA	<input type="checkbox"/> DISTOCIA	<input type="checkbox"/> NATURAL																								
<input type="checkbox"/> PRETERMINO	<input type="checkbox"/> FORCEPS	<input type="checkbox"/> CESAREA	<input type="checkbox"/> ANEST. LOCAL																								
<input type="checkbox"/> POSTERMINO			<input type="checkbox"/> ANEST. PERIDURAL																								
			<input type="checkbox"/> ANEST. GERAL																								
COMPLICACIONES <input type="checkbox"/>																											
TRATAMIENTO <input type="checkbox"/>																											
TAXOIDE <input type="checkbox"/> YETANICO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																											
2.- PUERPERIO: LACTANCIA MATERNA. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CAUSA _____																											
<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO CONJUNTO <input type="checkbox"/> EGRESO <input type="checkbox"/> MEJORIA <input type="checkbox"/> CURACION																											
<input type="checkbox"/> ALOJAMIENTO NORMAL <input type="checkbox"/> SIN MEJORIA <input type="checkbox"/> DEFUNCION <input type="checkbox"/>																											
COMPLICACIONES _____																											
TRATAMIENTO _____																											
3.- PLANIFICACION FAMILIAR <input type="checkbox"/> NO. CAUSA _____																											
<input type="checkbox"/> S.C.B. <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> OTRO _____																											
4.- RECIEN NACIDO:																											
NACIMIENTO: <table border="1"> <tr> <td>A</td><td>M</td><td>D</td> <td>H</td><td>M</td><td>D</td> <td>A</td><td>M</td><td>D</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/> APGAR <input type="checkbox"/> PRETERMINO <input type="checkbox"/> HYPOTROFICO <input type="checkbox"/> SPO. <input type="checkbox"/>				A	M	D	H	M	D	A	M	D															
A	M	D	H	M	D	A	M	D																			
<input type="checkbox"/> POSTERMINO <input type="checkbox"/> HYPERTROFICO <input type="checkbox"/> Rb. <input type="checkbox"/>																											
SEXO: <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> MALFORMACION <input type="checkbox"/> MAYOR <input type="checkbox"/> VAGINAS: <input type="checkbox"/> BCO <input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/> MENOR <input type="checkbox"/> POLIO <input type="checkbox"/>																											
COMPLICACIONES _____																											
TRATAMIENTO _____																											
5.- MORTALIDAD:																											
MATERNA: <input type="checkbox"/> DIRECTA <input type="checkbox"/> FETAL: <input type="checkbox"/> ABORTO <input type="checkbox"/> TEMPRANA <input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/> INDIRECTA <input type="checkbox"/> F. INTERMEDIA <input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> TARDIA <input type="checkbox"/>																											
<input type="checkbox"/> F. TARDIA <input type="checkbox"/> SEMANAS <input type="checkbox"/> dias <input type="checkbox"/> hrs. <input type="checkbox"/> min.																											
CAUSA _____ CAUSA _____ CAUSA _____																											
6.- EGRESO: RECOMENDACIONES _____ CITA MADRE _____ CITA NIJO _____																											
7.- DIAGNOSTICO: MADRE: _____ HIJO: _____																											
MEDICO GINECOOBSTETRA TRATANTE _____ MEDICO PEDIATRA TRATANTE _____																											
JEFE SERVICIO G.O. _____ JEFE SERVICIO PEDIATRIA _____																											

FUENTE: Misma del Anexo No. 2.

APENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INVESTIGACION

EL CONTROL PRENATAL DESPUES DE LA SEMANA 28 DE GESTACION  
EN LA PREVENCION DE LOS DEFECTOS DEL NACIMIENTO EN EL  
AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO  
INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO (CIMIGEN).

ELABORADO POR:  
HUGO TAPIA MARTINEZ

CON LA ASESORIA DE LA:  
MAESTRA CARMEN L. BALSEIRO A.

No. DE CUESTIONARIO \_\_\_\_\_

FECHA DE ELABORACION: 17 DE MAYO DE 1990.

FECHA DE APLICACION:

**OBJETIVO DE LA INVESTIGACION:**

Conocer la influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación, en la prevención de los defectos del nacimiento en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento (CIMIGEN).

**OBJETIVO DEL CUESTIONARIO:**

Recabar información fidedigna para conocer la influencia del control prenatal después de la semana 28 de gestación en la prevención de los defectos del nacimiento, en el área de influencia del Centro de Investigación Materno-Infantil del Grupo de Estudios al Nacimiento. Y continuar con la investigación.

**JUSTIFICACION DEL CUESTIONARIO**

Durante la estancia en el servicio social por parte del Lic. en Enfermería y Obstetricia, hubo el interés por coadyuvar a resolver los problemas de salud que se presentan en nuestra sociedad tal como son los defectos al nacimiento. A través de la realización de la investigación: "EL CONTROL PRENATAL DESPUES DE LA SEMANA 28 DE GESTACION EN LA PREVENCION DE LSO DEPECTOS DEL NACIMIENTO EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE INVESTIGACION MATERNO INFANTIL DEL GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO"; que servirá como medio de titualción para dicho profesional. Asimismo el cuestionario permitirá continuar con la investigación al obtener la información, que usted proporcione. De manera que se ruega su colaboración para que conteste el cuestionario cuyos datos serán confidenciales.

**NOTA ACLARATORIA:**

EL cuestionario se ha estructurado con el fin de recabar datos

por lo que las personas encuestadas, se les sugiere, lean las siguientes indicaciones:

- Conteste en forma honesta cada una de las preguntas, marcando con una "X" la opción que usted elija.
- Conteste solamente una opción de las respuestas de cada pregunta, ya que si contesta dos o más opciones, se inválida la respuesta.
- En caso de duda, favor de preguntar al entrevistador.
- Gracias por su participación.

1. A QUE RELIGION PERTENECE?

- Católica.
- Evangelista.
- Testigos de Jehová.
- Otra.

2. CUAL ES LA COLONIA EN DONDE VIVE?

- José López Portillo.
- Luis Echeverría Alvarez.
- Santa Maria Tomatlan.
- Otra.

3. LA CASA EN DONDE HABITA ES?

- Propia.
- Prestada.
- Rentada
- Familiar.  Otra.

## 4. COMO CONSIDERA LOS SERVICIOS PUBLICOS DE SU COLONIA?

\_\_\_ Muy buenos, pues contamos con servicio de limpieza, contamos con alumbrado público que no falla, hay drenaje y pavimentación; y tenemos agua intradomiciliaria.

\_\_\_ Buenos, pues contamos con los servicios públicos necesarios pero a veces fallan.

\_\_\_ Regulares, pues el camión de la basura, pasa solo una vez a la semana; no hay agua intradomiciliaria pero tenemos pipa; hay drenaje pero no pavimentación; y el alumbrado público falla en ocasiones.

\_\_\_ Malos, pues el camión de la basura pasa rara vez o nunca ha pasado; no tenemos agua y rara vez pasa la pipa por lo que tenemos que acarrearla, apenas estan instalando el drenaje; y el alumbrado público es deficiente.

## 5. CADA CUANDO ACUDE CON SU MEDICO O SERVICIO DE SALUD?

\_\_\_ Cada 6 meses, pues es lo recomendable para conservar la salud.

\_\_\_ Cada año, pues es el tiempo mínimo necesario para evaluar el estado de salud de una persona.

\_\_\_ Cada vez que me enfermo, porque los hospitales estan para curar las enfermedades solamente.

\_\_\_ Nunca, porque cuando me enfermo utilizo remedios caseros y ademas no tengo dinero para pagar medicinas ni médicos.

## 6. EN QUE MOMENTO ACUDIO AL HOSPITAL CUANDO SOSPECHO QUE SE ENCONTRABA EMBARAZADA?

\_\_\_ De hecho, acudí antes del embarazo porque sé que se debe planear junto con la pareja. (13 o menos semanas



de embarazo).

\_\_\_ Acudí cuando tuve ausencia de mi regla, náuseas, vómitos, cansancio, antojos, estreñimiento, orinar con frecuencia, cambios en mis pechos y crecimiento de mi abdomen. (De 14 a 27 semanas de embarazo).

\_\_\_ Acudí cuando tuve lo anterior, mas percepción de movimientos del bebe y contracciones indoloras que desaparecian al caminar. (De 28 a 36 semanas de embarazo).

\_\_\_ Acudí cuando padecí lo anterior, ademas de tener contracciones dolorosas que aumentaban al caminar o inmediatamente me alivié. (37 o más semanas de embarazo).

7. COMO CONSIDERA USTED LA HISTORIA CLINICA QUE LE REALIZARON DURANTE SU PRIMERA CONSULTA PRENATAL EN EL CIMIGEN?

\_\_\_ Excelente, pues me preguntaron datos personales, de mi vivienda, de mis costumbres alimenticias e higiénicas. Enfermedades de mis familiares, mías y datos del embarazo. Y me revisaron.

\_\_\_ Buena, pues me preguntaron datos personales, de mi vivienda, de mis costumbres alimenticias e higiénicas. Enfermedades de mis familiares, mías y datos sobre el embarazo y me revisaron solo el abdomen.

\_\_\_ Regular, porque solo me preguntaron datos personales, enfermedades de mis familiares y me revisaron.

\_\_\_ Mala, porque solo me preguntaron datos personales y me revisaron.

8. CUANDO SE EMBARAZO SUPO LA FECHA ULTIMA DE SU MENSTRUACION?

\_\_\_ Si, pues llevé un registro de los días en que se presenta mi menstruación.

\_\_\_ Si, pero tenía dudas.

\_\_\_ No supe, pues mis períodos menstruales son irregulares y no supe cuando ocurrió.

\_\_\_ No, pues desconocí la fecha aunque soy regular en mi regla.

9. DURANTE SU EMBARAZO PORQUE METODOS SE CONOCIA LA EDAD DE SU EMBARAZO?

\_\_\_ Por medio de la fecha exacta de mi última regla y por la medición de mi abdomen con la cinta métrica.

\_\_\_ Por medio de la medición de mi abdomen y por el ultrasonido, ya que desconocí la fecha de mi última regla.

\_\_\_ Por medio de mi cuenta personal, ya que nunca les entendí su sistema.

\_\_\_ Nunca me dí cuenta, pues no me explicaron ni pregunté como se daban cuenta de la edad o tiempo del embarazo.

10. QUE EXMAENS DE LABORATORIO LE REALIZARON EN EL CIMIGEN EN SU PRIMERA CONSULTA PRENATAL?

\_\_\_ De sangre (biometría hemática, hemoglobina, grupo sanguíneo, factor Rh y VDRL para sífilis). Examen general de orina y química sanguínea.

\_\_\_ De sangre (biometría hemática, hemoglobina, y grupo sanguíneo). Examen general de orina.

\_\_\_ De sangre, de orina y de heces fecales (popó).

\_\_\_ No se me realizó ningún examen de laboratorio, aún cuando faltaba tiempo para el parto.

\_\_\_ No se me realizaron exámenes de laboratorio, ya que cuando acudí por primera vez, me encontraba en trabajo de parto.

11. QUE TIPO DE INSTRUCCIONES MATERNAS RECIBIA EN CADA CONSULTA PRENATAL?

\_\_\_ Muy buenas, acudir al CIMIGEN en caso de: hemorragia vaginal hinchazón de cara manos y pies, dolor de cabe

za intenso, visión borrosa, dolor abdominal, vómitos persistentes, fiebre, dificultad para orinar, pérdida de líquidos por la vagina y cambios en los movimientos fetales.

\_\_\_ Buenas, acudir al CIMIGEN en caso de: salida de líquido por la vagina así como de sangre, hinchazón de cara, manos y pies, dolor intenso de cabeza, dolor abdominal y cambios en los movimientos fetales.

\_\_\_ Regulares, acudir al CIMIGEN en caso de: pérdida de líquido por la vagina o sangre y cambios en los movimientos fetales.

\_\_\_ Malos, no recibí ninguna instrucción.

12. COMO CONSIDERA LA CALIDAD DE ATENCION DEL SERVICIO DE PRE-NATAL CUANDO ACUDIA A SUS CONSULTAS?

\_\_\_ Muy buena, pues recibí trato amable, me dieron confianza, me tomaban la presión arterial y el peso. Me revizaban las mamas, el abdomen y la vagina cuando era necesario. Y recibía instrucciones y recomendaciones.

\_\_\_ Buena, pues recibí trato amable, me medían la presión arterial y el peso. Me revizaban la vagina cuando era necesario. Y me daban recomendaciones e instrucciones.

\_\_\_ Regular, pues recibí trato amable, me tomaban la presión arterial y el peso, me revizaban el abdomen y la vagina. Y me daban instrucciones.

\_\_\_ Mala, pues solo me medían la presión arterial, me pesaban y me revizaban solamente el abdomen.

13. COMO FUE LA ALIMENTACION DURANTE SU EMBARAZO?

\_\_\_ Muy buena, pues consumí diario una o dos piezas de carne; un litro de leche, frutas, verduras y leguminosas en cantidad regular.

- \_\_\_\_\_ Buena, pues consumí una pieza de carne 3 ó 4 veces a la semana, un vaso de leche diario; frutas, verduras y leguminosas tres veces a la semana.
- \_\_\_\_\_ Regular, pues consumí carne una vez a la semana, un vaso de leche cada tercer día, verduras y leguminosas una vez por semana.
- \_\_\_\_\_ Mala, ya que nunca consumí carne, solo sopas, leguminosas y esporádicamente leche y frutas. Tomaba agua, refrescos y alimentos chatarra.

14. QUE LE SUGIRIERON EN CUANTO AL MODO DE TRANSPORTARSE DURANTE SU EMBARAZO?

- \_\_\_\_\_ Muy buena, que podía transportarme o viajar por cualquier medio, avión, tren, pesera siempre y cuando fuera hasta el séptimo mes y limitarlo despues del mismo.
- \_\_\_\_\_ Buena, que podía viajar por cualquier medio de transporte.
- \_\_\_\_\_ Mala, que no podía hacerlo, porque podía desencadenar un aborto, aún al inicio del embarazo; o un parto antes de tiempo.
- \_\_\_\_\_ Muy mala, nunca me sugirieron algo sobre los medios de transportarme.

15. LE RESOLVIERON SUS DUDAS ACERCA DEL EMBARAZO?

- \_\_\_\_\_ Sí, me explicaron y entendí en forma clara y consisa los aspectos del embarazo, ya que utilizan un lenguaje común.
- \_\_\_\_\_ Sí, me explicaron y mas o menos entendí los aspectos del embarazo.
- \_\_\_\_\_ Sí, me explicaron pero no entendí porque utilizaban palabras que no entendía, por lo tanto no me resolvieron mis dudas.
- \_\_\_\_\_ No, nunca me explicaron y jamás pregunte mis dudas.

16. ACUDIO AL SERVICIO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DURANTE SU EMBARAZO?

- Sí, porque se me informó que era una preparación física y mental mía y de mi pareja para que el nacimiento se realizara en las mejores condiciones.
- Sí, pero acudí cuando tenía siete meses o más de embarazo y no recibí la información básica que se requiere así como la preparación.
- No, porque no la considere importante y además no contaba con el tiempo disponible para ello.
- No, porque nunca se me informó de su existencia e importancia.

17. QUE LE RECOMENDARON EN CUANTO AL MODO DE VESTIR EN SU EMBARAZO?

- Muy buena, que usara ropa que no apretara y zapatos de tacón bajo.
- Regular, que usara ropa que no apretara.
- Regular, que usara zapatos de tacón bajo.
- Mala, nunca me recomendaron algo sobre la forma de vestirme.

18. QUE LE RECOMENDARON EN CUANTO A LA HIGIENE EN EL EMBARAZO?

- Muy buena, que me bañara diario con cambio total de mi ropa, de preferencia.
- Regular, que me bañara diario aunque no me cambiara la ropa.
- Regular, que me bañara cada tercer día con cambio de ropa aunque no fuera toda.
- Mala, nunca me recomendaron algo sobre la higiene.

19. QUE LE INDICARON EN CUANTO A LOS CUIDADOS DENTALES EN EL EMBARAZO?

- Muy buena, que podía evitar el maltrato de mis dientes con dieta balanceada, rica en calcio. Y visitar al dentista en caso de caries dental.
- Buena, visitar al dentista en caso de caries dental solamente.
- Regular, ingerir una dieta rica en calcio.
- Mala, no me recomendaron algo sobre el cuidado de mis dientes.

20. QUE LE RECOMENDARON EN CUANTO A LOS TRANSTORNOS INTESTINALES (ESTREÑIMIENTO) DURANTE EL EMBARAZO?

- Buena, me informaron que el estreñimiento era común en el embarazo, por lo que había que aumentar la ingestión de líquidos.
- Regular, me informaron que el estreñimiento era común en el embarazo, pero no me indicaron la ingestión aumentada de líquidos.
- Mala, me indicaron la ingestión de aceite mineral.
- Mala, nunca me recomendaron algo sobre el estreñimiento en el embarazo aún cuando lo padecí.

21. HASTA QUE TIEMPO DEL EMBARAZO TUVO RELACIONES SEXUALES?

- Hasta el séptimo mes y disminuí después del mismo, porque se puede presentar hemorragia, cólicos o un parto antes de tiempo, pues se me informó en que momento debía suspenderlas.
- Durante todo el embarazo.
- Nunca las tuve porque me dijeron en mi hogar, que podía abortar.

\_\_\_\_\_ Durante todo el embarazo aún cuando tuve cólicos y sangrado.

22. QUE TIPO DE EJERCICIOS REALIZO DURANTE SU EMBARAZO?

\_\_\_\_\_ Buena, caminar diario de 20 a 30 minutos mas el ejercicio que implica el trabajo doméstico, pero con intervalos de descanso.

\_\_\_\_\_ Regular, caminar de una a dos horas mas el trabajo en el hogar.

\_\_\_\_\_ Mala, caminar diario de dos a cuatro horas, mas montar a caballo, nadar y bailar.

\_\_\_\_\_ Muy mala, caminar mas de cuatro horas al día, mas el trabajo en el hogar y el trabajo en mi empleo.

23. CUAL FUE SU RIESGO DURANTE LA EVOLUCION DE SU EMBARAZO CUANDO ACUDIA A SUS CONSULTAS PRENATALES?

\_\_\_\_\_ Bajo, pues asistí a todas mis consultas desde el inicio del embarazo y siempre me informaron que mi embarazo marchaba en forma normal.

\_\_\_\_\_ Medio, pues me informaban que todo marchaba bien, pero tuve alteraciones en la presión arterial, o en el peso, o tuve hemorragia vaginal, o dolor abdominal, pero en forma moderada y además recibí tratamiento y me controlaron mi padecimiento.

\_\_\_\_\_ Alto, no se me informó sobre el riesgo de mi embarazo durante mis consultas prenatales, aún cuando yo les preguntaba sobre el mismo.

24. QUE EXPERIENCIA TIENE USTED DE SU EMBARAZO Y PARTO?

\_\_\_\_\_ Fué un evento grato, pues me informaron y prepararon en forma ideal.

\_\_\_ Fué una experiencia satisfactoria, ya que aunque tuve preocupación, logré acudir en forma temprana, de mi embarazo, a mis consultas y eso me dió confianza para colaborar en todo.

\_\_\_ Fué un evento doloroso, peligroso y acompañado de sufrimiento. No acudí a todas mis consultas.

\_\_\_ Fué un evento doloroso y desagradable, con sufrimiento y preocupación, por el trato que recibí y porque no sabía la suerte que correría mi bebe.

25. QUE RESPONSABILIDAD O ACTITUD TUVO ANTE LA PRESENCIA DE SU EMBARAZO?

\_\_\_ Adecuada, lo deseó junto con su pareja.

\_\_\_ Inadecuada, no esperaba el embarazo pero se resignó ante la confirmación del mismo.

\_\_\_ Alterada, no lo planeó ni deseó pero en el transcurso del mismo, se resignó y lo acepto.

\_\_\_ Muy alterada, lo rechazó.

26. A QUE NIVEL SOCIOECONOMICO PERTENECE EN FUNCION DEL INGRESO FAMILIAR?

\_\_\_ Alto, mis ingresos son de 7 salarios mínimos o más al mes.

\_\_\_ Medio, mis ingresos van de 4 a 6 salarios mínimos al mes.

\_\_\_ Medio bajo, mis ingresos van de 2 a 3 salarios mínimos al mes.

\_\_\_ Bajo, mis ingresos van de menos de un salario mínimo al mes.

27. CUAL ES SU ESCOLARIDAD?

\_\_\_ Superior, mas de 12 años de estudio.



- Medio superior, de 9 a 12 años de estudio.
- Medio básico, de 6 a 9 años de estudio.
- Básico, de 1 a 6 años de estudio.
- Analfabeta, cero grados de escolaridad.

## 28. CUAL ES SU ACTIVIDAD LABORAL?

- Actividades mínimas que no implican esfuerzos físicos.
- Actividades intelectuales y manuales que implican esfuerzos físicos regulares.
- Actividades intensas en fábricas, industrias, comercios y hogar.
- Actividades muy intensas, que implican gran esfuerzo físico en las fábricas industrias y hogar.

## 29. QUE EDAD TIENE USTED?

- 31 o más años de edad.
- De 20 a 30 años de edad.
- De 15 a 19 años de edad.
- 14 o menos años de edad.

## 30. CUAL FUE SU PESO ANTES O AL INICIO DEL EMBARAZO?

- 71 o más Kgs.
- De 56 a 70 Kgs.
- De 41 a 55 Kgs.
- 40 Kgs. o menos.

## 31. CUAL ES SU ESTATURA?

- 1.60 mts. o más.
- De 1.50 a 1.59 mts.
- De 1.45 a 1.49 mts.
- 1.44 o menos mts.

## 32. CUAL ES SU ESTADO CIVIL?

- Casada.  
 Unión Libre.  
 Divorciada o separada.  
 Viuda.  
 Soltera.

## 33. USTED FUMA O FUMO DURANTE SU EMBARAZO?

- No, porque sé que hace daño.  
 Sí, era fumadora pero lo dejé durante el embarazo.  
 Sí, fume durante el primer trimestre, de uno a tres cigarrillos diarios, pues desconocía que estaba embarazada.  
 Sí, fume diario más de 5 cigarrillos durante todo mi embarazo.

## 34. USTED TOMO ALCOHOL DURANTE SU EMBARAZO?

- No, nunca he tomado porque sé que hace daño.  
 Sí, tomaba antes del embarazo pero en forma ocasional sin llegar a la embriaguez. Solo tomé en 3 o 4 ocasiones.  
 Sí, tomé durante mi embarazo algunas veces pero sin llegar a la embriaguez.  
 Sí, tomé varias veces llegando a la embriaguez, y más en el primer trimestre de embarazo porque desconocía que estaba embarazada.

## 35. CONSUMIO O SE EXPUSO A DROGAS DURANTE SU EMBARAZO?

- No, porque también sé que me hace daño.  
 Sí, consumí drogas, pero por prescripción médica.

- Sí, me expuse pues mi actividad laboral se desarrolla en fábricas de solventes.
- Sí, porque soy farmacodependiente.

## 36. QUE ENFERMEDADES PADECEN SUS FAMILIARES?

- Ninguna que yo sepa.
- Enfermedades del corazón; o malformaciones; o tuberculosis; o retraso mental; o ataques; o cáncer.
- Diabetes, o hipertensión.

## 37. QUE ANTECEDENTES OBSTETRICOS O DE RIESGO TIENE USTED?

- Riesgo bajo, de uno a tres embarazos; o de uno a tres partos sin complicaciones; o no he tenido abortos; o deje pasar de 2 a 3 años entre cada embarazo y mis bebes han pesado al nacer entre 2.500 y 3.900 Kgs.
- Riesgo medio, un embarazo y un parto que fué prolongado (duró más de 12 horas en nacer), o he tenido amenaza de aborto. Mi bebe pesó al nacer de 2.500 a 2.600 Kgs; o nació antes de tiempo.
- Riesgo alto, tengo de 3 a 6 embarazos y de 3 a 5 partos; han sido partos prolongados o traumáticos (lo sacaron con forceps; o he tenido de uno a 2 abortos; o deje pasar un año entre cada embarazo; o los pesos de mis bebes han sido de menos de 2.500 a mas de 4.000 Kgs.
- Riesgo muy alto, he tenido mas de 5 partos que han sido traumáticos o quirúrgicos (por cesárea); o he tenido más de 3 abortos; o deje pasar menos de un año entre cada embarazo; o se me ha muerto uno o más niños al nacer; o los pesos de los bebes han sido menos de 2.500 o más de 4.000 Kgs.

## 38. QUE ENFERMEDADES PADECIO DURANTE EL EMBARAZO?

- No padecí ninguna enfermedad, estuve sana.
- Padecí enfermedades del corazón, riñón o tiroides. O padecí infecciones.
- Padecí de ataques.
- Padecí diabetes o hipertensión arterial, o neurosis, o vómitos persistentes en todo el embarazo.

## 39. QUE DURANTE LOS ULTIMOS TRES MESES DE EMBARAZO HAYA PADECIDO DE SINTOMATOLOGIA TOXEMICA?

- No, solo hinchazón de pies y manos, pero me señalaron que era normal.
- Sí, Hinchazón de pies, manos y cara, mas aumento de la presión arterial.
- Sí, lo anterior mas dolor de cabeza intenso y detección de proteínas en la orina.
- Sí, lo anterior mas ataques.

## 40. MAS O MENOS CUAL FUE SU AUMENTO DE PESO POR MES DURANTE SU EMBARAZO?

- De 1 a 1.5 Kgs., por mes.
- De 1.6 a 2.5 Kgs., por mes.
- De 3 o mas Kgs., por mes.
- Sin aumento.

## 41. CUANDO LE MEDIAN EL ABDOMEN CON LA CINTA METRICA MAS O MENOS CUANTO AUMENTO POR MES SU MATRIZ?

- De 8 o mas cm., por mes.
- De 6 a 7 cm., por mes.
- De 3 a 5 cm., por mes.

\_\_\_ De 1 a 2 cm., por mes.

\_\_\_ No aumento.

42. TUVO CONTRACCIONES UTERINAS ANTES DE LA SEMANA 37 DE EMBARAZO?

\_\_\_ No, fue normal, las tuve después de la semana 37 de embarazo.

\_\_\_ Sí, tuve mas o menos una cada hora.

\_\_\_ Sí, tuve de 2 a 3 por hora.

\_\_\_ Sí, tuve 4 o mas por hora.

43. PARTICIPA USTED EN SU COMUNIDAD PARA LUCHAR CONTRA LOS PROBLEMAS DE SALUD COMO LA DROGADICCION, ALCOHOLISMO, DESNUTRICION O LAS MALFORMACIONES DE LOS NIÑOS?

\_\_\_ Sí, pues estoy convencida que esos problemas afectan a todos y que la participación colectiva, así como la responsabilidad, es fundamental para combatirlos junto con las autoridades de salud.

\_\_\_ Sí, aunque sólo a manera de recomendaciones y consejos, que brindo a mis vecinos y familiares.

\_\_\_ No, pues creo que la solución de esos problemas las debe resolver el sector salud junto con el gobierno.

\_\_\_ No participo, pues considero que esos problemas son castigos o sanciones porque nos portamos mal.

44. QUE IMAGEN TIENE USTED DEL PERSONAL DE SALUD CUANDO VISITA SU HOGAR O COMUNIDAD?

\_\_\_ Muy buena, pues se vé la responsabilidad y el interés por resolver los problemas de salud.

\_\_\_ Buena, pues me hace sentir que hay preocupación de las autoridades de los problemas de salud de mi comunidad.

- Regular, pues la verdad casi nunca se nos informa sobre los problemas de salud de la comunidad y de como organizarnos para ayudar a resolverlos, ya que las autoridades de salud, brillan por su ausencia.
- Desagradable, pues cuando los veo (Médicos o Enfermeras), me dan miedo proque pienso que me van hacer daño a mi o a mis familiares, por eso prefiero no hacerles caso.

## 7. GLOSARIO DE TERMINOS

### A

**ABORTO.** Desde el punto de vista obstétrico es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable y suele aceptarse hasta el sexto mes, el producto no es viable. Una definición con base en los avances más recientes es la de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, que considera que el feto es viable a las 22 semanas, con un peso de 500 grs.

**AMENORREA.** Ausencia de la menstruación por mas de 60 días, la cual se presenta cuando existe embarazo, en transtornos endócrinos y en los primeros meses de la lactancia al seno materno.

**ATENUAR.** Aminorar o quitar importancia a los problemas que causan los factores de riesgo, para prevenir los defectos al nacimiento.

### C

**CALOSTRO.** Secreción mamaria antes que se inicie la lactancia verdadera; contiene sobretodo, suero y leucocitos. Su contenido de proteínas es rico, brinda ciertas propiedades inmunitarias y hace que el intestino del neonato quede libre de meco-

nio y moco.

**CANCELAR.** Dejar sin efecto o suspender, mediante alguna medida preventiva, algún factor de riesgo que provoque defectos al nacimiento.

**CARDIOPATIA.** Serie de alteraciones o padecimientos que afectan al corazón.

**CESAREA.** La intervención quirúrgica que tiene por objeto, liberar al feto de las paredes uterinas y abdominales, cuando no es posible por vía vaginal.

**CICLO MENSTRUAL.** Recuperación cíclica de la túnica o capa uterina, ovulación y desprendimiento de dicha túnica que ocurre - aproximadamente cada 28 días en mujeres no embarazadas.

**CONSANGUINIDAD.** Matrimonio entre personas descendientes de un ancestro común, por ejemplo uniones entre primos, padres e hijos, entre hermanos, etc., lo que puede predisponer a que se presente algunas alteraciones cromosómicas en sus descendientes.

**CROMOSOMA.** Cuerpos teñidos que tienen forma de barra y que se originan a partir de la red nuclear durante la mitosis y la meiosis. Llevan los factores hereditarios (genes) y están presentes en número constante en cada especie. En el hombre están



46 en cada célula con excepción del óvulo y el espermatozoide, en los que existe sólo la mitad. De cada progenitor se hereda una serie completa de 23 cromosomas.

## D

**DAÑO.** Es la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico, pudiendo también interpretarse como el resultado, afección o situación no deseada en función de la cual se mide el riesgo.

**DIABETES MELLITUS.** Trastorno crónico heredado del metabolismo de los carbohidratos, debido a un desarreglo de mecanismos normal de la insulina. Se caracteriza por aumento de la glucosa (azúcar) en la sangre, glucosa en orina y alteraciones en el metabolismo de las grasas y proteínas.

**DISTOCIA.** Trabajo de parto difícil a causa de factores mecánicos producidos por el feto o por la pelvis materna, o bien por actividad inadecuada uterina o muscular de otro tipo.

## E

**ECLAMPSIA.** Complicación importante del embarazo cuya causa se desconoce. Ocurre más a menudo en pacientes con primer embarazo (primigestas) y se acompaña de la elevación de la presión -

arterial, proteínas en orina, poca orina al orinar, convulsiones y estado de coma.

EDAD GESTACIONAL. Duración del embarazo calculado desde el primer día de la última menstruación hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se presenta o expresa en semanas o días completos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Es 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 y del producto.

EMBRION. Es llamado así al producto de la concepción desde el momento de la fecundación y durante las primeras 12 semanas completas de su desarrollo en útero, después de estas 12 semanas pasa de embrión a feto.

ENZIMA. Sustancia catalítica, de naturaleza protéica, formada por células vivas, y que tiene una acción específica al promover un cambio químico.

EUTOCICO. Correspondiente al parto normal cuando el feto se presenta de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda a la madre o al feto por medio de instrumentos quirúrgicos o de reanimación.

## F

**FACTOR DE RIESGO.** Se consideran factores de riesgo todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra, sin prejuzgar si éste es o no una de las causas del daño, aún cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de casualidad.

**FACTOR RH.** Dícese de los antígenos presentes en la superficie de los glóbulos rojos, que hacen a estos incompatibles con los glóbulos rojos que no tienen el antígeno.

**FARMACODEPENDENCIA.** Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica.

**FETO.** Producto de la concepción que abarca desde la decimotercera semana del embarazo y durante el tiempo que permanece en el interior de la cavidad uterina de la 37 a las 42 semanas de gestación.

## G

**GEN.** Los genes son parte de los cromosomas, que son cuerpos -

en forma de barras que se encuentran en el núcleo de cada célula. Cada gen contiene la información para la construcción de una proteína específica, y se clasifican en genes recesivos y genes dominantes.

GENETICA. Es la rama de la biología que se encarga del estudio de la herencia; abarca desde el desarrollo de las células reproductoras, la unión de estas para dar origen a un nuevo individuo, la función y mecanismos de los genes y sus mutaciones naturales o artificiales que producen variaciones, hasta la manera como tales variaciones se propagan se ocupa igualmente de la interacción de la herencia y el ambiente en el desarrollo del individuo.

GESTACION. Es aquel estado fisiológico especial de la mujer durante el cual permanece el embrión o feto en el útero, que va desde el inicio del último período menstrual hasta el nacimiento y dura aproximadamente 280 días.

H.

HERENCIA. Es el fenómeno biológico de la transmisión de caracteres o rasgos de una generación a otra o dicho en otra palabra, de padres a hijos. Dentro de la herencia existen caracteres que son dominantes y otros recesivos.

**HORMONA.** Producto químico específico de un órgano o de ciertas células de un órgano que es transportado por la sangre o por otros líquidos del cuerpo y que tiene un efecto regulador específico sobre algunas células que se encuentran lejos del sitio de formación de la hormona.

**I**

**INMUNIDAD.** Es el estado de un organismo viviente por medio del cual se defiende o resiste y supera la infección o la enfermedad.

**L**

**LACTANCIA.** Es el período durante el cual el recién nacido se nutre de seno materno, que puede durar hasta dos años, dependiendo en gran parte por el estímulo de la succión.

**M**

**MALFORMACION CONGENITA.** Es un defecto permanente anatómico - histológico o químico que no puede ser reparado por el crecimiento o desarrollo del organismo.

**MENSTRUACION.** Es el desprendimiento de la túnica eterina al final del ciclo menstrual, que dá por resultado descarga san-

guinolenta por la vagina.

**METABOLISMO.** Serie de fenómenos para sintetizar sustancias alimenticias en elementos complejos (asimilación, anabolismo), y para transformar sustancias complejas en otras más sencillas con producción de energía (desasimilación, catabolismo).

**MODIFICAR.** Es instruir cambios en las cosas que las hagan distintas a como eran. Cambiar el factor de riesgo o hacerle cambios para, desapsrecerlo o disminuir el daño que pueda provocar.

**MORTINATO.** Producto de un embarazo de 21 semanas o más que después de concluir su separación del organismo materno, no respira ni manifiesta ningún signo de vida. Es el nacimiento de un feto muerto que pesa más de 500 grs.

**MUTACION.** Alteración genética que puede tener efectos de largo alcance sobre las características del organismo o en las de sus descendientes. Cuando un gen muta, se altera la secuencia de aminoácidos y en consecuencia la función de la proteína correspondiente.

N

**NEFROPATIA.** Son las alteraciones que se manifiestan como en-

fermedad en el riñón.

O

**OBITO.** Muerte in útero del producto de la concepción, que ocurre después de la vigésimo-primer semana de gestación. Este término es utilizado como sinónimo de muerte prenatal. El peso del producto debe ser mayor de 500 grs. El médico debe de expedir un certificado de defunción en estos productos.

**OBSTETRICIA.** Rama de la medicina que se dedica a la asistencia de las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posparto.

P

**PARTO.** Proceso consistente en dar a luz descendientes. Expulsión del producto de la concepción, la placenta y las membranas ovulares, desde el interior de la mujer durante el nacimiento.

**PERINATAL.** Es el período del parto y poco después del mismo; en las estadísticas médicas, por lo general, el período comienza con el nacimiento de un feto de 20 o más semanas de gestación y termina de 7 a 28 días después del parto.

**PESO AL NACER.** Es la cuantificación de la masa corporal de un recién nacido, momentos después de su nacimiento. Se considera normal, cuando pesa de 2,500 a 3,500 kilogramos.

**PRIMER NIVEL DE ATENCION.** Está constituido por el CIMIGEN que cuenta con personal básico de salud (médico general o familiar, trabajadoras sociales y enfermeras), con capacitación para control y manejo de mujeres en edad fértil (antes y durante el embarazo) y del recién nacido de bajo riesgo.

**PUERPERIO.** Período o estado de confinamiento después de terminar la primera etapa del trabajo de parto, hasta que ha terminado la involución del útero, por lo general en plazo de seis semanas.

R

**RIESGO.** En el contexto de salud, "riesgo" se define como la probabilidad que tiene un individuo, un grupo de individuos o una comunidad de sufrir un daño.

**RIESGO ALTO.** Es la condición en la que se detecta la presencia previa, actual o prevista de uno o varios factores que aumentan la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales requieren de la utilización de recursos de tercer nivel para su control.



**RIESGO MEDIO.** Es la condición en la que se detecta la presencia previa, actual o prevista de uno o varios factores que aumenten la probabilidad de daño para la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales deben ser controlados con los recursos de segundo nivel de atención.

**RIESGO BAJO.** Es la condición en la que no se detectan factores previos, actuales o previstos que pongan en riesgo la salud de la mujer en edad fértil o de su hijo, los cuales pueden ser controlados con los recursos de primer nivel de atención.

**RIESGO REPRODUCTIVO.** Es la probabilidad de que uno o varios factores de riesgo previos, presentes o previstos puedan ocasionar daño a la mujer en edad fértil o a su hijo en el caso de que ocurra un embarazo.

## S

**SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.** Está constituido por clínicas hospital en las que se cuentan con médicos especialistas, trabajadoras sociales y enfermeras con capacitación para control y manejo de mujeres en edad fértil (antes y durante el embarazo) y del recién nacido de riesgo medio.

## T

TERATOGENO. Se origina en células pluripotenciales, como las que produce un feto bajo condiciones normales. La teratogenia es la formación o producción de monstruos.

TERCER NIVEL DE ATENCION. Está constituido por hospitales generales con recursos físicos para terapia intensiva de adultos, terapia intensiva neonatal, unidad de cuidado intensivo materno-fetal y personal especializado con capacitación para control y manejo de mujeres en edad fértil (antes y durante el embarazo) y del recién nacido con alto riesgo.

U

ULTRASONIDO. Son ondas sonoras de alta frecuencia que pueden dirigirse mediante un transductor, hacia el abdomen materno. - Las ondas sonoras ultrasónicas que se reflejan en la estructura subyacente de densidades variables permiten identificar los diversos tejidos maternos y fetales, lo mismo que los huesos y tejidos.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ASOCIACION DE MEDICOS DEL HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 3 IMSS. Ginecología y Obstetricia. Ed. Méndez Oteo. Tercera Edición. México, D.F., 1987. 1029 pp.

AMOR, Carolina. El Cuidado Prenatal. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1982. 87 pp.

ARMEDARIS, Salvador. Conclusiones sobre los defectos al nacimiento como problema de salud pública en México. Ed. CATESGEN. México, D.F., 1979. 71 pp.

BALSEIRO, Almarío Carmen L. Guía de Tesis y Diseño de Investigación. Ed. UNAM/ENEO. México, D.F., 1985. 29 pp.

BENSON, C. Ralph. Diagnóstico y Tratamiento ginecoobstétricos. Ed. Manual Moderno. México, D.F., 1983. 1067 pp.

CLAYTON, Stanley G. Obstetricia. Ed. Salvat. Barcelona, España. 1981. 201 pp.

DIAZ Del Castillo, Ernesto. Pediatría Perinatal. Ed. Interamericana. México, 1979. 492 pp.

DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD. Guía de Estudio para

la prevención de los defectos al nacimiento. Ed. Gen. A.C. UNAM México, 1988. pp. 1.

GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. El feto y su ambiente. Ed. Cid-Gen. México, 1983. 113 pp.

GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. Los defectos al nacimiento como problema de salud en México. Ed. CLATES-Gen. México, 1980. 71 pp.

GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. Manejo Integral de los defectos al nacimiento. Ed. CID-Gen. México, 1986. 108 pp.

GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. Prevención de los defectos al nacimiento. Ed. CID-Gen. México, 1983. 113 pp.

GRUPO DE ESTUDIOS AL NACIMIENTO. ASOCIACION CIVIL. Programa permanente de prevención y tratamiento de los defectos al nacimiento, proyecto multi-institucional. Ed. CID-Gen. México, 1938. pp. 105.

JURADO, Eduardo. Etiología del daño secundario a los defectos al nacimiento. Ed. CID-Gen, México, 1986. 108 pp.

MONDRAGON, Castro Hector. Obstetricia básica ilustrada. Ed. Tri llas. México, D.F., 1982. 665 pp.

NESBITT, R. La prevención desde el punto de vista del obstetra.

Ed. UNAM/ENEO. México, D.F., 1985. pp. 10.

NEVILLE F. Hacker, J. George More. Compendio de Ginecología y

Obstetricia. Ed. Interamericana. McGraw-Hill, Madrid España,

1988, 598 pp.

PRESCRIPCION MEDICA PERIODICA. El peso al nacer como consecuen

cia del tabaquismo materno. Año 3 Núm. 31. 35 pp.

RAMOS Galván, Rafael. Alimentación normal en niños y adoles-

centes. Ed. Manual Moderno. Primera Edición. México, D.F. 1985,

785 pp.

SALAMANCA, Fabio. Prevención de las malformaciones congénitas.

Ed. CLATES-Gen. México 1979. 90 pp.

SWARCZ Letlal, Ricardo. Obstetricia. Ed. El Ateneo, México.

1988. 602 pp.

STEELE Sir, Jhon. Ginecología, Obstetricia y el recién nacido.

Ed. Manual Moderno, México, D.F. 1987. 303 pp.

VARGAS G, Carlos. EL feto y su ambiente; aspectos físicos. Ed.

CID-Gen. México, 1986. 108 pp.

WILLIAMS, Jhon Whitridge. Obstetricia. Ed. Salvat. Tercera Edición. México, D.F. 1987. 900 pp.