



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

**"DISEÑO DE UN INSTRUMENTO CLINICO PARA LA DETECCION TEMPRANA DE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO."**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN ENFERMERIA Y**  
**OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A N :**  
**ESLAVA CORRAL MONICA**  
**GARDUÑO ORTEGA CLAUDIA MARIA**  
**RODRIGUEZ ROLDAN GABRIELA**  
**SOLIS FLORES LAURA**

*Asesor: Gregoria Carrillo G.*

MEXICO, D. F.

1994

**FALLA EN ORIGEN**

**U. N. A. M.**  
**ESCUELA NACIONAL DE**  
**ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**  
**COORDINACION DE SERVICIOS**  
**SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES**  
**DE TITULACION**



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.

A NUESTRA MAXIMA CASA DE ESTUDIOS Y A LA ENEO

CON PROFUNDO AGRADECIMIENTO  
POR SER PILAR IMPORTANTE  
PARA NUESTRA REALIZACION  
COMO PROFESIONISTAS .

AL DR. RAUL EGUIA-LIZ CEDILLO

CON GRAN ADMIRACION POR SU PACIENCIA,  
DEDICACION Y SABIDURIA BRINDADAS PARA  
LA ELABORACION DE ESTA INVESTIGACION .

A LA LIC. GREGORIA CARRILLO

POR SU APOYO Y ASESORIA INCONDICIONAL  
A LA CONDUCCION DE ESTA INVESTIGACION .

A TODOS ELLOS G R A C I A S .

A MIS PADRES Y HERMANOS

POR SU EJEMPLO DE TENACIDAD,  
POR EL APOYO BRINDADO,  
NO SOLO DURANTE MI CARRERA,  
SINO DURANTE TODA MI VIDA.

A TI CUIC

POR HABERME IMPULSADO, COMPRENDIDO  
Y LO MAS IMPORTANTE EL CORRESPONDER  
A MI AMOR.

T E A M O .

A MIS AMIGOS

POR HABERME PROPORCIONADO  
ALGO ACTUALMENTE DIFICIL  
DE ENCONTRAR, AMISTAD.

M O N I C A

A TI MAMA

POR SER LA MUJER MAS ADMIRABLE  
POR SER TAN VALIOSA,  
POR BRINDARME LA OPORTUNIDAD  
DE SER ALGUIEN  
POR DARME LA MAYOR DE LAS HERENCIAS  
POR SER SIMPLEMENTE TU,  
LA MEJOR DE LAS MADRES.

C O N   A M O R .

A MI HERMANO

POR SER TAN MARAVILLOSO  
E INCULCARME SU ALEGRIA  
Y DINAMISMO.

C O N   C A R I N O .

C L A U D I A

A MIS PADRES

POR EL INTERES Y APOYO  
QUE PUSIERÓN EN MI CARRERA  
POR EL TIEMPO QUE LES ROBE  
PENSANDO EN MI  
ESTO SERA LA MEJOR DE SUS HERENCIAS

CON TODO RESPETO Y C A R I N O .

A MIS HERMANOS

UN ETERNO AGRADECIMIENTO  
POR EL TIEMPO Y APOYO  
QUE ME DEDICARON  
TODO EL TIEMPO DE ESTUDIANTE .

MUCHAS GRACIAS .

G A B R I E L A

POR QUIEN FUI, SOY Y QUIERO  
SEGUIR SIENDO MOTIVADA DEDICO  
ESTE TRABAJO CON GRAN APRECIO  
A DIOS, MIS PADRES Y HERMANOS.

SIN ESCEPCION ALGUNA A MIS  
VERDADEROS AMIGOS CON AFECTO.

L A U R A .



-----  
G. GREGORIA CARRILLO G.



-----  
LIC. GREGORIA CARRILLO G.

# I N D I C E

CONTENIDO	PAGINA
SINTESIS.....	1
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO .....	5
CITAS BIBLIOGRAFICAS.....	i
JUSTIFICACION .....	22
OBJETIVOS .....	22
HIPOTESIS .....	23
FINALIDADES .....	23
CLASIFICACION DEL ESTUDIO .....	23
UNIVERSO .....	23
MUESTRA .....	24
METODO DE SELECCION DE PARTICIPANTES .....	24
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE PARTICIPANTES .....	24
UNIDADES DE OBSERVACION .....	24
METODOLOGIA .....	25
RESULTADOS .....	27
INDICE DE CUADROS Y GRAFICAS .....	11
CUADROS Y GRAFICAS .....	40
CONCLUSIONES .....	138
INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO CLINICO.....	141
INSTRUMENTO CLINICO PARA LA DETECCION TEMPRANA DE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO .....	142
SUGERENCIAS .....	143
GLOSARIO .....	144
BIBLIOGRAFIA .....	151
ANEXOS .....	155

## SINTESIS:

El nacimiento es el momento más trascendental en la vida del ser humano, debido a los factores que confluyen en esta etapa, algunos de estos resultan adversos poniendo en riesgo la evolución del embarazo; por lo cual se considera necesaria, la implementación de un instrumento clínico que nos permita detectar oportunamente el embarazo de alto riesgo en etapas tempranas y con ello limitar la morbi-mortalidad perinatal.

## INTRODUCCION:

Sabemos bien que en el ser humano todo desprendimiento es doloroso sobre todo, si se trata de relaciones emocionales significativas que se extinguen y cambian su carga y representación psíquica. De no ser por la fuerza vital extraordinaria con que el niño viene dotado, tal vez nunca tendería a desprenderse de su madre para lanzarse solo a la vida extrauterina; período que culmina con el nacimiento; el cual es el momento más trascendental en la vida del ser humano. Aún cuando el embarazo y el nacimiento sean un evento normal siempre existe incertidumbre sobre la evolución y culminación de estos debido a que, en un momento dado, múltiples factores confluyen en esta etapa y en consecuencia se conjuntan factores adversos que ponen en riesgo a cualquiera de los dos integrantes del binomio. Entendiendo como " riesgo a la

probabilidad que tiene un individuo, un grupo de individuos o una comunidad de sufrir un daño " (1); pero si esto lo enfocamos a la reproducción humana entenderemos como "riesgo reproductivo a la probabilidad de que uno o varios factores de riesgo puedan ocasionar daño a la mujer gestante o a su hijo" (2).

Al hablar de riesgo reproductivo tendremos que relacionar a los factores de riesgo que condicionan la evolución del embarazo. Definiendo como " factor de riesgo a todas aquellas características o circunstancias que aumentan la probabilidad de que un daño ocurra sin prejuizar si ésta es o no una de las causas del daño, aún cuando su identificación haya sido motivada por una sospecha de casualidad " (3). Independientemente de su frecuencia y de su morbi - mortalidad el embarazo de alto riesgo continúa siendo tema de abundantes incógnitas, paradojas y controversias, no obstante, diversos países han abordado el tema coincidiendo en muchos aspectos destacando la influencia de diversos factores que condicionan el embarazo de alto riesgo tales como:

#### ANTECEDENTES PREGESTACIONALES

- Toxemia en embarazo previo.
- Hijos previos menores de 2500 g, prematuros, macrosómicos o malformados.
- Desordenes psiquiátricos.
- Talla menor de 1.50 m.
- Fumadoras de más de diez cigarrillos diarios.
- Hipertensión crónica.
- Enfermedad crónica renal.

- Enfermedades sistémicas.
  - Edad menor de 17 años o mayor de 38 años.
  - Enfermedades pulmonares o cardíacas.
  - Drogadicción.
  - Alcoholismo.
  - Anemia.
  - Embarazo múltiple.
  - Abortos previos.
  - Obitos previos.
  - Muerte neonatal temprana.
  - Infección de vías urinarias previas.
  - Rh. negativo o antecedentes de incompatibilidad A, B, O. -
- Otras.

#### ANTECEDENTES GESTACIONALES

- Toxemia.
- Hemorragia transvaginal.
- Polihidramnios.
- Embarazo múltiple.
- Retardo en el crecimiento intrauterino.
- Trabajo de parto pretérmino.
- Ausencia de control prenatal.
- Diagnóstico de diabetes durante el embarazo.
- Hipertensión o hipotensión durante el trabajo de parto.
- Inducción en el trabajo de parto.
- Trabajo de parto: sufrimiento fetal agudo, presentaciones anormales, trabajo de parto prolongado, forceps o meconio.

- Disminución de movimientos fetales.
- Infección de vías urinarias durante el embarazo.
- Insuficiente ganancia de peso o más de 14 kg. durante el embarazo.
- Presión sanguínea mayor o igual a 140/90 mmHg.

Los factores enunciados anteriormente no son de ninguna manera los únicos, sólo deben servir como una guía para estar alerta a identificar la posibilidad de un embarazo de alto riesgo.

Considerando que existen diferencias conforme al área geográfica a la que se haga referencia y por ende a su tipo de población, medio ambiente, situación política, nivel socioeconómico, cultural y problemas sociales.

Con lo dicho anteriormente podemos mencionar que dentro de la población de Milpa Alta, los factores de riesgo que destacan son los siguientes:

- Edades extremas para la gestación.
- Diabetes.
- Toxemias.
- Hipertensión.
- Infección de vías urinarias.
- Anemia.
- Desnutrición.
- Falta de atención prenatal.
- Amenaza de parto pretérmino.
- Amenaza de aborto.
- Sangrado del segundo y tercer trimestre.

- Parasitosis.
- Bajo nivel socio-económico-cultural.

Debido a la morbilidad que se presenta en las mujeres gestantes de dicha población, consideramos adecuado implementar un mecanismo, que permita detectar a mujeres con riesgo prenatal en etapas tempranas tendientes a disminuir la mortalidad materno infantil. Para la elaboración de dicho instrumento tomaremos como referencia los que se han elaborado en otras instituciones y en los cuales nos basaremos para implementar la hoja de riesgo y validarla según la población de Milpa Alta.

#### MARCO TEORICO

A largo de la historia y la experiencia en el ámbito médico, se ha visto que la influencia de ciertos factores ponen en riesgo la evolución del embarazo y/o la culminación de éste, asociándose también con algunas enfermedades en la etapa reproductiva que dificultan la fertilidad.

Todo esto ha influido y motivado a muchos investigadores de diversos países para determinar el riesgo reproductivo, entendiéndose como " riesgo a la probabilidad que tiene un individuo o una comunidad de sufrir un daño ". (4)

En la literatura mundial existen diferentes estudios en los que se reporta que la morbi-mortalidad, aumenta o se ve influida con la presencia de ciertos factores los cuales pueden empezar a

hacer su efecto durante la etapa pregestacional, durante el embarazo, el trabajo de parto y el postparto.

No obstante, existen factores de riesgo que se han venido tomando en cuenta por tradición, es decir, que fueron trascendentes en alguna población de alguna época y que con los avances tecnológicos y en sí de la medicina, no podemos precisar que tan válidos siguen siendo.

Tomando en consideración la definición de riesgo, es evidente que debemos conocer a la población en estudio y los problemas que le aquejan para determinar la influencia de los factores de riesgo que determinan la morbi-mortalidad perinatal. Muchos estudios han sido dirigidos a los problemas concernientes a la validez de las escalas de riesgo perinatal en predicción a la incidencia de mortalidad y enfermedades maternal e infantil. La mayoría de estos estudios ha enfocado su atención hacia los infantes evaluando su riesgo perinatal. Característicamente, estos estudios han examinado diferentes factores de los infantes que fueron afectados por percance ocurrido durante el embarazo, parto y expulsión. Estos estudios pueden ser clasificados en tres grupos: el primero ha sido clasificado de acuerdo a las escalas de riesgo como: predicciones clínicas (ej. Apgar, bajo peso, edad gestacional, infecciones, operaciones, anomalías neurológicas, enfermedades respiratorias, estudios específicos psicológicos, días en el hospital y mortalidad). Los ejemplos de estudios en este grupo son aquellos hechos por Aubry y Pennigton (1973), Dixon Truncicle, keefer y Brazenton (1982); Hobel et. al (1973), Littman y Parmelee (1978). Los estudios en el segundo grupo se encaminan

hacia la habilidad de las escalas de riesgo perinatal, para estudiar la conducta obtenida durante el periodo neonatal por ej. la escala Brazelton en donde se evalúan los estados de sueño, respuesta cardiaca y percepción visual, Generalmente estos estudios han incluido sólo una escala o sólo pocos riesgos variados, así se torna difícil evaluar la predicción que se usa en la escala en uno de los estudios comparados con aquel de una escala diferente usada en otro estudio. Los resultados de riesgo perinatal han sido utilizados también en algunos estudios sólo como objetivo de clasificar variables o para dar información descriptiva al paciente, prefiriendo las variables dependientes. De esta manera existe la mitad de las veces una valoración no directa de un resultado perinatal.

El tercer grupo hace reportes tales como valoraciones directas, usualmente han encontrado poco, pero significantes correlaciones entre resultados de riesgo perinatal y una variedad de resultados obtenidos durante el período neonatal. De cualquier modo, los intentos para predecir los riesgos prenatales a los resultados obtenidos más tarde en el infante y durante su niñez no han sido satisfactorios. En los estudios posteriores, las correlaciones son frecuentemente bajas y no significativas. Pero aunque la magnitud de las correlaciones es baja, está claro que los infantes quienes en su clasificación al nacer es pobre (ejem. bajo peso y varias complicaciones subsecuentes ) y quienes muestran un desarrollo anormal que puede ser identificado más frecuentemente que en niños sin complicaciones, así como un alto número de factores de riesgo perinatal.

De esta manera las escalas usadas en el anteparto e intraparto da un resultado de riesgo, para lo cual se necesita mayor empeño para obtener métodos para ayudar a la niñez. (5)

Baruffi, Strobino y Dellinger (1984). Cuestionaron las escalas de riesgo perinatal usadas con la población; ellos encontraron que dos poblaciones de mujeres embarazadas con características similares socioeconómicas difirieron significativamente en la distribución de puntos específicos en cuanto a riesgo perinatal, además los esfuerzos para controlar la presencia de un único riesgo característico en cada población. También encontraron que la exactitud de predicción de enfermedad en el infante varió dependiendo de la definición usada para evaluar a una paciente en " alto riesgo ".

Hobel propuso un cambio en el " alto riesgo " con los resultados usados en la escala de 10 a 25; también examinó las condiciones individuales de la escala, para determinar si hubo cambios en un lapso de 6 años. Encontró que algunas condiciones predictivas fueron negativas en 1972. Las cuales se encuentran en el siguiente cuadro:

**Factores Prenatales:****Resultados:****I . Cardiovascular y Renal**

1 . Toxemia moderada a severa .	10
2 . Hipertensión Crónica	10
3 . Enfermedad Renal Moderada a Severa .	10
4 . Enfermedad Severa del Corazón Clase II-IV	10
5 . Historia de Eclampsia .	5
6 . Historia de Pielitis .	5
7 . Enfermedad del Corazón Clase I .	5
8 . Toxemia Benigna .	5
9 . Pielonefritis Aguda .	5
10 . Historia de Cistitis .	1
11 . Cistitis Aguda .	1
12 . Historia de Toxemia .	1

**II. Metabolía**

1 . Diabetes	10
2 . Endócrina previa	10
3 . Enfermedad tiroidea	5
4 . Prediabétes	5
5 . Historia de diabétes en la familia	1

**III. Historia previa**

1 . Previa transfusión total por Rh	10
2 . Previa alumbramiento de un niño muerto	10
3 . Posttermino mayor a 42 semanas de gestación	10

4 . Infante prematuro	10
5 . Previa muerte neonatal	10
6 . Previa operación cesárea	5
7 . Aborto habitual	5
8 . Infante > 10 lb.	5
9 . Multiparidad > 5	5
10. Epilepsia	5
11. Anatomía fetal	1

Hobel Ayvarinen, Okada y Oh's (1973). Alto riesgo. Sistema de protección en el embarazo.

Tal como un sistema es más probable que produzca resultados favorables si se realiza una identificación precisa de un riesgo perinatal.

Existen seis escalas de riesgo perinatal hechas en Colorado y han sido empleadas en varias investigaciones y estudios clínicos aunque los datos no han sido meramente publicados en Brazie et. all y pocos datos han sido publicados para Nesbitt y Aubry y Pennington, la validez de las otras escalas han sido examinadas en gran variedad de estudios. Las escalas desarrolladas por Hobel et. all, Littman y Parmelee, Prechtel y Sax Sameroff y Babigian todo generalmente ha sido mostrado para ser predictores válidos de resultados perinatales. Extensiones de las escalas para predecir conductas durante la niñez que han dado resultados negativos. Comparaciones directas de precisión de dos o mas escalas de riesgo predicen resultados que no han sido reportados en la literatura

independiente del trabajo reportado por Molfese y colegas. Tales escalas son necesitadas en orden para determinar si una escala de riesgo perinatal es tan buena como otra en resultados de predicción durante el periodo perinatal y más tarde en la lactancia y la niñez.

Los resultados de estos análisis nos dan una considerable información de como las escalas de riesgo perinatal comparadas con los términos de resultados generados individualmente por los pacientes y que tan útiles son las predicciones en cuanto a resultados específicos. Cuatro de las cinco escalas presentaron resultados similares al total de los resultados de las escalas, el total predictivo de la valoración de estos resultados, no fue tan buena como para predecir el valor de los resultados derivados de un mínimo de la escala similar. Las mayores diferencias entre las escalas parece estribar en la especificidad del anteparto en cuyos puntos contenidos se prefieren a los del intraparto. En general los puntos del intraparto son bastante similares.

Los resultados también muestran que los de las escalas pueden ser empleados, con grados variantes de éxito, para predicción maternal y neonatal. Aunque algunas escalas aptas para predecir una variedad de consecuencias proyectadas por sus resultados, esto podría ser importante para aprovechar la predicción agregando nuevos puntos o por reformulación de escalas.

Finalmente, parece que existe una ventaja en el empleo de resultados, más que en el número de complicaciones como una medida de riesgo perinatal. (6)

## UN MULTIVARIADO MODELO DE RIESGO PERINATAL

Anteriormente se han explorado resultados relativos a los efectos de los factores de riesgo perinatal en medidas de estatutos infantiles al nacer. Aunque el origen de estos factores frecuentemente han sido atribuidos a las condiciones psicológicas y médicas, otras variables (ej. factores psicológicos, stress y procesos sociales) han sido identificados también como factores de riesgo perinatal.

Por ej., ansiedad, depresión y stress durante el embarazo son los tres fenómenos que han recibido particularmente intensos escrutinios como complicaciones surgidas del origen prenatal.

De los resultados de investigaciones de estas variables que han propuesto multivariados modelos que tratan de explicar como muchas variables interactúan en cada una de las que producen las complicaciones perinatales, las cuales en su momento sirven para influenciar los resultados maternos e infantiles.

Estas demandas dan origen a las percepciones de la mujer como son es stress, complicación que se da en el embarazo y en su estado emocional, cognositivo, psicosocial, de conducta, aptitudes que se presentan con estas tensiones. Sus esfuerzos para enfrentar esto puede resultar en una variedad de respuestas tales como complicaciones en el anteparto, la búsqueda de información en cuanto al embarazo y el nacimiento del niño. Si los esfuerzos en responder a las tensiones del embarazo que son percibidos como el comienzo adecuado entonces las tensiones son liberadas. Estas percepciones nos dan un origen de turno para respuestas

psicológicas para el presente embarazo y algunas complicaciones de anteparto. (7)

#### VARIABLES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS DEL INFANTE

Ansiedad. En general, la alta ansiedad materna en el embarazo se ha encontrado con una reducción en el parto prolongado, el mayor empleo de analgésicos y anestesia en el parto, el alumbramiento prematuro, el bajo peso en el infante, y Apgar bajo a los cinco minutos. Estas han sido algunas dificultades, para dar conclusiones de estos datos, en parte porque las diferencias a través de los estudios en el tipo de ansiedad y el tiempo durante el embarazo es cuando los datos fueron obtenidos.

Depresión. En suma las características anteriores de depresión, han sido tomadas de varios factores similares a aquellos de la ansiedad. Por ejemplo, en algunas investigaciones se ha notado que el nivel de depresión en el embarazo es un punto predictivo del nivel de depresión durante el periodo postparto.

En los altos niveles de depresión estos son asociados con un mayor número de complicaciones en el embarazo y un incremento en el empleo de analgesia durante el parto, las muertes perinatales, los alumbramientos prematuros y una gran incidencia de resucitaciones neonatales; así como menor Apgar. En suma la depresión en el embarazo tiene resultados similares a los de la ansiedad.

Stress. La vida con stress durante o después del embarazo ha sido

todavía caracterizado por los investigadores como una forma de ansiedad. El alto grado de stress se ha reportado por estar relacionados con una serie de complicaciones en el embarazo (ej. preeclampsia, hiperemesis, ruptura prematura de membranas, presión alta); y como resultado en el infante ( bajo peso al nacer, alumbramiento prematuro, bajo resultado Apgar ). Otros investigadores han reportado asociación entre el stress y el sistema social de vida. (8)

#### ESCALAS DE RIESGO

Muchos niños y sus madres experimentan dificultades durante el embarazo, el alumbramiento y en el puerperio. Si realmente esa fue la desición de esas madres, entonces podrían hacer lo posible por prevenir problemas que podrían volverse más serios, protegiéndose de posibles daños y resultados que obviamente es importante para la salud pública. Una forma de terminar con esto es con un control prenatal adecuado.

La doctora Molfese ha considerado los índices de riesgo como una importante perspectiva. En esta concección ella reconoce la significancia del cierre de los resultados (resultados específicos que definen la diferencia entre no riesgo y riesgo).

La importancia de calcular la sensibilidad y los índices específicos de riesgo con una escala puede diferenciar los factores de riesgo de los no riesgo y el tiempo en que los infantes y las madres son detectados como un ser en riesgo en caso que sean fallidos.

El riesgo cuantificado nos permite además usarlos como modelos designados para predecir las conductas en los infantes. Este método objetivo ha triplicado infinidad de procedimientos en los cuales se especifican las complicaciones perinatales que son identificadas y los resultados son evaluados.

El número de resultados asignados para las complicaciones varía en magnitud, para revelar los niveles diferentes de riesgo para un desarrollo pobre de consecuencias durante la infancia, de cualquier manera, las complicaciones específicas que son evaluadas por varios métodos objetivos varía constantemente y parecen ser un pequeño desacuerdo en como saber las complicaciones que podrían ser mejor valoradas. En adición, la escala de riesgo frecuentemente ha encontrado ser solo débiles predicciones de conductas en los infantes y en su niñez retardada. La poca contribución de los resultados parece ser una verdadera limitación en donde se ha incluido una escala evaluativa y de diferencias en los procedimientos usados para asignar un resultado de riesgo perinatal y para su importancia de riesgos.

Los records médicos contienen un basto nivel de diversa información perinatal, incluyendo historia médica, estrato socio-económico, cuidados durante la preñez, incluyendo los resultados de exámenes físicos y de laboratorio. Hojas de anotaciones, procedimientos de medicamentos administrados durante el trabajo; trazos del feto en el monitor. Traduciendo e interpretando los procedimientos, medicamentos y resultados del proceso de alumbramiento y una variedad de medidas detalladas pertenecientes al estado de salud postnatal de la madre y el niño.

Los riesgos perinatales son asociados con estas condiciones pudiendo ser cuantificados, por ej. el pronto sangrado vaginal se ha encontrado en relación con los altos incidentes de las complicaciones infantiles ( ej. baja edad gestacional, muerte perinatal, asfixia, nacimiento en mal posición, desprendimiento de placenta previa, pequeña edad gestacional).

La obesidad en la preñez, es otra de las formas que se asocian con las complicaciones prenatales (hipertensión, inadecuada preñez por el aumento de peso, diabétes, cesárea anterior ). Pero las condiciones durante el parto y el período postnatal del infante no ha sido encontrado significativamente diferente de aquellos asociados con mujeres que no son obesas.(9)

#### TIPOS DE RIESGOS PERINATALES EN ESCALAS

Un número de riesgos perinatales en escala han sido desarrollados usando protección en una mujer preñada, y otros que podrian también proteger al neonato de problemas que pueden surgir durante el periodo del desarrollo, con un resultado de anteparto y de intraparto. Estas escalas de riesgo perinatal contienen ideas relacionadas a una variedad de complicaciones que pueden surgir durante el alumbramiento, o en el periodo postnatal.

En acuerdo con Prechtl en obstetricia la complicación es "algún factor o grupo de factores en el medio ambiente prenatal o perinatal en los cuales se incrementa el riesgo de mortalidad fetal". (10)

## ESCALA DE RIESGO DEL ANTEPARTO

Esta escala se divide en tres categorías: historia obstétrica, preñez y edad gestacional. La escala de anteparto incluye puntos designados para dar datos como (edad materna, paridad, historia reproductiva y complicaciones médicas existentes). En adición a estas escalas conteniendo puntos que permitan especificar una variedad de complicaciones, que podemos tener desarrolladas durante la preñez. Algunas escalas además incluyen puntos pertenecientes al nivel socio-económico, ( estado civil, educacional, ingresos y razas).

## ESCALAS DE RIESGO EN EL INTRAPARTO

La escala de protección en el intraparto incluye puntos pertenecientes a la duración de la primera etapa del parto, progresión de proceso de la dilatación, presencia de meconio, tiempo en que las membranas fueron rotas, inducción o conducción del parto, uso de medicamentos. Algunas escalas además incluyen puntos pertenecientes a las características del paciente en el anteparto ( altura, peso y número de visitas prenatales) y algunos puntos seleccionados usualmente relacionado con el factor riesgo que ha sido presentado durante el periodo anteparto. Algunas de las escalas del intraparto han sido usadas en conjunción con escalas de anteparto, con un notorio incremento en la correcta identificación de pacientes en riesgo. Existiendo resultados negativos perinatales que fueron definidos

como instancias de prematuro, nacimientos de infantes con bajo peso al nacer, depresión neonatal y/o síndrome de stress respiratorio. Basado en resultados del anteparto, en los dos casos de mujeres con alto riesgo y mujeres con bajo riesgo, los resultados fueron agregados a la gran proporción de resultados negativos tanto en el intraparto como en el anteparto. (11)

#### BAJO PESO AL NACIMIENTO

Uno de los aspectos relevantes de la Neonatología lo constituye la definición del " bajo peso ", ya que de esto depende el análisis e interpretación de los estudios realizados a este respecto. En torno a esto haremos una breve cronología de la evaluación de dicho concepto.

A principios del siglo no existía el concepto de bajo peso con una connotación específica ya que el peso y la edad gestacional eran los indicadores clínicos considerados para la identificación de la prematuridad, ya en 1902 P. Budin señala que el neonato prematuro es aquel niño que nacia antes de las 36 semanas de gestación; mientras que en 1920 el Dr. Yllpò lo define como aquel que al momento del nacimiento tiene un peso menor a 2500gr. Un par de años más tarde W. Hess retoma nuevamente el parámetro de la edad gestacional ubicando en esta ocasión el límite en 37 semanas.

Con lo anterior es evidente la falta de uniformidad en el establecimiento del criterio diagnóstico de Prematuridad por lo que en 1936-37 la Academia Americana de Pediatría y un Comité de expertos de la OMS establecen que el peso al nacimiento menor a

2500 gr., sin importar la edad gestacional debe ser el indicador exclusivo de la madurez del recién nacido. Sin embargo diez años después la misma OMS conjunta nuevamente a ambos indicadores consignando además que los términos de inmadurez y prematuridad eran sinónimos y podían usarse indistintamente.

Esta definición oficial, aunque no precisa, se mantuvo durante muchos años hasta que a la luz de nuevos conocimientos de los segunda mitad del siglo la FIGO en conjunto con la OMS reestructuran el concepto de prematuridad y señalan que el peso al nacer no es indicador ideal para identificar a esta, generándose el término de " bajo peso al nacer " como un grupo especial dentro de los recién nacidos y aunque ambos están estrechamente relacionados deben considerarse como diferentes entre sí, por lo que las definiciones quedan desde ese momento de la siguiente forma:

**Prematuro:** Recién nacido con una edad gestacional menor de 37 semanas al nacer.

**Neonato de bajo peso:** Recién nacido con un peso al nacimiento menor de 2500 gr. estableciéndose en ese mismo momento la importante diferencia que existe entre la inmadurez orgánica y la prematuridad recomendándose el uso de los vocablos de término - pretermino y posttermino para dar relevancia a la edad gestacional como el indicador más sensible de la madurez del producto. (12)

En años sucesivos organismos como la OPS, el CLAP y la misma FIGO han revalidado estos conceptos, los cuales manejamos actualmente. Al inicio de la década de los 70's y considerando que dentro del grupo del recién nacido de bajo peso se encuentran englobados

distintos tipos de pacientes, se crean entonces los términos de " peso adecuado ", " peso alto " y " peso bajo " para la edad de gestación para tratar de determinar la relación que existe entre los parámetros que evalúan el crecimiento y la madurez de los neonatos. Tales términos son aplicables a cualquier edad gestacional pero en forma general, y son equivalentes a los de eutrofia, hipertrofia e hipotrofia utilizados en forma amplia , y a partir de la creación de las curvas de crecimiento intrauterino las cuales han sido un instrumento de gran utilidad en esta área. Con lo anterior podemos resumir que dentro del grupo de neonatos que tienen bajo peso al nacer, se incluye una gran diversidad de pacientes desde los prematuros reales hasta pacientes no preterminos con retardo en el crecimiento intrauterino, lo cual hace complejo el concepto general de recién nacido de bajo peso al nacer, por lo que posiblemente esta no sea la mejor forma de clasificarlos. Sin embargo por no existir al momento un patrón de referencia más confiable, tomamos a este como elemento de juicio para el análisis de las publicaciones relacionadas al tema.

Estudios previos han descrito el riesgo del recién nacido con peso bajo al momento del nacimiento ya que representa en la actualidad un problema importante para los países en desarrollo tanto por su notable contribución a las cifras de mortalidad perinatal, neonatal e infantil, como por su participación en la génesis de alteraciones neurológicas que se pueden presentar como consecuencia de la patología propia o del manejo médico a que son susceptibles este grupo de neonatos.

El bajo peso al nacimiento en los infantes representa un gran

riesgo de mortalidad, e incidencia de enfermedades. Tales infantes son más susceptibles a morir que los de un peso normal, durante el primer mes de vida y los sobrevivientes tendrán riesgo de morir a través del primer año de vida.

Los infantes sobrevivientes de bajo peso al nacimiento también tienen un gran riesgo de enfermarse en el primer año de vida particularmente de enfermedades respiratorias.

En estudios recientes se ha visto la influencia de ciertos factores de riesgo para bajo peso al nacimiento como: la raza negra, la edad de la madre y el estado civil.

Una madre demasiado joven, esta altamente relacionada con un muy bajo peso en el nacimiento de un niño; también es asociada con la falta de obtención de un apropiado cuidado prenatal y la ausencia de un padre en el hogar.

La baja educación materna y el estado civil son altamente correlacionados con el bajo ingreso y las madres demasiado jóvenes lo que da lugar al bajo peso en el infante al nacer y por consiguiente un gran riesgo de morir o de incrementar el riesgo de enfermedades.

El incremento de estos riesgos podría tomarse como una carencia de conocimientos con respecto al apropiado uso de prevención y los cuidados primarios de salud. (13)

## CITAS BIBLIOGRAFICAS

1. Memorias del GEN. El feto y su ambiente. pag.113.
2. La atención primaria materno infantil. 5o. Simposium pag.243.
3. Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal. pag.10.
4. Memorias el GEN. El feto y su ambiente. pag. 113.
5. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.107.
6. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.114.
7. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.184.
8. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.19.
9. Molfese Victoria J. Perinatal Risk and infant development. Pag.280.
10. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.293.
11. Margareta Wennergren. Perinatal Risk factors. pag.150.
12. Combs Orme Terri, Phd et all. Bajo peso al nacimiento. pags. 1109-1111.
13. Zalen Sprock Van, J.M.G. Rehospitización de infantes con muy bajo peso al nacimiento. pags. 666-669.

## JUSTIFICACION

La patología detectada en la población de mujeres embarazadas que acuden al Hospital General Milpa Alta; es similar a la encontrada en la bibliografía, pero se desconocen los factores de riesgo que se encuentran involucrados, por lo tanto, es necesario implementar un instrumento que permita detectar oportunamente a la mujer gestante portadora de un embarazo de alto riesgo; y con ello se podrá disminuir la morbi-mortalidad perinatal.

Además, se a observado que la población gineco-obstétrica ocupa el 45 % de la asistencia que se otorga en el H.G.M.A. y de éste aproximadamente del 5 al 10 % presenta alguna complicación perinatal, que pone en riesgo la integridad de alguno de los componentes del binomio madre-hijo. En consecuencia, es necesario realizar una investigación que permita anticiparse a los acontecimientos y detectar tempranamente a la mujer gestante que tiene alto riesgo perinatal.

## OBJETIVOS

**GENERAL:** Crear un instrumento clínico que permita detectar a pacientes gestantes con factores de riesgo, para la oportuna atención de embarazo de alto riesgo.

**ESPECIFICO:** Implementar un instrumento clínico emanado de la población que se atiende en el H.G.M.A. y validarlo con ella misma, con la finalidad de disminuir la morbi-mortalidad materno - infantil.

## HIPOTESIS

- A) La población captada a través del instrumento clínico, presenta menor morbilidad que la población previamente atendida.
- B) La mujer gestante sensibilizada acude antes de las 20 semanas de gestación para iniciar su control prenatal.

## FINALIDADES

Desarrollar mediante el estudio un instrumento clínico, el cual nos permita detectar oportunamente embarazos de alto riesgo, permitiendo de ésta manera disminuir la morbi - mortalidad perinatal.

## CLASIFICACION DEL ESTUDIO

Es replicativo, longitudinal, no experimental, cerrado, de estudio de casos, prospectivo, analítico, y fué realizado en el Hospital General Milpa Alta, carretera Milpa Alta-Chalco, Km. 2 1/2, s/n C.P.12000 Delegación Milpa Alta. D.F.

## UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO: Mujeres en edad reproductiva de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan.

MUESTRA: Mujeres embarazadas de dichas poblaciones.

#### METODO DE SELECCION DE PARTICIPANTES

A través de una encuesta realizada en la comunidad, se fueron captando todas las mujeres que se encuentran en edad reproductiva y embarazadas de las poblaciones de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan.

#### CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION DE PARTICIPANTES

INCLUSION: Todas las mujeres en edad reproductiva (de 12 a 45 años) y embarazadas que viven en la comunidad de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan y que acepten participar en el estudio.

EXCLUSION: Mujeres en las cuales su embarazo se resuelva antes de las 20 semanas de gestación, así como las mujeres en las que se desconozcan los datos de la resolución del embarazo.

#### UNIDADES DE OBSERVACION

Sexo, edad en años, escolaridad, ocupación, aportación económica, tipo de vivienda, servicios públicos, fauna, antecedentes familiares patológicos, antecedentes personales patológicos, estado civil, alimentación, peso antes del embarazo, peso actual, talla, toxicomanías, horas de descanso, higiene personal, menarca, ritmo, inicio de vida sexual activa, gestas, abortos, partos

vaginales, cesáreas, gemelares, molares, óbitos, vitalidad, peso, Papanicolaou, control natal, V.D.R.L., grupo sanguíneo, factor Rh, inmunizaciones, hospitalización durante el embarazo, días de estancia de hospitalización, causas de hospitalización, fecha de última menstruación, semanas de gestación, altura de fondo uterino, control prenatal, semanas de inicio de control prenatal, número de visitas, fecha probable de parto, movimientos fetales, presentación, frecuencia cardíaca fetal, tensión arterial en el embarazo, flujo vaginal, edema, vómito, dolor tipo cólico, mareos, visión borrosa, astenia, cefalea y sangrado transvaginal.

#### METODOLOGIA

Para éste estudio se tomó como referencia las fuentes de información que se constituyeron por una hoja de reporte estadístico de embarazos y nacimientos; fué elaborada por medio de una revisión bibliográfica que sugería palabras claves para el tema de investigación (embarazo de alto riesgo, detección de alto riesgo, alto riesgo perinatal y control prenatal). De acuerdo a las palabras claves se recurrió a los centros de computo del Hospital General Balbuena D.D.F., INPER, INP y Laboratorios JANSSEN, considerando esta información sólo de los años 1991 a 1992; así mismo, se tomaron como referencia los modelos de historia clínica perinatal ya establecidos por CIMIGEN y CLAP, y por una muestra de expedientes del archivo del H.G.M.A.; éstos tenían que ser de mujeres que habían culminado su embarazo durante los meses de junio, julio y agosto de 1992, de estos

se examinaron 481 en un periodo de dos meses (noviembre y diciembre).

Con base al análisis de los datos anteriormente mencionados se tuvo una visión objetiva del estado de salud en que se encontraba la población de interés y de esta forma elaboramos un instrumento de trabajo acorde a las necesidades y características de las comunidades así se correlacionaron las diferentes variables consideradas al estudiar el resultado materno fetal de diferentes embarazos; todo esto se virtio en una computadora para llevar a cabo el análisis estadístico por el método de Step Wisse de este modo obtuvimos las variables que tuvieron influencia directa y significativa sobre la salud de la madre y el neonato con las que se llego a la elaboración de el instrumento clínico para detectar tempranamente a la mujer gestante de alto riesgo.

## RESULTADOS

Inicialmente se presentan los datos de la comunidad, en el cuadro No.1 se muestra el total de la población encuestada en los sitios en estudio , en donde podemos notar un ligero aumento en la población femenina, la cual, corresponde al 51.3%, mientras que el sexo masculino corresponde al 48.7 % (gráfica No.1).

En el cuadro No. 2 se muestra el total de mujeres en edad reproductiva por grupos de edad entre los cuales, destaca el de 20 a 27 años con un 33.2 %; siendo menor el de 44 a 51 años con un 6.1 % (gráfica No.2).

En el No. 2.1 se observa que de 510 mujeres en edad reproductiva, 26 de ellas están embarazadas ocupando un porcentaje de 6.6; así mismo , entre estas mujeres gestántes destaca el grupo de edad de 20 a27 años con un porcentaje de 53.8, siendo mínimo el grupo de edad de 12 a 19 años con un porcentaje de 7.6; al igual que el grupo de edad de 36 a 43 años.

Podemos encontrar en el siguiente cuadro el nivel de estudios con que cuenta nuestra población siendo relevante el número de personas que han estudiado la primaria incompleta con una frecuencia de 363; en mínima cantidad resaltan las personas con nivel de escolaridad profesional incompleta con una frecuencia de 9 (Gráfica No.3).

A continuación podemos denotar que el nivel de estudios de las mujeres en edad reproductiva tiene mayor porcentaje en las mujeres con primaria completa, siendo un total de 129; mientras que solo 4 mujeres han alcanzado el nivel profesional (Gráfica No.4).

En los cuadros No.4 y No.4.1 se muestra el tipo de ocupación que predomina en las comunidades en estudio; clasificados en gremios, destaca el de los estudiantes (384), menores de edad (306), y las amas de casa (313); ocupan el primer lugar, dando un total de 1003. El gremio campesino ocupa el segundo lugar con un total de 209, y 78 personas se encuentran sin ocupación; el resto (250) tienen ocupaciones diversas dando el total de nuestra población igual a 1540 personas (Gráfica NO.5 y 6).

Los ingresos percapital se muestran en el cuadro No.5 obteniendo como resultado que un salario mínimo es el que predomina, con un porcentaje de 48, en segundo lugar se encuentran las familias que obtienen como ingreso menor de un salario mínimo las cuales, ocupan el 22.8 %. En mínima cantidad se encuentran las familias que perciben 5 y 6 salarios mínimos con un porcentaje de 0.3 respectivamente (Gráfica No.7).

El tipo de material perecedero y no perecedero utilizado en las viviendas de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan se muestra en el cuadro No.6, donde se observa que el no perecedero ocupa el primer lugar con un porcentaje de 64; mientras que el perecedero corresponde al 36 % (Gráfica No.8).

De los servicios públicos con los que cuentan las comunidades estudiadas notamos que el primer lugar las familias cuentan con el servicio de luz (98.2%) y con pocas vías de comunicación ( ) como se observa en el cuadro No.7 (Gráfica No.9).

La fauna existente en el medio ambiente de las mujeres encuestadas de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan ocupan el primer lugar los perros con un porcentaje de 41.5 y el último lugar los gatos con un 0.3 % como se muestra en el cuadro No.8 (Gráfica No.10).

En el cuadro No. 9 se consignan los antecedentes heredo familiares de las mujeres en edad reproductiva, la patología llamada diabetes mellitus ocupa el primer lugar con un porcentaje de 45 siendo el segundo lugar la enfermedad hipertensiva con un 36.4, como un mínimo porcentaje tenemos las displasias equivalentes a 5.5 (Gráfica No.11).

En el siguiente cuadro se muestran los antecedentes personales patológicos de las mujeres en edad reproductiva destacando el grupo considerado como otros, el cual incluye las patologías de: hipotensión, colitis infecciosa, caries, cardiopatías, tumor en útero, hepatopatías y hemorroides con un porcentaje de 41.7, como mínimo tenemos el flujo vaginal con un porcentaje de 1.7 (Gráfica No.12).

El estado civil de las mujeres en edad reproductiva se presenta en el cuadro No.11 donde sobresale el grupo de mujeres casadas con un porcentaje de 50.2, el segundo lugar lo ocupan las mujeres en unión libre correspondientes al 25.4%, por último tenemos a las madres solteras con un porcentaje de 0.5 al igual que las mujeres separadas (Gráfica No.13). A continuación se presenta el cuadro No.11.1 con el estado civil de las mujeres embarazadas en donde podemos observar que las mujeres casadas se encuentran en primer lugar; con un porcentaje de 69.2, el segundo lugar lo ocupan las mujeres en unión libre con un porcentaje de 23 y por último las madres solteras con un 7.6 % (Gráfica No.14).

En el cuadro No.12 se muestra el tipo de alimentación que tienen las mujeres en edad reproductiva en estudio; notando que el alimento que más consumen son las frutas y verduras de 4 a 7 veces por semana y ocupa 81.5 %, en segundo lugar consumen leguminosas, de 4 a 7 veces por semana las cuales corresponden al 70.4 %, en menor cantidad se encuentra el consumo de carnes de 1 a 3 veces por semana con un 69.8 %, y el consumo de lácteos de 4 a 7 veces por semana corresponde al 67.2 % (Gráfica No.15).

La talla que tienen las mujeres en edad reproductiva de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan se presenta en el cuadro No.13 donde se nota que el 33 % de las mujeres miden de 1.48 m. a 1.52 m.; mientras que solo en el 2 % la talla es menor de 1.37 m. (Gráfica No.16).

A continuación se observa en el cuadro 13.1 que la talla de las

mujeres embarazadas, predomina la de 1.53 a 1.57 m. con un porcentaje de 30.8, en segundo término la talla de 1.43 a 1.47 m. con un 23.1 % (Gráfica No.17).

En el cuadro No. 14 se exponen los grupos de peso actual de las mujeres en edad reproductiva, ocupando el mayor número el grupo de 53 a 59 kg. con un porcentaje de 26.6; en menor cantidad se encuentra el grupo de 35 a 39 kg. con un porcentaje de 0.58 (Gráfica No.18).

En el siguiente cuadro se muestran los grupos de peso actual de las mujeres embarazadas observando que el grupo predominante se encuentra entre 52 a 56 kg. con un porcentaje de 26.9, mientras que el peso de 47 a 51 kg. tiene un porcentaje de 51.3 al igual que los rangos de 57-61, 62-66 y 67-72; el peso que con menor frecuencia se detecta es el de 82-86 kg con un porcentaje de 11.5 (Gráfica No.19).

Las toxicomanías en las 342 mujeres en edad reproductiva, solo 2 son alcohólicas con un porcentaje de 0.5 y 3 consumen tabaco con un porcentaje de 0.8 (Cuadro No.15)

En el cuadro No.16 se presentan los tipos de higiene que existen entre las mujeres en edad reproductiva, observando que el baño diario con cambio de ropa tiene un porcentaje de 50, sin pasar por alto el baño cada tercer día con un porcentaje de 47.4; por último se encuentra el baño cada semana con un porcentaje de 1.1

(Gráfica No.20).

En el cuadro No. 17 se muestra el número de veces que se realizan aseo bucal por día las mujeres estudiadas, encontrando que el lavado bucal una vez al día tiene un porcentaje de 35, mientras que las mujeres que no se lo realizan ocupan el 10 %.

(Gráfica No. 21).

El inicio de la menstruación (menarca) de las mujeres fluctúa entre 12 y 14 años de edad, estas ocupan el 73 %; como mínimo las mujeres de 18 a 20 años con un porcentaje de 1.1, como se muestra en el cuadro No.18 (Gráfica No.22).

Como se observa en el cuadro No. 19 la mayoría de las mujeres en edad reproductiva (323) tienen un ritmo regular, con un porcentaje de 94.5; las mujeres que presentan ritmo irregular tienen un porcentaje de 5 sin dejar de mencionar a las mujeres que presentan ausencia de menstruación con un 0.5 %, debido a una histerectomía total abdominal (Gráfica No.23).

En el cuadro No.20 se muestran los resultados en el que observamos que el 43 % de mujeres encuestadas si se realizan la prueba de papanicolaou y el 56 % si se la realizan (Gráfica No.24).

En el siguiente cuadro se muestra la frecuencia con la que se realiza la prueba de papanicolaou, encontrando que 66 % de las mujeres se realizan la prueba con un periodo de 7 a 12 meses y

solo 1.3 % se la realizan de 13 a 18 meses (Gráfica No.25).

En el cuadro No. 22 se observa que de 342 mujeres en edad reproductiva encuestadas en las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan el I.V.S.A. lo ocupan en primer lugar el rango de edades entre 16 y 19 años con un porcentaje de 39.4; y el rango entre 28 y 31 años tienen el mínimo porcentaje de 2. (Gráfica No.26)

Con respecto al número de gestas que han tenido las mujeres encuestadas en las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres que han tenido 2 gestas con un 27 %; a continuación las grandes multiparas con un 26 % y el menor porcentaje lo ocupan las mujeres que han tenido una gesta con un 23 %, como se puede apreciar en el cuadro No.23 (Gráfica No.27).

En el siguiente cuadro se presenta el tipo de partos que han tenido las mujeres encuestadas que han gestado. Obteniendo así, que la mayor cantidad han tenido partos vaginales y de estos corresponde a lasa mujeres secundíparas con un porcentaje de 26.2. Las cesáreas han sido mas frecuentes en las mujeres primíparas con un 15.5 % (Gráfica No.28). (NOTA : Para completar el total de mujeres gestantes, igual a 268, se consideran 35 abortos y 2 embarazos molares ).

En el cuadro No.25 se presentan los pesos al nacer de los niños de las madres que viven en los poblados estudiados. La mayor parte de estos contaron al nacer con un peso de 2501 a 3999 gr. ocupando el 71.5 %; la minoría se encontró con peso de más de 4000 gr. (11 %), (Gráfica No.29).

Los resultados obtenidos respecto a los antecedentes perinatales, nos refleja que el 82 % de las mujeres en edad reproductiva no han presentado pérdida perinatal y el 1 % ha presentado embarazo molar, como se aprecia en el cuadro No.26 (Gráfica No. 30).

En el cuadro No. 27 se presentan las pérdidas perinatales existentes en las mujeres encuestadas de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan en donde se observa que es más frecuente el aborto, independientemente que se haya presentado una o dos veces en una misma persona. (Gráfica No.31)

El método anticonceptivo que utilizan las mujeres encuestadas se presentan en el cuadro No.28; observando los siguientes datos: El mayor porcentaje se encuentra en quienes no utilizan ningún método con un total de 61.4 %, el método que más se utiliza es el D.I.U. Con un 9.8 %, y es método menos usual, los locales con un 3 % (Gráfica No.32).

En las mujeres embarazadas captadas, se encontró que la mayoría

tenia control prenatal (81.0 %), mientras que el 19.0 % no lo llevaban (cuadro No.29 y Gráfica No.33).

El siguiente cuadro, nos muestra el inicio de control prenatal según SDG; denotando, que el 38 % (10) lo iniciaron a partir de la semana 9 - 18 y solo el 4 % (1) inicio su control prenatal a partir de la 8a. SDG mientras que el 19 % (5) no tuvieron control prenatal. (Cuadro No.29.1, Gráfica No. 34)

Esta serie de datos nos habla de las semanas de gestación con las que contaron las mujeres embarazadas al ser captadas, ocupando el mayor porcentaje las de 28-36 SDG con un 54 %, mientras que de 9 - 18 y 19-27 SDG corresponden al 23 % respectivamente. (Cuadro No. 30 y Gráfica No. 35).

Este cuadro nos refiere el número de visitas de control prenatal obteniendo que el 46 % de las mujeres visito al médico de 1-4 veces hasta el momento de su detección y el menor porcentaje están las mujeres que visitaron al médico de 9-12 visitas con un 8 %. (Cuadro No. 31 y Gráfica No. 36)

En este cuadro podemos observar que los síntomas de edema y flujo vaginal presentaron un mismo porcentaje es decir 46 % respectivamente, mientras que en menor porcentaje encontramos la complicación amenaza de aborto con un 4 %. (Cuadro No. 32 y Gráfica No. 37)

En este cuadro podemos observar el periodo intergénésico que existe en la población estudiada denotando que el 42 % de la población tiene un periodo intergenésico de menos o igual de un año siendo este el más alto y el menos frecuente lo ocupan las mujeres que tienen un rango de 2 años y de 6 ó más años con un 7.6 %. (Cuadro No. 33 y Gráfica No. 38)

En el cuadro No. 34 se observa la frecuencia cardiaca fetal al momento de ser captadas las mujeres embarazadas y se muestra que el rango de 121-140 latidos por minuto tiene una frecuencia de 18 y un porcentaje de 69 y el menor porcentaje es el rango de menor o igual de 120 latidos por minuto con un 12 % y una frecuencia de 3. (Gráfica No. 39)

Este cuadro nos refiere la presentación de los productos a la captación de las mujeres embarazadas; encontrando que la cefálica con un 65 % mientras que en el 27 % no se detecto la presentación. (Cuadro No. 34.1 y Gráfica No. 40)

En este cuadro podemos observar el movimiento fetal del producto donde el 92 % si lo presentaban y en el 8 % aún estaba ausente. (Cuadro No. 34.2 y Gráfica No. 41)

El cuadro No. 35 nos muestra el tipo de parto en las mujeres embarazadas encontrando que el 77 % fueron eutócicos, mientras que el 23 % fueron distocias. (Gráfica No. 42)

En el presente cuadro se manifiesta que la complicación durante el

parto más frecuentemente vista fue el parto prolongado con un 15 % continuándole la cesárea por DCP con un 12 %, mientras que el fórceps ocupó tan solo el 4 % (Cuadro No. 36 y Gráfica No. 43)

Este cuadro muestra la vía de resolución del parto y se observa que los partos vaginales tienen un porcentaje de 77, las cesáreas con un 19 % y con menor porcentaje los fórceps con 4. (Cuadro No. 37 y Gráfica No. 44)

En el cuadro No. 38 se muestran las semanas de gestación de los productos al nacer de las mujeres embarazadas observándose que de 37-41 SDG con 73 % mientras que las de mayor o igual a 42 SDG solo tiene 8 %. (Gráfica No. 45)

De este cuadro podemos decir que de los recién nacidos el 65 % no presentó complicación alguna mientras que del 35 % restante lo más frecuentemente fue el bajo peso para su edad gestacional, le continuó el Apgar menor o igual a 6, síndrome de dificultad respiratoria y el meconio. (Cuadro No. 39 y Gráfica 46)

El siguiente cuadro denota que la complicación postparto más frecuente en las mujeres fue la hipertensión con un 8 % y tan solo el 4 % tuvo hemorragia vaginal. (Cuadro No. 40 y Gráfica No. 47)

Correlacionando las diferentes variables consideradas al estudiar el resultado materno fetal de diferentes embarazos anormales; todo esto por el método estadístico Steep wise se obtuvieron

como significantes directos sobre la salud de la madre y el neonato los diferentes factores; cada uno con su valor correspondiente:

VARIABLES	VALOR BETA
Cefalea	.6902
Período intergenésico corto	.1058
Embarazo molar	.1307
Carencia de peso antes del embarazo	.1062
Dolor abdominal tipo cólico	.2023
Visión borrosa	.1188
Ausencia de control prenatal	.4275
Flujo vaginal pruriginoso	.6053
Flujo vaginal café	.3356
Flujo vaginal amarillo	.1350
Flujo vaginal transparente	.2062
Poca edad gestacional	.2254
Vómito	.1445
Edema	.1643

Siendo las siguientes variables las que más influyeron para un embarazo de alto riesgo:

VARIABLE	VALOR F
Cefalea	240.045
Ausencia de control prenatal	168.207
Flujo vaginal pruriginoso	61.818
Flujo vaginal café	52.816
Flujo vaginal amarillo	96.928
Vómito	56.656
Edema	51.681

Sin dejar a un lado la importancia que tienen ciertas características que influyen en el equilibrio salud enfermedad de las mujeres en estudio tales como:

- \* Malos hábitos alimenticios
- \* Deficiente aseo personal bucal
- \* Falta de orientación sexual
- \* Periodo intergenésico corto
- \* Multigestas
- \* Falta de control natal

Culminando de esta manera a cumplir con nuestro objetivo general el cual es el de crear un instrumento clínico que permita prevenir un embarazo de alto riesgo; con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materno infantil.

INDICE DE CUADROS

CUADRO	TITULO	PAG.
1	Total de población por sexo de las comunidades.....	40
2	Total de mujeres en edad reproductiva.....	42
2.1	Mujeres embarazadas y no embarazadas por grupo de edad.....	44
3	Escolaridad de la población.....	45
3.1	Escolaridad de las mujeres en edad reproductiva.....	47
4	Ocupación de los integrantes de las familias.....	49
4.1	Ocupación de las mujeres en edad reproductiva.....	51
5	Aportación económica.....	53
6	Tipo de material de la vivienda.....	55
7	Servicios públicos.....	57
8	Tipo de fauna.....	59
9	Antecedentes heredo familiares.....	61
10	Antecedentes personales patológicos.....	63
11	Estado civil de las mujeres en edad reproductiva.....	65
11.1	Estado civil de las mujeres embarazadas.....	67
12	Alimentación.....	69
13	Talla de las mujeres en edad reproductiva.....	71
13.1	Talla de las mujeres embarazadas.....	73
14	Peso actual de las mujeres en edad reproductiva.....	75
14.1	Peso actual de las mujeres embarazadas.....	77
15	Toxicomanias.....	79
16	Higiene personal.....	80
17	Higiene bucal.....	82
18	Menarca de las mujertes en edad reproductiva.....	84
19	Ritmo menstrual de las mujeres en edad reproductiva.....	86
20	Realización de prueba de papanicolau.....	88
21	Frecuencia con la que se realizan el papanicolau.....	90
22	Inicio de vida sexual activa.....	92
23	Número de gestas de las mujeres en edad reproductiva.....	94
24	Tipo de parto de las mujeres en edad reproductiva.....	96
25	Peso al nacer de los productos de las mujeres en edad reproductiva.....	98
26	Antecedentes perinatales de las mujeres en edad reproductiva.....	100
27	Perdidas perinatales de las mujeres en edad reproductiva.....	102
28	Tipo de métodos anticonceptivos.....	104
29	Control prenatal de las mujeres embarazadas.....	106
30	Inicio de control prenatal.....	108
31	Semanas de gestación en las que fueron capatadas.....	110
32	Número de visitas de control prenatal.....	112
33	Complicaciones anteparto de la mujer embarazada.....	114
34	Periodo intergenésico de las mujeres embarazadas.....	116
35	Frecuencia cardiaca fetal al momento de capatación.....	118
35.1	Presentación fetal a la capatación.....	120
35.2	Movimiento fetal a la captación.....	122
36	Tipo de parto de las mujeres embarazadas.....	124

37	Complicaciones durante el parto.....	126
38	Vía de resolución del parto.....	128
39	Semanas de gestación de los productos al nacer.....	130
40	Complicaciones de los productos al nacer.....	132
41	Complicaciones post parto.....	134
42	Variables asociadas por el método estadístico Step Wisse.....	136
43	Variables que se asocian para determinar un embarazo de alto riesgo.....	137

Cuadro No. 1

Total de población por sexo en las comunidades de San Juan  
Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta, D.F.

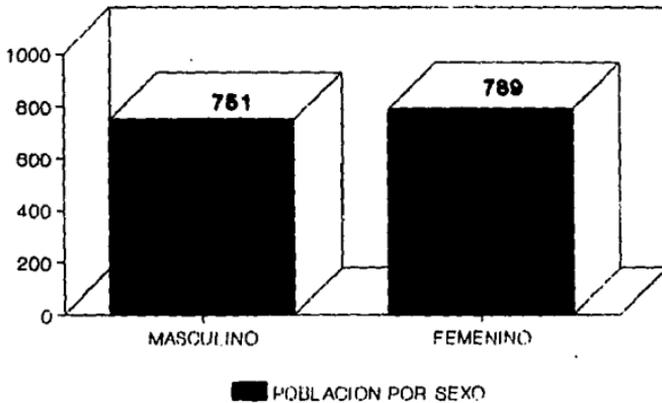
Sexo	fo.	%
Masculino	751	48.7
Femenino	789	51.3
Total	1540	100.0

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 1

**TOTAL DE POBLACION POR SEXO EN LAS  
COMUNIDADES DE SAN JUAN TEPENAHUAC Y  
SAN LORENZO TLACOYUCAN, MILPA ALTA D.F.**



Cuadro No. 2

Total de mujeres encuestadas en edad reproductiva en las localidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

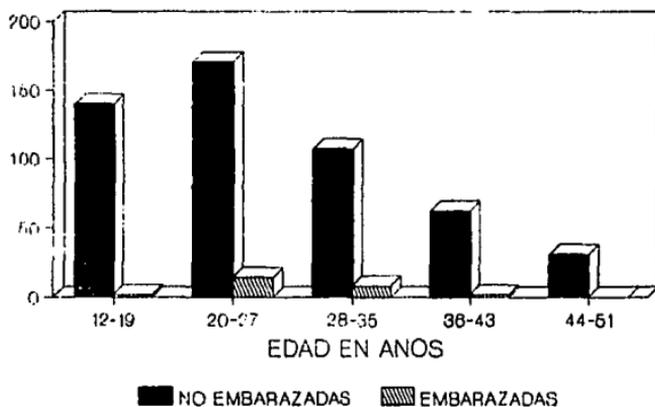
Edad reproductiva	fo.	%
12-19 años	140	27.5
20-27 años	170	33.2
28-35 años	107	21.0
36-43 años	62	12.2
44-51 años	31	6.1
Total	510	100.0

BNEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 2

**MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EMBARAZADAS  
Y NO EMBARAZADAS DE SAN JUAN TEPENAHUAC  
Y SAN LORENZO TLACOYUCAN, MILPA ALTA D.F**



Cuadro No. 2.1.

Mujeres embarazadas y no embarazadas por grupos de edad,  
encuestadas en San Juan Tepehuac y San Lorenzo Tlacoyucan,  
Milpa Alta, D.F.

Edad por años	Mujeres embarazadas		Mujeres no embarazadas	
	fo.	%	fo.	%
12-19	2	7.6	138	26.5
20-27	14	53.8	155	32.3
28-35	8	31.0	99	20.4
36-43	2	7.6	60	12.4
44-51	0	0.0	31	6.4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>	<b>510</b>	<b>100.0</b>

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Cuadro No. 3

Escolaridad de la población encuestada en las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacooyucan, Milpa Alta, D.F.

I N T.	N. I.	F. E.	P.		P. V.		C. C.		L.		PF.		A	Total		
			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2				
1	25	0	86	57	61	25	10	13	8	2	5	3	12	4	20	306
2	2	0	115	53	49	27	10	8	22	3	3	2	7	2	17	318
3	18	108	17	79	16	36	7	19	11	3	5	1	5	1	6	314
4	78	91	7	76	15	23	5	11	7	4	4	2	2	1	6	254
5	176	54	6	45	13	10	1	6	7	1	2	2	0	1	8	156
6	250	34	4	19	4	10	3	0	3	1	1	0	0	0	3	82
7	288	15	4	11	0	3	2	2	2	0	0	1	0	0	1	41
8	211	7	4	9	7	5	0	1	2	1	0	1	1	0	2	40
9	318	4	0	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	14
10	326	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
11	326	2	0	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
12	330	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
13	331	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>Total</b>														<b>1540</b>		

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: 1=completa 2=incompleta

INT.=Integrante

N.I.=No existe integrante

F.E.=Fuera de edad escolar

P.=Primaria

S.=Secundaria

P.V.=Preparatoria o vocacional

C.C.=Carrera comercial

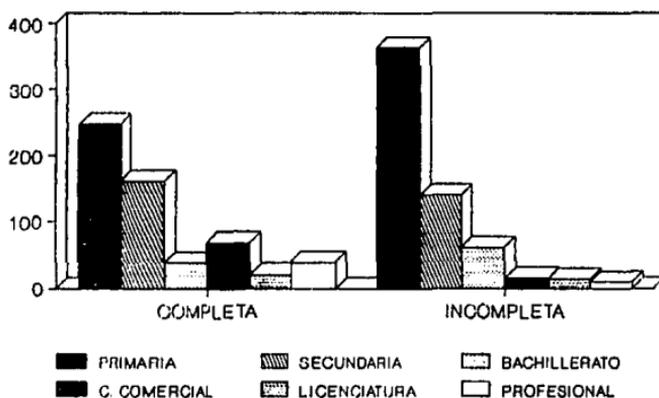
L.=Licenciatura

PF.=Profesional

A=Analfabeta

GRAFICA No. 3

**ESCOLARIDAD EN TOTAL DE LA POBLACION DE  
SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO  
TLACOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**



• PRE-ESCOLAR- 319 • ANALFABETA- 77

Cuadro No. 3.1.

Escolaridad de las mujeres en edad reproductiva de las comunidades en estudio.

I N T.	N. I.	F. E.	P		S		P. V.		C. C.		L		PF.		A	Total
			1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
2	17	0	115	53	49	27	10	8	22	3	3	2	7	2	17	318
3	0	0	6	5	10	20	5	7	9	2	4	0	1	0	4	73
4	0	0	2	5	8	9	2	9	7	2	3	1	2	1	0	51
5	0	0	4	2	3	7	0	4	4	1	1	2	0	1	0	29
6	0	0	1	0	3	5	3	0	3	0	1	0	0	0	2	18
7	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	5
8	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3	9
9	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
11	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>																<b>510</b>

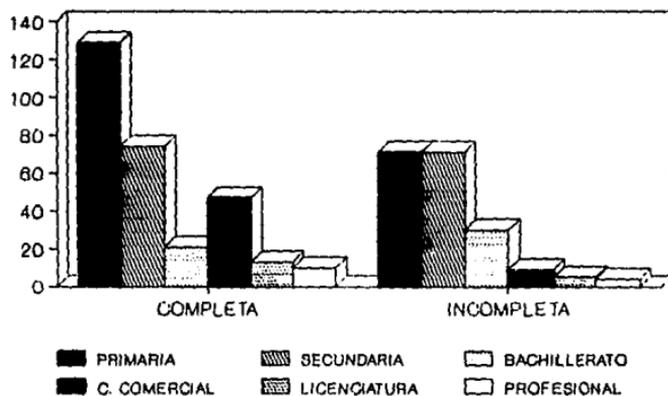
ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: Misma del cuadro anterior.

GRAFICA No. 4

**ESCOLARIDAD DE MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLAOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**



\* PRE-ESCOLAR- 0 + ANALFABETA- 26

Cuadro No. 4

Ocupación de los integrantes de las familias encuestadas de las poblaciones en estudio.

OC.	Número de integrante													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	Total
PF.	15	9	7	5	1	1	0	1	0	0	0	0	0	39
TC.	0	4	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
EM.	58	21	6	6	1	0	2	3	1	0	0	0	0	98
OF.	36	8	3	2	3	0	0	1	0	0	0	0	0	53
CA.	172	7	11	10	3	2	2	2	0	0	0	0	0	209
CT.	22	15	6	1	0	0	1	3	1	0	0	0	0	49
H.	2	253	18	14	11	6	2	4	3	0	0	0	0	313
ES.	0	0	137	110	67	32	22	8	1	3	3	1	0	384
DS.	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
ME.	0	0	99	91	53	34	12	7	4	2	2	1	1	306
SO.	0	0	24	14	17	7	0	10	4	1	1	0	0	78
NI.	26	0	18	78	176	250	20	292	318	326	326	330	331	1178
T	306	318	314	254	156	82	41	40	14	6	6	2	1	1540

ENE0/UNAM

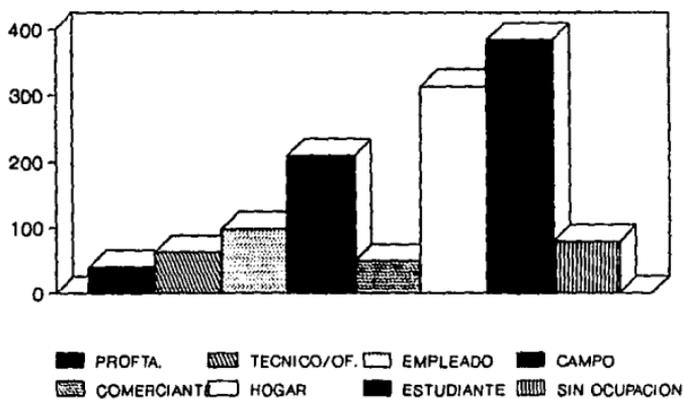
Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota:

- OC.=Ocupación
- PF.=Profesionista
- TC.=Técnico
- EM.=Empleado
- OF.=Oficios
- CA.=Campo
- CT.=Comerciante
- H.=Hogar
- ES.=Estudiante
- DS.=Desconocida
- ME.=Menor de edad
- SO.=Sin ocupación
- NI.=No existe integrante
- T= Total.

GRAFICA No. 5

**OCUPACION EN TOTAL DE LA POBLACION DE  
SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO  
TLACOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**



\* MENOR DE EDAD- 306 + DESCONOCIDA- 2

Cuadro No. 4.1.

Ocupación de las mujeres encuestadas, en edad reproductiva de las comunidades en estudio.

OC.	Número de integrante													Total
	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
PF.	9	4	4	1	1	0	0	0	0	0	0	0	19	
TC.	4	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9	
EM.	21	0	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	26	
OF.	8	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	
CA.	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	
CT.	15	5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	21	
H.	253	18	13	9	6	2	2	1	0	0	0	0	304	
ES.	0	34	27	15	8	2	3	1	1	1	1	0	93	
DS.	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
ME.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
SO.	0	7	3	4	3	0	2	0	0	0	0	0	19	
NI.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
T	318	73	51	29	18	5	9	4	1	1	1	0	510	

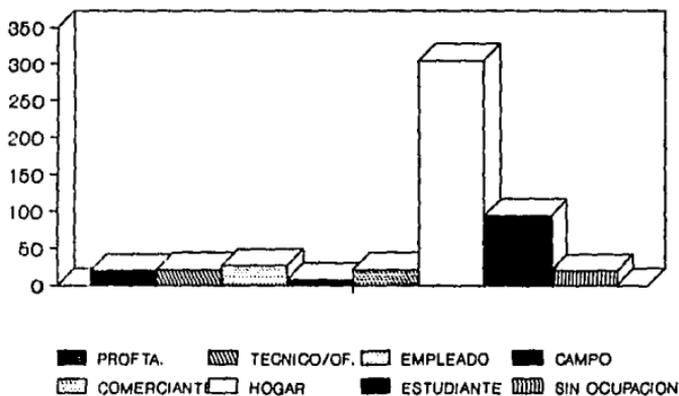
ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: Misma del cuadro anterior.

GRAFICA No. 6

**OCUPACION EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA EN SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLAGOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**



\* DESCONOCIDA - 1

Cuadro No. 5

Aportación económica por número de salario mínimo mensual en las familias de la población en estudio.

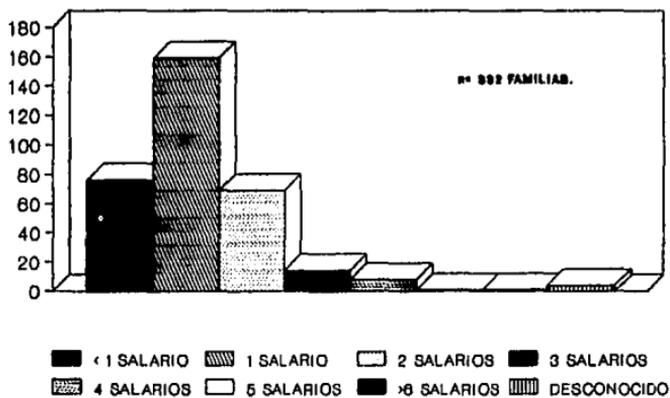
No. de salarios mínimos.	fo.	%
Menos de 1	76	22.8
1	159	48.0
2	69	20.8
3	14	4.2
4	8	2.4
5	1	0.3
6 a más.	1	0.3
Lo desconoce	4	1.2
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100.0</b>

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 7

**APORTACION ECONOMICA POR FAMILIA Y POR  
SALARIO MINIMO MENSUAL(\*) EN LAS  
POBLACIONES EN ESTUDIO.**



\* SALARIO MINIMO MENSUAL- N\$ 405.00

Cuadro No. 6

Tipo de material de la vivienda de las comunidades en estudio.

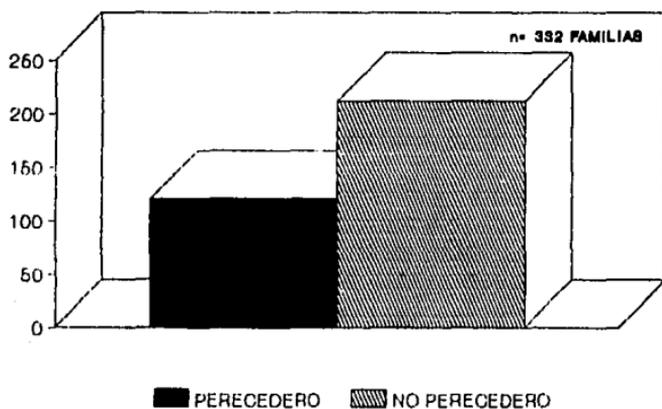
Tipo	fo.	%
Perecedero	120	36.0
No perecedero	212	64.0
Total	332	100.0

Eneo/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 8

**TIPO DE MATERIAL EN LA VIVIENDA DE  
LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 7

Servicios públicos con los que cuentan las mujeres encuestadas de las comunidades de San Juan Tepehuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta.D.F.

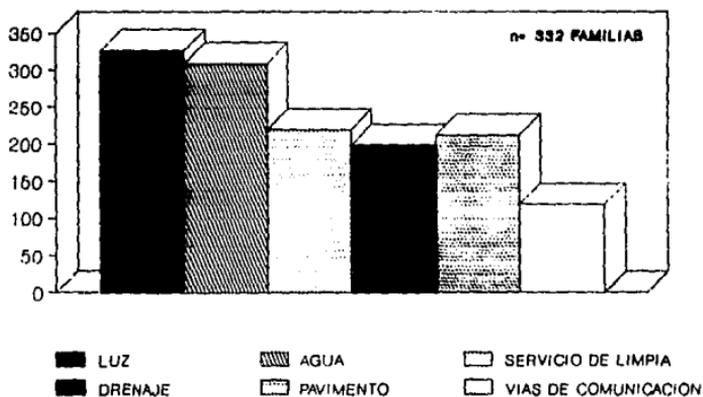
Servicios	SI		NO		Total	
	fo.	%	fo.	%	fo.	%
Luz	326	98.2	6	1.8	332	100.0
Agua	308	92.8	24	7.2	332	100.0
Drenaje	197	59.3	135	40.7	332	100.0
Vías de comunicación	119	35.8	213	64.2	332	100.0
Pavimento	211	63.6	121	36.4	332	100.0
Servicio de limpia	218	65.7	114	34.3	332	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAPICA No. 9

**SERVICIOS PUBLICOS CON LOS QUE CUENTAN  
LAS FAMILIAS ENCUESTADAS EN LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 8

Tipo de fauna con la que cuentan las mujeres encuestadas en las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacuyucan, Milpa Alta, D.F.

Tipo de fauna	Ninguno fo. %	1-2 fo. %	3-4 fo. %	5-6 fo. %	7-más fo. %	Total fo. %
Gatos	239 72	78 23.4	11 3.3	3 0.9	1 0.3	332 100
Perros	124 37.3	138 41.5	52 15.6	9 2.7	9 2.7	332 100
Aves	252 75.9	13 3.9	17 5.1	14 4.2	14 4.2	332 100
Otros	324 97.5	8 2.4	0 0.0	0 0.0	0 0.0	332 100

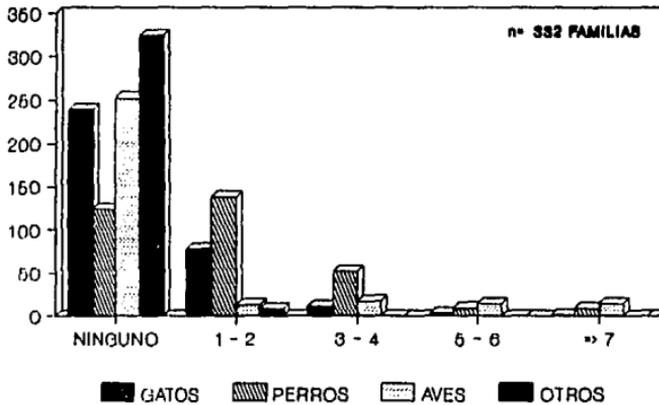
ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: Otros= caballos, puercos y borregos.

GRAFICA No. 10

**FAUNA EXISTENTE EN LAS FAMILIAS  
ENCUESTADAS EN LAS COMUNIDADES  
EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 9

Antecedentes heredo familiares patológicos de las mujeres en edad reproductiva de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

A.H.F.P.*	fo.	%
Diabetes	73	45.0
Hipertensión	59	36.4
Nefropatías	11	7.0
Cardiopatías	10	6.1
Otras	9	5.5
<b>Total</b>	<b>162</b>	<b>100.0</b>

ENEO/UNAM

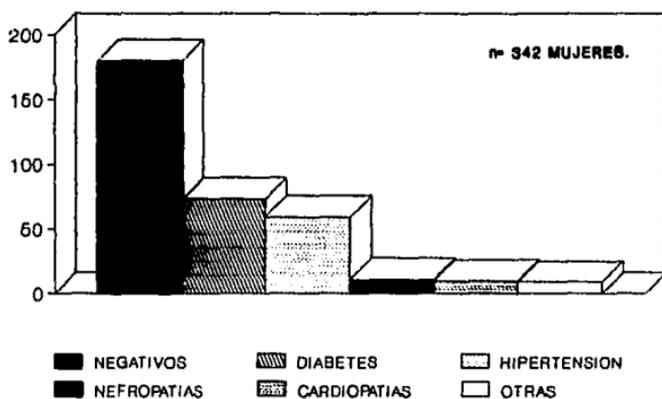
Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

\* Antecedentes heredo familiares.

Otras = Displasias

GRAFICA No. 11

**ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES  
PATOLOGICOS DE LAS MUJERES EN EDAD  
REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES.**



Cuadro No. 10

Antecedentes personales patológicos de las mujeres en estudio de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

A.P.P.	fo.	%
Diabetes	5	8.0
Hipertensión	19	30.0
Nefropatías	4	6.5
Flujo vaginal	6	9.5
Otros*	29	46.0
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>

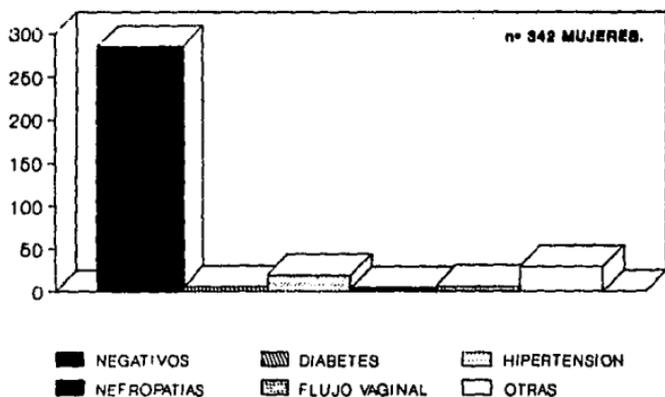
\*Otros: hipotensión, colitis infecciosa, caries, cardiopatía, tumor en útero, hepatopatías, hemorroides.

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 12

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS  
DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA  
DE LAS COMUNIDADES.**



Cuadro No. 11

Estado civil de las mujeres en edad reproductiva de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

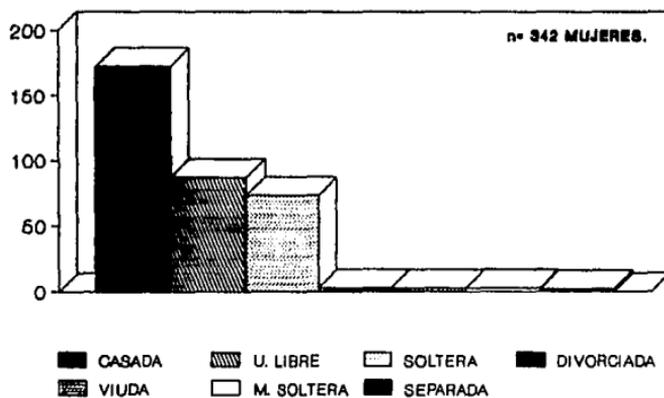
Estado civil	fo.	%
Casada	172	50.2
U.libre	87	25.5
Soltera	73	21.3
Divorciada	3	1.0
Viuda	3	1.0
Madre soltera	2	0.5
Separada	2	0.5
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100.0</b>

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 13

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 11.1

Estado civil de las mujeres embarazadas de los poblados de San Juan Tepenshuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

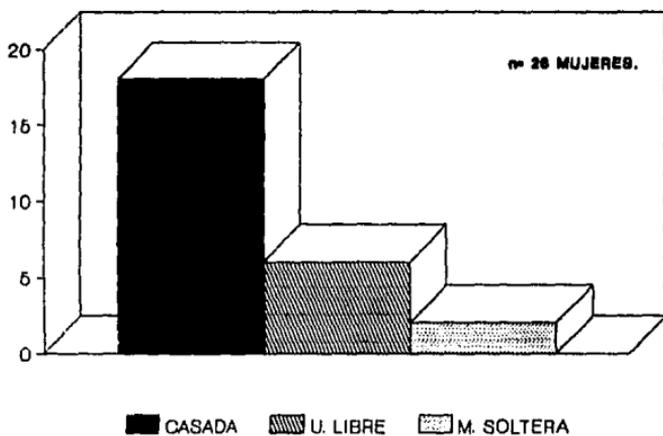
Estado civil	fo.	%
Casada	18	69.0
U.libre	6	23.0
Madre soltera	2	8
Total	26	100.0

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 14

**ESTADO CIVIL DE LAS MUJERES EMBARAZADAS  
DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 12

Alimentación de las mujeres de la población en estudio, según el número de veces que consumen a la semana cada grupo de alimento

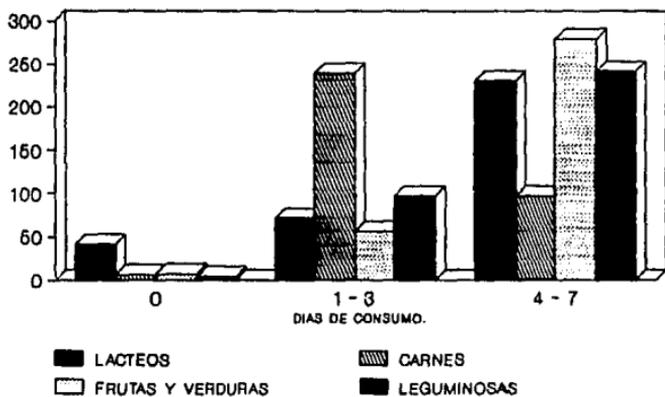
Alimento	0 veces		1-3 veces		4-7 veces		total
	fo.	%	fo.	%	fo.	%	
Lacteos	41	11.9	71	20.8	230	67.2	100.0
Carnes	6	1.8	239	69.8	97	28.3	100.0
Frutas y verduras	7	2.0	56	16.4	279	81.5	100.0
Leguminosas	4	1.1	97	28.4	241	70.4	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 15

**ALIMENTACION DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 13

Talla de las mujeres en edad reproductiva de las localidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta.D.F.

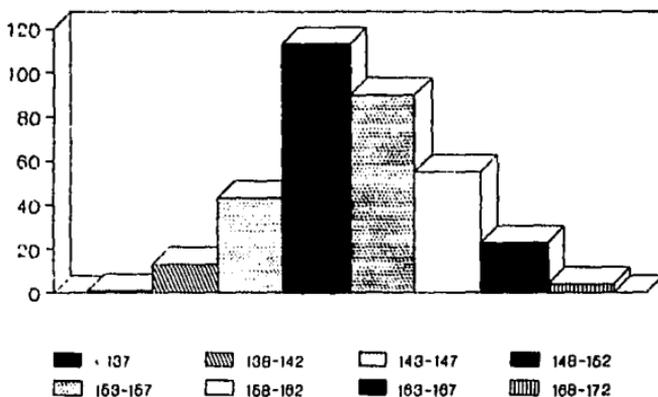
Talla	fo.	%
Menor de 1.37m	1	0.2
1.38-1.42m	13	4.0
1.43-1.47m	43	12.5
1.48-1.52m	113	33.0
1.53-1.57m	90	26.3
1.58-1.62m	55	16.0
1.63-1.67m	23	7.0
1.68-1.72m	4	1.0
Total	342	100.0

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 16

**TALLA DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 13.1

Talla de las mujeres embarazadas de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacooyucan, Milpa Alta. D.F.

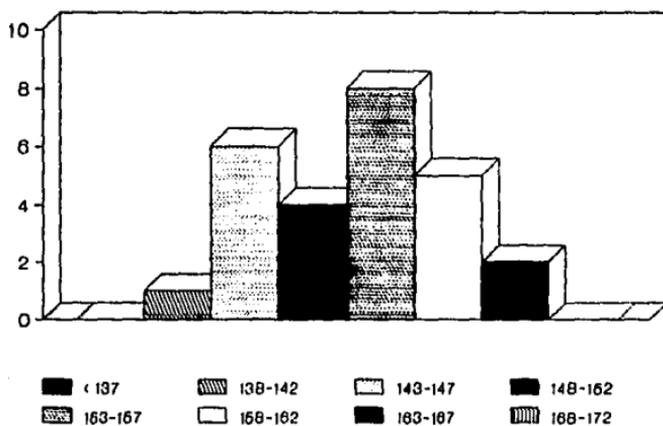
Talla	fo.	%
1.33-1.37m	0	0.0
1.38-1.42m	1	3.8
1.43-1.47m	6	23.1
1.48-1.52m	4	15.4
1.53-1.57m	8	30.8
1.58-1.62m	5	19.2
1.63-1.67m	2	7.7
1.68-1.72m	0	0.0
Total	26	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAPICA No. 17

**TALLA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS  
DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 14

Peso actual de las mujeres en edad reproductiva de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

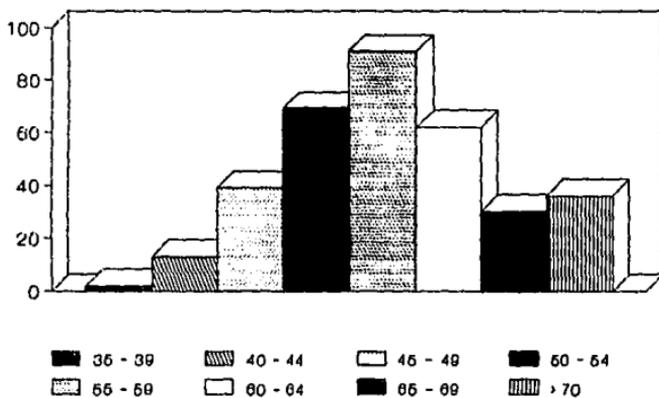
Peso actual	fo.	%
35-39 kg	2	0.5
40-44 kg	13	3.8
45-49 kg	39	11.4
50-54 kg	69	20.2
55-59 kg	91	26.6
60-64 kg	62	18.1
65-69 kg	30	8.8
70-74 kg	17	5.0
75-79 kg	8	2.3
80-84 kg	8	2.3
85-89 kg	3	1.0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100.0</b>

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 18

**PESO DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 14.1

Peso actual de las mujeres embarazadas de la población en estudio.

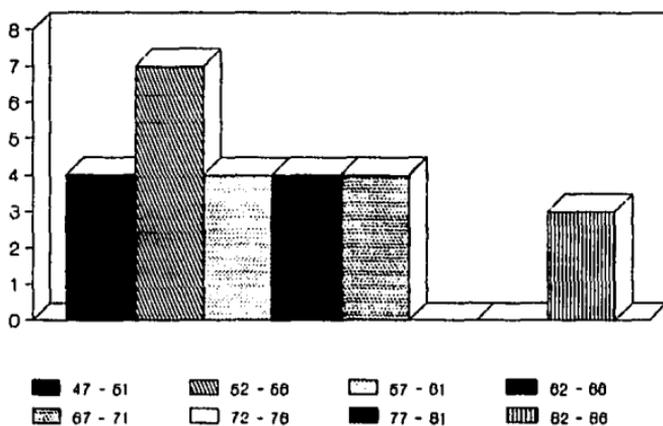
Peso actual	fo.	%
47-51 kg	4	15.4
52-56 kg	7	26.9
57-61 kg	4	15.4
62-66 kg	4	15.4
67-71 kg	4	15.4
72-76 kg	0	0.0
77-81 kg	0	0.0
82-86 kg	3	11.5
Total	26	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 19

**PESO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS  
DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 15

Toxicomanías existentes en las mujeres en edad reproductiva de la población en estudio.

Toxicomanías	fo.	%
Alcoholismo	2	0.5
Tabaquismo	3	1.0
Ninguna	337	98.5
Total	342	100.0

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Cuadro No.16

Tipo de higiene personal que existe en las mujeres en edad reproductiva de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

Tipo de higiene	fo.	%
BD C/CR	171	50.0
BD S/CR	5	1.5
B C/3D	162	47.4
B C/SEM	4	1.1
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100.0</b>

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: BD C/CR= Baño diario con cambio de ropa

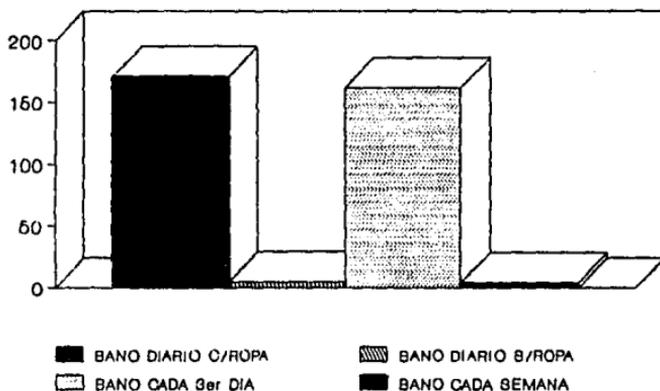
BD S/CR= Baño diario sin cambio de ropa

B C/3D = Baño cada tercer día

B C/SEM= Baño cada semana.

GRAFICA No. 20

**TIPO DE HIGIENE PERSONAL EN LAS MUJERES  
EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES  
EN ESTUDIO.**



C/ROPA-GAMBIO DE ROPA,  
S/ROPA-SIN GAMBIO DE ROPA.

Cuadro No. 17

Frecuencia de higiene bucal por día que se realizan las mujeres en edad reproductiva de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

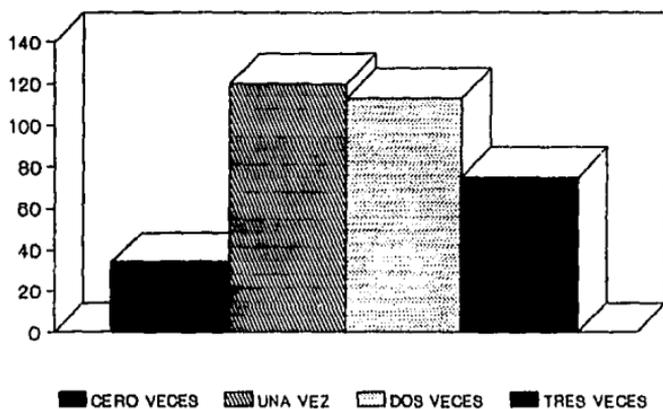
No. de veces	fo.	%
0	34	10.0
1	120	35.0
2	113	33.0
3	75	22.0
Total	342	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 21

**FRECUENCIA DE HIGIENE BUCAL POR DIA EN  
LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 18

Menarca de las mujeres en edad reproductiva, en las mujeres de la muestra en estudio.

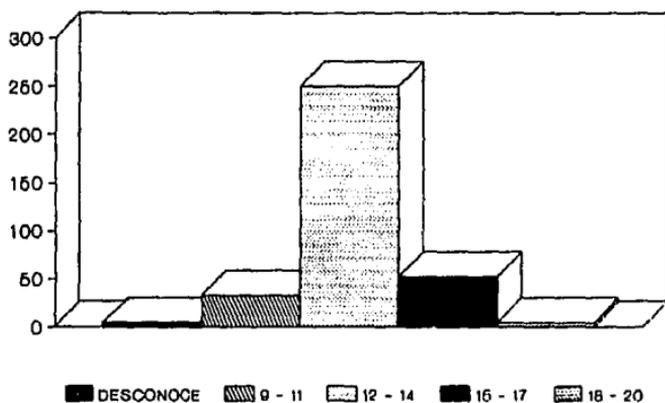
Edad de menarca	fo.	%
La desconocen	4	1.2
9-11 años	32	9.3
12-14 años	250	73.1
15-17 años	52	15.2
18-20 años	4	1.2
Total	342	100.0

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 22

**MENARCA DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 19

Ritmo menstrual de las mujeres en edad reproductiva de las comunidades de San Juan Tepehuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

Ritmo	fo.	%
Regular	323	94.5
Irregular	17	5.0
Ausente por H.T.A.	2	0.5
Total	342	100.00

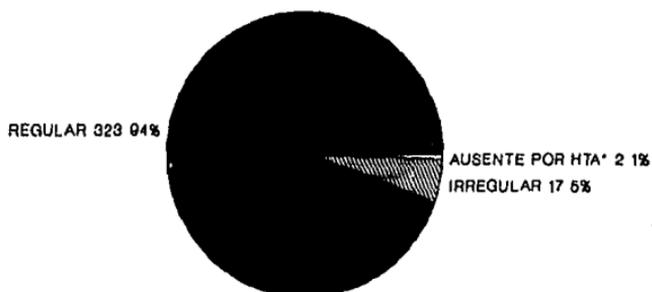
ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

\* Histerectomía total abdominal.

GRAFICA No. 23

**RITMO MENSTRUAL DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLACOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**



\*HTA- HISTERECTOMIA TOTAL ABDOMINAL

Cuadro No. 20

Total de mujeres encuestadas que se realizan la prueba de Papanicolaou en las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

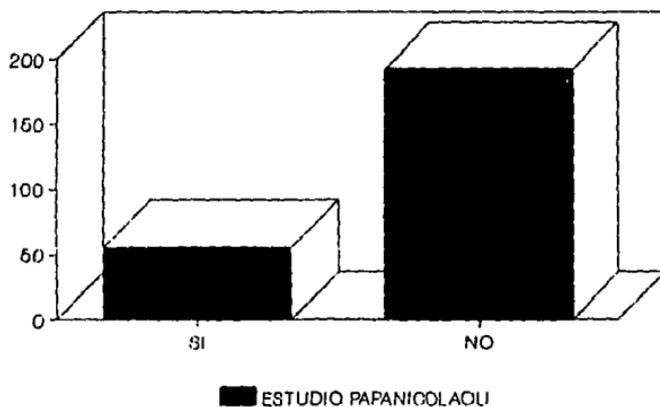
Papanicolaou	fo.	%
SI	55	44.0
NO	192	56.0
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100.00</b>

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 24

**MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA QUE SE EFECTUAN ESTUDIO DE PAPANICOLAOU EN LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 21

Frecuencia con la que se realizan la prueba del Papanicolaou las mujeres en edad reproductiva de San Lorenzo Tlacoyucan y San Juan Tepenahuac, Milpa Alta.D.F.

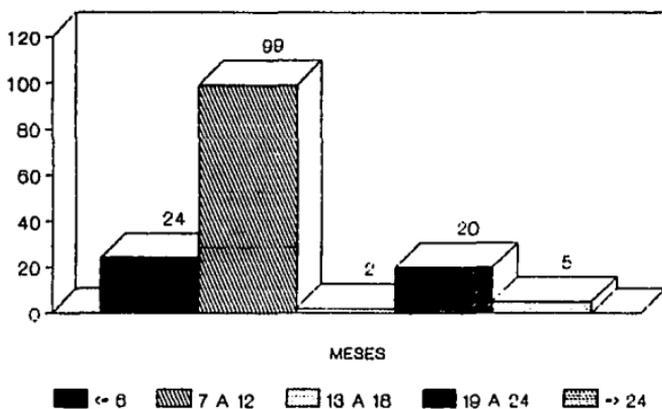
Meses	fo.	%
menos de 6	24	16.0
7-12	99	66.0
13-18	2	1.3
19-24	20	13.4
más de 24	5	3.3
Total	150	100.00

ENE0/UNAH

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 25

**FRECUENCIA CON LA QUE SE REALIZAN EL ESTUDIO DE PAPANICOLAOU LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.**



Cuadro No. 22

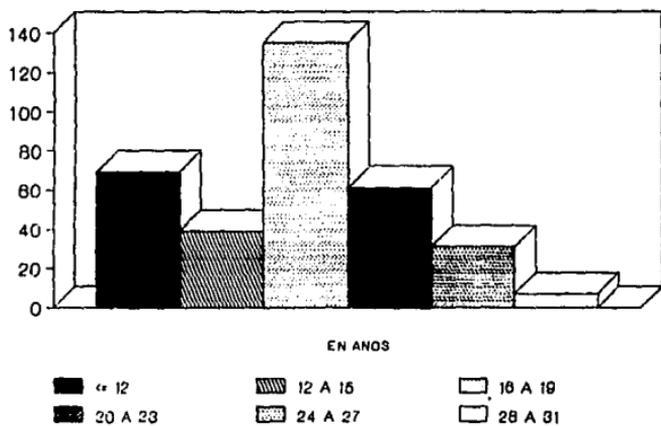
Inicio de vida sexual activa por edad; de las mujeres en estudio.

I.V.S.A.	fo.	%
-12 años	69	21.1
12-15 años	39	11.4
16-19 años	135	39.4
20-23 años	61	17.1
24-27 años	31	9.0
28-31 años	7	2.0
Total	342	100.0

ENE0/UNAH

GRAFICA No. 26

**INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA POR EDAD  
DE LAS MUJERES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 23

Número de gestas de las mujeres en edad reproductiva de San Juan  
Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

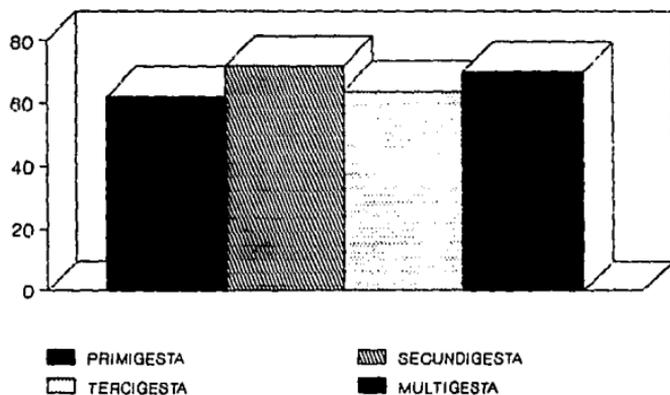
Gestas	fo.	%
Primigestas	62	23.1
Secundigestas	72	26.8
Tercigestas	64	24.0
Multigestas	70	26.1
Total	268	100.00

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 27

**NUMERO DE GESTACIONES DE LAS MUJERES EN  
EDAD REPRODUCTIVA DE SAN JUAN TEPENAHUAC  
Y SAN LORENZO TLACOYUCAN, MILPA ALTA D.F**



Cuadro No. 24

Tipo de parto que han tenido las mujeres encuestadas de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta.D.F.

Gestas	Vaginales		Cesárea		Total
	fo.	%	fo.	%	%
Primíparas	24	10.3	36	15.5	26.0
Secundíparas	61	26.4	7	3.0	29.4
Tercíparas	49	21.2	5	2.1	23.3
Multíparas	49	21.2	0	0.0	21.3
<b>Total</b>	<b>183</b>	<b>79.0</b>	<b>48</b>	<b>21.0</b>	<b>100.00</b>

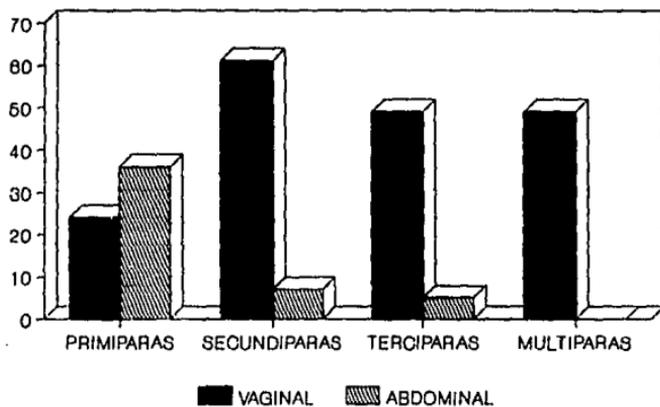
ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: Este cuadro no da como total 268 mujeres que han gestado, debido a que existen pérdidas perinatales; teniendo 35 abortos, 2 embarazos molares y 10 mortinatos.

GRAFICA No. 28

**TIPO DE PARTO QUE HAN TENIDO LAS MUJERES  
EN EDAD REPRODUCTIVA DE SAN JUAN  
TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLACOYUCAN.**



Cuadro No. 25

Peso al nacer de los productos de las mujeres de las comunidades en estudio.

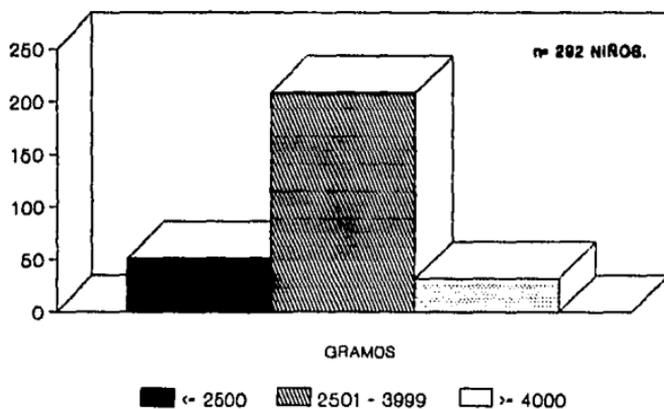
Peso	fo.	%
igual o menor de 2500g.	51	17.5
entre 2501 y 3999g.	209	71.5
mayor de 4000g.	32	11.0
Total	292	100.00

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 29

**PESO AL NACER DE LOS PRODUCTOS DE LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLACOYUCAN.**



Cuadro No. 26

Antecedentes perinatales de las mujeres en edad reproductiva de  
San Juan Topenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta, D.F.

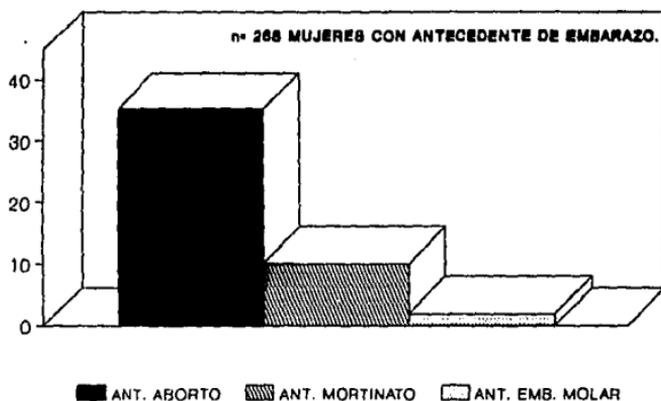
Vitalidad	fo.	%
Mujeres sin pérdidas perinatales	221	82
Con aborto	35	13
Con mortinato	10	4
Con embarazo molar	2	1
Total	268	100

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 30

**ANTECEDENTES PERINATALES PATOLOGICOS DE  
LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE SAN  
JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO TLAGOYUCAN**



\* 221 SIN ANTEC. PERINATAL PATOLOGICO.

Cuadro No. 27

Número de embarazos previos que culminaron en pérdidas perinatales de las mujeres en edad reproductiva de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

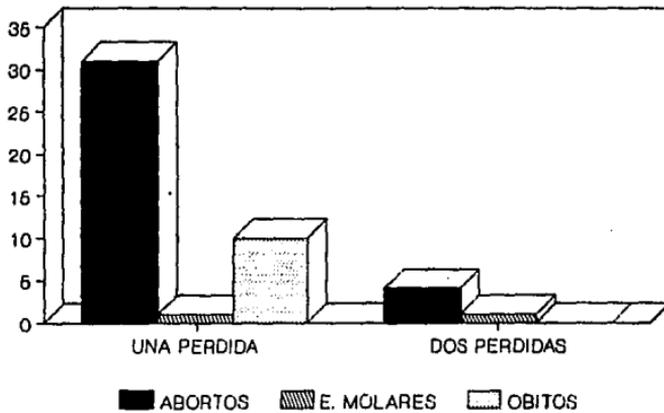
No. de pérdidas perinatales	abortos		molares		óbitos		total
	fo.	%	fo.	%	fo.	%	
1	31	66.0	1	2.1	10	21.2	89.4
2	4	8.5	1	2.1	0	0.0	10.6
<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>74.5</b>	<b>2</b>	<b>4.2</b>	<b>10</b>	<b>21.2</b>	<b>100.0</b>

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 31

**EMBARAZOS QUE CULMINARON EN PERDIDAS PERINATALES, EN LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS COMUNIDADES.**



Cuadro No. 28

Tipo de método anticonceptivo que utilizan el total de mujeres encuestadas de las comunidades de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

Método anticonceptivo	fo.	%
Orales	20	6.0
Inyectables	26	7.0
D.I.U.	33	9.0
Locales	10	3.0
Ritmo	23	7.0
Salpingoclasia	29	8.0
Nada	210	60.0
<b>Total</b>	<b>351</b>	<b>100.00</b>

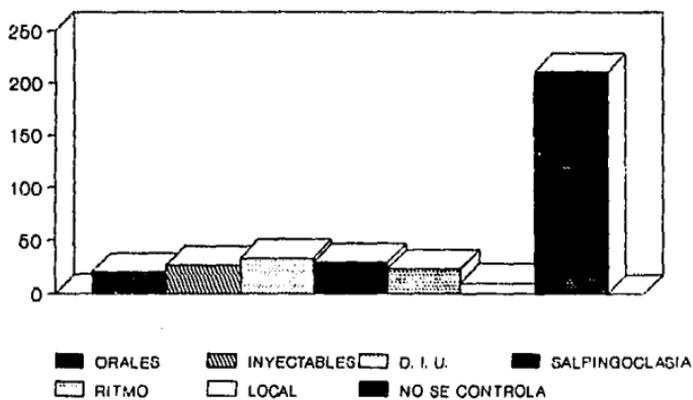
ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: No se cuadra a 342, debido a que algunas mujeres utilizan más de un método.

GRAFICA No. 32

**METODOS DE CONTROL NATAL UTILIZADOS POR  
LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE  
LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 29

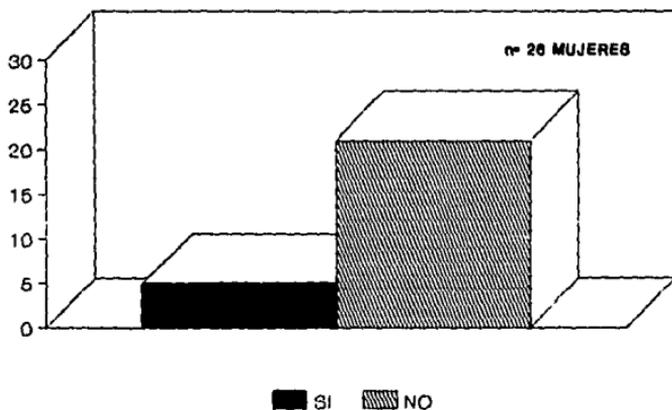
Control prenatal de las mujeres embarazadas al ser captadas, en las comunidades de San Juan Tepehuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta.D.F.

Control prenatal	fo.	%
Si	21	81
No	5	19
Total	26	100.00

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas. ENEO/UNAM

GRAFICA No. 33

**CONTROL PRENATAL DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS DE LAS COMUNIDADES  
EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 29.1

Inicio de control prenatal; según semanas de gestación de las mujeres embarazadas captadas en las comunidades de estudio.

Control prenatal	fo.	%
Sin control	5	19
Menos de 8 SDG	1	4
9 a 18 SDG	10	38
19 a 27 SDG	7	27
28 a 36 SDG	3	12
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

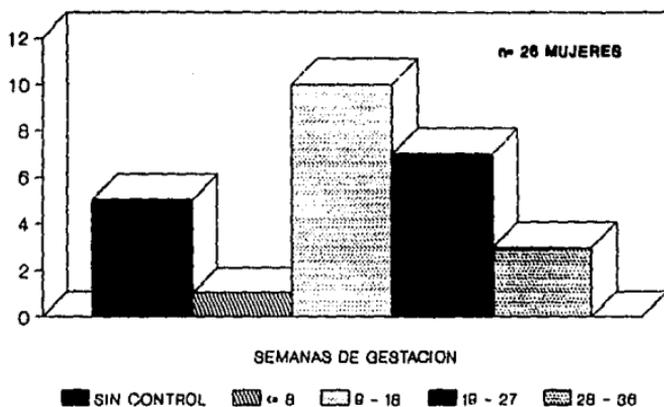
ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: S.D.G.= Semanas de gestación.

GRAFICA No. 34

**INICIO DEL CONTROL PRENATAL EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 30

Semanas de gestación en las que fueron captadas las mujeres en estado de preñez.

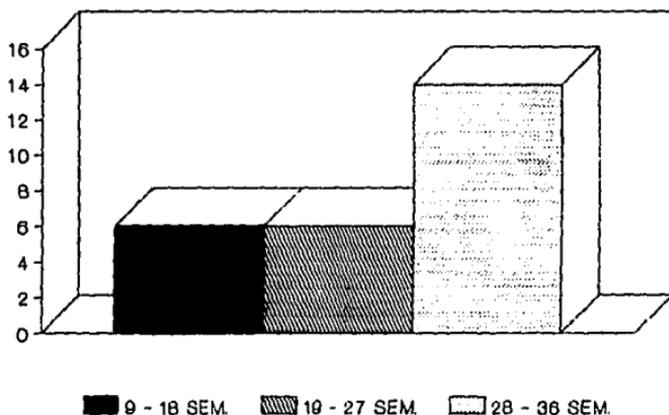
Semanas	fo.	%
9-18	6	23
19-27	6	23
28-36	14	54
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.00</b>

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 35

**SEMANAS DE GESTACION EN QUE FUERON  
CAPTADAS LAS MUJERES EMBARAZADAS DE  
LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 31

Número de visitas de control prenatal de las mujeres de San Juan  
Tepenhuc y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

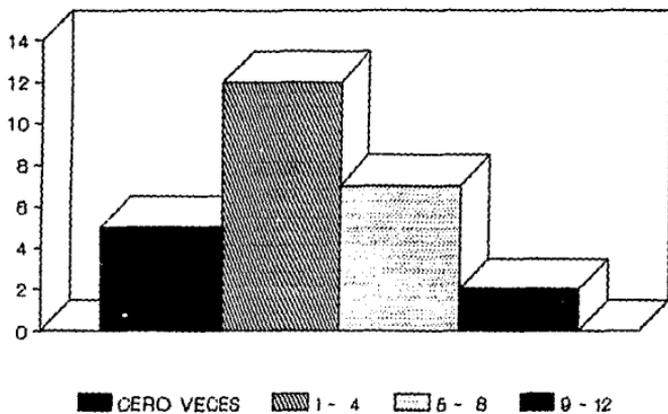
Visitas	fo.	%
0	5	19
1-4	12	46
5-8	7	27
9-12	2	8
Total	26	100

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 36

**NUMERO DE VISITAS DE CONTROL PRENATAL DE  
LAS MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 32

Complicaciones anteparto de las mujeres gestantes como muestra.

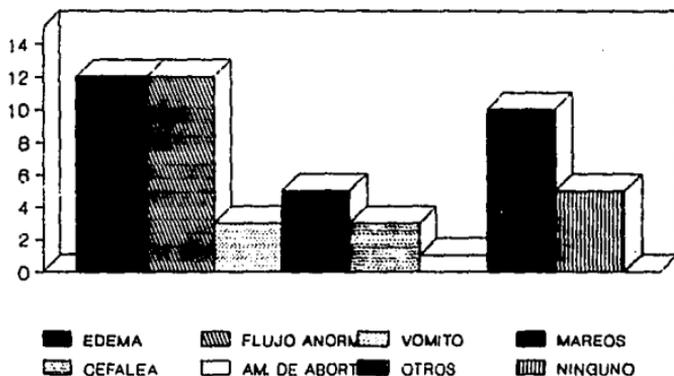
Complicación	fo.	%
Edema	12	46
Flujo vaginal anormal	12	46
Vómito	3	11
Mareos	5	19
Cefalea	3	11
Amenaza de aborto	1	4
Ninguno	5	19
Otros	10	38

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: La suma de las complicaciones no coincide con el número de mujeres embarazadas debido a que en algunas de ellas se presentaron más de una.

**COMPLICACIONES ANTEPARTO DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS DE LAS COMUNIDADES  
EN ESTUDIO.**



LA SUMA DE COMPLICACIONES NO COINCIDE  
CON EL NUMERO DE MUJERES EMBARAZADAS  
DEBIDO A QUE PRESENTARON MAS DE UNA.

Cuadro No. 33

Periodo intergenésico que existe en las mujeres embarazadas de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

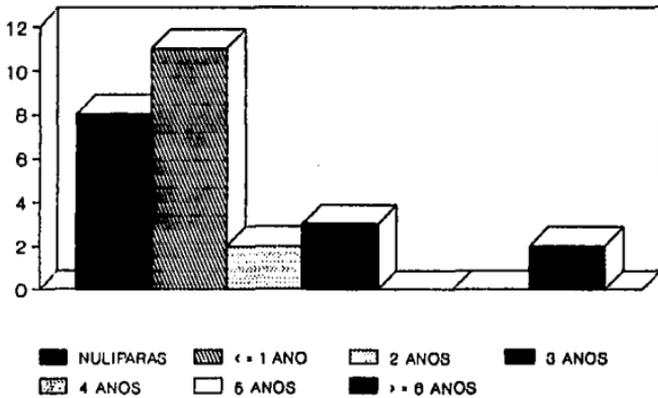
Periodo intergenésico	fo.	%
Nulípara	8	31.0
menor ó = a 1 año	11	42.0
2 años	2	7.7
3 años	3	11.5
4 años	0	0.0
5 años	0	0.0
6 o más años	2	7.6
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100.0</b>

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 38

**ULTIMO PERIODO INTERGENESICO EN LAS  
MUJERES EMBARAZADAS DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 34

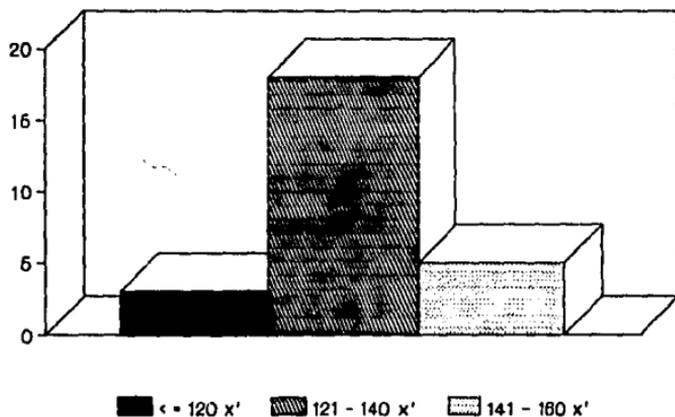
Frecuencia cardiaca fetal de los productos a la captación de las mujeres embarazadas de San Juan Tepenahuac y San Lorenzo Tlacoyucan. Milpa Alta.D.F.

FCF	fo.	%
< ó = a 120 por minuto	3	12
121-140 por minuto	18	69
141-160 por minuto	5	19
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

**FRECUENCIA CARDIACA FETAL AL MOMENTO DE  
SER CAPTADAS LAS MUJERES EMBARAZADAS DE  
LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 34.1

Presentación fetal a la captación de las mujeres embarazadas en estudio.

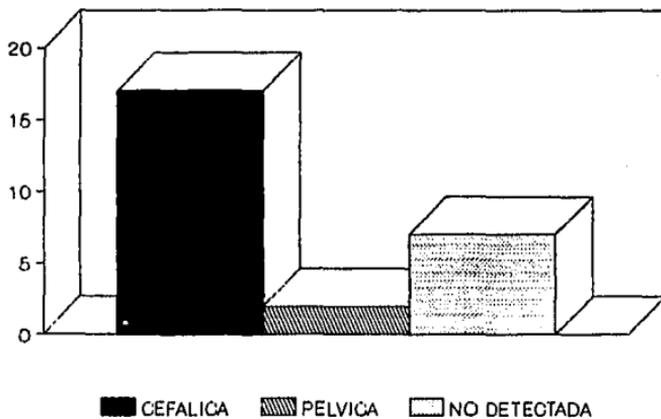
Presentación	fo.	%
Cefálico	17	65
Pélvico	2	8
No detectada	7	27
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 40

**PRESENTACION FETAL AL MOMENTO DE SER  
CAPTADAS LAS MUJERES EMBARAZADAS DE  
LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 34.2

Movimiento fetal al momento de ser captadas las mujeres  
embarazadas en estudio.

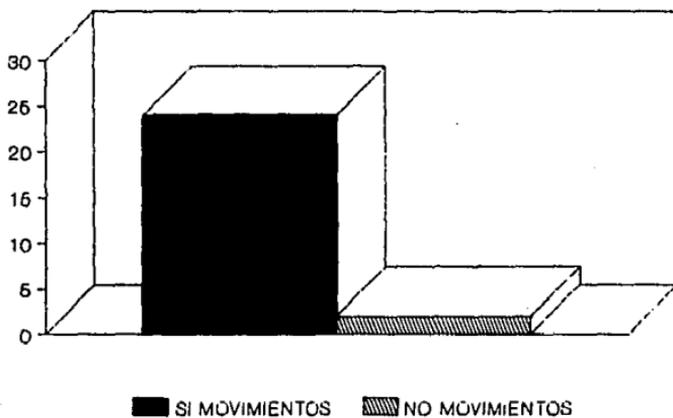
Movimiento fetal	fo.	%
Si	24	92
No	2	8
Total	26	100

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 41

**MOVIMIENTOS FETALES AL MOMENTO DE SER  
CAPTADAS LAS MUJERES EMBARAZADAS DE  
LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 35

Tipo de parto en las mujeres embarazadas en estudio.

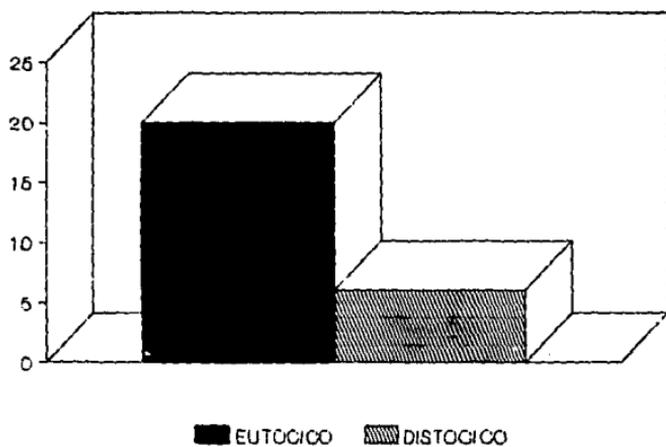
Parto	fo.	%
Eutócico	20	77
Distócico	6	23
Total	26	100

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 42

**TIPO DE PARTO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS  
DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 36

Complicaciones durante el parto de las mujeres detectadas en las comunidades de San Juan Tepehuac y San Lorenzo Tlacoyucan, Milpa Alta. D.F.

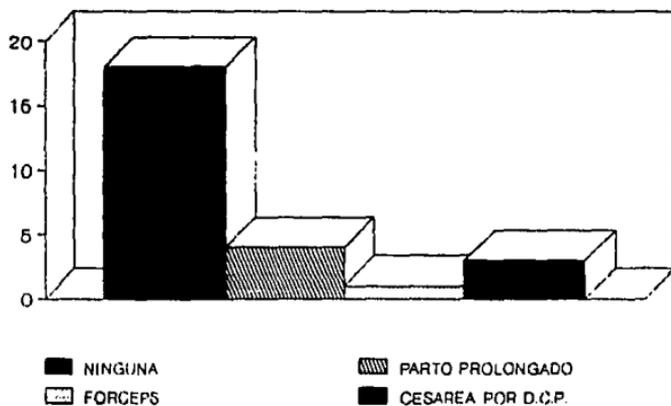
Complicación	fo.	%
Ninguna	18	69.0
Forceps	1	4.0
Parto prolongado	4	15.0
Cesárea por D.C.P.	3	12.0
Total	26	100.0

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 43

**COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LAS COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 37

Vía de resolución del parto en las mujeres encuestadas en las localidades en estudio.

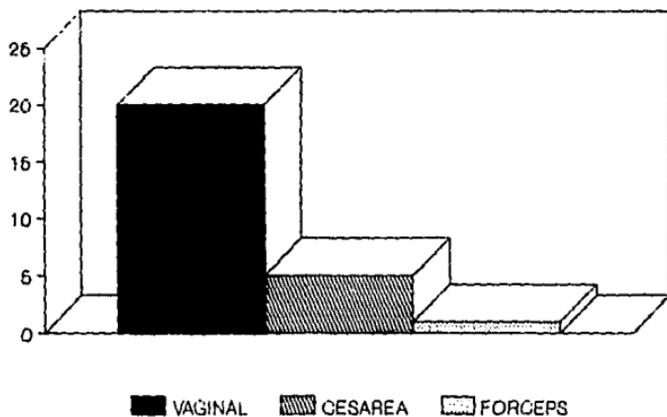
Parto	fo.	%
Cesárea	5	19
Vaginal	20	77
Vaginal por forceps	1	4
Total	26	100

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 44

**VIA DE RESOLUCION DEL PARTO DE LAS  
MUJERES EMBARAZADAS DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 38

Semanas de gestación de los productos al nacer de las mujeres embarazadas en estudio.

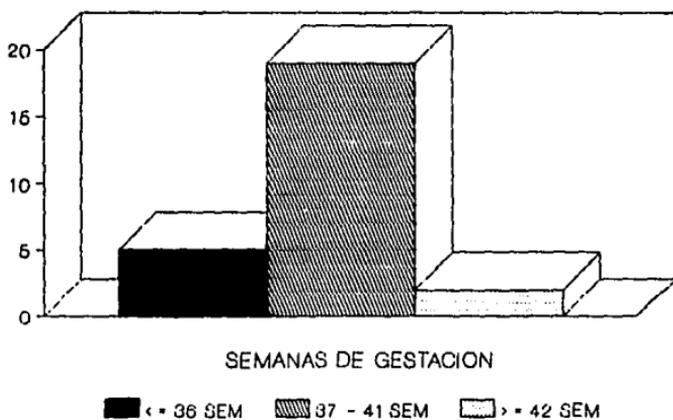
Semanas de gestación	fo.	%
< ó = a 36	5	19
37 a 41	19	73
> ó = a 42	2	8
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

ENEQ/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 45

**SEMANAS DE GESTACION DE LOS PRODUCTOS AL  
NACER DE LAS EMBARAZADAS DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 39

Complicaciones de los productos al nacer, de las mujeres embarazadas en estudio.

Complicación	To.	%
Ninguno	17	65
Apgar bajo < ó = a 6	4/9	
Peso bajo para su edad gestacional.	7/9	
Peso alto para su edad gestacional.	2/9	35
Síndrome de dificultad respiratoria	3/9	
Meconio +++	1/9	

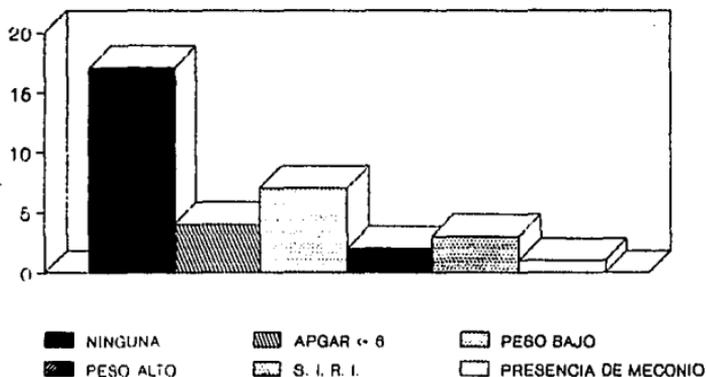
ENEO/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

Nota: La suma de las complicaciones no coincide con el número de recién nacidos, debido a que en alguno de ellos se presentaron más de una.

GRAFICA No. 46

**COMPLICACIONES DE LOS PRODUCTOS AL NACER  
EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DE LAS  
COMUNIDADES EN ESTUDIO.**



LA SUMA DE COMPLICACIONES NO COINCIDE  
CON EL NUMERO DE RECIEN NACIDOS DEBIDO  
A QUE PRESENTARON MAS DE UNA.

Cuadro No. 40

Complicaciones post parto de las mujeres estudiadas.

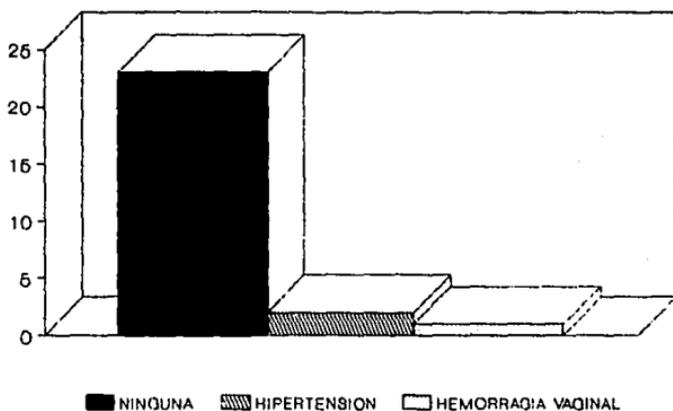
Ninguno	fo.	%
Ninguna	23	88.0
Hipertensión	2	8.0
Hemorragia vaginal	1	4.0
Total	26	100.0

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

GRAFICA No. 47

**COMPLICACIONES POST-PARTO DE LAS MUJERES  
EMBARAZADAS DE LAS COMUNIDADES  
EN ESTUDIO.**



Cuadro No. 41

VARIABLES ASOCIADAS POR EL PROCEDIMIENTO STEP WISSE EN LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE PRESENTARON COMPLICACIÓN ANTE, DURANTE O POSTPARTO 6 EN SU RECIÉN NACIDO.

Variables	Valor
Cefalea	.6902
Flujo vaginal pruriginoso	.6053
Ausencia de control prenatal	.4275
Flujo vaginal café	.3356
Bajo peso para su edad gestacional	.2254
Flujo vaginal transparente	.2062
Dolor abdominal tipo cólico	.2023
Edema	.1643
Vómito	.1445
Flujo vaginal amarillo	.1350
Antecedente de embarazo molar	.1307
Visión borrosa	.1188
Bajo peso antes del embarazo	.1062
Periodo intergenésico corto	.1058

ENEO/UNAM

Fuente: Directa de los resultados obtenidos por el método estadístico Step Wisse.

Cuadro No.42

Variables que se asocian significativamente para determinar embarazo de alto riesgo en las comunidades estudiadas.

Variable	Valor
Cefalea	240.045
Ausencia de control prenatal	168.207
Flujo vaginal amarillo	96.928
Flujo vaginal pruriginoso	61.818
Vómito	56.656
Flujo vaginal café	52.816
Edema	51.681

ENE0/UNAM

Fuente: Misma del cuadro anterior.

## CONCLUSIONES:

Después del diagnóstico de salud que se realizó en el Hospital General Milpa Alta y observando que de 5 a 10 % de las mujeres que acuden a dicho hospital presentan riesgo reproductivo, dato que estimulo a efectuar un estudio apoyándose en la aplicación de una encuesta con la cual se deseaban conocer los factores de riesgo que pudieran alterar el curso normal de un embarazo obteniendo los siguientes resultados:

Hasta el presente existen diversos criterios para diagnosticar un embarazo de riesgo. La mayoría de las publicaciones al respecto nos muestran una serie de factores de tipo general que se han venido tomando en cuenta por tradición como determinantes para que un embarazo se considere como riesgoso; sin embargo en esta investigación, nos llama la atención que variables tales como; estatura baja, peso ( muy delgadas u obesas ), alimentación deficiente, edades extremas para la gestación, educación deficiente, estado socio-económico bajo, trabajo físico intenso, etc. no son de ninguna manera factores determinantes de un embarazo de alto riesgo como lo han sido en otros estudios, esto se debe a que son variables comunes en nuestra población estudiada; sin embargo analizando los resultados tenemos que los factores que influyeron para que un embarazo se considere de riesgo fueron:

La cefalea la cual asociándose con el edema pudiera predecir a la toxemia del embarazo que en este caso no fue punto de enfoque para

ser detectada, pero sí, podemos percatarnos que al ver la resolución del embarazo los neonatos como consecuencia se ven afectados con Apgar bajo menor o igual a 6, peso bajo para la edad gestacional, peso alto para la edad gestacional, síndrome de dificultad respiratoria y presencia de meconio +++.

Por otra parte encontramos la presencia de flujo vaginal con diferentes características a lo normal que nos pudiera sugerir una cervicitis, cervicovaginitis o coreoamniotitis que producen trabajo de parto pretérmino y esto predispone peso bajo para la edad gestacional que puede desencadenar un Apgar bajo y por ende un síndrome de dificultad respiratoria mismas características encontradas y evaluadas en las madres y recién nacidos por el método estadístico de Step Wisse.

Otras variables como antecedentes heredo familiares y personales, tipo de vivienda, servicios públicos, fauna, hacinamiento, toxicomanías, higiene personal, horas de descanso, se encontraban ausentes o eran comunes entre la población estudiada sin presentar trascendencia estadística.

Finalmente como resultado de este estudio se llegó a la elaboración del instrumento clínico, de esta manera se pudo cumplir el objetivo principal de esta investigación.

Por otra parte pudimos percatarnos de que la población aún considera el embarazo como un proceso natural, sin considerar que éste pueda sufrir un daño; por tal motivo surge la necesidad de concientizar a la población respecto a este y otros temas que se dieron de forma secundaria, como la higiene personal, etc. Otro punto importante que no podemos dejar de mencionar es la falta de

integración de conocimientos por parte del equipo médico y paramédico para el diagnóstico oportuno de un embarazo de alto riesgo por tal motivo es importante concientizar a estos gremios sobre la trascendencia que tiene la atención integral de las pacientes.

## INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO CLINICO

1.- DEFINICION: Es un instrumento clínico que permitirá la detección y valoración de el embarazo de alto riesgo y que influye para su aplicación a mujeres embarazadas.

2.- ESTRUCTURA: El instrumento clínico esta integrado por dos etapas:

1a. Este incluye datos generales de la paciente, antecedentes heredo - familiares, antecedentes personales patológicos, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, embarazo actual, los cuales se registran con letras y/o números según se requiera.

2a. Esta incluye inicio de control prenatal y semanas de gestación y esta integrada por columnas ordenadas de la siguiente manera: 1a. columna: tomara como referencia el número de visitas, la fecha de las mismas.

2a. columna: se registraran las semanas de gestación con número; según número de visitas para poder contestar este punto tendremos que tomar en cuenta la fecha de última menstruación segura y se anotaran con números las semanas y días de gestación que tenga al momento de la visita.

3a. columna, PESO: se anotara con números el peso exacto de la persona, al momento de la visita.

4a. columna, TENSION ARTERIAL: este dato se obtendrá mediante la toma de la tensión arterial a través de un estetoscopio y un baumanómetro anotándose en los cuadros correspondientes la cantidad que está marque y en la visita que corresponda.

5a. columna, FONDO UTERINO: este dato será obtenido por medio de la medición de este y se anotará con digitos la cifra exacta en los cuadros correspondientes.

6a. columna, FRECUENCIA CARDIACA FETAL: auxiliándonos en el estetoscopio de pinar localizaremos el foco fetal y anotaremos las pulsaciones por minuto, en el cuadro correspondiente con números claros.

7a. columna, MOVIMIENTOS FETALES: se realizara exploración conveniente mediante el Varefe anotando las observaciones de trascendencia.

8a. columna, PRESENTACION: mediante las maniobras de Leopold se identificará la presentación del producto, anotando la descripción precisa de este.

Las siete columnas restantes contemplan signos y síntomas de alarma los cuales se obtendrán mediante el interrogatorio a la paciente anotando las observaciones anormales.

**INSTRUMENTO CLÍNICO PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA  
DE EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS; MENARCA: \_\_\_\_\_ RITMO: \_\_\_\_\_ I. U. S. A.: \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS; PERDIDAS PERINATALES: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

EMBARAZO ACTUAL; FUN: \_\_\_\_\_ SEGURA (SI) (NO) (DUDOSA)

INICIO DE CONTROL PRENATAL: \_\_\_\_\_ SEMANAS DE GESTACION.

N° VISI- TA FECHA	SEMA- NAS DE GES- TAC.	PESO	T/A	FON- DO UTE- RINO	FREC CARD FE- TAL	MOU FE- TAL	PRE- SEN- TA- CION	SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA (LA PRESENCIA DE DOS DE ELLOS REQUIERE VALORACION OBSTETRICA)						
								CEFA- LEA	T.V. ANAR	T.V. PRUA	T.V. CAPI	VOHI- TO	LEP MU	DOLOR T.COL
1 _____														
2 _____														
3 _____														
4 _____														
5 _____														
6 _____														
7 _____														
8 _____														
9 _____														
10 _____														

ENE0/UNAH

## SUGERENCIAS

Al poner en práctica nuestro trabajo de investigación, tuvimos la oportunidad de detectar carencias y brindar educación a la comunidad. Pero esta orientación no fué suficiente ya que para poder concientizar realmente a una población es necesario insistir sobre la importancia que tiene el cuidado a la salud. Por tal motivo, es necesaria la implementación de los siguientes programas:

- \*Alimentación
- \*Higiene personal y aseo bucal
- \*Control médico periódico (niños y adultos)
- \*Educación sexual
- \*Control prenatal
- \*Planificación familiar
- \*Brindar cursos al personal de enfermería sobre salud pública.

\*\*\*Principalmente implementar el instrumento clínico dentro del Hospital General Milpa Alta.

## GLOSARIO

**ABORTO:** Desde el punto de vista obstétrico es la interrupción del embarazo antes de que el producto sea viable y suele aceptarse hasta las 20 semanas de gestación. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia considera que el feto es viable a las 22 semanas, con un peso de 500g.

**AMENORREA:** Ausencia de la menstruación por más de 60 días, la cual se presenta cuando hay embarazo, en trastornos endócrinos, en los primeros meses de la lactancia al seno materno y la asociada con trastornos del peso corporal, como obesidad o delgadez extrema.

**APGAR:** Es una evaluación diagnóstica y el pronóstico del recién nacido que se realiza al minuto y a los cinco minutos y que evalúa las condiciones generales del niño al momento de nacer valorando cinco parámetros con cero, uno y dos, la máxima calificación es diez y la mínima es cero, los signos que se buscan son: frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, reactividad, tono muscular y coloración de la piel.

**ALIMENTACION:** Asimilación de sustancias para el sostenimiento y desarrollo por parte de un organismo vivo.

**ALTURA DE FONDO UTERINO:** Se obtiene a través del procedimiento clínico, es la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y el borde superior del útero.

ASTENIA: Falta o pérdida de la fuerza o energía.

CEFALEA: ( del gr. kephalé, cabeza y algos dolor). Dolor en la cabeza, superficial o profundo, general o localizado.

CESAREA: (de Julius, Caesar o de lat. caedere, cortar). Operación o sección cesárea; extracción de l feto, placenta y membranas ovulares a través de una incisión en la pared abdominal y otra en la pared uterina.

CONTROL PRENATAL: Es la atención de la embarazada periódicamente por un médico; y consiste en vigilar periódicamente a la mujer con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno.

CONTROL NATAL: Es una expresión que designa aquellos medios con los que los cónyuges determinan voluntariamente el número de hijos y los intervalos entre un nacimiento y otro por la prevención o el desplazamiento de la concepción.

DISTOCIA: (de dis-y el gr. tókos, parto). Parto difícil, doloroso, lento. La causa puede residir en los anexos fetales (cordón y placenta) en el feto (forma, tamaño o posición del feto) o materna (estrechez o malformación pélvica).

**DOLOR:** Síntoma que se manifiesta por una sensación física desagradable y localizada, provocada por múltiples estímulos que conducidos por las vías nerviosas específicas, llegan a la corteza cerebral, donde se hace consciente tal sensación.

**EDEMA:** ( del gr. oídema-atos inchazón ). Acumulación excesiva de líquido subcutáneo y espacio intersticial, en el tejido celular, debida a diversas causas: disminución de la presión osmótica del plasma por reducción de las proteínas; aumento de la presión hidrostática en los capilares u obstrucción de las vías linfáticas.

**EDAD:** Tiempo que una persona ha vivido a partir del nacimiento.

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

**EMBARAZO DE ALTO RIESGO:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre, del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario con intervención o no de alteraciones circunstanciales.

**ECLAMPSIA:** Convulsiones y coma que se presentan en mujeres embarazadas o puerperas en asociación con el cuadro de preeclampsia, es decir, con hipertensión, edema y/o proteinuria.

**EUTOCICO:** Corresponde 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

**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 periodo menstrual hasta el nacimiento y dura aproximadamente 280 días.

**HIGIENE PERSONAL:** (del gr. hygieine, f. hygieinós, sano). Conjunto de medidas que salvaguardan la salud y la difusión de las enfermedades infecciosas (principalmente de aquellas que se propagan por contacto), y que son responsabilidad de cada individuo.

**HORAS DE DESCANSO:** Tiempo para reposar o cesar el trabajo. Medida esencial de tratamiento médico en la mujer con embarazo de alto riesgo.

**ISOINMUNIZACION MATERNO FETAL:** También llamada eritroblastosis fetal o enfermedad hemolítica del recién nacido; el termino isoinmunización obedece a que el antígeno causal proviene de un

individuo de la misma especie.

I.V.S.A.: Edad en años en la cual se inicia vida sexual activa.

MAREOS: Sensación de girar la persona a su alrededor; debido a estímulos anormales y repetidos del aparato vestibular.

MENARCA: Establecimiento o comienzo de la menstruación.

MOVIMIENTOS FETALES: Producto de la concepción que cambia de situación por efecto de una fuerza intrínseca o extrínseca que obra sobre él, por un tiempo o continuamente.

NACIMIENTO: Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción.

NEONATO DE BAJO PESO: Recién nacido con un peso al nacimiento menor de 2500 gr.

OBITO: Muerte intrauterina del feto viable que pesa más de 500g.

PARTO: Conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida del claustro materno de un feto viable y sus anexos; desde el útero por la vagina hacia el exterior.

PAPANICOLAOU: Métodos de coloración y pruebas que se utilizan para la detección oportuna de cáncer cervico uterino.

**PREMATURO:** Recién nacido con una edad gestacional menor de 37 semanas al nacer.

**PRESENTACION:** Parte del producto que se aboca o tiende abocarse al estrecho superior de la pelvis materna, que es de tamaño suficiente para llenarlo y que sigue un mecanismo de trabajo de parto bien definido. Sólo existen dos presentaciones: presentación cefálica y presentación pélvica.

**SEXO:** Condición orgánica que distingue al macho de la hembra, lo masculino de lo femenino.

**S.D.G.:** Semanas de gestación.

**S.T.V.:** Sangrado transvaginal.

**TOXEMIA GRAVIDICA:** Es una enfermedad de causa desconocida asociada al embarazo. Su cuadro clínico está caracterizado por la presencia de edema, hipertensión y proteinuria, que aparece entre la semana 20 de gestación y el final de la primera semana de post parto. Se denomina eclampsia cuando se acompaña de cuadro convulsivo, lo que condiciona la mayor morbilidad obstétrica en la actualidad.

**TALLA:** Estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies, hasta el vértice de la cabeza en el plano sagital.

**TENSION ARTERIAL:** Presión que se produce en un vaso arterial; depende de la intensidad de la actividad cardiaca, del grado de elasticidad de las arterias, de la resistencia a nivel capilar, del retorno venoso y del volumen y viscosidad de la sangre.

**TOXICOMANIA:** Deseo intenso por los venenos, los narcóticos y los agentes intoxicantes.

**V.D.R.L.:** Sigla con que se conoce una prueba serológica de floculación aplicable al diagnóstico de la LUES.

**VOMITO:** Expulsión violenta por la boca de materias acumuladas en el estómago.

## BIBLIOGRAFIA

1. Amiel Tison C. et all.  
Perinatal Neurology; Panoramic view.  
Rev. Fr.-Gynecol-Obstet, 1191 Dec; 86 (12); pp. 750.
2. Areas F; Retto H.  
The use doppler waveform analysis in the evaluation  
of the high risk fetus. P.72.
3. Atrash H.K.; Rowley D. Hoque C.S. , et.all.  
Maternal and perinatal mortality  
Curr-opin-obstet-Gynecol; 1992 Feb., 4(1); pp. 80.
4. Badui Dergal Salvador.  
Química de los alimentos.  
Ed. Alhambra Mexicana. ed. 2a México, 1990. pp. 500.
5. Baha M. Sibai, MD.  
Hipertensión crónica durante el embarazo. pp. 30.
6. Beck J. Práctica de obstetricia.  
Ed. Prensa Médica Mexicana ed. 8a; México, 1984 pp. 847.
7. Bono Martinde et. all.  
Algunas pruebas prenatales para evaluar el bienestar  
fetal en mujeres con embarazo de alto riesgo.  
Journal Perinat-Med. 18 (1990) 77. pp. 660.
8. Creatsas G., Goumelatsos N., Deligoroglou E. et.all.  
Teenage pregnancy comparison with two groups of older  
Journal Adolesc-Healt., 1991 Mar. 12(2). pp.778.
9. Coombs-Orme T.Fishbein J. et.all.  
Reospitalization of very-low-birth-weight infants.  
Journal Dis Chid. 1988 Oct. 142 (10). pp. 1120.
10. Diccionario de Ciencias Médicas.  
Ed. El Atenco ed. 9a Argentina 1992. pp. 1314.
11. Diccionario Enciclopedico Ilustrado Dorlan.  
Ed. Interamericana ed. 9a, México 1988, pp. 1711.
12. Diccionario de medicina.  
Ed. Marin ed. 3a México 1990, pp. 1098.
13. Diccionario Médico AZ.  
Ed. Salvat ed. 3a, México 1993. pp. 730.
14. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas.  
Ed. Salvat ed. 13a Barcelona España, 1992, pp.1319.
15. Dirección de Enseñanza e Investigación de la dirección

general de servicios médicos del D.D.F.  
Paquete de autoaprendizaje para la elaboración de un protocolo  
de investigación, México D.F. 1988, pp. 148

16. Dirección general de servicios médicos D.D.F.  
Manual de información básica para la elaboración de protocolo  
de investigación, Ed. secretaria general de desarrollo social  
ed. 1985, pp. 48.
17. Enciclopedia Médica  
Ed. Paramericana ed. 17a México 1989 pp. 1888.
18. Fronteyn V. J. , Isada N.B.  
Nongenetic implications of childbearing after age thirty  
five.  
Journal Obstet Gynecol Surv. 1988 Dec.43(12); pp.904.
19. Gould J.B. Le Roys S.  
Socioeconomic status and low birth weight; a racial  
comparison.  
Journal Pediatrics; 1988 Dec. 15; 26 (12); pp.904.
20. Haft R.F. Kasper D.L. et.all.  
Group Bstreptococcus infection in mother and child.  
Hosp-pract-(off-Ed);1991 Dec. 15; 26 (12);  
pp.134.
21. Kaneko S.  
A rational antiepileptic drug therapy of epileptic women  
in child bearing age.  
Journal Psychatry Neurol; 1988 sep; 42(3); pp. 482.
22. Kepke John T.M.D.  
Prevencon de preeclamsia.  
pp. 50
23. Ketscher K.D.;Ketzke V.Schane E. et.all.  
Corse and autcome of pregnancy in adolescents.  
Journal Course and autcome of pregnancy in adolescents.  
Aeburtshilfe-Fravenheilkd; 1990 Nov. 50 (11); pp. 850.
24. Krieger N.  
AIDS funding: competing needs a the politics of priorites.  
Int. J. Healt Serv. 1988; 18(4); pp. 524.
25. La atención primaria materno infantil.  
5o. Simposium. Ed. GEN, abril 1992, pp.243.
26. Lasty Balseiro Almarío  
Investigación en enfermería, Ed Acuario, ed. 1988.
27. Manisoff T. Miriam;  
Planeación familiar  
Ed. Interamericana, ed. 2a. México, D.F. 1989.

28. Martz Palao, et. all  
Pasos iniciales de la investigación, México 1981, pp 14.
29. Memorias del GEN  
El feto y su ambiente  
México, D.F. GEN A.C. noviembre 1983, pp. 113.
30. Mc. Neil T.F.  
A prospective study of postpartum psychoses in a high risk group S. Relationship to psychosocial aspects of labor and delivery.  
Journal Acta Psychiatr Scand; 1988 Oct; 78(4); pp. 471.
31. Mc. Neil T.F. Persson Blenow J. et. all.  
A prospective study postpartum psychoses in high risk group 7.  
Journal Acta Psychiatr Scand, 1988 No., 78 (5); pp. 617.
32. Molfese Victoris.  
Perinatal Risk and infant development assessment and prediction.  
Southern Illinois University at Carbondale. pp. 250.
33. Musaka F.M., et. all.  
Comparation of pregnancy and labour in teenagers and primigravidas aged 21-25 years in Transkel.  
S. Afr.-Med.-J. 1992 Apr. 18;81 (8) pp. 423.
34. Ortiz Sánchez E.et. all.  
Embarazo en la adolescencia, revisión de 840 casos clínicos.  
Gynecol - Obstet - Mex-, 1991 oct., 59., pp. 292.
35. Rabin J.M. Seltzer V., Pollack., S. et. all.  
The long term benefits of a comprehensive teenage pregnancy program.  
J. Clin-pediatr-(phila).. 1991 may., 30(5).. pp. 309.
36. Rosenberg K., Mc Ewan H.P., et. all.  
Teenage pregnancy in Scotland: trends and risk.  
J. Scott-Med. 1991 Dec., 36(6).. pp. 174.
37. Rellville R. Indyk D., Shafiro V., et. all.  
The community as a strategic site for refining high perinatal risk assessments and interventions.  
Soc-work-health-care., 1991., 16(1).. pp. 19.
38. Sarkar C.S., Giri A.K., et. all.  
Outcome of teenage pregnancy and labour : a retrospective study.  
J. indian-med-assoc., 1991 Jul., 89(7); pp. 199.
39. Sistema para detección y evaluación de riesgo perinatal.  
Ed. CIMIGEN, Julio 1991, pp. 10.

40. Sheldon G. W.  
Diabetes and pregnancy.  
Obstet Gynecol Clin North Am., 1988 Jun., 15(2); pp. 390.
41. Taysi K.  
Preconceptional counseling.  
Obstet Gynecol Clin North Am., 1988 Jun., 15(2); pp. 178.
42. Trussell J.  
Teenage pregnancy in the united states.  
Famm. plann perspect., 1988 Nov.-Dec., 20(6); pp. 272.
43. Van Zelen, et all.  
Diagnóstico cromosómico de alteraciones con ultrasonografía.  
Prenatal diagnosis Vol. 11 655 - 660 (1991).
44. Wenwrgwn Margareta.  
Perinatal risk factors.  
Acta obstétrica et. Ginecológica Scandinavica Oficial  
Publications of the Scandinavica Association of Obstetricians  
and Gynecologists.
45. William Hellman P.  
Obstericia.  
Ed. Salvat, 2a ed., México 1992, pp. 900.
46. Zmirov D., Charrel M., Veyre C.  
Controlled evaluation of a health education programme for  
pregnant womwn in rural areas.  
J. Epidemiol Community Healt, 1988 Jun., 42(2); pp. 82.

## A N E X O S



### 3.6. UNIDADES DE OBSERVACION:

VARIABLES	CATEGORIAS	U.DE MEDIDA	ESCALA
1.Sexo	Unica	Masculino Femenino	Cualitativa Nominal
2.Edad en años	Unica	Años cumplidos	Cuantitativa Discontinua
3.Éscolaridad	3.1 no estudios 3.2 primaria 3.3 secundaria 3.4 media sup. 3.5 profesional 3.6 Técnico	Parámetros establecidos por pasantes de enf.	Cualitativa Ordinal
4.Ocupación	4.1 emp.fed. 4.2 emp.part. 4.3 emp.domest. 4.4 comerciante de nopal. 4.5 campesino. 4.6 obrero. 4.7 enfermera. 4.8 hogar. 4.9 estudiante. 4.10 maestro. 4.11 contador. 4.12 jubilado. 4.13 secretaria. 4.14 Jardinero. 4.15 albañil.		Cualitativa Nominal

- 4.16 zapatero.
- 4.17 chofer.
- 4.18 electricista.
- 4.19 trab.adm.
- 4.20 médico.
- 4.21 conserge
  
- 4.22 fabricante  
de muebles.
- 4.23 velador.
- 4.24 panadero.
- 4.25 fotógrafo.
- 4.26 abogado.
- 4.27 intendencia.
- 4.28 trab. social.
- 4.29 mecánico.
- 4.30 valuador.
- 4.31 relojero.
- 4.32 tendero.
- 4.33 cajera.
- 4.34 cultura  
de belleza.

=====

5.Aportación económica	Salario mínimo	uno dos más	Cuantitativa Discontinua
---------------------------	-------------------	-------------------	-----------------------------

=====

6.Tipo de vivienda	6.1 perecedero 6.2 no "	parámetros establecidos por pasantes de enfermería.	Cualitativa Ordinal
-----------------------	----------------------------	--	------------------------

=====

7.Servicios públicos	7.1 luz 7.2 agua p. 7.3 drenaje 7.4 vías de c. 7.5 pavimento 7.6 serv.limp.	si no	Cualitativa Nominal
-------------------------	--	----------	------------------------

=====

8.Fauna	8.1 gatos 8.2 perros 8.3 aves	nºde gatos nºde perros nºde aves	Cuantitativa Continua
---------	-------------------------------------	--	--------------------------

=====			
9.Fauna	9.1 gatos 9.2 perros 9.3 aves	por existencia	Cualitativa Nominal
=====			
10.Antecedentes familiares	10.1 diabetes 10.2 hiper- tensión. 10.3 nefropatías 10.4 otros	Parámetros establecidos por pasantes de enf.	Cualitativa Nominal
=====			
11.Antecedentes personales	11.1 diabetes 11.2 hipertensión	si no	Cualitativa Nominal
=====			
12.Edo.civil	12.1 casada 12.2 u.libre 12.3 soltera 12.4 divorciada 12.5 viuda 12.6 madre solt.	si no	Cualitativa Nominal
=====			
13.Alimentación	13.1 lácteos 13.2 carnes 13.3 Frutas y verduras 13.4 legumino- sas.	nºde veces que consume el alimento a la semana	Cuantitativa Continua
=====			
14.Peso antes del embarazo	única	en Kg.	Cuantitativa Continua
=====			

15. Peso actual	única	en Kg.	Cuantitativa Continua
-----------------	-------	--------	--------------------------

16. Talla	única	en cm.	Cuantitativa Continua
-----------	-------	--------	--------------------------

17. Toxicomanías	17.1 tabaco	nºde cigarros consumidos al día.	Cuantitativa
	17.2 alcohol	Alcohol consumido a la semana.	Discontinua
	17.3 otros		

18. Horas de descanso	18.1 Una hora		
	18.2 dos horas		
	18.3 tres horas	Horas	Cuantitativa
	18.4 cuatro horas		Discontinua
	18.5 cinco horas		
	18.6 seis horas		

19. Higiene personal	19.1 baño DC/CR	nºde baños a la semana	Cualitativa
	19.2 baño DS/CR		Ordinal
	19.3 baño C/3D	y frecuencia	
	19.4 baño C/sem.	de cambio de ropa.	

20. Menarca	única	Por años	Cuantitativa Continua
-------------	-------	----------	--------------------------

21. Ritmo	21.1 C/25 días		
	21.2 C/28 días	Frecuencia	Cuantitativa
	21.3 C/30 días	y duración	Continua
	21.4 Irregular.		

22.I.V.S.A.	única	por años	Cuantitativa Continua
23.Gestas	única	nº de gestas	Cuantitativa Continua
24.Abortos	única	nº de abortos	Cuantitativa Continua
25.Partos vaginales.	única	nº de partos	Cuantitativa Continua
26.Cesáreas	única	nº de cesá-- reas.	Cuantitativa Continua
27.Gemelares	única	nº de emb. gemelares.	Cuantitativa Continua
28.Molares	única	nº de emb. molares.	Cuantitativa Continua
29.Obitos	única	nº de pro-- ductos obi- tados.	Cuantitativa Continua
30.Vitalidad	30.1 vivos 30.2 muertos	nº de hijos nº de hijos	Cuantitativa Continua
31.Peso	única	Kg.	Cuantitativa Discontinua

32.Papanicolaou	única	Frecuencia de toma de papa- nicolaou.	Cuantitativa Discontinua
=====			
33.Control natal	33.1 si 33.2 no	orales. inyectables. diu. locales. ritmo. salpingocla- sia. nada.	Cualitativa nominal
=====			
34.V.D.R.L.	única	positivo	Cualitativa Nominal
=====			
35.Grupo sanguíneo	única	¿ ? A B O AB	Cualitativa Nominal
=====			
36.Factor Rh	única	positivo negativo se desconoce.	Cualitativa Nominal
=====			
37.Inmuniza- ciones.	única	si no	Cualitativa Nominal
=====			
38.Hospitaliza- ción durante el embarazo.	única	si no	Cualitativa Nominal
=====			

39. Días estancia de hospitalización.	única	por nº de días	Cuantitativa Continua
=====			
40. Causas de hospitalización.	única	Según Dx. clínico	Cualitativa Nominal
=====			
41. F.U.M.	41.1 segura 41.2 dudosa	Interrogatorio	Cualitativa Nominal
=====			
42. S.D.G.	única	F.U.M.	Cuantitativa Discontinua
=====			
43. Altura de fondo uterino.	única	cm.	Cuantitativa Continua
=====			
44. Control prenatal	44.1 si 44.2 no	Por interrogatorio	Cualitativa Nominal
=====			
45. Semanas de inicio de control prenatal.	45.1 temprana 45.2 mediana 45.3 tardía	0-18 SDG 19-28 SDG 29-37 SDG	Cualitativa Ordinal
=====			
46. Nº de visitas	única	Interrogatorio	Cuantitativa Continua
=====			
47. F.P.P.	única	Según F.U.M.	Cuantitativa Continua
=====			

48.Movimientos fetales	48.1 si 48.2 no	Por interroga- torio y clíni- ca.	Cualitativa Continua
---------------------------	--------------------	---	-------------------------

49.Presentación	49.1 pélvica 49.2 cefálica	por clínica	Cualitativa Nominal
-----------------	-------------------------------	-------------	------------------------

50.F.C.F.	50.1 normal 50.2 bradicar- dia. 50.3 taquicar- dia.	nº de latidos cardiacos fetales x'.	Cualitativa Ordinal
-----------	---	---	------------------------

51.T/A en el embarazo	51.1 normotensión 51.2 hipotensión 51.3 hipertensión	mm.Hg.	Cualitativa Ordinal
--------------------------	--	--------	------------------------

52.Flujo vaginal	52.1 transparente 52.2 café 52.3 blanco 52.4 amarillo 52.5 verde 52.6 pruriginoso	por clínica	Cualitativa Nominal
---------------------	--	-------------	------------------------

53.Edema	53.1 si 53.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
----------	--------------------	-------------------------	------------------------

54.Vómito	54.1 si 54.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
-----------	--------------------	-------------------------	------------------------

55.Dolor tipo cólico	55.1 si 55.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
=====			
56.Mareos	56.1 si 56.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
=====			
57.Visión borrosa	57.1 si 57.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
=====			
58.Astenia	58.1 si 58.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
=====			
59.Cefalea	59.1 si 59.2 no	por interro- gatorio	Cualitativa Ordinal
=====			
60.S.T.V.	60.1 si 60.2 no	por interro- gatorio.	Cualitativa Ordinal
=====			

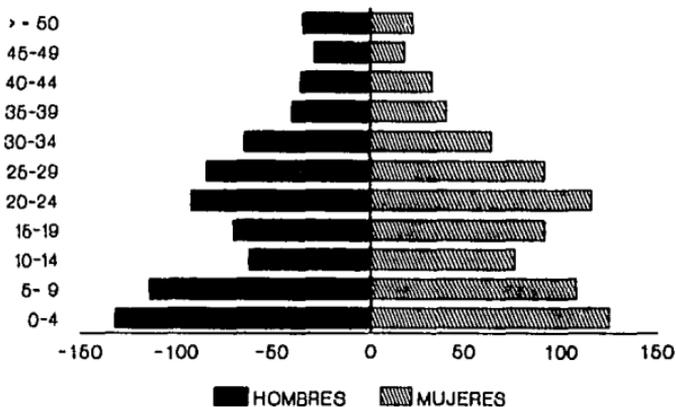
Pirámide poblacional 1993.

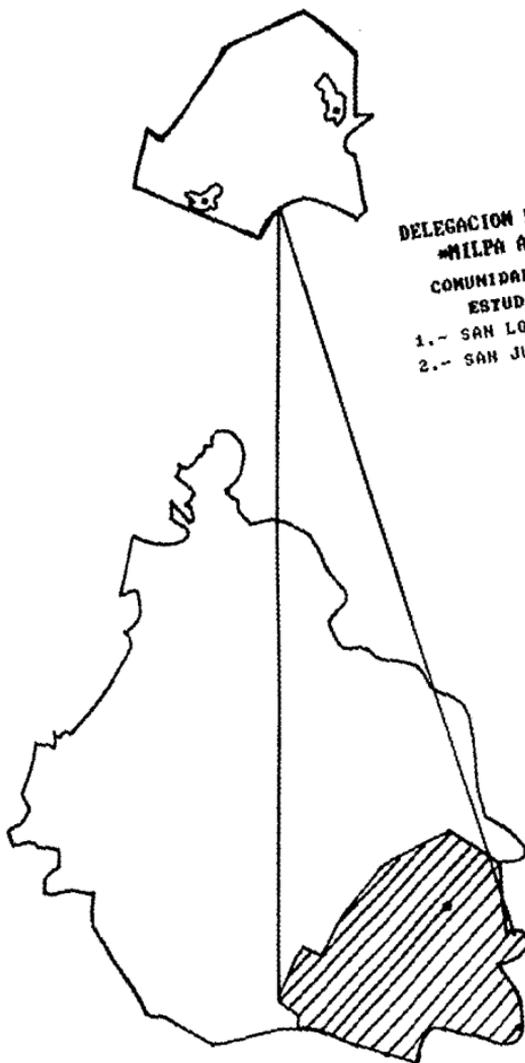
Grupo de edad	Sexo masculino	%	Sexo femenino	%
0-4 años	132	17.57	125	15.84
5-9 años	114	15.17	108	13.70
10-14 años	62	8.25	76	7.63
15-19 años	70	9.32	91	11.54
20-24 años	92	12.25	116	14.70
25-29 años	84	11.20	91	11.54
30-34 años	64	8.52	64	8.11
35-39 años	39	5.20	41	5.20
40-44 años	34	4.52	34	4.30
45-49 años	27	3.60	19	2.40
50 a más	33	4.40	24	3.04
<b>Total</b>	<b>751</b>	<b>100.00</b>	<b>789</b>	<b>100.00</b>

ENE0/UNAM

Fuente: Directa de las encuestas aplicadas.

**PIRAMIDE POBLACIONAL DE LAS POBLACIONES  
DE SAN JUAN TEPENAHUAC Y SAN LORENZO  
TLACOYUCAN, MILPA ALTA D. F.**





DELEGACION POLITICA  
"MILPA ALTA"  
COMUNIDADES EN  
ESTUDIO.

- 1.- SAN LORENZO TLACOYUCAN
- 2.- SAN JUAN TEPENAHUAC