

129

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA NO REFERENCIA DE PACIENTES
AL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO, DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTAN:

SANTA VELAZQUEZ SANCHEZ

No. DE CUENTA: 9761176-9

MARIA DEL CARMEN MACIEL CASTELLANOS

No. DE CUENTA: 09761170-7



ASESOR:

LIC. JULIO HERNANDEZ FALCON

Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinación de

Ser. ABRIL DE 2002



MEXICO, D.F.



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 esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

DEDICATORIA

A mis hijos por el tiempo que me facilitaron para asistir a mis clases, con amor y cariño.

A mi esposa por la comprensión y apoyo constante que siempre me ha brindado, con respeto y todo mi amor.

A las catedráticas por aportar los conocimientos durante mi formación profesional.

A mi asesor Lic. Julio Hernández Falcón por su dedicación y empeño en la elaboración de mi tesis.

Respetuosamente

Santa Velázquez Sánchez

DEDICATORIA

*Al mi hija que representa la motivación
para terminar mi preparación profesional.*

*Al mi esposo por el apoyo invaluable y
comprensión a con amor y respeto.*

*Al los catedráticos por sus enseñanzas y
capacitación en mi formación profesional con
cariño y gratitud.*

Respetuosamente

María del Carmen Maciel Castellanos

INDICE

RESUMEN	1
I INTRODUCCION	2
II MARCO TEÓRICO	3
2.1 CONCEPTO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	3
2.2 PROBLEMAS COEXISTENTES	3
2.2.1 DIABETES MELLITUS Y EMBARAZO	5
2.2.2 ENFERMEDADES HIPERTENSIVA AGUDA DEL EMBARAZO	8
2.2.3 CARDIOPATIA Y EMBARAZO	11
2.2.4 POLIHIDRAMNIOS	15
2.2.5 OLIGOHIDRAMNIOS	16
2.2.6 EMBARAZO MULTIPLES	17
2.2.7 ANEMIA EN EL EMBARAZO	18
2.2.8 INFECCIONES	20
2.2.9 RUBÉOLA	20
2.2.10. TOXOPLASMOSIS	21
2.2.11. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	21
2.2.12. VALORACION DE ENFERMERIA PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	22
2.2.13. PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL	23
2.2.14. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	25
2.2.15 ENFERMEDAD TIROIDEA Y EMBARAZO	26
2.2.16. RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	27
2.2.17 PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO	28
2.2.18 TIPOS DE PRUEBAS	30
2.2.19 AMNIOCENTESIS	33
2.2.20 PRUEBA DE CLEMENTS	35
2.2.21 DATOS ESTADÍSTICOS	37
2.2.22 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	42
2.2.23 LA IMPORTANCIA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN MATERNA INFANTIL Y DE ALTO RIESGO	48
2.2.24 LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS	50
III MATERIAL Y MÉTODOS	54
3.1 JUSTIFICACIÓN	54
3.2 OBJETIVO GENERAL	54
3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	54
3.4 HIPÓTESIS	55
3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES	55
3.6 TIPO DE ESTUDIO	62
3.7. UNIVERSO DE ESTUDIO	62
3.8. UNIDADES DE OBSERVACIÓN	62
3.9 CRITERIO DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	62
3.10. UNIVERSO MUESTRA	63
3.11 INSTRUMENTOS	63
3.12. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	63
3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO	63

IV RESULTADOS.....	64
4.1 LA VISIÓN DE ENFERMERÍA.....	64
4.2 VISIÓN MÉDICA.....	64
4.3 VISIÓN DEL USUARIO (MUJERES EMBARAZADAS).....	74
4.4 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	88
4.5. PROPUESTA.....	90
CONCLUSIÓN.....	92
BIBLIOGRAFÍA.....	94
GLOSARIO.....	97
ANEXOS.....	102

INDICE DE CUADROS

Cuadro No.1	Conocimiento de Servicio de Embarazo de Alto Riesgo en la Institución.	65
Cuadro No.2	Conocimiento de días de consulta.	66
Cuadro No.3	Reconoce signos y síntomas de alarma en las embarazadas.	67
Cuadro No.4	Requisitos para enviar al pacientes al servicio.	68
Cuadro No.5	Tipo de estudios se realizan en el servicio de Alto Riesgo.	69
Cuadro No.6	Conoce el servicio de embarazo de Alto Riesgo.	70
Cuadro No.7	Conoce los requisitos para enviar pacientes al Servicio de Embarazo de Alto Riesgo.	71
Cuadro No.8	Que estudios se realizan en el Servicio de Embarazo de Alto Riesgo	72
Cuadro No.9	Le informaron cuales son las funciones del servicio.	73
Cuadro No.10	Control Prenatal	75
Cuadro No.11	Asistencia a control	76
Cuadro No.12	Edad gestacional	77
Cuadro No.13	Número de embarazos	78
Cuadro No.14	Problemas del Recién Nacido	79
Cuadro No.15	Problemas de su embarazo	80
Cuadro No.16	Problemas durante el embarazo	81
Cuadro No.17	Consumo de tóxicos	82
Cuadro No.18	Cual de los tóxicos a consumido	83
Cuadro No.19	Problemas presentados en sus embarazos anteriores	84
Cuadro No.20	Terminación del embarazo anterior	86
Cuadro No.21	Espacios en sus embarazos	87

RESUMEN

Durante el primer semestre del 2000 en el Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" de Tuxtla Gutiérrez, se realizó un trabajo de investigación de los factores que influyen a que las pacientes no sean referidas al servicio de embarazo de alto riesgo y la difusión de la misma.

Para la realización de la investigación se eligió un diseño de tipo descriptivo, prospectivo, transversal, siendo las unidades de observación las pacientes embarazadas de alto riesgo, médicos y enfermeras. Los criterios de inclusión considerados con antigüedad mínima de un año, mexicanos, con base y sindicalizados no se consideraron en el estudio a trabajadores con antigüedad menos de un año, extranjeros o eventuales. Se eliminaron a aquellos que se encontraban de permiso y vacaciones. Para la realización de la investigación se consideró una muestra aleatoria simple con reposición considerando los 15 médicos especialistas trabajadores siendo la muestra en un 90% de los mismos. Para la recopilación de datos se diseñaron 3 tipos de encuestas. Los resultados obtenidos muestran que los riesgos de embarazo son elevados y múltiples relacionados con el control prenatal, número de embarazos, periodo intergenésico, en esta orden de importancia seguido de riesgos maternos, fetales y las enfermedades de transmisión sexual, los riesgos nutricionales, estatus económicos, cirugías uterinas o cesáreas previas, antecedentes de enfermedades genéticas y toxicomanías.

Se concluye que los factores de riesgo presente son de índole materna, fetales, psicosociales y toxicomanías.

Se propone promover las acciones de salud a las pacientes embarazadas con riesgo utilizando las acciones de salud, la referencia y contrarreferencia, la difusión del servicio a través de los medios de comunicación disponibles, como son las reuniones grupales para proyección de videos, sesiones clínicas, radio y televisión, distribución de carteles, incluyendo pláticas domiciliarias etcétera, para efectuar campaña en beneficio de la mujer gestante

De igual manera promover la coordinación entre los niveles administrativos y operativos, para favorecer la atención médica y de enfermería oportuna, integral y de calidad, mediante el adecuado y ágil flujo de pacientes referidos y contrarreferidos entre los niveles de atención.

I INTRODUCCION

La siguiente investigación se realiza con la finalidad de dar a conocer la importancia que tiene la referencia al servicio de embarazo de alto riesgo en el Hospital General Regional "DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA".

Las pacientes embarazadas representan un grupo de riesgo susceptibles a los padecimientos y enfermedades de diversas índole, de aquí la importancia de detectar oportunamente los signos y síntomas de alarma a que están sometidas.

La enfermera profesional debe utilizar día a día el modelo de atención basado en la detección oportuna de riesgo durante el embarazo (PREVIGEN) actuando de manera anticipatoria y realizando intervenciones de carácter preventivo y así disminuir la incidencia de muertes perinatales, y a través de esto ofrecer nacimientos en condiciones ideales mediante una buena atención prenatal a la embarazada.

La presente investigación está integrada por cuatro capítulos; introducción, marco teórico, material, método y resultado.

Además se han considerado la inclusión de anexos en la que cabe destacar una recopilación de encuestas representados por cuadros de los factores que influyen a que las pacientes del Hospital Regional de Tuxtla Gutiérrez, no sean referidas al servicio de embarazo de alto riesgo.

II MARCO TEÓRICO

2.1 CONCEPTO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

El embarazo de alto riesgo se define con amplitud, como aquel en que la madre, feto o neonato se encuentran en mayor riesgo de morbilidad o mortalidad antes o después del parto. Pueden ser muchos los factores participantes, incluyendo nutrición deficiente, cuidados prenatales inadecuados o fetales preexistentes. ⁽¹⁾

Se considera un embarazo de alto riesgo cuando la salud de la madre y el feto se hallan en peligro.

La detección de los factores se realizan a lo largo del embarazo. Los más frecuentes son los siguientes:

1. Edad de la paciente: menor de 16 años o mayor de 35 años.
2. Más de 4 embarazos, especialmente cuando la mujer tiene más de 35 años.
3. Retraso o ausencia en la prestación de cuidados prenatales.
4. Mal estado nutricional.
5. Bajo estatus económico.
6. Elevado consumo de tabaco, alcohol o drogas.
7. Exposición de sustancias o enfermedades que pudieran dañar al feto.
8. Cirugía o cesárea previa.
9. Antecedentes de problemas en los embarazos anteriores; ya sea referente a la mujer o al feto, incluidos los abortos repetidos, las hemorragias, los fetos nacidos muertos o los partos pretérmino.
10. Antecedentes familiares de enfermedad genética.

2.2 PROBLEMAS COEXISTENTES.

1. Diabetes.
2. Hipertensión.
3. Cardiopatías.
4. Enfermedad Tiroidales.
5. Anemia de células falciformes.
6. Anemia.
7. Infecciones, en particular rubéola, toxoplasmosis y las enfermedades de transmisión sexual.

⁽¹⁾ Permol Martín L. Diagnóstico y Tratamiento Gineco-obstétrico, 6ª. edición, Ed. Manual Moderno S.A. de C.V., pag. 313

EMBARAZO ACTUAL

Lo que condicionaria

1. Parto pretérmino.
2. Hemorragias; especialmente en el tercer trimestre.
3. Preclamsia, eclampsia.
4. Hidramnios (exceso de líquido amniótico)
5. Retraso en el crecimiento intrauterino. ⁽²⁾

La buena atención prenatal reduce mortalidad y morbilidad tanto en la madre como en el feto, se inicia en el momento en que la mujer piensa que esta embarazada y acude a consulta, por lo general después de la octava semana. Para muchas de ellas sería conveniente asesorarlas antes de concebir.

Pueden acudir:

1. Mujeres con enfermedades previas y actuales como problemas cardiacos, hipertensión, diabetes con complicación renal, epilepsias, hemoglobinopatía y cualquier otra causa de mala salud. Algunas de estas personas necesitan consulta por estar recibiendo medicamentos.
2. Mujeres con antecedentes familiares de enfermedad o anomalías fetales que ameriten asesoría genética.
3. Aquellas personas que hayan tenido un embarazo desafortunado por cualquier causa.

La atención Prenatal Incluye:

1. Detección y tratamiento de cualquier enfermedad intercurrente. Algunos trastornos se inicia antes del embarazo, otro se manifiestan o son descubiertos en el transcurso del mismo.
2. Detección y tratamiento de las complicaciones del embarazo, como hemorragias parto, hipertensión, pielonefritis, anemia.
3. Anticiparse a las complicaciones del trabajo de parto, como desproporción cefalopelvica y presentaciones defectuosas.
4. Las consideraciones fetales incluyen cualquier riesgo de anomalías fetales que se puede prevenir, como: insuficiencia placentaria, trabajo de parto prematuro, o enfermedad hemolítica.

(2) Barily Roffenperger Ellen, Consultor de Enfermería Clínica, volumen 3 Ed. Océano/Centrum pag. 434-436

En obstetricia son muy importantes, la edad materna, la raza, la paridad y los antecedentes sociales, la realización de la Historia Clínica General que se realiza en la primera consulta, tomando en cuenta preguntas sobre enfermedades cardiacas, tuberculosis, diabetes, infecciones de vías urinarias y tabaquismo.⁽³⁾

Es importante la aplicación de un instrumento de evaluación de riesgo, para valorar si un embarazo es de alto o bajo riesgo (previgen)

2.2.1 DIABETES MELLITUS Y EMBARAZO

DEFINICIÓN:

El término DM incluye un grupo heterogéneo de padecimientos que tienen en común la alteración en el metabolismo energético, causado por la deficiencia absoluta o relativa de la acción de la insulina a nivel celular, lo que altera la homeostasia de los carbohidratos, grasas y proteínas.

- La posibilidad de manejar una diabética embarazada no es baja, tomando en cuenta las siguientes consideraciones:
- La diabetes Mellitus (DM) tipo 2 en México ocupa el 6°. lugar entre las enfermedades crónicas degenerativas, con una frecuencia del 6-9% de la población.
- Cada vez es más frecuente que las mujeres se embaracen después de los 30 años de edad.
- La frecuencia de obesidad es alta, de aproximadamente el 40% en mujeres de 30 años.
- La frecuencia de DM tipo 1 en nuestro país, es mucho menor en relación a la DM tipo 2.
- La frecuencia de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) en diferentes estudios es de 1.6 a 30%, aunque se considera muy probable que la frecuencia esté subestimada, ya que ni las pruebas de escrutinio (tamiz de glucosa), ni las comprobatorias (curva de tolerancia oral a la glucosa = CTOG) se efectúan en todas las embarazadas, ni se repiten a lo largo de la gestación, incluso se ha sugerido que la frecuencia puede ser del 12% en nuestra población.

⁽³⁾ G. Clayton Stanley, Manual de Obstetricia y Ginecología, Ed El Manual Moderno, S.A. de C.V., México D.F. pag. 20-22

DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Durante el embarazo normal se modifican fisiológicamente las cifras de glucosa, caracterizándose por hipoglucemia relativa en el ayuno e hiperglucemia también relativa en el postprandial, secundaria a resistencia a la insulina, manifiesta durante la segunda mitad de la gestación.

Una mujer con antecedentes de DMG y su hijo tienen mayor riesgo para diversos problemas en relación con la población general: por lo que deben tomarse las siguientes medidas, una vez resuelta la gestación:

Informar a la paciente acerca del mayor riesgo que tiene para presentar DM en el futuro: riesgo que puede disminuir manteniendo el peso corporal lo más cercano al ideal posible y haciendo ejercicio en forma regular p.ej. caminata 30' diarios por cinco días a la semana mínimo.

Informar a la paciente acerca del mayor riesgo de su hijo para presentar obesidad y DM en el futuro, por lo que debe recibir una dieta normal, tendiente a evitar el sobrepeso e interesarlo en actividades físicas desde temprana edad.

En caso de deseo de un nuevo embarazo la paciente debe ser manejada, idealmente, en una Clínica de riesgo pregestacional. En este caso la idea es, por un lado diagnosticar y tratar oportunamente cualquier otro problema que pudiera comprometer la evolución del embarazo y por otro, mantener euglucémica a la paciente por un periodo mínimo de tres meses antes de la concepción, lo que ha demostrado disminuir el riesgo de malformaciones congénitas en el producto.

Durante el embarazo, las pacientes se citarán cada mes a la Consulta Externa de Endocrinología hasta la semana 28 de la gestación y cada 15 días posteriormente, efectuando previo a la cita y lo más cercano posible, la determinación de glucemia de ayuno y dos horas posprandial.

En el caso de mujeres diabéticas con hipoglucemiantes orales y que deseen embarazarse, idealmente debe sustituirse el medicamento por insulina antes de que ocurra el embarazo. La dosis variará en cada paciente pero, en términos generales, una paciente bien controlada con hipoglucemiantes orales rara vez requerirá más de 20 unidades en total de insulina al día. No se recomienda el empleo de hipoglucemiantes orales durante el embarazo.

El establecer el diagnóstico de DMG no es motivo de ingreso hospitalario no de inicio de manejo con insulina en todos los casos.

La dieta debe aportar los nutrientes suficientes y balanceados para satisfacer la demanda calórica del embarazo. ⁽⁴⁾

⁽⁴⁾ INPER Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998 pag. 37,38,39,42,43

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES EN LA DIABETES MELLITUS

A. COMPLICACIONES MATERNAS

ENTIDAD

1. Complicaciones Obstétricas
 - a. Polihidramnios
 - b. Preeclampsia
2. Urgencias Diabéticas
 - a. Hipoglucemia
 - b. Cetoacidosis
- c. Coma Diabético

CONTROL

Vigilancia prenatal
Constante ecografía

Control de la glucemia.
Ajuste de la dieta y la insulina, control de posibles infecciones con cultivos de orina cada seis semanas.

ENTIDAD

3. Afectación o Deterioro Vascular u Orgánico.
 - a. Cardíaco
 - b. Renal
 - c. Oftálmico
 - d. Vascular Periférico
4. Neurológicas
 - a. Neuropatías Periférica
- b. Problemas Gastrointestinales

CONTROL

ECG en primera visita y estudios de función renal en primera visita y cuando haga falta.

Estudio del fondo de ojo en primera visita y cuando haga falta.
Búsqueda de úlceras, llagas en los pies; estudio de Doppler cuando convenga.

Consultas neurológicas y gastrointestinales cuando haga falta.

B. COMPLICACIONES FETALES

ENTIDAD

1. Macrosomía con Parto Traumático
2. Retraso en la maduración de los órganos (pulmones, hepático, neurológico, eje, hipófisis, tiroides).
3. Anomalías congénitas
 - a. Cardiovasculares.
- b. Defectos del Tubo Neural.
- c. Síndrome de Regresión Caudal.
4. Retraso en el Crecimiento Intrauterino
 - a) Muerte Fetal Intraútero
 - b) Anomalías en el Ritmo Cardíaco Fetal
 - c) Niños pequeños para su edad.

CONTROL

Repartir la ecografía pélvica antes del parto.

Anniocentesis para valorar la madurez pulmonar.

Antes de las veintidós semanas de gestación, la alfabeto proteína materna; HgbALG cada mes; ecocardiografía fetal y ecografía pélvica; amniocentesis y asesoramiento genético si es preciso.

Repetir ecografía cada cuatro semanas.

En la diabetes de clase A, B y C se debe descartar la macrosomía fetal mientras que en las de clase D, E y F es más frecuente el retraso en el crecimiento fetal.

A principios del embarazo, el feto tiene un mayor riesgo de malformaciones y de retraso en el crecimiento fetal; posteriormente, el feto puede sufrir un crecimiento excesivo y muerte intrauterina repentina.⁽⁵⁾

2.2.2 ENFERMEDADES HIPERTENSIVA AGUDA DEL EMBARAZO

DEFINICIÓN:

Padecimiento que complica al embarazo mayor de 20 semanas, o al puerperio (no más de 14 días), y que se caracteriza por hipertensión arterial, edema, proteinuria y en casos severos, alteraciones hematológicas, hepáticas y del sistema nervioso central.

En caso de embarazo múltiple o enfermedad trofoblástica puede presentarse antes de las 20 semanas.⁽⁶⁾

GRAVEDAD DE LA HIPERTENSIÓN EN EL EMBARAZO

La gravedad de la hipertensión como complicación gestacional se valora por la frecuencia e intensidad de las anomalías. A mayor intensidad y frecuencia de esas alteraciones, mayor probabilidad de que se necesita interrumpir el embarazo. Es importante insistir que una enfermedad al parecer leve puede avanzar pronto a la forma grave.

La trombocitopenia es característica de la preclampsia que empeora.

Por último, hay otras complicaciones que suelen vincularse con la hipertensión grave y que son más frecuentes cuando la preclampsia se agrega a hipertensión crónica subyacente, a saber; disfunción cardíaca con edema pulmonar y restricción del crecimiento fetal.

La hipertensión crónica causa morbilidad, haya o no embarazo. Específicamente, pueden llevar a deterioro cardiovascular prematuro, que causa descompensación cardíaca, accidente apopléjico o ambos. También puede ocurrir daño renal intrínseco. Entre los peligros específicos del embarazo complicado por hipertensión crónica destaca el riesgo de preclampsia agregada, que ocurre hasta en 20% de las mujeres. El riesgo de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta también aumenta mucho. Por último

⁽⁵⁾ F. Hacker Neville-Moore j. George, Compendio de Ginecología y Obstetricia, Ed. Interamericana, Mc GrawHill, pag 167,168,169

⁽⁶⁾ INPER, Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1998, pag. 69

el feto de la mujer con hipertensión crónica tiene mayor riesgo de restricciones del crecimiento y muerte.

La hipertensión crónica previa empeora en algunas embarazadas, por lo general después de las 24 semanas. Esta no debería confundirse con preeclampsia agregada, en la que se presenta hipertensión acompañada por proteinuria o edema patológico en una hipertensa crónica. A menudo el inicio de preeclampsia agregada ocurre en etapas más tempranas del embarazo que la preeclampsia pura, tiende a ser bastante grave y se acompaña en muchos casos de restricción del crecimiento fetal.⁽⁷⁾

Se considera que existe Preeclampsia leve cuando después de las 20 semanas de gestación aparecen dos o más de los siguientes signos:

- Presión Sistólica de 140 mm de Hg, o más.
- Presión Diastólica de 90 mm de Hg, o más.
- Proteinuria menor de 3 grs./ Litro de orina obtenida en dos o más días consecutivos.
- Edema persistente de extremidades o cara.

Preeclampsia severa o grave; cuando están presente dos o más de los siguientes datos:

- Sistólica de 160 mm de Hg o más.
- Diastólica de 110 mm de Hg o más.
- Proteinuria de más de 3G/litro.
- Edema acentuado.
- Una de las manifestaciones asociadas son síntomas cerebrales, visuales, gastrointestinales o renales.

ECLAMPSIA: Denota la presencia de convulsiones o estado de coma, usualmente ambos en una paciente embarazada o en el puerperio inmediato, que tenga hipertensión arterial, edema o proteinuria.⁽⁸⁾

La preeclampsia y la eclampsia son cuadros específicos de la gestación y, en conjunto, comprenden una gran variedad de trastornos clínicos.

Son causas de un gran número de hospitalización ante-parto, inducciones de parto y casos de morbilidad-mortalidad materna y fetal.

La preeclampsia, o hipertensión inducida por el embarazo, se caracteriza clínicamente por el edema generalizado. La hipertensión y, en última instancia, la proteinuria. El cuadro anterior suele ir precedido por un aumento excesivo de peso en el periodo antenatal.

⁽⁷⁾ Cunningham Lindheimer Roberts, Hipertensión en el Embarazo, ed 2a. pag 507

⁽⁸⁾ INPER: Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Perinatología, pag. 24

Clásicamente, las hiperplacentosis (embarazos múltiples, molahidatiforme, isoimmunización Rh y Diabetes), se acompaña de una mayor incidencia de preeclampsia. Se ha observado que la incidencia de la preeclampsia disminuye si se administran antiagregantes plaquetarios (como la aspirina) regularmente a lo largo del embarazo. La preeclampsia es menos frecuente en las mujeres cuya dieta contiene mucha fibra, una dieta rica en fibra suele tener un alto contenido en magnesio.

En la preeclampsia, los principales riesgos para el feto son la mal nutrición y la hipoxia intrauterinas, debida a la insuficiencia placentaria.

En la preeclampsia grave; los riesgos para la madre son: la eclampsia con la posibilidad de muerte por hemorragia cerebral, hemorragia o insuficiencia hepática, insuficiencia renal por necrosis cortical y tubular e insuficiencia cardiaca.⁽⁹⁾

Se define la eclampsia como la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo o el puerperio en mujeres con síntomas y signos de preeclampsia. En la actualidad, los dos factores causales que se considera con mayor frecuencia son: vasoespasmio cerebrales y encefalopatía hipertensiva.

Los casos desatendidos o fulminantes de preeclampsia puede avanzar hasta una fase convulsiva que se denomina eclampsia. Estas convulsiones de tipo gran mal, pueden aparecer antes, durante o después del trabajo de parto, sin embargo, las que ocurren más de 48 hrs posparto, ante todo en primigestas, a veces se presentan hasta los 10 días.⁽¹⁰⁾

MEDIDAS ASISTENCIALES

Controles: El tipo y la frecuencia de los controles dependerá de la gravedad del cuadro.

Balance de líquidos. Debido al efecto de este cuadro sobre el riñón es muy importante llevar un control muy exacto del balance de líquidos. La oliguria, o incluso la anuria, pueden complicar las formas más graves de preeclampsia.

Peso: como el peso de la paciente es un buen indicativo de la cantidad de líquido corporal, se debe medir diariamente antes del desayuno.

Presión Arterial: Si la paciente está reposando en la sala prenatal y el cuadro es leve, puede bastar con tomar la presión dos veces al día. Cuando se administran hipotensores, los controles deben ser cada cuatro horas; si la paciente está de parto es recomendable tomar la presión arterial con mayor frecuencia (cada una o dos horas).

Análisis de orina, si el cuadro es moderado o grave se debe analizar la presencia de proteínas en todas las muestras de orina.

⁽⁹⁾ Hil. pag 171-174

⁽¹⁰⁾ Connigham Lindheimen Roberto, Hipertensión en el Embarazo ed 24 pag 493,507

Corazón Fetal: Se debe auscultar el corazón dos veces al día en aquellas pacientes hospitalizadas. En algunos centros se emplean monitores y se toman registros durante media hora cada día o dos o tres veces por semanas dependiendo de la gravedad del cuadro.

Temperatura, pulso y frecuencia respiratoria: Durante el parto se realizarán controles más frecuentes.

Si la paciente está recibiendo sulfato de magnesio, se presentará especial atención a la frecuencia respiratoria.

Nota: La eclampsia es una complicación muy grave por el grave riesgo que supone para la madre y el niño. En la gran mayoría de los casos representa una interrupción en la asistencia prenatal. Probablemente la alteración básica es la hipoxia cerebral, debido en parte al intenso vasoespasmo y en parte al edema. La muerte materna se produce en el 20 por 100 de los casos. La causa más frecuente de muerte es la hemorragia cerebral; la influencia renal o cardíaca son menos corrientes. La mortalidad perinatal es del 10-20 por 100 y se debe fundamentalmente a la hipoxia y la prematuridad.⁽¹⁾

2.2.3 CARDIOPATIA Y EMBARAZO

DEFINICIÓN

Las cardiopatías durante la gestación, sólo afectan del 1 al 3% de todos los embarazos. En la mayoría de los casos presentan una evolución normal, sin embargo, cerca de 1% de las pacientes, debido a las modificaciones propias de la gestación, pueden ser incapaces de tolerar los cambios, lo que puede agravar el cuadro y originar descompensación e insuficiencia cardíaca congestiva.

Aproximadamente el 90% de las cardiopatías, son de origen adquirido y el 10% restante de origen congénito. El tratamiento quirúrgico de los defectos congénitos ha logrado una sobrevivencia de las pacientes, logrando que las mismas se embaracen.

El pronóstico de la asociación de la cardiopatía con el embarazo depende de la edad de la paciente, duración de la enfermedad y capacidad cardíaca al principio de la gestación.

En base a la capacidad funcional cardíaca se puede estimar el estado cardiopulmonar y este se determina de acuerdo a la asociación de cardiología que divide en 4 grados de capacidad cardíaca.

1. La actividad física ordinaria no produce limitación ni síntomas.
2. La actividad física ordinaria produce ligera limitación que causa fatiga excesiva, palpitaciones, disnea y dolor anginoso que desaparecen con el reposo.

⁽¹⁾ Mackag Beischer . Obstetricia y Neonatología. Ed. Interamericana. Mc. Graw-Hill pag 175-179

3. La actividad física ordinaria produce limitación moderada, con ejercicio moderado, aparece fatiga excesiva, palpitaciones, disnea y dolor anginoso, que desaparece con el reposo.
4. Imposibilita a la paciente para desarrollar cualquier actividad, cardíaca o dolor angioso se presentan en reposo y cualquier actividad los acrecenta.⁽¹²⁾

Las cardiopatías del embarazo se pueden clasificar en dos categorías: Reumáticas y Congénitas.

CARDIOPATIAS REUMÁTICA: La lesión más frecuente es la estenosis mitral. Independientemente del tipo específico de lesión valvular, estas pacientes tiene muchas posibilidades de sufrir insuficiencia cardíaca, edema pulmonar, endocarditis bacteriana subaguda y tromboembolismo. También presentan una mayor incidencia de muerte fetal. Durante el embarazo el gasto cardíaco y la obstrucción mecánica empeora. Las pacientes asintomáticas pueden presentar síntomas de descompensación cardíaca por edema pulmonar.

La fibrilación auricular es más frecuente en pacientes con estenosis mitral grave, y su aparición durante el embarazo es de mal pronóstico.

Las pacientes con insuficiencia mitral o estenosis aórtica están menos expuestas a la descompensación cardíaca durante el tercer trimestre del embarazo.

CARDIOPATIAS CONGENITAS: Este grupo comprende a las pacientes con defectos septales auriculares o ventriculares, hipertensión pulmonar esencial y cardiopatía cianóticas. Si el defecto anatómico se ha corregido durante la niñez sin que quedasen lesiones residuales, la paciente pasará su embarazo sin complicaciones aparentes.

Las pacientes con defectos septales persistentes, y aquellas con tetralogía de Fallot corregida quirúrgicamente, toleran muy bien el embarazo. Por el contrario, las pacientes con hipertensión pulmonar residual corre el riesgo de descompensarse durante el embarazo.⁽¹³⁾

Con la exploración física se pueden reconocer los datos de descompensación cardíaca, que es la causa principal de mortalidad materna, cuya forma de presentación es repentina o gradual. La descompensación aumenta el riesgo de mortalidad postnatal, ya que, la congestión uterina, la insuficiente oxigenación y la elevación del CO_2 , comprometen al feto y pueden dar origen a aborto pretérmino.

Si existen datos de enfermedad cardíaca deberá efectuarse ECG Rx de tórax y ocasionalmente gases arteriales, la ecocardiografía puede ser utilizada para el diagnóstico de anomalías cardíacas.

⁽¹²⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología. 1998.pag 31

⁽¹³⁾ F.Hacker Neville- George Moore J. Compendio de Ginecología y Obstetricia , Ed. Interamericana Mc. Graw -Hill pag. 161,162,163

A las pacientes con cardiopatías congénita se les debe efectuar ecocardiografía fetal entre las 18 a 20 semanas de gestación para descartar alteración cardíaca fetal.

Las mujeres con enfermedad cianogena tiene aumento en el riesgo de aborto espontáneo, partos prematuros y productos de bajo peso al nacer, con la corrección quirúrgica antes del embarazo estas complicaciones pueden abolirse.

MANEJO DURANTE EL EMBARAZO

El control de estas pacientes, deben ser llevado por el obstetra, el cardiólogo, el dietista, el genetista y el especialista en ecocardiografía fetal y debe incluir:⁽¹⁴⁾

1. **MEDIDAS BASICAS:** En general es conveniente limitar la ingestión de sodio y a las reumáticas administrarles un tratamiento profiláctico todo el embarazo a base de Penicilina Benzatinica (1,200,000 U.I.M cada 21 días) así mismo, cualquier procedimiento quirúrgico o dental exige antibióticos profilácticos.
2. **MEDIDAS ESPECIFICAS:** En la clase I y II limitarse la actividad física, reposo en cama de cuando menos 10 horas diarias, cita a consulta prenatal cada 15 días. Se puede hospitalizar en la semana 37 para vigilancia, permitiendo el inicio espontáneo del trabajo de parto.⁽¹⁵⁾
 - **GRADO I y II:** Cita cada 15 días hasta el 3ER trimestre y Posteriormente semanalmente, aconsejando reposo en cama de mínimo de 10 hrs. diaria. Las de grado I no requieren de hospitalización previa al trabajo de parto.
 - **GRADO III:** Citas semanales durante todo el embrazo o cada 15 días y a partir de la semana 32 citas semanales. Con reposo absoluto de 10 hrs. diarias. Solamente actividades de cuidados personales. Hospitalizar a la paciente en la semana 37-39 de embarazo para trabajo de parto espontáneo.
 - **GRADO IV:** Hospitalización el mayor tiempo posible durante el curso del embarazo u hospitalización inmediata y tratamiento de la insuficiencia cardíaca.⁽¹⁶⁾

⁽¹⁴⁾ Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998 pag. 32

⁽¹⁵⁾ Castelazo Ayala Luis. Hospital IMSS, Procedimientos en Obstetricia 1985 pag 191-200

⁽¹⁶⁾ González Merlo J. - Del Sol J. R. Obstetricia. ed 4°. Ed. Masson, S.A. Barcelona España, 1995. pag: 400,401

NACIMIENTO

La vía de nacimiento de elección es la vaginal, excepto en los casos en que existe contraindicación obstétrica y/o fetal para ella.

- Posición semi-fowler ó de cubito lateral.
- Administración de oxígeno.
- No dar sustancias que produzcan taquicardia.
- Evitar exceso de líquidos parenterales ó el uso de ergonovina.
- Bloqueo peridural.
- Evitar esfuerzos, acortar el periodo expulsivo mediante la aplicación de fórceps, así como, evitar el trabajo de parto prolongado.
- Evitar la descompensación brusca del abdomen.
- Uso por razón necesaria de oxitócico.
- Vigilancia estrecha durante puerperio inmediato.
- Estrecha vigilancia de signos vitales, (incluyendo medición de presión venosa central) monitorización fetal en forma constante.
- La paciente en terapia con antiagregantes solicitar TPT.
- Antibióticoterapia.

PUERPERIO

- Limitar uso de oxígeno (por efecto vasopresor).
- Vendaje compresivo abdominal y poner en declive miembros inferiores.
- Vigilancia estrecha por posibilidad de insuficiencia cardíaca aguda edema pulmonar o choque en las primeras 24 – 48 hrs.
- No lactancia en clase III y IV.
- Vigilancia y hospitalización de las clases III y IV de acuerdo a su evolución.

CONTROL DE NATALIDAD

Esterilización quirúrgica es el método de elección y debe realizarse al momento de la resolución sino existe descompensación hemodinámica.

No anticoncepción oral que contenga estrógeno, ya que las pacientes con cardiopatía valvular o insuficiencia cardíaca, tienen riesgo de eventos tromboembólicos. DIU si no hay riesgo de endocarditis bacteriana.⁽¹⁷⁾

⁽¹⁷⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998. pag. 33

2.2.4 POLIHIDRAMNIOS

Las desviaciones anormales en el volumen de líquido amniótico son habitualmente una manifestación de anomalías en el desarrollo de la gestación, y su detección debe inducir a un estudio más minucioso para llegar al diagnóstico de la anomalía subyacente.

El volumen de líquido amniótico en cualquier momento de la gestación es el resultado del equilibrio entre su producción y su reabsorción. El aumento de volumen es rápido y relativamente constante durante la primera mitad de la gestación, pero este incremento es menor en fases más avanzadas de la misma.

El volumen total de líquido amniótico a lo largo de la gestación se ha valorado por distintos métodos, existiendo un margen relativamente amplio de variación, a medida que la gestación avanza. La estimulación del volumen de líquido amniótico mediante ecografía es de fácil y rápida apreciación, aunque difícil de medir con cierto grado de precisión, cualquiera que sea la metodología utilizada.

Aun así, representa un dato objetivo útil establecer aumentos o disminuciones importantes de líquido amniótico (polihidramnios y oligohidramnios).

DEFINICIÓN

Se acepta convencionalmente que un volumen superior a los 2000 ml de líquido amniótico en ausencia de gestación múltiple debe ser considerado clínicamente como polihidramnios en la gestación cerca de término.⁽¹⁸⁾

No se conoce el mecanismo que controla el volumen de líquido amniótico. Este último se secreta y absorbe en forma constante; el feto deglute parte de él y la excreta a través de la placenta. La orina fetal tiene una pequeña contribución.

Un exceso de líquido (polihidramnios) se encuentra en:

1. En un saco de gemelos univulares.
2. Con anomalías fetales, en anencefalia y atresia esofágica
3. Defectos abiertos del tubo neural; encefalocele, hidrocefalia, microcefalia.
4. Con diabetes materna.

⁽¹⁸⁾ González Merlo J. Obstetricia ed. 4ª., Ed. Masson, Barcelona España, 1992

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El polihidramnios agudo es raro, y casi siempre se relaciona con gemelos uniovulares, se presenta alrededor de las veinte semanas y provoca distensión uterina dolorosa, es común el aborto y el parto prematuro antes de la semana 28.

El polihidramnio crónico, es el más frecuente, y se encuentra después de las treinta semanas. Hay incomodidad y dificultad para respirar, pero no dolor. El útero es más grande de lo esperado para la duración del embarazo, es difícil sentir o escuchar al feto.⁽¹⁹⁾

La incidencia media de anomalías en fetos con polihidramnios documentadas ecográficamente, supera el 50% y, en general, cuanto más grave es el grado de polihidramnios más elevado es el porcentaje de anomalías fetales asociadas.

Es bien conocida su asociación con todas aquellas anomalías que anulan o disminuyen la deglución fetal de líquido amniótico.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en el reposo en cama puede aliviar la incomodidad, sedación, si hay síntomas graves antes de las 36 semanas evacuación del líquido periódicamente (amniocentesis).⁽²⁰⁾

Después de las 30 semanas se rompen las membranas y se inicia venoclisis con un oxitócico, en especial si se sabe que el feto es anormal.⁽²¹⁾

2.2.5 OLIGOHIDRAMNIOS

En el oligohidramnios, el volumen del líquido amniótico es inferior a los 2000 ml. Se diagnostica con menos frecuencia que el polihidramnios, ya que con frecuencia sus manifestaciones clínicas y efectos sobre la madre pasan inadvertidas.⁽²²⁾

Exceptuando las formas más evidentes, puede escapar al diagnóstico hasta el momento del parto, a menos que se realice una exploración ecografía sistemática. El diagnóstico de oligohidramnios cuando su escasez es bien manifiesta, existe un espacio fetoamniótico reducido y se observa un "apelotonamiento" de partes fetales.

⁽¹⁹⁾ Stanley G. Clayton, Manual de Obstetricia y Ginecología, Ed. Manual Moderno, pag. 68-69

⁽²⁰⁾ Gonzalez Merlo J. Obstetricia, ed. 4ª., Ed. Masson, Barcelona España, 1992 pag. 481-483

⁽²¹⁾ Stanley G. Clayton, Manual de Obstetricia y Ginecología, Ed. Manual Moderno, pag. 68-69

⁽²²⁾ Beister Mackay, Obstetricia y Neonatología, Ed. Interamericana, Mc Graw Hill, pag. 183

Las causas más habitualmente reconocidas de oligohidramnios son la enfermedad renal fetal, el retraso de crecimiento intrauterino, la rotura prematura de membranas y la posmadurez.⁽²³⁾

Normalmente, el oligohidramnios aparece por agenesia renal. El feto traga líquido amniótico, pero no orina. En estos casos se puede formar bridas amnióticas, que pueden cortar e incluso amputar parte del feto en crecimiento, además, también pueden aparecer deformaciones (tortícolis, curvatura espinal).

El oligohidramnios suele ser un aviso de que la reserva placentaria es escasa, especialmente si las pruebas de la función placentaria. Al faltar el efecto protector del líquido amniótico, suele aparecer sufrimiento fetal por compresión del cordón umbilical, (que a menudo ha perdido su protección de gelatina de Wharton).

La agenesia renal es un cuadro letal. Esta anomalía se suele reconocer porque el niño tiene una facies característica, con pabellones auriculares de implantación muy baja y similares a los de un murciélago. La ecografía permite determinar la presencia o ausencia de los riñones y si la caja torácica es de menor tamaño.⁽²⁴⁾

2.2.6 EMBARAZO MULTIPLES

DEFINICIÓN

Es aquella gestación en la que existe dos o más fetos. Se le denomina también embarazo gemelar o embarazo múltiple. La costumbre ha establecido la referencia de gemelar, cuando se trata de dos fetos, sin embargo por definición el termino gemelo se refiere a cada uno de los productos de una gestación múltiple independientemente.

En el embarazo doble, se reconocen por su origen en cuanto a la fertilización dos tipos: los didigóticos, resultantes de la fertilización de dos óvulos (o más en los triples o mayores), son bicoriónicos u biamniótico y en ellos se da la historia familiar de gemelaridad y los monocigóticos, que resultan de la fertilización de un óvulo son monoaminióticos y monocoriales.

El embarazo múltiple se asocia con frecuencia al uso de drogas estimulantes de la ovulación.⁽²⁵⁾

⁽²³⁾ Gonzalez Merlo J. Obstetricia, ed. 4ª., Ed. Masson, Barcelona España, 1992 pag. 483-484

⁽²⁴⁾ Beischer Mackay. Obstetricia y Neonatología. Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill, pag. 184

⁽²⁵⁾ Instituto Nacional de Perinatología. Normas y procedimiento de Obstetricia y Ginecología, 1998. pag. 59

DIAGNOSTICO

Debe sospecharse clínicamente un gemelar siempre que :⁽²⁶⁾

1. Fondo uterino mayor a la edad gestacional correspondiente.
2. Incremento de peso materno mayor que el debido para la edad gestacional correspondiente.
3. Presencia de anemia.
4. Identificación de dos o más frecuencias cardíacas fetales.
5. Palpitación de dos o más polo fetales.⁽²⁷⁾

En la actualidad el diagnóstico de certeza se efectúa mediante la ecografía. Si ésta se práctica, como es lo normal, de forma sistemática y rutinaria en todas las gestantes, el diagnóstico se realiza además precozmente.⁽²⁸⁾

El embarazo gemelar cursa con una serie de peculiaridades, producidas unas por la mayor sobrecarga gravídica, otras por problemas mecánicos de su desarrollo, y, finalmente, por la mayor frecuencia de complicaciones.

El aumento de la secreción de gonadotropina y esteroides placentarios, comportan mayor tendencia a los vómitos del primer trimestre de la gestación.⁽²⁹⁾

El embarazo gemelar se asocia con mayor frecuencia a complicaciones como: anemia, síndrome hipertensivo agudo del embarazo, polihidramnios, trabajo de parto pretérmino y ruptura prematura de membranas.

El embarazo múltiple diagnosticado antes del trabajo de parto, debe ser resuelto mediante operación cesárea, la que debe ser más cercana posible a la semana 38.⁽³⁰⁾

2.2.7 ANEMIA EN EL EMBARAZO

DEFINICIÓN

La anemia en el embarazo se define como la presencia de una concentración de hemoglobina (Hb) por debajo de 11 g/100ml, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, también se considera la cifra de 10.4 g/100ml.

La disminución de 1 a 2g/100ml en la concentración de Hb que se presenta en el embarazo

⁽²⁶⁾ Carrera Maciá José M., Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, ed.3ª., Ed. Masson, S.A., Barcelona España, 1998, pag. 141

⁽²⁷⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y procedimientos de Obstetricia y ginecología, 1998, pag. 59

⁽²⁸⁾ Carrera Maciá José M., Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, ed.3ª.1990,Ed. Masson, S.A., Barcelona España, 1998 pag. 141

⁽²⁹⁾ González Merlo J. Obstetricia, ed 4ª., Ed. Masson, Barcelona España, 1992, pag. 539

⁽³⁰⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998, pag. 60

no es una "anemia del embarazo", esto es un cambio por hemodilución. ⁽³¹⁾

El estado de gravidéz requiere ciertos ajustes fisiológicos y bioquímicos para asegurar; un aporte adecuado de oxígeno y nutrientes al feto, placenta, útero y tejido mamario. Estos ajustes incluyen alteraciones significativas del volumen plasmático.

La anemia significativa es una causa importante de mortalidad materna en el momento del parto.

La condición responsable de la anemia materna puede ser transmitida al feto. ⁽³²⁾

Las anemias más frecuentes durante el embarazo son:

Anemia por deficiencia de hierro

Es la causa más común de anemia durante el periodo prenatal, causada principalmente por un almacenamiento insuficiente de hierro en la médula ósea, en presencia de los requerimientos aumentados del embarazo.

Se estima que una mujer requiere aproximadamente un total de 800 a 1000 mg de hierro durante el embarazo de los cuales 300 a 350 mg, son utilizados para la unidad fetoplacentaria. La mayor demanda comienza alrededor del cuarto mes y aumenta hasta alcanzar la cifra de 6 mg/día en el tercer trimestre. El hierro sérico en las primeras ocho semanas de gestación y posteriormente presenta un descenso constante a lo largo del embarazo hasta la cuarta semana postparto. ⁽³³⁾

Es común en aquellas mujeres que iniciaron el embarazo con baja reserva de hierro. El feto y la placenta contienen 450 mg de hierro al término del embarazo; tanto la pérdida de sangre como la lactancia hacen perder a la madre 200 mg. Las dietas pobres en carne y verduras, casi siempre contienen cantidades inadecuadas de hierro. ⁽³⁴⁾

ANEMIA MEGALOBLASTICA DURANTE EL EMBARAZO

Las anemias megaloblásticas se presentan con mucha menos frecuencia que la ferropénica. La única causa de su presentación en el embarazo y el puerperio es la deficiencia de ácido fólico. ⁽³⁵⁾

⁽³¹⁾ Firelli Rodríguez Sergio- Alfaro Rodríguez Héctor J. Complicaciones Médicas en el embarazo. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, México D.F. 1996 ed. 1ª. en español, pag. 109

⁽³²⁾ Obstetricia y Perinatología ed. 2ª. Ed. Médica Paramericana, S.A. 1985., pag. 1300

⁽³³⁾ Firelli Rodríguez Sergio- Alfaro Rodríguez Héctor J. Complicaciones médicas en el embarazo, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, México, D.F. 1996 ed. 1ª. en español pag. 110-111

⁽³⁴⁾ Stanley G. Clayton, manual de Obstetricia y Ginecología. Ed. Manual moderno, pag. 80-81

⁽³⁵⁾ González Merlo J. Obstetricia, ed. 4ª. Ed. Masson Barcelona España, 1992, pag. 409

El ácido fólico es importante para la síntesis de ácido desoxirribonucleico (DNA) y la duplicación celular.⁽³⁶⁾

El organismo humano obtiene el ácido fólico a través de los alimentos ricos en dicho compuesto, como son buen número de legumbres y verduras, fruta, nueces, huevos, queso, leche e hígado, este aumento se debe fundamentalmente a los mayores requerimientos materno fetales, ya que los folatos son necesarios para la biosíntesis de las nucleoproteínas y su deficiencia acarrea alteraciones fisiopatológicas de gran amplitud.

Se supone que, aunque la madre se encuentre en condiciones deficitaria acusada, las necesidades fetales son siempre cubiertas.⁽³⁷⁾

2.2.8. INFECCIONES

Las enfermedades infecciosas implican gran número de riesgo tanto para la madre como para el feto, que comprende desde simple incomodidad y dolor de la madre en casos de vaginitis hasta enfermedades que causan complicaciones mucho más graves tanto para ella como para el niño.

La enfermera desempeña un papel crucial tanto para la prevención para el tratamiento con éxito de enfermedades infecciosas en mujeres embarazadas y en sus compañeros, al participar en la educación de los pacientes y en la promoción para la salud pública.⁽³⁸⁾

2.2.9. RUBÉOLA.

La infección por rubéola en la gestante durante el primer trimestre de la gestación produce el síndrome fetal bien reconocido en el 50% de casos. La frecuencia de afectación orgánica va descendiendo en infecciones más tardías llegando el 6% a mitad de la gestación. La vacunación antirrubéolica es una medida profiláctica útil en la mujer no gestante; sin embargo, dado que la vacuna es fuente de virus, la mujer gestante o con probabilidades de estarlo no debe ser vacunada.⁽³⁹⁾

Se observa una elevada incidencia de anomalías congénitas en lactantes cuyas madres contraen rubéola durante los cuatro primeros meses del embarazo. Los defectos más comunes incluyen afecciones cardíacas, pérdidas auditivas, catarata y retraso psicomotor. Otros efectos de la infección al inicio del embarazo incluyen aborto, parto prematuro y

⁽³⁶⁾ Fiorelli Rodríguez Sergio- Alfaro nRodríguez Héctor J. , Complicaciones Médicas en el Embarazo , Ed. Mc Graw Hill, Interamericana, México D.F., 1996, ed. 1ª. en Español , pag. 113

⁽³⁷⁾ Gonzalez Werlo J. , Obstetricia , ed 4ª. . Ed. Masson, Barcelona España, 1992, pag. 410

⁽³⁸⁾ Sharon J. Reeder, Rn,PLD,Faan. Enfermería Materno Infantil, ed. 17ª., Ed. Interamericana Mc Graw-Hill , pag. 873

⁽³⁹⁾ González Merlo J. Obstetricia, ed. 4ª., Ed. Masson, Barcelona España, 1992, pag. 737-738

muerte fetal intrauterino. Se tiene evidencias de que las infecciones por rubéola a fines del segundo trimestre también causa anomalías congénitas.⁽⁴⁰⁾

2.2.10. TOXOPLASMOSIS

La toxoplasmosis, infección producida por el protozo. *Toxoplasma gondii*, se adquiere generalmente por contacto con animales portadores, y por ingerir carne demasiado cruda, conteniendo los típicos quistes toxoplasmóticos.

Si el parto ocurre, el recién nacido mostrará un cuadro en el que los toxoplasmas formarán los quistes correspondientes en el hígado y el bazo, miocardio, pulmón, músculo, nódulos linfáticos y encéfalo. La sintomatología de este recién nacido consistirá en fiebre, hepato y esplenomegalia, ictericia, insuficiencia cardíaca, neumonía intersticial, exantema cutáneo, miositis, linfadenitis y encefalitis. De todas estas lesiones, la más grave y persistente es la encefalitis. Las secuelas de estas encefalitis son convulsiones, retraso mental, hidro o microcefalia, calcificaciones de los plexos coroideos, cataratas y coriorretinitis. La mayoría de los niños con toxoplasmosis congénita con bajo peso para su edad gestacional.

El tratamiento de la toxoplasmosis puede realizarse con piramicina, el recién nacido recibirá, si está afectado, la dosis equivalente según su peso, otra opción terapéutica es el tratamiento con sulfametoxipiridacina.⁽⁴¹⁾

Las embarazadas deben evitar ingerir carnes crudas y exponerse a animales infectados.⁽⁴²⁾

2.2.11. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Las enfermedades sexualmente transmisibles son las que se diseminan en forma predominante o exclusivamente por contacto sexual.

Algunas se tratan con éxito cuando se detectan en etapas tempranas, mientras otras son incurables o producen episodios recurrentes. La detección de muchas de estas enfermedades durante el embarazo la clasifican de inmediato dentro de la categoría de alto riesgo, es decir que requiere control continuo especial y tratamiento durante todo su curso.

La educación del público, en especial de familiares en etapa reproductiva y de adolescentes con riesgo de embarazo, debe dejar en claro la importancia de prevenir las enfermedades infecciosas para reducir la carga de sufrimiento a los pacientes y el costo para el sistema al cuidado de la salud.

⁽⁴⁰⁾ Sharon J. Reeder, Rn, PLD, Faan, Enfermería Materno Infantil, ed. 17., Ed. Interamericana McGraw-Hill, pag. 895

⁽⁴¹⁾ González Merlo J. Obstetricia, ed. 4., Ed. Masson, Barcelona España, 1992, pag. 424,425

⁽⁴²⁾ Sharon J.Reeder,Rn, PLD, Faan; Enfermería Materno Infantil, ed. 17., Ed. Interamericana McGraw-Hill, pag. 893

2.2.12. VALORACION DE ENFERMERIA PARA ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

La enfermera ha de conocer los síntomas de estas enfermedades y los factores de riesgo que se les relacionan.

Desde la primera visita prenatal y en forma periódica en el curso del embarazo, al tomar los antecedentes de la madre, la enfermera valora la presencia de enfermedades sexualmente transmisibles y los factores que aumentan el riesgo de infecciones de este tipo. Es importante que la enfermera pregunte acerca de los síntomas del compañero sexual, ya que es probable que la mujer sea asintomática, pero su compañero tenga síntomas que indique la presencia de un trastorno. La enfermera también valora los factores de riesgo específico con respecto a exposición a infecciones por VIH.

El examen físico incluye signos vitales, con particular atención en temperatura, apariencia general, estado de ánimo y signos de infección, se observa la piel para detectar erupciones y lesiones; se buscan evidencias de uso de drogas por vía intravenosa, como marcas de inyecciones. Durante el examen abdominal y pélvica la enfermera ayuda al médico en la valoración de estado de órganos abdominales, vulva, vagina, cérvix, útero y los ovarios.

En la primera visita prenatal se lleva a cabo una serie de pruebas de laboratorio de tipo estándar para detectar las enfermedades más habituales durante el embarazo (sífilis, gonorrea, clamidia, infecciones del sistema urinario y rubéola)

LA ENFERMERA COMO CONSEJERA.

La mujer que contrae una enfermedad sexualmente transmisible con frecuencia se siente nerviosa o temerosa acerca del resultado para ella y su hijo. La enfermera le da todo apoyo y oportunidad para que discuta y exprese estos sentimientos y expectativas con el fin de tranquilizarla. La enfermera debe asumir una actitud de aceptación, sin emitir juicios y enfatizar con la paciente.

La enfermera, el médico y otros miembros del equipo al cuidado de la salud proporcionan a la madre una valoración del riesgo para el feto y le dan oportunidad de expresar sus temores, su sensación de culpa y otras emociones. Cuando las infecciones se producen a comienzos del embarazo y existe elevadas Probabilidades de daños fetales.⁽⁴³⁾

⁽⁴³⁾ Sharon J. Reeder. Rn, PLD, Faan; Enfermería Materno Infantil, ed. 17ª. Ed. Interamericana Mc-Graw-hill pag. 875-876

2.2.13. PRINCIPALES ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL

GNOCOCIA

La gonococia, también conocida como gonorrea, blenorragia y vulgarmente por purgaciones, es una infección producida por una bacteria llamada *Neisseria gonorrhoeae* que invade básicamente las mucosas del aparato génito-urinario y, con frecuencia, otras mucosas como las de la faringe, conjuntiva y ano, el mecanismo de transmisión es, en la mayoría de los casos, sexual, pero puede transmitirse por otras vías, como en el caso del parto de una mujer contaminada que contagia al neonato cuando pasa por el canal del parto.

El cuadro infeccioso se localiza habitualmente en el aparato genital; pero, a partir de aquí, el gonococo puede alcanzar el torrente sanguíneo, diseminando la bacteria y produciendo afecciones cutáneas, articular, meningea y endocárdica. Esta tendencia a la diseminación es mayor en las mujeres, especialmente embarazada o menstruante.

La gonorrea constituye actualmente un auténtico problema de salud pública, ya que se trata de una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en todo el mundo.⁽⁴⁴⁾

SÍFILIS

El agente casual de la sífilis es una bacteria *Treponema pallidum* con forma de espiral fino y móvil: si no encuentra un huésped muere muy rápidamente. La transmisión se realiza en la mayoría de los Casos a través del acto sexual (incluyendo el beso). La transmisión por otra vía que no sea la sexual puede producirse por transfusión sanguínea procedente de un donante infectado, a través de la placenta de una madre sífilítica, o por fómites.⁽⁴⁵⁾

TRICOMONIASIS

El agente causal es la *Trichomonas vaginalis*, que afecta a toda la zona uro-genital (la vagina, uretra, vejiga, próstata y conductos de las glándulas Skene y Bartholin) y a los dos sexos, aunque en el hombre puede evolucionar de forma asintomática o muy leve o confundirse con una uretritis. Su transmisión se realiza a través del acto sexual en la mayoría de los casos, pues la *Trichomonas vaginalis* tiene una vida de unas pocas horas. Los primeros signos son éstos: la mujer presenta una secreción abundante, purulenta verde-amarillenta, espumosa y mal oliente, que mancha la ropa interior, acompañada de prurito y comezón en la zona vulvovaginal, que se intensifica durante la menstruación o inmediatamente después.⁽⁴⁶⁾

⁽⁴⁴⁾ Socorro Calvo Brazos, Educación para la Salud en el Escuela, Ed. Díaz de Santos, S.A., Madrid España. Pag. 380,381,382

⁽⁴⁵⁾ Socorro Calvo Brazos, Educación para la Salud en el Escuela, Ed. Díaz de Santos, S.A., Madrid España. Pag. 380,381,383

⁽⁴⁶⁾ IDEM. pag. 384

CANDIDIASIS

Es una infección producida por hongos, tipo cándida.

La candidiasis genital puede no adquirirse por vía sexual; por el contrario en el hombre la transmisión sexual es normal. Síntomas en la mujer; prurito habitualmente nocturno y, en particular, antes de la menstruación. La secreción vaginal es blanca, espesa y cantidad moderada. En el hombre suele presentar escasa sintomatología, los signos más frecuentes son una irritación del glande, del prepucio o de ambos.⁽⁴⁷⁾

HERPES GENITAL

El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual de mayor incidencia en los últimos tiempos. En la mujer gestante el herpes genital es responsable de partos prematuros y aumenta la morbi-mortalidad del recién nacido.

El virus del herpes simple tipo 1. afecta generalmente a la cavidad bucal, labios, nariz y ojos.

El virus del herpes simple tipo 2 o herpes genital: transmitido casi siempre por vía sexual.

Las lesiones que provoca el cuadro hérpetico consiste en una serie de vesículas de pequeño tamaño con tendencia a agruparse sobre una superficie enrojecida que, al romperse, libera un líquido seroso claro que va secándose paulatinamente y cubriéndose de una pequeña costra.⁽⁴⁸⁾

VERRUGAS VENÉREAS

Conocidas también como verrugas anogenitales o condilomas acuminados, son lesiones consideradas como tumores infecciosos benignos que, al igual que las verrugas comunes o vulgares, son contagiosas y autoinoculares. En el embarazo, las verrugas genitales pueden aumentar de tamaño aunque la regresión espontánea es habitual en el puerperio. Este cuadro venéreo va a menudo asociado con otra enfermedad de transmisión sexual.⁽⁴⁹⁾

⁽⁴⁷⁾ IDEM Pag. 384

⁽⁴⁸⁾ Socorro Calvo Itzaso. Ed. Diaz de Santos S.A., Madrid España. Pag. 385

⁽⁴⁹⁾ IDEM Pag 385.386

SIDA

El sida es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es incurable, mortal y contagiosa. El principal mecanismo de contagio es el contacto sexual con una persona infectada, pero también puede adquirirse por contacto por sangre contaminada, ya sea a través de transfusión de sangre o sus derivados por medio de lesiones con objetos contaminados o salpicaduras de sangre contaminada sobre la piel no intacta o mucosas y finalmente por transmisión perinatal; esto es, que el hijo de una mujer con SIDA puede nacer infectado.

El VIH es un lentivirus, por lo que el periodo de incubación es en general muy largo; entre 4 a 6 o más años, durante los cuales el individuo se siente bien, pero es contagioso. El VIH destruye los mecanismos de defensas del organismo ante la infección en una forma muy lenta, pero impecable e irresistible ya que este virus nunca puede ser eliminado del organismo. Por ello el enfermo de SIDA queda expuesto a desarrollar infecciones graves, incluso por microbios muy débiles llamados OPORTUNISTAS, así como a desarrollar cierto tipo de tumores malignos. No hay tratamiento específico para esta enfermedad. Médicamente solo se da tratamiento para las infecciones agregadas y los tumores, la única opción es prevenir la infección y evitar los contactos sexuales de alto riesgo, el contacto con sangre contaminada y el embarazo en mujeres infectadas. ⁽⁵⁰⁾

2.2.14. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

Contra las enfermedades de transmisión sexual no se dispone, hasta el momento, de vacunas, ni se espera, a corto plazo, su obtención por lo que no existe otra alternativa que la de desarrollar y poner en práctica medidas profilácticas, tanto por las instituciones como por el propio individuo.

Las instituciones deberían:

- a Favorecer la educación sexual para que el sexo no sea visto como algo vergonzoso, que es necesario ocultar, actitud que permite el que no se acuda a la consulta médica hasta transcurrido un tiempo, durante el cual se ha infectado a otras personas.
- b Crear consultas especializadas en este tipo de enfermedades, a las que el individuo pueda acudir.
- c Realizar encuestas epidemiológicas para determinar la red de contactos de los individuos infectados, tanto antes como después de manifestarse la enfermedad.

⁽⁵⁰⁾ Cardenas Bravo Luis, SIDA, ed. 1°. Ed. Trillas, México, D.F. 1994, pag. 16,17

A nivel individual es aconsejable:

a Uso de barreras médicas (preservativos y diafragmas)

El preservativo es una barrera excelente para evitar las infecciones y como método de anticoncepción. Después de una época en que fue abandonado su uso, últimamente existe un resurgir en su utilización.

b Medidas profilácticas locales

Estas son el uso de agua y jabón, preparados de anticonceptivos locales y espermicidas que tienen un poder preventivo limitado.

c Cuidado higiénico personal

Se ha recomendado con frecuencia el lavado genital y la micción poscoital con medidas preventivas, pero las probabilidades de éxito son escasas.

d Consultas preventivas

Sería aconsejable que las personas que pertenecen a grupos de riesgo como homosexuales, prostitutas, drogadictos, etc., efectúen con cierta periodicidad consultas a los centros venéreos con el fin de obtener un diagnóstico precoz.⁽⁵¹⁾

2.2.15 ENFERMEDAD TIROIDEA Y EMBARAZO

Con el aumento de la filtración glomerular durante el embarazo se eleva la excreción renal de yodo, y los niveles plasmáticos de yodo inorgánico quedan reducidas casi a la mitad. La posibilidad de que aparezca bocio depende de la capacidad de compensación del tiroides, que a su vez depende de la concentración de yodo inorgánico en plasma y de la ingesta de yodo con la dieta.

Es rara la aparición de bocio por déficit de yodo si los niveles plasmáticos de yodo inorgánico son superiores a 0.8g/dl. Únicamente las pacientes que tienen valores en el límite antes del embarazo corren un mayor riesgo de padecer bocio durante el embarazo.⁽⁵²⁾

HIPOTIROIDISMO

No es frecuente que el embarazo se presente en una mujer con hipotiroidismo no tratado, sin embargo, en algunas pacientes es posible diagnosticarlo. El pronóstico generalmente es bueno ya que a veces mejora en forma temporal durante la gestación, aunque el riesgo de aborto o de parto pretérmino es mayor. Ocasionalmente, los hijos de una madre hipotiroidea, nace con bocio congénito o con verdadero cretinismo.

Todos los casos deben ser controladas en conjunto con el servicio de Endocrinología.⁽⁵³⁾

⁽⁵¹⁾ Calvo Brusco Socorro, Educación para la Salud en la Escuela, Ed. Diaz de Santos S.A., Madrid España, pag. 386,387

⁽⁵²⁾ Hacker Neville F.-Moore J. George, Compendio de Ginecología y Obstetricia, Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill pag. 171,172

⁽⁵³⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998, pag. 79,80

HIPERTIROIDISMO

La incidencia de tirotoxicosis materna es de 1 caso por cada 500 embarazos. Aunque no aumenta la incidencia de consumación fetal existe una mayor incidencia de prematuridad y retraso en el crecimiento intrauterino y una mayor morbilidad y mortalidad neonatales.

La enfermedad de Graves y Bocio difuso tóxico, es la causa más frecuentes de hipertiroidismo en el embarazo. Otras causas son la molahidatidiforme y el Bocio nodular tóxico. El hipertiroidismo de las pacientes con la enfermedad de grave suele remitir durante el embarazo y exacerbarse durante el posparto.⁽⁵⁴⁾

2.2.16. RETARDO EN EL CRECIMIENTO INTRAUTERINO.

- Peso inferior al que le correspondería tener para la edad gestacional.

Tipos:

- Simétrico o armónico, es aquel que presenta una reducción de todas las medidas antropométricas: diámetro biparietal (DBP), circunferencia cefálica (CC), longitud del fémur (LF) y circunferencia abdominal (CA).
- Asimétrico o disarmónico, es aquel que presenta las medidas cefálicas y de huesos tubulares conservadas para la edad gestacional y reducción únicamente de la CA.⁽⁵⁵⁾
- Intermedio, entre los dos tipos clásicos de retraso de crecimiento intrauterino existe un tercer grupo intermedio, que comparte características de ambos. El aspecto del recién nacido es también intermedio entre los dos grupos antes citados, y se afecta el peso, la talla y la circunferencia abdominal, pero muy poco el perímetro cefálico. Las etiologías más frecuentes en estos casos de retraso de crecimiento de tipo intermedio comprenden la mal nutrición o desnutrición materna y diversos tóxicos, como el tabaco, el alcohol o las drogas.⁽⁵⁶⁾

Diagnostico:

- Hábitos de fumar.
- Antecedentes de hijos con retraso en el crecimiento intrauterino (RCIU).
- Embarazo múltiple.
- Oligohidramnios.
- Embarazo en mujer con edad menor a los 17 y mayor a los 38 años.
- Otros: Hipertensión crónica, preeclampsia agregada, nefropatía crónica, diabetes mellitus con compromiso vascular.

⁽⁵⁴⁾ Hacker Neville F.-Moore J. George, Compendio de Ginecología y Obstetricia, Ed. Interamericana, Mc Graw-Hill pag. 174

⁽⁵⁵⁾ Instituto Nacional de Perinatología, Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología , pag. 135

⁽⁵⁶⁾ González Merlo J., Obstetricia, ed. 4.ª. , Ed. Masson, Barcelona, España, 1992, pag. 666

GANANCIA DE PESO:

Inferior a la que correspondería para la edad gestacional de acuerdo a una curva de referencia, de una población latinoamericana.

Medida de la altura uterina

Inferior a la que le correspondería tener para la edad gestacional de acuerdo con una curva de referencia.⁽⁵⁷⁾

2.2.17 PROCEDIMIENTOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO

ULTRASONIDO

Ha sido enorme el impacto del ultrasonido diagnóstico en la asistencia perinatal. Durante la última década a pesar de la obtención bidimensional de imágenes desde el laboratorio de investigación hacia el consultorio clínico.

El ultrasonido se ha convertido en una parte integral de la medicina perinatal. Entre sus muchas aplicaciones se encuentran determinar la edad gestacional y la presentación, identificar las gestaciones múltiples, confirmar el establecimiento de la vida fetal incipiente al identificar la frecuencia cardíaca y los movimientos del feto, diagnosticar las anomalías congénitas fetales, localizar la placenta, vigilar el crecimiento fetal y determinar el bienestar del feto gracias al estudio biofísico, confirmar la madurez fetal y fomentar el establecimiento de lazos con los padres.⁽⁵⁸⁾

La determinación del diámetro biparietal (DBP) fetal es la dimensión ultrasónica más frecuentemente usada para estimar la edad gestacional. Se elige esta medición debido a una relación específica y única entre el DBP y la edad fetal, sino más bien porque la consistencia de estos reparos anatómicos intracraneales facilita la medición y asegura la reproducibilidad de la medición en el feto individual y en poblaciones.

El DBP puede medirse exactamente a partir de la semana 12 de gestación.⁽⁵⁹⁾

Con el feto y la placenta normales constituyen una entidad que está creciendo siempre, se ha ideado diversos métodos de valoración con objeto de medir el crecimiento como función de salud fetal.

⁽⁵⁷⁾ Instituto Nacional de Perinatología, normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, 1998, pag. 136,137,138,139.

⁽⁵⁸⁾ John T. Queeman. Atención del Embarazo de alto riesgo. Ed. El manual moderno, S.A de C.V., México D.F. 1987, ed. 2ª. p.164

⁽⁵⁹⁾ Medicina Materno Fetal, Principios y prácticas, Editorial Medica Panamericana S.A., Buenos Aires 1987, p. 226,227

Hasta el advenimiento de la sonografía, no era posible, medir de manera precisa el crecimiento fetal. Las mediciones sonográficas seriadas de las partes fetales brinda ahora un medio más preciso para determinar la fecha del embarazo y el crecimiento del feto, y obtener otra información de utilidad.

El ultrasonido diagnóstico se puede emplear para medir el diámetro biparietal, la circunferencia del abdomen y la longitud del fémur del feto, los cuales se pueden emplear para estimar la edad gestacional, valorar el crecimiento del feto y estimar su peso.⁽⁶⁰⁾

Ecografía tipo B. Con mayor frecuencia se utiliza la exploración tipo B en la que el transductor es desplazado sobre el abdomen en un plano preseleccionado para producir una imagen transversal de los tejidos subyacentes. Se efectúan registros sistemáticos sobre el abdomen en una serie de planos longitudinales y transversales.⁽⁶¹⁾

CONTROL RUTINARIO DE LA GESTACIÓN

En este caso se aconseja realizar, si ello es posible, tres exámenes ecográficos normalizados:

A. Primer trimestre (8-12 semanas). En este momento resulta posible identificar:

1. Edad de la gestación (con gran exactitud).
2. Embarazo molar (diagnóstico precoz).
3. Patología del huevo (aborto, ectópico, mola).
4. Patología ginecológica asociada (quistes ováricos, miomas, etc.).
5. Algunas malformaciones (anencefalia, etc)

B. Segundo trimestre (20-22 semanas). En este caso es especialmente útil para diagnosticar además:

1. Ubicación placentaria.
2. Crecimiento retardado tipo 1.
3. Malformaciones (prácticamente el 70% de las diagnosticables por ecografía).
4. Sexo fetal.

C. Tercer trimestre (34-36 semanas). En esta fase tardía puede evaluarse:

1. Madurez y nutrición fetal.
2. Crecimiento retardado tipo II y III.
3. Sufrimiento fetal crónico (perfil basal del perfil biofísico progresivo).
4. Patología placentaria y funicular.
5. Diagnóstico tardío de malformaciones (prácticamente el 95% de las anomalías dimorfológicas).⁽⁶²⁾

⁽⁶⁰⁾ I. Permill Martin - C. Benson Ralph, Diagnóstico y Tratamiento Ginecobstétricos. ed. 5ª Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. México, D.F., 1988, p. 287.

⁽⁶¹⁾ A. P. Richard Jack, Williams Obstetricia, ed. 2a. Ed. Salvat Mexicana de ediciones, S.A. de C.V., México D.F. 1980, pag. 274

⁽⁶²⁾ José M. Carrera Macía, Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal, Instituto Universal Dexus, ed. 3ª., Ed. Masson, S.A., Barcelona 1998, pag. 75

MONITORIZACION CARDIOTOCOGRAFICA PRENATAL

I. CONCEPTOS

- A. Consiste en el registro simultaneo de la actividad cardiaca fetal y la actividad uterina (incluidos los movimientos fatales), mediante la cardiotocografia (CTG) electrónica.
- B. Con la monitorización cardiotocográfica se persigue la determinación de la llamada reserva respiratoria fetal (RRF).
 - 1. La RRF está condicionada tanto por la capacidad de resistencia a la hipoxia por parte del feto.
 - 2. La evaluación antenatal de este parámetro es importante no sólo para identificar los fetos que se encuentran en una situación de peligro durante el embarazo, sino también aquellos que pueden sucumbir al iniciarse el parto.
 - 3. El intervalo de tiempo entre los registros dependerá de cada situación clínica en particular. En los casos de bajo riesgo, se considera intervalo de una semana puede ser suficiente. Pero en los casos de riesgo elevado, este espacio de tiempo es excesivamente prolongado.

2.2.18 TIPOS DE PRUEBAS

La evaluación prenatal de la RRF puede afrontarse con dos grupos de tácticas.

Métodos básales (CTGB), denominados también no estresantes. Consisten en una CTG simple, sin medir factor alguno de sobre carga, excepto las contracciones fisiológicas o espontáneas de Braxton-Hicks y los movimientos también espontáneos del feto.⁽⁶³⁾

Métodos de sobrecarga, considerados como estresantes, que investigan la tolerancia del feto ante una hipoxia provocada.

Todas las pruebas de este tipo tienen en común el someter al feto a un estrés que provoque una disminución del oxígeno fetal, estudiando simultáneamente la respuesta de la FCF ante este estrés.

Este objetivo puede conseguirse mediante cuatro tipos de pruebas:

Pruebas que recurren a disminuir el oxígeno en el aire inspirado por la madre (pruebas de hipoxia materna inducida).

⁽⁶³⁾ Carrera Macías José M., Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus Ed. Masson, S.A. ed. 3a. Barcelona 1998 pag.93

Pruebas que disminuyen el flujo útero placentario a través de la inducción de contracciones uterinas (prueba de tolerancia fetal a las contracciones uterinas inducidas).

Pruebas que reducen el oxígeno que llega al feto gracias al recurso de aumentar el consumo de este elemento con ejercicio físico (prueba de esfuerzo).

Pruebas que buscan específicamente la interferencia de la circulación funicular mediante la compresión de ciertas regiones uterinas (pruebas de compresión).⁽⁶⁴⁾

CARDIOTOCOGRAFÍA SIN ESFUERZO

Las pacientes con riesgo de insuficiencia uteroplacentaria, por ejemplo, con diabetes, trastornos hipertensivos, posmadurez, edad gestacional insierta y sospecha de retraso del crecimiento intrauterino, son candidatas potenciales a la cardiocotografía antenatal sin esfuerzo.

Prácticamente no existen contraindicaciones para la realización de esta prueba, que se práctica habitualmente por primera vez durante las últimas 6 u 8 semanas de gestación, y después a intervalos semanales. Una mayor frecuencia en su realización es apropiada en embarazos complicados por diabetes materna, inmadurez fetal y disminución de los movimientos fetales. Incluso la práctica diaria de esta prueba no logra predecir todas las muertes fetales inminentes, por ejemplo las resultantes de problemas agudos como abruptio placentae, placenta previa y accidentes de cordón. La cardiocotografía sin esfuerzo se práctica colocando a la paciente en posición de decúbito semi-fowler. Se aplica el monitor cardíaco fetal y se recoge la actividad a partir de las indicaciones de la paciente. Una vez obtenida una línea de base de la frecuencia cardíaca fetal técnicamente satisfactoria se empieza la prueba, que dura 20 minutos. Si los movimientos fetales durante estos 20 minutos son adecuados (al menos 2 movimientos fetales), se para el registro y se interpreta. Si los movimientos fetales son inadecuados, se lleva a término una estimulación por manipulación externa del feto.

Un criterio ampliamente aceptado de patrón reactivo es la presencia de 2 aceleradores de la frecuencia cardíaca asociadas a los movimientos fetales durante los 20 minutos de la prueba. Una aceleración se define como una frecuencia que supera la línea de base en 15 lat/min y persisten, al menos, durante 15 segundos. Si existe un registro reactivo, la muerte fetal en la semana siguiente sobreviene en menos del 1 % de embarazos. Una prueba no reactiva es aquella que no presenta el criterio de patrón reactivo durante un período de observación de 40 minutos. En este caso se practica una nueva cardiocotografía sin esfuerzo a las 24 horas.⁽⁶⁵⁾

⁽⁶⁴⁾ Carrera Macías José M., Monitorización Fetal anteparto, Ed. Salvat Editores, S.A. ed 3ª. Barcelona pag. 12,13

⁽⁶⁵⁾ B. Taylor Robert, Buckingham /Ep.Doroitelle Jhon L,Johnson, Jr. Thomas A,Shergar Joseph E., Medicina Familiar principio y práctica, Ed. Ediciones Doyman, S.A. ed. 3ª. 1991

PRUEBA DE OXITOCINA (PRUEBA DE POSE).

I. CONCEPTOS.

- A. Consiste en la investigación del comportamiento de la FCF al inducir contracciones uterinas mediante la administración pautada de oxitocina.
- B. Se basa en la reducción del flujo uteroplacentario en el momento de la contracción. Si el nivel de PO² de un feto determinado está cerca del nivel crítico, la contracción uterina al descenderlo inducirá la aparición de anomalías en el registro.
- C. Debe utilizarse siempre que la monitorización no estresante ofrezca resultados prepatológicos o dudosos.

II. CONTRAINDICACIONES

- A. Rotura prematura de membranas.
- B. Amenaza de parto prematuro.
- C. Hemorragia del tercer trimestre (especialmente si se confirma la existencia de una placenta previa).
- D. Embarazo gemelar
- E. Incompetencia cervical.
- F. Cesárea anterior (relativa).
- G. Sufrimiento fetal agudo o subagudo.

III. PROCEDER TÉCNICO

- A. Registro de FCF de forma externa con la paciente en posición de semi-fowler y en de cubito lateral por espacio de 20-30 min.
- B. Perfusión intravenosa, con bomba de infusión, en suero glucosa al 5%. Inicialmente se profunde 1 mU/min. durante 15 min. aumentando posteriormente la velocidad del goteo a razón de 1 mU. cada 15 min, hasta lograr de 3-4 contracciones de 10 min. de 40-60 seg. de duración, o la aparición de una deceleración tardía. Una vez concluida la perfusión, el registro se mantendrá hasta la desaparición de la dinámica uterina (habitualmente entre 20 y 40 minutos).

IV. INTERPRETACIÓN

- A. La prueba es negativa si la característica de la FCF no se modifican con las contracciones inducidas por este procedimiento.
- B. La prueba es positiva si hay deceleraciones tardías asociadas con más de la mitad de contracciones uterinas, siempre y cuando haya hiperestimulación uterina.
- C. La prueba es prepatológica cuando aparecen deceleraciones en menos de la mitad de contracciones.
- D. La prueba es dudosa cuando aparecen deceleraciones precoces o variables o se produce una hiperestimulación.

V. CONDUCTA

- A. Una prueba negativa indica un presunto bienestar fetal. Solo debe repetirse al término de 7 días si el caso ha sido conceptualizado como de riesgo elevado. Si la prueba es negativa, pero la reactividad es escasa, debe pensarse en anomalías fetales del SNC o cardíacas (especialmente si se asocia a bradicardia fetal). También hay que descartar un efecto farmacológico (metadona, propranolol, etc).
- B. Una prueba positiva indica un sufrimiento fetal con estasis de espacio intervelloso. Está indicado extraer el feto si éste es maduro. Una prueba positiva, pero reactiva en el 50 % de los casos es un falso positivo.
- C. Una prueba prepatológica implica poner en marcha el resto de pruebas destinadas a evaluar la salud fetal, en especial la amnioscopia, Doppler, ecografía, etc.
- D. Una prueba dudosa debe repetirse 12-24 horas después.⁽⁶⁶⁾

2.2.19 AMNIOCENTESIS

AMNIOCENTESIS PRECOZ.

- I. Concepto. Con este calificativo, o también con el amniocentesis genética, se denomina la amniocentesis efectuada antes de la semana 20, indicada por la necesidad de efectuar un estudio de:
 - A. Anomalías cromosómicas (Trisomías fundamentalmente).
 - B. Estudios de Biología molecular (enfermedades monogénicas).
 - C. Enfermedades metabólicas hereditarias de sustrato bioquímico.
 - D. Alfa-fetoproteína y/o acetilcolinesterasa (anomalías neurales, etc).
 - E. Metabólicos hormonales (endocrinopatías congénitas).

AMNIOCENTESIS INTERMEDIA Y TARDÍAS.

- I. Concepto
 - A. Nos referimos a amniocentesis intermedia cuando la punción abdominal para la obtención de líquido amniótico se efectúa entre las semanas 20 y 35. Están justificadas habitualmente por problema de isoimmunización Rh.
 - B. La amniocentesis tardía es la realizada después de la semana 35, y tiene dos objetivos fundamentales:
 1. Evaluación de la madurez fetal mediante la investigación bioquímica de los surfactantes pulmonares (prueba de Clements, índice L/E, fosfatilglicerol, etc.) la creatinina o las células de descamación.
 2. Diagnóstico del sufrimiento fetal crónico, mediante la investigación del color de las aguas, pico de meconio, etc.⁽⁶⁷⁾

⁽⁶⁶⁾ Carrera Maciá José M. . Protocolo de obstetricia y medicina prenatal del Instituto Dexeus, Ed. Masson, S.A. ed 3°. 1998, pag. 104-105

El término alude a la punción del saco amniótico , con el propósito de evacuar parte de su contenido, con fines diagnósticos o terapéuticos. En este apartado nos referimos exclusivamente a los primeros.

INDICACIONES

1. Determinación del grado de madurez fetal y estudio de la homeostasis fetoplacentaria, sin duda la indicación principal en este momento.
2. Isoinmunización Rh.
3. Posibilidad de alteración cromosómicas fetales.
4. Diagnóstico de los errores congénitos del metabolismo.
5. Determinación prenatal del sexo.

CONDICIONES

1. Que haya una indicación formal y que el interés de los datos que se espera obtener en importancia los riesgos potenciales de la técnica.
2. Gestación de más de 13 semanas.
3. Localización de la placenta.
4. Maniobras realizadas en condiciones de asepsia.
5. Contar con laboratorio digno de confianza.

PREPARACIÓN DE LA PACIENTE

Se trata de una técnica ambulatoria que no exige hospitalización. No es preciso efectuar premedicación alguna, salvo la posible administración profiláctica de un antibiótico los 3-4 anteriores. La zona elegida para la punción debe ser adecuadamente desinfectada con una solución antiséptica.⁽⁶⁸⁾

La amniocentesis que se utiliza con mayor frecuencia para obtener las células fetales necesarias para el diagnóstico prenatal. El líquido amniótico puede extraerse mediante una aguja intraabdominal hasta la cavidad uterina. Esta técnica suele hacerse entre las semanas 15 a 17 de gestación y se toma 20 a 30 ml de líquido. Las complicaciones son cólicos, hemorragias e infecciones, pero el riesgo de aborto por el procedimiento es bastante bajo (entre 0.3 y 0.5 %). Tanto el líquido amniótico como las células amnióticas pueden utilizarse para el diagnóstico. Los amniocitos se cultivan 10 a 20 días y luego se examinan desde el punto de vista citogenético y bioquímico (para detectar errores innatos del metabolismo) o en busca de cambios en el DNA. El líquido sobrante se utiliza para determinar las cifras de fetoproteína .

⁽⁶⁷⁾ Carrera Maciá José M. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexcus ed. 3ª Ed. Masson, S.A. Barcelona 1996, pag. 47-49

⁽⁶⁸⁾ Carrera Maciá José, Tratado y Atlas de Operatoria Obstétrica Dexcus, Volumen III Ed. Salvat Editores, S.A. ed. Barcelona , pag. 34

La indicación más frecuente para la amniocentesis es la edad materna, que aumenta el riesgo de varias alteraciones trisómicas, principalmente el Síndrome de Down. El cariotipo fetal se recomienda en madres de 35 años a más. Otras indicaciones de los estudios citogenéticos fetales son: hijo previo o abortos con alteraciones trisómicas, más de dos abortos espontáneos que no pueden explicarse por alteraciones ginecológicas, un padre con translocación equilibrada, y determinación del sexo fetal para enfermedades ligadas a X.⁽⁶⁹⁾

La amniocentesis tiene relativamente pocos riesgos, especialmente cuando la realiza un obstetra de experiencia, y el procedimiento se hace bajo guía ultrasonográfica, con objeto de localizar a la placenta. La amniocentesis es la técnica más común para detectar trastornos genéticos y se realiza entre la semana 15 y 16 de la gestación.⁽⁷⁰⁾

2.2.20 PRUEBA DE CLEMENTS

I. CONCEPTO

- A. Objetivo. Medir indirectamente la maduración pulmonar.
- B. Base del test. Hace uso de la cualidad del surfactante pulmonar de producir espuma estable en presencia del etanol.

II. MUESTRA

Líquido amniótico 4 ml. El cual:

- A. No se debe centrifugar ni filtrar.
- B. No se debe contaminarse con antisépticos, secreciones vaginales, sangre o meconio.
- C. Preferentemente debe utilizarse de inmediato. De no poder ser, se conservará a 4°C si se utiliza en el mismo día, y a 20°C si se utiliza pasadas las 24 horas.

⁽⁶⁹⁾ H.W.Jones III. A.C. Wentz L.S. Burnett Tratado de Ginecología de Novak, ed 2ª. Ed. Interamericana. McGraw-Hill S.A.de C.V., México D.F. 1991 pag. 113

⁽⁷⁰⁾ Morre K.L. Embriología Clínica ed 3ª. Ed. Interamericana S.A. de C.v. México, D.F. 1985 pag. 112

III. PROCEDIMIENTO

- A. Se precisan 5 tubos y se hacen distintas disoluciones de líquido amniótico en solución salina, añadiendo a todos 1 ml. De etanol de 95", según el siguiente esquema:

	Tubos				
	1	2	3	4	5
Líquido amniótico	1 ml	0.75 ml.	0.50 ml.	0.25 ml.	0.20 ml.
Solución Salina	-	0.25 ml.	0.50 ml.	0.75 ml.	0.80 ml.
Etanol de 95"	1 ml.	1 ml.	1 ml.	1 ml.	1 ml.

- B. Una vez preparados , se tapan los tubos y se agitan fuertemente durante 15 seg. medidos con cronómetros.
 C. Se colocan los tubos verticalmente en una gradilla y se dejan en reposo durante 15 min. sin tocarlos en este intervalo.

IV. LECTURA.

Se mira la interfase aire-líquido, en cuanto a la presencia de burbujas estables pequeñas, iluminando desde la parte superior y colocando los tubos contra un fondo liso y negro.

- A. El tubo que presente un anillo completo de burbujas se clasificará como positivo.
 B. El que carezca de anillo o lo tenga incompleto, de negativo.

V. CLASIFICACIÓN DEL TEST

Según el siguiente esquema:

		Tubos					
		1	2	3	4	5	
+ } + }	+ }	+	+	+	+	+	Test Positivo
		+	+	+	+	-	
+ } + }	+ }	+	+	+	-	-	Test Intermedio
		+	+	-	-	-	
+ } - }	- }	+	-	-	-	-	Test Negativo
		-	-	-	-	-	

VI. CORRELACIONES

El test se relaciona excelentemente con la madurez fetal, la lecitina y el índice lecitina/esfingomielina.

Un test de Clements positivo garantiza la madurez fetal.

Un test de Clements negativo precisa una determinación del índice L/E o del FG (10% de falsos negativos).⁽⁷¹⁾

2.2.21 DATOS ESTADÍSTICOS

Los servicios de salud se valoran a menudo mediante un examen de las estadísticas de morbimortalidad en una población determinada. En la asistencia de maternidad los principales indicadores de salud son: natalidad, mortalidad materna e infantil y peso al nacimiento.⁽⁷²⁾

Durante un año de seguimiento en el periodo comprendido del mes de Enero al mes de Diciembre del 2000 se atendieron en el servicio de embarazo de alto riesgo del Hospital Regional "Dr. Rafael Pascasio Gamboa", un total de 115 pacientes que cursaron con un diagnóstico de embarazo de alto riesgo. De esas 22 fueron preclampsia (19.1%), 18 diabetes mellitus (15.6%), 10 oligohidromnios (8.64%).

Se considera que estas son las principales entidades clínicas del motivo de estudio, correspondiendo a un total de 50 casos, que representan el (43.4%).

Dentro del (56.6%) que corresponden a 65 casos se consideran de riesgo moderado como son embarazo gemelar, epilepsia, anemia severa, asma, cervicovaginitis, púrpura trombocitopenia, cardiopatía, VHI (+), polidramnios, isoimmunización, hipotiroidismo y virus de papiloma humano e hipertiroidismo. En lo que se refiere a la vía de interrupción del embarazo, observamos que el total de pacientes la vía abdominal con 23 casos (57.5%), fue la que predominó, por 17 de vía vaginal (42.5%).

La incidencia de defunción corresponde a un caso (1) indicando el 0.86% y fue dado por un paciente cardiopata, el cual se obtuvo un producto no compatible con la vida.⁽⁷³⁾

De las 115 pacientes atendidas, el 20% fueron enviadas por un primer nivel que requería atención de especialidad. El otro 50% la gestante solicita consulta de urgencia por presentar

⁽⁷¹⁾ Carrera Maciá José M. Protocolos de Obstetricia y medicina perinatal del Instituto Universitario Dexeus, ed 3ª. Ed. Masson S.A. Barcelona (España) 1996 pag. 61-62

⁽⁷²⁾ D.Neeson Jean (1989) Consulta de Enfermería Obstetrica Volumen 1, Barcelona España, Ed. Centrum ed. P.1

⁽⁷³⁾ Libros de Registros de Servicios de Embarazo de Alto Riesgo

signos y síntomas de alarma y el 30 % restante son enviadas por un segundo nivel en el cual la paciente embarazada solicita tardíamente ser atendida por especialista.

Asiendo un balance comparativo de la morbi - mortalidad materna infantil en el Estado de Chiapas en comparación al resto de los Estados de la Republica, el Estado de Chiapas ocupa el 6º: lugar en muertes maternas, por de bajo del Estado de México, el Distrito Federal, Guerrero, Veracruz y Puebla.

En el Estado de Chiapas se registraron 88 muertes distribuidas en 11 abortos, 16 de edema, Proteinuria y Trastornos Hipertensivos en el embarazo, parto y post-parto, 2 de trabajo de parto obstruido, 16 de complicaciones del puerperio y 22 de causas obstétricas directas.

Dentro de las principales causas de mortalidad general, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ocupa el 9º lugar.

Dentro de las defunciones fetales por edad intrauterina, Chiapas ocupa el 6to. lugar con un total de 1098 defunciones, menos 17 SDG un total de 21 defunciones, de 17 - 19 SDG un total de 15, de 20 - 27 SDG un total de 196, de 28 - 36 SDG un total de 340, de 37 a 39 SDG un total de 182, más de 40 SDG un total de 340 y no especificado un total de 4.⁽⁷⁴⁾

Es muy alarmante que ocurran muchas muertes de producto cuando ya se consideran producto compatible con la vida. En el estado de Chiapas se trata de dos tipos de poblaciones rurales y urbanas y que por lo tanto conservan costumbres y tradiciones familiares lo que obstaculizan un mejor desarrollo de vida.

Los factores de riesgo perinatal son: Nivel socioeconómico bajo, malos hábitos nutricionales, peso bajo antes del embarazo, retraso en la búsqueda y recepción de cuidados perinatales e infecciones y enfermedades de transmisión sexual. Entre los riesgos perinatales específicos se encuentran anemias, deficiencia del ácido fólico. Entre los riesgos psicosociales cabe mencionar: madres solteras, limitaciones de logros educacionales; la escolaridad representa ser un factor de riesgo más ya que marca el grado de cultura de una paciente y por lo tanto el entendimiento y cumplimiento de los cuidados prenatales, ingreso temprano en la fuerza de trabajo, empleo menos calificados y mal remunerado.

⁽⁷⁴⁾ Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección General de Estadísticas e Informática mortalidad 1998, Secretaría de Salud. Pag 99,157,358,367.

A continuación se mencionan las 11 causas de mortalidad en el Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- 1. CACU**
- 2. Paro cardiorrespiratorio**
- 3. Hepatopatía Infecciosa.**
- 4. Enfermedad cerebro vascular en el embarazo**
- 5. Síndrome de Hellp**
- 6. Hipertensión intracraneana**
- 7. CA. de mama**
- 8. Coriocarcinoma**
- 9. Intoxicación de Carbonato**
- 10. Sepsis puerperal**
- 11. Eclampsia en el Embarazo.**

Las causas de morbilidad más frecuentes son:

- 1. Parto eutócico**
- 2. Aborto incompleto**
- 3. Puerperio quirúrgico**
- 4. Desproporción cefalopélvica**
- 5. Presentación pélvicas**
- 6. Sufrimiento fetal agudo**
- 7. Periodo intergenesico corto**

8. Preeclampsia severa
9. Paridad Satisfecha
10. Ruptura prematura de membrana
11. Preeclampsia leve
12. Parto prematuro
13. Oligohidramnios
14. Retención de restos placentarios
15. Embarazo gemelar
16. Huevo muerto retenido
17. Aborto Incompleto

El informe del Hospital Regional General "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" indica que en Marzo del 2000 se reportaron 3 defunciones, en el mes de Abril ocurrió 1 defunción, en el mes de Mayo ocurre 1 defunción, en Junio ocurre 1, en Septiembre ocurren 2 muertes, en el mes de Enero de 2001 ocurrieron 2 defunciones, en Abril ocurrió 1 defunción, en Julio ocurrió 2 defunciones, en Agosto ocurrió 1 defunción. ⁽⁷⁵⁾

La salud es un fenómeno completo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades". Sin embargo, a pesar de esta definición amplia, tradicionalmente se evalúa la salud con base en mortalidad y morbilidad durante un periodo dado. Por tanto, la presencia de enfermedades es un indicador primordial de la salud.

Las estadísticas que indican la incidencia de transtornos por grupos étnicos revelan que los cuidados de la salud no benefician por igual a todos los segmentos de la sociedad.

Las enfermeras que conocen tal información pueden orientar mejor la planeación y prestación de sus servicios. ⁽⁷⁶⁾

⁽⁷⁵⁾ Estadísticas e Informática del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" del 2000

⁽⁷⁶⁾ L.F. Whaley – D.L. Wong (1998) Tratado de Pediatría México D.F. Ed. McGraw-Hill, 25 Ed. Pag.3,4

MORTALIDAD MATERNA POR CAUSAS, SEGUN CALIDAD FEDERAL

Entidad Federativa	Total	Tasa 1/	Muertes directas	Obstetricas Abortos	Edema transtornos en el embarazo puerpero	protenuria hipertensivos parto y post-parto	Hemorragia del embarazo y post-parto	Diabetes mellitus en el embarazo	Complicacion del Trabajo de parto ed obstinado	Sepsis y otras de infecciones puerperales	Las demas Causas obstetricas	muerte causa no especifica	obstetrica de
Estado de México	252	7.5	216	20	101	31	1	0	18	4	45	34	2
Distrito Federal	120	6.6	96	9	45	11	0	0	13	3	18	22	2
Veracruz	112	5.1	111	15	32	25	1	1	10	8	27	1	0
Guerrero	95	9.7	85	5	22	25	0	2	8	4	23	8	2
Puebla	93	5.9	84	5	29	15	0	2	6	4	27	9	0
Chapas	88	6.6	88	11	16	21	0	2	16	6	22	0	0
Oaxaca	69	6.4	69	4	20	18	0	3	5	2	19	0	0
Michoacan	64	5.2	51	3	14	15	0	0	7	2	12	12	1
Guanajuato	61	4.5	54	4	20	13	0	0	8	3	9	7	0
Jalisco	55	3.3	41	3	14	2	0	0	8	3	14	14	0
Tamaulipas	33	5.2	24	4	11	5	0	0	1	1	3	9	0
Tabasco	31	6.2	31	3	16	6	0	0	1	1	5	0	0
Coahuila	30	5.1	21	0	14	1	2	0	2	0	2	9	0
Hidalgo	28	9.2	26	0	10	5	0	0	4	2	7	2	0
Morelos	27	7.9	24	4	10	2	0	0	0	0	8	3	0
San Luis Potosi	26	3.9	23	2	5	5	0	0	4		7	3	0
Nuevo León	25	2.8	20	3	12	3	0	0	1	1	1	5	0
Chihuahua	23	2.9	21	2	9	3	0	0	1	0	6	2	0
Querétaro	22	5.6	22	3	8	6	0	0	1	0	4	0	0
Yucatán	20	5.2	19	1	12	0	0	0	4	3	2	1	0
Baja California lte	19	3.2	19	4	9	2	0	0	1	0	3	0	0
Tlaxcala	17	6	15	0	6	4	1	0	0	0	4	2	0
Sinaloa	16	2.2	16	1	3	4	0	0	0	0	2	1	0
Zacatecas	15	3.9	14	0	7	3	0	0	3	1	1	1	0
Sonora	14	2.5	13	0	16	5	0	0	0	0	2	1	0
Durango	13	2.8	13	1	2	3	0	0	0	0	4	0	0
Nayarit	13	5.1	11	2	2	3	0	1	0	0	3	2	0
Quintana Roo	11	4.9	10	1	2	3	0	0	2	0	2	1	0
Campeche	8	4.2	8	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0
Agua Calientes	7	2.7	6	0	4	1	0	0	1	0	0	1	0
Baja California Sur	5	5	5	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0
Colima	3	2.4	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0

1/ tasa por 10 000 nacidos vivos registrados

2/ Desglose de complicaciones de Puerpero

Excluye las defunciones maternas ocurridas después de 42 días posterior al parto

2.2.22 REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de referencia y contrarreferencia es la integración funcional de un sistema de salud que permite al usuario recibir la atención médica que necesita en el sitio y con los recursos suficientes y adecuados para resolver sus problemas de salud.

Este sistema nació conjuntamente con los niveles de atención, lo que le permite dar atención médica integral a los pacientes de acuerdo a la frecuencia del padecimiento y a su grado de complejidad, de tal manera que el primer nivel de atención resuelve el 85% de la demanda, el segundo nivel de atención el 12% y el tercer nivel el 3% de los padecimientos cuya característica es ser de baja frecuencia de alta complejidad.

El sistema de contrarreferencia se establece a través de la información generada de un tercer nivel a un segundo nivel o de este al primer nivel de atención, de las acciones realizadas y de los problemas pendientes por resolver. Este sistema bidireccional de información permite mantener la continuidad de la atención médica en los tres niveles de atención.

Desde 1992, se plantearon los mecanismos facilitadores para el Sistema de Referencia y Contrarreferencia el cual consiste en herramientas de trabajo que facilitan al personal de salud la ubicación, horarios de trabajo y tipos de servicios que se prestan en las diferentes unidades de primer y segundo niveles de manera regionalizada para referir y contrarreferir a sus pacientes con oportunidad y eficiencia, así como un formato que ayuda en el seguimiento de estos pacientes. Aunado a esto, se está atacando la problemática mediante la conformación de los Comités Estatales y Locales de Referencia y Contrarreferencia conformado por los responsables de las unidades médicas, para corregir los desvíos que se presenten la operación del propio sistema y mejorar su funcionalidad.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA FORMA "SRC" 0/1

Propósito:

Registrar los datos clínicos más relevantes de los pacientes en el procedimiento de referenciar y contrarreferencia de pacientes.

Manejo de la forma:

Esta forma será llenada con letra de molde o a máquina.

El original y una copia se proporcionarán al paciente, quien a su vez, las entregará a la unidad médica correspondiente, en donde concluida su atención recibirá la contrarreferencia para entregarla a la unidad de origen.

Procedimiento de llenado.

En el caso de la referencia la forma será llenada por el médico tratante.

Para la contrarreferencia, el médico tratante deberá llenar el apartado VII y VIII que se indica en el reverso.

Para la visita domiciliaria: la trabajadora social o enfermera del centro de salud deberán llenar el apartado VI, que corresponde al talonario.

DESCRIPCIÓN DE LA HOJA DE REFERENCIA (ANVERSO).

Consta de dos partes:

La parte superior es un talonario que se conserva en el archivo de la unidad que refiere; siendo controlado por enfermería o trabajo social; se anotarán los datos siguientes.

Fecha de referencia: Anotar el día, mes y año en que el paciente es referido a otra unidad médica.

No. de control: Corresponde al folio; anotar de manera progresiva el número de folio correspondiente a la hoja "SRC 0/1", solicitud de referencia y contrarreferencia.

Nombre del paciente. Anotar el nombre completo del paciente.

Edad. Anotar con números arábigos la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días cuando el paciente sea menor de un mes.

Sexo. Anotar una "M" o una "F" según se trate de masculino o femenino respectivamente.

Domicilio del paciente. Anotar el nombre de la calle, número, código postal, ciudad y teléfono.

Motivo de envío. Anotar el motivo que origina la referencia del paciente a otra unidad médica (interconsulta con especialista, tratamiento, estudios de especialidad, etc.)

Diagnostico presuncional. Anotar el diagnóstico establecido por el medico que refiere al paciente.

Urgencia. Señalar con una cruz si la referencia se considera de urgencia.

Unidad a la que se refiere. Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

Especialidad o servicio: Anotar el nombre de la especialidad o servicio al que se envía el paciente.

Nombre del médico que refiere. Anotar nombre y apellidos del médico tratante, especificar si es médico general o especialista.

La parte inferior de la forma, es la hoja de referencia propiamente dicha, y cuenta con los siguientes rubros:

No. de control. Anotar el número de folio correspondiente a la hoja "SRC 0/1"

Urgencia. Anotar una cruz, dependiendo si requiere de atención de urgencia o no, en el caso que se requiera, observar procedimiento de traslado de pacientes.

Nombre. Anotar el nombre del paciente iniciando por el apellido paterno, materno y nombre.

Número de expediente. Anotar el número correspondiente al expediente clínico del paciente.

Edad. Anotar con números arábigos la edad del paciente en años cumplidos, meses cuando el paciente sea menor de un año o días cuando el paciente sea menor de un mes.

Sexo. Anotar una "M" o una "F" según se trate de masculino o femenino respectivamente.

Unidad que refiere. Anotar el nombre de la unidad médica que refiere al paciente.

Unidad a la que se refiere. Anotar el nombre de la unidad médica a la que se refiere al paciente.

Domicilio. Anotar el nombre de la calle, número, y colonia de la unidad a la que se refiere.

Servicio al que se envía. Anotar el nombre del servicio.

Motivo de la referencia. (resumen clínico del padecimiento). Describir de manera clara y completa, incluyendo signos y síntomas del padecimiento que motiva la referencia del paciente a otra unidad médica. En caso de que la referencia sea motivada únicamente con fines de estudio de laboratorio o gabinete deberá justificarse en este rubro. Anotar en el rubro correspondiente la tensión arterial, temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, peso y talla del paciente.

Impresión diagnóstica. Anotar el diagnóstico definitivo o presuncional que apoye la referencia.

Nombre y firma del responsable de la unidad. Registrar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que refiere al paciente, con el propósito de avalar el procedimiento.

Nombre y firma del médico que refiere. Registrar el nombre del médico o técnico en atención primaria de la salud que refiere al paciente.

**SECRETARÍA DE SALUD
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

I

Fecha de Referencia: _____ No. De Control: _____
 Nombre del paciente: _____
 Motivo de envío: _____
 Diagnóstico: _____
 Presuncional: _____
 Especialidad o servicio: _____

Edad:		Sexo	
Años:	Meses	M	F

Unidad a la que se refiere: _____

Nombre del médico que refiere: _____

**SECRETARIA DE SALUD
HOJA DE REFERENCIA**

No. de control: _____ Urgencia Si _____ No _____

II

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Numero de Expediente:	Edad:	Sexo:	

III

Unidad que Refiere: _____

IV

Unidad a la que se refiere: _____

Domicilio: _____
 Calle _____ Numero _____ Colonia _____
 Servicio al que se envia _____

V

Motivo de la referencia (resumen clínico del padecimiento): T: A _____ Temp.: _____ F.R. _____ F.C. _____
 Peso _____ Talla _____

Impresión Diagnóstica: _____

 Nombre y firma del
 Responsable de la unidad

 Nombre y firma del
 Medico que refiere

HOJA DE CONTRARREFERENCIA (REVERSO)

Consta de dos partes:

La parte superior corresponde a los datos de la visita domiciliaria que se le realizará al paciente para su control; cuenta con los siguientes rubros:

Fecha de visita: Anotar la fecha en que se realizó la visita domiciliaria de seguimiento.

Fecha de alta: Anotar la fecha en que se dio de alta al paciente e la unidad que lo atendió.

Se le atendió: Marcar con una cruz en el lugar correspondiente, si fue atendido se agregará la fecha, si no fue atendido se anotará el motivo.

Nombre de la unidad. Anotar el nombre de la unidad a la que asistió.

Observaciones. Hacer las anotaciones que se consideren necesarias de la visita realizada. La parte inferior de la hoja es desprendible y corresponde a la contrarreferencia, la cual cuenta con los datos siguientes:

Unidad medica que contrarrefiere.

Nombre. Anotar el nombre de la unidad médica que emite la contrarreferencia del paciente.

Servicio. Anotar el nombre del servicio que atendió al paciente.

Manejo del paciente.

Resumen. Anotar las condiciones clínicas en las que el paciente referido ingresa a la unidad médica, así como la evolución durante su estancia en la misma y las medidas terapéuticas que se llevaron a cabo, señalando el nombre de los medicamentos, la dosis y la duración del tratamiento.

Diagnostico de ingreso. A notar el o los diagnósticos clínicos probables, motivo de su ingreso.

Diagnóstico de egreso. Anotar el diagnóstico definitivo en forma clara.

Instrucciones y recomendaciones. Anotar las sugerencias o comentarios sobre el caso clínico para el control subsecuente del paciente en su unidad de origen, en este se incluirán las sugerencias de manejo dietético, higiénico, dar por terminado el tratamiento, indicar si se continuará el tratamiento, regreso a consulta subsecuente al servicio y la fecha, así como informar en el caso de enviar al paciente a otra área de especialidad.

Anotar el nombre completo y firma del médico que trató al paciente referido.

Anotar el nombre completo y firma del médico responsable de la unidad que contrarrefiere al paciente.

VISITA DOMICILIARIA

Fecha de visita:

Fecha de alta:

Se le atendió: Si _____ No _____

Nombre de la unidad: _____

¿Por que? _____

Observaciones: _____

HOJA DE CONTRARRREFERENCIA

Unidad Médica que Contrarrefiere

Nombre: _____

Servicio: _____

VIII
MANEJO DEL PACIENTE

Resumen: _____

Diagnóstico de Ingreso: _____

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL MANEJO DEL PACIENTE EN SU UNIDAD DE ADSCRIPCIÓN:

Nombre y firma del médico tratante

Nombre y firma del responsable de la unidad

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DEL DIRECTORIO DE UNIDADES MEDICAS PARA EL SISTEMA DE REFERENCIA CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES.

El directorio de unidades médicas es un instrumento de trabajo conformado de acuerdo a la regionalización de las unidades de su ámbito, con el objeto de que el personal de salud pueda referir al paciente a la unidad que resuelva su problema de salud.

El directorio presenta en su estructura: Nombre de la unidad de salud, domicilio, número telefónico, responsable del sistema de referencia y contrarreferencia servicio que brinda y horario de servicio.

Nombre de la unidad de salud: Anotar el tipo de unidad de que se trate ya sea centro de salud u hospital general y el nombre completo de la misma sin usar abreviaturas.

Domicilio: Se empieza anotando el nombre de la calle, numero en caso de que exista, colonia, barrio, pueblo, delegación o municipio. En caso de no contar con estos requisitos proporcionar las señas particulares para ubicar la unidad.

Teléfono: Indicar el numero telefónico de la unidad en caso de existir y la clave lada para los casos de las unidades que lo ameriten.

Responsable del sistema de referencia y contrarreferencia. Anotar el nombre completo y el puesto que ocupa el responsable del sistema en la unidad.

Servicios que brinda: Anotar las especialidades y servicios de apoyo que presta la unidad.

Horario de servicio de la unidad: Registrar el horario en que la unidad presta sus servicios.⁽⁷⁷⁾

2.2.23 LA IMPORTANCIA DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN MATERNA INFANTIL Y DE ALTO RIESGO.

La detección temprana de riesgo potencial en la reproducción, así como la existencia de problemas asociados con el mismo, es la mejor garantía para prevenir daños mayores e incluso la muerte de la mujer embarazada y su futuro hijo recién nacido. También mediante esto es posible disminuir el costo total que ocasiona a la familia y a la sociedad. Esta actitud profesional se ha difundido en casi todo lo que se ha escrito sobre dicho riesgo. No obstante muchas, mujeres embarazadas recurren al cuidado prenatal solo cuando experimentan una sintomatología, siendo entonces la terapia de intervención infructuosa, debido a la tardanza al solicitarla.

⁽⁷⁷⁾ Secretaría de Salud, subsecretaría de Regulación de los Servicios de Salud, Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes, México, D.F. ed. 1986, Ed. Departamento de Imprenta de los Servicios de Salud, pag. 1,21-30

La enfermera profesional tiene la gran responsabilidad de detectar y atender este riesgo antes de que sea inevitable, o si no en sus primeras etapas de desarrollo.

La enfermera profesional debe incrementar sus conocimientos y destrezas en el uso de las modalidades clínicas y tecnológicas, de acuerdo con sus bases científicas y su experiencia, para facilitar la adquisición, interpretación y aplicación de los datos pertinentes acerca del tipo de riesgo en la reproducción.

La enfermera, en particular debe estar conciente de la necesidad de estar informada sobre las reacciones y actitudes de la familia en cuanto a la reproducción, parto y paternidad. Al estar enterada de los aspectos hereditarios y económicos de la familia en cuestión, le ayuda a comprender las necesidades individuales y familiares concernientes al embarazo, y generar un cuidado de salud apropiado para asegurar una adaptación y bienestar más positivo.

La enfermera profesional puede ayudar a la recolección adecuada de datos mediante el uso apropiado de las estrategias de entrevista. El interrogatorio cuidadoso acerca de los hechos de mayor importancia, le ayudará a la paciente a recordar aquellos sucesos que pueden repercutir en el embarazo.

Las enfermeras que tienen la suficiente destreza para llevar a cabo un examen físico pueden muy bien asumir la responsabilidad de efectuar toda la exploración física inicial de la mujer embarazada. El reconocimiento acerca de la biología normal, psicología y sociología del embarazo, así como los antecedentes históricos interpretados de acuerdo con los datos de valoración física, logrará que el cuidado que las enfermeras suministren a la familia, embarazada, resulte razonable y eficaz.

Además del examen físico, que practican todos los sistemas, la valoración clínica abarca examen de las glándulas mamarias abdomen y pelvis así como la medición de los signos vitales de la madre y el feto, el peso materno y la inspección para ver si hay indicios de trastornos maternos de tipo fisiológico, psicológico y sociológico. El primer examen durante el embarazo normal es a menudo el más detallado. La paciente en riesgo podrá percatarse de que en muchas de sus visitas o durante su hospitalización se le practicará un examen físico y tecnológico más detallado. La información que se obtenga a través de la valoración clínica es muy importante, debiendo conocer la enfermera perinatal el significado, procedimiento y utilidad de dicha valoración.

La valoración clínica, en especial el examen obstétrico y ginecológico, es un proceso íntimo, que implica la exploración física de la paciente y el empleo de procedimiento de instrucción por parte del examinador.

A menudo, es necesario que la paciente tenga que depositar su confianza en extraños. Puede significar para la mujer primigesta su primer examen físico completo. La Enfermera, ya sea que esté realizando la exploración, o ayudando al médico a efectuarla, debe descartar las dudas que la paciente y su familia tenga acerca de los procedimientos y actitudes que se van a llevar a cabo.

Así pues debe poner en práctica sus habilidades de maestra y diagnosticar las necesidades de la paciente y su familia para el aprendizaje de lo que va a ocurrir. El conocimiento de algunas reglas básicas de cortesía ayudarán a la enfermera a crear un clima que disminuya la turbación y temor de la paciente.

De la oportunidad de comentar los procedimientos que se seguirán incluyendo, la explicación del propósito y procedimiento, y permita que se expresen dudas e inquietudes.

Facilite la relajación, que es un extremo indispensable si se quiere que los procedimientos como examen abdominal y pélvica proporcionen información completa y detallada. ⁽⁷⁸⁾

2.2.24 LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Los servicios ofertados por el hospital a sus usuarios pueden clasificarse desde dos perspectivas interrelacionadas, oferta y demanda, que van a dar lugar a diversas concepciones de aquellas.

Los servicios según la oferta

La oferta de servicios

La taxonomía clásica nos muestra que los servicios ofrecidos por un hospital pueden desglosarse en dos grandes grupos, el servicio básico y los servicios periféricos:

EL SERVICIO BÁSICO. Constituye la razón principal, la función o utilidad por la que el cliente acude al hospital. Es aquel que a los ojos del usuario identifica de forma clara y completa lo que busca. El servicio básico del hospital es la atención médica en régimen de hospitalización.

LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS. Son aquellos a los que se puede acceder como consecuencia de ser usuario del servicio de base. A su vez, se dividen en asociados y complementarios:

LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS ASOCIADOS. Son aquellos que forman parte indisoluble del servicio básico. Son todas aquellas actividades indispensables, asistenciales y no asistenciales, para poder realizar el servicio básico hospitalario.

LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS COMPLEMENTARIOS. Son aquellos que no resultan necesarios, pero que se incorporan al paquete de servicios a fin de mejorarlo. Son atributos del servicio que lo diferencian del que pueden ofrecer otros hospitales.

⁽⁷⁸⁾ Obstetricia II Antología. D.R. División Universidad Abierta P.24,27.

LA RESPONSABILIDAD DE LA DIRECCIÓN: LA ESTRATEGIA DE SERVICIO

Esta concepción del servicio se centra en las preferencias del cliente. La dirección tiene la responsabilidad de formular la política de calidad del servicio y de satisfacción del consumidor; su éxito está vinculado al grado de compromiso adquirido con el desarrollo del sistema de calidad y a la eficacia de las actividades.

LA POLÍTICA DE CALIDAD. El compromiso de la empresa con la calidad comienza en los niveles más altos de la dirección, que debe desarrollar y documentar la política de calidad atendiendo a los siguientes aspectos:

Grado del servicio que hay que proveer.

Imagen y reputación de la empresa.

Objetivos de calidad.

Papel del personal responsable de la ejecución de la política de calidad.

La Dirección debe asegurarse de que se establezca, entienda, ejecute y mantenga la política de calidad.

LOS OBJETIVOS DE CALIDAD. La política de calidad requiere fijar las metas esenciales y establecer después los objetivos acordes con ellas. Estas metas son:

La satisfacción del consumidor compatible con los estándares profesionales.

La mejor continua del servicio.

La consideración de los requerimientos de la sociedad y del entorno.

La eficacia en la provisión del servicio.

La Dirección debe traducir las metas en un conjunto de objetivos de calidad y de actividades.

RESPONSABILIDAD Y AUTORIDAD. La dirección, con el fin de lograr los objetivos de calidad, debe establecer una, estructura que evalúe, controle y mejore la calidad del servicio en todas las etapas.

El hospital es una organización burocrática por cuanto está sometida a múltiples normas internas y externas reguladoras de su comportamiento y del de los trabajadores y directivos.⁽⁷⁹⁾

Reasignación de recursos según grado de riesgo para dar cuidados básicos a los individuos y equipo de riesgo y concentrar cuidados especiales, en los de alto riesgo.⁽⁸⁰⁾

⁽⁷⁹⁾ Vero Jaime. Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria. Ediciones Díaz de Santos S.A. P. 157,158,160,313.

⁽⁸⁰⁾ Reeder, Martin, Koniak. (Enfermería Materno infantil). P. 18. Editorial Interamericana ed. 17°. México 1995

Esta resignación de recursos según necesidades permite definir el nivel de atención en el cual el individuo deberá recibir los cuidados con las más probable consecuencia de un mayor impacto a menor costo.

Participación de todos los sectores vinculados con el control de los factores asociados con problemas específicos de salud. El sector salud tiene una doble responsabilidad : directa de controlar los factores relacionados con su área de actuación y la de promover la intervención concretada con otros sectores vinculados.

Las funciones de la enfermera moderna.

PROVEEDORA DE ATENCIÓN

Incluye dar cuidados directos, que ha sido una característica tradicional de la enfermería, paralela al proceso diagnóstico tratamiento que desarrolla el médico.

PROFESORA Y EDUCADORA

La preocupación de la enfermera debe ser la prevención de la enfermedad, de la incapacidad, o ambas, proporcionando educación a la comunidad, a fin de brindarle elementos al respecto.

DIRECTORA, SUPERVISORA Y ADMINISTRADORA

La función ejecutiva del personal en los que se refiere a la atención , planificación de servicios de salud, requiere de fortalecimiento desde el pregrado hasta la especialización y la maestría.

INVESTIGADORA Y EVALUADORA

La enfermera dedicada a la atención de la salud primaria debe vigilar, observar, analizar y estudiar científicamente las condiciones y los servicios de salud y colaborar en equipo multidisciplinarios de profesionales en dicho campo.

Por otra parte la organización de servicios de salud orientados a la atención primaria con lleva diversas actividades para los cuales las enfermeras deberán estar preparadas, como dirigir y supervisar al equipo que integra ese servicio, y formar auxiliares y agentes de salud de la comunidad.

Los objetivos básicos que debe cubrir la moderna educación de enfermería para el siguiente decenio deberán ser los siguientes.

Proporcionar atención de enfermería dentro del concepto del proceso diagnóstico-tratamiento.

Crear modelos de prestación de servicios de enfermería que logren establecer nuevos sistemas de organización de las funciones de la enfermería.

La enfermería hospitalaria es la columna vertebral del nosocomio.

Tal es el caso de la consulta externa da a la enfermera una excelente oportunidad de llevar a la práctica los métodos y estrategias planeadas.

Recibe al enfermo y a su familia u da información sobre el hospital para que el interesado acepte más fácilmente la hospitalización y la familia comprenda la necesidad de está.

La enfermera desempeña una función importante en los consultorio de orientación infantil ya sea ocupándose de los niños o hablando con los padres.⁽⁸¹⁾

(81) Administración en Enfermería , M. Barquin, Editorial InterAmericana. Mc Graw Hill, Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V., México D.F. 1995 primera edición pag. 6-7.

III MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1 JUSTIFICACIÓN

Desde el punto de vista obstétrico es importante llevar un control de las pacientes embarazadas y brindarle un tratamiento específico de acuerdo a su diagnóstico de igual manera utilizar los recursos tanto humano, como científico y tecnológicos que ofrece la Institución.

Debido a que las pacientes embarazadas pueden ser sometidas en un momento u otro de su gestación a una serie de intervenciones o de maniobras que por su fin o significado cabe calificar como obstétricas.

3.2 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que influyen en la referencia de pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Conocer el grado en que se identifica el embarazo de alto riesgo y la oportunidad de la referencia
- Señalar falta de referencia de las pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo.
- Mencionar la falta de promoción como causante del uso del servicio.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el Hospital General Regional "Dr. RAFAEL PASCACIO GAMBOA" de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de la Secretaria de Salud. Hemos observado que existe el servicio de Embarazo de Alto Riesgo, al cual no son referidas las pacientes embarazadas acorde a su diagnostico.

¿Cuales son los factores que influyen a que las pacientes no sean referidas al servicio de embarazo de alto riesgo?

3.4 HIPÓTESIS

Los factores que influyen en la referencia de pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo son: la indicación médica, la difusión del servicio, protocolo de atención, conocimiento del servicio.

3.5 DEFINICIÓN DE VARIABLES

a. Variable estudio.

Factores que influyen a que las pacientes no sean referidas al servicio de embarazo de alto riesgo.

b. Indicadores de la variable estudio.

- Falta de referencia por médico adscrito
- Difusión del servicio
- Protocolo de atención
- Conocimiento del servicio

c. Definición Nominal.

- Referencia del médico adscrito.- Se refiere a la indicación explícita y por escrito del internamiento al servicio de embarazo de alto riesgo.
- Difusión del servicio.- Es el dar a conocer el servicio entre la comunidad médica y de enfermería respecto de la existencia del servicio.
- Protocolo de atención.- Se refiere a la existencia formal de estrategias a seguir en casos indicados para la atención del servicio de alto riesgo.
- Conocimiento del servicio.- Se trata del conocimiento explícito del servicio de embarazo de alto riesgo; organización y recursos.

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Control prenatal	Cuantitativa	Continuas	No hay categoría	¿Lleva control prenatal? Si ____ No ____
No. De asistencias al control prenatal	Cuantitativa	Intervalo	Si hay categoría	¿Cuántas veces asistió a control prenatal? 1-3 ____ 4 - 5 ____ Mas ____
Meses de embarazo	Cuantitativa	Intervalo	Si hay categoría	¿Cuántos meses de embarazo tiene? 1 ____ 2 ____ 3 ____ Mas ____
No. de embarazos	Cuantitativa	Intervalo	No hay categoría	¿Cuántas veces se ha embarazado? 1 ____ 2 ____ 3 ____ Mas ____
Embarazos anteriores con recién nacido con problemas	Cuantitativa	Intervalo	Si hay categoría	¿En sus embarazos anteriores usted ha tenido recién nacido con? Bajo peso ____ Prematuros ____ Malformaciones congénitas ____ Macrosómico ____

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Consumo de droga, alcohol o tabaco.	Cuantitativo.	Continuas	Si hay categoría	¿Ha consumido alguna vez alcohol, droga o tabaco? Si _____ No _____
Frecuencia de consumo de droga, alcohol o tabaco.	Cuantitativo.	Intervalo	Si hay categoría	¿ Con que frecuencia consume alcohol, droga o tabaco? 1 ves al día _____ Ocasionalmente _____ Constantemente _____
Problema durante el embarazo	Cuantitativo.	Intervalo	Si hay categoría	¿ En sus embarazos anteriores presento algún problema? Si _____ No _____
Tipo de problema mas durante el embarazo.	Cuantitativo.	Intervalo	Si hay categoría	¿Cuáles fueron sus problemas?
Conclusión del embarazo anterior.	Cuantitativo.	Intervalo	Si hay categoría	¿Cómo concluyo su embarazo anterior? Parto Eutocico _____ Cesárea _____ Otro _____
Periodo intergenésico.	Cuantitativo.	Intervalo	Si hay categoría	¿Qué periodo intergenésico tiene su embarazo anterior ? 1 año _____ 2 años _____ Mas de 2 años _____

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Conocimiento del servicio.	Cuantitativa	Continuas	No hay categoría	¿ Conoce usted el servicio de alto riesgo? Si ___ No ___
Conocimiento de los requisitos.	Cuantitativa	Continuas	Si hay categoría	¿Conoce usted los requisitos para enviar a las pacientes al servicio de E.A.R.? Si ___ No ___
Conocimiento de diagnóstico de envía.	Cuantitativa	Continuas	Si hay categoría	¿ Sabe usted con que diagnóstico enviar a las pacientes al servicio de E.A.R.? Si ___ No ___
Conoce los estudios que se realizan.	Cuantitativa	Continuas	Si hay categoría	¿ Sabe usted de los estudios que se realizan en el servicio de E.A.R.? Si ___ No ___
¿Le notificaron el funcionamiento del servicio de E.A.R.?	Cuantitativa	Continuas	No hay categoría	¿ Le notificaron cuales son las funciones del servicio de E.A.R.? Si ___ No ___

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Considera que los estudios que se realizan son importantes	Cualitativa	Nominal	Si hay categoría	¿ Considera usted que los estudios que se realizan son de importancia? Si ____ No ____
Les proporcionaron un protocolo del servicio de E.A.R.?	Cualitativa	Nominal	No hay categoría	¿el jefe del servicio le proporciono el protocolo del servicio de E.A.R.? Si ____ No ____
Encuentra problemas para enviar pacientes?	Cualitativa	Nominal	No hay categoría	¿ Que problemas encuentra para enviar pacientes al servicio de E.A.R.?
Le gustaría tener información del servicio de E.A.R.?	Cualitativa	Nominal	No hay categoría	¿ Le gustaría obtener más información del funcionamiento del servicio de E.A.R. ¿ Si ____ No ____
Sugerencias	Cualitativa	Nominal	No hay categoría	¿Qué sugiere para eficientar el servicio de E.A.R. ?

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Conocimiento	Cuantitativa	Nominal	No hay categoría	¿Sabe usted que la Institución cuenta con el servicio de E.A.R.? Si ___ No ___
Conocimiento de los días de consulta.	Cuantitativa	Continuas	No hay categoría	¿ Conoce cuales son los días de consulta de E.A.R? Si ___ No ___
Brinda información.	Cuantitativa	Nominal	No hay categoría	Brinda información acerca del servicio de E.A.R? SI ___ No ___
Ha recibido información por parte del departamento de enseñanza.	Cuantitativa	Nominal	No hay categoría	¿ Por parte del departamento de enseñanza ha recibido información respecto al funcionamiento del servicio? Si ___ No ___
Identifica signos y síntomas.	Cuantitativa	Nominal	Si hay categoría	¿ Ha identificado signos y síntomas en las pacientes embarazadas que deben ser manejadas por el servicio de E.A.R.? Si ___ No ___
Conoces los pasos para enviar pacientes.	Cuantitativa	Continua	Si hay categoría	¿Sabe usted cuales son los pasos para envío de pacientes al servicio de E.A.R.? SI ___ No ___
Conoce los padecimientos que deben ser tratadas en E.A.R.	Cuantitativa	Continua	Si hay categoría	¿Conoce que tipo de padecimiento deben ser tratados en el servicio de E.A.R.? Si ___ No ___

DEFINICIÓN OPERATIVA

Variable	Tipo de variable	Escala	Categoría	Pregunta
Conoce los tipos de estudio.	Cuantitativa	Continua	Si hay categoría	¿Sabe que tipo de estudio se realizan en la unidad de E.A.R.? Si ___ No ___
Proporciona información adecuada.	Cuantitativa	Nominal	No hay categoría	¿Si el especialista no envía a la paciente al servicio de E.A.R. le proporcionaría información adecuada? Si ___ No ___
Te gustaría tener información	Cuantitativa	Nominal	No hay categoría	¿Te gustaría tener más información de dicho servicio? Si ___ No ___

3.6 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, transversal y de servicio de salud.

3.7. UNIVERSO DE ESTUDIO

En el Hospital General Regional "DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA", de la Secretaría de salud de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Área materno infantil.

3.8. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Mujeres embarazadas de riesgo, médicos y enfermeras

3.9 CRITERIO DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

INCLUSIÓN: Se estudiarán a pacientes embarazadas con diagnóstico de embarazo de alto riesgo.

EXCLUSIÓN: No se estudiarán a pacientes con embarazo normal.

ELIMINACIÓN: No se considerarán las pacientes que no asisten a control prenatal

INCLUSIÓN: Se estudiarán a médicos especialistas de base con una antigüedad mínima de un año.

EXCLUSIÓN: No se estudiarán a médicos interinos.

ELIMINACIÓN: No se consideraran a médicos que se encuentren de permiso y vacaciones.

INCLUSIÓN: Se estudiarán a enfermeras generales con antigüedad de un año mínimo.

EXCLUSIÓN: No se estudiarán a auxiliares de enfermería.

ELIMINACIÓN: No se considerarán a enfermeras con antigüedad menos de un año.

3.10. UNIVERSO MUESTRA.

150 mujeres embarazadas de alto riesgo que demandan el servicio.

15 médicos adscritos a la unidad y 100 enfermeras

3.11 INSTRUMENTOS

Para la realización de ésta investigación se elaboraron tres tipos de encuestas dirigidos al usuario, médicos especialistas y enfermeras.

3.12. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

Se llevo a cabo una prueba piloto para verificar si las preguntas estaban bien elaboradas.

3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el procesamiento estadístico se elaboraron cuadros y se aplicó estadística descriptiva.

IV RESULTADOS

4.1 LA VISIÓN DE ENFERMERÍA

Después de haber aplicado 100 encuestas a igual número de enfermeras se encontró que el 60% de las enfermeras desconocen el servicio y el 40% conocen el servicio (ver cuadro No.1).

El 70% del personal de enfermería desconocen los días de consultas y el 30% lo conocen por lo mismo no han brindado información acerca del servicio (ver cuadro No.2).

De las 100 encuestas realizadas a enfermería el 100% manifestaron que en ningún momento han recibido información de parte del departamento de enseñanza sobre el funcionamiento del servicio.

En cuanto a la identificación de signos y síntomas en pacientes embarazadas que deban manejarse en un servicio especial un 50% refirió haberlo identificado (ver cuadro No.3).

Con respecto a la referencia en cuanto a los pasos para el envío de pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo el 90% lo desconoce (ver cuadro No. 4).

Con lo referente al tipo de estudio que se realiza en el servicio de embarazo de alto riesgo el 90% lo desconocen (ver cuadro No. 5).

Cuando se les pregunto al personal de enfermería si les gustaría tener información sobre el servicio de embarazo de alto riesgo el 100% demostró interés.

4.2 VISIÓN MEDICA

Después de haber aplicado 15 encuestas a igual número de médicos gineco-obstetras se encontró que el 60% si conocían los requisitos para enviar a las pacientes de embarazo de alto riesgo y el 40% lo desconocen (ver cuadro No. 6).

Con referente al diagnostico para el envío de las pacientes al servicio el 50% dijo que si (ver cuadro No. 7)

Sobre los estudios que se realizan en el servicio de embarazo de alto riesgo el 50% dijo que si lo conocían (ver cuadro No.8)

Con respecto a la notificación de las funciones del servicio el 50% respondió que si lo conocen (ver cuadro No. 9)

CUADRO No. 1

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS.

Conocimiento de la existencia del servicio de embarazo de alto riesgo en la Institución.

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO .	No.	%
SI	40	40 %
NO	60	60 %
TOTAL:	100	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS A ENFERMERAS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL-2000

CUADRO No. 2
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS

Conocimiento de días de consulta

CONOCIMIENTO DE DÍAS DE CONSULTA	No.	%
SI	30	30 %
NO	70	70 %
TOTAL:	100	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS A ENFERMERAS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL-2000

CUADRO No. 3

OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS

Reconoce signos y síntomas de alarma en las embarazadas

CONOCIMIENTOS DE SIGNOS Y SINTOMAS. DE ALARMA	No.	%
SI	50	50 %
NO	50	50 %
TOTAL:	100	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS A ENFERMERAS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL-2000

CUADRO No. 4
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS.

Requisitos para enviar pacientes al servicio

REQUISITOS DE ENVIÓ	No.	%
SI	10	10 %
NO	90	90 %
TOTAL:	100	100 %

FUENTE: *ENCUESTAS DIRIGIDAS A ENFERMERAS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL-2000.*

CUADRO No. 5
OPINIÓN DE LAS ENFERMERAS

Sabe que estudios se realizan en el servicio de alto riesgo

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIOS	No.	%
SI	10	10%
NO	90	90%
TOTAL:	100	100%

FUENTE: *ENCUESTAS DIRIGIDAS A ENFERMERAS GENERALES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL-2000.*

CUADRO No. 6
OPINIÓN MÉDICA

Conoce el servicio de embarazo de alto riesgo.

CONOCIMIENTO DEL SERVICIO.	No.	%
SI	9	60 %
NO	6	40 %
TOTAL:	15	100 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL. 2000.

CUADRO No. 7
OPINIÓN MÉDICA

Conoce los requisitos para enviar pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo.

CONOCIMIENTOS DE REQUISITOS	No.	%
SI	7	46.6 %
NO	7	46.6%
TOTAL:	15	93.3 %

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 2000

CUADRO No. 8
OPINIÓN MÉDICA

¿Qué estudios se realizan en el servicio de embarazo de alto riesgo?

CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIOS	No.	%
SI	7	46.6%
NO	7	46.6%
TOTAL:	15	93.3%

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS A MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 2000.

CUADRO No. 9
OPINIÓN MÉDICA

Le informaron cuales son las funciones del servicio

NOTIFICACIÓN DE LAS FUNCIONES	No.	%
SI	7	46.6%
NO	7	46.6%
TOTAL:	15	93.3%

FUENTE: *ENCUESTAS APLICADAS A MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL 2000.*

Cuando se cuestiono sobre si el jefe de servicio les proporciona el protocolo del servicio de embarazo de alto riesgo el 100% dijo que no.

En cuanto a los problemas que encuentran para enviar pacientes al servicio de embarazo de alto riesgo el 100% refirió que el servicio solo funciona en el turno vespertino, y que el servicio debería funcionar las 24 hrs. del día.

Cuando se les cuestiono si les gustaria obtener mas información del funcionamiento del servicio de embarazo de alto riesgo el 100% manifestó que si.

4.3 VISIÓN DEL USUARIO (MUJERES EMBARAZADAS)

Después de haber aplicado 150 encuestas a igual número de usuarios se encontró.

En la pregunta referente si lleva control prenatal el 60% respondió que no, y el 40% respondió que si (ver cuadro No. 10).

Un 30% dijo que asistió de 4 a 5 consultas y el 10% de las 3 consultas (ver cuadro No. 11).

La edad gestacional que tenían las mujeres encuestadas oscilaban entre el sexto y el noveno mes (ver cuadro No. 12).

Referente al número de embarazos el 60% era una segunda o tercera vez y el 40% el primer embarazo (ver cuadro No. 13).

En lo referente a los anteriores embarazos si los recién nacidos habían tenido: bajo peso el 60% refirió no saber, por que no fue atendida en un medio hospitalario, un 10% refirió haber tenido niños prematuros en cuanto a las malformaciones congénitas un 90% refirió desconocer el termino, referente a la macrosomia un 5% refirió haber tenido antecedentes (ver cuadro No. 14).

Con respecto si ha presentado algún problema en su embarazo actual el 90% refirió que no (ver cuadro No. 15).

Cuando se cuestiono cuales eran esos problemas un 60% refirió hipertensión mas anemia, un 10% hemorragia, 20% edemas y 10% infección de vias urinarias (ver cuadro No. 16).

Cuando se pregunto sobre el consumo de alcohol, drogas o tabaco un 10% dijo que si, encontrándose el alcohol y el tabaco con frecuencia de ocasionalmente (ver cuadros No. 17,18)

En lo referente a sus embarazos anteriores si presento algún problema el 80% dijo que no y un 20% dijo que si y estos fueron amenaza de parto pretermino, hipertensión e infección de vias urinarias (ver cuadro No. 19)

CUADRO No. 10
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Control prenatal

CONSULTA	No.	%
SI	60	40 %
NO	90	60 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS). 2000

CUADRO No. 11
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Asistencia a control

ASISTENCIA	No.	%
1 A 3 VECES	10	10 %
4 A 5 VECES	50	30 %
TOTAL:	150	40 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000.

CUADRO No. 12
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Edad gestacional

MESES DE EMBARAZO	No.	%
SEXTO MES	75	50 %
NOVENO MES	75	50 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS). 2000.

CUADRO No. 13
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Número de embarazos

PARIDAD	No.	%
1	60	40 %
2	45	30 %
3	45	30 %
MAS	-	-
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000

CUADRO No. 14
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Problemas del Recién Nacido

ALTERACIONES DEL PRODUCTO	No.	%
BAJO PESO	90	60 %
PREMATURO	15	10 %
MACROSOMICOS	4	5
TOTAL:	109	75 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000

**ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA**

CUADRO No. 15

OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Problemas de su embarazo

COMPLICACIÓN EN EL EMBARAZO	No.	%
SI	15	10 %
NO	135	90 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS)2000

CUADRO No. 16
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Problemas durante el embarazo.

ALTERACIONES	No.	%
HIPERTENSIÓN	90	60 %
HEMORRAGIA	15	10 %
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS	15	10 %
EDEMA	30	20 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS)2000.

CUADRO No. 17
OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Consumo de tóxicos

ALCOHOL, DROGA Y TABACO	No.	%
SI	15	10 %
NO	135	90 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: *ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS)2000.*

CUADRO No. 18

OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Cual de los tóxicos a consumido

TÓXICOS CONSUMIDOS	No.	%
TABACO		10 %
TOTAL:		

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000

CUADRO No. 19

OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Problemas presentados en sus embarazos anteriores

PROBLEMAS EN EL EMBARAZO ANTERIOR	No.	%
SI	30	20 %
NO	120	80 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000.

Con respecto a la conclusión del embarazo anterior el 80% fue parto eutócico y el 20% en cesárea (ver cuadro No. 20).

En cuanto al período intergenesico del embarazo anterior el 60% dijo dos años, el 15% un año, el 5% menos de un año y el 20% mas de dos años. (ver cuadro y gráficas No. 21)

CUADRO No. 20

OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Terminación del embarazo anterior

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO	No.	%
PARTO EUTOCICO	120	80 %
CESÁREA	30	20 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000.

CUADRO No. 21

OPINIÓN DE LAS EMBARAZADAS

Espacios en sus embarazos.

PERIODO INTERGENESICO	No.	%
MENOS DE 1 AÑO	7	5 %
1 AÑO	23	15 %
2 AÑOS	90	60 %
MAS DE 2 AÑOS	30	20 %
TOTAL:	150	100 %

FUENTE: ENCUESTAS DIRIGIDAS AL USUARIO DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL (MUJERES EMBARAZADAS) 2000

4.4 DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Después de haber analizado los resultados obtenidos de la aplicación de las encuestas dirigidas a Enfermería, podemos señalar que mas de la mitad de las Enfermeras encuestadas desconocen el servicio de embarazo de alto riesgo y de la misma manera desconocen los días de consulta. Por lo mismo no han brindado información del funcionamiento del servicio de Embarazo de Alto Riesgo.

Y todo esto tiene una repercusión ya que por parte del departamento de enseñanza no le ha dado la difusión adecuada para que el personal de Enfermería tenga conocimiento del servicio. En su totalidad el personal de Enfermería desconoce el servicio de embarazo de alto riesgo.

Después de haber analizado los resultado obtenidos de la aplicación de las encuestas dirigidas a médico Gineco-Obstetras podemos señalar, que más de la mitad conocen el servicio de Embarazo de Alto riesgo, la mitad de los encuestados conocen el diagnostico de envió al servicio, que tienen notificaciones de las funciones del servicio.

En cuanto ha que si se le proporcionó el protocolo la mayoría dijo desconocerlo.

El problema que le encuentran para el envió de pacientes es que solo funciona en el turno vespertino y que los demás turnos quedan desprotegidos, ellos sugieren que funcione en todos los turnos, incluso los sábados, domingos y días festivos.

Según Ellen Bailly Raffenperger(Consultor de Enfermería Clínica).Considera un embarazo de alto riesgo cuando la salud de la madre y el feto se hallan en peligro y la detección de los factores de riesgo se realizan a lo largo del embarazo.⁽⁸²⁾

Según Stanley G. Clayton (Manual de Obstetricia y Ginecología). La buena atención prenatal reduce la mortalidad y la morbilidad tanto en la madre como en el feto.

Después de haber analizado los datos obtenidos de la aplicación de las encuestas dirigidas al usuario.

Considerando que la población en general no le toma importancia al control prenatal ya que mas de la mitad no la llevan y que estás acuden para su atención hasta el final del embarazo.

Según Stanley G. Clayton (Manual de Obstetricia y Ginecología). Que el control prenatal se inicia en el momento en que la mujer piensa que esta embarazada, por lo general después de la octava semana es cuando acuden.⁽⁸³⁾

⁽⁸²⁾ Bailly Paffen Sperger Ellen.(1986). Consultor de Enfermería Clínica, Barcelona España, Ed. Océano, ed. 3°. Pag. 434

⁽⁸³⁾ C. Clayton Stanley,Manual de Obstetricia y Ginecología, Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., México D.F., pag. 25,26

La mayoría de las pacientes cursan con un segundo o tercer embarazo, en la cual debe haber problemas en la edad de las pacientes aunado a un mal estado nutricional y un bajo estatus económicos.

Considerando que es de gran trascendencia y vulnerabilidad la existencia de un servicio de embarazo de alto riesgo, el cual se le debe de dar difusión entre el personal médico y de enfermería y esta a la vez promover el funcionamiento del mismo.

Según Reeder, Martín, Koniak (Enfermería materno infantil). La valoración prenatal de Enfermería identifica a los pacientes con riesgo de complicaciones durante el embarazo o de presentar dificultades en su papel de madre. Cualquier afección que pueda influir de modo adverso a la salud de la madre, el feto, al trabajo de parto y alumbramiento, indica que el embarazo es de alto riesgo.⁽⁸⁴⁾

He aquí la importancia de la licenciada en Enfermería y Obstetricia como toda una profesional incluye datos sobre la adaptación fisiológica materna a los cambios del embarazo, determinación del bienestar fetal, identificación de signos y síntomas de complicaciones, adaptación psicológica materna, y familiar al embarazo, cumplimiento del régimen médico y preparación para desempeñar las funciones de padre y madre. También se tiene la oportunidad para identificar otros problemas en relación con la salud en la familia de la embarazada aunque no estén en relación directa con el embarazo.

De tal forma que la Enfermera puede efectuar diversos diagnósticos de Enfermería en los periodos pre-parto, intraparto y postparto, porque el embarazo produce cambios psicológicos, psíquicos y sociales a los cuales deben adaptarse la mujer y su familia.

Analizando los datos generales tienen suma importancia ya que la edad representa un factor de riesgo alto, cuando la paciente se encuentra entre los 14 a 19 años, de 20-29, en las edades de 35 a más años debería ser uno de los grupos de mayor riesgo por tratarse de edades extremas.

El estado civil juega un papel importante, ya que se ha identificado como factor condicionante.

La escolaridad representa ser un factor de riesgo ya que marca el grado de cultura de una paciente y por lo tanto el entendimiento y cumplimiento de los cuidados prenatales, existiendo mayor riesgo en mujeres con estudios de primaria o menos.

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (NOM), se considera control prenatal adecuado cuando la paciente tiene 5 o más consultas.⁽⁸⁵⁾

Tomando en cuenta la existencia del formato de referencia y contrarreferencia (SRC). El paciente debe ser referido directamente y sin obstáculos a niveles precisos de resolución acorde a su padecimiento.

⁽⁸⁴⁾ Reeder Martín Koniak, Enfermería Moderna Infantil.

⁽⁸⁵⁾ Norma Oficial Mexicana.

Para que el sistema funcione de manera exitosa, las unidades de salud deben estar dotados de los recursos mínimos necesarios, tanto humanos como materiales, brindando atención de calidad y calidez al usuario.

4.5. PROPUESTA.

Solicitar a las autoridades correspondientes vigilancia más estricta en el cumplimiento del Programa Nacional de Salud ya que en éste documento se encuentra plasmado como objetivo primordial ofrecer a toda mujer embarazada el acceso a los adelantos científicos y tecnológicos. De igual manera solicitar al director del hospital apoye a que se le de difusión y la importancia que tiene el servicio.

Ya que cuenta con recursos para llevar a cabo tanto la consulta de especialidad como el área física y los instrumentos mínimos indispensables para brindar el tratamiento oportuno y eficaz a la paciente embarazada de forma individual y acorde a su diagnóstico.

Sensibilizar al personal de Enfermería y médico sobre la importancia del servicio de atención Materno-infantil.

Informar a la población respecto de las actividades y servicios que ofrece la atención materno-infantil.

Para llevar a cabo un plan de trabajo encaminado a disminuir la incidencia de complicaciones en el embarazo, debe hacerse promoción preventiva desde las primeras etapas de formación de todo médico, enfermera y personal de salud, de lo que constituye el control prenatal, conocer sus componentes y manejarlos íntegramente para que sea una atención médica de calidad, encaminada en primer lugar a prevenir complicaciones del embarazo y en segundo término detectar oportunamente estas complicaciones en especial la (preclampsia), para dar tratamiento en forma oportuna y eficaz.

Tener cuidado y vigilancia especial a la mujer joven primigesta, nulipara, multigesta, añosa, ya que representa ser el grupo de mayor riesgo durante el embarazo. En cada consulta médica dar a conocer a cada paciente las señales de alarma obstétricas, recordarles la importancia de la misma en las consultas subsiguientes, detectar oportunamente datos de complicaciones, haciendo participar de esta manera a la paciente misma en su propio cuidado.

En la mayoría de las veces la responsabilidad recae en la propia mujer embarazada, lo que requiere por parte de la atención médica institucional (IMSS, SSA, ISSSTE, etc) y del propio gobierno, considere la educación a la salud durante la gestación desde la adolescencia, en especial interés a la población rural que de alguna manera se encuentra marginada y es en esta población en donde deben intensificarse las acciones de salud utilizando todos los medios de comunicación disponibles como son reuniones grupales para proyección de videos, radio, televisión, distribución de carteles, incluyendo pláticas domiciliarias, etc, para efectuar campañas en beneficio de la mujer gestante, sin olvidar que debe continuar realizándose este tipo de investigación para mejorar el bienestar de la mujer.

Que exista excelente coordinación con las unidades a referir llevando a cabo la correcta utilización del formato (SRC).

Que los responsables de las unidades de salud refieran a los pacientes a servicios acorde con su diagnóstico.

Brindar información adecuada al paciente y/o familiar sobre la necesidad de continuar su control en la unidad que fue referida.

Capacitar al personal de enfermería para que brinde información oportuna a la mujer y reconozca los signos y síntomas en el embarazo. La detección temprana de riesgo potencial en la reproducción, así como en la existencia de problemas asociados con el mismo, es la mejor garantía para prevenir daños mayores incluso la muerte de la mujer embarazada y su futuro hijo recién nacido.

No obstante muchas mujeres embarazadas recurren al cuidado prenatal solo cuando experimentan una sintomatología, siendo entonces la terapia de intervención infructuosa, debido a la tardanza al solicitarla.

Enfermería tiene la gran responsabilidad de detectar y atender este riesgo antes de que sea inevitable, o si no en sus primeras etapas de desarrollo, realizando funciones de la enfermera moderna.

- Provedora de atención.
- Profesora y educadora.
- Directora, supervisora y administradora.
- Investigadora evaluadora.

Con los objetivos que debe la moderna atención de enfermería proporcionando atención de enfermería dentro del concepto de proceso diagnóstico y tratamiento.

Crear modelos de prestación de servicios de enfermería que logren establecer nuevos sistemas de organización de las funciones de la enfermería.

CONCLUSIÓN.

Con referencia a la problemática planteada a la falta de indicación médica, la difusión del servicio, protocolo de atención y conocimiento de servicio de embarazo de alto riesgo en el Hospital General "Dr. Rafael Pascasio Gamboa".

Lo anterior es una realidad desesperante ante la total apatía por el personal médico por el uso y beneficio del servicio.

Tomando en cuenta que en los últimos años se ha creado la idea tanto en profesionales como en el público en general, que debemos preocuparnos no sólo porque nazca el niño, sino porque además no sea una carga para la sociedad, sus padres y para sí mismo.

De manera que el estudio permitió señalar los factores que influyen para que las pacientes no sean referidas al servicio de embarazo de Alto Riesgo.

Lo anterior es congruente con nuestra hipótesis de trabajo.

Después de haber aplicado 150 encuestas aplicadas a mujeres embarazadas en el servicio de urgencias Ginecológicas.

El estudio reveló que el 60% de los casos contó con control prenatal adecuado y el 40 % no contó con este control a pesar de que un poco más de la mitad de la población encuestada llevó control prenatal aparentemente adecuado, tomando en consideración que a nuestro hospital llegan un sin número de pacientes embarazadas en (preclampsia y eclampsia) una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y que ponen, en peligro la vida de la madre y del producto, datos orientadores de una deficiente calidad en la consulta médica prenatal, ya que ésta debe ser orientada principalmente para prevenir las complicaciones del embarazo oportunamente.

La mitad de la población estudiada inició con la sintomatología de trabajo de parto de uno a tres días en el 6to. mes de embarazo días previos al ingreso a la unidad hospitalaria, lo que indica que pocos son los casos que acuden oportunamente en busca de atención médica.

La enfermera actual tiene nueva visión en cuanto a la atención de la mujer embarazada, es por ello que se debe trabajar en equipo y mediante la intervención de las autoridades correspondientes el personal médico utilice adecuadamente la hoja de referencia.

Dar a conocer el servicio entre la comunidad médica y de enfermería para que envíen oportunamente los diagnósticos tanto maternas como fetales de tal manera que éstas pacientes se les pueda suministrar la atención especializada.

La enfermera graduada de nuestros días se enfrenta a una sociedad en rápida evolución en la cual la adaptación continúa a circunstancias y actitudes cambiantes se ha convertido en necesidad. Progreso sin precedente a las ciencias médicas y sociales, el desarrollo de la tecnología, la explotación de los conocimientos, cambios de población y un público

consciente de la importancia de la salud, que formula demandas crecientes de servicios de salubridad de toda clase, todo ello ha ampliado considerablemente las tareas de las enfermeras. La enfermería abarca ahora la prevención de la enfermedad y la incapacidad, el fomento a la salud y la rehabilitación, juntamente con la atención de los enfermos, y comprende tanto la enseñanza, el consejo y el apoyo espiritual y emocional, como los aspectos materiales de la atención de enfermería.

Es conveniente que todas las unidades operativas, jurisdiccionales sanitario, hospitales generales y de especialidades cuenten con las guías de referencia y contrarreferencia y con el mismo tipo de información incluyendo los criterios técnicos de funcionamiento y procedimiento a desarrollar en el sistema de referencia y contrarreferencia de los pacientes; así como el diseño de la organización y secuencia de actividades.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) P. Richard Jack, Williams (1980), Obstetricia, México D.F., Ed. Salvat Mexicana de ediciones S.A. de C.V., ed. 2a. , pag. 274
- 2) Bailly Paffen Sperger Ellen.(1986). Consultor de Enfermería Clínica, Barcelona España, Ed. Océano, ed. 3ª. Pág. 434
- 3) Barquin M, Administración en Enfermería, México D.F., Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, pag. 6,7.
- 4) Calvo Brazos Socorro, Educación por la salud en las Escuelas, Ed. Días Santos S.A., Madrid España, pag. 380-387.
- 5) Cárdenas Bravo Luis (1994), S.I.D.A. México, D.F., Ed. Trillas, ed 1era., pag. 16,17.
- 6) Carrera Macia José M.(1990) , Protocolo de Obstetricia y Medicina Perinatal , Instituto Universitario DeuX, pag. P.12, 13,34, 45,47, 49,61,62, 75,76,99,104,105, 141,161, 348,352.
- 7) Castelazos Ayala (1985), Procedimiento en Obstetricia , México D.F., Hospital Instituto Mexicano del Seguro Social, pag. 191, 200
- 8) D.Neeson Jean (1989) Consulta de Enfermería Obstetrica Volumen 1,Barcelona España, Ed. Centrum,3era. ed.. pag.1
- 9) Durland, (1998), Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina, Madrid, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, ed. 26ª., pag. 585,731, 1577.
- 10) Estadística e Informática del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" de 2000.
- 11) F.Hacker Neville- Moore J. George, Compendio de Ginecología y Obstetricia , Ed. Interamericana Mc. Graw -Hill pag. 161,162,163,167-169,171,172,174
- 12) Fiorelli Rodriguez Sergio, Alfaro Rodriguez Hector J (1996), Complicaciones Médicas en el embarazo, México, D.F. Ed. Mc. Graw Hill Interamericana, ed. 1era. en Español, pag. 109, 110,111,113, 410
- 13) González Merlo (1992), Obstetricia, Ed. Masson, Barcelona España, ed. 4ª., pag. 400,401,409, 410,481-483,424,425,539,666,737,738,
- 14) H.W.Jones III. A.C. Wentz L.S. Burnett (1991), Tratado de Ginecología de Novak, México D.F., Ed. Interamericana. McGraw-Hill S.A.de C.V., ed 2ª, pag. 113.
- 15) Harrison, Principios de Medicina Interna VII, Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, ed. 13ª. , pag.,2120, 2136.

- 16) INPER (1998), Normas y procedimientos de Obstetricia y Ginecología, Ed. Marketing y publicidad de México pag. 24,31, 32, 33 ,37, 38, 39, 42, 43, 59,60,69, 79,80, 135-139.
- 17) L. Permol Martin- C. Benson Ralph, (1988), Diagnostico y Tratamiento Ginecoobstetricos. México , D.F.,Ed. Manual Moderno, S.A. de C.V. , ed. 5ª, pag. 287.
- 18) L.F. Whaley- D.L. Wong (1998), Tratado de Pediatría, México, D.F. Ed. Mc. Graw-Hill, ed. 2ª. , pag. 3, 4.
- 19) Libro de registro de Servicio de Embarazo de Alto Riesgo.
- 20) Lindheimer, Conninghuam Roberts, (2001),Hipertension en el embarazo, México, D.F. Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, ed. 2ª., pag. 493,507.
- 21) Mackag Beischer . Obstetricia y Neonatología. Ed. Interamericana. Mc. Graw-Hill pag 175-179,183,184
- 22) Manual de procedimientos para la referencia y contrarreferencia de pacientes, Departamento de los Servicios de Salud (1986). México., D.F., pag. 30.
- 23) Medicina Materno Fetal. Principios y prácticas, Ed. Medica Panamericana S.A. ,Buenos Aires 1987, pag. 226,227
- 24) Mendoza Aristegui Irma (1992) Gineco-Obstetricia, guías, México, D.F., Ed. El manual Moderno, S.A. de C.V., ed. 1era. , pag. 141
- 25) Morre K.L.(1985),Embriología Clínica, México, D.F, Ed. Interamericana S.A. de C.V. ed 3ª., pag. 112.
- 26) Obstetricia II Antología. D.R. División Universidad Abierta, pag.24,27.
- 27) Permol Martin L. Diagnostico y Tratamiento Gineco-obstetrico,6ª. edición , Ed. Manual Moderno S.A. de C.V., pag. 313.
- 28) Raffenspergel Baily Ellen,(1986), Consultor de Enfermería Clínica, Barcelona España, Ed. Océano, ed. 3era. , pag. 434,436.
- 29) Ralph C. Benson, (1985), Manual de Ginecología y Obstetricia, México, D.F., Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., ed. 7ª., pag. 105.
- 30) Reeder, Martin,Koniak (1995), Enfermería Materno infantil, México D.F., Ed. Editorial Interamericana, ed. 17ª., Pag. 18.
- 31) S. Taylor E., Obstetricia de Back, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, México, D.F., ed. 10ª., pag. 597,599.
- 32) Sharon J. Reeder, Rn, PLD, Fann, Enfermería Materno infantil, Ed. Mc. Graw-Hill Interamericana, México, D.F., ed. 17ª., pag. 18, 873, 875, 876, 893, 895.

- 33) Simón Miguel, (1994), Diccionario de la Mujer, México, D.F., Ed. Mexicana Ediciones, S.A. de C.V., pag.27, 28, 58.
- 34) Stanley G. Clayton, (1991), Manual de Obstetricia y Ginecología, México, D.F. Ed. Manual Moderno S.A. de C.V., ed. 1ª., pag. 20,22,25,26,68,69,80,81.
- 35) Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, dirección de Estadísticas e Informática, mortalidad 1998, Secretaría de salud pag., 99,157.
- 36) Súrós, (1987), Semiología Médica y Técnica Exploratoria, Ed. Salvat Editores, S.A. de C.V., ed. 17ª., pag. 973
- 37) T. Queeman John (1987), Atención del Embarazo de alto riesgo, México D.F., Ed. El manual moderno, S.A de C.V., ed. 2ª. pag.164
- 38) Taylor Robert B., (1991), Medicina Familiar Principios y Prácticas, Barcelona España, Ed. Dayma, S.A., ed. 3 era., pag.
- 39) Varo Jaime (1994), Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, Madrid, España Ed. Diaz Santos, S.A., ed. 1era. pag., 157,158,160,313.
- 40) Williams Obstetricia (1980) Ed. Salvat Mexicana, Ed. Ediciones , S.A. de C.V. ed. 2ª., pag. 246.

GLOSARIO

Alcohol

Cada uno de los compuestos orgánicos que contiene el grupo de hidróxido unido a un radical alifática o a alguno de sus derivados. Según el número de hidroxilos que contiene una molécula, los alcoholes se clasifican en monoalcoholes, dialcoholes o glicoles, trialcoholes y polialcoholes o poliales

Alfafetoproteína:

Proteína normal del plasma fetal. Se encuentra elevada en el líquido amniótico y en el plasma materno cuando el feto presenta defectos de cierre del tubo neural, aencefalia, espina bífida. etc.

Amniocentesis:

Procedimiento por el cual se obtiene líquido amniótico mediante punción transabdominal, con el fin de evaluar el grado de bienestar fetal.

Anemia:

Empobrecimiento de la sangre por disminución de su cantidad total como ocurre después de las hemorragias o por enfermedades, ya hereditarias, ya adquiridas que amenguan la cantidad de hemoglobina o el número de glóbulos rojos.

Apoplejía.

Trastorno neurológico repentino dependiente de alteración cerebrovascular, que algunos autores circunscriben a la hemorragia intracraneal y otros amplían para incluir lesiones cerebrovasculares oclusivas.

Atención médica prenatal:

Vigilancia periódica, sistemáticos y periódicamente, clínicas del estado grávido, con el apoyo de laboratorio y gabinete.

Bradycardia fetal

Frecuencia cardiaca del feto por debajo de 120 pulsaciones por minuto.

Contrarreferencia

Es el procedimiento administrativo mediante el cual una vez otorgada la atención, motivo de referencia se envía al paciente a la unidad operativa que lo refirió, con el fin de que se realice el control y el seguimiento necesario.

Droga

Nombre genérico de ciertas sustancias minerales, vegetales o animales, que se emplean en la medicina, en la industria, sustancia o preparados medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.

Embarazo de Riesgo Elevado:

Probabilidad grave o muy importante de sufrir daño, lesión o muerte fetal, materna o neonatal a consecuencia del evento reproductivo.

Edema:

Hinchazón blanda de una parte del cuerpo, que cede a la presión y ocasionada por la serosidad infiltrada en el tejido celular.

Embarazo pretermino:

Edad de la gestación entre los 28 y 36 semanas.

Embarazo de termino:

Edad de la gestión entre los 37 y 41 semanas.

Eugenesia:

Estudio y control de la procreación como medio para mejorar las características hereditarias de una raza.

Euglucémica:

Perteneiente o relativo a la euglucemia, caracterizado por ella o que la motiva.

Feto:

En el ser humano desde la septima u octava semana después de la fecundación hasta e nacimiento.

Hemoglobinopatía:

Trastorno hematológico causado por modificación en la estructura molecular genética de la hemoglobina, que origina un conjunto característico de anomalías clínicas y de laboratorio y a menudo, aunque no siempre, anemia patente

Hidramnios:

Alteración patológica que se caracteriza por un incremento en la cantidad de líquido amniótico (convencionalmente una cantidad mayor a 2,000 ml.)

Hemorragia:

Flujo de sangre de cualquier parte del cuerpo.

Intrinseco:

Intimo, esencial.

Intercurrente:

Se dice de la enfermedad que sobreviene durante el curso de otra.

Morbilidad:

Calidad de estar enfermo o de ser mórbido.

Mortalidad:

Cualidad de ser mortal.

Muerte perinatal:

Defunción del producto de la concepción desde que el embarazo cumple 21 semanas, hasta los 28 días de nacidos.

Neonato:

Que acaba de nacer.

Oligohidramnios:

Alteración patológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad del líquido amniótico. Convencionalmente se puede considerar una cantidad menor de 800 ml.

Recién nacido con riesgo elevado:

Aquel que tiene una alta probabilidad de presentar un impedimento físico, intelectual, social o de la personalidad que pueda dificultar el crecimiento, el desarrollo normal o su capacidad para aprender.

Referencia:

Es el procedimiento administrativo utilizado para enviar al paciente de una unidad operativa a otra de mayor complejidad con el fin de que reciba atención médica o que se le realice exámenes de laboratorio o gabinete.

Sistema de Referencia y contrarreferencia

Es el procedimiento de coordinación entre las unidades operativas de los tres niveles de Atención para facilitar el envío y la recepción de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

Parto:

Proceso mediante el cual el producto de la concepción y sus anexos son expulsados del organismo materno a través de las vías genitales. Para fines normativos se admite como parto la expulsión del feto cuando pesa más de 500 gramos y la edad del embarazo es mayor de 20 gramos.

Sufrimiento fetal:

Estado críticos del feto debido a una alteración en el intercambio metabólico entre este y la madre que produce modificaciones bioquímicas, hemodinámicas y endocrinas manifestadas por hipofias, desequilibrio ácidos-base, alteraciones en las frecuencia ciclicas fetal y con ocasiones, por presencias de moconio en el líquido amniótico.

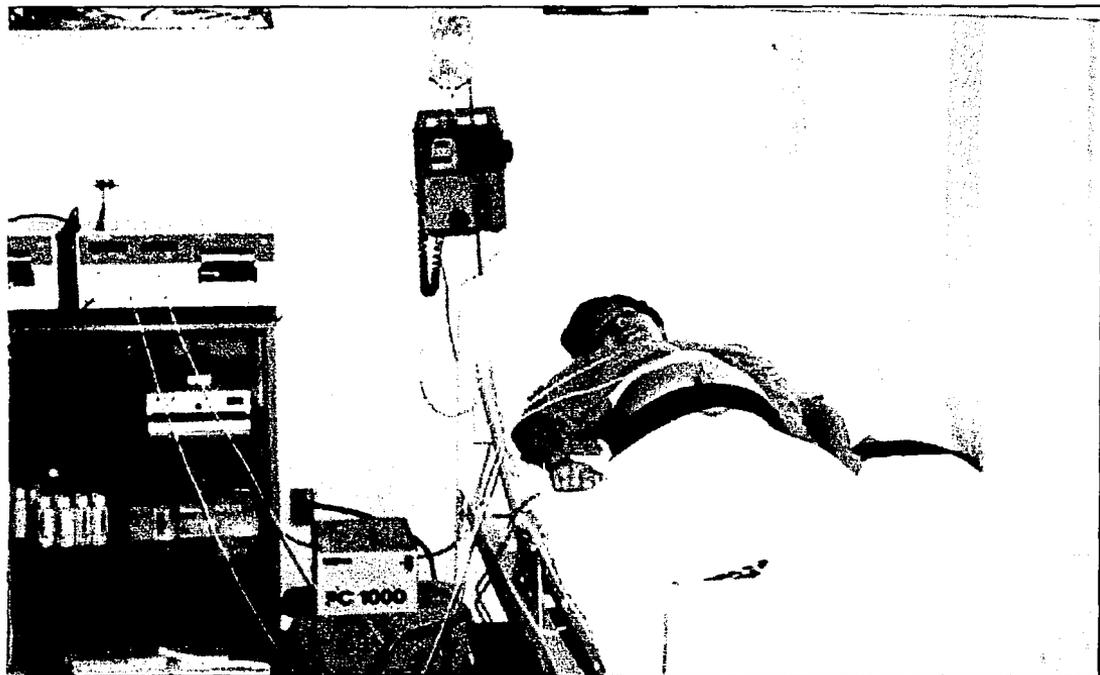
Tabaco

Planta que tiene olor fuerte y es narcótico.

Tirotoxicosis:

Trastorno mórbido resultante de infección con tirotoxicos. Se caracteriza por vértigo, cefalalgia, vómitos, escalofríos, calambres musculares, purga intestinal, postración y muerte.

ANEXOS



**MÉTODO BASAL
(PRUEBA SIN ESTRÉS)**



UNIDAD PARA EL RTCG

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"

ENCUESTA: Dirigidos a médicos Gineco-Obstetras

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen a que las pacientes no sean atendidas en el servicio de fisiología perinatal.

INSTRUCCIONES: marque con una "X" el paréntesis que considere necesario y conteste con letra clara y de molde, evite utilizar abreviaturas.

1.- ¿Conoce usted el servicio de alto riesgo?

SI ()

NO ()

2.- ¿Conoce usted los requisitos para enviar a las pacientes al servicio de E.A.R.?

SI ()

NO ()

3.- ¿Sabe usted con que diagnostico enviar a la paciente al servicio de E.A.R.?

SI ()

NO ()

4.- ¿Sabe usted de los estudios que se realizan en el servicio de Fisiología Perinatal?

SI ()

NO ()

5.- ¿Le notificaron cuales son las funciones del servicio de E.A.R.?

SI ()

NO ()

6.- ¿Considera usted que los estudios que se realizan son de importancia?

SI ()

NO ()

7.- ¿El jefe de servicio le proporciono el protocolo de E.A.R.?

SI ()

NO ()

8.- ¿Que problemas encuentra para enviar pacientes a E.A.R.?

9.- ¿Le gustaria obtener mas información del funcionamiento de E.A.R.?

SI ()

NO ()

10.- ¿ Que sugiere para eficientar el servicio de E.A.R.?

Observaciones:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"

ENCUESTA : Dirigidas a Enfermeras Generales

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen a que las pacientes no sean atendidas en el servicio de Fisiología Perinatal

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" el paréntesis que considere necesario .

DATOS GENERALES:

Categoría: _____ Servicio: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

1.- ¿ Sabe usted que la Institución cuenta con el servicio de E.A.R.?

Si () No ()

2.-¿ Conoce cuales son los días de consulta de E.A.R?

Si () No ()

3.-¿ Ha brindado información acerca de este servicio?

Si () No ()

4.- ¿ Por parte del departamento de Enseñanza ha recibido información respecto al funcionamiento del servicio?

Si () No ()

5.-¿ Ha identificado signos y síntomas en las pacientes embarazadas que deban ser manejadas por el servicio de E.A.R.?

Si () No ()

6.- ¿ Sabe usted cuales son los pasos para el envío de pacientes al servicio de E.A.R?

Si () No ()

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"

ENCUESTA : Dirigidas a Enfermeras Generales

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen a que las pacientes no sean atendidas en el servicio de Fisiología Perinatal

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" el paréntesis que considere necesario .

DATOS GENERALES:

Categoría: _____ Servicio: _____ Sexo: _____

Escolaridad: _____ Estado civil: _____

1.- ¿ Sabe usted que la Institución cuenta con el servicio de E.A.R.?

Si () No ()

2.-¿ Conoce cuales son los días de consulta de E.A.R?

Si () No ()

3.-¿ Ha brindado información acerca de este servicio?

Si () No ()

4.- ¿ Por parte del departamento de Enseñanza ha recibido información respecto al funcionamiento del servicio?

Si () No ()

5.-¿ Ha identificado signos y síntomas en las pacientes embarazadas que deban ser manejadas por el servicio de E.A.R.?

Si () No ()

6.- ¿ Sabe usted cuales son los pasos para el envío de pacientes al servicio de E.A.R?

Si () No ()

7.- ¿Conoce que tipo de padecimientos deben ser tratados en el servicio de E.A.R. ?

Si ()

No ()

8.- ¿ Sabe que tipo de estudios se realizan en la unidad de Fisiología Perinatal?

Si ()

No ()

9.- ¿ Si el especialista no envía a la paciente al servicio de E.A.R. le proporcionaría información adecuada?

Si ()

No ()

10.- ¿Te gustaría tener mas información de dicho servicio?

Si ()

No ()

Observaciones : _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA
HOSPITAL GENERAL REGIONAL
"DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA"

ENCUESTA: Dirigidas al usuario (Pacientes embarazadas)

OBJETIVO: Señalar los factores que influyen a que las pacientes no sean atendidas en el servicio de Fisiología Perinatal.

INSTRUCCIONES: Marque con una "X" el paréntesis que considere necesario y con letras claras

DATOS GENERALES:

Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Escolaridad: _____ Servicio: _____

Nivel Socioeconomico: _____

1.- ¿Lleva (o) usted control prenatal?

Si () No ()

2.- ¿ Cuantas veces asistió a control prenatal?

De 1 a 3 () De 4 a 5 () Mas ()

3.- ¿ Cuantos meses de embarazo tiene?

4.- ¿ Cuantas veces se ha embarazado?

1 () 2 () 3 () Mas ()

5.- ¿ En sus embarazos anteriores usted ha tenido recién nacidos con?

Bajo peso () Mal formaciones congénitas ()

Prematuro () Macrosomicos ()

6.- ¿ Ha presentado algún problema durante su embarazo actual?

Si ()

No ()

7.- ¿Cuáles son esos problemas?

Hipertensión ()

Infección Vaginal ()

Anemia ()

Hemorragia ()

Infección de vías urinarias ()

Edema ()

8.- ¿ Ha consumido alguna vez alcohol, drogas o tabaco?

Si ()

No ()

9.- ¿ cual ?

10.-¿Con que frecuencia?

1 vez al día ()

Constantemente ()

Ocasionalmente ()

11.- ¿ En sus embarazos anteriores presento algún problema?

Si ()

No ()

12.- ¿Cuáles fueron esos problemas?

13.- ¿ Como concluyo su embarazo anterior?

Parto Eutocico ()

Cesárea ()

Otros ()

14.-¿ Que periodo intergenésico tiene su embarazo anterior?

Menos de 1 año ()

1 año ()

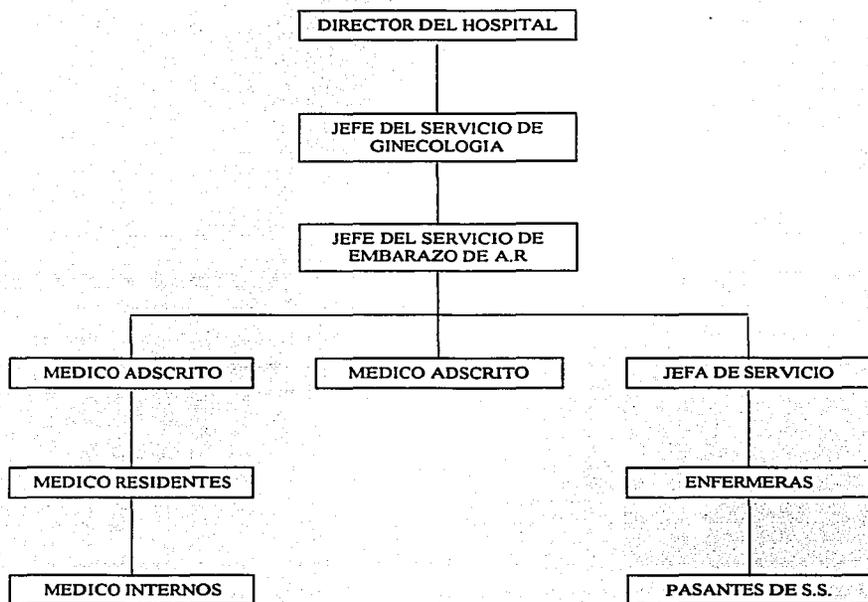
2 años ()

Mas de 2 años ()

Observación: _____

ORGANIGRAMA

ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO



ALGORITMO DE LA CLINICA DE ALTO RIESGO

