

125



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EN LA DETECCION OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGOS QUE PREDISPONEN A UNA AMENAZA DE PARTO PRETERMINO EN LAS MUJERES DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO MODULO "A".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T
ARLETTE TORALES PEREZ



Paula Guevara

DIRECTORA DE TESIS: LIC. PAULA GUEVARA PARAQUERA de
Enfermería y Obstetricia
Coordinadora de
Servicio Social



MEXICO, D.F.

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la oportunidad de estar con vida, guiando mi camino y llenándola de bendiciones para poder seguir adelante.

A la U.N.A.M. Y E.N.E.O.:

Por la formación académica que me brindaron estos años.

A la Lic. Paula Guevara Lara:

Por influir en mi formación profesional y dedicar tiempo y esfuerzo en cada asesoría de este proyecto de investigación.

A la Comunidad de San Luis Tlaxiátemalco:

Que dejaron huella en mi Vida y por su participación en la investigación.

DEDICATORIAS

A mis padres **Reynaldo** y **Rosario** que desde el inicio de mi existencia han estado conmigo en los momentos felices y difíciles de mi vida. Esforzándose cada día para brindarme la oportunidad de ser profesionalista, apoyarme a cumplir mi meta. A ustedes les debo mi vida.

Gracias.

A mis hermanos **Rosario**, **Oswaldo**, **Maricruz**, **Aurora** y mi cuñado **José Luis** que gracias a su ejemplo y dedicación he logrado ser lo que soy. Gracias por estar a mi lado ayudándome a vencer las adversidades.

A mis abuelitos, en especial a **Crecencio** Torales y **Sara** Marín que me enseñaron a ver la vida diferente. Gracias, siempre vivirán en mi corazón.

A mi sobrino **Oswaldo** que gracias a él conocí el amor de Dios.

A mis amigas **Carmen** y **Ángeles** que durante estos años me han apoyado para ser mejor.

A mi amigo **Héctor** que aunque ya no este conmigo dejo un gran mensaje en mi vida.

ÍNDICE

I. Elementos del problema.....	4
1.1 Descripción del problema.....	4
1.1 Planteamiento del problema.....	5
1.2 Objetivos.....	8
1.3 Variables de estudio.....	8
1.4 Metodología de la investigación	10
1.5.1 Descripción del universo.....	10
1.5.2 Población y Muestra.....	10
1.5.3 Criterios de Selección.....	11
1.5.4 Método, técnica e instrumento.....	12
1.5.5 Requerimientos de la investigación.....	13
II. Aplicación del enfoque de riesgo.....	15
2.1 Definición de Daño.....	15
2.2 Definición de riesgo.....	15
2.3 Definición de factor de riesgo.....	16
2.4 Factores de riesgo que interfieren en el proceso prenatal.....	17
2.5 Definición de enfoque de riesgo.....	18
2.6 Aplicación del enfoque de riesgo.....	19
III. Embarazo normal.....	20
3.1 Cambios iniciales en embarazo.....	20
3.1.1 Signos presuntivos.....	20
3.1.2 Signos probables.....	21
3.1.3 Signos de certeza.....	22
3.2 Cambios fisiológicos durante el embarazo.....	23
3.2.1 Cambios circulatorios.....	23
3.2.2 Cambios metabólicos.....	25

3.2.3 Cambios respiratorios.....	26
3.2.4 Cambios gastrointestinales.....	26
3.2.5 Cambios renales.....	27
3.2.6 Cambios Endocrinos.....	28
3.2.7 Cambios músculo- esqueléticos.....	29
3.2.8 Cambios en los órganos reproductores.....	30
3.3. Cambios psicológicos.....	31
3.3.1 Inicio de una nueva familia.....	32
3.3.2 Cambio de imagen corporal.....	32
3.3.3 Emociones que experimenta la pareja durante el embarazo.....	33
3.3.4 Preparación para la maternidad y paternidad.....	34
 IV. Amenaza de parto pretérmino.....	 35
4.1 Introducción.....	35
4.1.1 Factores de riesgo del microambiente.....	35
4.1.2 Factores de riesgo del matroambiente.....	38
4.1.3 Factores de riesgo del macroambiente.....	48
4.2 Signos y síntomas.....	51
4.3 Diagnóstico.....	51
4.4 Tratamiento.....	52
 V. Resultados.....	 54
5.1 Descripción e interpretación de los datos.....	55
 Conclusiones.....	 111

VI. Sugerencias.....	113
Intervenciones de enfermería para los factores de riesgo que predisponen a una Amenaza de Parto Pretérmino.....	113
VII. Anexos.....	134
Previgen I.....	135
Previgen II.....	137
Relación de las mujeres embarazadas.....	139
Instrumento de valoración de los factores de riesgo.....	141
Cronograma.....	142
Glosario de términos.....	144
Referencias.....	150
Bibliográficas.....	150
Electrónicas.....	153

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un proceso fisiológico donde surge una adaptación materna, presentando cambios en el organismo con la finalidad de cubrir las necesidades del feto para su crecimiento y desarrollo. Durante nueve meses esta protegido en el vientre de la madre preparándose para la vida extrauterina, en donde no dependerá de ella para cubrir las necesidades fisiológicas como lo hacia antes.

En esta etapa, con frecuencia aparecen factores de riesgo que afectan el tiempo de la gestación, los cuales se encuentran en el medio ambiente uterino (microambiente), en el ambiente materno (matroambiente) y el medio externo (macroambiente). Estos pueden aparecer en diferentes etapas del embarazo, ya sea al comienzo o al final, e inclusive en la etapa preconcepcional.

Debido a estos factores surge la necesidad de la atención prenatal oportuna, la cual se define como el conjunto de acciones y actividades que se realizan en las mujeres gestantes desde el principio del embarazo, con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional, para evitar riesgos y daños irreversibles.

La atención perinatal en el primer nivel se orienta con enfoque de riesgo, que se emplea para definir las necesidades de salud ya sea individual o grupal y permite establecer prioridades, las cuales el Licenciado en Enfermería y Obstetricia detecta y evalúa los factores de riesgo en el proceso de evolución de la gestación, siendo la parte fundamental para colaborar en la disminución de los índices de morbi - mortalidad materna y perinatal.

El número de partos prematuros menores de 36 semanas de gestación ha aumentado gradualmente y ahora corresponde a un 3% de la mortalidad

neonatal. Por esta causa es importante que se diagnostique rápidamente la Amenaza de Parto Pretérmino, y se aplique medidas para llegar a un embarazo a término en las mejores condiciones y de esta manera lograr que el feto adquiera maduración pulmonar necesaria logrando prevenir complicaciones.

Dentro de la problemática perinatal no se puede excluir la mortalidad materna; en primer lugar se encuentra la enfermedad Hipertensiva del Embarazo (preeclampsia y eclampsia) seguida por hemorragias obstétricas particularmente en el periodo postparto, sepsis, complicaciones del puerperio y el aborto complicado. Por tanto la mortalidad materna presenta un problema multifactorial de Salud Pública, relacionado con la cobertura y la calidad de los servicios de salud y con factores socioeconómicos, incluyendo la educación, condiciones culturales y sanitarias de la población.

La disminución de la mortalidad materna y perinatal requiere de múltiples estrategias con la participación de la comunidad y las unidades de salud.

Considerando las anteriores cifras y que la mujer embarazada requiere de atención y educación para lograr el autocuidado, la secretaria de Salud y el grupo interinstitucional de salud reproductiva elaboraron el modelo de atención a la mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio de acuerdo con las características y necesidades de la mujer, en donde se muestra de manera clara y sencilla los procedimientos para brindar la atención perinatal desde el nivel comunitario; también incluye estrategias para identificar y manejar oportunamente los riesgos asociados con la gestación y resolución del evento obstétrico lo que permite incrementar la calidad de salud materna en las unidades de primero y segundo nivel de atención.

Para realizar un análisis sistematizado, se ha desarrollado la siguiente temática en seis capítulos como a continuación se presentan.

En el primer capítulo se da a conocer los elementos del problema de investigación que incluyen los siguientes apartados: Descripción del problema, planteamiento del problema, justificación, delimitación temporal y espacial objetivos, variables de estudio y la metodología de investigación.

En el segundo capítulo se define el riesgo y daño, la aplicación del enfoque de riesgo, los factores de riesgo que interfieren en el proceso perinatal y la aplicación del enfoque de riesgo.

En el tercer capítulo se explica los cambios normales que sufre la mujer embarazada tanto físicos como emocionales.

En el cuarto capítulo se abordará la Amenaza de Parto Pretérmino, concepto factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento.

En los últimos capítulos de esta investigación se muestran los resultados, conclusiones, sugerencias, referencias y anexos que se ubican en los capítulos cinco, seis y siete.

I. ELEMENTOS DEL PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

La Amenaza de Parto Prematuro es uno de los principales problemas de obstetricia, debido a que se detecta tardíamente, aumentando la morbi-mortalidad perinatal. La mayor parte de las muertes perinatales se asocian con prematuridad.

Existen diferentes factores que predisponen a la Amenaza de Parto Pretérmino los cuales se encuentran clasificados como factores del microambiente, matroambiente y macroambiente.

Dentro de los factores del microambiente se encuentran: la placenta previa, embarazo gemelar, polihidramnios, desprendimiento prematuro de placenta, ruptura prematura de membranas, hemorragia ginecológica, anomalías congénitas uterinas e incompetencia cervical.

Entre los factores de riesgo del matroambiente están: la edad, talla, peso, estado civil, escolaridad y patologías maternas como preeclampsia, diabetes, anemia, toxicomanías, enfermedades de transmisión sexual, infección por virus e infección de vías urinarias.

Los factores de riesgo del macroambiente son: nivel socioeconómico, ocupación, carga de trabajo, intervalo intergenésico, exposición a tóxicos y aspectos psicológicos.

Dado que estos factores se encuentran relacionados con las características de las mujeres de San Luis Tlaxiátemalco, este trabajo nos permitirá conocer más a cerca de este problema de salud tan importante para el binomio madre - hijo y para la familia en general.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo del microambiente, matroambiente y macroambiente que predisponen a una Amenaza de Parto Pretérmino en las mujeres de San Luis Tlaxiatalmalco módulo "A"?

JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza con la finalidad de identificar, evaluar y difundir los factores de riesgo que afectan de forma común al desarrollo normal de la gestación en la mujer embarazada, generando un daño en dicho proceso que puede dar lugar a un producto prematuro, que requiere de cuidados especiales para adaptarse a la vida extrauterina y por consecuencia presenta diversas afecciones para el binomio madre e hijo.

Actualmente en nuestro país nacen en promedio 2, 500 mil nacidos vivos, de los cuales aproximadamente el 72% son niños sanos y 28% presenta un defecto al nacimiento, dentro de estos, se encuentra la prematuridad y la hipotrofia entre otros, permitiendo demostrar que los cuidados prenatales no cumplen su primer objetivo que es proteger la integridad de la madre y del producto. Considerando esta problemática aproximadamente 750,000 recién nacidos vivos tienen un defecto, de los cuales el 50% presentan un daño.

De acuerdo con la estadística proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística, Geográfica e Informática (INEGI), dentro de las principales causas de mortalidad en México en 1999, se encuentra en séptimo lugar ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal principalmente dificultad respiratoria en el recién nacido.

En la presente investigación se busca proponer y generar un instrumento para los pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, que lleven a cabo consultas prenatales en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS), adquiriendo certeza en la evaluación y enfatizando las medidas preventivas existentes para disminuir o suprimir los factores de riesgo que afectan el curso del embarazo, evitando así la Amenaza de Parto Pretérmino y por consecuencia disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad neonatal.

En la situación descrita la Atención Primaria a la Salud se convierte en una herramienta importante para combatir la Amenaza de Parto Pretérmino en esta comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, en donde el perfil académico del Licenciado en Enfermería y Obstetricia le permite realizar intervenciones anticipatorias al daño, ya que el principal objetivo que tiene el Servicio Social en el Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) es la detección de factores de riesgos que puedan afectar la salud del individuo, la familia y la comunidad, y realizar acciones tendientes a disminuirlos o suprimirlos.

1.3 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud (CCOAPS) de la ENEO-UNAM
Módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco

1.4 DELIMITACIÓN TEMPORAL

Del mes de Septiembre al mes de Mayo del 2002

1.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas de San Luis Tlaxialtemalco

1.6 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Mujeres del Módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los factores de riesgo del microambiente, matroambiente y macroambiente que predisponen a la Amenaza de Parto Pretérmino en las mujeres embarazadas del Módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco con el fin de establecer intervenciones de Enfermería.

ESPECÍFICOS

- Lograr que el 100% de las mujeres gestantes del módulo "A" participe en la investigación.
- Identificar los factores de riesgo más comunes que propician en las mujeres embarazadas una Amenaza de Parto Pretérmino.
- Proponer intervenciones de Enfermería para prevenir los factores de riesgo que intervienen en la Amenaza de Parto Pretérmino.

1.7 VARIABLES

Factores de riesgo del microambiente:

Placenta previa

Embarazo Gemelar

Desprendimiento prematuro de placenta

Ruptura prematura de membranas

Hemorragia ginecológica

Factores de riesgo del matroambiente:

Edad
Talla
Peso
Escolaridad
Tabaquismo
Alcoholismo
Toxicomanías
Infección de Vías Urinarias
Diabetes
Enfermedades de transmisión Sexual
Anemia
Preeclampsia
Paridad
Parto anterior
Estado Civil
Hijos mayores de 4000gr
Hijos malformados
Antecedente de parto pretérmino

Factores de riesgo del macroambiente:

Nivel socioeconómico
Ocupación
Carga de trabajo
Intervalo Intergenésico
Exposición a tóxicos
Toxoplasmosis
Rubéola

1.5 METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño transversal: Implica la obtención de datos durante un periodo determinado.

Tipo de Investigación.

Cuantitativa: se relaciona con la medición de datos recolectados, a través de frecuencia y porcentaje (cuadros y graficas).

Investigación descriptiva: Tiene como objetivo la identificación y descripción precisa de características de personas que se conducen en el presente, así como el registro, análisis e interpretación de resultados llegando a una conclusión dominante.

1.5.1 DEFINICION DEL UNIVERSO.

Población de mujeres gestantes de San Luis Tlaxialtemalco.

1.5.2 Población y muestra.

Población: Mujeres que están embarazadas cuyo domicilio se ubica en el módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco.

La población de San Luis Tlaxialtemalco actualmente se encuentra dividida geográficamente en cuatro módulos A, B, C y D. La muestra representativa se extrajo del módulo "A" debido a que es uno de los que tienen mayor población.

Muestra representativa: es aquella cuyas características son semejantes a la población de la cual se tomo.

Muestra: 24 mujeres embarazadas que residen en el modulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco. La muestra se define como un subgrupo de población escogida para participar en un estudio de investigación.

El muestreo por conveniencia: emplea personas y objetos disponibles con objeto de estudio, se selecciona a las personas que acceden con mayor facilidad para el estudio.

1.5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

- Criterios de inclusión.

Mujeres gestantes que residen en el módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco.

- Criterios de exclusión.

Mujeres embarazadas del módulo B, C, D y fuera de zona.

- Criterios de eliminación.

Mujeres Gestantes del modulo "A" que no desean participar en la investigación.

1.5.4 METODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO

Método.- Encuesta, diseñada para obtener información de la población con respecto a distribución e interrelación de variables dentro de las mismas.

Técnica.- Entrevista directa a través de cuestionario y la observación, este método se considera útil para recolectar datos permitiendo obtener información profunda y confiable.

Instrumento.- Sistema de Detección y Evaluación de Riesgo perinatal que permite: detectar, evaluar y clasificar oportunamente los riesgos y daños, así como una adecuada referencia a los niveles correspondientes de atención, la aplicación de este sistema de Evaluación de Riesgo es para la atención de los embarazos y partos de bajo riesgo, para la detección y evaluación de factores de riesgo con oportunidad y eficiencia.

El Sistema de Detección y Riesgo es un modelo preventivo que se aplica fácilmente y con mínimos recursos para:

- 1.- DETECTAR tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida reproductiva.
- 2.- ESPECIFICAR la atención materno infantil de acuerdo con el riesgo calificado.
- 3.- FACILITA el funcionamiento del Sistema de atención Perinatal por niveles progresivos de acuerdo al riesgo.
- 4.- UTILIZA un sistema codificado integral que permite evaluar la operatividad y eficacia del sistema de atención.

5.- **CONTRIBUYE** con el sector Salud a sus objetivos en el ciclo de la vida.

1.5.5 REQUERIMIENTOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Recursos Humanos:

- 1 Directora de Tesis (tutora de servicio social)
- 1 P.S.S. Licenciada en Enfermería y Obstetricia
- Mujeres gestantes de San Luis Tlaxiatalmalco módulo "A"

Recursos Materiales:

- 1 Computadora
- 350 Hojas blancas de tamaño carta
- 9 Diskets 3.5
- 4 Lápices
- 3 Bolígrafos
- 1 Impresora
- 2 Fotocopiadoras
- 1 Engrapadoras
- 6 Fichas de trabajo
- 2 Discos de alta densidad

Recursos de infraestructura:

Biblioteca de la ENEO-UNAM

Biblioteca INper

Biblioteca de Salud Pública

C.C.O.A.P.S.

II. EL ENFOQUE DE RIESGO APLICADO A LA SALUD

Para poder abordar el enfoque de riesgo será necesario definir algunos términos.

2.1 Definición de daño

Es la aparición, agravamiento o complicación de un proceso patológico que puede ser una enfermedad, una incapacidad o muerte. Cuando la probabilidad de daño es conocida se puede prevenir y tratar oportunamente, reducir o limitar utilizando así, el enfoque de riesgo con fines preventivos.

El daño es el resultado final no deseado que se presenta en un individuo o en un grupo de personas que estuvieron expuestos a uno o varios factores de riesgo, entre mayor sea el número de factores determinantes la probabilidad de sufrir un daño es mayor. Por el contrario, cuando los factores se detectan a tiempo suficiente y se toman medidas correctivas, la frecuencia del daño será menor.¹

2.2 Definición de riesgo

Riesgo significa la mayor probabilidad de padecer o sufrir un daño. Es importante destacar el concepto de que el riesgo no es determinista.

En relación con la atención materno-infantil, se acepta que es la probabilidad de enfermar o morir una madre o su hijo, está influenciada por múltiples factores, los cuales pueden actuar independientemente o interrelacionados.

¹ DIAZ A H. El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno Infantil. Revista Latinoamericana de Perinatología. Volumen 8 Num. 2. Montevideo Uruguay. 1998. pp 45-51

2.3 Definición de Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia que puede ser detectada en un individuo o un grupo de personas y que su presencia se asocia con una probabilidad mayor de sufrir o desarrollar una enfermedad o daño, puede ser considerados como indicadores, lo importante de los factores de riesgo es que se pueden observar e identificar antes de que ocurra el hecho.²

Por lo tanto, los factores no significan una causa, sino es simplemente una herramienta para calificar la probabilidad del daño. En general los factores de riesgo pueden ser:

- Biológicos
- Ambientales
- De comportamiento
- Relacionados con la atención a la salud
- Sociales-culturales
- Económicos

Se tiene que especificar con mayor detalle el tipo de daño para el cual se busca un factor o grupo de factores de riesgo que pueden ser específicos para un daño en particular, mientras mayor frecuencia tenga un mismo factor de riesgo aumenta las posibilidades de varios daños, hasta cierto punto diferentes. Por otra parte la importancia o el factor de riesgo para la medicina preventiva, depende del grado de asociación con el daño a la salud y también de la frecuencia del factor de riesgo en la comunidad y de la posibilidad de prevenirla.

² BOTERO U J Obstetricia y Ginecología. 6 ed. Ed Editores. Mexico D F 1999 pp 165-170

2.4 Factores de riesgo que intervienen en el proceso perinatal

Los principales factores de riesgo perinatales incluye; el medio ambiente uterino (microambiente), el ambiente materno (matroambiente) y el ambiente externo (macroambiente)

b) **Microambiente.**- Pequeño universo localizado dentro de la matriz resultante de la unión del espermatozoide y del óvulo, involucrando aquello que rodea al producto: el líquido amniótico, el cordón umbilical, la placenta, etc. Factores que por si solos no presentan daño pero si tuvieron alguna alteración, por ejemplo la disminución o aumento del líquido amniótico, compresión del cordón umbilical o calcificaciones de la placenta, si son factores de riesgo potenciales que producen un daño en el producto tales como hipoxia, sufrimiento fetal, desnutrición in útero, Amenaza de parto prétermino, adherencias, entre otros. (Chavez 1995)

c) **Matroambiente.**- Son los factores de riesgo propios de la madre que incluyen edad, peso, talla, peso, escolaridad, patologías (hipertensión, diabetes, cardiopatías, anemia, desnutrición, infección de vías urinarias y vaginales, etc) estado civil, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc.

a) **Macroambiente.**- Es el ambiente externo integrado por los factores externos que repercuten en el binomio madre e hijo, tales como la exposición a tóxicos, bióxido de carbono, plomo, pesticidas, inhalables, radiaciones, ruido, nivel socioeconómico que es un factor de riesgo para muchas patologías. En si es el gran ambiente que rodea a la madre con sus influencias físicas, radiaciones y traumatismos, químicas (medicamentos, tóxicos), biológicas (virus, bacterias, etc.) sociales, culturales y psicológicas.

2.5 Enfoque de riesgo

Es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades basado en el concepto de riesgo, se enfoca a la observación de que no todas las personas, familias y comunidades tienen la misma posibilidad o riesgo de enfermar y morir sino que, para algunas está posibilidad es mayor que para otros.³

Ayuda a determinar prioridades de salud ya que mide la necesidad de atención por parte de grupos específicos, inclinándose a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como afuera del sistema de atención a la salud, la información derivada de él orienta las prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la salud.

La descripción del enfoque de riesgo ha permitido utilizarse en las decisiones de la comunidad respecto a los problemas de salud prioritarios, en la promoción de la salud, en la detección de factores de riesgo y sus interrelaciones, se utiliza en los diferentes niveles de atención, desde el individual y familiar hasta de la política intersectorial.⁴

Utilizando el enfoque de riesgo en la salud perinatal, se entiende por lo tanto que no todas las embarazadas o sus hijos tienen la misma probabilidad de enfermar o morir durante el embarazo, parto o puerperio, lo anterior significa que es preciso definir una lista de necesidades, con el fin de brindar una máxima atención de óptima calidad a todas las que tengan una mayor probabilidad de sufrir una

³ DIAZ A.H. El Enfoque de Riesgo y la Atención Materno Infantil. Revista Latinoamericana de Perinatología. Volumen 8 Num. 2. Montevideo Uruguay. 1998. pp 45-51

⁴ OMS OPS Manual del Enfoque de Riesgo en la atención Materno Infantil. Párraf. Num. 7 Washington. E.U.

alteración durante el proceso prenatal y unos cuidados mínimos para aquellas que no tengan riesgo.

Cuando se emprenden acciones para evitar que el daño ocurra, se habla de enfoque de riesgo con fines preventivos. A medida de que avanza el conocimiento sobre los factores de riesgo y se definen acciones preventivas, los daños presentarán con menor frecuencia.

2.6 Aplicación del enfoque de riesgo.

El enfoque de riesgo requiere para su correcta aplicación el cumplimiento de los tres pasos que se detallan a continuación:

- Selección de los problemas prioritarios de salud sobre los que se volcarán preferentemente los esfuerzos.
- Selección de los subgrupos donde los problemas prioritarios de salud más se concentran.
- Selección de los factores de riesgo de padecer los problemas prioritarios de salud. Los factores de riesgo pueden ser:
 - Poblacional que incluye factores de importancia a nivel de cada comunidad.
 - Individual los cuales toman de referencia factores de baja frecuencia en la población que permiten identificar un número pequeño de individuos del total (no más del 20 %). En este nivel se ubican los factores Biológicos referidos, tales como: edad, nutrición, patologías, etc.⁵

⁵ DIAZ A H. EL Enfoque de Riesgo y la Atención Materno Infantil. Revista Latinoamericana de Perinatología. Volumen 8 Num. 2. Montevideo Uruguay. 1998 pp 45-51

III. EMBARAZO NORMAL

3.1 Cambios Iniciales en el Embarazo.

Generalmente una mujer no se da cuenta de que está embarazada hasta que han pasado dos semanas de la fecha en que debía haber menstruado y para entonces el embrión probablemente lleva ya dos semanas implantado en el útero y su corazón este latiendo.

Pasadas de ocho o nueve semanas de la última menstruación, es necesario tener un diagnóstico asegurando si hay o no embarazo, para llegar a esta conclusión, existen algunos signos que van a caracterizar al embarazo, los cuales se dividen en tres categorías: signos presuntivos, signos probables y signos de certeza, que a continuación se explicarán.

3.1.1 Signos presuntivos.

Estos inician con la interrupción de la menstruación (amenorrea) que es con frecuencia el signo más temprano que pone en alerta a la mujer de un posible embarazo, es uno de los más importantes, sin embargo puede producirse sin menstruación previa (mujeres lactando) y que en ocasiones los periodos menstruales continúan tras la concepción, con la característica de ser breves y escasos.⁶

Las náuseas y vómito son otro signo que en general se presenta en el primer trimestre, al comienzo del día y desaparece en pocas horas, pero puede persistir la mayor parte del tiempo. Se ha comprobado que no todas las mujeres lo padecen y cesa al término de este trimestre.⁷

⁶ NETTINA M S. Enfermería Práctica de Uppincott. 5 ed. Ed. Interamericana. México D.F. 1991. pp. 1041

⁷ SCOTT JR. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth. 6 ed. Ed. Interamericana. México D.F. 1997

Debido a los efectos tempranos de los cambios hormonales la micción se hace más frecuente ya que incluye mayor sensibilidad en la parte inferior de la vejiga. Conforme vaya evolucionando el embarazo, el útero va aumentando de tamaño ejerciendo presión sobre la vejiga que junto con los efectos hormonales producen una sensación similar a la que se percibe cuando la pared vesical está distendida por orina.

Se presenta el aumento de tamaño en los senos observándose una sensación de pesadez, dolor, hormigueo y aumento de la sensibilidad, se hiperpigmenta el pezón y la areola.

Surgen los movimientos fetales que son percibidos por la madre, en la parte inferior del abdomen, los cuales son leves y muchas veces se confunden con movimientos intestinales que posteriormente van a ir aumentando y percibiéndose con claridad.

También aparece el signo de Chadwick que incluye un cambio en el color vaginal adquiriendo una apariencia azul oscuro o purpúrea por el aumento de vascularidad y la influencia hormonal.¹

3.1.2 Signos probables

Estos signos indican fuertemente un embarazo, presentando cambios uterinos.

El crecimiento abdominal aparece debido a que el producto y la placenta van aumentando de tamaño, el útero se alarga y se engruesa, el segmento uterino inferior se reblandece de 6 a 8 semanas después de la iniciación del último periodo menstrual, este signo recibe el nombre de Hegar.²

¹ BEISCHER M C Obstetricia y Neonatología. 2 ed. Ed Interamericana, México D F 1999 pp 79-90

² OLDS B S Enfermería Materno-infantil. 1 ed. Ed. Interamericana, México D F 1998 pp 304

Otro cambio que sufre es el ablandamiento del cervix y suele producirse alrededor de la fecha en que falta el segundo periodo menstrual, este es el signo de Goodell y es por el aumento de la vascularidad y al edema e hiperplasia de las glándulas cervicales.

Aparecen las contracciones de Braxton Hicks, son contracciones uterinas indoloras e irregulares que empiezan desde etapas muy tempranas a la gestación y duran todo el embarazo, haciéndose más notorias conforme avanza este.

3.1.3 Signos de Certeza

Sólo hay cuatro signos positivos, los cuales son: la presencia de ruidos cardiacos fetales, movimiento fetal percibido por el examinador, visualización radiológica del feto y evidencia ultrasonográfica.³

La presencia de ruidos cardiacos fetales se pueden escuchar a partir de la décima o doceava semana de embarazo a través del ultrasonido y con estetoscopio de pinar se detecta entre los 18 y 20 semanas.

El latido cardiaco normal del feto es de 120 a 160 por minuto y puede variar de acuerdo a la actividad y condición fetal. Una vez que se encuentra este signo es imposible descartar el embarazo.

Los movimientos fetales aparecen percibidos por el examinador (después de las 20 semanas) durante la palpación se puede sentir movimientos fetales activos en intervalos, vanando la intensidad desde un débil aleteo en fecha temprana del embarazo hasta movimientos rápidos en un periodo posterior.

³ REEDER S J. *Enfermería Maternoinfantil* 4 ed. Ed Interamericana. Mexico DF 1996 pp 299

La visualización radiológica del feto constituye una prueba del embarazo, en el cual se observa el esqueleto fetal que por lo general es después de la semana 20. Por medio del ultrasonido se puede detectar en etapas tempranas el embrión y comprobar cuanto tiempo de embarazo ha transcurrido, este forma parte de los cuidados prenatales tempranos.

3.2 Cambios Fisiológicos durante el Embarazo.

Un embarazo está determinado por una serie de cambios físicos específicos en la mujer, que van a permitir el desarrollo fetal. La ganancia de peso, la disminución de niveles de energía y las alteraciones en el sistema reproductor son sólo algunos de los cambios que experimenta la mujer durante el embarazo. En el siguiente apartado se explicaran con detalle estos cambios fisiológicos por aparatos y sistemas.

3.2.1 Cambios circulatorios

Durante el embarazo se observan cambios drásticos en este sistema, los cuales son esenciales para llevar oxígeno y nutrientes al feto que está en desarrollo y cubrir así las demandas del útero gestante.

Desde etapas tempranas se produce una hipertrofia del miocardio, esto se debe a que el corazón tiene que bombear alrededor del 50% más de sangre, este cambio se atribuye al aumento de volumen sistólico que es la cantidad de sangre expulsada en cada latido, también sufre un cambio de posición, gira hacia delante y a la izquierda debido a la elevación del diafragma por el aumento del abdomen.⁴

⁴ SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth, 6 ed. Ed. Interamericana, México D.F. 1999, pp 267

La circulación de los miembros Inferiores (MIs) se vuelve complicada ya que se comprimen las venas iliacas, la vena cava inferior e incluso la aorta produciendo un descenso en el retorno venoso y en la presión arterial provocando hipotensión, se eleva la presión en las venas que drenan a los órganos pélvicos y MIs formando varices en piernas y vulva, a compensación de este fenómeno se desarrolla una circulación colateral paravertebral que permite que la sangre no tenga que pasar por la vena ocluida.

A nivel celular se observa que el volumen plasmático se eleva con la producción de glóbulos rojos para cubrir las necesidades del feto, se reduce la presión oncótica plasmática favoreciendo al edema, la transferencia del líquido del espacio intra vascular al extravascular se modifica por la hipoalbuminemia que desequilibra la presión osmótica coloidal.

Los factores de coagulación de la sangre se incrementan, presentando un estado de hipercoagulabilidad, porque aumenta el fibrinógeno y otros factores de coagulación, por lo que hay una repuesta más rápida para detener hemorragias en el sitio de la placenta después del alumbramiento.

El flujo sanguíneo aumenta según la edad gestacional y generalmente es en útero, riñones y piel. Esto permite que los riñones y la piel eliminen materiales de desecho y que la piel regule la producción de calor.

La presión arterial como ya se menciona tiene un ligero descenso, el cual se debe a tres factores: vaso dilatación en respuesta a la progesterona disminución de la respuesta vascular y adición de la unidad útero placentaria materno-fetal, el cual proporciona una mayor área de circulación, el nivel normal es de 140/90 mmHg y varía de acuerdo a la posición y condiciones de la madre.³

3.2.2 Cambios Metabólicos

La mayor parte de las funciones metabólicas se aceleran durante el embarazo para satisfacer las demandas del feto en crecimiento y su sistema de sostén. La madre debe de satisfacer sus propias necesidades de restitución tisular, las del producto y las necesidades para el trabajo y la lactancia.

Una de las alteraciones químicas básicas del embarazo es el aumento de la retención del agua. La concentración incrementada de hormonas esteroides sexuales afecta a la retención de sodio y líquido. La disminución de las proteínas séricas influyen también en el equilibrio hídrico.

Las demandas de hierro se aceleran para el aumento de los eritrocitos, hemoglobina y volumen sanguíneo lo mismo para las demandas tisulares incrementadas tanto de ella como para el feto, por lo tanto la mujer embarazada debe de protegerse contra la anemia.¹³

El feto plantea sus mejores demandas de proteínas durante la última mitad de la gestación duplica su peso durante las seis a ocho semanas. Las grasas se absorben más, lo que da como resultado un incremento notable de lípidos. Se incrementan las necesidades de carbohidratos en especial el último trimestre.

También aumenta las concentraciones plasmáticas de la insulina y ocurre destrucción rápida de la misma placenta.

¹³ BORROUGHS M. A. Enfermería Materno-infantil. 7 ed, Ed Interamericana, México D F. 1999 pp 386

3.2.3 Cambios Respiratorios

Esto se relaciona principalmente al aumento del consumo de Oxígeno en el cuerpo, a los efectos estimulantes de la progesterona y a la compresión que sufre por el crecimiento uterino.

La demanda de Oxígeno aumenta hasta un 20% porque incrementa la actividad renal y cardíaca, obligando a la madre a respirar más profundo y frecuente para poder proporcionar Oxígeno al feto y a ella, mejorando así el intercambio gaseoso que tiene lugar en los alvéolos.¹⁴

Cambia la respiración abdominal a torácica, conforme avanza el embarazo el útero en crecimiento provoca una presión ascendente en los pulmones elevando la presión del diafragma, produciendo reducción en la presión intra torácica. Los movimientos respiratorios permanecen iguales.

Una de las molestias que presenta la madre es la disnea, la cual se relaciona con una mayor sensibilidad del sistema respiratorio, y a la presión que ejerce el útero gestante sobre el diafragma.

3.2.4 Cambios Gastrointestinales

Presenta cambios desde la cavidad oral, se reblandece e inflaman vascularmente las encías por el aumento de los estrógenos, adquieren una apariencia hiperemica volviéndose sensibles y sangran con facilidad, se incrementa la producción de la saliva.¹⁵

¹⁴ AHUED R. A. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 1 ed. Ed Editores. Mexico D.F. 2000. pp 110

¹⁵ DICKASON J. E. Enfermería Materno-infantil 1 ed. Ed Mosby. Madrid España. 1996.

En el esófago se detecta el relajamiento del esfínter inferior que con el aumento de tamaño uterino impulsan la salida ascendente del contenido gástrico, incrementando la posibilidad de padecer agruras.

La motilidad gástrica se reduce debido al incremento de la progesterona y se observa un relajamiento de la musculatura lisa, provocando que tarde el tiempo de vaciado gástrico e intestinal. Aumenta la absorción de agua por lo que surge la molestia del estreñimiento.

En la vesícula también disminuye el tono por lo que el contenido se espesa, ocasionando mayor predisposición a la formación de cálculos biliares.

3.2.5 Cambios renales

En el embarazo aumenta la frecuencia de la micción, por la presión que ejerce el útero sobre la vejiga, también es debido a la disminución de los movimientos peristálticos del músculo liso que son necesarios para propulsar la orina de los riñones a la vejiga, esto expone a la mujer a una infección urinaria.

Los riñones y los uréteres se distienden en forma notable, parece ser que es la presión uterina y al ablandamiento de las paredes uretrales por influencia endocrina, esto se observa desde el primer trimestre junto con el aumento del flujo plasmático renal y la filtración glomerular para eliminar más frecuentemente los desechos.¹

Ocasionalmente se puede encontrar lactosuria, que es la presencia de lactosa procedente de las glándulas mamarias.

¹ REEDER S J *Enfermedades Materno Fetales* 4 ed. Ed Interamericana, México D F 1996 pp 307

3.2.6 Cambios endocrinos

La hipófisis aumenta levemente de tamaño, excreta oxitócina que es una hormona necesaria para estimular el músculo uterino durante el trabajo de parto provocando contracciones, también influye en los senos logrando el descenso de la leche que actúa junto con la prolactina, esta hormona es la responsable de la producción de la leche y prepara las glándulas mamarias para la lactancia.

Desde el inicio del embarazo se produce la hormona Gonadotropina coriónica humana que es secretada por el tejido trofoblástico, está estimula la producción de progesterona y estrógenos por medio del cuerpo amarillo en etapas tempranas hasta que la placenta asuma su función.

La progesterona ayuda a la implantación del endometrio e inhibe las contracciones uterinas evitando abortos, contribuye al desarrollo de las glándulas mamarias, permite que se pierda sodio e incrementa la sensibilidad del centro respiratorio, reduce el tono del músculo liso y elimina frecuentemente los desechos.¹⁷

Los estrógenos estimulan el desarrollo uterino para proporcionar un ambiente favorable al feto, provoca el aumento de tamaño del útero, mamas y genitales, produce cambios vasculares, genera mayor disponibilidad de nutrientes, estimula la producción de la hormona estimulante de los melanocitos, los cuales aumentan la pigmentación cutánea, en pezones, areola y la línea media del abdomen (línea morena).

Otra hormona que es secretada por la placenta es el Lactógeno placentario humano que afecta al metabolismo de la glucosa y de las proteínas, permitiendo

¹⁷ GANT N. F. Manual de Obstetricia, 3 ed, Ed Manual Moderno, Mexico D.F. 1996 pp 254

que haya más disponibilidad para cubrir las necesidades del feto y de la madre, también provoca un efecto diabético.

Se hipertrofia la glándula tiroidea y se hace más palpable durante esta etapa, aumenta la cantidad de hormonas tiroideas en la circulación sanguínea porque se incrementa la actividad metabólica.

La glándula paratiroides metaboliza el calcio con más rapidez debido a la demanda que requiere el feto para el crecimiento y desarrollo.

En la corteza suprarrenal la única hormona que se eleva es la Aldosterona, la cual produce la retención del sodio en los riñones favoreciendo a la acumulación de líquidos y presentando edema.

3.2.7 Cambios Músculo esqueléticos

Durante la gestación este sistema sufre modificaciones que se guían para soportar el peso del feto y la placenta aumentando de tamaño con el transcurso de los meses, para compensarlo se produce una curvatura baja en la columna vertebral a nivel de las vértebras dorsales, tensando los músculos de esta zona, obligando a la madre a adaptar la postura, resultando cambios en la forma de caminar asemejándose a la de un pato ya que el centro de gravedad se proyecta hacia delante, esto provoca dolor de espalda al término del día.¹

En las articulaciones pélvicas también actúan las hormonas primordialmente la relaxina y la progesterona placentaria, relajándolas y aflojándolas se ensancha la sínfisis púbica, con el fin de prepararse para el parto eutócico.

¹ GONZALES M J Obstetricia. 4 ed. Ed Científica y Técnica. Barcelona España. 1998 pp 190

La dilatación del útero distiende los ligamentos redondos que lo soportan, pudiendo causar un dolor agudo y rápido al hacer movimientos repentinos como al levantarse de una silla.

3.2.8 Cambios en los órganos reproductores.

Ovarios.

Los folículos de los ovarios suspenden el proceso de maduración, por lo que la maduración se detiene, el cuerpo amarillo perdura hasta la décima semana, para poder producir estrógenos y progesterona, manteniendo el embarazo hasta que la placenta lo sustituya.²

Útero.

Se expande para albergar al feto y la placenta, causando que las células musculares crezcan (hipertrofia) y formándose nuevas células (hiperplasia), esto se debe a la estimulación de los estrógenos y la progesterona.

El riego sanguíneo se incrementa al aumentar las demandas del feto, la presencia de las contracciones uterinas contribuye al transporte de la sangre.

Vagina.

Cambia para distenderse en el momento del parto, las paredes se engruesan volviéndose plegables y extensibles. El flujo aumenta, mostrando mayor contenido de glucógeno, lo que presenta un mayor riesgo de infección.

Cervix.

Se acorta y se hace más suave con la finalidad de prepararse para el borramiento y la dilatación de su abertura, siendo estos necesarios para el momento del parto.

² SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth 6 ed. Ed Interamericana, Mexico D.F. 1997

Glándulas mamarias.

Durante nueve meses se preparan a la lactancia, produciendo leche, varias hormonas interactúan en este proceso.

Desde las primeras ocho semanas, los senos aumentan de tamaño con rapidez, progresivamente a lo largo del embarazo, se vuelven más sensibles y dolorosas, las glándulas de Montgomery se hacen más prominentes para proteger el pezón se oscurece junto con la areola.³

3.3 Cambios Psicológicos

La mujer embarazada no solamente experimenta cambios fisiológicos, sino también cambios psicológicos.

Una vez confirmado el diagnóstico del embarazo inician una serie de pensamientos positivos o negativos, que van a ser influidas por el deseo de la concepción, pasando por una serie de etapas, ambos padres se preparan para asumir un nuevo papel, que va a permitir integrarse al ambiente familiar.

Con el transcurso de los meses los futuros padres se plantean preguntas a cerca del embarazo y piden ayuda a las personas cercanas que pasaron por esta experiencia, para aprender todo lo que puedan adaptándose a la realidad, encaminando hacia la maternidad y paternidad.

Los ajustes físicos y emocionales del embarazo aunados a los requeridos para convertirse en padres provoca diversos grados de estrés y ansiedad que les afectan en la vida diaria.

³ WILLIAMS J. L. *Obstetrica*. 3 ed. Ed Salvat, México D F 1997 pp 258

Algunos factores específicos que contribuye a la respuesta psicológica de la mujer hacia el embarazo incluye; los cambios de la imagen corporal, si es madre soltera, o tal vez no fue planeado.

Un elemento importante que influye en el efecto psicológico del embarazo es el grado de madurez tanto del hombre como la mujer y su disposición de formar una familia. En este capítulo se hablara de los principales cambios psicológicos que experimenta la pareja en el embarazo

3.3.1 Inicio de una nueva familia

Generalmente el primer embarazo es un periodo crítico en la pareja, ya que es un estado de anticipación en la transición del papel que van a tener como madre y padre, antes se preocupaban por las labores domésticas, del trabajo, de la familia nuclear, etc. Ahora con la llegada del nuevo ser va a cambiar sus patrones de conducta y la vida cotidiana. La pareja tiene que adaptarse a la idea de tener uno o más hijos de la incorporación de otra persona a su esfera familiar y social.⁴

3.3.2 Cambio en la imagen corporal

Toda mujer en algún momento de su vida ha planeado casarse y tener hijos, cuando esa visión se vuelve realidad nace el entusiasmo por la llegada del niño, empiezan haber cambios primero en su cuerpo modificando su imagen corporal, rápidamente dificultando su integración a la percepción que tienen las mujeres de si mismas y tienen que incorporar el feto a su imagen corporal, aceptando su estado y disfrutando los aspectos positivos, tolerando las incomodidades e inconveniencias, pero muchas veces no aceptan su estado considerándolo

⁴ BORROUGHS M A Enfermería Materno-infantil 7 ed, Ed Interamericana Mexico D F 1999 pp 130

insoponible, se siente gordas y feas, creyendo que su pareja va a perder la atracción física que tiene hacia ellas.

La mujer embarazada experimenta una disminución del control sobre su cuerpo. Las molestias físicas le causan a menudo gran ansiedad, por ejemplo, si sufre de incontinencia urinaria, sentirá que ha perdido el control sobre el esfínter urinario, lo que reforzará los sentimientos negativos. Además se vuelve más sensible al tacto, su sexualidad se modifica y la libido aumenta o disminuye.

3.3.3 Emociones que experimenta la pareja durante el embarazo

Los efectos psicosociales del embarazo sobre la mujer y su cónyuge están determinados por una serie de factores los cuales son: estado físico general de la mujer, edad, madurez, estabilidad emocional, nivel intelectual y estado laboral, que se van a reflejar durante su convivencia.⁵

Para el varón resulta difícil el proceso de la gestación ya que presentan diversas reacciones de culpa por embarazar a su mujer ocasionando que esta se sienta incomoda, también tienden a representar un orgullo para su virilidad u orgullo mutuo porque ambos lograron la concepción de su hijo, pueden también experimentar los celos e incertidumbre por el cambio en su vida sexual, se preocupa por su capacidad económica para sostener a la familia en crecimiento.

La madre presenta duda inicial acerca de si el embarazo se produjo en el momento adecuado, tiene incertidumbre por saber si ella y su compañero podrán desempeñar el papel de padres, temor y ansiedad por saber si el bebé se encuentra en buen estado, se cuestiona sobre su identidad como madre y como mujer, conceptuarse el tipo de madre que va a ser, empieza a soñar sobre una criatura perfecta y hermosa

⁵ DICKASON J. E. Enfermería Maternoinfantil 1 ed. Ed Mosby, Madrid España, 1986.

3.3.4 Preparación para la Maternidad y Paternidad

Casi en todos los papeles sociales tienen un tipo de entrenamiento, ya sea mediante aprendizaje formal, modelo de papel o por observación de otras personas. La mujer a diferencia del hombre se prepara para la maternidad desde edades muy tempranas por medio de juegos, en donde se le inculca valores y costumbres que van a ser la base de la formación de su familia. Al entrar en la etapa del embarazo, la mujer intenta aprender con la observación de otras personas, que son familiares y amistades, recordando de que manera las personas significativas actuaron al estar embarazadas.²³

A medida que progresa el embarazo, la mujer se identifica más con la ilusión de ser madre, comienza a evaluar a su compañero para ver si será adecuado como padre, criticando sus patrones de comportamiento actuales con el fin de adaptarlos más a su concepto del padre ideal.

El futuro padre también observa a su compañera que se convierte en madre, cambiando su comportamiento y haciéndose más protector. Él trabaja para incorporar el papel de la paternidad a su identidad, careciendo de modelos que lo ayuden a asumir el papel de padre.

Algunas veces se identifica tanto con su pareja que algunos hombres presentan síntomas físicos similares en las primeras etapas de embarazo, está cercanía influye en su respuesta hacia el dicho evento.

²³ REEDER S. J. Enfermería Materno-infantil 4 ed. Ed Interamericana, México D.F. 1996 pp 315

IV. AMENAZA DE PARTO PRETERMINO

4.1 Introducción.

Se define como la aparición de contracciones uterinas propias del trabajo de parto en mujeres embarazadas con membranas integra antes de la semana 37 de gestación y después de a semana 20, con pocas modificaciones del cuello uterino.²⁴

La Amenaza de Parto Pretérmino es un problema no sólo obstétrico sino también neonatal, ya que se asocia con un alto índice de problemas para el recién nacido.

A pesar de las medidas preventivas que se llevan a cabo para evitar esta patología, se sigue presentando a nivel mundial y depende de las condiciones socioeconómicas de cada país; por ejemplo en México ocurre en el 14 y 16% de los casos.²⁵

En la mayor parte se desconoce la causa que lo originó, pero se han detectado factores de riesgo que lo ocasiona, los cuales se han incluido en el microambiente, matroambiente y macroambiente.

4.1.1 Factores de Riesgo del micro ambiente.

- **Placenta previa**

Cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior y en ocasiones cubre parcial o totalmente al orificio cervical interno, antes de la culminación del

²⁴ <http://www.partopret.html>

²⁵ BEISCHER M. C. *Obstetricia y Neonatología*. 2 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1999 pp 374

embarazo o al final, puede provocar desprendimiento parcial de la placenta que se manifestará por sangrado trasvaginal de magnitud variable.²⁶

Se presenta con mayor frecuencia entre las multiparas en comparación con las nulíparas. La mayoría de los reportes refieren que es más frecuentes en la mujer mayor de 35 años; así como el antecedente de cirugía uterina previa tiene impacto directo en la frecuencia de la placenta previa y se incrementa de manera lineal con el número de las mismas.

• Embarazo gemelar

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.

En el embarazo gemelar, el parto prétermino se desencadena en una elevada proporción debido a una sobre carga uterina. Generalmente entre 34 y 36 semanas de gestación con frecuencia mayor en las primíparas (80%) que en las multiparas (55%). La causa fundamental de la interrupción del embarazo es la ruptura prematura de membranas. En embarazos triples, el porcentaje de partos pretérminos está en un 20 % por encima de las gestaciones gemelares y la media gestación.²⁷

• Alteraciones del líquido amniótico

El líquido amniótico desempeña un rol importante para el normal crecimiento y desarrollo fetal, así como para la preservación de su salud. La cantidad de líquido amniótico en la cavidad amniótica varía en función a los factores fetales y maternos: la alteración de cualquier factor que regula el equilibrio materno-fetal puede dar lugar a un crecimiento anormal en el volumen de líquido.

²⁶ AHUED R. A. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 1 ed. Ed. Editores. México D.F. 2000. pp. 94

²⁷ SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth 6 ed. Ed. Interamericana. México D.F. 1997

Polihidramnios.

El incremento en el volumen de líquido amniótico puede presentar una sobredistensión de la fibra muscular uterina provocando el desencadenamiento del trabajo de parto pretérmino. Se asocia con diabetes materna no controlada, anomalías fetales y gestación múltiples.²⁸

• **Desprendimiento prematuro de placenta.**

Se define como la separación parcial o total de la placenta adherida normalmente, suele producir contracciones uterinas frecuentes e intensas, que a menudo desencadenan el trabajo de parto a término o pretérmino. Por lo tanto las causas de tal desprendimiento deben considerarse también como origen del parto pretérmino, se presenta después de las 20 semanas de gestación, en general después del tercer trimestre.²⁹

Es con mayor frecuencia entre las multíparas en comparación con las núlparas, aumenta la incidencia en las mujeres mayores de 35 años, así como el antecedente de cirugía pélvica previa y el periodo intergenésico corto. Es una de las patologías de mayor incremento de las cesáreas.

• **Ruptura Prematura de Membranas.**

Es la ruptura del saco amniótico antes del inicio del parto verdadero también conocido como ruptura prematura de membrana. Al romperse las membranas, los microorganismos de la vagina pueden ascender hasta el saco amniótico, teniendo más riesgo de infección para la madre y el feto. En algunos casos la RPM desencadena el trabajo de parto ocasionando partos pretérminos, esta complicación obstétrica es el principal riesgo para el nacimiento pretérmino.³⁰

²⁸ <http://www.cuidadmedica.com>

²⁹ BORROUGHS M. A. Enfermería Materno-infantil. 7 ed. Ed Interamericana. Mexico D.F. 1999 pp. 386

³⁰ <http://www.partoweb.jclon.com>

- **Hemorragia Ginecológica**

Las pequeñas pérdidas sanguíneas son comunes en el embarazo, por la gran vascularización del cervix, pero también se debe a otros padecimientos, en ocasiones mortales.

Entre las causas más frecuentes de hemorragia en el tercer trimestre se encuentran: la placenta previa y el desprendimiento prematuro de la placenta. Estas dos complicaciones tienen relación con el sitio del útero donde se une la placenta y su desprendimiento prematuro. Ambas complicaciones llegan a producir hemorragias abundantes y daño al feto.³¹

- **Anomalías congénitas uterinas**

Con poca frecuencia a veces se detectan anomalías uterinas en los casos de parto pretérmino. Por ejemplo, en cuanto mayor sea el grado de reduplicación del útero, más extenso es el septum y más la separación del útero en dos cerpos distintos, más elevado resulta el riesgo de presentar Amenaza de Parto Pretérmino.

- **Incompetencia cervical**

Sin duda un pequeño porcentaje de partos pretérminos son debido a incompetencia del cuello uterino, lo cual tal fenómeno puede pasar desapercibido y dilatarse en forma apreciable, no como resultado de la actividad uterina aumentada sino más bien a la debilidad intrínseca del cuello.³²

4.1.2 Factores de riesgo del matroambiente.

- **Edad.**

La edad extrema es riesgosa para la gestación, tanto jóvenes como mujeres de edad avanzada, tienen complicaciones que peligran la vida del producto.

³¹ <http://www.msd.es/publicaciones/numerck>

³² <http://www.esclamed/obstetricia/alfonsoesgo.html>

En los adolescentes que apenas inician con cambios que acompañan a la pubertad, el embarazo resulta una etapa difícil ya que es vulnerable físicamente, siendo inmadura también emocionalmente para afrontar las realidades y responsabilidades que requiere la maternidad.

El embarazo en la adolescencia tiene repercusiones sociales, culturales, físicos y emocionales. Entre las sociales sobresalen: abandono de estudios, menor posibilidad de empleo en el futuro, carga económica para la familia, contraer matrimonio forzado con su pareja, desaprobación social y familiar. Los físicos: desnutrición, enfermedad de la preeclampsia, desproporción cefalopelvica, bajo peso al nacer el bebe o crecimiento intrauterino retardado, Amenaza de Parto Pretérmino y desnutrición. Los psicológicos: ansiedad, baja autoestima y depresión.³³

En la actualidad en México el porcentaje de nacimientos en la población adolescente se encuentra cercano al 20%, lo que indica que la mayoría de ellos comienzan las experiencias sexuales a una edad temprana sin utilizar algún método anticonceptivo que evite un embarazo no deseado. Aproximadamente el 95% de los embarazos en las adolescentes no son planeados, lo cual conlleva a diferentes problemáticas que influyen en el cuidado de la salud de la embarazada.

Por otra parte en las mujeres mayores de 35 años presentan algunos de los riesgos de los adolescentes. Entre ellos se encuentran las elevadas tasas de mortalidad materna y prenatal.

Además de las afecciones antes mencionadas, suele ser frecuente que a esta edad la mujer libere más de un óvulo durante la ovulación que bende a embarazos dobles o triples, implicando preocupación ya que la posibilidad de un

³³ BORROUGHS M. A. Enfermería Materno-infantil. 7 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1999 pp 401

nacimiento pretermino aumenta. Por lo tanto se observa que el riesgo de presentar complicaciones está en relación con la edad materna.³⁴

• **Peso.**

Durante el embarazo es necesario adquirir un peso adecuado tanto para la salud y el bienestar de la madre como del feto, teniendo un impacto directo sobre el resultado del RN incluido en su peso al nacer. Se recomienda un aumento de peso total de 10-14 Kilogramos en una mujer sana de peso normal, entre 13-18 kilogramos para una mujer que pesa menos de lo normal ya que presenta un alto riesgo de tener un Recién Nacido pequeño para la edad gestacional y entre 7-11 kilogramos con sobrepeso u obesa, siendo un factor de riesgo para la macrosomía, diabetes gestacional e hipertensión.³⁵

En el primer trimestre la ganancia media de peso es de 1-2 kilogramos, pero la mayor parte del aumento de peso se produce en el 2do y 3er trimestre. Los depósitos de grasa, la retención de líquidos, la ganancia de peso del feto durante el 3er trimestre y el mayor volumen de sangre circulante contribuyen a la ganancia de peso total de la mujer.

Un incremento superior o inferior del peso materno aproximado en la gestación, es perjudicial tanto para la madre como para el feto, ya que dificultaría el embarazo y el parto.*

En las mujeres embarazadas, el aumento de peso adecuado se logra mediante la ingestión de una dieta adecuada en calorías, proteínas, ac. Grasos esenciales, minerales y vitaminas.

³⁴ <http://www.embarazada.com>

³⁵ <http://www.msd.es/publicaciones/minerck>

* <http://www.welalmanaque.com>

- **Talla**

Las mujeres que miden menos de 1.50 cm, tienden a padecer desproporción cefalopélvica pues aunque el producto fuera de peso adecuado hay posibilidad de que las dimensiones de la pelvis sean pequeñas y tenga una pelvis estrecha o incompatible para que el producto nazca por vía vaginal, parto pretérmino y retraso del crecimiento intrauterino.

- **Estado Civil**

Si la embarazada está unida en matrimonio, acorde con las leyes de la sociedad o goza de una unión libre estable, ella no tiene problemas psicológicos, sociales y económicos, pues cuenta con la seguridad de una pareja y una relación estable, lo cual no tiene la madre soltera, la viuda o la divorciada, lo que condiciona trastornos en el embarazo, tales como productos no deseados, generando un constante estado de angustia y depresión, afectando su estado nutricional porque el estado emocional influye directamente el bienestar nutricional.³⁷

- **Patologías maternas**

Las patologías maternas durante el embarazo presenta factores de riesgo que exacerbaban los cambios metabólicos del embarazo condicionado agravamiento de la patología en la madre y repercusiones en el producto. A continuación se mencionaran las más comunes:

Preeclampsia.

Se caracteriza por elevación de la presión arterial, proteinuria y edema después de la semana 20 del embarazo en grávidas que no padecían de hipertensión antes de la gestación.

La preeclampsia es la complicación más fuerte de la hipertensión crónica durante el embarazo. La mayoría de las mujeres que lo padecen son primigestas o con

³⁷ REEDER S J Enfermería Materno-infantil 4 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1996. pp 316

otros factores de riesgo asociados como; embarazo múltiple, edades extremas de la vida, historia familiar de preeclampsia y neuropatías. La presencia de estas complicaciones en embarazos previos incrementan el riesgo de hipertensión en las gestaciones siguientes.

Para evitar las complicaciones cardíacas, pulmonares y la evolución a la eclampsia se tiene que interrumpir el embarazo debido a que el feto corre riesgo de sufrir un desprendimiento prematuro de placenta.

Diabetes

El embarazo propicia un estado diabetógeno impuesto sobre el sistema metabólico, la severidad del riesgo se relaciona con el control glucémico de la paciente antes y durante el embarazo. Las complicaciones más comunes son: infección de las vías urinarias y vaginales, aumenta la posibilidad de preeclampsia debido a los cambios vasculares preexistentes por la diabetes.³⁸

Los niños prematuros son frecuentes en los embarazos de mujeres diabéticas, lo cual puede estar relacionado con hipoxia fetal, por productos macrosómicos que sobre pasan el peso normal del RN de 4-4.50 Kg o en muchos casos por la hipertensión.

Anemia

La anemia por deficiencia de hierro es la afección hematológica más frecuente del embarazo, que afecta al 20% de las embarazadas. Diversas alteraciones fisiológicas que ocurren durante el embarazo contribuyen al riesgo de este tipo de anemia.

Las mujeres con recursos socioeconómicos bajos y mala nutrición en general son más susceptibles a esta afección. El promedio de hemoglobina inferior a

³⁸ BORROUGHS M. A. Enfermería Maternoinfantil, 7 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1999 pp. 367

11gr/100ml o hematocrito menor del 35% en general sugiere anemia y esta indicado efectuar evaluaciones más profundas para determinar el motivo de esa afección.³⁹

La anemia crónica limita la cantidad de oxígeno disponible para intercambio fetal, extendiendo mayor riesgo de parto pretérmino a causa del aumento de incidencia en la infección de vías urinarias y desprendimiento prematuro de placenta. La anemia grave se asocia con neonatos de menor tamaño a la edad gestacional.

Toxicomanías.

En general el abuso de sustancias se relacionan con niveles de tensión, ser mujer y madre aumentan los síntomas de estrés y el trabajo laboral exarceba dichos problemas. El abuso de múltiples sustancias como tabaco, alcohol y drogas produce resultados fatales durante el embarazo.

Cuando la madre lo utiliza diversos sistemas y órganos se afectan en consecuencia el desarrollo y crecimiento del feto se alteran, incluyendo su capacidad intelectual y de aprendizaje. Siendo los principales efectos las malformaciones fetales, retraso del crecimiento, prematurez y lesión cerebral. Sin embargo, el problema es complejo por que las personas adictas a narcóticos suele tener problemas por dieta insuficiente, condiciones socioeconómicas desfavorables, consumo de alcohol y tabaquismo intenso.

Tabaquismo.

El tabaco pone en nesgo al feto por dos mecanismos: interfiere en el consumo nutritivo materno adecuado y disminuye el aporte de O₂ a la placenta y por ende al feto debido a que la nicotina provoca vasoconstricción útero placentaria.

³⁹ <http://www.esclamed.com/obstetricia/altorresgo.html>

El tabaquismo durante el embarazo se asocia a fetos pequeños a la edad gestacional, partos prematuros o recién nacido de bajo peso, esto dependerá en gran medida de la duración del hábito, el grado de consumo y la susceptibilidad individual.⁴⁰

Si la mujer embarazada no fuma y su esposo o algún integrante de la familia es fumador se puede perjudicial al ser fumadora pasiva ya que el humo que procede en forma directa de la punta del cigarrillo que se quema cerca de ellas contiene altas concentraciones de productos tóxicos, que son mayores al humo que se inhala hacia los pulmones ya que este último pasa por un filtro, además se a demostrado que la nicotina provoca alteraciones en los espermatozoides siendo el resultado final malformaciones congénitas.

Alcoholismo.

El alcohol es una sustancia de bajo peso molecular lo que permite atravesar rápidamente la barrera placentaria y entra a la sangre del feto con la misma concentración que en la sangre materna, presentando complicaciones graves como trabajo prematuro, preeclampsia y bajo peso al nacer, por esta causa es aconsejable que todas las mujeres se abstengan de consumir alcohol.⁴¹

Enfermedades de Transmisión Sexual.

Cerca del 10% de las mujeres están infectadas por algún microorganismo durante el embarazo. Se transmiten principalmente a través de las relaciones sexuales o de otros contactos íntimos, como son los contactos orales-genitales, anales-genitales y genitales-genitales.

Las Enfermedades de Transmisión Sexual pueden tener efectos a largo plazo sobre la salud reproductiva de las familias o algunas pueden transmitirse al feto

⁴⁰ <http://www.contraalud.com>

⁴¹ REEDER S J. *Enfermería Materno-infantil* 4 ed. Ed Interamericana. Mexico D.F. 1996. pp 907

durante el embarazo, el cual puede desarrollar enfermedades graves y que amenazan la vida, dependiendo del tipo de infección. Las ETS más comunes son: la tricomoniasis que es una infección parasitaria y la candida albicans las cuales se relacionan con la Amenaza de Parto Pretérmino que a diferencia de la gonorrea, sífilis y herpes presentan complicaciones principalmente durante el parto y el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) que después de la semana 20 de gestación aumenta el riesgo de parto pretérmino.

- **Infección por virus**

Las enfermedades infecto contagiosas asociadas a la mujer embarazada se hallan asociadas a menudo con complicaciones que influyen no solamente sobre el estado de la embarazada, sino que también en ellas predominan frecuentemente las consecuencias que afectan al feto. Existen numerosas enfermedades virales asociados al embarazo, pero sólo se mencionan las que pueden producir efectos importantes en la concepción.

Rubéola

Las consecuencias de la rubéola durante el embarazo son variadas e impredecibles, dependiendo fundamentalmente en que semestre se encuentre observándose abortos mortinato. Esta infección es de vital importancia porque tiene efectos muy dañinos sobre el feto, en especial si ocurre al principio del embarazo. Se tiene evidencia de que la infección por rubéola a fines del 2do trimestre causan anomalías congénitas y por lo tanto Parto Pretérmino.⁴²

Las complicaciones más comunes al inicio del embarazo incluyen parto prematuro y muerte fetal intrauterina.

⁴² IMSS Ginecología y Obstetricia. 3 ed. Ed Méndez Editores. México D F 2000 pp 267-375

Citomegalovirus

La transmisión se efectúa por contacto cercano a través de la barrera placentaria o por el contacto de las secreciones nasofaríngeas, heces contaminadas, orina y contacto sexual. La mayoría de las infecciones en adultos es leve y pasa por desapercibida. Las pruebas séricas por citomegalovirus se relacionan con el nivel socioeconómico inferior, edad avanzada, multigravidez, compañeros sexuales múltiples, primer embarazo a corta edad y enfermedades de transmisión sexual.

Parasitosis

Toxoplasma gondii, un parásito intracelular que se encuentra ampliamente difundido. La infección materna suele adquirirse por: ingestión de carne cruda o mal cocida (de cerdo o ternera) que contiene quistes de toxoplasma, además el contacto cercano con animales domésticos infectados (casi siempre gatos) o del suelo.

El toxoplasma cruza la membrana placentaria e infecta el feto originando alteraciones destructivas se ha observado que el riesgo para el feto esta relacionado con el tiempo de adquisición de la infección en relación al embarazo.

Puede ocurrir la muerte fetal por la infección, en especial durante etapas tempranas del embarazo.

• **Infección Urinarias.**

Los cambios que ocurren en la mujer por el embarazo a nivel del sistema urinario, favorecen a la infección urinaria, se presenta a fines del 2do trimestre o a principio del 3er trimestre esta complicación pone en riesgo a la madre y al feto porque se relaciona con la Amenaza de parto prematuro provocando contracciones uterinas y alterando el cuello uterino debido a que tiene una

estrecha relación con la síntesis de prostaglandinas, que a su vez estimula el Trabajo de Parto.⁴³

- **Antecedente de parto pretérmino**

Cuando mayor número de partos pretérminos ha presentado una mujer, mayor es el riesgo del mismo en el embarazo actual, si desconoce las causas por lo que originó las patologías se tiene que poner en alerta en la consulta prenatal con los factores de riesgo que vayan presentando en el transcurso del embarazo.

- **Multiparidad**

Las mujeres que han tenido más de tres embarazos tienen el riesgo elevado de inercia uterina y atonía del útero. Las multiparas también pueden presentar un trabajo de parto más rápido, con riesgo de hemorragia y embolia del líquido amniótico. La placenta previa es más frecuente en las multiparas.⁴⁴

- **Hijos previos con anomalías congénitas**

Estos cambios adversos pueden producirse por la presencia genética o como resultado de factores patógenos o multifactorial durante el embarazo, por ejemplo; un feto normal puede presentar malformaciones por falta de espacio intrauterino como resultado de una gestación múltiple o de una cantidad baja de líquido amniótico.⁴⁵

Cuando existen múltiples anomalías congénitas puede ocasionar que el útero expulsa al producto antes de llegar a término.

⁴³ <http://www.abctusalud.com>

⁴⁴ <http://www.escuelamed.obstetricia.altoniego.html>

⁴⁵ DICKASON J E. *Enfermería Maternoinfantil* 1 ed. Ed Mosby. Madrid España. 1996

4.1.3 Factores de Riesgo del macroambiente.

- **Nivel Socioeconómico.**

El nivel socioeconómico es un factor determinante del comportamiento reproductivo materno y del uso de servicios de maternidad, debido a que ejerce una influencia importante en la salud y los cuidados por la misma.⁴⁶

Las personas de bajo nivel de ingresos se encuentran más predispuestas a tener un estado de salud inferior y a tener complicaciones obstétricas durante el embarazo a diferencia de un nivel de estudios más avanzados, debido a que cuentan con una inadecuada atención prenatal, asistiendo a las mínimas consultas para no pagar el servicio, el estado nutricional es deficiente por consumir alimentos que alcance para la economía, el alcohol y las drogas es más frecuente aumentando el maltrato físico, y presentando traumatismos que afecte la gravidez.

Por lo anterior las mujeres de posición socioeconómica baja son más propensas a la RPM e hijos hipotróficos.

- **Ocupación.**

Anteriormente se pensaba que la mujer se dedicaba solamente al hogar, la mayor parte de su vida la ofrecía al esposo y a sus hijos, por diversas razones esto a cambiado, ingresando un alto número de mujeres a la actividad laboral. Algunas es por que necesitan o desean contribuir económicamente al mantenimiento del hogar, otras viven solas, ya que sea por ser madres solteras o viudas que necesitan tener ingresos económicos y una parte es para ejercer su profesión.

En ocasiones contar con este trabajo se convierte en un riesgo para el embarazo ya que están sujetas a muchas exigencias tanto en el trabajo como en el hogar,

* REEDER S J Enfermería Maternoinfantil 4 ed. Ed Interamericana. México DF. 1986. pp 63

contribuyendo a que se acumule el estrés, ocasionando grandes problemas de salud. Estudios recientes demuestran que el estrés puede aumentar el riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino ya que incrementa los niveles de un grupo de hormonas capaces de restringir el flujo de la sangre hacia la placenta, impidiendo así que el feto reciba los nutrientes y el oxígeno que necesita para el desarrollo y crecimiento óptimo. Estas mismas hormonas también cumplen un papel importante en el ciclo del parto.

Además se tiene que tomar en cuenta el lugar de trabajo y el tipo, por ejemplo si trabaja en una fábrica donde la hora de entrada es a las siete de la mañana y queda retirado de su domicilio no tiene tiempo para desayunar, se la pasa todo el día parada favoreciendo al edema en los miembros inferiores por lo que aumenta el cansancio, no consume los alimentos en un horario adecuado y no ingiere líquidos en la mayor parte del tiempo. Todo lo anterior se conjunta y aumenta el riesgo a la Amenaza de Parto Pretérmino.^{4,7}

- **Carga de trabajo**

Muchas mujeres al saber que han quedado embarazadas, dudan en interrumpir las actividades habituales, instaurando a partir de este momento un ritmo de vida peculiar. Al principio la mujer embarazada puede continuar con el mismo ritmo de vida al que estaba acostumbrada, con el paso de los meses evitará la sobre carga tanto física como mental, por lo tanto será necesario prescindir de algunas actividades peligrosas para el feto, por ejemplo; viajes largos y peligrosos, caminatas exclusivas, cargar cosas pesadas, etc. Pero no están contraindicadas e incluso son convenientes los ejercicios suaves y los paseos cortos.

Es preciso que durante el día tenga tiempo exclusivo para descansar ya que fisiológicamente algunas mujeres padecen desde el primer momento del embarazo cansancio y apatía. Esto les producen a todas horas una sensación de

⁷ <http://www.nkcsino.org>

sueño difícil de dominar, así como una baja de su ritmo vital. Eso se debe al aumento de la progesterona y crece a medida de que progresa el embarazo, misma que después recupera su nivel normal de sangre.⁴⁸

Todos los cuidados tienen la finalidad de contribuir positivamente en el curso de la gestación para que sea lo más normal posible, facilitando que llegue el momento del parto en condiciones óptimas de salud para poder afrontarlo adecuadamente.

- **Intervalo intergenésico**

Los intervalos entre los nacimientos están fuertemente asociados el lapso entre la iniciación de un embarazo y el parto anterior se han podido determinar que si este es menor de dos años o mayor de seis afecta ala gestación, el crecimiento fetal y la muerte perinatal es de manera similar a la edad materna y a la paridad.

Se debe esperar por lo menos dos años antes de volverse a embarazar de a cuerdo a tres periodos de 9,12 y 6 meses los cuales nueve meses del último embarazo, doce meses de recuperación y seis meses para volverse a embarazar.⁴⁹

El intervalo intergenésico corto, generalmente se acompaña de depresión o deterioro nutricional materno que a su vez se asocia en un aumento en la probabilidad originar productos pretérmino o de bajo peso al nacer

- **Exposición a Tóxicos.**

En la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco la principal actividad que realizan es el cultivo de flores, la mayor parte de las familias cuentan con un invernadero dentro del terreno donde habitan. Para el cuidado de las plantas utilizan insecticida, plaguicidas y bactericidas ocasionando intoxicaciones de las personas que lo aplican y que están expuestas a estos tóxicos, los cuales puede causar

⁴⁸ <http://www.bienestad.com>

⁴⁹ SECRETARÍA DE SALUD Programa de Salud Reproductiva Plan estratégico del 2001

contracciones musculares involuntarias, crisis convulsivas, depresión respiratoria y anemias porque destruye los glóbulos rojos y leucemias.

Las mujeres embarazadas están expuestas a estas sustancias por inhalación porque no cuentan con las precauciones necesarias para su aplicación, poniendo en riesgo su vida y la del producto.

4.2 Signos y síntomas.

La primera manifestación que se observa es el aumento de la intensidad y la frecuencia de la actividad uterina, las contracciones de braxton – Hicks se hacen dolorosas y palpables presentando de seis o más en el lapso de una hora.

Puede presentar lumbalgia, calambres abdominales, aumento de secreción vaginal, endurecimiento del bajo vientre y retortijones intestinales con o sin diarrea. Según las características previas al desencadenamiento de la contracción uterina y su frecuencia o intensidad, puede haber cambios en el reblandecimiento, borramiento y dilatación del cuello uterino, con expulsión trasvaginal de la secreción mucosa de la sangre.⁵⁰

4.3 Diagnóstico

Se tiene que diferencia de un parto pretérmino y una amenaza de parto pretérmino, lo cual resulta complicado sino se cuenta con la Fecha Ultima de Menstruación (FUM) los principales indicadores que van a ayudar al diagnóstico son; la edad gestacional, la actividad uterina y las condiciones del cuello uterino.

Edad gestacional.

Se tiene que confirmar cuantas semanas de gestación tiene el producto, con la ayuda de la fecha ultima de menstruación. Si el dato de amenorrea no es

⁵⁰ WILLIAMS J. L. Obstetrica. 3 ed. Ed Salvat, Mexico D F 1997 pp 161

confiable se debe de calcular por ultrasonido que por medio de las condiciones óseas del feto determina la edad gestacional.

❖ Actividad uterina

La cuantificación de la actividad uterina ya sea por la palpación abdominal o por medio de la vigilancia electrónica es necesaria para detectar en que etapa del trabajo de parto se encuentra.

Se recomienda que sea la vigilancia electrónicamente ya que se calcula la frecuencia de la contracción y la duración.

❖ Condiciones del útero

Los cambios cervicales que indican el comienzo y progreso de un parto son: el borramiento, la dilatación y la expulsión de una secreción sero-sanguinolenta, además del descenso de la presentación y el estado de las membranas. Un cuello en posición central, borrado y con una dilatación mayor de 3 cm, indica que el parto está progresando.⁵¹

4.4 Tratamiento

Este se basa en disminuir la actividad uterina a una condición fisiológica de acuerdo con la edad gestacional, procurando que el embarazo fisiológico llegue a término, identificando la causa que lo origina.

El reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo o derecho, aumenta el flujo sanguíneo placentario y disminuye la actividad uterina. Infortunadamente, el nivel socioeconómico de las gestantes que tienen esta complicación, no les permite el lujo de estar mucho tiempo acostadas y en la mayoría de los casos, esta medida es teórica.

⁵¹ BOTERO D. J. Obstetricia y Ginecología. 6 ed. Ed. Editores de México. México D.F. 1999 pp 209-216.

Se hidrata a la paciente mediante solución intravenosa pues se piensa que está disminuye la liberación de la hormona antidiurética y de la oxitócina de la hipófisis anterior.

El uso de fármacos uteroinhibidores también es parte del tratamiento y se utiliza en forma habitual la terbutalina, produciendo la relajación e inhibición de las contracciones en el útero. La indometacina es otro medicamento que se utiliza con frecuencia, este es un antagonista de las prostaglandinas.⁵²

⁵² SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología, de Danforth 6 ed. Ed Interamericana, México D F. 1997

VI. RESULTADOS

6.1 Descripción e interpretación de cuadros y graficas

En este apartado se determinan los resultados de los cuadros y graficas junto con el análisis en base a los objetivos de la investigación realizada el Módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco

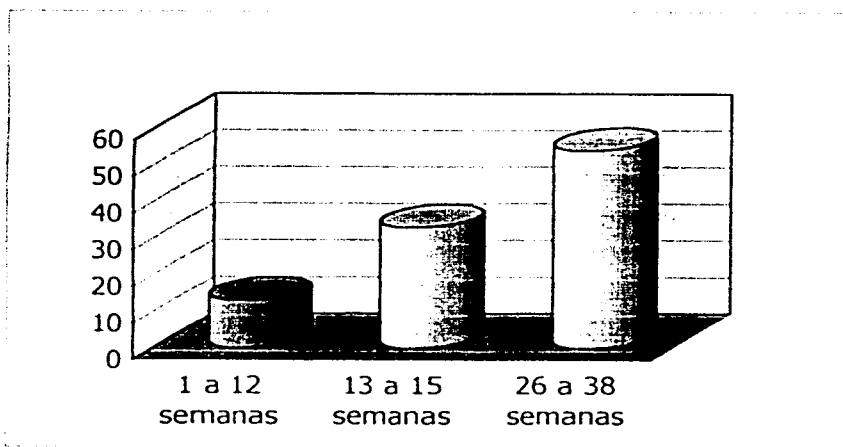
CUADRO No 1

SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM ENCONTRADAS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

	Fo	%
1 a 12 semanas	3	13
13 a 15 semanas	8	33
26 a 38 semanas	13	54
TOTAL	24	100

FUENTE: Datos recabados por Arlette Torales Pérez, en la SEDE en CCOAPS. Módulo "A" de San Luis Tlaxialtemalco

ANÁLISIS: El 13% de las mujeres embarazadas encuestadas tienen de 1 a 12 semanas de gestación, el 33% están alrededor de la semana 13 a la 15 y el 54% más de la semana 26 lo que indica que están cursando el tercer trimestre, etapa en la que se puede observar mejor la influencia de los factores de riesgo para el parto pretérmino.

GRAFICA No 1**SEMANAS DE GESTACIÓN POR FUM ENCONTRADAS EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Ídem Cuadro 1

CUADRO No 2

EDAD ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

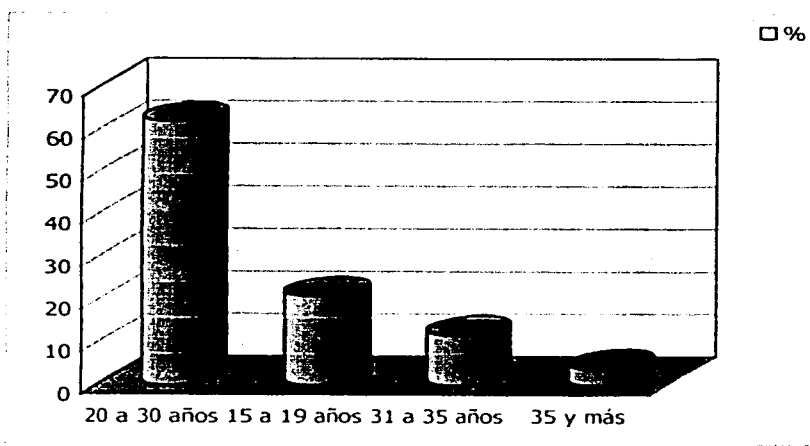
	Fo	%
20 a 30 años	15	62
15 a 19 años	5	21
31 a 35 años	3	13
35 y más	1	4
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 21% de las mujeres embarazadas están en la adolescencia entre 15 y 19 años, las cuales están en crecimiento y desarrollo siendo presa fácil de presentar anemia originada por una alimentación deficiente, y el 4% entre 36 y más teniendo mayor probabilidad de presentar enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión las cuales pueden repercutir de manera negativa en el embarazo representan un riesgo a una Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a la edad extrema.⁵³

⁵³ <http://www.embarazada.com>

GRAFICA No 2

EDAD ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 3

**ESTADO CIVIL EN QUE SE ENCUENTRAN EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

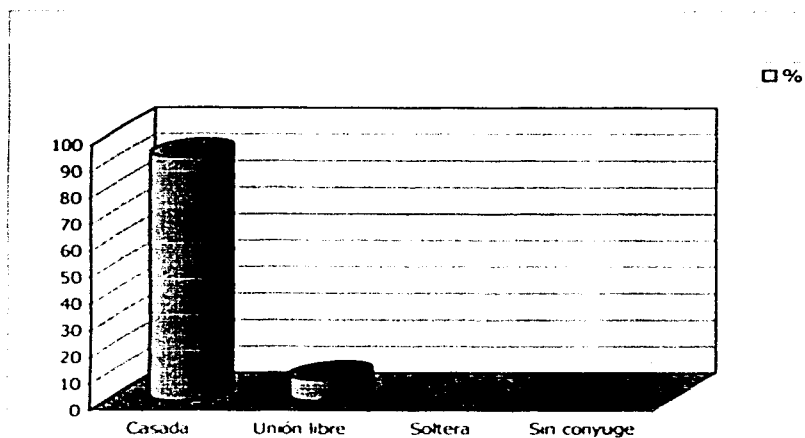
	Fo	%
Casada	22	92
Unión libre	2	8
Soltera	0	0
Sin cónyuge	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 8% de las mujeres embarazadas viven en unión libre aumentando el riesgo de una Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a una inestabilidad socioeconómica social y emocional, condicionando trastornos en el embarazo tales como productos no deseados, alteración en el crecimiento y desarrollo de feto, entre otras.⁵³

⁵³ REEDER S.J. Enfermería materno-infantil. 4 ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1996

GRAFICA No 3

**ESTADO CIVIL EN QUE SE ENCUENTRAN EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

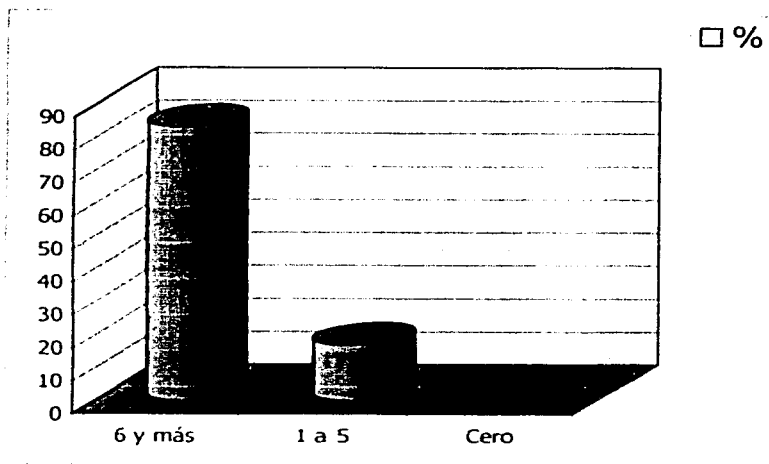
CUADRO No 4**ESCOLARIDAD EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
6 y más	20	83
1 a 5	4	17
Cero	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 17% de las mujeres embarazadas se encuentran entre el primero al quinto año de primaria por lo que es un factor que refleja los cuidados deficientes que tendrá la madre hacia el embarazo predisponiendo a una Amenaza de Parto Pretérmino ya que a mayor grado de preparación formal mayor será el cuidado de la salud de la mujer.

GRAFICA No 4

ESCOLARIDAD EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

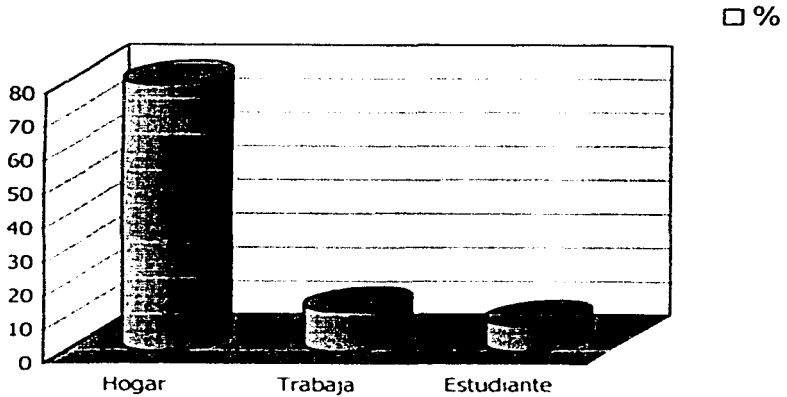
FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 5**OCUPACIÓN ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS
DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
Hogar	19	79
Trabaja	3	13
Estudiante	2	8
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: Las mujeres embarazadas presentan riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a que el 79% realiza actividades dentro del hogar que requieren tal vez mayor fuerza física y el 20% trabaja y son estudiantes, relacionado al aumento de actividades durante el día.

GRAFICA No 5**OCUPACIÓN ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS
DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 6

**NIVEL SOCIOECONOMICO ENCONTRADO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
Medio y alto	15	63
Bajo	7	29
Muy bajo	2	8
TOTAL	24	100

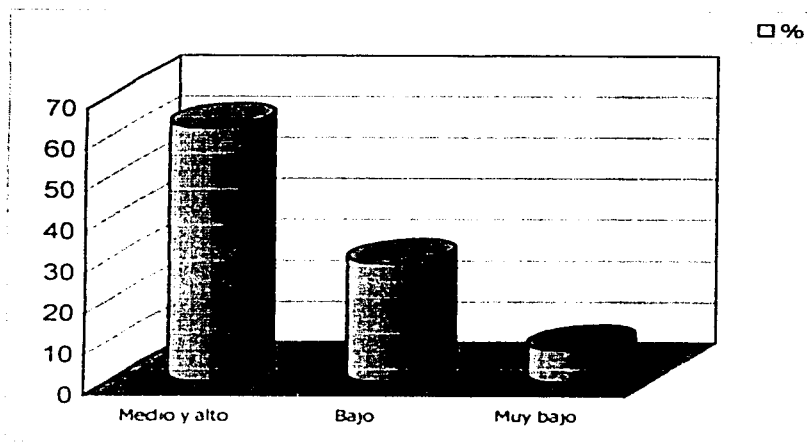
FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: Más de la tercera parte de las mujeres embarazadas presentan factor de riesgo a la Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a que el 29% del nivel socioeconómico es bajo y el 8% es muy bajo, debido a que en estos niveles socioeconómicos se encuentran predispuestas a tener una salud inferior y presentar complicaciones obstétricas, entre la más frecuente esta la ruptura prematura de membranas.⁵⁴

⁵⁴ BEISCHER M C. Obstetricia y Neonatología, 2 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1999

GRAFICA No 6

**NIVEL SOCIOECONOMICO ENCONTRADO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**



FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 7

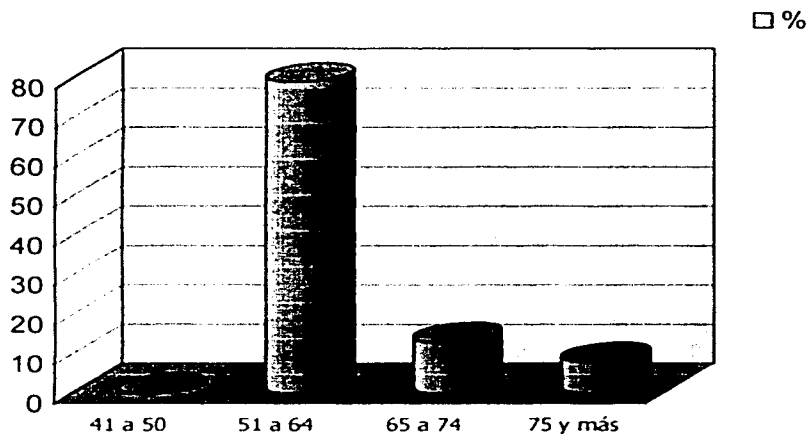
PESO AL INICIO DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES GESTANTES DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

	Fo	%
41 a 50 kg	0	0
51 a 64 Kg	19	79
65 a 75 Kg	3	13
76 y más	2	8
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 13% de las mujeres embarazadas pesan entre 65 a 75 Kg y el 8% entre 76 y más por lo que presentan un riesgo de una Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a la obesidad en base a la relación de peso y talla materna ya que predispone a la macrosomía fetal, diabetes gestacional e hipertensión.⁵⁵

⁵⁵ <http://www.wescuelanod.puc.obstetricia.alto.riesgo>

GRAFICA No 7**PESO AL INICIO DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES
GESTANTES DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE Idem Cuadro 1

CUADRO No 8

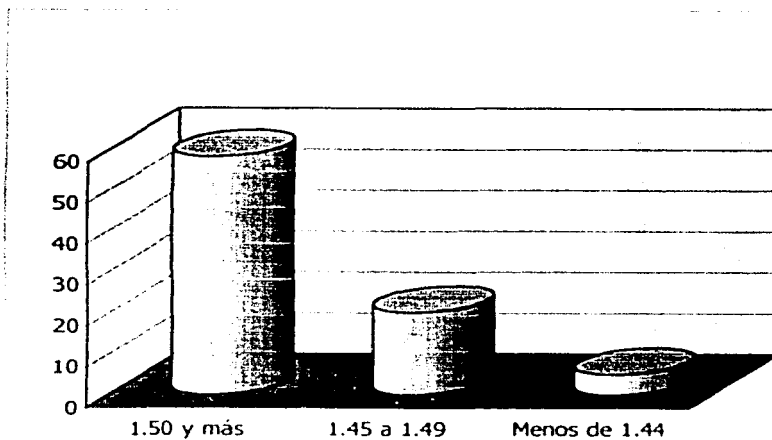
TALLA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

	Fo	%
1.50 y más cm	14	58
1.45 a 1.49 cm	5	21
Menos de 1.44 cm	5	21
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 20% de las mujeres embarazadas miden alrededor de menos de 1.45 a 1.49 cm, manifestando un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a una desproporción cefalocaudal, parto pretérmino y retraso del crecimiento intrauterino.⁵⁶

⁵⁶ OPS/OMS "Talla Materna y Nutrición materna". Barcelona, España 1999

GRAFICA No 8**TALLA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE
SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 9

PARIDAD ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

	Fo	%
1 a 3	15	62
4 a 6	9	38
Más de 6	0	0
TOTAL	24	100

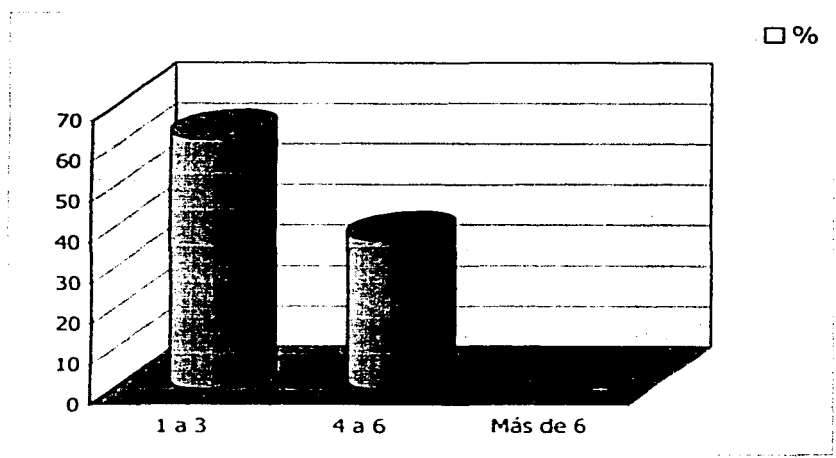
FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 38% de las mujeres embarazadas han tenido una paridad de 4 a 6 presentando un riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino ya que las mujeres que han tenido más de tres embarazos tienen probabilidad de presentar hemorragias además de desencadenar un parto con más rapidez.⁵⁷

⁵⁷ IMSS Ginecología y Obstetricia, 3 ed, Ed Mander Editores, México D.F. 2000

GRAFICA No 9

PARIDAD ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



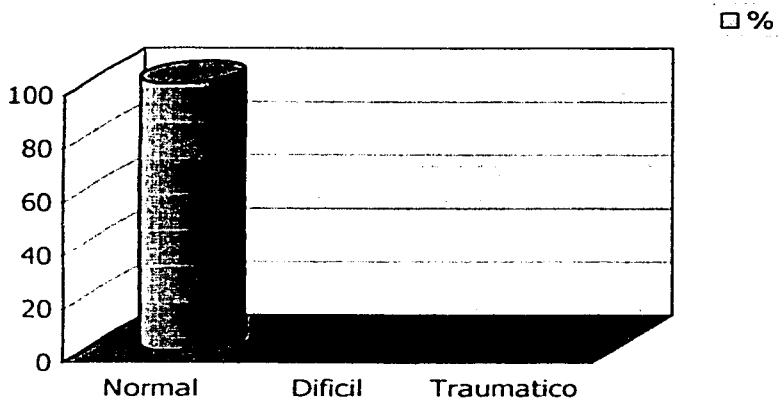
FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 10**PARTO ANTERIOR EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
Normal	24	100
Difícil	0	0
Traumático	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas tienen el antecedente de tener un parto normal lo que no será un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino.

GRAFICA No 10**PARTO ANTERIOR EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL
MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro I

CUADRO No 11

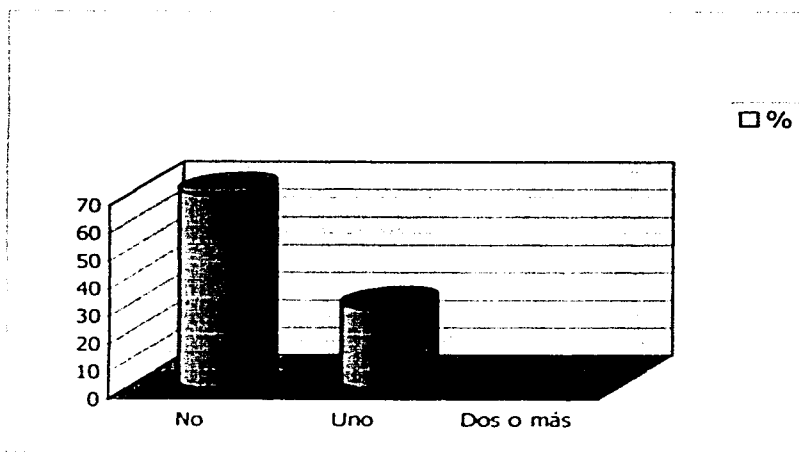
**ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	17	71
Uno	7	29
Dos o más	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 29% de las mujeres embarazadas tienen riesgo de presentar Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a que tienen el antecedente de este problema, ya que a mayor número de partos pretérminos mayor es el riesgo del mismo.⁵⁸

⁵⁸ NUÑEZ A N. Ginecología y Obstetricia. 3 ed, Ed Mosby . Málaga España 1997

GRAFICA No 11**ANTECEDENTE DE PARTO PREMATURO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 12

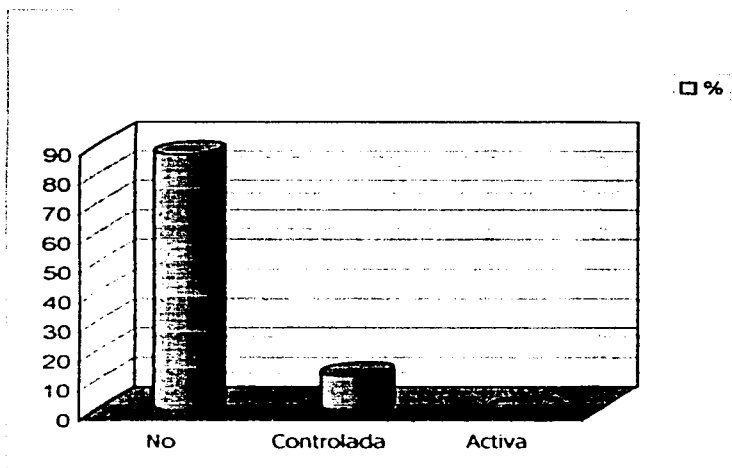
**PREECLAMPSIA ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	21	88
Controlada	3	12
Activa	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 12% de las mujeres embarazadas tienen preeclampsia controlada, siendo un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino pues aunque esté aparentemente estable en cualquier momento puede aumentar la presión arterial complicarse y presentar eclampsia obligando a interrumpir el embarazo a causa de un posible desprendimiento prematuro de placenta.⁵⁹

⁵⁹ GANT C.R. Manual de Obstetricia. 3 ed. Ed Manual Moderno. México D.F. 1996

GRAFICA No 12**PREECLAMPSIA ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 13

**ANTECEDENTES DE HIJOS MACROSOMICOS EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	21	88
Si	3	12
TOTAL	24	100

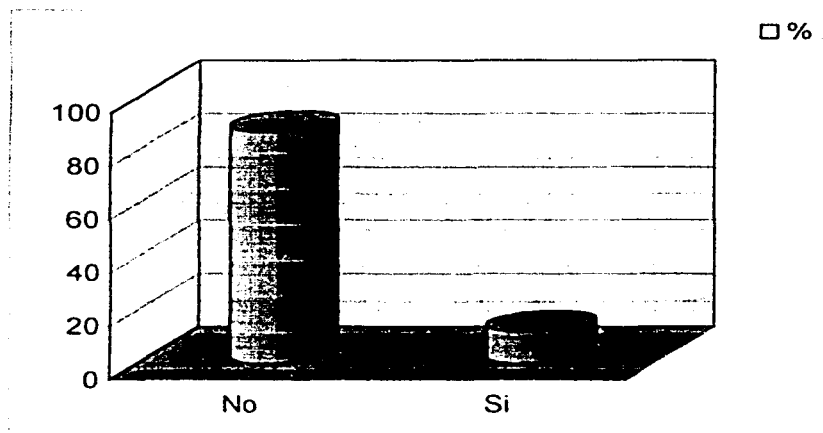
FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 12% de las mujeres embarazadas han tenido algún hijo macrosómico que generalmente se presentan en mujeres con diabetes gestacional, estos recién nacidos nacen pesando más de 4000 gr sobrepasando las carga uterina por lo que pueden desencadenar un trabajo de parto prematuro.⁶⁰

⁶⁰ EASTMAN N. Obstetrica de Williams, 4 ed. Ed Masson S A México D F 1996 pp. 1181-1191

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICA No 13

**ANTECEDENTES DE HIJOS MACROSOMICOS EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

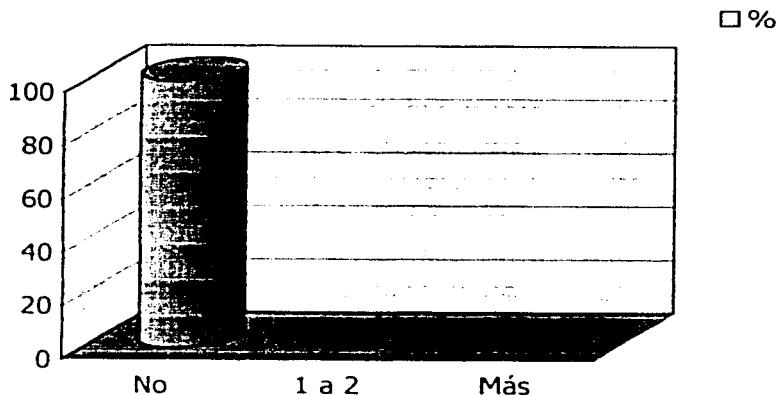
FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 14**ANTECEDENTES DE HIJOS MALFORMADOS ENCONTRADOS EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	24	100
1 a 2	0	0
Más	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

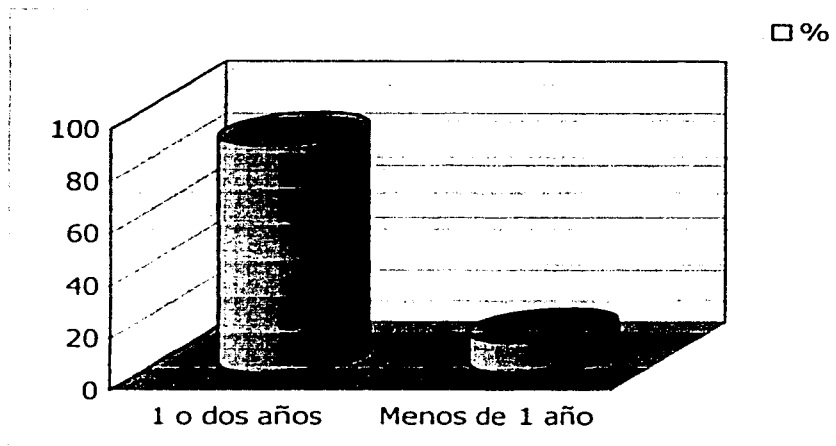
ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas no han presentado antecedentes de hijos malformados por lo tanto no existe este factor de riesgo para el parto pretérmino

GRAFICA No 14**ANTECEDENTES DE HIJOS MALFORMADOS ENCONTRADA EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Ibidem Cuadro 1

Falta Página

83

GRAFICA No 15**INTERVALO INTERGENESICO ENCONTRADO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

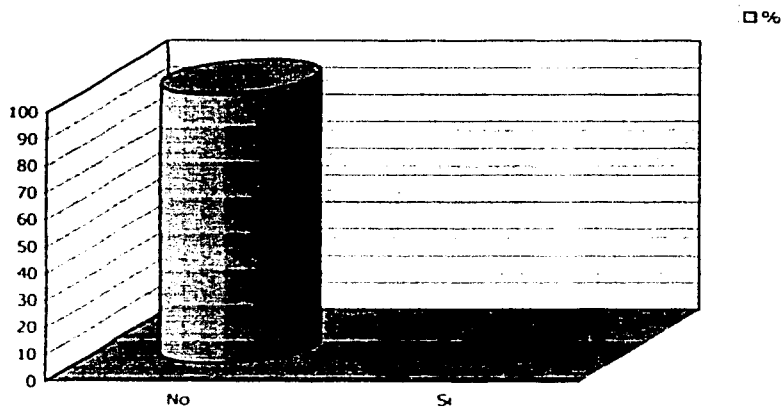
FUENTE: Ídem Cuadro 1

CUADRO No 16**ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENCONTRADA EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	24	100
Si	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas no padecen una enfermedad de transmisión sexual por lo tanto no existe este factor de riesgo para el parto pretérmino.

GRAFICA No 16**ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ENCONTRADA EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

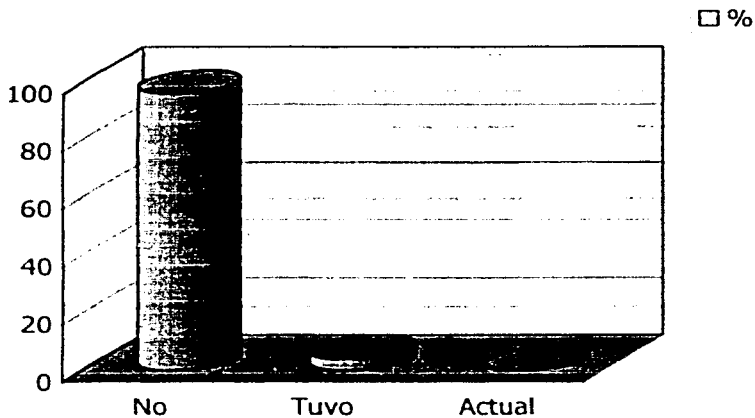
FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 17**ENFERMEDADES INFECCIOSAS ENCONTRADAS EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	24	100
Tuvo	0	0
Actual	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas no presentaron ninguna enfermedad infecciosa por lo tanto no es un factor de riesgo para el parto pretérmino.

GRÁFICA No 17**ENFERMEDADES INFECCIOSAS ENCONTRADAS EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 18

**EXPOSICIÓN A TÓXICOS ENCONTRADO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

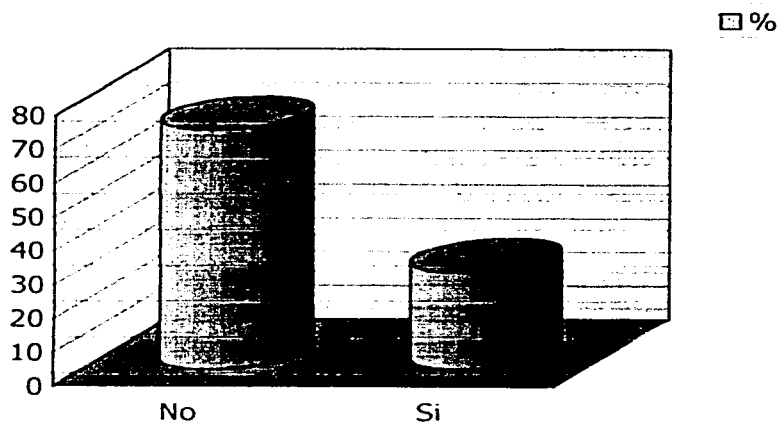
	Fo	%
No	17	71
SI	7	29
TOTAL	24	100

FUENTE: Ídem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 29% de las mujeres embarazadas están expuestas a tóxicos como plaguicidas, insecticidas, funguicidas o bactericidas. Estas sustancias destruyen los glóbulos rojos ocasionando anemias, crisis convulsivas y depresión respiratoria en la mujer embarazada siendo un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino.⁶¹

⁶¹ Manual de Plaguicidas. CCOAPS-ENE0

GRAFICA No 18

**EXPOSICIÓN A TÓXICOS ENCONTRADO EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 19

ACTITUD DE LAS MUJERES GESTANTES HACIA SU EMBARAZO DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

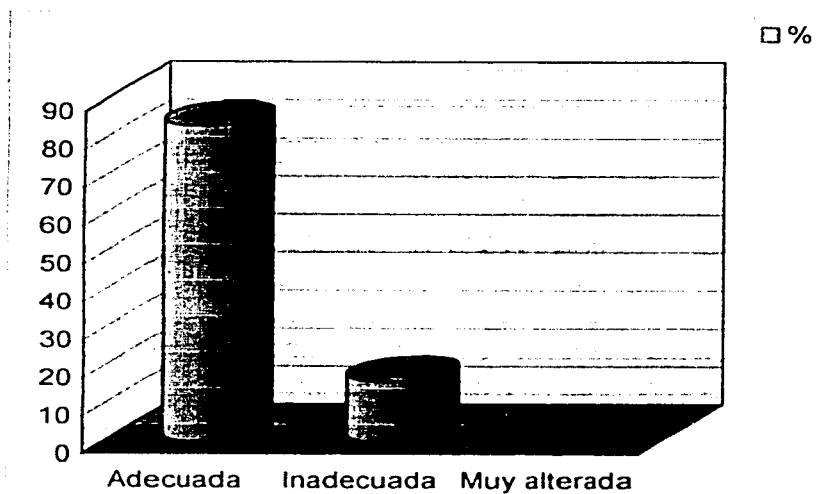
	Fo	%
Adecuada	20	83
Inadecuada	4	16
Muy alterada	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 16% de las mujeres jóvenes principalmente cursan con un embarazo no deseado. Estas mujeres presentan un riesgo de Amenaza de parto pretérmino relacionado a la falta de interés por cuidar su salud a causa de la actitud inadecuada que presentan en esta etapa.⁶²

⁶² DICKASON J E. Enfermería Materno-infantil. 1 ed. Ed Mosby. Madrid España, 1996

GRAFICA No 19

**ACTITUD DE LAS MUJERES GESTANTES HACIA SU EMBARAZO
DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 20

**CARGA DE TRABAJO ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

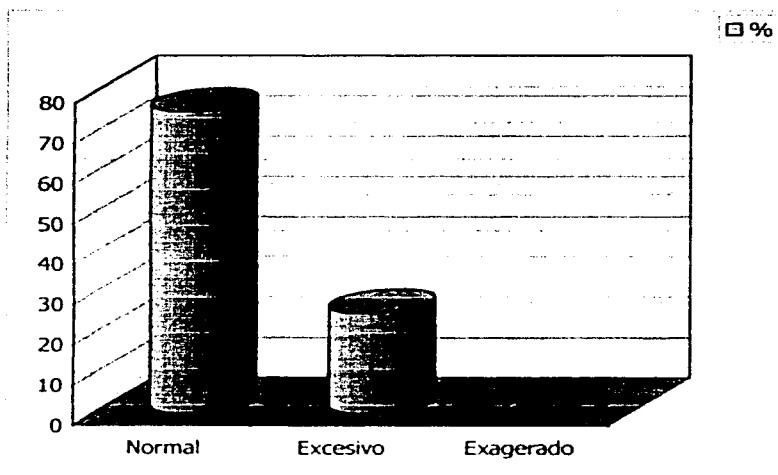
	Fo	%
Normal	18	75
Excesivo	6	25
Exagerado	0	0
TOTAL	24	100

Fuente: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 25% de las mujeres embarazadas tienen una carga de trabajo excesivo y presenta un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino, la cual se refiere a cargar objetos pesados como cubetas de agua, recorrer grandes distancias, subir y bajar escaleras varias veces al día, etc., exponiéndola a perder el equilibrio y sufrir caídas que pueden ser de gravedad.

GRAFICA No 20

**CARGA DE TRABAJO ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**



FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 21

NIVELES DE HEMOGLOBINA ENCONTRADO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

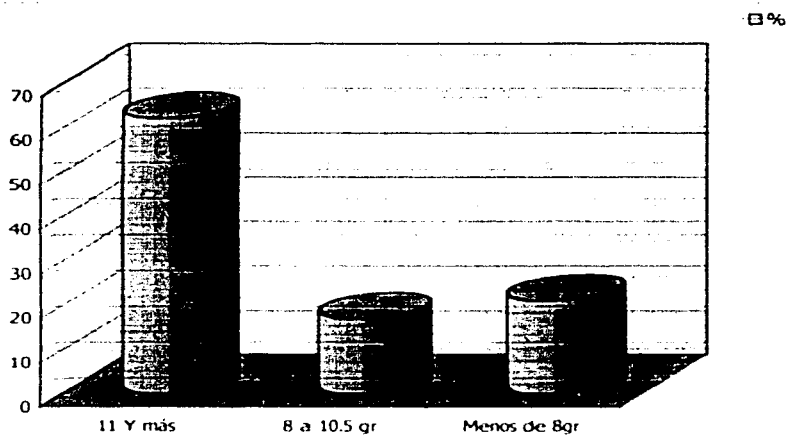
	Fo	%
11 Y más	15	62
8 a 10.5 gr	4	17
Menos de 8gr	5	21
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 38% de las embarazadas tienen menos de 10.5gr presentando un factor de riesgo relacionado a la anemia crónica que limita la cantidad de oxígeno disponible para el intercambio fetal aumentando la incidencia de Infección de Vías Urinarias y el desprendimiento prematuro de placenta y por lo tanto parto pretérmino.⁶³

⁶³ <http://www.escuclamed.puc> Obstetricia. Alto riesgo

GRAFICA No 21

NIVELES DE HEMOGLOBINA ENCONTRADOS EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 22

TABAQUISMO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO

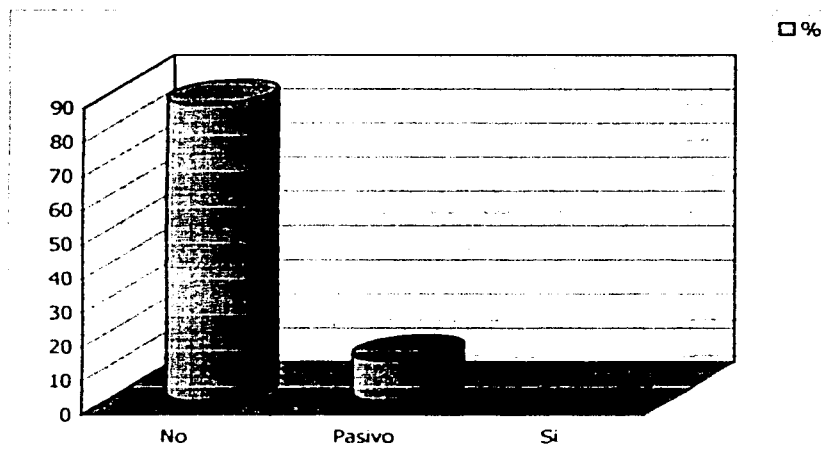
	Fo	%
No	21	88
Pasivo	3	12
Si	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 12% de las mujeres embarazadas presentan un factor de riesgo para la Amenaza de Parto Pretérmino ya que están expuestas al tabaquismo pasivo relacionado a que la nicotina provoca vasoconstricción uteroplacentaria y por lo tanto hipoxia fetal.⁶⁴

⁶⁴ <http://www.omega.tlce.edu.mx>

GRAFICA No 22

**TABAQUISMO EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO
"A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 23

**ALCOHOLISMO ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

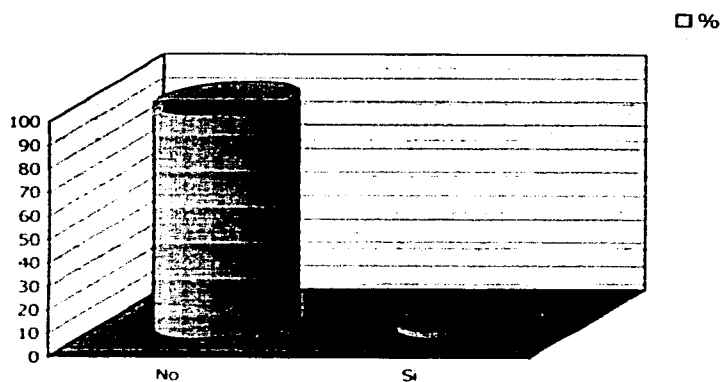
	Fo	%
No	23	96
Si	1	4
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: Sólo el 4% de las mujeres embarazadas presentan alcoholismo por lo que es un factor de riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino debido a que el alcohol atraviesa rápidamente la barrera placentaria llegando al feto con la misma concentración que la sangre materna.⁶⁵

⁶⁵ <http://www.omega.uice.edu.mx>

GRAFICA No 23

**ALCOHOLISMO ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 24

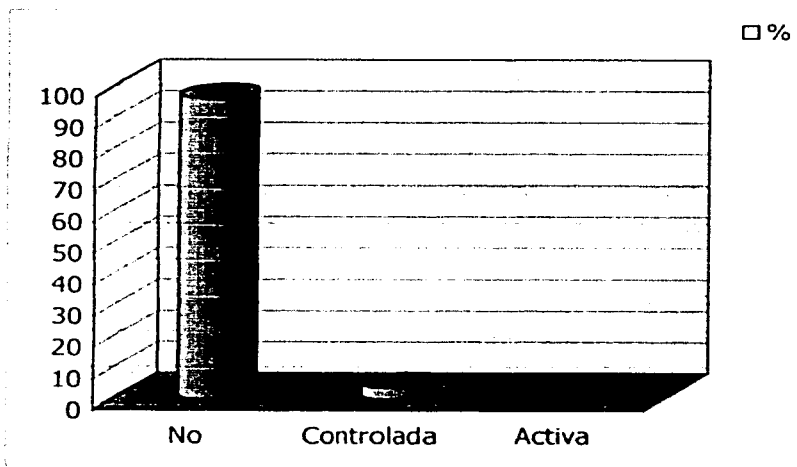
**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ENCONTRADA EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	23	96
Controlada	1	4
Activa	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: Sólo el 4% de las mujeres embarazadas presentan un riesgo de Amenaza de Parto Pretérmino relacionado a la Infección de Vías Urinarias debido a que las prostaglandinas activan el mecanismo de Trabajo de Parto.

GRAFICA No 24

**AMENAZA DE PARTO PRETERMINO ENCONTRADA EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 25

**HEMORRAGIA GINECOLOGICA ENCONTRADA EN LAS
MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	23	96
Controlada	1	4
Activa	0	0
TOTAL	24	100

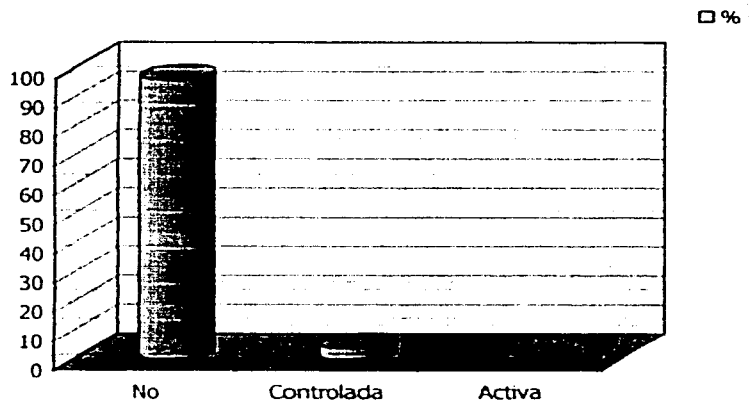
FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: Sólo una mujer embarazada que corresponde al 4% padeció hemorragia ginecológica, que generalmente es a causa de placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas y trastornos del tracto genital inferior.⁶⁶

⁶⁶ SCOTT J.R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth, 6 ed. Ed Interamericana, México D.F. 1997

GRAFICA No 25

HEMORRAGIA GINECOLOGICA ENCONTRADA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS TLAXIALTEMALCO



FUENTE: Idem Cuadro 1

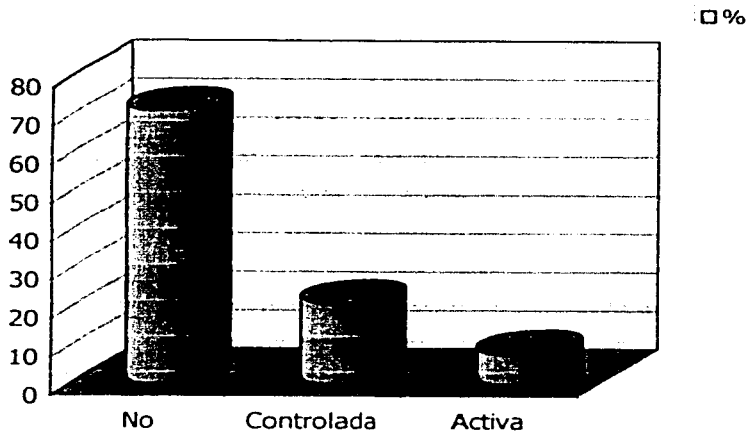
CUADRO No 26

**INFECCIÓN DE VIÁS URINARIAS EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	17	71
Controlada	5	21
Activa	2	8
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: el 29% presentan infección de vías urinarias controlada o activa, esta complicación pone en riesgo a la madre y el feto porque se relaciona con una Amenaza de parto Pretérmino y la Ruptura Prematura de Membranas.⁶⁷

GRAFICA No 26**INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 27**DIABETES GESTACIONAL ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

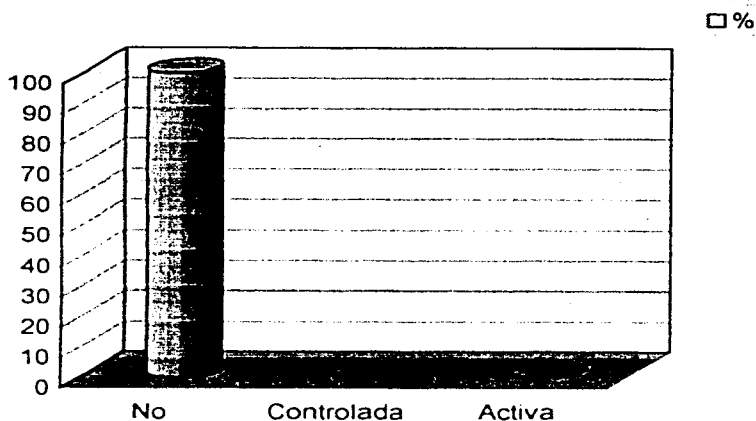
	Fo	%
No	24	100
Controlada	0	0
Activa	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas no padecen diabetes gestacional por lo tanto no existe un factor de riesgo para el parto pretérmino.

GRAFICA No 27

**DIABETES GESTACIONAL ENCONTRADA EN LAS MUJERES
EMBARAZADADEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALT EMALCO**



FUENTE: Idem Cuadro 1

CUADRO No 28

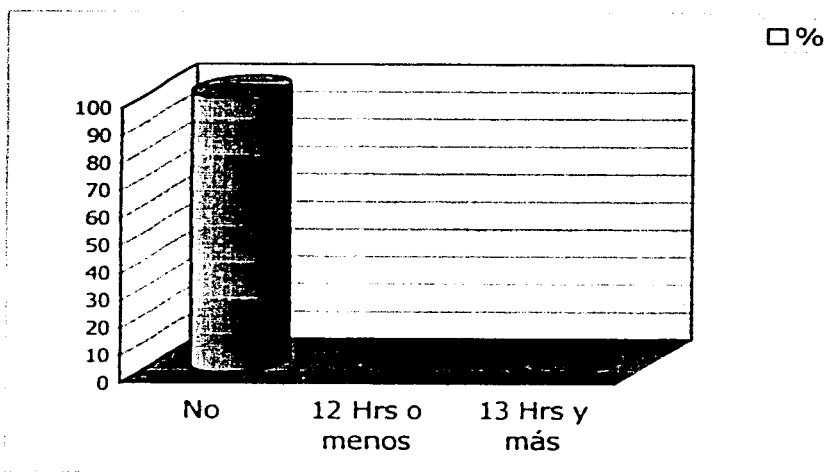
**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ENCONTRADA EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

	Fo	%
No	24	100
12 Hrs o menos	0	0
13 Hrs y más	0	0
TOTAL	24	100

FUENTE: Idem Cuadro 1

ANÁLISIS: El 100% de las mujeres embarazadas no presentaron Ruptura Prematura de Membranas por lo tanto no existe un factor de riesgo para el parto pretérmino.

GRAFICA No 28

**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ENCONTRADA EN
LAS MUJERES EMBARAZADAS DEL MÓDULO "A" DE SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO**

FUENTE: Idem Cuadro 1

CONCLUSIÓN

La estrategia actual para la prevención de la Amenaza de Parto Pretérmino, básicamente se apoya en la identificación de los factores de riesgo, estos se detectarán durante la consulta prenatal inicial y durante las exploraciones subsecuentes, donde el Licenciado en Enfermería y Obstetricia realiza el interrogatorio y la exploración física, vigilando y detectando tempranamente cualquier anomalía en la evolución del embarazo, con el objetivo primordial de valorar el estado de salud tanto de la madre como del producto, otorgando una atención prenatal con calidad y calidez.

Los factores de riesgo, también se pueden identificar por medio de las visitas domiciliarias que realice el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, con el fin de averiguar el ambiente en donde se desenvuelve la mujer embarazada, y cuales son los principales problemas ya sea físicos o psicológicos y de otra índole que se enfrenta en la vida diaria.

Es necesario, proporcionar educación para la salud por medio de sesiones educativas, ya sea individual o grupal, donde se enmarquen las patologías o problemas sociales más frecuentes por ejemplo; la anemia, preeclampsia, diabetes, tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, u otras prioridades de salud, para preservar la salud materno infantil.

Resulta indispensable que el Licenciado en Enfermería y Obstetricia, identifique los signos y síntomas sutiles que provoca una Amenaza de Parto Pretérmino para poder determinar el diagnóstico de Enfermería y referir oportunamente a la mujer gestante a un Segundo Nivel de atención y proporcionar el Diagnóstico y tratamiento evitando que llegue a presentar complicaciones en el embarazo.

El perfil de los egresados de la Escuela nacional de enfermería y obstetricia, permite aplicar los conocimientos teórico-práctico durante el ejercicio de la profesión en forma institucional o libremente, llevando a cabo acciones de Enfermería que contribuyen a la disminución de la problemática perinatal de nuestro país, por medio de la detección y evaluación de los factores de riesgo en el embarazo, para evitar que los factores de riesgo del microambiente, matroambiente y macroambiente se traduzcan en daños del recién nacido reversibles o irreversibles.

En el caso del grupo de mujeres estudiadas es importante destacar los factores de riesgo más frecuentes que fueron: preeclampsia, anemia, Infección de Vías Urinarias, intervalo intergenésico corto, edad extrema, obesidad, Antecedente de parto pretérmino y exposición a tóxicos que serán a los que se les de mayor atención tanto en la consultoría como en el trabajo comunitario.

En conclusión, las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia, van encaminadas a la salud perinatal que tienen como objetivo fundamental propiciar la **maternidad saludable y sin riesgos** para todas las mujeres, estableciendo estrategias dirigidas a contribuir a la disminución la morbilidad y mortalidad perinatal.

VI. SUGERENCIAS

PROPUESTA DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONE A UNA AMENAZA DE PARTO PRETÉRMINO

Objetivo General. Implementar intervenciones de Enfermería para evitar la Amenaza de Parto Pretérmino en las mujeres de San Luis Tlaxiátemalco, a través de la detección oportuna de los factores de riesgo.

Objetivos Específicos.

- Realizar intervenciones de Enfermería de acuerdo a los factores de riesgo encontrados en el microambiente, matroambiente y macroambiente.
- Lograr que la mujer embarazada tenga una educación adecuada y oportuna.

Intervenciones de enfermería en la Consulta Inicial.

La valoración de enfermería comienza tan pronto como exista una probabilidad de embarazo y continua durante todo el periodo prenatal. La consulta prenatal inicial consta de:

a) Historia clínica Prenatal

Es un instrumento que permite documentar la evolución de la gestación y los acontecimientos del embarazo, es esencial para definir o clasificar el nivel de

riesgo obstétrico y debe obtenerse sin prisas, en una sesión privada para establecer una correcta relación⁷⁰

Por medio de la historia clínica, investigar en la mujer embarazada lo siguiente:

Ficha de identificación

Estos datos orientan con respecto al perfil global de la usuaria.

✓ Nombre y domicilio

Por medio de estos datos se realiza el expediente, iniciando con su nombre y dirección para así poder ubicarla en el módulo correspondiente.

✓ Edad.

La edad extrema permite valorar el riesgo del producto concebido. Las madres jóvenes menores de 20 años, tienden a tener productos prematuros y deprimidos y en la edad madura mayor de 35 años resulta aun más peligrosa por que no esta en condición, presentando rigidez tisular y deterioro del aparato reproductor, aumentando la incidencia de algunas anomalías congénitas.⁷¹

✓ Nivel escolar.

La escolaridad materna se asocia con la frecuencia de nacimientos prematuros, ya que existen estudios que señalan las diferencias marcadas en los grupos de escolaridad primaria a la de una profesión o licenciatura.

⁷⁰NETTINA M.S Enfermería Práctica de Lippincott. 5 ed. Ed. Interamericana. México D.F. 1991 pp 1047

⁷¹ [http://www.gobcan.es.Publicaciones.](http://www.gobcan.es/Publicaciones)

- ✓ Ocupación.
Este dato ayuda a determinar el grado que requiere de actividad física, así como identificar los factores de riesgo que esta expuesta en su trabajo diariamente.

- ✓ Nivel socioeconómico.
En todas las familias existen grandes diferencias en la seguridad económica. Las parejas de muy bajo nivel socioeconómico y cultural, la pobreza y la ignorancia conspiran contra todo cuidado a diferencia de las familias que disfrutaban de abundancia.

- ✓ Estado civil
La posibilidad de ser soltera o divorciada origina la necesidad de estar preparadas para una ocupación que produzca ingresos, junto con esto inician una serie de alteraciones que se reflejan en la gestación.

Antecedentes Personales No Patológicos (APNP)

- ✓ Hábitos nutricionales.
La nutrición tiene efecto importante en la evolución del embarazo. Las embarazadas que consumen una dieta correcta desde el punto de vista nutritivo disminuyen los riesgos que se asocian con la mala nutrición.

- ✓ Hábitos higiénicos.
Es importante obtener información a cerca del aseo corporal que lleva acabo la usuaria y si se realiza diariamente, esto ayuda a obtener un panorama amplio de la higiene corporal.

- **Tratamiento y acciones preventivas, diagnóstico y seguimiento**
Se investigará a cualquier paciente con síntomas de un síndrome de embarazo complicado y de riesgo a tener un parto prematuro o difícil.
- **Disponibilidad de servicios para el parto obstétrico normal, los cuidados preventivos y el manejo quirúrgico**
Es importante que el personal médico que atiende a las embarazadas tenga facilidad de acceso al servicio de diagnóstico y manejo de agua destilada, luz eléctrica, oxígeno y medicamentos necesarios que se desee en el momento de la emergencia para las acciones de parto normal o quirúrgico que el parto normal se dese.
- **Investigar los objetivos de la atención tanto en embarazadas con complicaciones que complican y las expectativas**
El deseo de la embarazada y el personal médico que atiende a las embarazadas por ambas partes, si estos fines se consiguen satisfactoriamente de manera consensuada o independiente, es importante que se acuerden y definan en las mejores condiciones y el bienestar del feto, del parto y del parto futuro sea óptimo por riesgo general.
- ✓ **Realizar una valoración del desempeño laboral o doméstico de la mujer embarazada y todo que contribuya**
La cantidad de trabajo que realizar dependerá en gran medida del tipo de actividad (subir muebles, levantar objetos o si está sentada, de pie, inclinada, en flexión, etc) el grado de esfuerzo físico que requiere, la extensión de las tareas domésticas y la cantidad de ayuda con que cuenta en su hogar.

Antecedentes Heredo Familiares (AHF)

Durante el embarazo es importante interrogar respecto a los antecedentes heredo familiares en cualquiera de dos, los miembros, como diabetes, hipertensión,

malformaciones congénitas, tuberculosis, retraso mental, etc., para detectar y prevenir patologías durante la gestación.⁷²

Se anotan los antecedentes que se refieran, indicando el parentesco y su patología.

- ✓ Identificar los factores de riesgo para prevenir la Diabetes Gestacional.

En dado caso que se encuentre alguno se efectuara el dextroxtis desde la primera visita, para identificar los niveles de glucosa en sangre, los niveles normales es de 80-100mg. la cual es sencilla de realizar. Sin embargo es imposible establecer un diagnóstico de esta enfermedad sin efectuar evaluaciones más amplias.

Antecedentes Gineco-Obstétricos (AGO)

- ✓ Última fecha de menstruación.

Debido a que rara vez se conoce el día exacto de la fecundación, el cálculo de las semanas de gestación se basa en el primer día del ultimo periodo menstrual.⁷³

- ✓ Número de embarazos.

El peligro de la mortalidad fetal y neonatal aumenta después del cuarto parto. El promedio de la mortalidad infantil se va acrecentando en 45x100 para los niños cuya madre hallan tenido más de cuatro embarazos.

- ✓ Antecedentes de un embarazo gemelar.

El interrogatorio es un instrumento útil que le ayuda a la enfermera a determinar el grado de la existencia un embarazo múltiple.

⁷² ESPINOZA G.A. Guía Para Efectuar el Interrogatorio a una Embarazada. Ed Facultad de Med-UNAM. Mexico D.F. 1998.

⁷³ REEDER S. J. Enfermería Maternoinfantil 4 ed. Ed Interamericana. Mexico D.F. 1996. pp 399

- ✓ Problemas en los partos anteriores.
Generalmente cuando la mujer padece de complicaciones en los partos anteriores, existe la posibilidad de que vuelva a padecerlo.

- ✓ Abortos.
Cuando una pareja consigue un nuevo embarazo después de un aborto, puede volver a ocurrir en el embarazo actual. Si se identificó en la gestación anterior la causa del aborto, se pone en alerta en la gestación.

- ✓ Fecha del último parto.
Estudiando el lapso entre la iniciación de un embarazo y el parto anterior se a podido determinar que si este es menor de dos años o mayor de seis años afecta a la gestación y en el crecimiento fetal, la incidencia de bajo peso al nacimiento y prematuridad es mayor en los hijos de las mujeres embarazadas de manera casi continua.

- ✓ Peso al nacer de los hijos anteriores, la presencia de productos macrosómicos, prematuros, o malformaciones congénitas.
Estas son las principales causas del término del embarazo tempranamente y por lo tanto se pueden volver a repetir en el embarazo actual.
- b) Exploración Física.

- ✓ Registrar la somatometría.
El peso debe medirse en cada consulta prenatal, ya que uno de los principales indicadores de la nutrición.
La talla de las mujeres es un factor determinante de la magnitud del crecimiento de los hijos en el útero, cuando la talla es pequeña y por lo tanto el útero pequeño puede causar un menor crecimiento fetal.⁷⁴

⁷⁴ MONDRAGON C. H. Obstetricia básica ilustrada. 1 ed. Ed Trillas. México D.F. 2000 pp 135

- ✓ Registro de la Presión arterial.
Por medio de esta valoración se obtendrán los niveles que regularmente maneja la mujer embarazada.

- ✓ Se realiza un examen físico completo para evaluar su estado de salud
Este será cefalocaudal por aparatos y sistemas

c) Solicitud de exámenes de laboratorio

Examen General de Orina

Una prueba de orina debe analizarse en busca de glucosa y proteínas, en todas las usuarias se realizan varias pruebas diagnósticas que se disponen para detectar bacteriuria.

Biometría Hemática completa.

Determinación del hematocrito y concentraciones de hemoglobina para encontrar posible evidencia de anemia.

Grupo y Rh

Hay que determinar el grupo sanguíneo ABO y el tipo de factor de Rh, sea positivo o negativo.

SIDA, VDRL

Se realiza para detectar oportunamente la presencia de alguna enfermedad venérea.⁷⁵

Ultrasonido.

Este sirve para identificar la localización de la placenta, confirmar las semanas de gestación, el crecimiento fetal y el número de productos concebidos.⁷⁶

⁷⁵ NETTINA M.S. Enfermería Práctica de Lippincott. 5 ed. Ed. Interamericana. México D.F. 1991 pp 1048

- ✓ Proporcionar información de los signos de alarma durante el embarazo cuales acufenos, fostenos, edema facial en piernas y manos, sangrado trasvaginal, fiebre, dolor tipo cólico parecido al menstrual, derrame de líquido por vagina y ausencia de movimientos fetales.

Durante el control prenatal y especialmente desde la primera consulta, se tiene que explicar a la gestante los signos de alarma para que acuda a una institución de salud.⁷⁷

- ✓ Evaluar el previgen No I y II según corresponda.

El previgen No I permite evaluar el riesgo reproductivo a mujeres en edad fértil que aún no están embarazadas, se obtienen antecedentes antes de la concepción. El previgen No II es la evaluación inicial de riesgo perinatal desde la primera consulta del embarazo, incluyen los datos más importantes que van a repercutir en el embarazo. (ver anexos)

- ✓ Proporcionar a la usuaria el carnet de control prenatal.

En el carnet se anotará la próxima cita para que acuda al CCOAPS. En la consulta prenatal se resaltaré la importancia de sus citas subsecuentes y de la valoración del estado de salud.

⁷⁷ <http://www.informamujeres.html> "Sexualidad y salud"

Intervenciones de enfermería en las visitas prenatales subsecuentes.

En cada visita prenatal se realiza los siguientes procedimientos.

- ✓ Interrogar sobre la evolución en general.
Se transcribe brevemente en el expediente clínico los acontecimientos que a tenido la mujer desde la última consulta prenatal hasta entonces.

- ✓ Identificar las Semanas de Gestación.
Establecer la edad gestacional del feto con precisión considerablemente se puede obtener por medio de la exploración física y la fecha del último día de menstruación.⁷⁸

- ✓ Calcular la fecha probable de parto.
Un método conveniente para calcular la fecha probable de parto es la regla de Nagele, en la que se agregan siete días, se restan tres meses y se añade un año a la fecha de la última menstruación normal para calcular la fecha estimada de parto.

Por medio de la exploración física se dará mayor énfasis a:

- ✓ La ganancia de peso materno.
Es importante valorar el peso en cada visita prenatal y compararlo con el peso inicial para verificar si esta ingiriendo una dieta adecuada. Las madres con bajo peso durante la gravidez, ponen en riesgo a sus hijos y probablemente padecer bajo peso al nacer, nacimiento prematuro, bajas

⁷⁸ GANT N F Manual de Obstetricia. 3 ed. Ed Manual Moderno. Mexico D F. 1986 pp 417

puntuaciones de Apgar y morbilidad, de igual manera el sobre peso causa daños a la salud.⁷⁹

✓ Registro de la Presión Arterial

Permite detectar algún cambio que sufre con el transcurso de la gestación.

✓ Altura del fondo uterino.

Su registro permite conocer el crecimiento fetal y vigilarse a lo largo del embarazo, guarda relación con los días de amenorrea. El desarrollo fetal no es el único factor que está afectando al altura uterina, la constitución física de la madre, su estatura y la cantidad de grasa abdominal también participan. Cuando el tamaño del útero es mayor de los que se espera en cualquier momento del embarazo se sospecha que se trata de embarazo gemelar o de alguna patología.

✓ La exploración abdominal.

En cada visita prenatal se debe efectuar la palpación del abdomen para descartar cualquier anormalidad durante el embarazo. Se realizan las maniobras de Leopold para determinar la presentación, situación y posición fetal. La presentación fetal designa a la parte que descansa sobre el estrecho superior de la pelvis materna, la situación elude a la relación del eje longitudinal de la madre con el feto y la posición fetal se refiere a la relación que guarda el dorso del producto con la mitad derecha o izquierda de la madre.

✓ Cuantificación del foco fetal.

A partir de la semana 20 de gestación se puede oscultar la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) por medio del estetoscopio de Pinar y con el Doppler

semanas antes. La FCF normal es de 120 a 160 por minuto con movimiento rítmicos y de buena intensidad.⁸⁰

- ✓ Realizar la prueba de papanicolao.
Esta prueba se realiza para descartar alguna infección cervico-vaginal e indica el agente causante. Ayuda a dar tratamiento específico.

- ✓ Realizar el Giordano en cada consulta prenatal.
Todas las mujeres embarazadas deben de ser exploradas en busca de bacteriuria asintomática en momentos específicos durante el embarazo en las visitas prenatales.

- ✓ Análisis e interpretación de los resultados de laboratorio
Se realizarán intervenciones de Enfermería de acuerdo a los resultados que presenten.

- ✓ Las mujeres con historia clínica con complicaciones en el embarazo, tienen la probabilidad de repetirse en el embarazo actual.
Las complicaciones más frecuentes en el embarazo son: trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer, hemorragia ginecológica, preeclampsia, diabetes gestacional, entre otros.

- ✓ Evaluar el previgen No III
El Previgen No III evalúa el riesgo perinatal en cada consulta durante la evolución del embarazo.⁸¹

⁸⁰ MONDRAGON C. H. Obstetricia básica ilustrada. 1 ed. Ed Trillas. Mexico D.F. 2000 pp 148

⁸¹ SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth 6 ed. Ed Interamericana. Mexico D.F. 1997 pp 165

Detectar los signos y síntomas en cada visita prenatal caso de:

✓ Anemia.

Los signos de anemia son: palidez mayor de lo habitual, debilidad o fatiga y vértigos. Existe un síntoma importante que es la intolerancia a la actividad, a menudo las mujeres se quejan de fatiga cuando realizan actividades normales. La anemia se desarrolla debido a la ingesta insuficiente en la dieta, el consumo exagerado de alcohol, al aumento de las necesidades del hierro.⁸²

✓ Preeclampsia.

La preeclampsia se acompaña por presión mayor de 140/90 mmHg, proteinuria y edema persistente de más de una +, también se presenta dolores de cabeza continua en la región frontal occipital, visión borrosa y vómito persistente. Ocurre casi de manera exclusiva en primíparas o afecta a mujeres en edades extremas (menores de 20 años y mayores de 35 años) suele presentar en una sobredistensión uterina en un embarazo gemelar o polihidramnios.⁸³

✓ Diabetes gestacional (poliuria, polifagia y polidipsia).

Los síntomas de la diabetes inician con aumento del apetito, de sed y la pérdida excesiva de peso. Puede haber visión borrosa y tal vez infecciones recurrentes difíciles de curar (Dickason, 1996)

✓ Infección urinaria y mandar exámenes de laboratorio si lo requiere.

Los síntomas incluyen tenesmo vesical, polaquiuria y disuria, puede presentar un olor desagradable en la orina y cambios en el color que pueda ser más oscura de lo normal.⁸⁴

⁸² AHUED R. A. Ginecología y Obstetricia aplicadas. 1 ed. Ed Editores. México D.F. 2000 pp 110

⁸³ BEISCHER M. C. Obstetricia y Neonatología. 2 ed. Ed Interamericana. México D.F. 1999 pp 364

⁸⁴ GANT N.F. Manual de Obstetricia. 3 ed. Ed Manual Moderno. México D.F. 1996 pp 151

- ✓ Infección vaginal o enfermedades de trasmisión sexual.

Flujo mal oliente, prurito y sensación quemante al orinar son algunos de los síntomas de las tricomonas o candidiasis. En caso de gonorrea o sífilis es probable observar erupciones en los genitales o lesiones orales. (Reeder,1996)

- ✓ Indicar tratamiento a la pareja en caso de detectar ETS

El tratamiento es en pareja y se llevará acabo para evitar riesgos al producto.

NOTA: En caso de detectar alguna patología en el embarazo, se realizará una hoja de referencia y se canaliza para que la atiendan en un segundo o tercer nivel de atención.

Faltan las

Páginas

126 | a | 128

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN EL TRABAJO COMUNITARIO.

- ✓ Investigar cual es el nivel socioeconómico de la mujer embarazada a través de la visita domiciliaria, se valorará el estado socioeconómico de la familia, la situación de la vivienda, los planes del futuro y los sentimientos a cerca de cómo cambiara el embarazo en la familia.⁸⁸
- ✓ Averiguar si cuenta con los servicios públicos e intradomiciliarios, tales como; luz, agua, drenaje, pavimentación y alumbrado público.
- ✓ Si la mujer embarazada padece de alguna afección como diabetes o hipertensión, cada semana se realizará una visita domiciliaria con el fin de valorar el estado de salud, incluirá registro de la glucosa en sangre (dextroxtis) y toma de presión arterial.
Se valorará los resultados de la glucosa registrando los valores que vaya reportando, para determinar si existe hiperglucemia e hipoglucemia.
- ✓ Dar educación a la usuaria con respecto a la preeclampsia y diabetes, los signos y síntomas e implicaciones perinatales.
Una buena orientación sobre la patología permite disminuir la angustia y la ansiedad, además de tener en cuenta las posibles complicaciones que pueden tener en el embarazo.
- ✓ Valorar si la mujer embarazada ingiere bebidas alcohólicas.
La enfermera cuenta con los elementos necesarios para identificar los signos de la dependencia, que incluyen cambios fáciles de humor, caídas o

⁸⁸ NETTINA M.S. Enfermería Práctica de Lippincott 5 ed. Ed. Interamericana, México D.F. 1991
pp 245

accidentes frecuentes, anorexia, pérdida de peso, higiene escasa, cuidados prenatales infrecuentes y Enfermedades de Transmisión Sexual.⁸⁹

- ✓ Verificar que las tareas hogareñas no se efectúen al punto de la fatiga extrema.

Es necesario que la mujer embarazada limite la actividad física, en caso de fatiga demasiado o exista un riesgo de lesiones para ella o el feto.

- ✓ Recomendar que evite levantar cubetas de agua u objetos que requiera desplazarlos de un lugar a otro.

Hay que evaluar la seguridad de la mujer en el hogar que requiera levantar cosas pesadas o que adopte posturas que puedan alterar su equilibrio.

- ✓ Orientar a la embarazada sobre los preparativos para recibir a su nuevo hijo; espacio para dormir, para guardar la ropa y artículos necesarios así como los cuidados que deberá proporcionarle ella como la pareja y la familia en general.

- ✓ Orientar a la población adolescente a cerca del tiempo indicado para formar una familia.

Es importante preparar a los jóvenes y orientarlos sobre las responsabilidades que adquieren al formar una familia. Este núcleo como base de la sociedad requiere una estabilidad económica para proporcionar las necesidades primordiales (vivienda, vestido, alimento) y secundarias (educación así como psicológicas).⁹⁰

⁸⁹ BEISCHER M. C. *Obstetricia y Neonatología*. 2 ed. Ed Interamericana. Mexico D.F. 1999 pp 270

⁹⁰ AHUED R. A. *Ginecología y Obstetricia aplicadas*. 1 ed. Ed Editores. Mexico D.F. 2000 pp 94

SESIONES EDUCATIVAS

La futura madre debe de recibir información a cerca de los temas más trascendentales y de importancia del embarazo, los cuales son:

✓ Cambios en el embarazo

El organismo de la embarazada experimenta numerosos ajustes fisiológicos para satisfacer las necesidades de crecimiento y desarrollo del feto. Si la madre tiene conocimiento previo de estos ajustes se familiarizará, facilitando este periodo.⁹¹

✓ Cuidados de la embarazada

Parte importante de las intervenciones de enfermería es enseñar a la mujer como efectuar su propio cuidado personal e informar de los cambios que puedan indicar problemas de salud.

✓ Medidas de urgencia

Las mujeres deben de aprender a conocer las señales de alarma, cada una tiene que recibir información escrita, redactada en un lenguaje que pueda entender en la que enumere los signos más relevantes.

✓ Patologías más frecuentes

Una adecuada orientación sobre las patologías más frecuentes tales como; preeclampsia, anemia, infección de vías urinarias, parto pretérmino, entre otros, permite identificar los signos y síntomas tempranamente, además de disminuir la angustia y la ansiedad en la mujer embarazada y en su familia.

✓ Intervalo intergenésico

Se incluirá el periodo ideal para tener los hijos deseados para no presentar algún riesgo que afecte la vida de la madre o del producto.

⁹¹ <http://www.abetuslud.com>

- ✓ **Exposición a tóxicos**
Se incluirá un curso donde indique los efectos adversos de los pesticidas. Plaguicidas y otras sustancia tóxicas que emplean para el cuidado de las plantas que tienen en los invernaderos ubicados en sus domicilios.

- ✓ **Trabajo de parto**
Siendo este un periodo difícil para la madre es mejor que conozca los procedimientos por los cuales va a realizar, desde las contracciones uterinas que indican el inicio del trabajo de parto hasta el nacimiento de su hijo ya sea vía vaginal o abdominal.

- ✓ **Lactancia materna**
Una importante decisión de los padres es elegir el método para alimentar a su hijo y la Licenciada en Enfermería ayudará a esta elección, proporcionará información a cerca de los beneficios de la Lactancia Materna⁹²

- ✓ **Cuidados del recién nacido.**
Se recomendarán los principales cuidados del recién nacido incluyendo la alimentación al seno materno, higiene, estimulación temprana, etc.

- ✓ **Planificación familiar**
La planificación familiar va dirigida a toda la población proporcionando un nuevo sentido hacia la construcción de un proyecto de vida para el mejoramiento del bienestar de si mismo, la familia y la sociedad, siendo el derecho de manera libre y responsable que la pareja elija el número de hijos que desean tener.
La finalidad de la planificación familiar consiste en mejorar la salud de la madre, sus hijos y la salud en general. Las medidas preventivas de salud

⁹² <http://www.informamujeres.html>

reconocidas son el intervalo intergenésico adecuado, limitación del tamaño de la familia así como la paternidad responsable.⁹³

NOTA: los temas se pueden incluir si la usuaria lo solicita.

⁹³ <http://www.conapo.gob.mx>

VII. ANEXOS

**PREVIGen I
EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO A
MUJERES EN EDAD FERTIL NO EMBARAZADAS**

- | | | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| 1 Nivel Socioeconómico | <input type="checkbox"/> Medio y alto | <input type="checkbox"/> Bajo | <input type="checkbox"/> Muy bajo |
| 2 Escolaridad (años aprobados) | <input type="checkbox"/> 6 y más | <input type="checkbox"/> 1 a 5 | <input type="checkbox"/> Cero |
| 3 Edad (años) | <input type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 15-19 | <input type="checkbox"/> 14 y menos |
| 4 Edad (años) | | <input type="checkbox"/> 31-35 | <input type="checkbox"/> 36 y más |
| 5 Estatura cm | <input type="checkbox"/> 150 y más | <input type="checkbox"/> 1.45-1.49 | <input type="checkbox"/> 144 y menos |
| 6 Estado Civil | <input type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Soltera | <input type="checkbox"/> Sin cónyuge |
| 7 Estado Civil | <input type="checkbox"/> Unión libre | <input type="checkbox"/> Viuda | |
| 8 Paridad | <input type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> Nulipara | |
| 9 Paridad | | <input type="checkbox"/> 4 y más | |
| 10 Partos anteriores | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Difícil | <input type="checkbox"/> Traumático |
| 11 Intervalo Inter-genésico | <input type="checkbox"/> 1 a 2 años | <input type="checkbox"/> Menos de 1 año | |
| 12 Abortos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 13 Nacidos muertos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 14 Hijos de bajo peso | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 15 Hijos con malformaciones | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 16 Hijos prematuros | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 17 Muertes neonatales | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input type="checkbox"/> Más |
| 18 Diabetes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 19 Hipertensión | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 20 Epilepsia | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 21 Cardiopatías | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 22 Enfermedades de la tiroides | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |
| 23 Enfermedades renales | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Controlada | <input type="checkbox"/> Activa |

**PREVIGen I
EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO A
MUJERES EN EDAD FERTIL NO EMBARAZADAS**

24 Consanguinidad	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
25 Retraso mental	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
26 Exposición a radiaciones	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
27 Carga de trabajo	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Excesivo	<input checked="" type="checkbox"/> Exagerado
28 Exposición a tóxicos	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
29 Desnutrición	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada 1	<input checked="" type="checkbox"/> Grave II
30 Anemia en Hb en gramos	<input checked="" type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 8
31 Alcoholismo	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
32 Tabaquismo	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
33 Otras farmacodependencias	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input checked="" type="checkbox"/> Actual
34 Toxoplasmosis	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input checked="" type="checkbox"/> Actual
35 Rubéola	<input checked="" type="checkbox"/> Tuvo		<input checked="" type="checkbox"/> Actual
36 Citomegalovirus	<input checked="" type="checkbox"/> No		<input checked="" type="checkbox"/> Si
37 Herpes	<input checked="" type="checkbox"/> No		<input checked="" type="checkbox"/> Si
38 Sífilis	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tuvo	<input checked="" type="checkbox"/> Actual
39 SIDA	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sospecha	<input checked="" type="checkbox"/> Si
40 Otras especifique		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Riesgo Bajo
 Riesgo Medio
 Riesgo Alto

**EVALUACIÓN INICIAL DE RIESGO PERINATAL
EN LA PRIMERA CONSULTA DEL EMBARAZO
PREVIGen II**

1. DATOS GENERALES

- | | | | |
|------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 1 Edad (años) | <input checked="" type="checkbox"/> 20-30 | <input type="checkbox"/> 15-19 | <input checked="" type="checkbox"/> 14 y menos |
| 2 Edad (años) | | <input type="checkbox"/> 31-35 | <input checked="" type="checkbox"/> 36 y más |
| 3 Peso al inicio Kg | <input checked="" type="checkbox"/> 51 a 64 | <input type="checkbox"/> 65 a 75 | <input checked="" type="checkbox"/> 76 y más |
| 4 Peso al inicio Kg | | <input type="checkbox"/> 41 a 50 | |
| 5 Estatura cm | <input checked="" type="checkbox"/> 150 y más | <input type="checkbox"/> 1.45-1.49 | <input checked="" type="checkbox"/> 144 y menos |
| 6 Nivel Socioeconómico | <input checked="" type="checkbox"/> Medio y alto | <input type="checkbox"/> Bajo | <input checked="" type="checkbox"/> Muy bajo |
| 7 Estado Civil | <input checked="" type="checkbox"/> Casada | <input type="checkbox"/> Soltera | <input checked="" type="checkbox"/> Sin cónyuge |
| 8 Estado Civil | <input checked="" type="checkbox"/> Unión libre | <input type="checkbox"/> Viuda | |
| 9 Actitud | <input checked="" type="checkbox"/> Adecuada | <input type="checkbox"/> Inadecuada | <input checked="" type="checkbox"/> Muy alterada |

2. ANTECEDENTES

- | | | | |
|----------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 10 Pandad | <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 3 | <input type="checkbox"/> Nulipara | |
| 11 Pandad | | <input type="checkbox"/> 4 y más | |
| 12 Partos anteriores | <input checked="" type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Dificil | <input checked="" type="checkbox"/> Traumatico |
| 13 Abortos | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> 1 a 2 | <input checked="" type="checkbox"/> Más |
| 14 Cesáreas previas | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Una | <input checked="" type="checkbox"/> 2 o más |
| 15 Parto pretérmino | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input checked="" type="checkbox"/> 2 o más |
| 16 Preeclampsia y eclapsia | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | |
| 17 Hijos 2500g y menos | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input checked="" type="checkbox"/> Dos o más |
| 18 Hijos de >4000g y más | <input checked="" type="checkbox"/> No | | <input checked="" type="checkbox"/> Si |
| 19 Muertes pennatales | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Uno | <input checked="" type="checkbox"/> Más |
| 20 Hijos malformados | <input checked="" type="checkbox"/> No | | <input checked="" type="checkbox"/> Si |
| 21 Crugia previa pélvica | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ginecológica | <input checked="" type="checkbox"/> Utero |

3. EMBARAZO ACTUAL

22 Consanguinidad	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
23 Factor Rh	<input checked="" type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo	<input checked="" type="checkbox"/> Negativo
		no inmunizado	inmunizado
24 Hemoglobina en Hb en gramos	<input checked="" type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de 8
25 Tabaquismo	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
26 Alcoholismo	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
27 Toxicomanias	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	
28 Amenaza de aborto	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
29 Amenaza de parto pretérmino	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
30 Hemorragia Ginecológica	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
31 Cardiopatías	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
32 Nefropatías	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
33 Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
34 Hipertensión crónica	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
35 Hipertensión del embarazo	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
36 Ruptura prematura de membranas	<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input checked="" type="checkbox"/> Activa
37 Otras especifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Riesgo Bajo
 Riesgo Medio
 Riesgo Alto

RELACION DE LAS MUJERES EMBARAZADAS QUE RESIDEN EN SAN LUIS
TLAXIALTEMALCO MÓDULO "A" A LAS CUALES SE LES APLICO EL PREVIGEN I Y

II

Nombre	Edad	Domicilio
Agustina Flores Sedena	29 años	Ixtayopan No 23
Alejandra Vegas Vargas	23 años	Cda Pirules No 3 Barrio San Juan
Claudia Alejandra Sánchez M.	38 años	Tetlali No 6
Cristina Hernández Olgin	23 años	Exotitla S/N
Concepción Caballero Martines	34 años	Xochitepetl No 26
Delia Segundo Gonzáles	35 años	Floricultor No 12
Estela Morillo Hernández	28 años	2da Cda Jorge Negrete
Ester Ríos Gutiérrez	30 años	6ta Cda Jorge Negrete
Guadalupe Lara Peralta	27 años	Floricultor S/N
Juana Duran Gonzáles	27 años	Mextitla 12
Juana Matías Lino	18 años	Acueducto
Kanna Ruiz Cristóbal	22 años	1 Cda de Pino No13
Leonor Lima Balanzan	30 años	2 Cda de Xalli
Maria Dolores Alquisma Orozco	26 años	Privada de Tetlali
Maria Guadalupe Hernández Cisneros	32 años	Calle Alamo No 21
Mariana Álvarez Ramos	19 años	Xochitepetl No 12
Maribel Martínez Morales	23 años	Av Torres Barrio Sn Antonio Abad No 1

Nombre	Edad	Domicilio
Olga Torres Tranquilino	29 años	León Jiménez No 4
Ruiz Días Mirna	16 años	Prolongación Jorga Negrete No 1
Salome Ibáñez Romero	22 años	Camino real No 8
Tania Álvarez Jácome	34 años	Xalli No 19
Teresa Rodríguez Cruz	25 años	Agustín Lara No 27
Verónica Castillo López	23 años	Floricultor No 28 A

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CENTRO COMUNITARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

Valoración de los factores de Riesgo durante el Embarazo, Previgen I y II

Objetivo. Identificar factores de riesgo en las mujeres embarazadas de la población de San Luis Tlaxiátemalco Módulo "A" con predisposición a presentar Amenaza de Parto Pretérmino.

Ficha de identificación.

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Ocupación:

Escolaridad:

FUM:

Nivel socioeconómico:

FACTORES DE RIESGO

No Factores	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto	Observaciones
1. Peso	51 a 64	41 a 50	40 o menos	
2. Talla	1.50 o más	1.45 a 1.49	1.44 y menos	
3. Paridad	1 a 2	4 a 6		
4. Parto anterior	Normal	Difícil	Traumático	
5. Parto prematuro	No	Uno	Dos o más	
6. Preeclampsia	No	Si		
7. Hijos de 4000 gr	No		Si	

8. Hijo malformado	No		Si	
9. Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año		
10. Enfermedades de trasmisión sexual	No		Si	
11. Rubéola	No		Si	
12. Toxoplasmosis	No		Si	
13. Citomegalovirus	No		Si	
14. Exposición a tóxicos	No		Si	
15. Carga de trabajo	Normal	Excesiva	Exagerada	
16. Hemoglobina en gramos	11 o más	8 a 10	Menos de 8	
17. Tabaquismo	No	Si		
18. Alcoholismo	No	Si		
19. Toxicomanías	No	Si		
20. Amenaza de parto pretérmino	No	Controlada	Activa	
21. Hemorragia ginecológica	No	Controlada	Activa	
22. Nefropatía	No	Controlada	Activa	
23. Diabetes	No	Controlada	Activa	
24. Ruptura Prematura de Membranas	No	12 Hrs y menos	13 Hrs y más	
25. Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy alterada	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

EVENTO	DESCRIPCION	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
Face Conceptual	Formulación y delimitación del problema	☆	☆							
	Selección de un diseño de investigación	☆	☆							
	Creación de un marco referencial	☆	☆	☆	☆					
Diseño y Planeación	Identificación de la población por estudiar		☆	☆						
	Especificación de los métodos para obtener datos		☆							
	Plan de muestreo			☆						
	Realización y revisión del estudio	☆	☆	☆	☆	☆	☆			
Face Empírica	Recolección de datos		☆	☆						
Fase de Difusión	Interpretación de los resultados				☆	☆				
	Corrección de tesis						☆	☆	☆	
	Presentación final de tesis									☆

GLOSARIO

Ansiedad. Sentimiento de aprehensión, preocupación, desasosiego, inquietud y temor, en especial por el futuro. Es la reacción normal a lo que amenaza el cuerpo, el estilo de vida, los valores o personas amadas.

Aldosterona. La hormona mineralocorticoide más biológicamente activa secretada por la corteza suprarrenal. Actúa para regular el metabolismo de Sodio, Cloruro y Potasio.

Alumbramiento. Término utilizado para describir una técnica del trabajo de parto y parto, en el cual los padres están preparados para dicho evento.

Amenorrea. Ausencia de la menstruación.

Calculo Biliar. Llamado comúnmente piedra, compuesto casi por completo exceso de pigmento sanguíneo, algunos con depósito de Calcio.

Concepción. Unión de un espermatozoide y el óvulo.

Contracciones de Blaxton Hicks. Son contracciones espontáneas indoloras, descritas originalmente como un signo del embarazo. Ocurren a partir del primer trimestre y probablemente promueven el flujo sanguíneo uterino y la transferencia de oxígeno hacia el feto.

Cuerpo Amarillo. Cuerpo lúteo formado por el folículo de Graaf después de la ovulación, produce estrógenos y progesterona; es esencial para la implantación del óvulo fecundado en el endometrio.

Desprendimiento Prematura de Placenta. Hemorragia de una placenta situada normalmente que provoca su desprendimiento completo o parcial después de las 20 semanas de gestación. El diagnóstico se confirma al encontrar un coágulo retroplacentario antiguo después del parto.

Dilatación. Acción de dilatar o extender. Alteración de un orificio o estructura tubular, que consiste en estar dilatado o extendido más allá de sus dimensiones normales.

Disnea. Sed de aire que origina la respiración difícil, acompañada de dolor.

Edad Gestacional. Tiempo transcurrido desde el primer día del último periodo menstrual normal y el nacimiento.

Edema. Estado local o generalizado en el cual los tejidos corporales contienen una cantidad excesiva de líquido tisular. El edema generalizado se llama en ocasiones hidropesía o anasarca.

Embarazo. Condición de tener un embrión o feto en desarrollo dentro del cuerpo después de la unión de un óvulo y espermatozoide.

Embrión. Nombre que se aplica al producto de la concepción hasta la décima semana de gestación después se emplea la palabra feto.

Esfínter. Músculo circular que constrñe un orificio, o sea, el músculo debe relajarse a fin de permitir que el orificio se abra.

Estrógenos. Cualquier sustancia natural o artificial que induce la actividad estrogénica, más específicamente, es producida por el ovario; son las hormonas del sexo femenino.

Fecundación. Unión de un espermatozoide con el óvulo maduro suele ocurrir en la mitad más exterior en la trompa de Falopio.

Feto. Se considera del ser humano desde el tercer mes de gestación hasta su nacimiento.

Fibrinógeno. Proteína que se encuentra en el plasma sanguíneo y que a través de la acción de la trombina en presencia de iones de calcio es convertida en fibrina.

Gestación. Periodo de desarrollo de los productos en mamíferos desde el momento de fecundación del óvulo hasta el nacimiento.

Glándulas de Montgomery. Glándulas sebáceas de la areola mamaria.

Glucógeno. Es la forma en la cuál se almacenan los carbohidratos en el cuerpo para su futura conversión en azúcar y para uso subsiguiente al llevar a cabo una actividad muscular o para liberar calor.

Glucosa. Es el carbohidratos más importante del metabolismo corporal se forma durante la digestión por hidrólisis de d polisacáridos en especial almidón, y se absorbe rumbo al intestino hacia la sangre de la vena porta.

Gonadotropina Corionica Humana. Gonadotropinas producidas por las vellosidades conónicas de la placenta. Se encuentra en sangre y orina de las embarazadas.

Hipercoagulabilidad. Incremento anormal en la coagulabilidad de sangre.

Hiperémica. Exceso de sangre en una parte.

Hiperplasia. Incremento anormal en el volumen de un tejido u órganos. Es provocado por la formación y crecimiento de nuevas células normales.

Hipertrofia. Incremento de volumen de un tejido u órgano producido por el crecimiento de células existente.

Hipoalbuminemia. Disminución anormal de las concentraciones de albúmina en sangre.

Hipotensión. Disminución de la presión sanguínea. Una merma de la presión sistólica arterial menor a 100ml/Hg.

Hormona Estimulante de Melanocitos. Sustancia producida por la hipófisis anterior, influye en la formación o depósito de melanina en el cuerpo.

Implantación. Penetración del endometrio por el óvulo recién fecundado que queda totalmente rodeado por residua. Ocurre seis a ocho días después de la fecundación.

Incontinencia urinaria. Incapacidad para controlar las funciones excretoras.

Iniciación de trabajo de parto. Contracciones regulares que dan por resultado dilatación y borramiento del cuello utero.

Lactancia. Etapa en la vida en que la madre amamanta a su hijo.

Lactogeno Placentano. Es una de la hormonas gonadotropicas de la hipófisis anterior. Estimula y mantiene la lactancia después del parto y muestra actividad luteotrofica en ciertos mamíferos.

Lactosuria. Presencia de lactosa en orina.

Leucorrea. Flujo vaginal incoloro (blanco que no causa prurito y no tiene olor fétido).

Menstruación. Descarga periódica fisiológica de sangre de tejidos de un útero no embarazado, a través de la vagina; culminación del ciclo menstrual.

Micción. Eliminación de orina por la vejiga. La orina de los riñones pasa en chorro a través de los uréteres hacia la vejiga, donde se acumula hasta que es eliminada durante la micción a través de la uretra.

Oxitocina. Hormona hipotalámica almacenada y liberada por la hipófisis posterior o preparada de manera sintética. Es un potente estimulante del útero embarazo, en especial al fin de la gestación.

Parto eutócico. Expulsión natural o extracción del producto, placenta y membranas fetales durante el parto por vía vaginal.

Placenta. Órgano de comunicación entre el feto y la madre. Se forma a partir del corión frondoso con contribución de la decidua materna.

Preclampsia. Hipertensión inducida durante el embarazo acompañada por proteinuria importante (mas de 300mg cada 24 horas en ausencia de infección de vías urinaria).

Presión oncótica. Presión osmótica de un coloide en solución.

Presión osmótica. Presión potencial de un solución relacionada directamente con su concentración osmolar de solutos. Es la presión máxima desarrollada en

una solución separada de otra por una membrana semipermeable, es decir, la presión que evitará la osmosis entre esas dos soluciones.

Progesterona. Hormona esteroide sexual, la principal hormona progestacional. Se utiliza en medicina en el tratamiento de hemorragia uterina funcional, anomalías de ciclo menstrual y amenaza de aborto.

Prolactina. Hormona secretada por la hipófisis anterior que estimula y mantiene la producción de leche después del parto y muestra actividad luteotrófica en algunos de ellos.

Prostaglandinas. Son sustancias naturales que se encuentran en la decida, semen, y muchos tejidos. Los compuestos estimulan la actividad muscular uterina, y provoca también la liberación de oxitocina desde el lóbulo posterior de la hipófisis.

Relaxina. Factor que produce relajación de la sínfisis púbica y dilatación del cuello uterino.

Trabajo de parto. Proceso por el cual se expulsa del útero el producto de la concepción a través del conducto del parto después de las veinte semanas de gestación.

Trofoblasto. Se llama así al grupo de células que reviste la vesícula blastodérmica y que rodea al cúmulo de células embrionarias. Las vellosidades coriónicas se desarrolla con una capa sincitial exterior y una citotrofoblastica interior.

Varices. Vena arteria o vaso linfático aumentado de tamaño.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

AHUED R. A. Ginecología y Obstetricia aplicadas, 1 ed, Ed Editores, México D.F. 2000

AUKAMP V. Planes de cuidado de Enfermería Materno Infantil, 1 ed, Ed Ediciones Doyma, Barcelona España, 1994

BEISCHER M. C Obstetricia y Neonatología, 2 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1999

BORROUGHS M. A. Enfermería Materno infantil, 7 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1999

BOTERO D. J. Obstetricia y Ginecología, 6 ed, Ed Editores de México, México D.F. 1999

CLAYTÓN L. T. Diccionario Médico Enciclopédico, 1 ed, Ed Manual Moderno, México D.F. 1998

DIAZ A. H. El enfoque de riesgo y la atención materno infantil, Revista Latinoamericana de Perinatología Vol. 8 No 2 Montevideo Uruguay 1998

DICKASON J. E. Enfermería Materno infantil 1 ed. Ed Mosby, Madrid España, 1996

ENEO Programa académico del servicio social y opciones de titulación, México D.F. 2000

- GALVEZ C. R. Atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y RN, Salud Reproductiva, 1 ed, Sector Salud, México D.F. 2000
- GALVEZ C. R. La prevención y control de los defectos al nacimiento, Salud Reproductiva, 3 ed, Sector Salud, México D.F. 2001
- GANT N.F. Manual de Obstetricia, 3 ed, Ed Manual Moderno, México D.F. 1996
- GARDUÑO R. L. Factores que determinan la presencia de infecciones cervicovaginales en la población reproductiva de San Luis Tlaxiátemalco, México D.F. 1995
- GONZALES M. J. Obstetricia, 4 ed, Ed Científica y Técnicas, Barcelona España, 1998
- IMSS Ginecología y Obstetricia, 3 ed, Ed Méndez Editores, México D.F. 2000
- MONDRAGÓN C. H. Obstetricia básica ilustrada, 1 ed, Ed Trillas, México D.F. 2000
- MOORE K. L. Embriología Clínica, 6 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1999
- OLDS B. S. Enfermería Materno-infantil, 1 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1998
- OMSS OPS Manual de enfoque de riesgo en la atención materno-infantil, Serie Paltex No 7 E.U. Washington.
- POLIT L. R. Investigación en las ciencias de la Salud, 6 ed, Ed interamericana, México D.F. 1999

REEDER S. J. Enfermería Maternoinfantil 4 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1996

SCOTT J. R. Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth 6 ed, Ed Interamericana, México D.F. 1997

SECRETARIA DE SALUD, Programa de Salud Reproductiva, Plan estratégico del 2001

TAMAYO T. M. El proceso de la Investigación Científica, 4 ed , Ed Limusa, México D.F. 2001.

TORRESCANA J. M. Curso para formación de padres, 3 ed, Ed Ediciones Nauta Madrid España, 1998

WILLIAMS J. L. Obstetricia, 3 ed, Ed Salvat, México D.F. 1997

ELECTRÓNICAS

<http://www.gobcan.es.Publicaciones>. "Maternidad Prematura", suplemento semanal del Diario la prensa.

<http://www.cimac.org.mx> "El embarazo"

<http://www.elalmanaque.com> "Cuidados en el embarazo"

<http://www.omega.ilce.mx> "ABC del Embarazo".

<http://www.nacersano.org> "El estrés durante el embarazo".

<http://www.babyespana.com> "Embarazo y trabajo".

<http://www.ciudadmedica.com> "Polihidramnios complicaciones perinatales"
Abramsón D.B.

<http://www.buenasalud.com> " Infección de vías urinarias"

<http://www.facmed.UNAM.mx> "Ruptura prematura de membranas"

<http://www.abctusalud.com> "Talla materna"

<http://www.contusalud.com> "Tabaquismo en la familia"

<http://www.bibmed.ucla.edu> "Aspecto psicológico del embarazo"

<http://www.iladiba.com> "Diabetes gestacional"

<http://www.paliteweb.gelon.com> "Guías de cuidado perinatal y neonatal",
Federación Nacimiento de Neonatología y Perinatología de México.

<http://www.esuelamed.obstetricia.alforiesgo.html> "Nutrición materna y
embarazo"

<http://www.partopret.html> "Parto pretérmino", Néstor G. N.

<http://www.programa.de.prev.html> "Prevención de parto pretérmino"

<http://www.informamujeres.html> "Sexualidad y salud"