

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

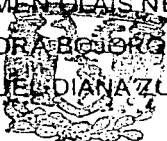
**TESIS**

**"NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU INFLUENCIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN DOS INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE LOS MOCHIS, SINALOA"**

**PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.**

**PRESENTAN:**

- |                              |           |
|------------------------------|-----------|
| MARIA FLORINA ALVAREZ ALANIZ | 9761215-1 |
| CARMEN OLAIS NEYOY           | 9761211-3 |
| ZAMORA B. JORQUEZ OLGA       | 9761197-2 |
| RAQUEL DIANA ZUÑIGA MOORE    | 9761204-1 |



**Escuela No. 1001**  
**Enfermería y Obstetricia**  
**Coordinación de**  
**Servicio Social**

**ASESOR ACADEMICO:**  
**LIC. MARÍA DE LOS ANGELES GARCÍA ALBARRAN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## DEDICATORIAS

A nuestros padres con gratitud y cariño por haber guiado, comprendido, apoyado e inculcado el hábito de estudio en el transcurso de la carrera. A quienes debemos apoyo moral y económico.

A nuestros hijos y esposos que con su apoyo incondicional contribuyeron a la culminación de esta etapa de la carrera.

A las integrantes del equipo por el esfuerzo y dedicación para llegar al término de la carrera y el haber presentado finalmente la tesis

## AGRADECIMIENTOS

Se agradece a los asesores por haber transmitido conocimientos para nuestra formación.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM (Universidad Nacional Autónoma de México) y la Escuela de Enfermería Mochis de la UAS (Universidad Autónoma de Sinaloa), por la formación profesional recibida a través de sus excelentes maestros.

A todo el personal Médicos, Enfermeras y pacientes, de los hospitales ISSSTE (Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado y Hospital General de los Mochis Sin, por las facilidades prestadas en el desarrollo de la presente Investigación de la Tesis.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>2</b>
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Justificación de la investigación.....	3
1.2 Ubicación del tema.....	5
1.3 Delimitación del problema.....	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Socialización para el ejercicio profesional de la enfermera.....	7
2.2 La teoría del conocimiento como actividad intelectual de la profesión de la enfermería.....	10
2.3 Riesgo Reproductivo.....	11
2.3.1 Enfoque de riesgo.....	12
2.3.2 Cómo se mide el riesgo.....	13
2.3.3 Usos del enfoque de riesgo.....	16
2.3.4 Control Prenatal.....	18
2.4 Factores socioeconómicos que generan riesgo reproductivo.....	20
2.4.1 Nivel Socioeconómico.....	20
2.4.2 Estado Civil.....	21
2.4.3 Escolaridad.....	22
2.4.4 Ocupación.....	24
2.4.5 Consanguinidad.....	24
2.5 Detección oportuna de factores de riesgo.....	26
2.5.1 La edad materna como factor de riesgo.....	26
2.5.2 Estatura.....	27
2.5.3 Nutrición.....	28
2.5.4 Peso corporal.....	29
2.5.5 Antecedentes obstétricos.....	31
2.6 Antecedentes maternos patológicos.....	39
2.6.1 Hipertensión.....	39

2.6.2	Diabetes mellitus.....	40
2.6.3	Cardiopatía.....	40
2.6.4	Enfermedad renal.....	41
2.6.5	Nefropatía.....	41
2.6.6	Disfunción Tiroidea.....	42
2.6.7	Toxoplasmosis.....	43
2.6.8	Rubeola.....	44
2.6.9	Toxicomanías y embarazo.....	44
2.7	Evaluación de riesgo pennatal en el inicio del trabajo de parto.....	47
2.7.1	Actividad uterina.....	47
2.7.2	Dilatación cervical.....	47
2.7.3	Frecuencia Cardíaca fetal.....	48
2.7.4	Descenso de presentación.....	48
2.7.5	Duración del trabajo de parto.....	49
2.7.6	Configuración pélvica.....	50
<b>III. METODOLOGÍA</b>		
3.1	Hipótesis.....	52
3.2	Variables e indicadores.....	54
3.3	Tipo y diseño de investigación.....	56
3.4	Técnicas e instrumentos de investigación.....	59
3.5	Universo, población y muestra.....	60
<b>IV. ANÁLISIS ESTADÍSTICO</b>		
4.1	Procesamiento de datos.....	61
4.2	Análisis e interpretación de resultados.....	62
4.3	Cuadros y gráficas.....	63
<b>CONCLUSIONES</b> .....		130
<b>RECOMENDACIONES</b> .....		132
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....		134
<b>ANEXOS</b>		
<b>GLOSARIO</b>		

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación ha sido estructurada con el fin de analizar el nivel de conocimiento del personal de enfermería y su influencia en la identificación de factores de riesgo en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto en dos instituciones hospitalarias en los Mochis Sinaloa.

Este trabajo permite establecer un diagnóstico integral del nivel de conocimiento del personal de enfermería acerca de factores de riesgo en mujeres embarazadas. Para realizar este análisis se ha planteado desarrollar un primer capítulo de esta investigación con diversos apartados de importancia, como son los siguientes: Objetivos, planteamiento del problema, justificación de la investigación, ubicación del tema de estudio y delimitación del problema.

El segundo capítulo describe el marco teórico en donde se presentan los fundamentos teóricos metodológicos de autores que han realizado investigaciones que apoyan tanto el problema como la hipótesis de la investigación.

En el tercer capítulo se presenta la metodología, que incluye los siguientes apartados: Hipótesis general, de trabajo y nula, variables independientes, dependientes e indicadores, tipo y diseño de investigación y técnicas de investigación utilizadas.

En el cuarto capítulo se desarrollan los aspectos de más relevancia estadística como son: Universo, población y muestra, procesamiento de datos, comprobación de hipótesis análisis e interpretación de resultados.

Y por último se incluyen conclusiones y recomendaciones, bibliografía, anexos, apéndices y cuestionarios.

Es de esperarse que esta investigación al ser desarrollada proporcione al personal de enfermería mayor información referente a los diversos procesos de atención de enfermería en cuanto a los riesgos en el trabajo de parto.

## **OBJETIVOS**

### ***GENERAL***

Analizar el nivel de conocimiento y su influencia en el personal de enfermería en la identificación de factores de riesgo a las mujeres embarazadas en trabajo de parto en dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa.

### ***ESPECÍFICOS***

Identificar el nivel de conocimientos del personal de enfermería acerca de la identificación de factores de riesgo en las mujeres embarazadas en trabajo de parto en dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa.

Considerar la importancia del quehacer profesional de enfermería en la identificación de factores de riesgo, para prevención de muertes neonatales, maternas y complicaciones.

Determinar la influencia de la formación profesional de enfermería en la atención de pacientes embarazadas en trabajo de parto.



## **I.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### ***1.1 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN***

Conocida la magnitud del problema de salud que representan los factores de riesgo de las mujeres embarazadas durante el trabajo de parto en dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa, es importante investigar el nivel de conocimiento del personal de enfermería acerca de los factores de riesgo, pues se observó que del total de mujeres embarazadas en trabajo de parto que recibieron atención médica entre Marzo a Septiembre del 2000, un grupo de mujeres presentó complicaciones de parto. En ocasiones la madre y en otras el producto. Así mismo investigar la influencia en el actuar del personal de enfermería y reconocer la importancia que éste tiene dentro del equipo de salud en la prevención y educación de la comunidad.

Durante el desempeño laboral una de las funciones de la enfermera profesional es dar atención directa al paciente independientemente de cual sea el sistema de trabajo implementado en la institución hospitalaria, por ello la enfermera debe estar actualizada y con gran capacidad de habilidades, destrezas y conocimientos en su saber y quehacer profesional para detectar irregularidades en la valoración de factores de riesgo en las pacientes embarazadas

El presente trabajo de investigación se justifica porque permite contar con la información fidedigna, reciente y actualizada en relación con el problema planteado de la valoración de los factores de riesgo de mujeres en trabajo de parto.

Se justifica también porque con base en las evidencias obtenidas, se podrán proponer alternativas y estrategias tendientes a solucionar en parte la problemática presentada para disminuir los factores de riesgo durante el trabajo de parto en las mujeres atendidas en estas dos instituciones.

Con este estudio se pretende motivar al personal de enfermería para que conozca la forma en que desempeña su trabajo y tome alternativas de acción que la impulsen a mejorar la atención que otorga a la paciente embarazada.

Finalmente por que este trabajo permitirá a los autores obtener el título de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia, y contribuir con los programas de investigación que apoyan el trabajo de enfermería en el área de materno infantil y perinatal.

## **1.2 UBICACIÓN DEL TEMA**

El presente trabajo de investigación se ubica en el área de gineco-obstetricia, salud pública, psicología, sociología y enfermería.

Se ubica en el área de Ginecobstetricia por estar relacionada al manejo asistencial de la mujer embarazada, ya que de éste depende el resultado del nacimiento de un nuevo ser sano. Además de que le ofrece a la madre las alternativas para iniciar el autocuidado en el área perinatal.

Se ubica en el área de salud pública por la importancia que tiene la educación de la madre para el cuidado y mantenimiento de su salud, antes, durante y después del embarazo. Y también por el papel fundamental que desempeña la enfermera en la enseñanza del autocuidado en la comunidad en el área perinatal.

Se ubica en el área de psicología, ya que la perspectiva psicológica estudia la forma en que los estados psíquicos de la persona y los rasgos de su personalidad influyen en su respuesta a la salud y a la enfermedad. Este componente emocional se ha identificado a menudo como la causa o el desencadenante de una enfermedad y puede influir en la duración y evolución de la misma. En la apreciación cognoscitiva; la percepción, evaluación y reacción frente a los agentes productores de estrés y frente a los síntomas los cuales son distintas en cada persona.

Se ubica en el área de sociología ya que los factores que influyen en el concepto de salud comprenden las actitudes y acciones de cada persona hacia los demás. Las actitudes que influyen en la salud son el cambio, la cooperación y la colaboración, el valor social de la salud en contraste con otros valores sociales, la visión de la "humanidad" como esencialmente buena o mala y la naturaleza del hombre.

Se ubica en el área de enfermería porque son precisamente los profesionales de enfermería los sujetos de estudio de este trabajo de investigación.

### **1.3 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

Como factores importantes en el desarrollo de este estudio se consideran los siguientes:

Nivel de conocimiento en cuanto a preparación escolar, capacitación, educación continua, experiencia laboral, años de servicio.

Influencia en la identificación de factores de riesgo, prontitud en la identificación de factores de riesgo, canalización de factores de riesgo, seguimiento.

En base a las anteriores delimitaciones esta investigación pretende profundizar en el siguiente problema:

¿Cuál es el nivel de conocimientos del personal de enfermería y su influencia en la identificación de factores de riesgo en mujeres embarazadas durante el trabajo de parto en dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa?

## II.- MARCO TEÓRICO

### **2.1.SOCIALIZACIÓN PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA**

Cada estudiante que ingresa en un programa educativo de enfermería posee conocimientos y valores que están en consonancia con sus experiencias personales como estudiantes. Muchas alumnas ingresan en el campo de la enfermería con la idea que las enfermeras son personas encargadas de ayudar a recuperarse a las personas que están enfermas. Sin embargo, las enfermeras profesionales han ampliado su campo de acción, manteniendo contactos mutuos con los clientes y otros profesionales sanitarios para fomentar, mantener y recuperar la salud del cliente.

Por tanto, el proceso de socialización implica cambios en las percepciones, en los conocimientos teóricos y prácticos, en las actitudes y en los valores. Benner (1984) describe cinco niveles de profesionalización a medida que la enfermera se perfecciona y adquiere los conocimientos, destreza, actitudes y valores de la enfermería. Estos niveles de profesionalidad son los siguientes: principiante, principiante avanzada, competente, profesional y experta.

**Etapas:**

**Etapas 1: principiante.** Una principiante puede ser una estudiante de enfermería que ha accedido a un ámbito clínico donde no tiene experiencia. Sus facultades son sumamente limitadas y a menudo se rigen por reglas y protocolos estructurados.

**Etapas 2: Principiante avanzada.** La principiante avanzada puede demostrar unas capacidades aceptables. Esta principiante ha tenido experiencia con bastantes situaciones reales como para ser consciente de los aspectos significativos de una situación. Un ejemplo es la capacidad para reconocer la disposición de un cliente a la hora de aprender a manejar el plan terapéutico.

**Etapa 3: Competente.** La enfermera pone de manifiesto su competencia una vez que ha desempeñado una tarea similar durante 2 o 3 años. La competencia se obtiene cuando la enfermera es capaz de planificar en forma deliberada y consciente la asistencia, y de coordinar muchas demandas asistenciales complejas. En esta etapa, la enfermera demuestra su capacidad de organización, pero carece de la velocidad y eficacia de la enfermera profesional. La enfermera competente sabe dar prioridad a las necesidades de salud de un individuo o de un grupo de clientes. Por ejemplo la enfermera competente se asegurará de que los goteos intravenosos estén funcionando, de que los clientes están recibiendo los medicamentos adecuados y de que las necesidades físicas del cliente se cubran lo antes posible.

**Etapa 4: Profesional.** La enfermera profesional percibe las situaciones como un todo, y no solo sus aspectos individuales. Esta enfermera se ocupa de los objetivos a largo plazo y se encarga de orientar y controlar los cuidados de enfermería del cliente en lugar de realizar tareas específicas. Esta visión Holística perfecciona las decisiones que toman las enfermeras profesionales.

La enfermera profesional utiliza los dictámenes como guía, pero solo los aplica después de adquirir un conocimiento profundo de la situación. Por ejemplo, una enfermera que va a desconectar a un paciente de un respirador evalúa las constantes vitales del paciente en busca de cualquier indicio significativo, empero, la enfermera es consciente de que unas constantes altas pueden indicar ansiedad. La enfermera sopesa la decisión de tratar al paciente para calmarle teniendo en cuenta que los medicamentos pueden perjudicar la respiración. La enfermera toma la decisión de acuerdo con las necesidades de la situación y con las enseñanzas adquiridas en experiencias anteriores.

**Etapa 5: Experta.** La enfermera experta ya no se guía por reglas, por orientaciones, ni dictámenes para relacionar la idea sobre una situación con las decisiones que deben tomarse. De forma automática, capta cada situación y se

ocupa exactamente del problema esencial sin perder el tiempo en considerar la amplia gama de otros diagnósticos y soluciones innecesarias. La enfermera experta puede sentirse inclinada a decir que tomó una decisión porque <pensaba que era la correcta>. Las enfermeras expertas han adquirido gran percepción o una gran capacidad de reconocimiento y sus actuaciones son fluidas flexibles y muy competentes. La gran capacidad analítica de la enfermera se puede trasladar a otras situaciones en las que no ha tenido experiencia previa.

Los estudiantes de enfermería pueden potenciar su propio proceso de socialización tratando de obtener experiencias con la ayuda de la enfermera responsable y comentando las experiencias obtenidas en la clínica y en las aulas con el profesorado, sus compañeras de estudio y las colegas que ejercen su profesión.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> KOZIER Barbara, Glenora Erb. Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y práctica. Ed. MC GRAW – Hill Interamericana, México 1998. Vol. 1 p.p. 848.

## **2.2 LA TEORÍA DEL CONOCIMIENTO COMO ACTIVIDAD INTELLECTUAL DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA.**

La teoría proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos.

La capacidad del personal de enfermería se ve aumentada a través del conocimiento teórico, ya que es más probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente, y sirve de referencia, ante la duda.

La teoría proporciona, asimismo, autonomía profesional a través del punto de referencia que supone tanto para el ejercicio profesional como para la formación y las labores de investigación de la profesión.

El estudio de la teoría por último, favorece el desarrollo de la capacidad analítica, estimula el razonamiento, clarifica los valores y los supuestos y determina los propósitos del ejercicio profesional, educación e investigación de la enfermería.

El término conocimiento sugiere que la ciencia está formada por lo que se conoce sobre una materia. El conocimiento se basa en datos objetivos.

La ciencia se define como una doctrina o conjunto unificado de conocimientos que se ocupa de una materia específica, junto con los métodos y habilidades necesarios para proporcionar dicho conocimiento. Por lo tanto, la ciencia de la enfermería son los conocimientos relaciones con la disciplina de la enfermería, junto con los procedimientos y metodología utilizados para la adquisición de dicho conocimiento. Uno de los fines de la ciencia es la identificación de los hechos o verdades que configuran la materia de una disciplina averiguando el qué, el quién, el donde y el cuando de los fenómenos de interés para la disciplina.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> MARRINER - TOMEY Ann. Modelos y teorías en enfermería. Ed. Harcourt Brace. España, 1997, pp. 514



## **2.3 RIESGO REPRODUCTIVO**

### **SISTEMA PARA VALORACIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL CONCEPTO DE SALUD REPRODUCTIVA**

La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción". Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante el proceso de gestación, sino se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable<sup>3</sup>.

El concepto de salud reproductiva es el derecho que tienen las personas a ejercer su sexualidad libre de temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos. En términos más amplios, la salud reproductiva contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo, y disfruten de los bienes sociales de la vida<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup>OPS Salud Reproductiva: Concepto e importancia N° 39cap. Definición y Concepto de Salud Reproductiva P. 5.

<sup>4</sup> Ibidem p.6

### 2.3.1 ENFOQUE DE RIESGO

Cuando se trabaja con seres vivos y en especial con seres humanos, es necesario que se aplique un método de trabajo y más si éste está encaminado a la atención de la salud de personas, grupos familiares o bien comunidades que habitan en un área determinada.

Por riesgo se puede definir como contingencia o proximidad de un daño, y en términos de salud se define como la probabilidad que posee un individuo o grupos de individuos de sufrir en el futuro un daño que detenga su salud, ya sea individual o de manera colectiva. Este enfoque se basa en la suposición de que no todas las personas, familias o comunidades tienen la misma probabilidad o riesgo de contraer alguna enfermedad y morir, sino que, para algunos individuos es mayor esta probabilidad que para otros, ya sea por su alimentación, sistema inmunológico, hábitat, etc.

Esto implica que las personas que posean un menor grado de posibilidades de enfermarse, necesitarán una menor cantidad de cuidado, mientras que las personas que poseen una mayor posibilidad de enfermarse tendrán un máximo cuidado. Como se ve, los cuidados para las personas de alto riesgo y para las de bajo riesgo, no son iguales; por lo que los recursos se deben distribuir de manera necesaria para que tengan una mayor eficacia al ser usados, ya que serán usados de acuerdo a las necesidades del individuo o grupos de individuos, en función del principio de justicia distributiva, que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad o carencia de recursos.

Si se requiere tener un mayor control sobre los individuos o grupos de individuos garantizando su captación, es necesario que se cuente con los instrumentos adecuados para su identificación, implementados en los servicios de salud con una amplia cobertura.

No todos los problemas de salud son críticos, por lo que es necesario identificarlos adecuadamente para controlarlos, de acuerdo con su prioridad, teniendo un mayor

impacto al controlar los más críticos. Al establecer las prioridades es necesario tomar en cuenta la magnitud del problema, su gravedad y la efectividad tecnológica con que se cuenta para neutralizar el problema, así como el costo económico de dicho control, el impacto a corto y largo plazo en la comunidad, logística, recursos humanos, etc.

Los problemas de salud no se distribuyen homogéneamente, sino que son heterogéneos. Existen subgrupos socioeconómicos, etc. En donde se presentan más que en el resto de la población. Para poder lograr un mayor impacto se necesita controlar preferentemente los subgrupos más afectados o grupos de alto riesgo.<sup>5</sup>

### 2.3.2. COMO SE MIDE EL RIESGO

#### PERIODO PERINATAL

Es el lapso que se inicia el primer día de la semana 22 (154 días) de gestación y se termina veintiocho días completos después del nacimiento<sup>6</sup>.

En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, el cuál sirve como un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos para el recién nacido.

La forma para detectar estos riesgos es a través de la atención prenatal que se define como: "la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de las integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y manejo del recién nacido<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Diaz y Otros. El enfoque de riesgo y la atención materno infantil. Antología Obstetricia II. ENCO. UNAM 2000.p.11

<sup>6</sup> SS. Maternidad saludable y sin riesgo p.54.

<sup>7</sup> Ibidem.p.52.

En otras palabras la atención prenatal identifica a mujeres embarazadas que presentan ciertos factores que pueden propiciar daño perinatal, lo que permite brindarle una atención médica más cuidadosa durante la gestación y para lo cual existe una clasificación del riesgo perinatal en el embarazo en base a los factores de riesgo detectados. De acuerdo a estos, el embarazo se puede clasificar en Riesgo Bajo, Riesgo Medio y Riesgo Alto.

*Riesgo Bajo:* En él se ubican las pacientes en las cuales no se detectaron factores que pongan en riesgo la salud de la mujer o del feto, por lo que estas pacientes pueden ser controladas con los recursos del primer nivel de atención.

*Riesgo Medio:* En este parámetro se enlistan las mujeres que presentan actualmente o presentaron uno o varios factores de riesgo que aumentan la probabilidad de daño para la concepción ya sea durante el periodo preconcepcional y/o gestacional en el cual incluirá al feto.

*Riesgo Alto:* En este nivel se encuentran las mujeres en las que se han identificado factores de riesgo, ya sean previos o en el momento de la concepción, los cuales incluirán al producto.

Cualquier alteración que se produzca en el período gestacional tendrá efectos no sólo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significarán una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> OPCIT: Salud Reproducción: Enfoque de riesgo en la prevención del daño durante el proceso de reproducción, p.15

Falta

Página

15

### 2.3.3. USOS DEL ENFOQUE DE RIESGO

El enfoque de riesgo requiere para su correcta aplicación los siguientes 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 en donde los problemas prioritarios de salud se concentran.

Selección de los factores de riesgo de padecer los problemas prioritarios de salud. Los factores pueden ser de interés a nivel:

*Poblacional* (factores de alta frecuencia en la población que imponen acciones a nivel de cada comunidad). En este nivel se ubican fundamentalmente los factores socioeconómicos y culturales.

*Individual* (factores de baja frecuencia en la población que permiten identificar un número pequeño de individuos de total –no más del 20%- para concentrar en ellos acciones diferenciadas). En este nivel se ubican los factores biológicos referidos a la edad, índice pondoestatural, nutrición, patológicos, etc.. Esta selección de factores tomará en cuenta lo mencionado anteriormente en cuanto a la fuerza de asociación con el daño (RR), incidencia, posibilidad de identificación, de control e impacto poblacional de ese control (riesgo atribuible en la población R. A. P. ).

Elaboración de instrumento de predicción de riesgo. El sistema de notación o puntaje tiene por objeto la clasificación de los individuos o grupos en distintas categorías de riesgo; las notas más altas corresponden a un mayor riesgo con respecto a la evaluación considerada. El método más sencillo consiste en atribuir, basándose en la experiencia obtenida, un número de puntos determinado a cada característica.

El sistema de notación debe ser de una simplicidad tal que permita ser usado rutinariamente, sin gran consumo de tiempo y por el personal que brinda la atención.

Debe además ser representativo de la realidad, basando en el estudio de los problemas de salud y de los factores de riesgo de la población determinada en la que va a aplicarse.

Mientras no se cuente con un sistema que reúna estas características, puede ser de utilidad recurrir al uso de listado de los factores que pueden aumentar el riesgo perinatal como fue señalado anteriormente. Esto permitiría altemar al personal responsable del cuidado de la madre y del niño para facilitar la toma de decisiones que las normas dispongan.

*Estrategias de intervención.* El enfoque de riesgo contribuye un método de trabajo de carácter esencialmente preventivo y es el fundamento epidémico de la regionalización del cuidado de la salud.

La utilización del enfoque del riesgo en la atención de los problemas de salud, basado en el principio de dar cuidado diferenciado según sus necesidades y en la posibilidad de seleccionar individuos o grupos según grados de riesgo, implica la formulación y aplicación de estrategias de intervención orientadas preferentemente a:

Aumento gradual de cobertura hasta llegar a un enlace total (por el sistema de servicios de salud) con el fin de poder identificar aquellos individuos o grupos de población que, aún siendo minoritarios, concentran el mayor número de resultados no deseados y que con coberturas menores pueden no tener acceso fácil a los servicios de salud.

Reasignación de recursos según grados de riesgo para dar cuidados básicos a los individuos y grupos de bajo riesgo y concentrar cuidados con la más probable consecuencia de un mayor impacto a mayor costo.

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

Participación de la comunidad y del personal de salud local en el estudio de los problemas y en la solución de los mismos<sup>9</sup>.

#### 2.3.4 CONTROL PRENATAL

En teoría la evaluación de la salud de una mujer se inicia mucho antes de que esta última se embarace, de modo que se pueda lograr un estado óptimo de salud, pero en la realidad la mayor parte de la evaluación prenatal tiene lugar en algún punto del embarazo, generalmente hacia el fin del periodo embrionario o después de que ha terminado este último. La evaluación y la intervención debe iniciarse en la fase temprana del primer trimestre, pero las mujeres por lo general esperan hasta que surge la amenorrea para buscar cuidados prenatales.

El advenimiento de pruebas de embarazo más sensibles ha permitido el diagnóstico de la fecundación antes de que como primer signo surja la amenorrea.

---

<sup>9</sup> Díaz, Schwavel opcit. Antología obstetricia II p.117



Los cuidados para la mayor parte de las embarazadas han sido tarea de médicos, trátase de médicos generales ginecólogos, durante este siglo, pero algunas mujeres son atendidas por parteras o enfermeras ginecológicas y en años recientes se ha incrementado el número de estas últimas y de las enfermeras que se especializan en maternidad y cuidados médicos de la mujer. Así la asistencia del embarazo está cada vez más a cargo de enfermeras o enfermeras obstetras que trabajan en consulta y colaboración con médicos.

La enfermera con frecuencia interroga a la mujer, elabora el expediente clínico e imparte las clases prenatales, cuando es un médico el que se hace cargo de los cuidados, pero la enfermera también está en posición de evaluar síntomas, recibir la muestra para laboratorio y brindar apoyo y explicaciones a la mujer durante el examen físico. Una gran parte de la planeación de ella y la enfermera y la evaluación de los cuidados aportados por esta última son un proceso continuo y parte íntima de las intervenciones. Es importante que la evaluación y la intervención iniciales tengan lugar en un ambiente de intimidad y en forma oportuna. Ello se deriva de que en tales circunstancias, al no existir distracciones, prisas y rutinas al presentar los servicios, sea posible motivar a la embarazada para que aporte la información necesaria y también iniciar las enseñanzas correspondientes y el análisis de aspectos que preocupan a la propia gestante. La evaluación completa incluye una entrevista, la anamnesis (interrogatorio) y exploración física, y las pruebas de laboratorio apropiadas<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Hawkins y Otros. La embarazada y su organismo. Biblioteca básica de enfermería. 1998, por Oxford University – Hasta México p. 183 – 185

## **2.4. FACTORES SOCIOECONÓMICOS QUE GENERAN RIESGO REPRODUCTIVO**

### **2.4.1. NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Uno de los aspectos más importantes para cualquier análisis de las necesidades de salud de una población es la estructura socioeconómica, y ya que si bien no tiene una influencia directa en la población que enferma es un elemento determinante que se deja sentir en todos los niveles. En países como México, la diferencia entre los diferentes estratos económicos y sociales es muy importante. La riqueza se encuentra en manos de una pequeña proporción de personas y la mayoría de las familias está sumida en el empobrecimiento extremo y el hambre, aumentando de esta manera las desigualdades sociales.

El nivel social y económico sufre de una privación material que lo excluye del consumo suficiente de bienes y servicios, lo que incluye al acceso restringido a los servicios de salud, lo que afecta directamente la salud individual y grupal de manera indirecta.

Si se toma en cuenta además que mucha de la población es rural y que ahí no llega la medicina institucional, mucha población carece de este servicio. Esta misma estructura socioeconómica determina los conceptos dominantes sobre el proceso salud-enfermedad, los políticos y programas de salud y finalmente la organización de los servicios de salud.

El concepto dominante del proceso salud-enfermedad particularmente relacionado con la salud materna es que el embarazo, parto y puerperio son eventos naturales que en la mayoría de las ocasiones deberían ocurrir sin complicaciones ni efectos para la salud de las mujeres; sin embargo, la ocurrencia de estas complicaciones es cada vez más frecuente por las características mismas de la importación de factores de riesgo. Así, por un lado los servicios de salud atienden a mujeres embarazadas en condiciones "normales", que por su misma condición no

presentan muchas necesidades de atención (lo cual genera problemas de calidad, desde el punto de vista técnico e interpersonal). Por otro lado, la población no acude a solicitar servicio por ese mismo concepto de normalidad, que incluye muchas complicaciones mayores (Los servicios son para los enfermos y las mujeres no están en esta situación)<sup>11</sup>.

El nivel socioeconómico como factor de riesgo

Los recursos limitados: En los países en desarrollo la pobreza, las tradiciones culturales y las leyes nacionales restringen el acceso de la mujer a las herencias y a los recursos económicos. Sin dinero, no pueden decidir independientemente sobre su salud ni buscar los servicios necesarios.

La pobreza es un estilo de vida caracterizado por nacimiento, higiene y educación deficientes, ignorancia, indiferencia y medios inadecuados para mantener la salud personal. Es por ello que si un recién nacido durante el periodo gestacional no fue bien nutrido y las condiciones socioeconómicas en que vivía la madre fueron inadecuadas, el recién nacido puede ser pretérmino, con bajo peso, desnutrición en útero o bien con alguna malformación congénita debido a que fue gestado en un medio hostil y no tuvo la opción de contar con un adecuado control prenatal.

#### 2.4.2 ESTADO CIVIL

Estado Civil: en la sociedad por tradición cultural, el embarazo fuera del matrimonio se considera como factor de riesgo, ya que la mujer carece del apoyo de una pareja, lo que condicionará que realice trabajos inadecuados que le impedirá tener el reposo óptimo, tendrá un estado nutricional deficiente, angustia y estrés, todo ello se verá reflejado en la evolución del embarazo.

---

<sup>11</sup> Dra. Reyes Fausta. Mortalidad materna en México. IMSS Investigación Médica, p. 61

La diferencia en el estado civil de las mujeres se ha considerado factor de riesgo, encontrándose una razón de momios de 1.7 para las mujeres solas en comparación con las casadas.

Hay muchas facetas del problema de la madre soltera en la sociedad. La mujer que no se ha casado debe enfrentarse al hecho del embarazo, que demuestra su violación de las leyes sociales. El padre que se ha casado, muchas veces reacciona con la sensación de que ha sido "atrapado" o víctima de "chantaje". En las adolescentes, muchas de las cuales son inmaduras física y emocionalmente.

El que tiene mayores probabilidades de sufrir por todo ello es el hijo ilegítimo.

Las madres solteras deben ser asistidas con bondad y comprensión y las enfermeras deben conocer perfectamente los servicios que pueden brindar ayuda.<sup>12</sup>

### 2.4.3 ESCOLARIDAD

La escolaridad de la mujer se asocia con la frecuencia de hijos prematuros, mediada por la posición, el ingreso y la ocupación la cuál influye para que la mujer embarazada (o inclusive antes de la concepción) busque asistencia medica adecuada.

Cuándo se les niega educación a las jóvenes, como adultas, su salud tiende a ser precaria, sus familias más numerosas y el riesgo de muerte que enfrentan sus hijos suele ser mayor.

---

<sup>12</sup> 10 Bookmiller, Bowen Estadísticas vitales y factores económicos relacionados con la asistencia obstétrica, Enfermería Obstétrica, México. 1987., p. 37

Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia. Las mujeres que han cursado siete años o más de educación se casan como promedio cuatro años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación.<sup>13</sup>

En el siguiente ejemplo obtenido de una encuesta se fundamenta, la influencia que tiene la escolaridad materna en el embarazo como un factor de riesgo.

La asociación del grado de escolaridad de la mujer con la frecuencia de hijos prematuros ofrece diferencias marcadas sólo en los extremos del rango pues la frecuencia en la mayoría de los grupos de primaria elemental, primaria completa, preparatoria, va entre 10.3 y 11.7%, mientras en las analfabetas se registró de 12.9% y en las profesionistas de 9.7%. De importancia resulta observar que en esta encuesta las analfabetas constituyeron el 16.9% del grupo y las profesionistas sólo 2.5%.<sup>14</sup>

Es muy probable que las mujeres que viven en condiciones de pobreza tengan menor acceso a la educación. Las que sólo terminaron la primaria tienen un riesgo de morir cuatro veces mayor que las que cursaron secundaria o más. Quienes no recibieron educación tienen más probabilidades de aceptar explicaciones no racionales del embarazo, el parto y sus complicaciones, además de que están menos preparadas para buscar atención profesional porque no saben lo que se les puede ofrecer o por el temor al trato que van a recibir. Así el hecho de que una gran proporción de las mujeres que fallecen sean analfabetas o con bajos niveles de escolaridad es importante ya que los mensajes para prevención pueden ser fácilmente atendidos si se les concibe a partir de esta premisa.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> [www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

<sup>14</sup> Gen. Prevención de los defectos al nacimiento, p. 9

<sup>15</sup> Op. Cat. Dra. Reyes. Mortalidad Materna, p. 65

#### 2.4.4 OCUPACIÓN

Actividad laboral: son las actividades manuales e intelectuales que desarrolla cada individuo dentro del ámbito familiar y social en que esta inmerso, respecto a la mujer está realiza trabajos de atención a la familia, crianza de los hijos, labores de la casa y muchas veces fuera de ella (trabajo remunerado) lo que ocasiona partos pretérmino, actividad laboral que requiere un gran esfuerzo físico disminuyendo la nutrición fetal lo que provoca hipotrofia.<sup>16</sup>

Aunque en la literatura se ha reportado que no existe asociación entre la mortalidad materna y la ocupación, es indudable que al mejorar la capacitación e incrementar las oportunidades de empleo ayuda a disminuir la mortalidad ya que se eleva el nivel socioeconómico de la mujer, así como la posibilidad de acceso a bienes y servicios, incluyendo los de salud, a los cuales adquiere derecho. Es necesario estudiar los efectos negativos a que están expuestas en sus centros de trabajo o los provenientes del desgaste que les provoca el trabajo mismo; o las dobles o triples jornadas a las que diariamente se ven sometidas y de las que tienen pocas oportunidades de recuperarse, poniendo en peligro la vida del producto y la propia.<sup>17</sup>

#### 2.4.5 CONSANGUINIDAD

La consanguinidad aumenta el riesgo de que ocurran las enfermedades recesivas (enfermedades genéticas) y se observa con más frecuencia entre las parejas que han tenido algún hijo afectado que en la población general. Esto obedece a que cuando más cercano es el parentesco entre dos individuos mayor es el número de genes que tienen en común.<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> [www.ecomunidad.com](http://www.ecomunidad.com)

<sup>17</sup> Opct. Mortalidad Materna en México, p. 65

<sup>18</sup> Arenas Genética. Antología Cap. Herencia Mendeliana y Monogenética, p. 129

Se tomará sangre para pruebas serológicas de sífilis o V.D.R.L. y, durante alguna de las primeras visitas, se valorarán el número de glóbulos rojos y la concentración de hemoglobina. Al comienzo del embarazo es esencial determinar el tipo sanguíneo y el factor Rh.

Si el factor Rh de la interesada fuera negativo, se comprobará si el del marido también lo es o si es positivo.

Si el primer caso se presentara, no habrá problemas respecto a hemopatías en el recién nacido. En el segundo, será preciso determinar en la futura madre la presencia de anticuerpos y repetir el examen hacia la trigésima semana de la gestación. Si se descubren anticuerpos se practicarán valoraciones de los mismos, con intervalos regulares, para guiar al médico respecto a las medidas que debe tomar tan pronto nazca la criatura.

Cuando la sangre de la embarazada es de grupo "O", algunos autores aconsejan estimar sistemáticamente el grupo sanguíneo del esposo como método profiláctico en caso de que el neonato presente ictericia a causa de reacción por sensibilidad ABO.

Si las reacciones serológicas de la paciente fueran positivas, deberá examinarse también la sangre del marido.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Opct. Bookmiller Cap. Asistencia Prenatal, p. 112-113

## **2.5 DETECCIÓN OPORTUNA DE FACTORES DE RIESGO**

### **2.5.1 LA EDAD MATERNA COMO FACTOR DE RIESGO**

**Edad:** Estudios basados en registros vitales y de encuestas demográficas muestran una asociación entre edad, paridad y morbi-mortalidad perinatal, los riesgos materno, fetal y neonatal son más altos cuando la mujer embarazada es muy joven o comparativamente vieja para la reproducción.

La edad de la madre menor de 20 años se asocia con una tasa aumentada de muerte perinatal y de partos prematuros. La concepción después de los 35 años plantea un riesgo creciente de defectos genéticos y se asocia a una tasa aumentada de muerte en este grupo.

Se han hecho tres tipos de asociaciones para las madres adolescentes y mayores de 35 años: mal desempeño obstétrico, aumento de enfermedad hipertensiva del embarazo, partos distócicos, mayor frecuencia de bajo peso al nacer de los hijos y mayor porcentaje de niños con síndrome de Down.

Las mujeres de 20 a 29 años de edad tienen los índices más bajos de morbilidad y mortalidad materna, perinatal y de lactantes, en tanto que las mujeres menores y de más edad tienen índices más altos.

El embarazo en la adolescente se asocia con el riesgo más alto de enfermedad para el binomio.

Las adolescentes encinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como la toxemia, hipertensión, anemia importante, parto prematuro, y/o placenta previa.



Los bebés de madres adolescentes tienen de 2 a 6 veces más de probabilidades de tener bajo peso de nacimiento que aquellos que nacen de madres de 20 años o más. Esto es casi siempre por ser bebés prematuros, pero el retraso del crecimiento intrauterino (crecimiento inadecuado del feto durante el embarazo) es también un factor. Las madres adolescentes son más dadas a demostrar comportamientos tales como fumar, uso de alcohol o abuso de drogas. Alimentación inconsecuente y pobre; o parejas sexuales múltiples. Esto puede poner al bebé en un riesgo alto de crecimiento inadecuado, infecciones, o dependencia química. El riesgo de muerte del bebé durante el primer año de vida se incrementa en relación con la edad de la madre, cuando menor de 20 años sea.<sup>20</sup>

Cada año 15 millones de niños nacen de madres adolescentes. Las jóvenes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 15 veces mayor. Debido a que el embarazo es tan frecuente en esta edad y conlleva tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la mayor causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad en todo el mundo.

### 2.5.2 ESTATURA

#### LA TALLA COMO FACTOR DE RIESGO

La talla de la madre se relaciona con su capacidad pélvica. Las mujeres que miden menos de 150 cm. Tienen mayor probabilidad de una indicación para la valoración desproporción fetopélvica. La estatura corta es una indicación para la valoración cuidadosa de la pelvis ósea.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> [www.economedic.com](http://www.economedic.com)

<sup>21</sup> DC Chemy Dagnóstico y tratamiento gineco – obstétrico cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p.338

Datos obtenidos con anterioridad en una encuesta realizada nos dicen que el porcentaje de nacidos prematuros, fue tanto mayor cuanto menor era la talla de las madres, de manera que mientras para el grupo de aquellas que median 1.61 m. ó más se registro que median 1.40 m. ó menos fue de 12.9%, es decir, un riesgo por este concepto 50% mayor. Cabe señalar que en nuestro medio adquiere especial significación porque el grupo de mujeres con talla tan baja como el de 1.50 m. ó menos alcanzo el 27.8% de la muestra global <sup>22</sup>

Estatura: Existe un aumento de morbilidad y mortalidad neonatal y el porcentaje de nacidos vivos pre-término es mayor cuanto menor es la talla de las madres.

### 2.5.3. NUTRICIÓN

Nutrición: La ingesta calórica deficiente, la mala absorción de nutrientes por el intestino, la insuficiencia de la circulación placentaria y la utilización inadecuada de los nutrientes por el feto puede producir dificultades en el desarrollo del mismo relacionándose con bajo peso y prematurez.

Es de vital importancia mantener una nutrición adecuada durante el embarazo con el fin de proporcionar mantenimiento a los tejidos del cuerpo materno y también para el crecimiento y desarrollo del feto. Las dietas con graves deficiencias en proteínas y vitaminas provocan el aumento de partos prematuros y también producen una mayor incidencia de complicaciones, partos difíciles y afectan además el desarrollo del cerebro del feto.

---

<sup>22</sup> Opct. Gen 10

La restricción grave de alimento a la madre se estudió en Holanda y la Unión Soviética durante la Segunda Guerra Mundial y se ha visto que provoca una mayor mortalidad neonatal, mortinatos, nacimientos prematuros e infantes de peso bajo al nacer. También hay evidencia de la relación entre la deficiencia vitamínica y las malformaciones congénitas en los humanos. Se han producido en experimentación anomalías congénitas en los hijos de animales embarazadas<sup>23</sup> privados de la vitamina A y la Riboflavina.

Generalmente se recomienda que la mujer embarazada mantenga una dieta de 1,800 a 2,300 calorías al día. Esta toma se complementa con tabletas de vitaminas enriquecidas con minerales.

El consejo de Alimentos y Nutrición de la Junta Nacional de Investigaciones recomienda que desde el segundo trimestre la dieta de la madre que espera contenga 80 g. de proteína, 1.5 g. de calcio y 15 Mg de hierro.

La dieta básica diariamente, requiere las siguientes cantidades. Leche 4 vasos o litro, carne sin grasa, aves de corral, pescado, queso y huevos 2 a 3 porciones de verdura 2 o más porciones de fruta 2 cítricos o equivalentes. Cereales y pan 4 porciones (incluye arroz y spaghetti, macarrones)<sup>24</sup>

#### 2.5.4 PESO CORPORAL

##### EL PESO CORPORAL COMO FACTOR DE RIESGO

Las mujeres que pesan menos de 45 kg cuando no están embarazadas tienen mayores probabilidades de dar a luz un lactante PEG, por lo cual se les debe incentivar a que aumenten de peso. Por el contrario, la obesidad materna es un factor de riesgo de macrosomía fetal, probablemente como causa directa y porque este fenómeno puede ser resultado de diabetes sacarina.

---

<sup>23</sup> OPCIT Bookmiller. Asistencia Prenatal, p. 120

<sup>24</sup> Bleier. Atención prenatal enfermería materno – infantil 1982 México, p. 58

Es importante saber que se considera obesidad cuando la paciente refiere un peso mayor de 90 kg. La obesidad mórbida suele definirse como un peso mayor de 115 kg; en estos casos las pacientes también corren mayor riesgo de trabajo de parto disfuncional y distocia del hombro, según ciertos estudios. Algunos clínicos consideran que el aumento de peso restringido (menos que el normal) durante el embarazo es benéfico para las mujeres obesas, pero esta opinión es tema de controversia.<sup>25</sup>

Como ejemplo podemos retomar una encuesta anteriormente realizada donde las mujeres cuyo peso al iniciar la gestación fue mayor de 50 kg, el 12.3% dio nacimiento a prematuros, mientras en el grupo de aquellas con peso de más de 50 kg, la frecuencia de nacidos pretérmino fue de 9.7%.<sup>26</sup>

#### AUMENTO DE PESO

El American College of Obstetricians and Gynecologists describe como aceptable un aumento total de peso de 10 a 12 Kilos.<sup>27</sup>

Las madres con falta de peso suelen tener niños de peso bajo al nacer mientras que para las madres obesas el impacto del aumento de peso durante el embarazo con respecto al peso del niño al nacer disminuye.

Las mujeres bajas de peso pueden requerir aumentar más. En tanto que las obesas deben aumentar sólo 6 a 9 Kg.

La Mujer embarazada que experimenta un excesivo aumento de peso esta propensa a dar a luz a lactantes macrosomáticos.

---

<sup>25</sup> OPCIT. De Caerney Cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 335

<sup>26</sup> OPCIT. Gen, p. 10

<sup>27</sup> REEDER. Enfermería. Materno infantil Cap. Cuidados de enfermería en el período parto, p. 417 - 418.

El incremento progresivo insuficiente del peso puede reflejar deficiencia nutricional, enfermedad materna o ambiente hormonal que no fomenta la expansión adecuada del volumen y el estado anabólico. El problema a menudo se acompaña de crecimiento deficiente del feto y placenta pequeña, lo cual sugiere del crecimiento fetal.<sup>28</sup>

### 2.5.5. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

#### GRAVIDEZ Y PARIDAD

Multigravidez y multiparidad: Más de cuatro gestaciones o más de cuatro partos coincide con un aumento discreto de la frecuencia de nacimientos de bebés prematuros con relación a la que se observa en mujeres con cuatro o menos embarazos. El número excesivo es un factor de riesgo para la salud materna y perinatal aumentando en forma sensible la tasa de morbilidad, origina trabajos de parto prolongado, ruptura uterina, hemorragias pre, trans y posparto, inserción o adherencia anormal de la placenta o bien el efecto diabetogénico de los embarazos.

#### LA PARIDAD O MULTIPARIDAD COMO FACTOR DE RIESGO

Muchos clínicos consideran que las mujeres que han tenido seis o más embarazos corren mayor riesgo de sufrir inercia uterina durante el trabajo de parto y hemorragia posparto a causa de atonía del útero. En las multiparas pueden ocurrir trabajo de parto y parto precipitados, con traumatismo de tejidos blandos y hemorragia resultantes. En estos casos deben tenerse a la mano productos sanguíneos para transfusión rápida. Es más común la placenta previa en la paciente multipara.<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> OPCIT. De Cherney Cap Embarazo normal y cuidados prenatales, p. 232.

<sup>29</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 336.

Cabe mencionar que la multiparidad en diferentes literaturas se considera a partir de la cuarta gesta o cuarto parto.

#### INTERVALO ÍTER GENÉSICO

Intervalo Íter genésico: Es un factor de riesgo si este es menor de 2 años, debido al deterioro nutricional materno lo que origina productos de bajo peso al nacer o pretérmino prematuros así como un incremento de la mortalidad postnatal.

#### MUERTE FETAL

Mortalidad neonatal es la frecuencia de muertes por cada mil neonatos vivos durante las primeras, que la mortalidad fetal es la estadística de las muertes que ocurren dentro del útero desde la vigésima semana de la gestación, hasta el nacimiento. En igual forma el índice de mortalidad perinatal denota los óbitos fetales a partir de la 28ª semana del embarazo con peso de un kilogramo por lo menos y de los neonatos de cuatro semanas de edad como máximo.<sup>30</sup>

Factor de riesgo que tiende a presentarse en embarazos futuros. Las causas más importantes de mortalidad fetal se encuentran las enfermedades crónicas degenerativas (diabetes mellitus, hipertensión arterial lo que ocasiona trastornos vasculares útero placentario lo que a su vez provoca hipoxia fetal crónica grave, trabajo de parto como consecuencia de la disminución de la oxigenación por las contracciones uterinas).

Los padecimientos predisponentes a la complicación del embarazo son previsible y prevenibles, si se aplican en forma oportuna las medidas pertenecientes para cada caso en particular.

---

<sup>30</sup> OPCIT. Hawkins Riesgos y complicaciones. p. 214

Entre las acciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia están las de prevenir los problemas a través de la Educación para la Salud como estrategia fundamental, detectando factores de riesgo que dispongan dichas complicaciones, brindando atención prenatal adecuada a través del sistema de Evaluación de Riesgo.

#### ABORTO 20 SEMANAS O MENOS

Los abortos son problemas obstétricos comunes y es posible que el personal de salud no les preste la atención necesaria. Sin embargo el aborto en la mujer e incluso en la pareja o familia puede ocasionar problemas psicológicos; por ejemplo en el caso de la mujer puede causar duda o temor respecto a su capacidad de procreación de tal es del 15% o las mismas de una mujer que nunca la ha padecido.<sup>31</sup>

Abortos: Se considera factor de riesgo por su tendencia de presentarse de nuevo, complicación principal de muerte materna. En el aborto espontáneo, el peligro radica en el tercero en adelante causando morbilidad materna principalmente por hemorragia grave.

El aborto inducido causado para limitar el tamaño de la familia es peligroso debido a las complicaciones de tipo infeccioso dando como resultado un alto índice de morbilidad materna.

#### ABORTOS CONSECUTIVOS COMO FACTOR DE RIESGO

Con antecedentes de abortos consecutivos es importante descartarse las posibles causas como las translocaciones cromosómicas equilibradas de los padres, anomalías uterinas y cervicales, infecciones, enfermedades del tejido conectivo y anomalías hormonales.

---

<sup>31</sup> DE BLEIER. Enfermería Materno Infantil. Cap. Problemas de salud que complican el embarazo, p. 406

## PRODUCTOS HIPERTRÓFICOS

### HIJOS DE 4000 g O MÁS COMO FACTOR DE RIESGO

El lactante macrosómico previo (mayor de 4000 g) sugiere diabetes sacarina materna. En la actualidad se recomienda que todas las mujeres se sometan a estudios de detección entre las 24 y 28 semanas gestacionales, con una prueba de provocación a la glucosa oral de 1 hora con 50 g. Las mujeres que han tenido un lactante macrosómico previo, historia obstétrica pobre o antecedentes familiares de diabetes deben ser objeto de pruebas de detección en su visita inicial y, si los resultados son normales, sujetarse nuevamente a pruebas en la forma indicada.<sup>32</sup>

## PRODUCTOS PREMATUROS

### AMENAZA PARTO PRETÉRMINO COMO FACTOR DE RIESGO

El trabajo de parto prematuro es una de las causas principales de muerte perinatal en el mundo, ya que los niños prematuros tienen mayores posibilidades de padecer traumatismo y sufrimiento respiratorio durante el nacimiento.<sup>33</sup>

La paciente que tiene antecedentes de trabajo de parto prematuro se encuentra con mayor riesgo de recurrencia.<sup>34</sup>

## PARTOS PRETERMITO 37 SEMANAS COMO FACTOR DE RIESGO

Cuanto mayor el número de partos previos antes del término, mayor el riesgo actual la necesidad de vigilar más estrechamente a la paciente con la finalidad de identificar la iniciación temprana de contracciones. La mujer que ha tenido un lactante previo PEG debe someterse a valoración de los riesgos acompañantes, como hipertensión, enfermedad renal, aumento insuficiente de peso, infecciones, tabaquismo o abuso del alcohol.<sup>35</sup>

<sup>32</sup> OPCIT. De Cherney Cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 336.

<sup>33</sup> OPCIT. De Cherney Cap. Complicaciones, p. 426.

<sup>34</sup> DEM. Cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 341

<sup>35</sup> OPCIT. IDEM. Cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo, p. 336



Las mujeres con antecedentes de parto prematuro están en riesgo de que este recurra. Su evaluación pregestacional suele revelar que los problemas tienen una causa tratable, como anomalías uterinas.<sup>36</sup>

#### HIJOS DE 2500 g O MENOS COMO FACTOR DE RIESGO

Cualquier mujer que haya tenido un lactante PEG está en mayor peligro de tener otro. Existe un aumento entre 2 y 4 veces el riesgo de nacimiento de PEG después de 1 o 2 nacimientos PEG, respectivamente. Las mujeres parientes en primer grado de la paciente tienen un riesgo doble de dar a luz un lactante de esta clase.<sup>37</sup>

En el embarazo PEG suelen suscitarse numerosas complicaciones maternas y perinatales. Es más probable que haya una enfermedad materna subyacente, en estos casos es más frecuente el trabajo de parto prematuro o la preeclampsia. El feto PEG de cualquier edad gestacional no suele tolerar bien el trabajo de parto y por este motivo se incrementa la necesidad de parto operatorio.

Los lactantes PEG tienen mayor riesgo de complicaciones neonatales, como síndrome de aspiración meconal, policitemia, hipoglucemia, hipocalcemia e inestabilidad de la temperatura, y requieren valoraciones cabales para detectar anomalías congénitas.<sup>38</sup>

---

<sup>36</sup> DANFORTH. Tratado de obstetricia y ginecología. Cap. Cuidados prenatales embarazo normal, p. 131.

<sup>37</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Crecimiento fetal desproporcionado, p. 433.

<sup>38</sup> IBIDEM, p. 430 - 431

## MUERTE NEONATAL

### MUERTES PRENATALES COMO FACTOR DE RIESGO

Cuando existe el antecedente de pérdida perinatal la frecuencia de nacimientos prematuros es mayor y se incrementa progresivamente conforme más pérdidas prenatales se hayan registrado en embarazos previos. Así, mientras la frecuencia de prematuros en gestaciones con una pérdida perinatal fue de 11.1% en aquellos con antecedentes de dos pérdidas aumentó 14.7% en las que tenían tres pérdidas previas subió a 24.1% y en las que habían perdido cuatro embarazos la frecuencia de prematuros fue de 35.9%.<sup>39</sup>

### RUPTURA DE MEMBRANAS

Antes se consideraba que era un signo grave, ya que el trabajo de parto se prolongaría por ser seco, pero las estadísticas actuales identifican que no es cierto. Después de que se rompen las membranas, siempre existe posibilidad de prolapso del cordón umbilical si la parte de presentación no cabe en forma adecuada en la entrada pélvica.<sup>40</sup>

Sin embargo la rotura prematura de membranas que ocurre antes de que comience el trabajo de parto, trae consigo complicaciones como infecciones maternas, fetales o neonatales; Parto y nacimientos prematuros e hipoxia y asfixia secundaria a compresión del cordón umbilical.<sup>41</sup>

<sup>39</sup> OPCIT. GEN. Cap. Factores que predisponen a premadurez y bajo peso al nacimiento.

<sup>40</sup> OPCIT. Reeder. Cap. Fenómenos del trabajo de parto. p. 470.

<sup>41</sup> OPCIT. Danforth: Cap. Rotura de membranas, p. 370.

## INTEGRIDAD DE LAS MEMBRANAS

Puede ocurrir rotura de las membranas en cualquier momento durante el trabajo de parto y este fenómeno se volverá un problema si el feto es prematuro (rotura de las membranas antes del término) o, en el caso del feto maduro, si el periodo entre la rotura de membranas y el inicio del parto es prolongado (rotura de membranas antes del parto). Si pasan 24 horas entre la rotura y la iniciación del trabajo de parto, el problema será de rotura prolongada de las membranas.

La rotura prematura de las membranas es una causa importante de trabajo de parto, prematuro, prolapso del cordón e infección intrauterina.<sup>42</sup>

## PRODUCTOS CON MALFORMACIONES

Malformación Congénita es: toda alteración funcional o morfológica presente en el momento del nacimiento en forma notoria o latente, que impide la correcta adaptación al medio extrauterino en los aspectos: Biológicos, psicológicos y sociales; ocasionando muerte o incapacidad limitante para crecer y desarrollarse en las mejores condiciones.

Constituye un factor de riesgo reproductivo y durante el embarazo porque tienen una probabilidad definida de repetir en embarazos subsecuentes.

Aunque esto último es cuestión de determinar, ya que las causas pueden ser genéticas o teratógenas.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> OPCIT. De Chemey. Cap. Complicaciones del embarazo tardío , p. 412 – 413.

<sup>43</sup> Estrada Tesis. Evaluación de la atención perinatal en base al sistema de riesgo. Perinatal, p. 26 -

## HIJO MALFORMADO COMO FACTOR DE RIESGO

A la mujer que ha tenido un lactante de esta clase debe ofrecérsele asesoramiento genético, ya que las malformaciones pueden ser por herencia directa de los padres, o familiares y por factores ambientales que pueden ser de diversos tipos, estos condicionan el factor precipitante.

Si ambos factores actúan dentro de la vida intrauterina, condicionan malformaciones genéticas.<sup>44</sup>

La repetición de estos problemas genéticos dependerá de la herencia familiar y de los factores ambientales.

El prolapso del cordón umbilical se define como el descenso de éste al segmento uterino interior, donde puede quedar situado junto a la parte de presentación (prolapso oculto del cordón umbilical) o debajo de la misma (prolapso visible del cordón umbilical). En el prolapso oculto no puede palparse el cordón umbilical durante el examen pélvico; en tanto que en la presentación fúnica, el cordón a menudo se puede palpar fácilmente a través del cuello uterino si es permeable. El prolapso visible del cordón umbilical se acompaña de rotura de las membranas y desplazamiento del cordón al interior de la vagina, frecuentemente a través del introito. El prolapso del cordón umbilical a nivel de la parte de presentación, o por debajo de esta, expone al cordón a la compresión intermitente entre la parte en presentación y el estrecho superior de la pelvis, cuello uterino o conducto vaginal. La compresión del cordón umbilical pone en riesgo la circulación fetal y, según su intensidad y duración puede causar hipoxia fetal, daño encefálico y muerte. En el prolapso visible del cordón umbilical, la exposición de esta estructura al aire produce su irritación y enfriamiento, y ocasiona espasmo adicional de sus vasos. Ya sea oculto o visible, el prolapso del cordón umbilical se relaciona con índices significativos de morbilidad y mortalidad perinatales, a causa de la compresión intermitente del flujo sanguíneo y la hipoxia fetal que origina.<sup>45</sup>

---

<sup>44</sup> OPCIT. Arenas. Cap. Herencia Multifactorial, p. 151 - 152.

<sup>45</sup> OPCIT. & ECHERNEY Cap. Malpresentación y Prolapso del cordón, p. 526 - 527.

## **2.6. ANTECEDENTES MATERNOS PATOLÓGICOS**

### **2.6.1. HIPERTENSIÓN**

#### **PRESIÓN ARTERIAL**

Los niveles de presión arterial pueden indicar alteración circulatoria sutil, un aumento en ésta puede indicar complicaciones como preeclampsia.

Es importante que la expresión que se encuentre por ejemplo: cuando se toma en la arteria braquial, es más alta cuando se encuentra sentada y más baja cuando esta acostada en decúbito lateral. Es común que en la mujer embarazada la presión arterial descienda durante el segundo trimestre del embarazo y se manifieste unos aumentos en etapas posteriores en forma lenta.

#### **HIPERTENSIÓN DE EMBARAZO COMO FACTOR DE RIESGO**

La hipertensión inducida por el embarazo se define como la presión sanguínea de 140/90 mm Hg respecto de los valores basales.<sup>46</sup>

La importancia de conocer los parámetros anteriores es de poder detectar en qué momento la paciente presenta problemas de presión arterial y de este modo controlarla para evitar que pueda complicarse a preeclampsia y consigo traer las dificultades que esta ocasiona.

#### **HIPERTENSIÓN CRÓNICA COMO FACTOR DE RIESGO**

La complicación principal de la hipertensión crónica es la preeclampsia sobrepuesta, que se suscita en cerca de la tercera parte de las pacientes, las cuales tienden a deteriorarse con mayor rapidez en caso de preeclampsia sobrepuesta que en la preeclampsia sola.

---

<sup>46</sup> OPCIT. Danforth. Trastornos hipertensivos gestacionales, p. 431.

El feto tiene un riesgo de 25 a 30% de prematuros y de 10 a 15 % de ser PEG. Hay riesgo de óbito o sufrimiento fetal durante el parto a causa del desprendimiento prematuro de la placenta o asfisia intrauterina crónica.<sup>47</sup>

### 2.6.2 DIABETES MELLITUS

#### DIABETES COMO FACTOR DE RIESGO

Una embarazada diabética tiene mayor incidencia de complicaciones. Pueden surgir complicaciones maternas a causas de problemas metabólicos, vasculares e infecciones.

Entre las complicaciones fetales se incluyen el parto prematuro, anomalías congénitas, alteraciones metabólicas, parto con feto muerto, neonatos grandes para la edad gestacional y sufrimiento respiratorio. El polihidramnios esta también asociado con diabetes.<sup>48</sup>

### 2.6.3 CARDIOPATÍA

#### CARDIOPATÍA COMO FACTOR DE RIESGO

Las enfermedades cardiovasculares son las causas no obstétricas más importantes de incapacidad y muerte en embarazadas y ocurren en 0.4 a 4% de los embarazos.

La mujer previamente sana puede desarrollar problemas cardiovasculares relacionados específicamente con el embarazo, como preeclampsia, venas varicosas, complicaciones tromboembólicas como embolias pulmonares, disección aórtica de choque debido a hemorragia; hemorragia del líquido amniótico, coagulación intra vascular diseminal o sepsis.<sup>49</sup>

<sup>47</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Estados hipertensivos del embarazo, p. 485.

<sup>48</sup> OPCIT. Debleir. Cap. Complicaciones, p. 398.

<sup>49</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Trastornos Cardiacos, Hematológicos, Pulmonares, Renales y del aparato urinario durante el embarazo, p. 532

La cardiopatía reumática en más del 90% y las lesiones congénitas en el 3% son los padecimientos cardiacos que más frecuentemente se asocian al embarazo. Del grupo de mujeres embarazadas con cardiopatía orgánica sólo el 4% presentará insuficiencia cardíaca durante el estado grávido puerperal, lo cual no le resta importancia al problema ya que las cardiopatías ocupan lugar prominente entre las causas de mortalidad materna.<sup>50</sup>

#### 2.6.4 ENFERMEDAD RENAL INFECCIÓN URINARIA

La bacteriuria asintomática es importante porque más de 30% de las mujeres afectadas desarrollan infecciones urinarias en etapas posteriores del embarazo o en el puerperio. En general la bacteriuria se observa durante el primer trimestre y persiste hasta después del parto en cerca de 80% de las mujeres sin tratamiento. Alrededor de un 4% de estas pacientes desarrollan pielonefritis. Se sugiere que el trabajo de parto prematuro es más frecuente entre mujeres que presentan bacteriuria asintomática aunque esto no se ha comprobado mediante investigaciones. El principal riesgo para la mujer y el feto es el desarrollo posterior de cistitis o pielonefritis.

Las mujeres con pielonefritis tienen mayor riesgo de trabajo de parto prematuro y choque séptico.<sup>51</sup>

#### 2.6.5 NEFROPATÍA

Los trastornos renales más comunes son: bacteriuria asintomática, cistitis aguda y pielonefritis aguda. Las dos primeras pueden complicarse y dar como consecuencia pielonefritis de la cual surgen los siguientes problemas: fiebre,

---

<sup>50</sup> OPCIT. Instituto Nacional de Perinatología. Principales Complicaciones Médico- Quirúrgicas asociadas a la Gestación en Antología Obst. II, p. 206.

<sup>51</sup> OPCIT. REEDER, Cap. Enfermedades infecciosas durante el embarazo, p. 890-891

endotoxemia bacteriana, choque endotóxico, disfunción renal que culmina en insuficiencia renal aguda, leucocitosis, trombocitopenia y elevación de los productos de desdoblamiento de la fibrina, esto como complicaciones maternas y en el feto provoca premadurez y lactantes pequeños para la edad gestacional.<sup>52</sup>

#### 2.6.6. DISFUNCIÓN TIROIDEA

Las enfermedades de la glándula tiroidea pueden hacerse latentes durante el embarazo y deben ser evaluadas íntegramente por el gineco-obstetra y el endocrinólogo. El diagnóstico puede ser complejo, ya que el embarazo produce cambios que simulan un hipertiroidismo, como son el aumento de tamaño de la glándula tiroidea, piel caliente y síntomas hiperdinámicos. Los índices de la función tiroidea como Tiroxina total (T-4) y Triyodotironina total (T-3) sufren cambios que se deben a la acción de los niveles elevados de estrógenos.

El diagnóstico de trastorno tiroideo leve durante el embarazo es difícil; las fases severas cursan más bien con esterilidad.

Se debe considerar que el tratamiento debe ser particularmente evaluado, ya que el feto puede ser afectado con la terapéutica empleada.

#### HIPERTIROIDISMO

Esta condición puede ser dada por un trastorno primario tiroideo, como en las Tiroiditis de Hashimoto, después de tratamiento con drogas anti-tiroideas, deficiencia de Yodo, destrucción de la glándula tiroidea por Yodo radioactivo o ser secundario a extirpación quirúrgica. Rara vez es por una disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-tiroidea.

---

<sup>52</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Trastornos cardíacos, hematológicos, pulmonares, renales y del aparato urinario durante el embarazo, p. 574



El hipotiroidismo severo se relaciona más bien con esterilidad.

Es poca la experiencia que se tiene de esta patología asociada al embarazo: algunos estudios reportan un incremento de las muertes intrauterinas y otro sugieren un aumento en los abortos. Con una terapia adecuada, el pronóstico materno-fetal es excelente.<sup>53</sup>

#### 2.6.7. TOXOPLASMOSIS

Toxoplasmosis gondii es un protozoo cuya forma quística se encuentra en diversos animales de sangre caliente. Los seres humanos adquieren la toxoplasmosis por comer carne infectada, mal cocida, o por exposición a gatos infectados (los gatos domésticos, en especial cuando su carne está bien cocinada y sus camadas se mantienen limpias, tienen menos probabilidad de ser foco de infección que otros gatos.

La infección de la madre se trasmite al feto en menos del 50% de casos.

Los recién nacidos que tienen infección grave puede que nazcan muertos o muy enfermos con ictericia, hígado y bazo de mayor tamaño y problemas neurológicos que incluyen hidrocefalia, microcefalia, encefalitis, calcificaciones craneanas, y coriorretinitis (enfermedad inflamatoria del ojo que produce ceguera) Aquellos con infección más benigna tendrán los síntomas citados en grado variable o podrán tener apariencia normal.

El diagnóstico se basa en pruebas de laboratorio.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> OPCIT. Instituto Nacional de Perinatología. Principales complicaciones médico quirúrgicos asociados a la gestación. Antología Obstetricia, p. 212.

<sup>54</sup> Waechter, Phillips, Holaday. Enfermería Pediátrica. Edit. Interamericana, McGraw - Hill. Vol. 2. México, 1993 Pag. 331

### 2.6.8. RUBÉOLA

**RUBÉOLA.** En México el 95% de la población en edad reproductiva tiene inmunidad adquirida y es un padecimiento de carácter endémico.

El diagnóstico se establece por la lesión dermatológica y la linfadenopatía retroauricular y occipital .

La frecuencia del aborto puede ser 2 a 4 veces mayor que en la población general.

Existe la infección directa al feto, y si ocurre en el primer trimestre, el riesgo de malformación es aproximadamente de 36%; disminuye conforme el embarazo avanza y es prácticamente nula en el tercer trimestre.

La prevención se establece revacunando o vacunando a todas las mujeres en edad fértil y cuyos anticuerpos antirubeola sean negativos a títulos menores de 1:8. No permitir el embarazo hasta pasados tres meses de la vacunación.<sup>55</sup>

### 2.6.9. TOXICOMANÍAS Y EMBARAZO

#### LAS TOXICOMANÍAS COMO FACTOR DE RIESGO

Es preciso señalar que el alcoholismo y tabaquismo son considerados también como toxicomanías, sin embargo por haberse considerado en puntos separados en este rubro sólo se consideran los fármacos y la cocaína.

---

<sup>55</sup> OPCIT. Antología Obstetricia. Instituto Nacional de Perinatología. Principales complicaciones médico – quirúrgicas asociadas a la gestación en Antología Obstetricia II p. 222

Las anfetaminas (cafeína, la pseudoefedrina y la fenilpropranolamina) suelen ser sustancias que suelen tener efectos teratogénicos.

En general los fármacos pueden provocar aborto espontáneo y anorexia materna, que produce como consecuencia desnutrición fetal, insuficiencia uteroplacentaria, retraso del crecimiento intrauterino, desprendimiento prematuro de placenta y otras anomalías placentarias, hiperirritabilidad del útero que produce trabajo de parto prematuro y corioamnionitis.<sup>56</sup>

Los efectos que la cocaína ocasiona en el sistema materno placentario fetal son: hipoxia fetal y retraso del crecimiento intrauterino que llevan a morbilidad y mortalidad fetal.

#### EL TABAQUISMO COMO FACTO DE RIESGO

Efectos del humo de cigarro sobre el bebé durante el primer trimestre de embarazo:

Un aumento significativamente mayor de abortos en mujeres que fumaron durante el embarazo o que habían fumado anteriormente.

Ligero aumento en la incidencia de Labio Leporino.

Ligero aumento en la incidencia de Paladar Hendido.

Ligero aumento en la incidencia de Microcefalia.

Efectos del humo de cigarro sobre el bebé en etapas tardías del embarazo

Aumento significativo de Placenta Previa y Desprendimiento Prematuro de Placenta.

Doble tasa de mortalidad en mujeres que siguieron fumando durante el embarazo, sobre las que dejaron de hacerlo

---

<sup>56</sup> OPCIT. Reeder. Cap. Afecciones adictivas durante el embarazo. P. 913.

Aumento en la incidencia de Rotura Prematura de Membranas.

Disminución en el peso de los bebés al nacer de entre 150 y 200 gramos.

Sólo en Estados Unidos de Norteamérica, el número de partos prematuros debido al tabaquismo es de alrededor de 1'250,000.<sup>57</sup>

### EL ALCOHOLISMO COMO FACTOR DE RIESGO

Las madres que consumen alcohol durante la gestación arriesgan al feto de padecer el síndrome de alcoholismo fetal.

Los neonatos que nacen con FAS muestran un patrón alterado de crecimiento, en estructuras y peso. Se producen anomalías fáciles, mayor será la probabilidad de que el niño tenga trastornos psicosociales, de conducta y neurológicos. El abuso del alcohol socava la salud de la madre, origina mala nutrición, carencia de ácido fólico y tiramina, hepatopatía y supresión de la médula ósea, atraviesa la barrera placentaria, los niveles en la sangre fetal son los mismos que en la madre, lo que provoca intoxicación fetal.

---

<sup>57</sup> [www.ns.inatertux.com](http://www.ns.inatertux.com)

## **2.7. EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL EN EL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO**

### **2.7.1 ACTIVIDAD UTERINA**

Una forma de saber si el trabajo de parto es normal consiste en observar el patrón de las contracciones uterinas, si éstas son ineficaces pueden describirse como hipotónicas, hipertónicas o irregulares, en general esta actividad uterina anormal. Se conoce con el nombre de disfunción uterina. La disfunción hipertrófica puede provocar sufrimiento fetal al inicio del trabajo de parto. Existe predisposición a la hipoxia fetal cuando el aumento en el tono uterino es constante. La rotura prolongada de las membranas a menudo puede ir aunada a esta alteración y puede producir infección intraparto.

La disfunción hipotónica se considera cuando las contracciones uterinas pierden fuerzas y el tono uterino es menor de lo habitual tras el inicio del trabajo de parto verdadero, este problema puede provocar en la madre peligro de agotamiento, deshidratación e infección intraparto. Los indicios de sufrimiento fetal a menudo no se presentan hasta que ya existe la infección intraparto.<sup>58</sup>

### **2.7.2. DILATACIÓN CERVICAL**

Dilatación Cervical cm/hora

La dilatación prolongada en la fase activa se caracteriza por una velocidad de dilatación en la fase activa anormalmente lenta; o sea, menor de 1.2 cm/hora en las primíparas, o menor de 1.5 cm/hora en las multiparas.<sup>59</sup>

Este trastorno de progresión puede ser causa de cesárea.

---

<sup>58</sup> OPCIT. Reeder. Cap. Complicaciones del trabajo de parto, p. 952 – 954

<sup>59</sup> OPCIT. Ce Cherney. Cap. Complicaciones del trabajo de parto y parto, p. 636-637

### 2.7.3. FRECUENCIA CARDIACA FETAL

La frecuencia cardiaca fetal disminuye un poco a medida que avanza el embarazo y por los valores básales de la FCF sobre 160 latidos durante periodos de más de 10 minutos recibe el nombre de taquicardia basal. Tanto la taquicardia como la bradicardia fetal se relacionan con hipoxia fetal. La taquicardia fetal es una advertencia temprana de hipoxia fetal, en tanto que la bradicardia fetal se suscita tiempo más tarde en la sucesión de los hechos. Las anomalías básales de la FCF también obedecen a arritmias y por lo general son benignas y pasajeras aunque en ocasiones pueden relacionarlo con defectos cardiacos congénitos o insuficiencia cardiaca. La taquicardia fetal también puede ser producto de fiebre materna, anemia fetal y taquiarritmia fetal. Así mismo, la bradicardia fetal puede depender de hipotermia materna. Si bien este caso es poco común. Los medicamentos que se administran a la madre, como bloqueadores beta, también ocasionan bradicardia fetal. El bloqueo congénito del corazón fetal produce en ocasiones bradicardia basal. Este fenómeno se observa en recién nacidos o en madres con lupus eritomatoso sistemático, enfermedad en la que se produce un anticuerpo que atraviesa la placenta y disminuye el sistema de conducción fetal.<sup>60</sup>

### 2.7.4. DESCENSO DE PRESENTACIÓN

La presentación adecuada para la atención del parto debe ser cefálica, cualquier otra presentación es anormal, por ejemplo las posiciones occipitoposterior y occipitotransversal las presentaciones de sincipúcio y de frente, la presentación de cara, la orientación transversal u oblicuas, y la presentación pélvica y compuesta son anomalías de la posición fetal, presentación, actitud o posición y constituyen colectivamente la causa más frecuente de distocia fetal.<sup>61</sup>

---

<sup>60</sup> OPCIT. Reeder. Ración y atención fetal durante el parto, p. 1133.

<sup>61</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Complicaciones del trabajo de parto y parto. P. 642.

Por consiguiente la distocia fetal es causa de nacimiento con fórceps o por cesárea.

Descenso de presentación.

Una presentación anómala se refiere a cualquier presentación del feto diferente a la presentación de vértice, en la cual se presenta la parte superior de la cabeza.

Una presentación anómala puede prolongar de parto y hacerlo más cansado.

El medio más seguro de extraer un feto en la posición de cara posterior es mediante cesárea. Puede practicarse un parto con fórceps, pero siempre se corre el riesgo de aplicarlos incorrectamente en la presentación de frente. El trabajo de parto con la presentación de nalgas suele ser más largo debido a que las regiones glúteas, piernas y pies son más blandos de la cabeza y por lo tanto, ejercen menos presión sobre el cerviz. Durante la presentación de nalgas se presenta con mayor frecuencia el nacimiento debido a que la parte que se presenta es más pequeña y no se ajusta con precisión dentro de la pelvis. También aumenta el riesgo de hemorragia puerperal. Existen diferentes variedades de presentación de nalgas pero en general se relacionan con nacimiento prematuro, gestación múltiple, placenta previa y multiparidad y estos fetos corren mayor riesgo de sufrir anomalías congénitas que aquellos en presentación cefálica. Puede indicarse nacimiento por cesárea como un medio de evitar sufrimiento fetal y lesiones al niño durante el nacimiento.<sup>62</sup>

### 2.7.5. DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

#### DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

El tiempo de la duración del trabajo de parto, va a depender de los factores que intervienen en el (contracciones, feto y pelvis materna).

---

<sup>62</sup> Burrouhg Enfermería Materno Infantil. Cap. Complicaciones del trabajo de parto y nacimiento. p. 434.

La duración en horas varía en cada una de las pacientes y depende de que si son primíparas y/o multiparas. En general se maneja que en promedio el trabajo de parto en las primigestas tiene una duración de 8 a 12 horas y en las multigestas de 6 a 8 horas. Cuando el trabajo de parto rebasa estos límites se considera parto prolongado.<sup>63</sup>

#### 2.7.6. CONFIGURACIÓN PÉLVICA

Las pelvis ginecoide es considerada la más favorable para un parto vaginal sin complicaciones.

Las pelvis androide se relaciona con posición persistente del occipucio y distocia con paro transverso profundo.

La pelvis antropoide se relaciona con mayor frecuencia con distocia posterior persistente del occipucio.

La pelvis platipeloide se relaciona con patrones de paro transverso profundo del trabajo de parto.<sup>64</sup>

#### 2.7.7. INDUCCIÓN

La inducción es la iniciación del trabajo de parto por medios médicos o quirúrgicos y debe considerarse cuando la prolongación ulterior del embarazo puede exponer a la madre o al feto, o a ambos, a ciertos riesgos, y cuando no se contraindica el parto vaginal.

---

<sup>63</sup> OPCIT. DEBLEIER. Cap. Cursos y atención de trabajo de parto y parto normal, p. 268-269

<sup>64</sup> OPCIT. De Cherney. Cap. Complicaciones del trabajo de parto, p. 639 – 639.



### Complicaciones en la inducción del trabajo de parto:

Complicaciones en la inducción del trabajo de parto expone a la madre a más molestias e incomodidades que un retraso prudente y un parto vaginal o por cesárea subsiguiente. Se deben considerar siempre los siguientes peligros: fracaso en la modulación: inercia uterina y parto prolongado; trabajo de parto precipitado y contracciones tetánicas del útero, ocasionando desprendimiento prematuro de la placenta, rotura del útero y laceración del cuello uterino, infección intrauterina y, hemorragia. Para el Feto: un patrón inducido expone la lactante a los peligros de premadurez si la FEC no se ha calculado con exactitud. El parto precipitado puede ocasionar lesiones físicas. Puede hacer prolapso del cordón después de la amniotomía. La administración imprudente de oxitocina o la observación inadecuada durante la inducción puede producir muerte fetal en útero o al nacimiento de un lactante con baja puntuación Apgar.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> IBIDEM. Cap. Curso y atención del trabajo de parto y parto normal, p. 268 – 269.

### III.- METODOLOGÍA

En este capítulo se presentan la hipótesis, variables e indicadores, el tipo y diseño de investigación, así como las técnicas que se utilizarán para desarrollar la investigación.

#### **3.1 HIPÓTESIS**

##### 3.1.1 GENERAL

El nivel de conocimientos elevado del personal de enfermería en la identificación de factores de riesgo en la mujer embarazada durante el trabajo de parto disminuye el índice de daño en el feto, recién nacido y en la madre.

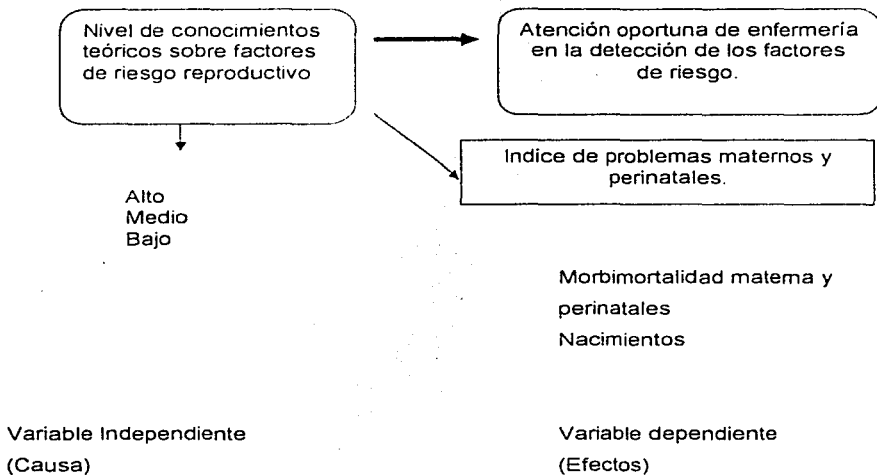
##### 3.1.2 DE TRABAJO

H1: Si el nivel de conocimientos de la enfermera en la valoración de factores de riesgo en mujeres embarazadas en trabajo de parto es elevado, se garantiza la atención de enfermería a través de la aplicación oportuna del proceso atención de Enfermería, disminuyendo con ello el índice de muertes y complicaciones del binomio madre e hijo.

##### 3.1.3 NULA

H0: El nivel bajo de conocimientos del personal de enfermería en la identificación de factores de riesgo en la mujer embarazada durante el trabajo de parto no disminuye el índice de daño en el feto, recién nacido y la madre.

### 3.1.4 MODELO DE RELACIÓN CASUAL DE LAS VARIABLES



### **3.2 VARIABLES E INDICADORES**

#### **3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: NIVEL DE CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO**

Indicadores:

Conocimiento de la morbilidad y mortalidad en el área perinatal.

Conocimiento acerca de tratamientos, procedimientos y técnicas generales y específicas en la atención perinatal.

Conocimientos teóricos acerca del riesgo reproductivo: Enfoque de riesgo, como se mide el riesgo, usos del enfoque de riesgo.

Conocimiento de los factores de riesgo en el trabajo de parto: Edad, Número de gestas, Factor RH, Peso y talla, Nivel socioeconómico, Estado nutricional, Número de parejas, Periodo íntergenésico. Adicciones, Fauna nociva, Enfermedades de transmisión sexual, Ocupación, Antecedentes ginecobstétricos, Factor genético.

Antecedentes maternos patológicos: Hipertensión, Diabetes mellitus, Cardiopatías, Enfermedades renal, Disfunción tiroidea, Toxoplasmosis, Rubéola, Toxicomanías y embarazo.

#### **3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE: ATENCIÓN OPORTUNA E ÍNDICE ESTADÍSTICO SOBRE DISMINUCIÓN DE PROBLEMAS PERINATALES**

Indicadores:

Desarrollo e interés de aprendizaje

Aplicación objetiva del conocimiento

Desarrollo de la enseñanza aprendizaje

Desarrollo del nivel de reflexión

Control prenatal: Hoja de factor de riesgo, Examen de laboratorio = si conocen los exámenes que se piden, Signos vitales = cuales son los S.V normales durante el trabajo de parto.

Partograma: Rotura de membrana, contracciones y sus características, psicoprofilaxis obstétrica, manejo de inducto conducción, exploración obstétrica = Posición, Presentación, Actitud, Situación, Variedad de posición, Desproporción cefalopélvica .

### 3.2.3 DEFINICIONES OPERACIONALES

Dentro de este apartado se trata de exponer aquellos conceptos básicos, que configuran los factores de riesgo reproductivo durante el trabajo de parto y el nivel de conocimiento teórico del personal de enfermería como un elemento más para el buen desempeño de la práctica profesional.

- a) Socialización del ejercicio profesional de la enfermería.
- b) La teoría del conocimiento como actividad intelectual de la profesión de enfermería.
- c) Interrelación entre el conocimiento y el desempeño laboral.
- d) Definición de factores de riesgo.
- e) Definición de control prenatal

### ***3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN***

#### ***3.3.1 TIPO***

El tipo de investigación que se realizó es diagnóstica, transversal, descriptiva y analítica

Es diagnóstica porque se pretende establecer un diagnóstico situacional de las variables "nivel de conocimientos teóricos del personal de enfermería sobre valoración de factores de riesgo en trabajo de parto" y "Atención oportuna de enfermería en la detección de los factores de riesgo y el manejo práctico del área perinatal" a fin de conocer ampliamente su comportamiento.

Es transversal porque esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo es decir, durante los meses de Marzo a Septiembre del 2000.

Es descriptiva porque se estudió y describió el fenómeno que producen las variables sin establecer comparaciones en el personal de enfermería de dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa.

Es analítica porque para medir las variables "nivel de conocimientos teóricos personal de enfermería sobre valoración de factores de riesgo en trabajo de parto" y " Atención oportuna de enfermería en la detección de los factores de riesgo y el manejo práctico del área perinatal" se han fragmentado las variables para su análisis, observación y medición.

#### ***3.3.2 DISEÑO***

El diseño de investigación se planeó de la siguiente manera:

Asistencia a un curso de metodología de investigación y Seminario de tesis.

Identificación del tema de investigación con base en algún aspecto de la práctica de enfermería.

Elaboración de un plan de actividades.

Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el Marco Teórico que permite fundamentar las variables de estudio.

Elaboración de las hipótesis y delimitación de variables

Elaboración del instrumento de recolección de datos con base a los indicadores de la variable.

Aplicación de la cédula de encuesta a la muestra seleccionada.

Captura, recuento y clasificación de los datos para la elaboración de tablas, cuadros y gráficas.

Comprobación o desaprobación de hipótesis utilizando las técnicas estadísticas pertinentes.

Análisis e interpretación de resultados para el planteamiento de alternativas.

Elaboración de conclusiones y recomendaciones para solucionar en parte la problemática estudiada.

### 3.3.3 CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	Año del 2000						
	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	septiembre
Diseño	X						
Marco teórico		X					
Metodología		X					
Instrumentación			X	X	X		
Análisis Estadístico						X	
Resultados							X
Informe							X

### 3.3.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

Criterios de inclusión:

Todo el personal de enfermería que labora en las áreas de admisión, tococirugía, quirófano, recuperación y ginecología de dos instituciones hospitalarias de Los Mochis, Sinaloa.

Personal de enfermería que este trabajando durante el tiempo de aplicación de la encuesta.

Personal de enfermería que labora en el área que labora en las áreas de admisión, tococirugía, quirófano, recuperación y ginecología de los seis turnos (matutino, vespertino , guardias nocturnas y guardias especiales diurnas y nocturnas)

Criterios de exclusión:

Personal de enfermería que sólo se encuentra transitoriamente en el área perinatal.

Personal de enfermería pasantes y estudiantes.

Criterios de eliminación:

Personal de enfermería en periodo vacacional o incapacidad.



### **3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.**

#### **3.4.1 FICHAS DE TRABAJO**

Con las fichas de trabajo es posible ordenar y clasificar el material recopilado para la elaboración del marco teórico. Se elaboraron fichas de trabajo clasificándolas respectivamente en los componentes básicos de marco teórico conceptual y marco teórico referencial.

#### **3.4.2 ENCUESTAS**

Este es el principal instrumento de recolección de datos. Las encuestas se estructuraron con base en preguntas derivadas de los indicadores. Dentro de la hoja de datos personales y actividades que desarrollan, se encuentran incluidos los datos generales del personal de enfermería así como el nivel de conocimiento acerca de la identificación de los factores de riesgo en la etapa del trabajo de parto y la participación e influencia que ejerce el personal de enfermería en la atención de la mujer embarazada.

Antes de aplicar el instrumento a la muestra seleccionada se valoró la estructura de las cédulas para la recolección de datos a manera de prueba piloto con 12 enfermeras correspondiendo al 10% de la muestra final, tal como lo indica Ary Donald, Introducción a la investigación pedagógica. México Mc Graw Hill, 1991.

### ***3.5 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA.***

#### ***3.5.1 UNIVERSO.***

Personal de enfermería que labora en área perinatal de dos instituciones hospitalarias de Los Mochis Sinaloa. El universo esta formado por enfermeras auxiliares, enfermeras generales, enfermeras especialistas, jefes de piso de enfermería. Que son alrededor de 120 personas.

#### ***3.5.2 POBLACIÓN***

La población la constituye exclusivamente el personal de enfermería que realiza actividades en el área de Admisión de ingresos, labor y expulsión ,recuperación de gineco-obstetricia y hospitalización . Esto significa que el personal suma 120 personas.

#### ***3.5.3 MUESTRA***

Fue tomados de 120 enfermeras de dos instituciones hospitalarias a través de un cuestionario y observación directa

## **IV.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

### ***4.1 PROCESAMIENTO DE DATOS***

Los datos fueron procesados, utilizando para ello las tarjetas simples de concentración y matrices, que pudieron realizar el recuento, la captura y hacer posibles la representación de los datos en cuadros y gráficas.

Fueron aplicadas a través de encuestas directas a 120 enfermeras 60 encuestas se realizaron al personal del Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado.

Las otras 60 encuestas corresponden al personal del hospital general de Los Mochis Sinaloa.

Cabe aclarar que las encuestas se aplicaron al personal de enfermería de todos los turnos.

## **4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

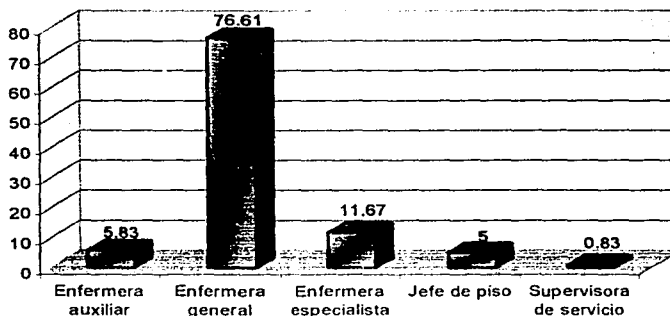
En este apartado, se realizó la comprobación o desaprobación de las hipótesis utilizando para ello las cédulas pertinentes a través de las cuales se pudo detectar los resultados que a opinión de la muestra, refieren tener ese conocimiento. Siendo que este estudio no corresponde a una investigación experimental; no fue necesario comprobar el nivel de conocimiento con pre y post prueba en cuanto al instrumento en la recolección de datos. De acuerdo a los parámetros de una investigación analítica descriptiva fue necesario sólo aplicar una prueba. El texto que describe la interpretación de los datos es resultado del consenso del equipo de investigación.

### 4.3 CUADROS Y GRÁFICAS

CUADRO N° 1  
CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

CATEGORÍA	F	%
1.-Enfermera auxiliar	7	5.83
2.- Enfermera general	92	76.61
3.-Enfermera especialista	14	11.67
4.- Jefe de piso	6	5.00
5.- supervisora de servicio	1	0.83
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

GRÁFICA N° 1  
CATEGORÍA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA



FUENTE:

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 1

En el cuadro acerca de la categoría del personal de enfermería. Se observa que el porcentaje mayor corresponde a la enfermera general con 76.6%, siguiendo la enfermera especialista con un 11.6%, prosiguiendo el personal administrativo con 5.8% y finalmente la auxiliar de enfermería ocupa el 5.8%.

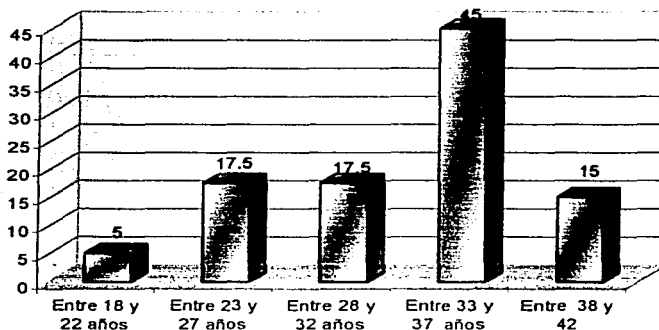
Observando los resultados obtenidos en el cuadro anterior, nos percatamos que el personal en su mayoría posee una aceptable preparación en la identificación de los riesgos que pueden correr las mujeres durante el trabajo de parto, sin embargo, es recomendable que el personal que lleva a cabo esta labor, se capacite y se esté actualizando de manera permanente, ya que esto llevaría a que se disminuya considerablemente los riesgos en el momento del parto.

Es necesario hacer una invitación al personal de enfermería para que cada día sean más profesionales en sus labores cotidianas, obtienen así un mayor campo de acción teniendo más cobertura en el trabajo, mejorando el cuidado, atención y el nivel de vida de los pacientes obstétricos.

**CUADRO N° 2**  
**EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

<b>EDAD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Entre 18 y 22 años	6	5.00
Entre 23 y 27 años	21	17.5
Entre 28 y 32 años	21	17.5
Entre 33 y 37 años	30	45.00
Entre 38 y 42	24	15.00
Mas de 43	18	15
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N° 2**  
**EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 2

En el cuadro número 2 referente a la edad del personal de enfermería se puede observar que el mayor porcentaje corresponde al intervalo de 33 y 37 años con un 45%, seguido a continuación en el intervalo de edad entre 23 y 32 años con un 35%, y con un 15% el personal con edad de 38y 42 años y por último con un 5% el personal que su edad fluctúa entre 18 y 22 años.

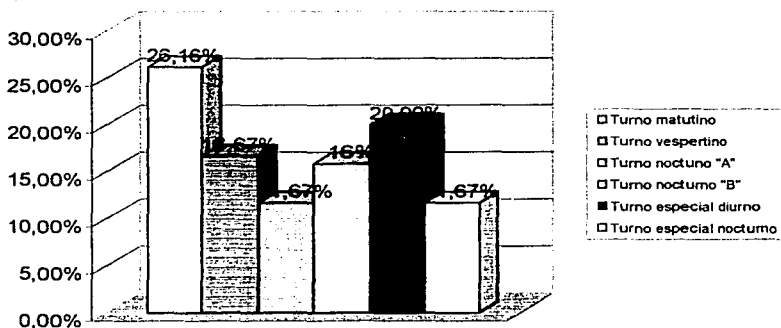
Se observa que la mayoría del personal es relativamente joven ya que las edades más representativas están entre los 33 y 37 años, y es esta edad en donde los seres humanos son más productivos, se observa además que el personal por su edad cuenta con la experiencia necesaria para realizar sus labores de una manera eficiente y profesional, permitiéndoles detectar oportunamente los riesgos en la mujer embarazada.



**CUADRO N° 3**  
**TURNO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

TURNO	F	%
Turno matutino	29	24.16
Turno vespertino	20	16.67
Turno nocturno "A"	14	11.67
Turno nocturno "B"	19	15.83
Turno especial diurno	24	20.00
Turno especial nocturno	14	11.67
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N° 3**  
**TURNO DE TRABAJO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 3

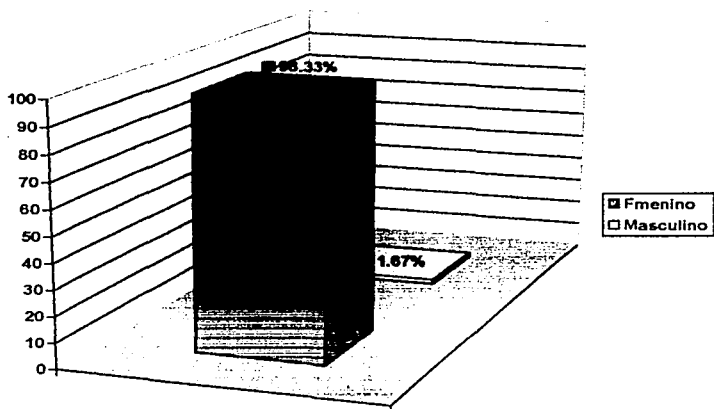
En el cuadro anterior donde se refiere a la cantidad del personal de enfermería que labora en cada turno se observa que el porcentaje mayoritario corresponde al turno matutino con un 24.1%, seguido posteriormente con un 20% por el turno especial diurno, con el 16.6%, el turno vespertino, siguiendo a continuación por el turno nocturno b con 15.8% y por último con un % similar 23.2% los turnos nocturnos a, turno especial A.

Se puede apreciar que en el turno tipo A y los turno especial nocturno no cuentan con el suficiente personal para realizar las actividades correspondientes a dichos turnos y si se toma en cuenta además el ausentismo, las vacaciones que no se cubren nos da una elevada carga de trabajo del personal de enfermería, provocando esto una apatía hacia el paciente, podemos mencionar que en muchas ocasiones la falta del personal es cubierta con personal joven de enfermería que no posee los conocimientos adecuados para trabajar en esta área, y esto repercute directamente en la atención que se le brinda al paciente.

**CUADRO N° 4**  
**SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

<b>GENERO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Femenino	118	98.33
Masculino	2	1.67
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N° 4**  
**SEXO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

#### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 4

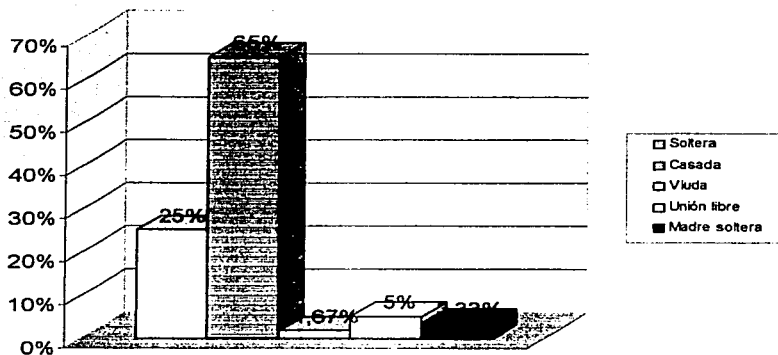
En este cuadro podemos observar que un porcentaje significativamente alto del personal que trabaja en estas áreas pertenece al sexo femenino, ya que el 98.3% del personal pertenecen a este sexo, mientras que el personal del sexo masculino es solo 1.6%.

En este caso es una ventaja que la mayoría del personal sea del sexo femenino, ya que los pacientes de estas áreas son del mismo sexo dándole mayor confianza a la mujer embarazada cuando se encuentra en el trabajo de parto.

**CUADRO N° 5**  
**ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Soltera	30	25.00
Casada	78	65.00
Viuda	2	1.67
Unión libre	6	5.00
Madre soltera	4	3.33
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N° 5**  
**ESTADO CIVIL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 5

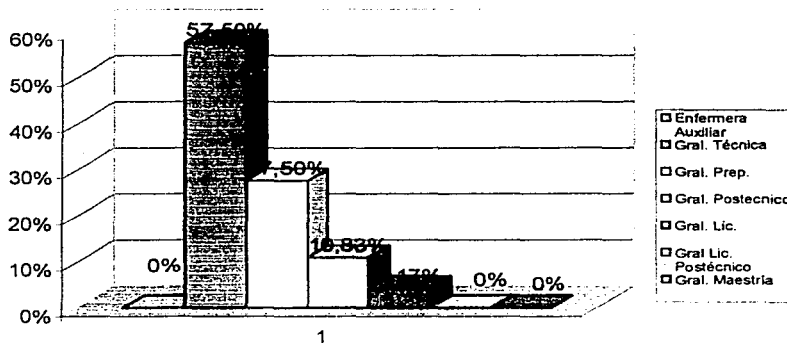
En este cuadro se observa que el 65% del personal de enfermería son mujeres casadas, el 25% son mujeres solteras, seguidas con un 5% las que se encuentran en unión libre, con el 3.3% de madres solteras y terminando 1.6% de mujeres viudas.

Como es fácil de observar en este cuadro referente al estado civil del personal, se puede decir que en la gran mayoría posee experiencia propia en los trabajos de parto, ya que el 85% de este personal son madres de familia, esto permite que sea más fácil de identificar los riesgos a las mujeres que se encuentran en el trabajo de parto, brindándoles así un apoyo psicoprofiláctico al haber experimentado una experiencia propia en un trabajo de parto.

**CUADRO N° 6**  
**GRADO DE ESTUDIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

GRADO	F	%
Enfermera auxiliar	0	0
Enfermera general técnica	69	57.5
Enfermera general con preparatoria	33	27.5
Enfermera general con curso postécnico	13	10.83
Enfermera pasante de licenciatura	5	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

**GRÁFICA N° 6**  
**GRADO DE ESTUDIO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 6

En este cuadro se puede observar el nivel académico del personal de enfermería que trabaja en esta área, predominando la enfermera general técnica con 57.5%, con el 27.5% la enfermera general con estudios del nivel medio superior, a continuación con el 10.8% la enfermera general que a cursado un grado post técnico y solamente existe un 4.1% de lpasantes de la licenciatura en enfermeria

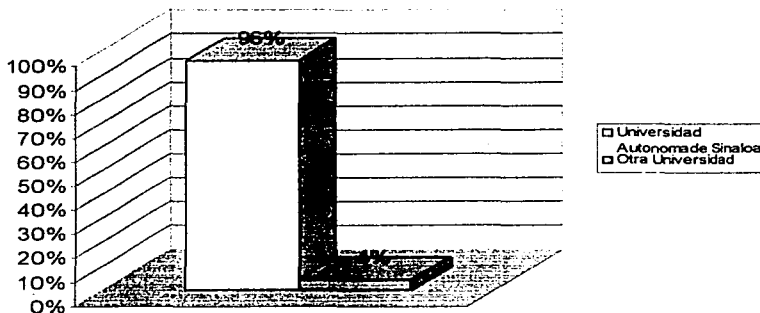
Se puede concluir que la mayoría del personal de enfermería cuenta con una preparación técnica, mientras un bajo porcentaje de enfermeras cuenta con estudios más avanzados, esto da como resultado que la calidad de la atención no se eleve y por lo tanto no se pueda disminuir los riesgos durante el trabajo de parto.



**CUADRO N° 7**  
**ESCUELA DONDE REALIZÓ SUS ESTUDIOS EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA**

ESCUELA	F	%
Universidad autónoma de Sinaloa	115	95.83
Otra universidad	5	4.17
<b>TOTAL</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>

**GRÁFICA N° 7**  
**ESCUELA EN DONDE REALIZÓ SUS ESTUDIOS EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 7

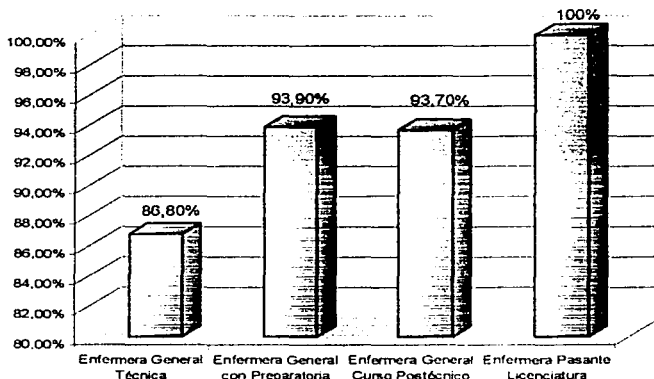
En este cuadro se hace referencia a las instituciones educativas donde el personal de enfermería realizó los estudios académicos se puede ver que el 95.8% es egresado de la escuela de enfermería Mochis perteneciente a la Universidad autónoma de Sinaloa y el resto al personal (4.1%) provienen de otras instituciones educativas ajenas al estado de Sinaloa.

La escuela Enfermería Mochis no cuenta con la licenciatura en enfermería, tampoco imparte cursos posttecnicos, por lo que las personas que estudian en esa institución solamente tiene un grado técnico de enfermería ya que sólo exigen la secundaria terminada. Esto nos indica el porque la enfermera no puede lograrlos es necesario salir fuera del Estado.

**CUADRO N° 8**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CUANDO HAY DESPRENDIMIENTO PREMATURA DE PLACENTA?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	86.8
Enfermera General con Preparatoria	93.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100%

**GRÁFICA N° 8**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ¿CUÁLES SON LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE SE PRESENTAN CUANDO HAY DESPRENDIMIENTO PREMATURA DE PLACENTA?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 8

En este cuadro se hace referencia del conocimiento que las distintas enfermeras poseen sobre la sintomatología cuando se presenta un desprendimiento prematuro de placenta, se puede observar que el personal de enfermería que obtuvo una mayor puntuación fueron las enfermeras pasantes de licenciatura con un 100%, seguidas por las enfermeras generales con estudios de bachillerato o equivalente con un porcentaje del 93.9%, las enfermeras generales con curso post-técnico ocuparon la tercera posición con un 93.7%, mientras que las enfermeras generales técnicas con un 86.8%.

Como se puede observar el mayor conocimiento se obtuvo en la gente que cuenta con mayor preparación académica, este personal pudo identificar más fácilmente los posibles riesgos que pudieran presentarse cuando se presente este problema. Aunque los datos anteriores se obtuvieron a través de un examen, no podemos constatar que en la práctica cuando se presentan este tipo de padecimientos las enfermeras encuestadas actúen de la manera correcta, por lo tanto los resultados que se obtengan al finalizar esta complicación, se podrá confirmar si el personal de enfermería tiene la suficiente conocimiento, capacidad y preparación, para atender a este tipo de padecimientos en las mujeres embarazadas.

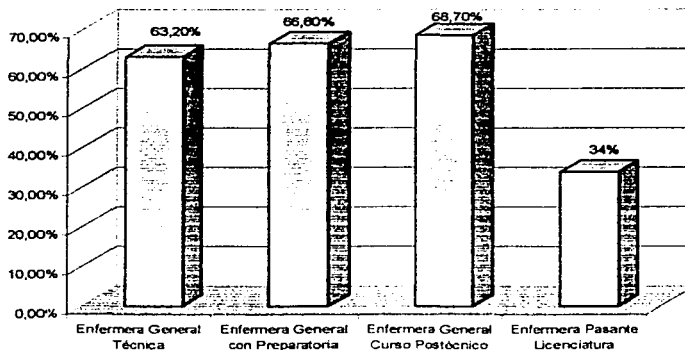
**CUADRO N° 9**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ¿EN QUÉ PARTE DEL ABDOMEN DE UNA EMBARAZADA SE LE ESCUCHA LA F.C.F. CUANDO EL PRODUCTO PRESENTA UNA POSICIÓN PÉLVICA?**

	CONOCIMIENTO %
Enfermera General Técnica	63.2
Enfermera General con Preparatoria	66.6
Enfermera General Curso Postécnico	68.7
Enfermera Pasante Licenciatura	34

**GRÁFICA N° 9**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ¿EN QUÉ PARTE DEL ABDOMEN DE UNA EMBARAZADA SE LE ESCUCHA LA F.C.F. CUANDO EL PRODUCTO PRESENTA UNA POSICIÓN PÉLVICA?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 9

En este cuadro se hace referencia al conocimiento del personal de enfermería de la manera de obtener la frecuencia cardiaca del producto cuando este se encuentra en posición pélvica.

Se puede observar que el personal de enfermería que obtuvo una mayor puntuación es el personal de enfermería con curso post-técnico con un 68.7%, seguida por las enfermeras generales con estudios de preparatoria con un 66.6%, continuando con las enfermeras generales técnicas con un 63.2% y por último las pasantes de licenciatura con un 34 %.

Como se puede observar en los resultados los porcentajes que se obtuvieron son muy bajos, ya que la mayoría anda entre el 60 y 70%, pero si sacamos el porcentaje general es del 58.13%, por lo que demuestra una seria deficiencia en cuanto a este conocimiento a nivel general.

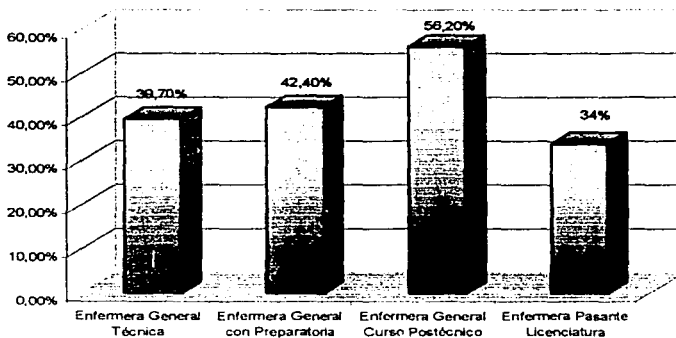
En este caso es importante reconocer que hace falta conocer más ciertos tipos de maniobras como la exploración de la frecuencia cardiaca del producto, así como las cifras normales de la misma, por lo que se necesita capacitar más al personal en estos menesteros disminuyendo así los riesgos de la mujer embarazada y del producto cuando se realice el trabajo de parto. Por último, podemos comentar que en la práctica diaria de la enfermera no es la encargada de realizar este tipo de exploración ya que es el ginecólogo o el médico asignado el que normalmente la realiza. Si la enfermera tuviera las habilidades anteriormente mencionadas, ella en un momento determinado pudiera detectar un factor de riesgo, ya que es ella la que esta más tiempo con el paciente, pudiendo dar aviso de manera oportuna al médico en turno cuando exista una complicación, por lo que es necesaria la profesionalización y actualización del personal de enfermería.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**CUADRO N° 10**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL**  
**TIEMPO NORMAL DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN UNA**  
**PRIMIGESTA?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	39.7
Enfermera General con Preparatoria	42.4
Enfermera General Curso Postécnico	56.2
Enfermera Pasante Licenciatura	34.0

**GRAFICA N° 10**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL**  
**TIEMPO NORMAL DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN UNA**  
**PRIMIGESTA?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 10

En el cuadro exhibido con anterioridad referente al conocimiento que el personal de enfermería tiene a cerca del tiempo de parto en una paciente primigesta, pudiéndose observar que el mayor porcentaje corresponde a la enfermera general con curso post técnico (56.2%), seguida por la enfermera general con estudios de preparatoria (42.4%), posteriormente tenemos a la enfermera general técnica (39.7%) y por último la enfermera pasante de licenciatura (34%).

Observamos en general que el personal de enfermería tiene un bajo conocimiento en cuanto a la duración del parto, ya que en promedio el conocimiento se estima en un 43%, por lo que es netamente deficiente.

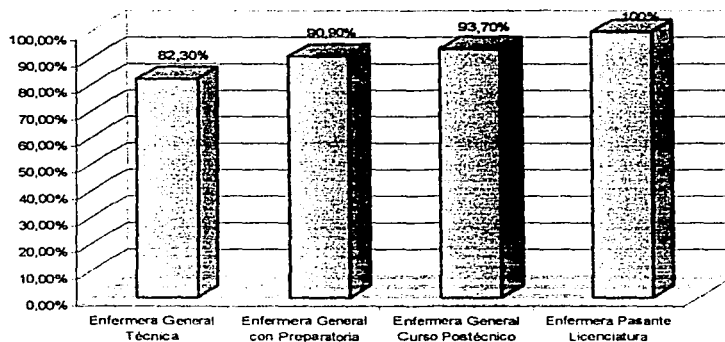
Se piensa que la enfermera no le da la importancia requerida, ya que es el médico el encargado de la valoración del trabajo de parto, por lo que no se le tiene considerada como una actividad propia de la enfermera, relegando esta responsabilidad al médico. Sin embargo es de vital de importancia adquirir esta habilidad, ya que esto nos puede indicar la existencia de una anomalía en el trabajo de parto, evitando así que la madre y al producto se expongan a un daño irreversible.



**CUADRO N° 11**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LAS**  
**MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	82.3
Enfermera General con Preparatoria	90.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 11**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE LAS**  
**MANIFESTACIONES DEL SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 11

En este cuadro se han concentrado los datos referentes al conocimiento que la enfermera tiene sobre el sufrimiento fetal agudo, observándose que el mayor conocimiento sobre este tema lo posee la enfermera pasante de licenciatura (100%), seguida de la enfermera general con curso pos-técnico (93.7%), continuando con la enfermera general con preparatoria (90.9%) y por último las enfermeras generales técnicas (82.3%).

Se puede referir que en general la mayoría del personal de enfermería sabe reconocer un cuadro agudo de sufrimiento fetal, sin embargo, en la práctica se pudo observar que estos problemas se presentan debido a que la enfermera no tiene la capacidad de detectar este cuadro clínico, por lo que es importante que se realicen actualizaciones de programas y cursos prácticos, evitando así daños posteriores al producto y a la madre.

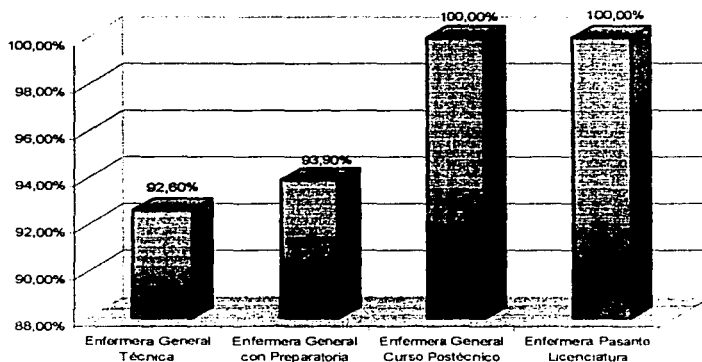
**CUADRO N° 12**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LOS TRES PERÍODOS EN QUE SE DIVIDE EL TRABAJO DE PARTO?.**

	CONOCIMIENTO %
Enfermera General Técnica	92.6
Enfermera General con Preparatoria	93.9
Enfermera General Curso Postécnico	100
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 12**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LOS TRES PERÍODOS EN QUE SE DIVIDE EL TRABAJO DE PARTO?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 12

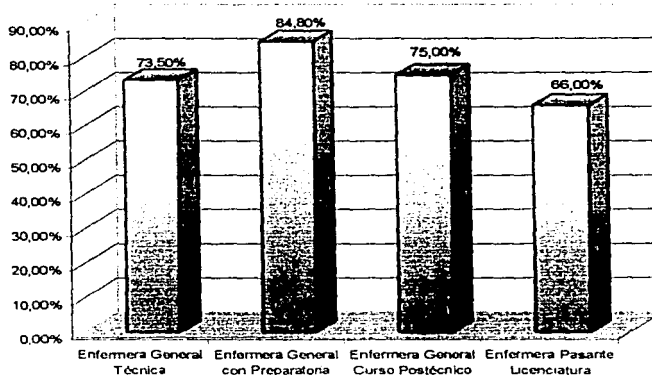
En este cuadro se manifiesta los conocimientos del personal de enfermería acerca de los tres tiempos en que se divide el parto, como se observa el mayor porcentaje las obtuvieron las enfermera general con curso pos técnico, las enfermera pasantes de licenciatura con un 100%, seguidas por las enfermeras generales con preparatona con 93.9% y por último las enfermera general técnica con un 92.6%

Como se puede observar la mayoría del personal refiere tener estos conocimientos ya que la mayoría cuenta con experiencia propias y tiempo laborado en dichas áreas, pero esto no es suficiente ya que enfermería tiene que estar actualizándose y llevando a la practica todo lo aprendido para brindar una buen atención ala mujer en el trabajo de parto.

**CUADRO N° 13**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL**  
**TIEMPO NORMAL DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN LA**  
**MULTIGESTA?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	73.5
Enfermera General con Preparatoria	84.8
Enfermera General Curso Postécnico	75.0
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 13**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL**  
**TIEMPO NORMAL DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN LA**  
**MULTIGESTA?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 13

En este cuadro referente al conocimiento del personal de enfermería, acerca del tiempo normal de duración del trabajo de parto en una multigesta. Se observó que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera general con preparatoria con 84.8%, seguida por la enfermera general con curso pos técnico con 75%, continuado con enfermera general técnica con un 73.5% y por último la enfermera pasante de licenciatura con un 66 %.

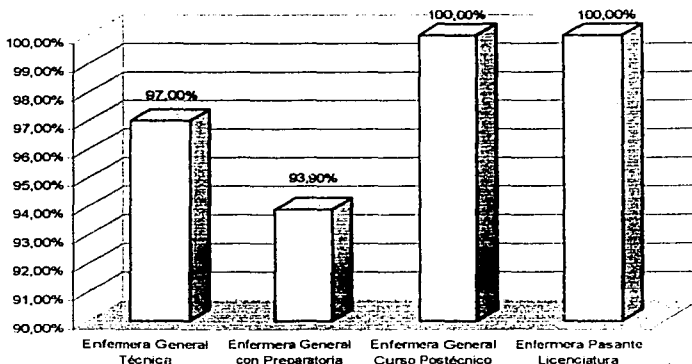
Como podemos ver la mayoría de las enfermeras refieren tener estos conocimientos pero habría que confrontarlo con las complicaciones y el tipo de atención que se proporciona a la usuaria.

Pero en lo que refiere la gráfica la enfermera pasante de licenciatura presenta un porcentaje bajo esto no quiere decir que entre mayor conocimiento o preparación tendrá mayor destreza ya que el aprendizaje y la práctica constante brindará mayor aptitudes al personal a realizar una atención al trabajo de parto.

**CUADRO N° 14**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL**  
**DOCUMENTO EN EL CUAL SE REGISTRAN TODOS LOS HECHOS Y LA**  
**EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	97.0
Enfermera General con Preparatoria	93.9
Enfermera General Curso Postécnico	100.00
Enfermera Pasante Licenciatura	100.00

**GRÁFICA N° 14**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL**  
**DOCUMENTO EN EL CUAL SE REGISTRAN TODOS LOS HECHOS Y LA**  
**EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 14

En este cuadro a cerca del conocimiento del personal de enfermería acerca del documento en el cual se registran todos los hechos y la evolución del trabajo de parto observamos que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera general con curso pos técnico, enfermera pasante de licenciatura con un 100%, continuado con enfermera general técnica con un 97% y por último la enfermera general con preparatoria con un 93.9%.

El parto grama es un documento de vital importancia ya que en él se registran datos de la paciente y también el avance en el trabajo de parto por medio de la curva en S.

Este registro gráfico constituye una guía precisa para el tratamiento de los partos anormales e, iniciarse oportunamente la intervención médica y observamos que prácticamente la mayoría de enfermeras refieren conocer este documento, pero este es solo es manejado por los médicos, es por ello que se hace necesario que la carrera de enfermería se profesionalice y así poder no solo manejar este documento, si no también llevar acabo la atención del parto, máxime las licenciadas en enfermería y obstetricia.



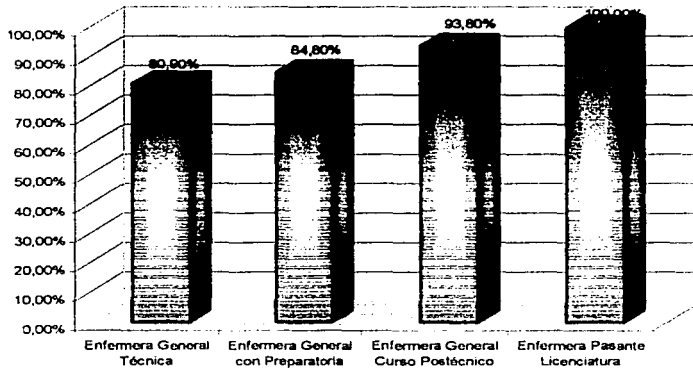
**CUADRO N° 15**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES LA POSICIÓN CORRECTA QUE DEBE TENER LA PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN TRABAJO DE PARTO EN LA SALA DE LABOR?**

	CONOCIMIENTO %
Enfermera General Técnica	80.9
Enfermera General con Preparatoria	84.8
Enfermera General Curso Postécnico	93.8
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 15**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES LA POSICIÓN CORRECTA QUE DEBE TENER LA PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN TRABAJO DE PARTO EN LA SALA DE LABOR?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 15

En este cuadro sobre el conocimiento del personal de enfermería a cerca de la posición de la paciente en el trabajo de parto en la sala de labor, se observó que la mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera pasante de licenciatura con un 100%, seguida por la enfermera general con curso pos técnico con un 93.8 %, continuado con la enfermera general con preparatoria con un 84.8%, y por último con la enfermera general técnica con un 80.9%.

La mayoría de las enfermeras refieren conocer dicha posición y sus ventajas lo cual esta correcto que lo lleven a la práctica con todas y cada una de las pacientes. Pero en la práctica que se realizó, observamos que la enfermera algunas lo llevan a cabo y otras lo pasan de desapercibido ya que le dan mayor importancia a otras actividades de enfermería o las actividades de rutina que se lleva en el servicio.

Por último como es el médico que da la orientación a las mujeres en trabajo de parto en la sala de labor cual es la posición correcta que debe adoptar, por tal motivo la enfermera omite esta observación y orientación a la paciente.

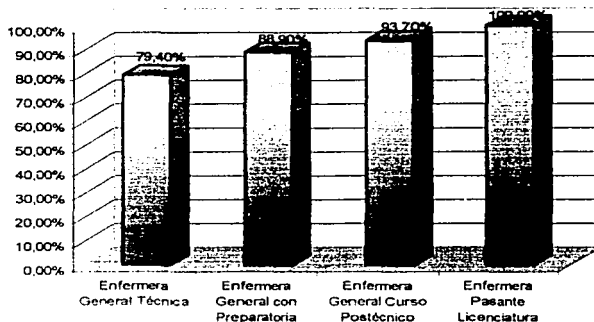
### CUADRO N° 16

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL MÉTODO EDUCATIVO IMPARTIDO A PARTIR DE LA SEMANA 20, QUE AYUDA A TENER UN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES Y QUE TIENDE A ELEVAREL UMBRAL DEL DOLOR

	CONOCIMIENTO
	%
Enfermera General Técnica	79.4
Enfermera General con Preparatoria	88.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

### GRÁFICA N° 16

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DEL MÉTODO EDUCATIVO IMPARTIDO A PARTIR DE LA SEMANA 20, QUE AYUDA A TENER UN EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO EN LAS MEJORES CONDICIONES POSIBLES Y QUE TIENDE A ELEVAREL UMBRAL DEL DOLOR



FUENTE:

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 16

En este cuadro referente al conocimiento del personal de enfermería acerca del método educativo que tiende a elevar el umbral de dolor se observó que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera pasante de licenciatura con un 100 %, seguida por la enfermera general con curso pos técnico con un 93.7%, continuado con la enfermera general con preparatoria con un 88.9% y por último la enfermera general técnica con un 79.4%.

La psicoprofilaxis es un método que pretende que la paciente conozca que es el embarazo y cual es el mecanismo del parto, ayudar a liberar temores e infundir confianza y tranquilidad, además con ejercicios adecuados se le ayuda a mejorar su control muscular y así obtener un mejor estado de relajación.

En este cuadro la mayoría de las enfermeras dice conocer el método educativo, pero se sabe de antemano que no se lleva acabo esta orientación ya que aquí no existen áreas especiales en ninguna institución ni en el sector privado.

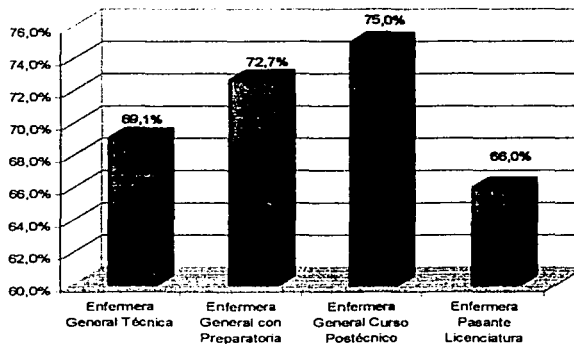
**CUADRO N° 17**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CÓMO SE LE CONOCE A LA RUPTURA DEL SACO CORIAMNIÓTICO, ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO. DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	69.1
Enfermera General con Preparatoria	72.7
Enfermera General Curso Postécnico	75
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 17**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CÓMO SE LE CONOCE A LA RUPTURA DEL SACO CORIAMNIÓTICO, ANTES DEL INICIO DEL TRABAJO DE PARTO. DESPUÉS DE LAS 20 SEMANAS DE GESTACIÓN?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 17

En este cuadro referente al conocimiento del personal de enfermería acerca de la ruptura del saco cori amniótico antes del inicio del trabajo de parto después de las 20 cm de gestación se observó que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera general con curso pos técnico con un 75%, seguida por la enfermera general con preparatoria con un 72.7%, continuado con la enfermera general técnica con un 69.1% y por último la enfermera pasante de licenciatura con un 66 %.

Como observamos que la mayoría refiere entender los conocimientos solo que hay que enfatizar que también se deben conocer todas las complicaciones que trae consigo una ruptura de membranas.

Por último es importante que la enfermera se actualice constantemente y se encuentre dentro de la vanguardia para entender dichas complicaciones para brindar una mejor atención a la mujer embarazada.

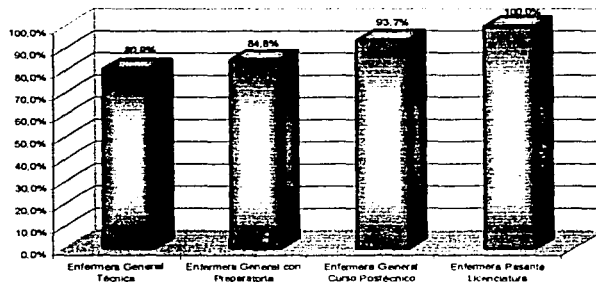
**CUADRO N° 18**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿EL TRABAJO DE PARTO QUE SE PRESENTA ANTES DE LA SEMANA 37 DE GESTACIÓN, O MENOS DE 252 DÍAS CONSIDERANDO DESDE EL PRIMER DÍA, DESDE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN O BIEN EL NACIMIENTO DE UN FETO DE MENOS DE 2,500 GRS, SE LE CONOCE COMO?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	80.9
Enfermera General con Preparatoria	84.8
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 18**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿EL TRABAJO DE PARTO QUE SE PRESENTA ANTES DE LA SEMANA 37 DE GESTACIÓN, O MENOS DE 252 DÍAS CONSIDERANDO DESDE EL PRIMER DÍA, DESDE LA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN O BIEN EL NACIMIENTO DE UN FETO DE MENOS DE 2,500 GRS, SE LE CONOCE COMO?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 18

En este cuadro referente al conocimiento del personal de enfermería a cerca de amenaza de parto prematuro, observamos que el mayor porcentaje lo tuvo la enfermera pasante con licenciatura 100%, seguidas por la enfermera general con curso pos técnico con 93.7%, continuando con la enfermera general con preparatoria con un 84.8% y por ultimo la enfermera general técnica con un 80.9%.

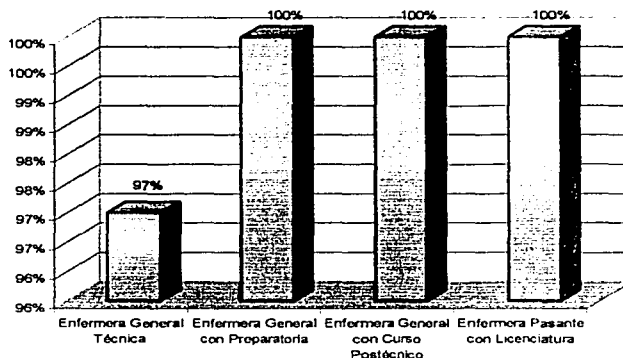
Como se observa es alto el porcentaje de enfermeras que refieren tener los conocimientos, sin embargo, sigue existiendo un alto indice de prematuros en las dos unidades hospitalarias, esto se debe a ciertos factores y lo mas importante, no se da un seguimiento a las madres debido a ciertos factores sociales, puesto que no valoran a la embarazada ni proporcionan cuidados integrales. Por otra parte, es a los médicos a quienes le corresponde valorar a las pacientes y no a las enfermeras, siendo esto posible hasta que se profesionalice la carrera de enfermería.



**CUADRO N° 19**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LOS DATOS QUE INDICAN EL INICIO DE PRECLAMSIÁ?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	97
Enfermera General con Preparatoria	100
Enfermera General Curso Postécnico	100
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 19**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LOS DATOS QUE INDICAN EL INICIO DE PRECLAMSIÁ?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 19

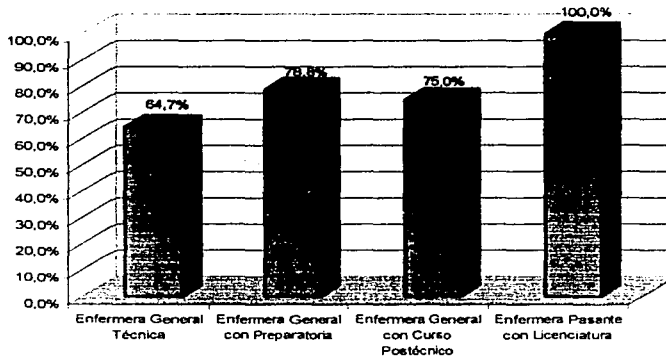
En este cuadro se puede ver que el conocimiento del personal de enfermería a cerca de las manifestaciones clinicas de la preclampcia, teniendo porcentajes iguales las enfermeras pasantes de licenciatura, las enfermeras con cursos pos técnicos y la enfermeras con preparatoria con un 100%, sin embargo la enfermera general técnica con un 97%, como se puede observar la mayoría refiere conocer estas manifestaciones de la preclampcia, lo cual tiene gran importancia puesto que esta sintomatología detectada en forma tardía es causa de muerte tanto de la madre como del producto.

Sin embargo, en los hospitales las enfermeras no se encargan de detectar este tipo de síntomas, ya que el control lo lleva el médico responsable, y ella (la enfermera) solo sigue las indicaciones del médico, por lo que la práctica de enfermería es pasiva y no lo activa que debería ser.

**CUADRO N° 20**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿ CUÁLES SON**  
**LOS FACTORES DE RIESGOS MATERNOS QUE PREDISPONEN UN PARTO**  
**PRETÉRMINO?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	64.7
Enfermera General con Preparatoria	78.8
Enfermera General Curso Postécnico	75
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 20**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿ CUÁLES SON**  
**LOS FACTORES DE RIESGOS MATERNOS QUE PREDISPONEN UN PARTO**  
**PRETÉRMINO?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 20

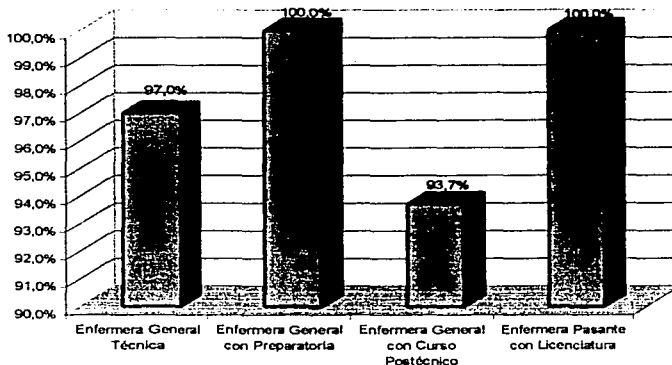
En este cuadro se hace referencia al conocimiento del personal de enfermería a cerca de los factores de riesgo en el parto pre término, observando que el mayor porcentaje lo obtuvieron las enfermeras pasantes de licenciatura (100%), seguidas por las enfermeras generales con preparatoria (78.8%), continuando con las enfermeras generales con curso post técnico (75%) y por último la enfermera general técnica (64.7%).

Es observable que entre más preparación académica tenga la enfermera, tiene mayor habilidad para detectar los factores de riesgo de los partos pre término, por ello es necesario que las enfermeras deben de estar actualizándose constantemente, llevando a cabo controles prenatales y concienciar a la población en general que es importante llevar a cabo un control durante el embarazo, por lo tanto la imperiosa necesidad de acudir al médico a que las estén valorando periódicamente.

**CUADRO N° 21**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA ¿QUÉ SE**  
**DEBE VIGILAR EN UNA MUJER EMBARAZADA?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	97.0
Enfermera General con Preparatoria	100
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 21**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA ¿QUÉ SE**  
**DEBE VIGILAR EN UNA MUJER EMBARAZADA?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 21

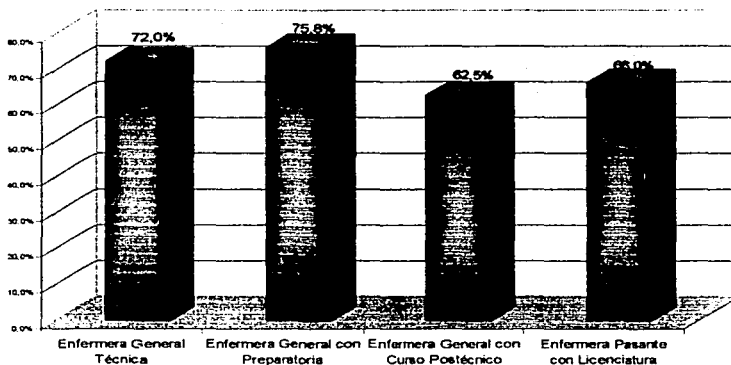
Este cuadro se ve reflejado el conocimiento que el personal de enfermería sobre los cuidados en la etapa prenatal, obteniendo el mayor porcentaje las enfermeras pasantes de licenciatura y las enfermeras general con preparatoria con un 100%, seguidas a continuación por las enfermeras generales técnicas con un 97% y por último las enfermeras generales con curso pos técnico con un 93.7%.

En este cuadro se manifiesta que la mayoría del personal sabe cuales son los cuidados básicos de la etapa prenatal, salvo en muy contadas ocasiones, siendo de suma importancia para la embarazada y el producto, sin embargo sigue existiendo un alto índice de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, lo cual nos indica la falta de información de las mujeres embarazadas y la desidia de las mismas para realizar los cuidados adecuados durante su embarazo.

**CUADRO N° 22**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁNDO SE CONSIDERA NORMAL LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL?**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	72.0
Enfermera General con Preparatoria	75.8
Enfermera General Curso Postécnico	62.5
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 22**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁNDO SE CONSIDERA NORMAL LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 22

En este cuadro se hace referencia sobre los conocimientos del personal de enfermería a cerca de las cifras normales de la frecuencia cardíaca fetal, se observó que el mayor porcentaje en la enfermeras generales que cursaron la preparatoria con un 75.8%, seguidas por las enfermeras generales técnicas con un 72%, continuando con las enfermeras pasantes de licenciatura con un 66% y por último las enfermeras generales con curso pos técnico con un 62.5%.

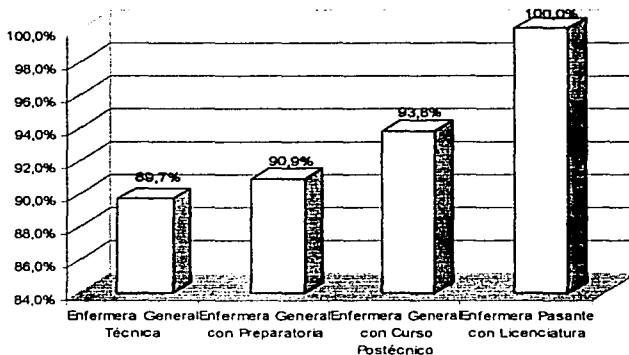
Se puede observar que el personal que cuenta con mayor experiencia tiene un porcentaje más elevado del conocimiento acerca de la frecuencia cardíaca fetal, mientras que el personal que consta que presenta más preparación, tiene un menor conocimiento a cerca del tema, esto nos lleva a concluir que no nada más importa la preparación, sino un punto importante es la práctica, ya que la mayoría de las enfermeras pasantes de licenciatura no está trabajando en este tipo de servicio. Se hace hincapié que es el médico el que monitorea la frecuencia cardiaca fetal, relegando de nueva cuenta a un papel secundario a las enfermeras, esto hace que muchas de ellas que laboran en estos servicios adopten un papel pasivo, desinteresándose o bien perdiendo la práctica en la toma de este signo vital.



**CUADRO N° 23**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁL ES LA CONDUCTA A SEGUIR SI ES UN EMBARAZO A TÉRMINO Y NO TIENE ACTIVIDAD UTERINA?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	89.7
Enfermera General con Preparatoria	90.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.8
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 23**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁL ES LA CONDUCTA A SEGUIR SI ES UN EMBARAZO A TÉRMINO Y NO TIENE ACTIVIDAD UTERINA?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 23

En este cuadro se hace referencia al conocimiento que posee el personal de enfermería sobre la conducta que debe adoptar para inducir o conducir el trabajo de parto, observándose que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera pasante de licenciatura con el 100%, seguidas a continuación por las enfermeras generales con curso pos técnico con un 93.8%, continuando la enfermera general con preparatoria con un 90% y por último la enfermera general técnica con un 89.7%.

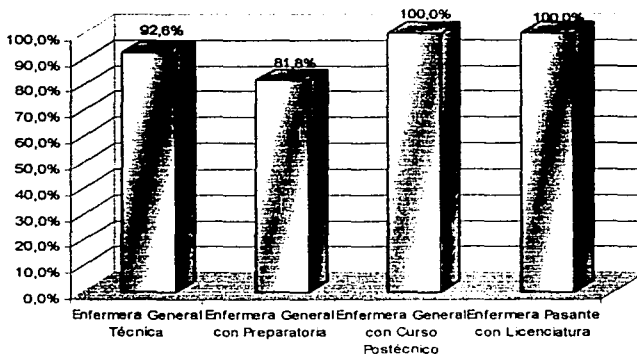
Se observa que las enfermeras refieren tener los conocimientos, solo que tienen ingerencia en la conducción y la inducción del parto, ya que eso es competencia exclusivamente a los médicos, sobre todo a los especialistas para dar las indicaciones pertinentes al caso.

Es de suma importancia que se profesionalice a la enfermera para poder tener mayor participación en los procedimientos específicos en la inducto conducción, como es el caso de las enfermeras que estudiaron la licenciatura de enfermería y obstetricia, ya que la rama de obstetricia es parte de su perfil profesional.

**CUADRO N° 24**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A CERCA DE ¿CUÁNDO SE CONSIDERA UN EMBARAZO PROLONGADO DE CUANTAS SEMANAS HABLAMOS?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	92.6
Enfermera General con Preparatoria	81.8
Enfermera General Curso Postécnico	100
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 24**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA A CERCA DE ¿CUÁNDO SE CONSIDERA UN EMBARAZO PROLONGADO DE CUANTAS SEMANAS HABLAMOS?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO Nº 24

En este cuadro se hace referencia sobre el personal de enfermería a cerca de las semanas de gestación del embarazo prolongado, observándose que el mayor porcentaje lo obtuvieron

Las enfermeras generales con curso pos técnico y las enfermeras pasantes de licenciatura con un 100%, seguidas a continuación con las enfermeras generales técnicas con 92.6% y por último las enfermeras generales con preparatoria con un 81.8%.

Se puede observar en el cuadro que en casi la totalidad del personal existe el conocimiento lo cual resulta satisfactorio, solo que no es la función de la enfermera, ya que esto está reservado exclusivamente a los médicos que llevan el control prenatal, es por eso que es urgente e indispensable que la enfermera se profesionalice para que tenga una mayor ingerencia, responsabilizando también a las enfermeras en los cuidados de las mujeres embarazadas desde su cuidado prenatal hasta la culminación en el parto y el puerpério.

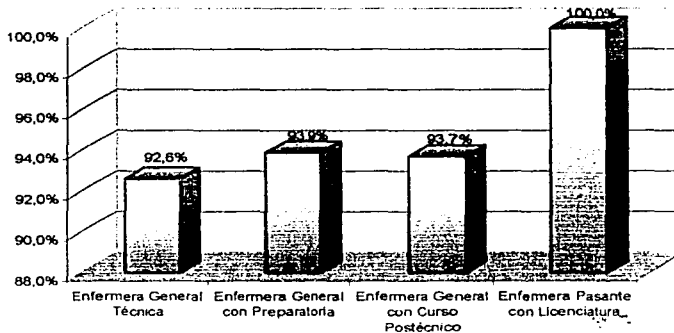
CUADRO N° 26

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL PESO QUE DEBE INCREMENTAR UNA EMBARAZADA AL TÉRMINO DE SU EMBARAZO?.

	CONOCIMIENTO
	%
Enfermera General Técnica	92.6
Enfermera General con Preparatoria	93.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

GRÁFICA N° 26

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES EL PESO QUE DEBE INCREMENTAR UNA EMBARAZADA AL TÉRMINO DE SU EMBARAZO?.



FUENTE:

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 25

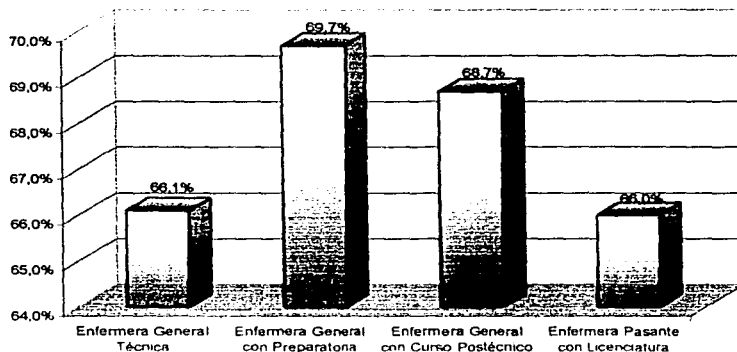
En este cuadro hace referencia al conocimiento del personal de enfermería sobre el incremento de peso durante el embarazo, se puede observar que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera pasante de licenciatura con un 100%, seguida a continuación por la enfermera general con preparatoria con un 93.9%, continuando con la enfermera general con curso pos técnico con el 93.7% y por último la enfermera general técnica con un 92.6%.

Con esto se observa que un alto porcentaje del personal cuenta con los conocimientos apropiados, ya sea por el conocimiento obtenido a través de la práctica profesional o bien por haber sido madre ellas mismas, aunque es importante comprobar si realmente detectan este factor de riesgo durante la práctica diaria.

**CUADRO N° 26**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿EL ALTO**  
**O BAJO PESO EN RELACIÓN A LA TALLA ES UN FACTOR DE RIESGO**  
**REPRODUCTIVO EN LA EMBARAZADA?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	66.1
Enfermera General con Preparatoria	69.7
Enfermera General Curso Postécnico	68.7
Enfermera Pasante Licenciatura	66.0

**GRÁFICA N° 26**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿EL ALTO**  
**O BAJO PESO EN RELACIÓN A LA TALLA ES UN FACTOR DE RIESGO**  
**REPRODUCTIVO EN LA EMBARAZADA?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 26

En éste cuadro sobre el conocimiento del personal de enfermería acerca de ¿El alto o bajo peso en relación a la talla es un factor de riesgo reproductivo en la embarazada. Observamos que el mayor porcentaje lo obtuvo la enfermera general con preparatoria con un 69.7%, siguiéndola las enfermeras generales con curso postécnico con un 68.7%, posteriormente las enfermeras técnicas, con un 66.1% y por último las enfermeras pasantes de la licenciatura en enfermería y obstetricia con un 66%.

Se observa que la enfermera general con preparatoria obtuvo el más alto nivel de porcentaje seguido por enfermera postécnica, posteriormente la enfermera general técnica y por último la enfermera pasante de la licenciatura; esto nos da la pauta que entre mayor práctica, conocimiento y tiempo de trabajo en estos servicio; el personal tendrá mas aptitudes para detectar éste factor de riesgo en la mujer embarazada.

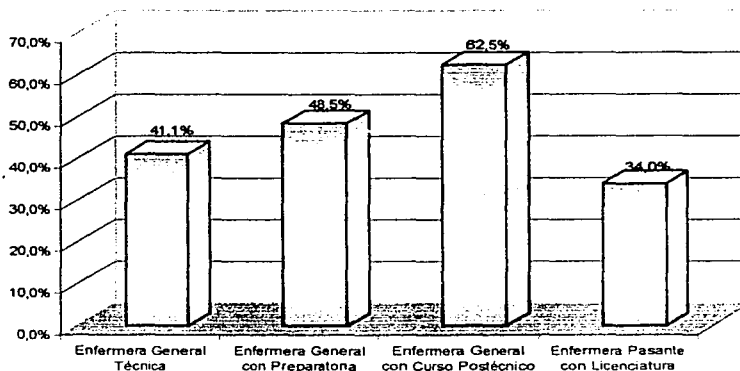
Por lo tanto el conocimiento y preparación en enfermera obstetra es fundamental para conocer y detectar oportunamente algún factor de riesgo en la mujer embarazada. También hay que destacar que no es nada mas el conocimiento, sino, que lo aprendido se continúe en la práctica ya que las enfermeras con mayor preparación ocupan puestos administrativos y se olvidan un poco de la práctica.



**CUADRO N° 27**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿LA**  
**HIPEREMESIS GRAVÍDICA ES UN FACTOR DE RIESGO QUE PROVOCA?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	41.1
Enfermera General con Preparatoria	48.5
Enfermera General Curso Postécnico	62.5
Enfermera Pasante Licenciatura	34.0

**GRÁFICA N° 27**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿LA**  
**HIPEREMESIS GRAVÍDICA ES UN FACTOR DE RIESGO QUE PROVOCA?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 27

En éste cuadro podemos ver que el mayor porcentaje lo tuvieron las enfermeras generales, con curso postécnico con 62.5% siguiéndola, las enfermeras generales con preparatoria con 48.5%, después las enfermeras generales técnicas con un 41.1% y por último las enfermeras pasantes de la licenciatura con 34%.

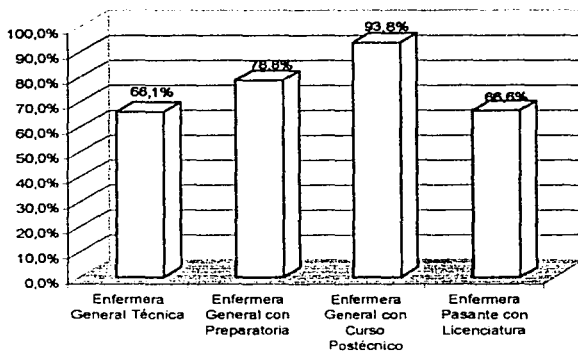
Como podemos observar es muy bajo el porcentaje que obtuvieron las enfermeras en todas y cada una de las categorías por tal motivo podemos constatar que desconocen éste factor de riesgo y sus consecuencias. Por tal motivo se hace indispensable que las enfermeras se actualicen ya sea por medio de cursos, libros, talleres, etc., para que así de ésta manera poder brindar una atención acertada y de calidad a la mujer embarazada.

**CUADRO N° 28**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁLES SON**  
**LOS SÍNTOMAS DE ALARMA PARA PENSAR EN UNA TOXEMIA SEVERA?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	66.1
Enfermera General con Preparatoria	78.8
Enfermera General Curso Postécnico	93.8
Enfermera Pasante Licenciatura	66.6

**GRÁFICA N° 28**

**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁLES SON**  
**LOS SÍNTOMAS DE ALARMA PARA PENSAR EN UNA TOXEMIA SEVERA?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 28

En éste cuadro las enfermeras generales, con curso postécnico obtuvieron un 93.8%, seguido de las enfermeras generales con preparatoria con un 78.8%, le siguen las enfermeras pasantes de la licenciatura con un 66.6% y por último el 66.1% lo obtuvieron las enfermeras generales técnicas.

Aquí podemos observar que las enfermeras con curso postécnico y con preparatoria obtuvieron un alto porcentaje, mientras que las pasantes de la licenciatura y las enfermeras generales técnicas obtuvieron un porcentaje muy bajo. Es importante reconocer que entre mayor práctica y tiempo en determinados servicios se obtengan y dominen las habilidades necesarias para detectar signos y síntomas de alarma. Por otra parte haremos referencia que en algunas ocasiones se tiene el conocimiento pero si no se encuentran en el área correspondiente, y no los llevan a la práctica, éstos se olvidan.

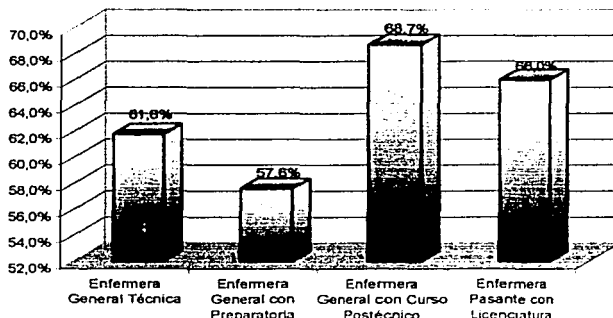
### CUADRO N° 29

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿QUÉ PROTOCOLO SE DEBE LLEVAR A CABO EN UNA PACIENTE DE UN EMBARAZO A TÉRMINO CON RUPTURA DE MEMBRANAS DE MÁS DE 6 HORAS DE EVOLUCIÓN SIN TRABAJO DE PARTO?.

	CONOCIMIENTO %
Enfermera General Técnica	61.8
Enfermera General con Preparatoria	57.6
Enfermera General Curso Postécnico	68.7
Enfermera Pasante Licenciatura	66

### GRÁFICA N° 29

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿QUÉ PROTOCOLO SE DEBE LLEVAR A CABO EN UNA PACIENTE DE UN EMBARAZO A TÉRMINO CON RUPTURA DE MEMBRANAS DE MÁS DE 6 HORAS DE EVOLUCIÓN SIN TRABAJO DE PARTO?.



#### FUENTE:

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 29

En éste cuadro las enfermeras con curso postécnico obtuvieron un 68.7% seguido de las enfermeras pasantes de la licenciatura con un 66% y luego las enfermeras generales técnicas con un 61.8% y por último las enfermeras generales con preparatoria con un 57.6%

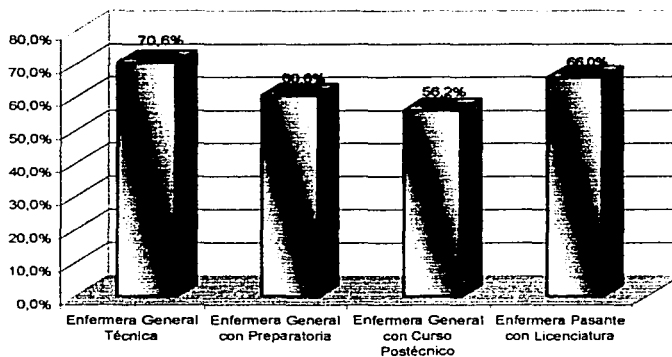
En éste cuadro según los resultados, todo el personal de enfermería, tiene muy bajo el nivel de conocimientos sobre éste factor de riesgo. Es de vital importancia que lo conozcan para que en un determinado momento puedan detectarlo a tiempo y evitar las consecuencias que trae consigo.

Por eso, se hace indispensable que todo el personal de enfermería se documente más, se prepare y se involucre más en las valoraciones de la mujer embarazada en trabajo de parto.

**CUADRO N° 30**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁNTAS**  
**SON LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	70.6
Enfermera General con Preparatoria	60.6
Enfermera General Curso Postécnico	56.2
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 30**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁNTAS**  
**SON LAS MANIOBRAS DE LEOPOLD?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 30

En éste cuadro observamos que el mayor porcentaje lo ocupan las enfermeras generales técnicas, con un 70.6%, seguido de las enfermeras pasantes de la licenciatura con un 66% y le siguen las enfermeras generales con preparatoria con un 60.6% y el último lugar lo ocupan las enfermeras con curso posttécnico con un 56.2%.

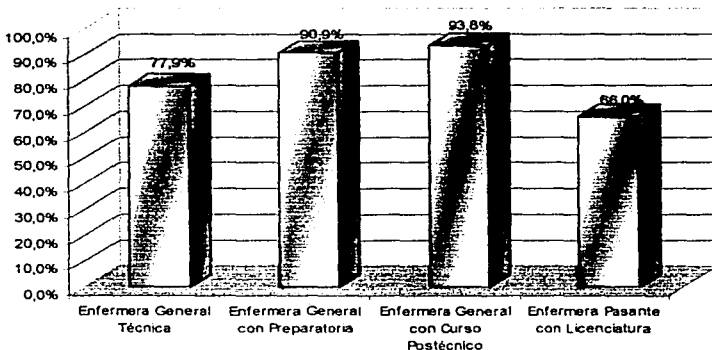
En éste cuadro observamos que sólo las enfermeras técnicas tienen un porcentaje un tanto favorable en donde dicen conocer la importancia que representa llevar a cabo las maniobras de Leopold, y las restantes no tienen el conocimiento suficiente de éstas mismas, por otro lado ellas argumentan que esto les compete, sólo a los médicos. Es por ello que se hace indispensable que todo el personal de enfermería conozca éste tipo de maniobras y las lleve a la práctica.



**CUADRO N° 31**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿QUÉ NOS PERMITE IDENTIFICAR, AL VALORAR LA CONFIGURACIÓN DE LA PELVIS?**

	<b>CONOCIMIENTO</b> %
Enfermera General Técnica	77.9
Enfermera General con Preparatoria	90.9
Enfermera General Curso Postécnico	93.8
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 31**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿QUÉ NOS PERMITE IDENTIFICAR, AL VALORAR LA CONFIGURACIÓN DE LA PELVIS?**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN ANÁLISIS CUADRO N° 31

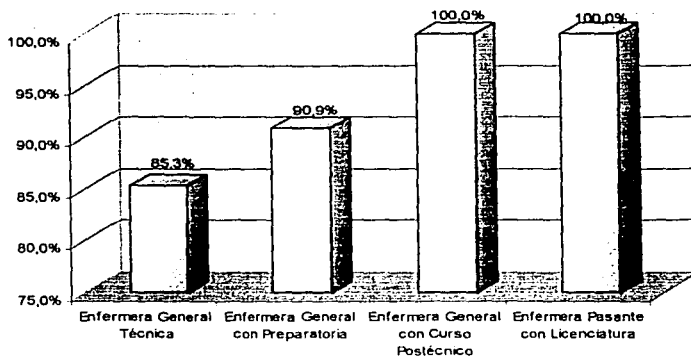
En éste cuadro las enfermeras generales con curso postécnico obtuvieron el mayor porcentaje un 93.8%, seguido de las enfermeras con preparatoria con un 90.9%, luego las enfermeras generales técnicas obtuvieron el 77.9%, por último las pasantes de la licenciatura con un 66%.

Aunque fue alto el porcentaje que contestó en forma correcta, se observa que la participación de enfermería en detectar oportunamente una desproporción céfaleo pélvica y preparar en forma anticipada a la paciente y el equipo necesario por si se requiere un evento quirúrgico o aplicación de fórceps, no es real, cuando esté realmente involucrada en lo que son los factores de riesgo en una embarazada su participación será acertada y ya no esperará las indicaciones que en último momento decida el médico ya que esto representa pérdida de tiempo y un riesgo para la madre y el feto.

**CUADRO N° 32**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE QUE OCASIONA UN PARTO PRETÉRMINO?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	85.3
Enfermera General con Preparatoria	90.9
Enfermera General Curso Postécnico	100
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 32**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁL ES LA CAUSA MÁS FRECUENTE QUE OCASIONA UN PARTO PRETÉRMINO?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 32

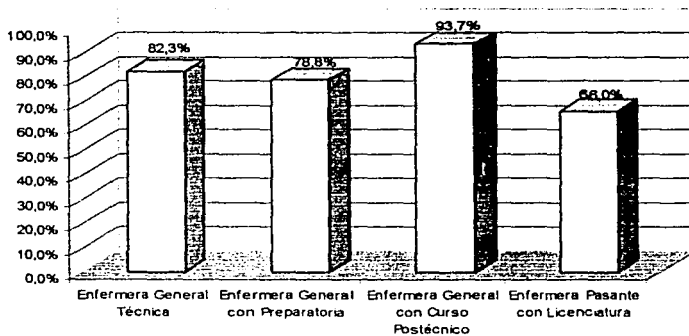
En éste cuadro observamos que las enfermeras generales con curso postécnico y las enfermeras pasantes de la licenciatura obtuvieron un empate con 100%, seguido de las enfermeras generales con preparatoria con un 90.9%, y por último las enfermeras generales técnicas con un 85.3%.

Como observamos en los resultados de los porcentajes la mayoría de las enfermeras refieren tener el conocimiento, aún sin embargo se sigue presentando un alto índice de niños prematuros, por lo que hay que valorar si es veraz éste conocimiento, por otra parte la mayoría de las pacientes embarazadas no lleva un control prenatal adecuado, debido a factores económicos ,culturales, sociales, etc. Y sólo acuden a hospitales para que le confirmen su estad grávido, y regresan hasta que inician con el trabajo de parto, o antes si se les presenta una complicación en su embarazo.

**CUADRO N° 33**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LAS CONTRA INDICACIONES PARA UNA INDUCTO CONDUCCIÓN?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b>
	<b>%</b>
Enfermera General Técnica	82.3
Enfermera General con Preparatoria	78.8
Enfermera General Curso Postécnico	93.7
Enfermera Pasante Licenciatura	66

**GRÁFICA N° 33**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACERCA DE ¿CUÁLES SON LAS CONTRA INDICACIONES PARA UNA INDUCTO CONDUCCIÓN?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

### INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS CUADRO N° 33

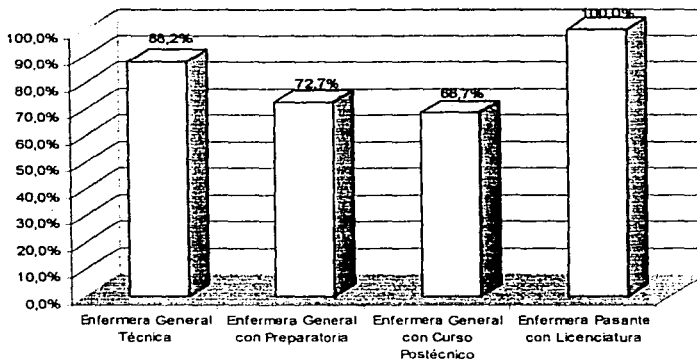
En éste cuadro observamos que la mayor puntuación la obtuvieron las enfermeras generales con curso postécnico con un 93.7%, seguidas de las enfermeras generales técnicas con un 82.3% y luego las enfermeras generales con preparatoria con un 78.8%, y por último las enfermeras pasantes de la licenciatura con un 66%.

Como podemos observar en éste cuadro la mayoría de las enfermeras obtuvo un alto porcentaje que refieren tener el conocimiento, sólo que éste es un procedimiento que le compete a los médicos llevarlo a cabo. Por eso se hace necesario que la enfermera se involucre más en éste tipo de procedimientos para que de ésta manera crezcan profesionalmente y otorguen una buena calidad de atención a las pacientes evitando así el riesgo que pueden correr tanto la madre como el feto.

**CUADRO N° 34**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁNTAS**  
**CONTRACCIONES SE DEBEN PRESENTAR EN 10 MINUTOS PARA QUE EL**  
**TRABAJO DE PARTO SEA EFECTIVO?.**

	<b>CONOCIMIENTO</b> %
Enfermera General Técnica	88.2
Enfermera General con Preparatoria	72.7
Enfermera General Curso Postécnico	68.7
Enfermera Pasante Licenciatura	100

**GRÁFICA N° 34**  
**CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE ¿CUÁNTAS**  
**CONTRACCIONES SE DEBEN PRESENTAR EN 10 MINUTOS PARA QUE EL**  
**TRABAJO DE PARTO SEA EFECTIVO?.**



**FUENTE:**

Encuestas aplicadas a las enfermeras del ISSSTE y Hospital General de los Mochis Sinaloa de marzo a septiembre del 2000.

## INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL CUADRO N° 34

En éste cuadro podemos ver que las enfermeras pasantes de la licenciatura obtuvieron un porcentaje del 100%, seguido de las enfermeras generales técnicas con un 88.2% y posteriormente las enfermeras generales con preparatoria con un porcentaje de 72.7% y al final las enfermeras generales con curso postécnico que obtuvieron un 68.7%.

Aquí las pasantes de la licenciatura, y las enfermeras generales técnicas, y las enfermeras generales con preparatoria dicen tener éste conocimiento, mientras que las enfermeras generales de curso postécnico sacó un bajo porcentaje. Es indispensable que todo el personal de enfermería tenga éste conocimiento puesto que es la persona que está continuamente con las pacientes y poder actuar en un momento determinado con la certeza que ésta le proporciona y poder así evitar complicaciones a la hora del parto.



## CONCLUSIONES

Encontramos que el nivel de conocimiento que refiere tener el personal de enfermería acerca de identificar los factores de riesgo en el trabajo de parto, el porcentaje mayor se dio en las enfermeras generales con curso post técnico con un 81.9%, seguidas por las enfermeras pasante de licenciatura con un 81.3%, continuando con las enfermeras generales con estudios de bachillerato con un 80.2%, y por último, las enfermeras técnicas con un 77.6%. se esperaba mayor porcentaje en las enfermeras pasantes de la Lic. En enfermería y obstetricia, pero los resultados no fueron lo que se esperaba, ya que el mayor porcentaje lo obtuvieron las enfermeras con curso pos técnico. Esto nos lleva a pensar que la enfermera que cuenta con más preparación se desempeña en un cargo administrativo, y no dentro de la especialidad en que fue formada, dejando de lado la atención al paciente, por lo tanto los conocimientos queden almacenados y no se lleven a la práctica y no se da el mejoramiento del servicio.

Además en esta zona no se cuenta con una escuela que imparta la licenciatura en enfermería, preparando únicamente técnicas en la especialidad, por la que la superación profesional que se tiene es escasa, los cursos pos técnicos se realizan fuera de la ciudad por lo que resulta una limitante en cuanto a la superación y actualización de la enfermera.

Con respecto a las estadísticas reportadas sobre la mortalidad en recién nacido es relativamente baja, ya que se registraron 1,835 nacimientos, de los cuales se registraron tres decesos teniendo un porcentaje de mortalidad de un 3.5%, sin embargo no hay indicios de que estas muertes se presentaran por negligencia médica, sino que fueron debido a la presentación de partos prematuros, estos se presentaron por diferentes causas, para lo cual se recomendaría que se realice otra investigación para determinar las causas reales de los decesos, que probablemente se deban al bajo nivel económico, cultural, edad, adicciones, etc.

En el transcurso de estos meses se presentaron tres defunciones en recién nacidos, dos por asfixia debido a toxemias, y la otra por causa desconocida, pero como las pacientes son de comunidades enclavadas en la sierra de Sinaloa muy alejadas de los hospitales, las pacientes llegaron en estado crítico no pudiendo por lo tanto salvar al producto.

Otro tipo de situaciones que se presenta es la muerte materna, ocurrieron tres casos en esta comunidad por las complicaciones que se presentaron después del parto, debido a factores como la desnutrición del paciente, atonía del útero, etc.

También observamos otro detalle que se presenta en el personal de enfermería en cuanto a su quehacer profesional, ya que está relativamente limitada su acción en la atención que se le brinda a la mujer embarazada, tanto en el control prenatal como en el trabajo de parto, ya que no cuenta con una preparación adecuada, aunada esto con el desinterés que muchas enfermeras presentan, ya que entre mayor conocimiento y preparación se tenga, la enfermera tendrá mayor participación en el tratamiento y el manejo de la paciente embarazada, por lo tanto contraerá mayor responsabilidades y cargas de trabajo.

En conclusión y retomando todo lo anteriormente dicho, podemos validar la hipótesis general, ya que como se puede observar cuanto mayor sea la preparación del personal de enfermería se brinda un mejor servicio a las mujeres embarazadas, reduciendo enormemente los factores de riesgo del feto, del recién nacido y de la madre.

## RECOMENDACIONES

1.- Como la mayoría del personal de enfermería que trabaja son técnicas en enfermería, es necesario que eleven su nivel académico.

2.- Es necesario que los hospitales apoyen para que el personal de enfermería se prepare académicamente, y que se les otorguen facilidades para que estudien postgrados técnicos, así como, licenciaturas, maestría y doctorado

3.- Que se hagan los estudios pertinentes para saber realmente que necesidad de personal se tiene en cada turno y en caso necesario hacer los ajustes.

4.- Se promuevan cursos continuos sobre Gineco-obstetricia para todo el personal de enfermería con la finalidad de que estén actualizadas en el cuidado manejo y tratamiento de la paciente embarazada

5.- Promover cursos sobre relaciones humanas, que hagan reflexionar al personal de enfermería sobre la importancia que tiene el rol que les toca desempeñar, comprometiéndose así a ser cada vez más profesional y humanitarias y por lo tanto brindar una atención integral a las pacientes.

5.- Que las instituciones educativas que imparten la carrera de enfermería eleven sus estudios a nivel de licenciatura, mejorando así el nivel académico.

6.- Que impartan cursos sobre los cuidados prenatales y con esto la enfermera eleve su nivel de conocimientos y puede detectar a tiempo cualquier factor de riesgo.

7.- Recomendar a las instituciones correspondientes desarrollar investigaciones en solución a:

- a) Compromisos que asume la enfermera (o) al atender a los pacientes
- b) Capacitación en relaciones humanas y trato con los pacientes.
- c) Distribución del personal para la atención de demandas de servicio.

## BIBLIOGRAFIAS

Arenas. Genética. Antología Cap. Herencia Mendeliana y Monogenética P. 129

Bookmiller, Bowen Estadísticas Vitales y Factores Económicos Relacionados con la Asistencia Obstétrica. Enfermería Obstétrica. México. 1987. P. 37

Burrouhg Enfermería Materno Infantil. Cáp. Complicaciones del Trabajo de parto y nacimiento P. 434.

DANFORTH.- Tratado de obstetricia y ginecología Cáp. Ciudadanos Prenatales embarazo normal. P. 131.

DC Chemey Diagnóstico y Tratamiento Gineco-Obstetrico cap. Métodos de valoración para el embarazo con riesgo. P.338

DE BLEIER. Enfermería Materno infantil. Cáp. Problemas de salud que complican el embarazo P. 406

Díaz y otros. El enfoque de riesgo y la atención Materno Infantil.- Antología Obstetricia II.- ENCO. UNAM 2000. P 11

Díaz, Schwarel opcit. Antología obstetricia II P. 117

Dra. Reyes Fausta. Mortalidad Materna en México.-IMSS Investigación Medica P. 61

Durante el proceso de Reproducción P. 15

Ed. McGraw-Hill. interamericana, México, 1999. 168 pp

Estrada. Tesis. Evaluación de la Atención Perinatal en Base al Sistema de Riesgo Perinatal. P. 26-27

Gen. Prevención de los Defectos al Nacimiento. P. 9

Hawkins y otros La embarazada y su organismo. Biblioteca básica de enfermería 1998 por Oxford University – Hasta México P. 183 – 185

HERNANDEZ CONESA J. y M. Esteban Albert “Fundamento de la Enfermería Teoría y Método”

KOZIER, Barbara, Glenora Erb. Fundamentos de enfermería, conceptos, proceso y práctica.

Medico-Quirúrgicas Asociadas a la Gestación”, en: Antología-Obstetricia. II P. 222

Neeson Consultorio de enfermera. Obstetricia. Cáp. 1926 España. P. 255.  
Op. Cat Dra. Reyes. Mortalidad Materna. P.65

OPS Salud Reproductiva: Concepto e importancia N° 39cap. Definición y Concepto de Salud Reproductiva P. 5.

REEDER. Enfermería. Materno infantil Cap. Cuidados de enfermería en el periodo parto. P. 417 – 418.

SS Maternidad Saludable y sin Riesgo P. 54.

Waechter, Phillips, Holaday. Enfermería Pediátrica p. 331

[www.ecomedic.com](http://www.ecomedic.com)

[www.ns.intertux.com](http://www.ns.intertux.com).

[www.safemotherhood.org](http://www.safemotherhood.org)

# ANEXOS

ÁPENDICE No. 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
ESCUELA DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

CUESTIONARIO DE LA INVESTIGACIÓN

"NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y SU  
INFLUENCIA EN LA IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN  
MUJERES EMBARAZADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN DOS  
INSTITUCIONES DE LOS MOCHIS, SINALOA".

FECHA: \_\_\_\_\_

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

ELABORADO POR:  
MARIA FLORINA ALVAREZ ALANIZ  
CARMEN ALICIA OLAIS NEYOY  
ZAMORA BOJORQUEZ OLGA  
RAQUEL DIANA ZUÑIGA MOORE.

Con la asesoría de la Licenciada:  
María de Los Ángeles García Albarran.



**JUSTIFICACIÓN:** El presente cuestionario se hace necesario en virtud de que el instrumento vital con el que se podrá obtener la información, conjuntamente con la observación y con el apoyo de las entrevistas necesarias para el conocimiento y presentación de los resultados.

**OBJETIVO:** Recabar datos de las fuentes fidedignas, a fin de conformar y recabar la información necesaria para comprobar la hipótesis de trabajo y la general.

**INSTRUCCIONES:** El presente cuestionario se ha estructurado con el objeto de recabar datos, por lo tanto se hace necesario que las personas encuestadas sigan las instrucciones siguientes.

- 1.- Contestar en forma honesta las preguntas que a continuación se mencionan
- 2.- Marque con una "X" una opción de respuestas de cada pregunta, ya que si contestan dos opciones se invalida la respuesta.
- 3.- Todo lo recabado es estrictamente confidencial.

**NOTA:** Se agradece su colaboración en las respuestas que se den a este cuestionario, y si desea conocer los resultados, estarán a su disposición al terminar la investigación.

## DATOS GENERALES:

1.- ¿Cuál es su categoría?

- Enfermera auxiliar  
 Enfermera General  
 Enfermera especialista  
 Jefe de piso  
 Supervisora de servicios

2.- ¿Cual es su edad?

- Tengo entre 18 y 22 años  
 Tengo entre 23 y 27 años  
 Tengo entre 28 y 32 años  
 Tengo entre 33 y 40 años  
 Tengo mas de 41 años

3.- ¿Cuál es su turno de trabajo?

- Turno matutino  
 Turno vespertino  
 Turno Nocturno "A"  
 Turno Nocturno "B"  
 Turno Especial diurno  
 Turno especial nocturno

4.- ¿Cuál es se sexo?

- Femenino  
 Masculino

5.- ¿Cuál es su estado civil?

- \_\_\_\_\_ Soltera
- \_\_\_\_\_ Casada
- \_\_\_\_\_ Viuda
- \_\_\_\_\_ Unión Libre
- \_\_\_\_\_ Madre soltera

6.- ¿Cuál es su grado de estudios?

- \_\_\_\_\_ Enfermera Auxiliar
- \_\_\_\_\_ Enfermera general técnica
- \_\_\_\_\_ Enfermera general con preparatoria
- \_\_\_\_\_ Enfermera general con curso postécnico
- \_\_\_\_\_ Enfermera pasante de la licenciatura
- \_\_\_\_\_ Enfermera con licenciatura y curso postécnico
- \_\_\_\_\_ Enfermera con maestría y otros cursos

7.- ¿En que escuela realizó sus estudios?

- \_\_\_\_\_ Universidad Autónoma de Sinaloa
- \_\_\_\_\_ Otra Universidad

8.- ¿Cuáles son los signos y síntomas que se presentan cuando hay un desprendimiento prematuro de placenta?

- \_\_\_\_\_ Sangrado vaginal intenso, rigidez abdominal
- \_\_\_\_\_ Dolor intenso, sangrado escaso
- \_\_\_\_\_ Salida de líquido amniótico, dolor intenso

9.- ¿En que parte del abdomen de una embarazada se le escucha la F.C.F cuando presenta una posición pélvica?

- \_\_\_\_\_ Por debajo de la cicatriz umbilical de la madre.

\_\_\_\_\_ Por arriba de la cicatriz umbilical de la madre

\_\_\_\_\_ En el bajo vientre

10.- ¿Cuál es el tiempo normal de duración del trabajo de parto en una primigesta?

\_\_\_\_\_ 6 a 8 horas

\_\_\_\_\_ 12 a 14 horas

\_\_\_\_\_ 15 a 20 horas

11.- ¿El sufrimiento fetal agudo puede manifestarse por lo siguiente?

\_\_\_\_\_ Meconio en líquido amniótico

\_\_\_\_\_ Meconio espeso en líquido amniótico, bradicardia fetal prolongada

\_\_\_\_\_ Sangrado vaginal.

12.- ¿El trabajo de parto se ha dividido en tres periodos que son:

\_\_\_\_\_ Alumbramiento, expulsión, borramiento y dilatación

\_\_\_\_\_ Expulsión, borramiento y dilatación y alumbramiento

\_\_\_\_\_ Borramiento y dilatación, expulsión y alumbramiento.

13.- ¿Cuál es el tiempo normal de duración del trabajo de parto en una multigesta?

\_\_\_\_\_ 6 a 8 horas

\_\_\_\_\_ 8 a 10 horas

\_\_\_\_\_ 10 a 12 horas

14.- ¿El documento en el cual se registran todos los hechos y la evolución del trabajo de parto se llama?

\_\_\_\_\_ Partograma

\_\_\_\_\_ Hoja de evolución

\_\_\_\_\_ Hoja de historia clínica

15.- ¿Cuál es la posición correcta que debe tener la paciente que se encuentra en trabajo de parto en la sala de labor?

\_\_\_\_\_ Posición semifowler y decúbito lateral izquierdo

\_\_\_\_\_ Posición fowler y decúbito lateral derecho

16.- Es un método educativo impartido a parto de la semana 20 que ayuda a tener un embarazo, parto y puerperio en las mejores condiciones posibles y que tiende a elevar el umbral del dolor.

\_\_\_\_\_ Psicoprofilaxis

\_\_\_\_\_ Técnica de relajación

\_\_\_\_\_ Gimnasia

17.- A la ruptura del saco coriamniótico antes del inicio del trabajo de parto después de las 20 semanas, de gestación, se le conoce como:

\_\_\_\_\_ Ruptura precoz de membrana

\_\_\_\_\_ Ruptura prematura de membrana

\_\_\_\_\_ Ruptura normal de membranas

18.- Es el trabajo de parto que se presenta antes de la semana 37 de gestación menos de 259 días considerando desde el primer día de la última menstruación o bien el nacimiento de un feto de menos de 2,500 gramos se le conoce como.

\_\_\_\_\_ Amenaza de parto a término

\_\_\_\_\_ Amenaza de parto pretérmino

\_\_\_\_\_ Amenaza de parto posttérmino

19.- Los datos que indican el inicio de preclampsia son:

\_\_\_\_\_ Hipertensión, edema miembros de inferiores, proteinuria

\_\_\_\_\_ Hipertensión, edema miembros inferiores, acufenos

\_\_\_\_\_ Hipertensión, fosfenos, edema de miembros inferiores.

20.- Son factores de riesgo maternos que predisponen un parto pretérmino

\_\_\_\_\_ Nivel socioeconómico bajo, falta de atención prenatal

\_\_\_\_\_ Embarazos múltiples

\_\_\_\_\_ Peso, talla

- \_\_\_\_\_ Nivel socioeconómico bajo, falta de atención prenatal
- \_\_\_\_\_ Embarazos múltiples
- \_\_\_\_\_ Peso, talla

21.- En una mujer embarazada se debe vigilar

- \_\_\_\_\_ Su incremento de peso, su estado nutricional F.C.F
- \_\_\_\_\_ Su estado emocional, F.C.F estado nutricional
- \_\_\_\_\_ Su convivencia social y su estado nutricional

22.- ¿Cuándo se considera normal la frecuencia cardiaca fetal?

- \_\_\_\_\_ 90-100
- \_\_\_\_\_ 110-120
- \_\_\_\_\_ 120-160

23.- ¿Cuál es la conducta a seguir si es un embarazo a término y no tiene actividad uterina?

- \_\_\_\_\_ Inducción del trabajo de parto
- \_\_\_\_\_ Conducción del trabajo de parto

24.- Cuando se considera un embarazo prolongado de cuantas semanas de gestación hablamos

- \_\_\_\_\_ 36 semanas
- \_\_\_\_\_ 38 semanas
- \_\_\_\_\_ 40 semanas
- \_\_\_\_\_ 42 semanas

25.- ¿Cuál es el peso que debe incrementar una embarazada al término de su embarazo?

- \_\_\_\_\_ 10-12 kilos
- \_\_\_\_\_ 15-20 kilos

\_\_\_\_\_ 20-30 kilos

26.- ¿El alto o bajo peso en relación a la talla es un factor de riesgo reproductivo en la embarazada?

\_\_\_\_\_ Si

\_\_\_\_\_ No

27.- La hiperémesis gravídica es un factor de riesgo que provoca.

\_\_\_\_\_ Crecimiento fetal subnormal, parto prematuro y sufrimiento fetal crónico

\_\_\_\_\_ Insuficiencia cardíaca fetal, sufrimiento fetal crónico

\_\_\_\_\_ Parto prematuro, insuficiencia cardíaca fetal

28.- ¿Cuáles son los síntomas de alarma para pensar en una toxemia severa?

\_\_\_\_\_ Edema miembros inferiores

\_\_\_\_\_ Hipotensión, anuria, diarrea, cefalea

\_\_\_\_\_ Hipertensión, proteinuria, cefalea, excitación

\_\_\_\_\_ Hipertensión, oliguria, poliuria, vomito.

29.- ¿Qué producto se debe llevar a cabo en una parte de embarazo a termino con ruptura de membranas de mas de 6 hrs. evolución sin trabajo de parto?

\_\_\_\_\_ Inducción, antibiótico y vigilancia estrecha

\_\_\_\_\_ Conducción del trabajo de parto y antibiótico.

\_\_\_\_\_ Inducto-conducción y antibiótico.

30.- ¿Cuántas son las maniobras de leopold?

\_\_\_\_\_ 2

\_\_\_\_\_ 5

\_\_\_\_\_ 4

31.- Al valorar la configuración de la pelvis nos permite identificar

\_\_\_\_\_ La desproporción cefalo pélvica

\_\_\_\_\_ La desproporción pélvica.

32.- ¿Cuáles son las causas mas frecuentes que ocasionan un parto pretermino?

\_\_\_\_\_ Embarazo múltiple

\_\_\_\_\_ Ruptura prematura de membranas

33.- ¿Cuáles son las contraindicaciones para un inducto conducción?

\_\_\_\_\_ Muerte fetal intrauterina

\_\_\_\_\_ Desproporción cefalo pélvica

34.- ¿Cuántas contracciones se deben presentar en 10 minutos para que el trabajo de parto sea efectivo?

\_\_\_\_\_ 3 a 4 contracciones

\_\_\_\_\_ 6 a 2 contracciones

\_\_\_\_\_ 2 a 3 contracciones



**PORCENTAJE GLOBAL QUE OBTUVIERON LAS ENFERMERAS DEL  
HOSPITAL DEL ISSSTE Y HOSPITAL GENERAL. EN CUANTO AL NIVEL DE  
CONOCIMIENTO EN LA APLICACIÓN DE LAS ENCUESTAS**

<b>Enfermera General Técnica</b>	<b>77.6%</b>
<b>Enfermera General con Preparatoria</b>	<b>80.2%</b>
<b>Enfermera Pasante de la Licenciatura</b>	<b>81.3%</b>
<b>Enfermera General con Curso Postécnico</b>	<b>81.9%</b>

**DATOS DE PERINATOLOGÍA, NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LOS  
HOSPITALES ISSSTE Y HOSPITAL GENERAL, COMPRENDIDOS DEL MES  
DE MARZO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2000.**

	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	TOTAL
<b>NACIMIENTOS</b>	326	227	225	231	252	272	392	1835
<b>OBITOS</b>	-	-	6	3	6	5	6	26
<b>MUERTES PERINATALES</b>	3	7	12	10	12	11	10	65
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>		1		1			1	
<b>PARTOS</b>	186	205	194	207	201	179	210	1382
<b>CESÁREAS</b>	61	69	68	63	60	65	67	453
<b>PARTOS DISTOCICOS</b>								

MOTIVOS DE	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
<b>MUERTES PERINATALES Y OBITOS</b>	- Prematurez - Inmadurez pulmonar	- Cardiopatía congénita - Sepsis neonatal	- Inmadurez pulmonar - Prematurez	- Prematurez - Inmadurez pulmonar - Sepsis neonatal	- Prematurez - Sepsis neonatal - Asfixia perinatal severa - Atrofia cerebral - Cardiopatía congénita	- Prematurez - Sepsis - Asfixia perinatal severa - Malformación congénita pulmonar - Neumotorax - Sepsis	- Prematurez - Asfixia pulmonar - Neumonía - Cardiopatía congénita
	<b>MARZO</b>	<b>ABRIL</b>	<b>MAYO</b>	<b>JUNIO</b>	<b>JULIO</b>	<b>AGOSTO</b>	<b>SEPTIEMBRE</b>
<b>MORBI MORBILIDAD MATERNA (Motivos por los cuales se les practica cesárea)</b>	- Preclamsia - Ruptura prematura de membranas - Hipomotilidad	- Cesárea previa - Embarazo de alto riesgo - Presentación pélvica	- Preclamsia - Cesárea previa	- Cesárea iterativa - Emb. gemelar - Cesárea previa - Ruptura prematura de membranas	- Cesárea previa - Ruptura de membranas - Preclamsia - No presentó trabajo de parto - Embarazo gemelar	- Cesárea previa - Desproporción céfalo pélvica - Ruptura prematura de membrana - Sufrimiento fetal - Hipomotilidad fetal - Presentación pélvica	- Desproporción céfalo pélvica - Presentación transverza - Ruptura prematura de membranas - Placenta previa - Cesárea previa - Sufrimiento fetal - Placenta marginal - Ruptura prematura de membranas

## GLOSARIO

**ABORTO.-** Expulsión del producto de la gestación durante las primeras 20 semanas de embarazo, el feto. Pesa 499 gramos o menos y no tiene ninguna denominación después de la expulsión, se le denomina producto de aborto.

**ATENCIÓN MEDICA PRENATAL.-** Vigilancia periódica, sistemática y primordialmente clínica del estado grávido, con el apoyo del laboratorio y gabinete.

**ACRETISMO PLACENTARIO:** Inserción anormal de parte o de toda la placenta con ausencia total o parcial de la decidua basal y anomalía de la caduca verdadera con penetración de las vellosidades coriales al miometrio.

**CONTRACCIONES DE BRAXTON- HICKS:** Contracciones no dolorosas y regulares del útero los últimos meses del embarazo.

**DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA NORMOINSERTA:** Separación parcial o total de la placenta normalmente insertada antes del nacimiento

**DISTOCIA:** Anomalía en el mecanismo del parto con la evolución fisiológica del mismo.

**EDAD DEL EMBARAZO:** La duración de la gestación se mide a partir del primer día del último periodo menstrual normal. La edad gestacional se expresa en días o semanas completas.

**EDAD GESTACIONAL INCIERTA:** Se refiere al embarazo en el cual no se conoce la fecha de la última menstruación

**EMBARAZO MULTIPLE:** Gestacional con dos o más fetos

**EMBARAZO DE PRETERMINO:** Edad gestacional entre las 28 y 36 semanas

**EMBARAZO DE TERMINO:** Edad de la gestación entre las 37 y 41 semanas

**EMBARAZO CON AMENORREA PROLONGADA O EMBARAZO DE POSTERMINO:** Edad de la gestación de 42 o más semanas con fecha de la última menstruación segura, en mujeres amenorreicas.

**EMBARAZO DE RIESGO ELEVADO:** Aquel en que hay un factor ya sea materno o fetal que afectará de manera adversa el resultado de la gestación.

**ESTADO GRAVIDO PUERPERAL:** Proceso biológico que abarca desde el inicio del embarazo hasta la terminación del puerperio

**EUTOCIA:** Parto normal con feto en presentación cefálica variedad de vértice que culmina sin la necesidad de maniobras especiales.

**FECHA PROBABLE DE NACIMIENTO:** (calculo de). Se aplica la regla que consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar 3 meses de calendario, o bien, agregar 40 semanas.

**GRAN MULTIPARA:** Mujer que ha tenido más de cinco partos.

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

**MUERTE ANTEPARTO:** La muerte del producto de la concepción antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de la madre independiente de la duración del embarazo.

**MUERTE INTRAPARTO:** Defunción fetal que ocurre durante el trabajo de parto.

**MUERTE OBSTERICA DIRECTA:** La que resulta de complicaciones obstetricas (parto-puerperio), de intervenciones de omisiones de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

**MUERTE OBSTETRICA INDIRECTA:** La que resulta de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

**MUERTE PERINATAL:** Defunción del producto de la concepción desde que el embarazo cumple 22 semanas, hasta los 28 días de nacido.

**NULIGESTA:** Mujer que nunca se ha embarazado

**NULIPARA:** Mujer que nunca ha parido feto.

**OLIGOHIRDRAMNIOS:** Alteración patológica que se caracteriza por la disminución en la cantidad de líquido amniótico. Convencionalmente se puede considerar una cantidad menor de 800 mililitros.

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

**POSICIÓN FETAL:** Se refiere a la relación que guarda el dorso del feto con el lado derecho o izquierdo de la madre (derecha, izquierda).

**PRECLAMPSIA.-** Toxemia del final de embarazo que procede a la aparición de eclampsia.

**PRESENTACIÓN:** Es la parte del producto de la concepción que se aboca o tiende a abocarse al estrecho superior de la pelvis, que es capaz de llenarlo totalmente y de seguir un mecanismo de parto (cefálica, pélvica).

**PRIMIGESTA O PRIMIGRAVIDA:** Mujer que cursa con su primer embarazo.

**PRIMIPARA:** Mujer que ha tenido un parto.

**PROLAPSO DE CORDON:** Ocurre cuando el cordón umbilical se encuentra por debajo de la presentación con membranas rotas.

**PSICOPROFILAXIS.-** Técnica de adiestramiento psicofísico que tiene el propósito de suprimir todas las sensaciones dolorosas concomitantes con el parto normal.

**PUERPERIO:** Etapa que se inicia al terminar el tercer periodo del parto y que concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 a 8 semanas.

**RECIEN NACIDO O NEONATO:** Se aplica al producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 o más semanas, desde su nacimiento hasta que cumple 28 días de edad. Se emplea tanto para los productos vivos o muertos.

**RECIEN NACIDO CON RIESGO ELEVADO:** Aquel que tiene una alta probabilidad de presentar un impedimento físico, intelectual, social o de la

personalidad que pueda dificultar el crecimiento, el desarrollo normal o su capacidad para aprender.

**RECIEN NACIDO PREMATURO:** Neonato que tiene un peso de 1,001 a 2,500 gramos generalmente su edad gestacional es de 28 a 36 semanas.

**RUPTURA PRECOZ DE LAS MEMBRANAS OVULARES:** La que ocurre entre el establecimiento del trabajo de parto y dilatación cervical completa.

**SITUACIÓN FETAL:** Relación que existe entre el eje mayor del feto y el eje mayor de la madre (longitudinal, transversa, oblicua).

**SUFRIMIENTO FETAL:** Estado crítico secundario a una alteración en el intercambio anabólico y catabólico entre la madre y el feto que produce modificaciones bioquímicas y hemodinámicas manifestadas por hipoxia, hipercapnia, desequilibrio ácido-base, alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal y en ocasiones por la presencia de meconio en el líquido amniótico.

**VARIEDAD DE POSICIÓN:** Relación que existe entre el punto toconómico de la presentación con la mitad inferior o posterior de la pelvis materna.