



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA**

"FACTORES DE ALTO RIESGO EN LAS MUJERES GESTANTES CON EMBARAZO DE TERMINO RELACIONADOS CON COMPLICACIONES PERINATALES Y NEONATALES EN EL HOSPITAL SANTA COLETA, D. F."

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
P R E S E N T A  
MARTINEZ GARCIA MARIA ELENA  
No. CTA. 400105963

ASESOR: MCE HUGO TAPIA MARTINEZ

MEXICO, D. F., SEPTIEMBRE 2004



**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b> .....	2
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
<b>2. JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	4
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
<b>4. HIPÓTESIS</b> .....	5
<b>5. MARCO TEÓRICO</b> .....	5
5.1 ANTECEDENTES DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	5
5.2 CONCEPTO.....	8
5.3. FACTORES DE RIESGO.....	9
5.3.1. Concepto.....	9
5.3.2. Factores de riesgo reproductivo y perinatal.....	10
5.3.2.1. Concepto de riesgo reproductivo.....	10
5.3.3.Evaluación de los factores de riesgo para la madre y para el recién nacido.....	10
5.3.4. Factores del macroambiente.....	11
5.3.5. Factores del matroambiente.....	12
5.3.6. Factores del fetoambiente o microambiente.....	13
5.4. COMPLICACIONES .....	14
5.4.1. Complicaciones perinatales.....	14
5.4.2. Complicaciones neonatales.....	14
<b>6. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	15
6.1. TIPO DE ESTUDIO .....	15
6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	15
6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	16
6.4. VARIABLES.....	16
6.4.1. Definición .....	16
6.4.2. Indicadores.....	17
6.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	18
6.6. PRUEBA PILOTO .....	19
6.7. RECURSOS.....	19
6.7.1. Recursos humanos.....	19
6.7.2. Recursos materiales.....	19
6.7.3. Recursos financieros .....	19

<b>7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>19</b>
<b>8. RECUENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>19</b>
<b>9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>103</b>
<b>10. CONCLUSIONES .....</b>	<b>111</b>
<b>11. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>113</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>114</b>
<b>13. ANEXOS Y APÉNDICES.....</b>	<b>115</b>
13.1 ANEXOS .....	115
13.1.1 CRONOGRAMA.....	115
13.1.2 ENCUESTA SOBRE LOS FACTORES RIESGO RELACIONADOS CON LAS COMPLICACIONES PERINATALES.....	116
13.2 APÉNDICE.....	123
13.2.1 GLOSARIO.....	123

## AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

A Dios Padre de Nuestro Señor Jesucristo por haberme  
Concedido la vida y la vocación de servicio a los demás.

A mis padres que se esmeraron en darme lo mejor

De ellos.

A mis profesores de la carrera básica y licenciatura, que me

Ayudaron en mi formación integral.

A mis hermanas y amigas que me animaron a continuar y

Nunca dejaron de confiar en mí.

Con mucho cariño agradezco y dedico este esfuerzo

que culmina hoy, con esta etapa más en mi

formación humana y profesional.

Con cariño

María Elena Martínez García HFIC

(Hermana Franciscana de la Inmaculada Concepción)

Septiembre de 2004

## INTRODUCCION

Los problemas de salud perinatal y neonatal se mantienen aún elevados en nuestro medio independientemente si las pacientes se encuentran en servicios de salud público o privado.

La exigencia de las pacientes y familiares es la misma al igual que la responsabilidad ética y profesional del equipo médico y paramédico.

la intención no es investigar en donde existe mejor atención, sino más bien buscar formas de mejorar la atención materna por parte de enfermería, la cual requiere del conocimiento de aquellos factores que influyen en la salud perinatal y neonatal, para poder sistematizar sus cuidados y colaborar con el equipo de salud en la atención integral de estas mujeres.

La presente investigación plantea como pregunta: ¿ Qué factores de alto riesgo en las mujeres gestantes con embarazo de termino se relacionan con las complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta México D. F. enero 2004?.

Continuando con los aspectos metodológicos de la investigación, en este estudio se detalla: la descripción del problema, en donde se menciona la palabra “Riesgo Alto” etimológicamente. Se menciona los generales del Hospital Santa Coleta, el tipo de población que acude a esta institución; el planteamiento del problema, referente a los factores de riesgo y complicaciones perinatales; la justificación, basándome principalmente en los daños morales de la paciente y de su pareja; los objetivos que perseguí, enfocándome hacia los factores de riesgo y complicaciones perinatales; las hipótesis que me planteé que fue muy de acuerdo con la realidad del problema; el marco teórico que aborda antecedentes, concepto y estudios previos sobre el embarazo de alto riesgo y enfermería; los factores del macroambiente, del matroambiente y del fetoambiente, que repercuten en la salud perinatal y neonatal; el material que utilicé y los métodos en donde señalan el tipo de estudio, población y muestra, variables e indicadores; el instrumento de recolección de datos (encuesta) y su prueba piloto, la cual fue modificada de acuerdo a los indicadores que arrojó la muestra de piloteo; también se mencionan los recursos que se utilizaron para la realización de esta tesis; se expone el plan de recolección de datos y el recuento, presentación y análisis de la información; se incluyen las conclusiones y recomendaciones

donde se destacan los principales factores de riesgo ambiental, materno y fetal detectados en la población-muestra, como: el factor de exceso de trabajo, vivir en estrés, miedo al trabajo de parto, edad materna añosa, tabaquismo, alcoholismo, embarazos fallidos, desproporción cefalo pélvica, ruptura prematura de membranas, alteraciones en el líquido amniótico, recién nacidos preterminos, síndrome de deficiencia respiratoria, ictericia, entre otros y que demostraron la hipótesis de la investigación que dice:

- Los factores del macroambiente, matroambiente y fetoambiente están relacionados con las complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta, D.F.

Por último se menciona la bibliografía empleada y los anexos.

## **1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA**

La palabra “RIESGO” se define de acuerdo con el diccionario de la real academia española como “probabilidad de daño, lesión o pérdida, así como contingencia o proximidad de un daño”, el término “ALTO” tiene varias acepciones, la más adecuada para el tema que nos ocupan sería “grave y enorme”; de la combinación de éstas dos definiciones podemos concluir que “RIESGO ALTO” entraña obligadamente, un aumento significativo, una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad, o bien una probabilidad de mortalidad para la madre, el feto o el neonato.

El Hospital Santa Coleta, es un Hospital General fundado hace 30 años por la Congregación de Hermanas Franciscanas de la Inmaculada Concepción (HFIC), esta Congregación de religiosas mexicanas, fundada en México en 1874, el hospital tiene una capacidad de 39 camas censables que incluye 30 de hospitalización, 3 de labor, 3 de recuperación, 3 de terapia intensiva adultos, existen 3 quirófanos y 1 sala de expulsión. El edificio es de forma vertical con 4 pisos y existe otro edificio de consultorios es de 3 pisos. En esta institución se ha observado un aumentado en el porcentaje de la atención a la mujer gestante con embarazo de término; incrementándose también la presencia de complicaciones maternas y neonatales, llegando a tener traslados y algunas defunciones neonatales. Las pacientes en su mayoría corresponden a la clase social media baja, media y media alta; la mayoría son mayores de 30 años con estudios de bachillerato incompleto o

más; se esperaría que la mayor parte de las mujeres con la vigilancia prenatal en este nosocomio, tuvieran embarazos de bajo riesgo durante el tercer trimestre, sin embargo, a pesar de contar con esas características las mujeres han presentado en los últimos años, complicaciones durante el final del embarazo, determinados por factores de alto riesgo perinatal, que se traducen en el aumento en las cesáreas y/o aumento en la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. Es atendido por sus médicos especialistas, médicos de guardia (generales), personal de enfermería estudiantes y de básica. Uno de los factores de alto riesgo perinatal los constituye, como es sabido, la pobreza que a su vez, desencadena la aparición de otros factores de riesgo como la mala alimentación, la falta de preparación para la maternidad y otros; considerando que la población de influencia del Hospital Santa Coleta, tiene mas recursos, es importante describir que factores están relacionados con las alteraciones que se presentan en estas mujeres, motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación:

### 1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores de alto riesgo en las mujeres gestantes con embarazo de termino se relacionan con las complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta México D. F. enero 2004?.

## 2. JUSTIFICACION

Investigar sobre los factores de riesgo durante la gestación en las pacientes con embarazo de término de esta institución privada Hospital Santa Coleta es de vital importancia, ya que al identificarlos se podrá hacer un mejor manejo integral y oportuno de esos factores para disminuir la morbilidad y mortalidad materno y neonatal en este hospital. Así mismo como ya se ha mencionado, se ha visto un aumento en la atención de la población gestante, así como los riesgos perinatales, y complicaciones maternas. El conocerlos y detectarlos a tiempo ayudaría al personal a disminuir los riesgos materno-infantiles perinatales y neonatales, además se brindaría una atención profesional, humana,



cualificada y preventiva a las gestantes. Lo anterior motivaría al personal profesional y especializado en su capacitación continua para el desempeño conciente de sus actividades. Por lo tanto, el sector beneficiado en primer lugar, sería el binomio madre-hijo, lo que a su vez, favorecería la afluencia de clientes para el Hospital; también en segundo lugar el personal de salud, médicos y enfermeras, se verán beneficiados, al tener bien identificados esos factores de riesgo en un instrumento; reconocer los factores perinatales de riesgo son necesarios en la formación profesional del Lic. En enfermería y obstetricia y en este trabajo se describirán y se analizarán; finalmente, en tercer lugar la Pasante de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia integrará una tesis y que será utilizada como opción de titulación.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Identificar los factores de alto riesgo en las mujeres gestantes con embarazo de termino que tuvieron complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta, D.F.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Señalar los factores del macroambiente que se relacionan con la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal.
- Describir los factores maternos que se relacionen con la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal.
- Identificar los factores del microambiente que se relacionen con la morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal.
- Mencionar las complicaciones maternas y neonatales relacionadas con los factores de riesgo maternos.

#### 4. HIPÓTESIS

- Los factores del macroambiente, matroambiente y fetoambiente están relacionados con las complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta, D.F.

#### 5. MARCO TEORICO

##### 5.1 ANTECEDENTES DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Llaca Rodríguez, V., Fernández Alba, J. (1999), comentan que en 1960 apareció por primera vez en la literatura médica el término de alto riesgo obstétrico ( high-risk obstetrics), con el cual se llamó la atención sobre un conjunto de situaciones relacionadas con el embarazo que determinaban en éste una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad materna fetal y neonatal. La afortunada denominación, y la falta de atención que hasta ese entonces se le había prestado al problema, determinó un auge de estudios epidemiológicos y clínicos retrospectivos enfocados a contrastar resultados en relación con embarazos “normales” o de bajo riesgo. Casi todo el decenio de 1970 fue tema de ponencias, cursos, simposios, conferencias, etc., y un verdadero alud de publicaciones al respecto. Algunas de éstas en el ánimo de distinguirse en algo cambiaron la denominación por *embarazo peligroso*, *embarazo de riesgo elevado*, etc.

En algunos cuantos años se conjutó un listado verdaderamente abirragado de elementos que al estar presente antes de la gestación o bien aparecer en el curso de la misma determinaban una mayor probabilidad de complicaciones para la madre, el recién nacido o ambos”

Altamirano Valencia G. y Encina Gutiérrez S. (2001). En su tesis las compañeras citan: a) Que las Lic. En Enfermería y Obstetricia nos encontramos en contacto directo con la paciente obstétrica, lo cual permite detectar las principales necesidades de cuidados en el embarazo, trabajo de parto y puerperio, tomando en cuenta el enfoque de riesgo. a) Se debe estar preparado para un hecho trascendente como es el embarazo, trabajo de parto y puerperio, en su formación especializada. c) La población requiere personal preparado y

mucho más que hace unos años y un ginecólogo suele controlar su gestación>>. Las reglas que deben respetar las embarazadas de edades maduras no difieren de las generales para evitar riesgos. <<Tenga la edad que tenga, no tiene que aumentar más de nueve kilos de peso, ni fumar, ni beber alcohol, la única diferencia en las mujeres de más edad, es que los controles médicos son más exhaustivos y que deben de seguir, con el máximo rigor posible, las indicaciones del ginecólogo>>, explica la doctora Sanz. A la hora del parto, los especialistas coinciden en que el riesgo de tener que practicar una cesárea se multiplica con la edad debido a que las primíparas de más de 35 años suelen tener un parto más difícil. <<los tejidos –dice Guadalupe Sanz- suelen estar más duros, con lo que el periodo de dilatación se alarga, produciéndose una expulsión más lenta que entraña mayor riesgo de sufrimiento fetal. Pero, como en la actualidad la práctica total de los partos están monitorizados, a la menor señal de sufrimiento o daño fetal se práctica una cesárea.

De acuerdo con esta revisión, el término “embarazo de alto riesgo” surge en los años 60s por un conjunto de situaciones relacionadas con las elevadas cifras en la mortalidad materna. La participación del Lic. En Enfermería y Obstetricia es muy importante para enfrentar la problemática perinatal del país, ya que puede detectar oportunamente los factores de riesgo reproductivo y perinatal para modificar los riesgos y necesidades de las mujeres obstétricas proporcionando sus cuidados a nivel comunitario y hospitalario; referir los casos de alto riesgo al nivel correspondiente para evitar problemas como la asfixia perinatal que se considera como secuela de enfermedades obstétricas más que, una patología propia. También algunos autores consideran que a pesar de que varias mujeres tienen factores de riesgo alto como la edad, el factor se puede controlar con un estricto control prenatal principalmente en aquellas mujeres que planean sus embarazos después de los 30 años, aunque el embarazo, en la mayoría de ellas termine en cesárea por el endurecimiento de los tejidos. Hay que considerar que en el ámbito hospitalario privado de México, en el Hospital Santa Coleta, este factor de riesgo se presenta con frecuencia y aunque la bibliografía consultada justifica la practica de cesáreas en estas mujeres, también muestra, que la alta tecnología con la que se cuenta para monitorear el trabajo de parto permitiría la práctica del parto.

profesional, pues se le confiere la capacidad para la identificación y control oportuno de riesgos; así como transferir adecuadamente los casos a personal más especializado. d) Su finalidad es detectar y colaborar a disminuir los factores de riesgo en una mujer embarazada, desde su educación perinatal, control prenatal hasta llegar al término del embarazo.

Calderón Sánchez A. y Rosas Martínez A. L. (1999). Refieren los siguientes puntos en relación a la asfixia perinatal: a) Hay que tomar en cuenta que la asfixia del feto y del recién nacido no representa una patología independiente, sino la es la secuela de patologías obstétricas. b) La participación de la lic. En enfermería y obstetricia en el primer nivel de atención es directo con la mujer embarazada, detectando factores de riesgo oportunamente que pueden modificar o alterar el embarazo en forma importante. c) El Lic. En enfermería y obstetricia egresa preparado, para aplicar cuidados de bajo, mediano y alto riesgo en el ámbito hospitalario, comunitario y de asistencia social.

Jiménez Trujado, L.. (1995). Cita los siguientes factores que se asocian con la mortalidad perinatal: Variaciones en la FCF, valoración de respuesta fetal, duración en el trabajo de parto en horas (prolongado), líquido amniótico: sin grumos, verdoso de + a +++++, cantidad = poli y olihidramnios, aspiración masiva de meconio, bajo peso de placenta o infartos placentarios, circulares de cordón, Capurro menor de 37 semanas, Apgar menor de 6, peso menor de 2500 grs., maniobras de reanimación, malformaciones múltiples.

Iglesias, Milagros (1994). Señala que las primíparas añosas de alto riesgo (mujeres que tienen su primer hijo con más de 35 años) que se deciden a planificar sus embarazos fuera de sus mejores años para la producción (normalmente de 23 a 34). Aproximadamente, el 11% de la parejas españolas tiene su primer hijo cuando las mujeres ya han cumplido 35 años. El fenómeno relativamente reciente, está relacionado con la masiva incorporación de la mujer al trabajo, así como con los actuales avances médicos y que han logrado reducir gran parte de los riesgos derivados de una maternidad tardía. La ginecóloga Guadalupe Sanz resalta: <<actualmente una mujer sana que queda embarazada con más de 35 años no suele correr ningún riesgo para su propia salud. Por regla general, la mujer se cuida ahora

## 5.2. CONCEPTO

Llaca Rodríguez, V., Fernández Alba, J. (1999), comentan que entre las condiciones, antecedentes, enfermedades incurrentes y complicaciones de la gestación existen varios que inciden particularmente sobre la vida y salud fetales, por ejemplo, diabetes mellitus, hipertensión arterial, infección por citomegalovirus, inmunización al factor Rh, etc. Dichas condiciones dieron lugar a la constitución de clínicas denominadas con la incurrencia o la complicación dentro de centros de atención de segundo nivel y tercer niveles. El común denominador de las entidades catalogadas de riesgo radica en la previsibilidad, cuando en el manejo prenatal se establecen medidas específicas de detección de problemas y tratamiento oportuno de los mismos. En la mayor parte de los casos, la morbilidad afecta especialmente al producto, a lo que se aplica el calificativo de alto riesgo fetal.

Meridian Health, (2002), dice que *el embarazo de alto riesgo significa que la mujer tiene mayores posibilidades de complicaciones debido a las condiciones de su embarazo, a su estado biológico o su estilo de vida, o como consecuencia de factores externos*. Muchas veces, las complicaciones son inesperadas y pueden producirse sin que haya inicios previos. Otras veces hay ciertos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de que haya problemas.

Arias, Fernando (1994), cita “que diferentes autores han propuestos distintos sistemas de identificación. Cada esquema consta de una lista de trastornos que se sabe indican mal pronóstico en el embarazo. Todos estos sistemas incluyen entre los factores de alto riesgo las complicaciones médicas que afectan a la madre y una historia obstétrica con antecedentes. La mayoría de éstos sistemas dan diferentes valores numéricos a los factores de alto riesgo, dependiendo de la gravedad de sus efectos sobre la gestación, y tienen como resultado una puntuación que refleja la importancia del problema potencial. Un embarazo de alto riesgo puede identificarse sin necesidad de utilizar los sistemas de puntuación, realizando una cuidadosa historia médica y obstétrica. Sin embargo, una de las ventajas de incorporar un sistema de puntuación de alto riesgo a la historia prenatal es que quedan

reflejados en ella los intentos de identificación y análisis de esos factores de alto riesgo, siendo estos datos de interés en caso de posibles problemas legales...”

Entonces, el embarazo de alto riesgo se puede entender como aquel embarazo en el que existen mayores posibilidades de complicaciones debido a las condiciones del embarazo, al estado biológico o estilo de vida, o como consecuencia de factores externos. Todas las complicaciones maternas finalmente van a repercutir sobre la vida materna y la salud fetal, es por eso importante la previsibilidad de los signos y síntomas de riesgo. Así como el establecer las medidas específicas de detección de problemas y tratamiento oportuno de los mismos. Ante la presencia de complicaciones inesperadas, debemos saber como actuar como Lic. En Enfermería y obstetricia para colaborar con el equipo médico y actuar inmediatamente con profesionalidad y responsabilidad. Los sistemas de puntuación de riesgo nos ayudan el grado de gravedad y si son incorporados en la historia obstétrica quedan reflejados los intentos de identificación y análisis de los factores de riesgo, siendo éstos datos de interés en caso de posibles problemas legales.

### 5.3. FACTORES DE RIESGO

#### 5.3.1. CONCEPTO

Los factores de riesgo el Dr. Scope, (2000) como la presencia de acontecimientos, accidente, daño, acción, vicios o alteraciones biológicas que ponen en peligro la vida de la madre como del producto de gestación durante el estado gravídico.

En el manual de control prenatal (2001) Se mencionó que “ciertos factores, tales como una carga de trabajo extenuante, pueden identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar complicaciones del embarazo... o implica estar expuesta a agentes teratogénicos (metales pesados, químicos tóxicos, radiación ionizante) podrían afectar adversamente los resultados maternos y neonatales...”

Baptist Health South Florida, (2002), comenta que“La identificación de los riesgos potenciales de un embarazo es una parte importante previo al mismo. Algunas mujeres

tienen más posibilidades de tener un embarazo de riesgo debido a sus antecedentes genéticos, enfermedades existentes, su estilo de vida, que pueden desarrollarse con el embarazo”.

### 5.3.2. FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO Y PERINATAL

#### 5.3.2.1. CONCEPTO DE RIESGO REPRODUCTIVO

Salud reproductiva, embarazo (2002), comenta que algunos autores han propuesto el riesgo reproductivo como un indicador de necesidad que permite identificar a aquellas mujeres, familias y poblaciones más vulnerables, es decir, con mayor posibilidad de sufrir daño durante el proceso de reproducción. Los factores de riesgo pueden ser la causa o señales, pero son observables y se les puede identificar. Prevenir el riesgo reproductivo supone considerar desde la etapa preconcepcional, el lapso de gestación y parto y la etapa perinatal, que comprende desde la vigésima octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido.

#### 5.3.3. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA MADRE Y PARA EL RECIÉN NACIDO

Los autores dividen a los factores de riesgo en diferentes formas. Con fines de claridad se sigue la división propuesta por Franco, G, (2002), que los divide en: somáticos, patológicos personales, ginecobstétricos y complicaciones del embarazo actual.

##### - SOMATICOS

- + Edad menor de 15 y mayor de 35
- ++ Talla menor de 145 cms.
- +++ Peso previo al embarazo de 45 o más de 80 kilos

##### PATOLOGICOS PERSONALES

- +++ Enfermedad cardiaca, pulmonar, renal, endocrina, transmisión sexual.
- +++ Infección urinaria recurrente

+++ Hipertensión arterial

+++ Fármaco dependencia u otras adicciones

+++ Epilepsia u otros trastornos psiquiátricos

#### GINECOBSTETERICOS

+ Multiparidad

+ Periodo intergestacional menor de 2 años

++ Toxemia o hemorragia en embarazos previos

++ Muerte fetal o neonatal previa

++ Productos previos de menos de 2.500 grs. Al nacer

++ Productos previos de 4.000 grs. Más

#### COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ACTUAL

+ DCP

+++ Toxemia, eclampsia

+++ Hemorragia en la 1ª mitad del embarazo

+++ Placenta Previa o DPP

+++ Anemia severa de menos de 9 gramos

+++ Infecciones sistémicas, RPM

+++ Amenaza de parto prematuro

+++ Retardo en el crecimiento fetal

+++ Embarazo múltiple, poli y oligohidramnios, Macrosomía fetal

+++ Sufrimiento fetal

Las cruces significan el grado de riesgo materno.

#### 5.3.4. FACTORES DEL MACROAMBIENTE



Son las condiciones de vida de la madre antes de la etapa reproductiva, durante la etapa reproductiva y después de la etapa reproductiva, son elementos que ameritan estudio para determinar y analizar el grado de responsabilidad de riesgo .

- Historia Clínica:

- Antecedentes heredofamiliares
- Antecedentes personales patológicos
- Antecedentes obstétricos
- Complicaciones perinatales

### 5.3.5. FACTORES DEL MATROAMBIENTE

Bergonzoli, Gustavo, Nuñez, Hilda. (1994). Es la respuesta de la madre a los factores sociales, psicológicos, físicos y químicos que le rodean o le afectan.

#### Factores sociales

- Edad
- Domicilio (vivienda condiciones sanitarias)
- Status social
- Nivel académico
- Estado civil
- Tipo de trabajo de la paciente y del esposo

#### Factores psicológicos

- Madurez de acuerdo a su edad
- Relación interpersonal
- Seguridad en la manera de expresarse
- Tener sentido común
- Estabilidad emocional
- Salud mental

#### Factores físicos

- Radiaciones electromagnéticas ( rayos ultravioleta) cáncer cutáneo.
- Radiación láser produce alteraciones en el crecimiento embrionario con la producción de determinados tipos de cáncer.
- Energía vibratoria, ruidos y vibraciones pueden producir alteraciones psicológicas, auditivas y trastornos de sueño.
- Calor, electricidad interna contenida en sustancias inflamables o explosivas, contenidas en gases o líquidos.

#### Factores químicos

- Alcohol
- Drogas
- Medicamentos
- Smog fotoquímico (dióxido de nitrógeno y la luz solar = formación de ozono).
- Los pesticidas se depositan en las grasas (contaminan alimentos).
- Plomo se depositan en el esqueleto y riñón.
- Mercurio se deposita en el cerebro
- Aluminio se considera el responsable de la enfermedad ósea, alteraciones neurológicas, cambios en la personalidad, alteraciones del habla y convulsiones.

#### 5.3.6. FACTORES DEL FETOAMBIENTE O MICROAMBIENTE

Casanova Bellido, M., Casanova Román, M. (2000), refiere que, el ser humano, desde el momento de la concepción está ubicado en microambiente constituido por la cavidad uterina y recibe las influencias externas procedentes de la madre y de su ecosistema, las cuales pueden actuar de manera favorable o desfavorable sobre su crecimiento y desarrollo.

- Desnutrición intrauterina
- Enfermedad de anticuerpos
- Cromosómicamente anormal
- Bajo peso al nacer

- Embarazos gemelares o múltiple
- Cambios en la placenta
- Cambios en el cordón umbilical
- Relacionados con el líquido amniótico

#### 5.4. COMPLICACIONES

Las alteraciones tanto perinatales como neonatales la mayoría son consecuencia de un control prenatal deficiente , y otras veces por causas químicas y biológicas maternas. Así como también puede ser por la deficiente atención en la detección de los riesgos de las mujeres embarazadas a término.

##### 5.4.1.COMPLICACIONES PERINATALES

1. Infecciones por RPM
2. Sufrimiento fetal
3. Prematurez por Preeclampsia materna
4. Acidosis fetal intraparto: secundaria a trastornos en placenta o cordón umbilical.
5. Dismorfología fetal: polihidramnios, oligohidramnios, arritmias fetales, hidrocefalia...

##### 5.4.2. COMPLICACIONES NEONATALES

1. Relacionadas con asfixia perinatal y acidosis: circulación fetal persistente, síndrome de dificultad respiratoria, síndrome de aspiración meconial, encefalopatía hipoxicoisquémica. Apnea intrauterina
2. Relacionadas con alteraciones metabólicas: hipoglicemia, hipocalcemia, síndrome de hiperviscosidad, hiperglucemia e hipotermia.
3. Relacionadas con la causa específica del retraso en el crecimiento fetal: oligohidramnios, infecciones, malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas.

4. Relacionadas con prematuridad: inmadurez hepática, inmadurez pulmonar.
5. Hiperbilirrubinemia
6. Policitemia
7. Presencia de infecciones: onfalitis
8. Hipertermia: convulsiones
9. Enterocolitis necrosante

Confrontando los factores del Macroambiente con la realidad de este estudio, puedo decir con certeza que antes de la etapa reproductiva de la madre, durante y después de ella son de vital importancia sus antecedentes familiares y personales, porque se puede detectar oportunamente los factores de riesgo en el embarazo. En los factores del Matroambiente existieron constantes con los factores sociales que menciono a continuación que la edad, status social y nivel académico; en los factores psicológico se ve la madurez de acuerdo a su edad y prevalece la seguridad en la manera de expresarse; y en los factores químicos se destacan el abuso del alcohol, el cigarro y la contaminación ambiental. Y en el Microambiente prevalece el bajo peso al nacer, alteraciones en el cordón umbilical, y alteraciones en el líquido amniótico.

## **6. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **6.1. TIPO DE ESTUDIO**

Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y prospectivo.

### **6.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

- La población la conforman las pacientes que asistieron a la resolución de su embarazo en el Hospital Santa Coleta durante el año 2003, que fueron 700
- El tamaño de la muestra la integrarán el 10% de las mujeres es decir 70 elementos de estudio.

### 6.3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

#### **Criterios de Inclusión**

- Todas las mujeres que tuvieron nacimientos por cesárea con riesgo perinatal

#### **Criterios de Exclusión**

- Todas las mujeres que tuvieron partos eutócicos (normales)
- Cesáreas sin riesgo perinatal aparente

### 6.4. VARIABLES

#### 6.4.1. Definición:

Son todos aquellos factores o atributos sociales, culturales, económicos que pueden ocasionar riesgo en la mujer gestante, los factores propios de la mujer y fetales propios de la gestación los cuales se medirán en escala nominal (sí o no y por categorías) y en escala ordinal (bajo, mediano y alto riesgo) y; algunos en escala cuantitativa discreta o continua.

## 6.4.2. Indicadores

<b>Indicador</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala</b>	<b>Categoría</b>
<b>MACROAMBIENTE</b>			
<b>Factores sociales</b>			
Ocupación	Cualitativa	Nominal	Hogar Empleada Profesionista Otra
Estado civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada
<b>Factores culturales</b>			
Religión	Cualitativa	Nominal	Católica Protestante Testigo de Jehová Ateo Otra
Origen	Cualitativa	Nominal	Distrito Federal Foránea
Miedo al dolor del parto	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Beneficio de la cesárea	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Se beneficia el RN en la cesárea	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>Factores económicos</b>			
Casa propia	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>MATROAMBIENTE</b>			
<b>Factores sociales</b>			
Edad de la madre	Cuantitativa	Continua	13 o menos 14-19 20-24 25-29 30-34 35 o más
Control prenatal	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>Factores psicológicos</b>			
Aceptación del embarazo	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Vive con su pareja	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>Factores ambientales</b>			
Contaminación	Cualitativa	Dicotómica	Si o no

Fuma	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Convive con fumadores	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Toma bebidas alcohólicas	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Convive con alcohólicos	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>Factores biológicos</b>			
Número de embarazos	Cualitativa	Discreta	Uno Dos Tres Cuatro Cinco o más
Número de Cesáreas	Cualitativa	Discreta	Una Dos Tres Cuatro o más
Intervalo de tiempo entre cesáreas	Cuantitativa	Discreta	1 año 2 años 3 años 4 años o más
Primigesta añosa	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Antecedentes de abortos u óbitos	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Antecedentes DCP	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Antecedentes RPM	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Antecedentes Útero atónico	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Preeclampsia	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Interrupción de embarazos	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Anormalidades en los R.N.	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
<b>FETOAMBIENTE</b>			
Control de ultrasonidos	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Desnutrición intrauterina BPN	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Enfermedades de respuesta Inmune	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Cambios en el cordón umb.	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Cambios en la placenta	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Alteraciones en el Liq. Amnio	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Alteraciones en la FCF	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Prematurez	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Sind. De Dif. Resp. Del R.N.	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Sind. Ictérico del R.N.	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Embarazo gemelar o múltiple	Cualitativa	Dicotómica	Si o no
Tumores intrauterinos	Cualitativa	Dicotómica	Si o no

## 6.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se integró un instrumento estructurado llamado Encuesta sobre los Factores Riesgo Relacionados con las Complicaciones Perinatales. Integrado por 41 preguntas, cerradas, dicotómicas y opción múltiple y consta de tres partes. La primera parte de la presentación se integran reactivos sobre el Macroambiente y esta constituida de la 1ª pregunta a 8ª; la segunda parte de la presentación esta constituida por el Matroambiente y consta de la 9ª a la 29ª y la tercera el parte pertenece al Fetoambiente esta constituida por la pregunta 30ª a la 41ª.

#### 6.6. PRUEBA PILOTO .

Para cubrir con los criterios de confiabilidad, se piloteó este instrumento, en 5 pacientes puérperas, los resultados arrojados ayudaron a integrar mejor el instrumento de trabajo con preguntas principalmente del matroambiente y fetoambiente, referentes a los riesgos materno-infantiles.

#### 6.7. RECURSOS

6.7.1. Recursos humanos: pacientes y tres personas, una asistente de estadística, un asesor de tesis con maestría en ciencias de enfermería, y la persona interesada en realizar la tesis para la titulación de Lic. En enfermería y obstetricia.

6.7.2. Recursos materiales: Expedientes, certificados de nacimiento, la encuesta, bibliografía, PC Pentium III, impresora, hojas de papel.

6.7.3. Recursos financieros: los costea la interesada en realización la tesis.

### 7. PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

La recolección de los datos se llevará a cabo el mes de Enero del 2004, durante el día y se pedirá la colaboración de una asistente administrativa, quien será adiestrada en la encuesta. Se considera un mes para la recolección de los datos ya que equivale aproximadamente al 10% de la población.

### 8. RECUENTO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION



## CUADRO No. 1

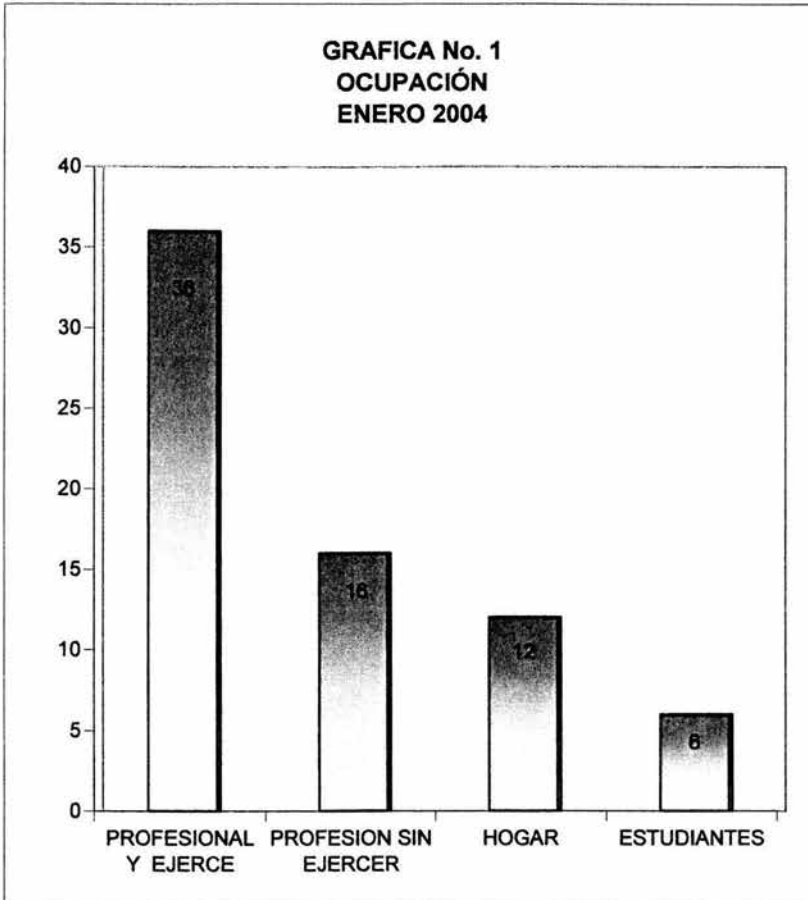
## OCUPACIÓN

2004

OCUPACION	FRECUENCIA	%
PROFESIONAL Y EJERCE	36	51
PROFESIONAL SIN EJERCER	16	23
HOGAR UNICAMENTE	12	17
ESTUDIANTES	6	9
TOTALES	70	100

## FUENTE:

Encuesta realizada para la Investigación " FACTORES DE ALTO RIESGO RELACIONADOS CON LAS COMPLICACIONES PERINATALES EN EL HOSPITAL SANTA COLETA MÉXICO DF. 2004 ".



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En esta gráfica se observa que la ocupación más prevalente de las mujeres encuestadas es la de ser profesional y que la ejercen (36), con un 51%; sin embargo, el restante son profesionistas pero no ejercen (16) que corresponden al 23%, se dedican al hogar (12), con un porcentaje de 17% y son estudiantes (6) 9%.

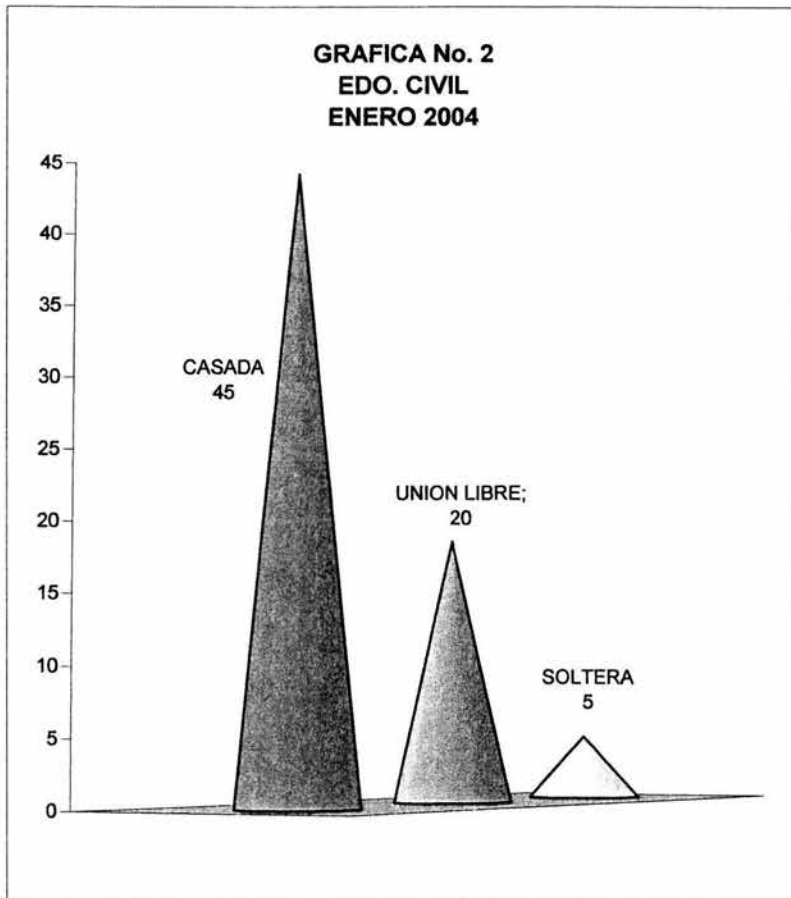
## CUADRO No. 2

EDO. CIVIL

2004

<b>EDO. CIVIL</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
CASADAS	45	64
UNION LIBRE	20	29
SOLTERAS	5	7
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA:**

El Edo. Civil de las pacientes embarazadas a término con alto riesgo, se destaca que son casadas con 45 (64%) , mientras que 20 (29%) son de unión libre y; 5 (7%) son solteras.

CUADRO No. 3

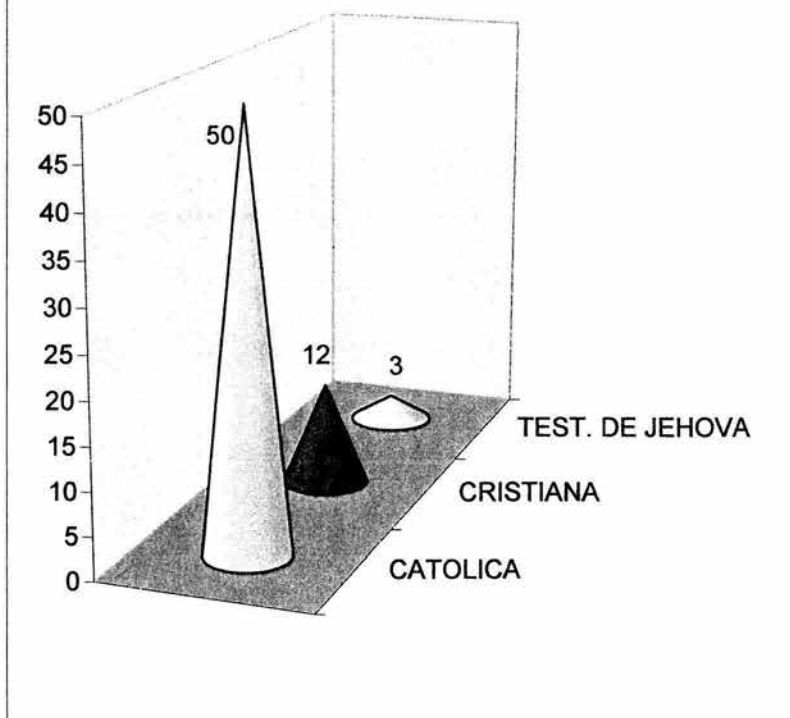
## RELIGION

2004

RELIGION	FRECUENCIA	%
CATOLICA	50	72
CRISTIANA	12	17
TESTIGO DE JEHOVA	3	4
NINGUNA	5	7
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 3**  
**RELIGION**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA:**

La religión de las pacientes que mas frecuente se dio fue la católica (50) con un 72%; se siguió la cristiana (12) con 17% y; 3 pacientes son testigos de Jehova (4%).

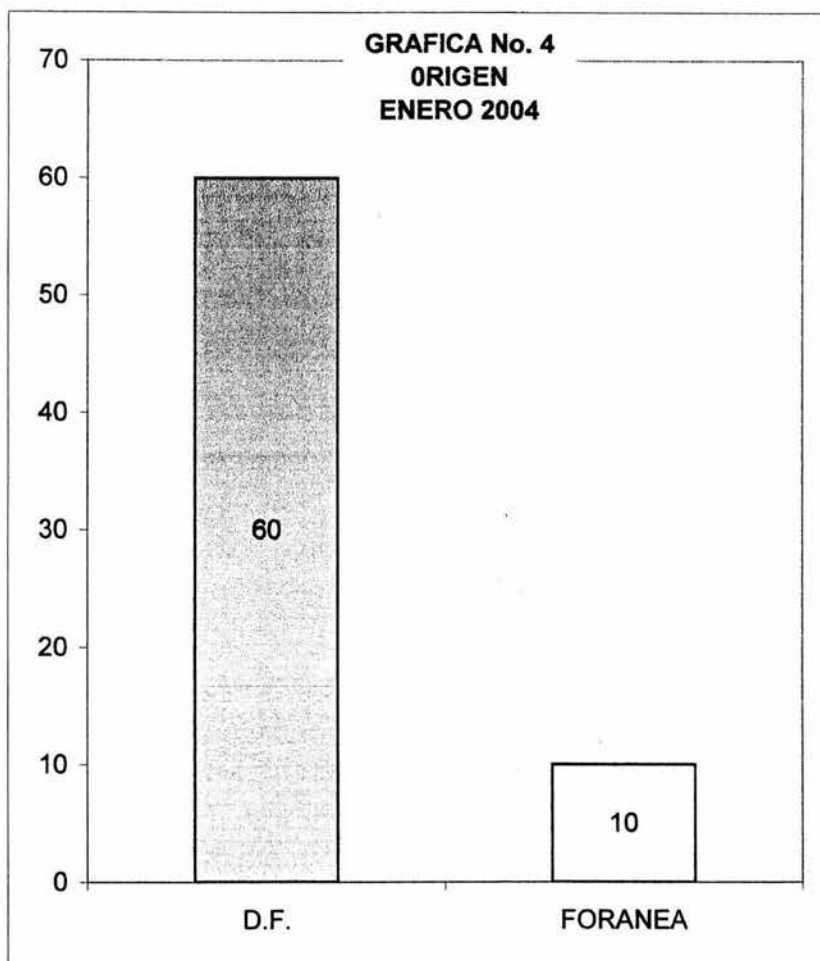
CUADRO No. 4

ORIGEN

2004

ORIGEN	FRECUENCIA	%
D.F.	60	86
FORANEA	10	14
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En cuanto al origen de las pacientes, en la gráfica se observa que la mayoría son del DF con un 86% 60 pacientes, mientras que un 14% son de otro origen (10).



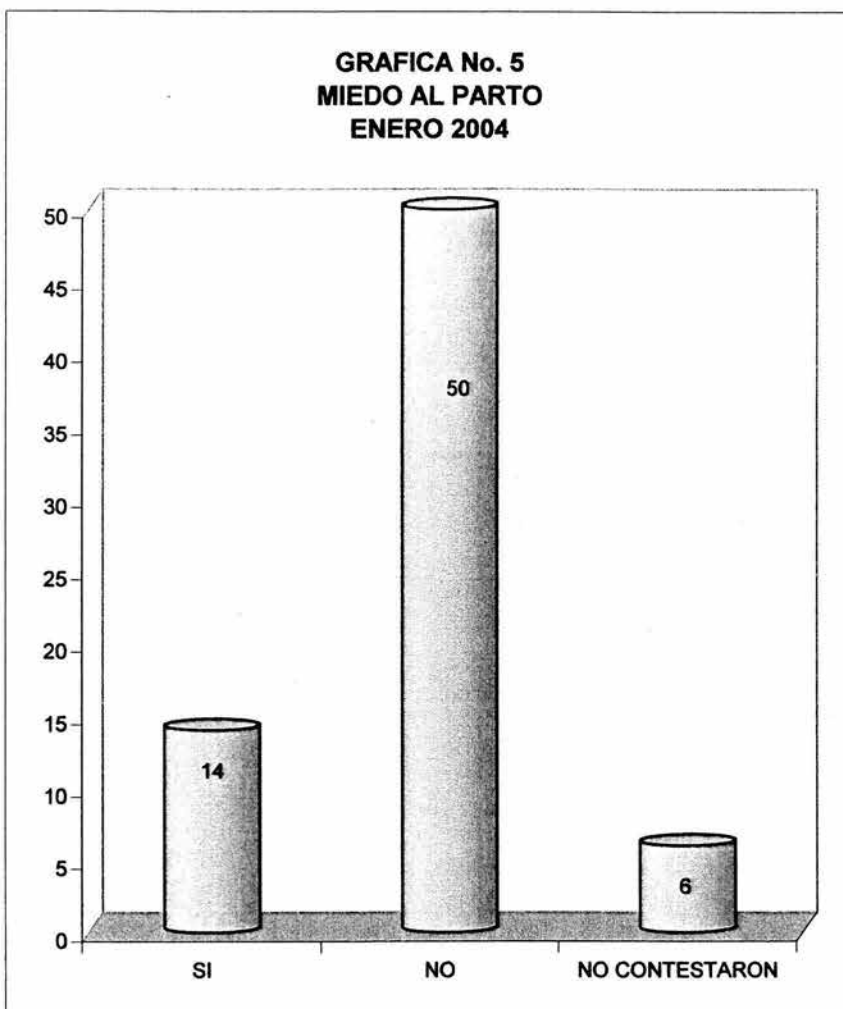
## CUADRO No. 5

## MIEDO AL TRABAJO DE PARTO

2004

<b>MIEDO AL PARTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	14	20
NO	50	71
NO CONTESTARON	6	9
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

La mayoría de las pacientes manifestaron no tener miedo al trabajo de parto (71%) fueron 50 , si tenían miedo 14 pacientes (20%) y un 9% no contestaron esta pregunta (6).

## CUADRO No. 6

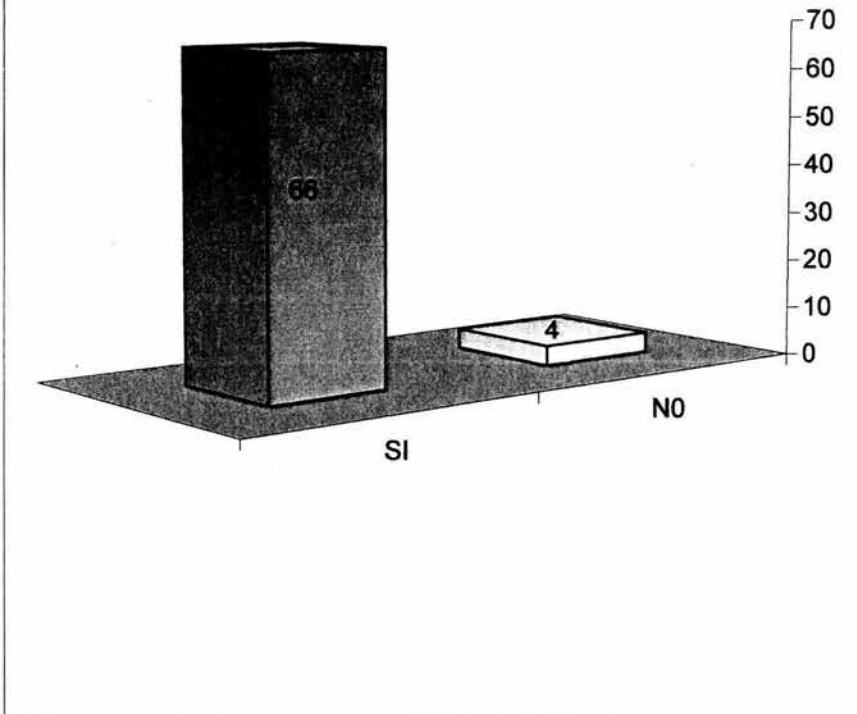
## BENEFICIO MATERNO DE LA CESAREA

2004

BENEFICIO MATERNO DE LA CESAREA	FRECUENCIA	%
SI	66	94
NO	4	6
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA 6**  
**BENEFICIO MATERNO DE LA CESAREA**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la gráfica se observa que la mayoría de las pacientes 66 (94%) de la población si obtuvo beneficio de la cesarea, mientras 4 (6%) restante manifestó que no.

## CUADRO No. 7

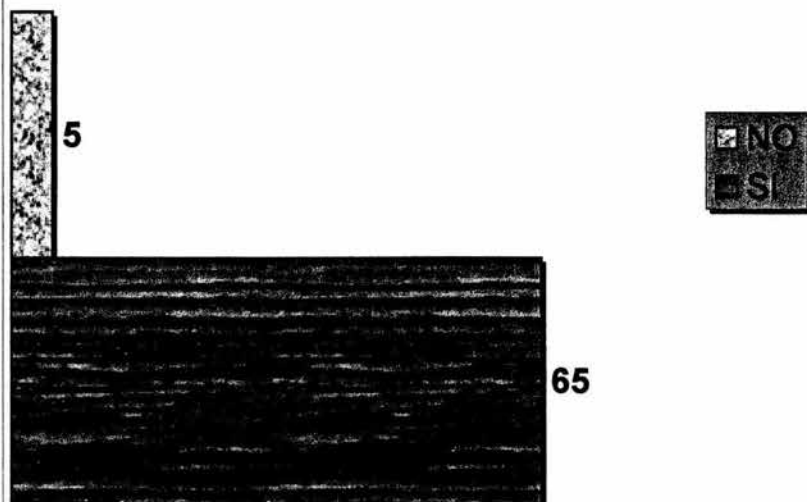
## BENEFICIO DEL R.N. EN LA CESAREA

2004

BENEFICIO DEL R.N. EN LA CESAREA	FRECUENCIA	%
SI	65	93
NO	5	7
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 7**  
**BENEFICIO DEL R.N. EN CESAREA**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al beneficio en el R. N. de la cesarea , 65 (93%) de las pacientes manifestaron que si habian tenido beneficio, y 5 (7%) restante manifestó que no.

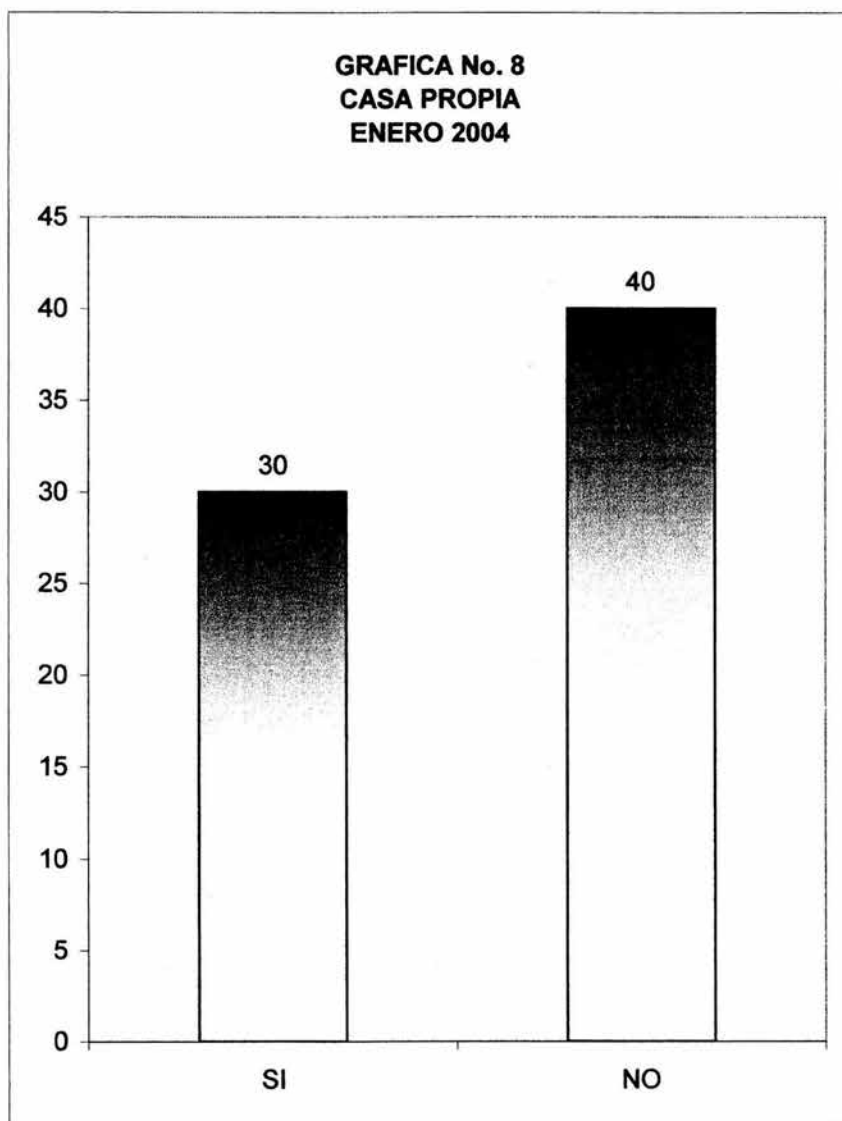
## CUADRO No. 8

## CASA PROPIA

2004

CASA PROPIA	FRECUENCIA	%
SI	30	43
NO	40	57
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa se observa que 30 (43%) de las pacientes si tienen casa propia, mientras que la mayoría, manifestaron que no 40 (57%) .



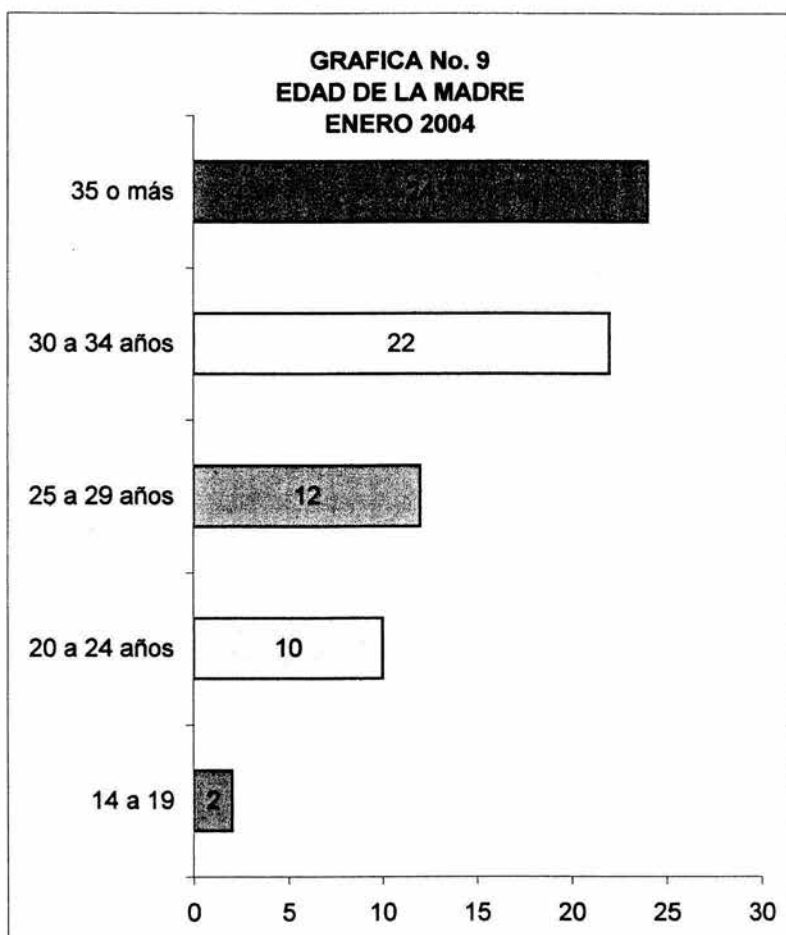
## CUADRO No. 9

## EDAD DE LA MADRE

2004

EDAD DE LA MADRE	FRECUENCIA	%
14 A 19 AÑOS	2	3
20 A 24 AÑOS	10	14
25 A 29 AÑOS	12	17
30 A 34 AÑOS	22	32
35 O MÁS	24	34
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica observamos con respecto a la edad materna que la población mínima 2 (3%) correspondió a pacientes de 14 a 19 años; 10 (14%) fue de 20 a 24 años; 12 (17%) fue de 25 a 29 años; 22 (32%) fue de 30 a 34 años; y 24 (34%) correspondió a pacientes de 35 años o más.

## CUADRO No. 10

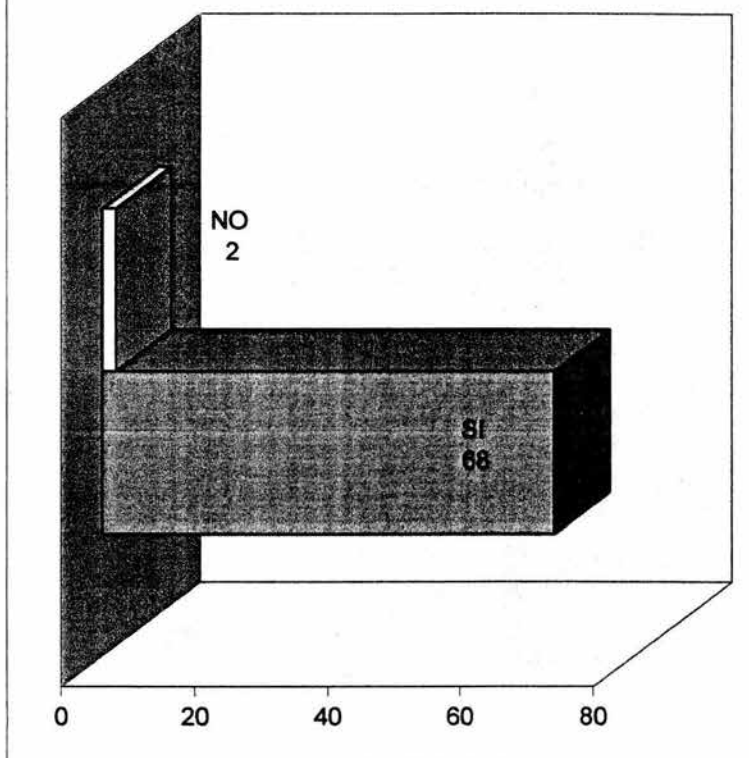
## CONTROL PRENATAL

2004

CONTROL PRENATAL	FRECUENCIA	%
SI	68	97
NO	2	3
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 10**  
**CONTROL PRENATAL**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En el control prenatal la mayoría de las pacientes si lo tuvieron 68 (97%) de la población, mientras que 2 (3%) no lo llevaron adecuadamente.

## CUADRO No. 11

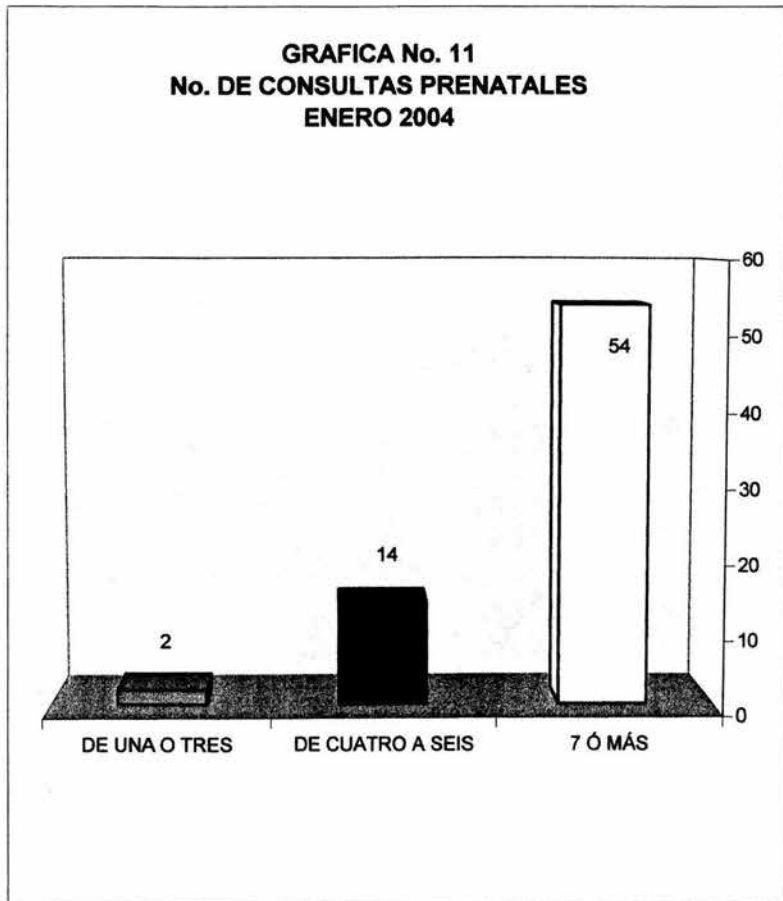
## CONSULTAS PRENATALES

2004

<b>CONSULTAS PRENATALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
UNA A TRES	2	3
CUATRO A SEIS	14	20
MAS DE SIETE	54	77
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 11**  
**No. DE CONSULTAS PRENATALES**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que 2 (3%) de las pacientes solamente tuvieron de 1 a 3 consultas; 14 (20%) de las pacientes fue de 4 a 6 consultas y; 54 (77%) de las pacientes tuvieron más de 7 consultas.

## CUADRO No. 12

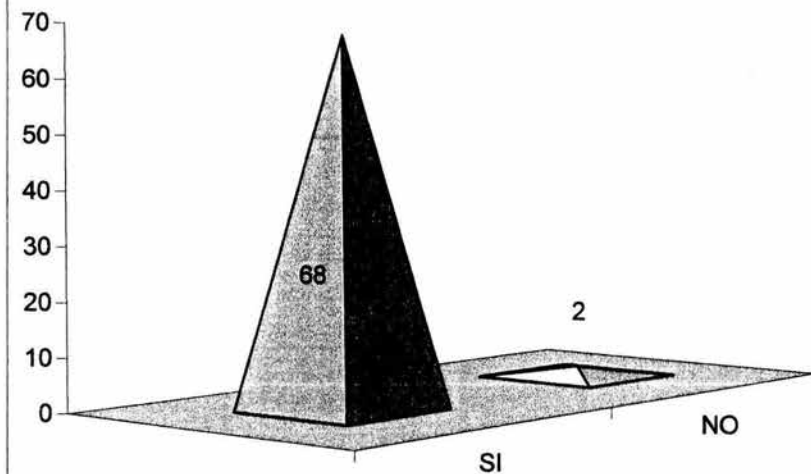
## ACEPTACION DEL EMBARAZO

2004

ACEPTACION DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	%
SI	68	97
NO	2	3
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 12**  
**ACEPTACION DEL EMBARAZO**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Referente a la aceptación de su embarazo las pacientes, manifestaron que si lo aceptaban, 68 (97% ), y 2 (3%) que no lo habían deseado.



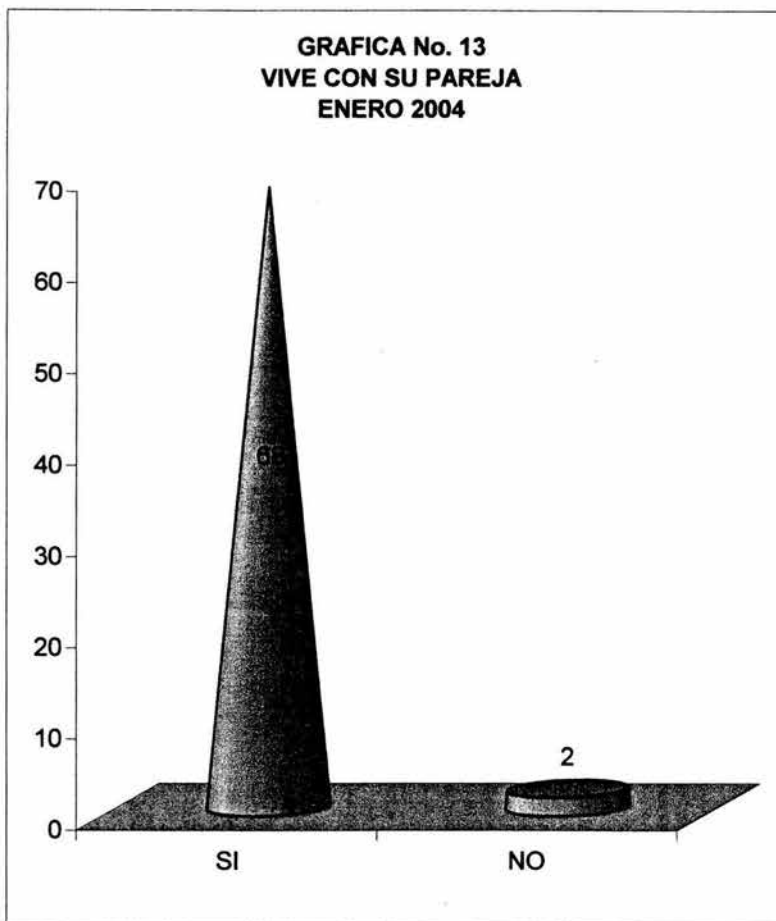
## CUADRO No. 13

## VIVE CON SU PAREJA

2004

VIVE CON SU PAREJA	FRECUENCIA	%
SI	68	97
NO	2	3
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

La mayoría de las mujeres encuestadas viven con su pareja, 68 (97%), y solo 2 (3%) no viven juntos.

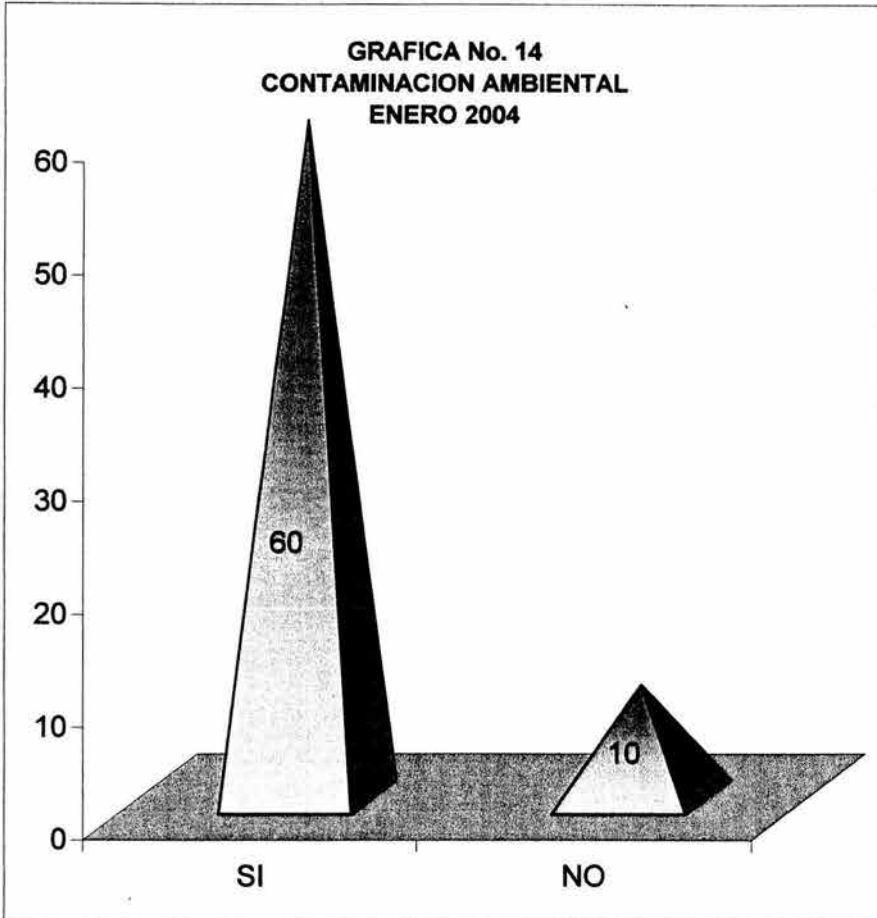
## CUADRO No. 14

## CONTAMINACION AMBIENTEAL

2004

CONTAMINACION AMBIENTAL	FRECUENCIA	%
SI	60	86
NO	10	14
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

La mayoría de la paciente vive en ambiente contaminado 60 (86%) y 10 14%, en zonas no contaminadas.

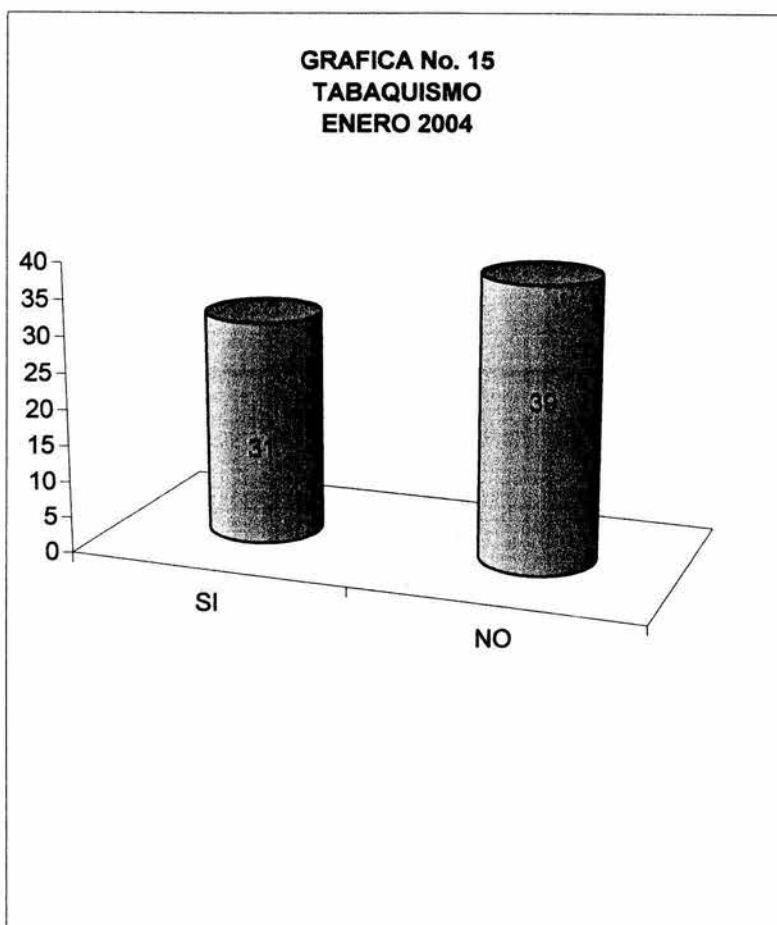
## CUADRO No. 15

## TABAQUISMO

2004

<b>FUMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	31	44
NO	39	56
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al tabaquismo 31 (44%) de las pacientes fuma y 39 (56%) manifestaron que no.

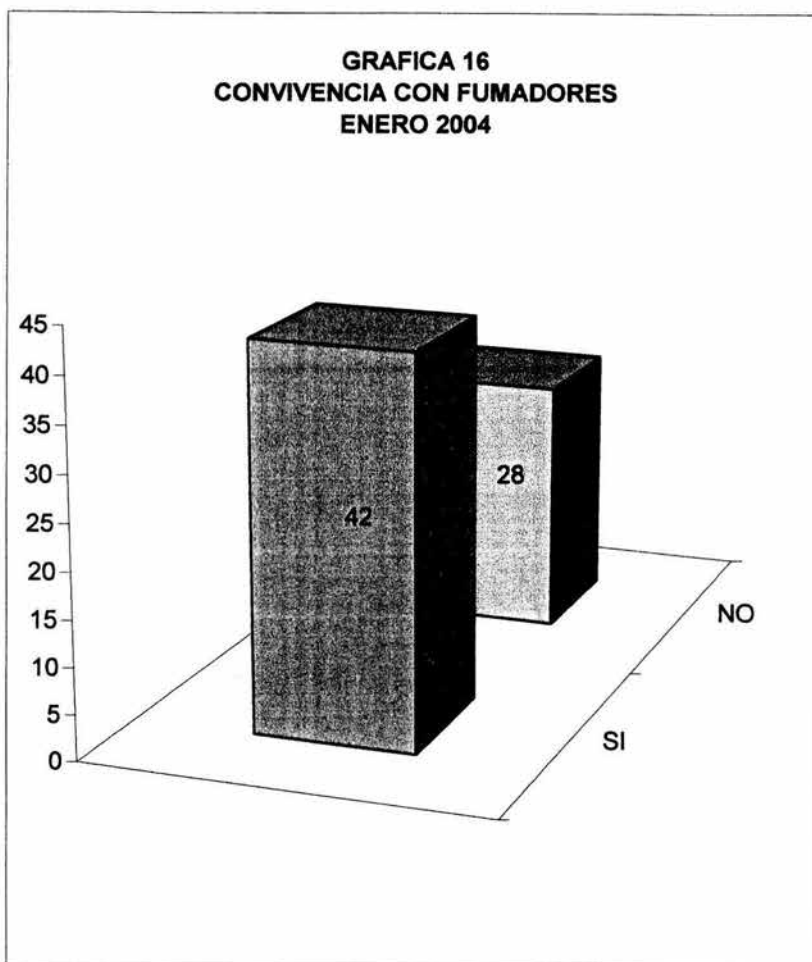
## CUADRO No. 16

## CONVIVE CON FUMADORES

2004

<b>CONVIVE CON FUMADORES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	42	60
NO	28	40
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que la convivencia de las pacientes con fumadores corresponde 42 (60 %) . Y 28 (40%) no convive con fumadores.



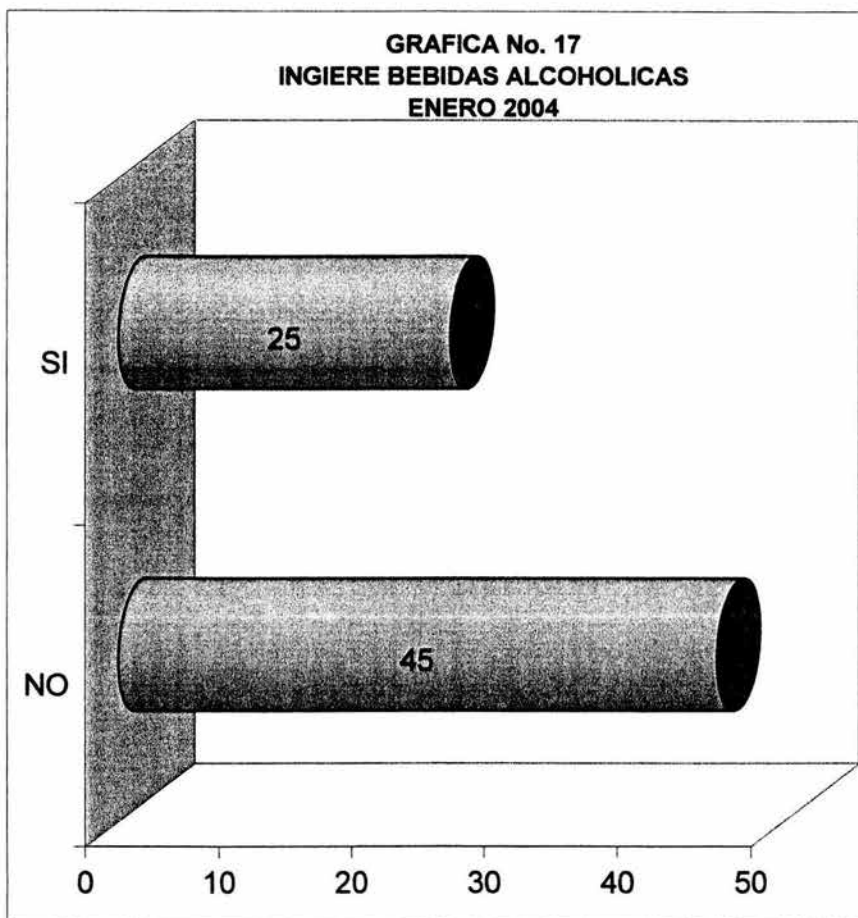
## CUADRO No. 17

## INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS

2004

INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS	FRECUENCIA	%
SI	25	36
NO	45	64
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al consumo de bebidas alcoholicas, las pacientes encuestadas refirieron si ingieren bebidas alcoholicas 25 (36%). y 45 (64%) que no las ingieren.

## CUADRO No. 18

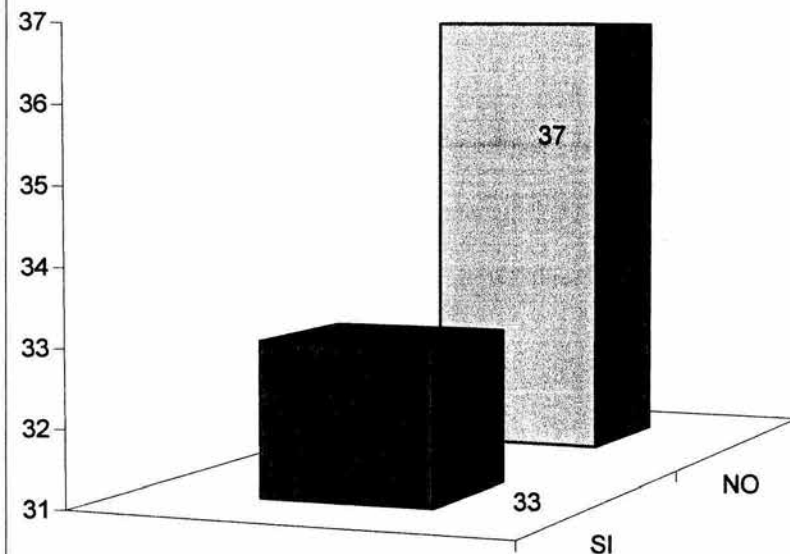
## CONVIVE CON ALCOHOLICOS

2004

CONVIVE CON ALCOHOLICOS	FRECUENCIA	%
SI	33	47
NO	37	53
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 18**  
**CONVIVENCIA CON ALCOHOLICOS**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto a la convivencia con alcoholicos, las pacientes manifestaron que si conviven con alcoholicos 33 (47%), y las que contestaron no, 37 (53%).

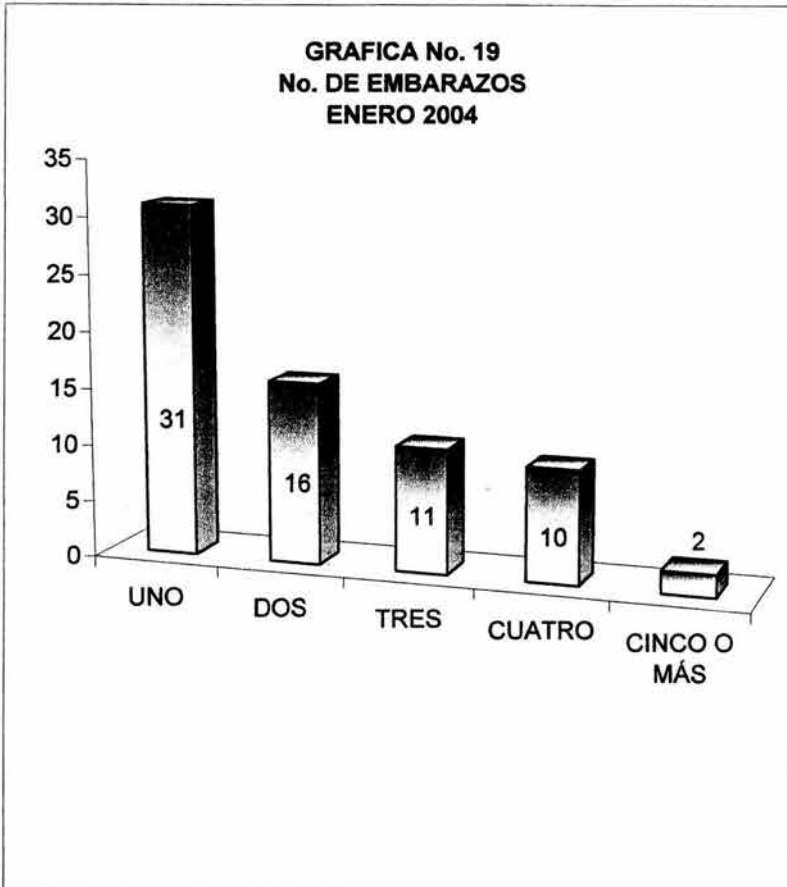
## CUADRO No. 19

## No. DE EMBARAZOS INCLUYENDO EL PRESENTE

2004

No. DE EMBARAZOS	FRECUENCIA	%
UNO	31	44
DOS	16	23
TRES	11	16
CUATRO	10	14
CINCO O MAS	2	3
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que el número de embarazos en las pacientes que únicamente tuvieron UNO correspondió a 31 (44%) ; DOS a 16 (23%) de las pacientes; TRES a 11 (16%) de las pacientes; CUATRO a 10 (14%) de las pacientes y de CINCO ó más a 2 (3%) de las pacientes.

## CUADRO No. 20

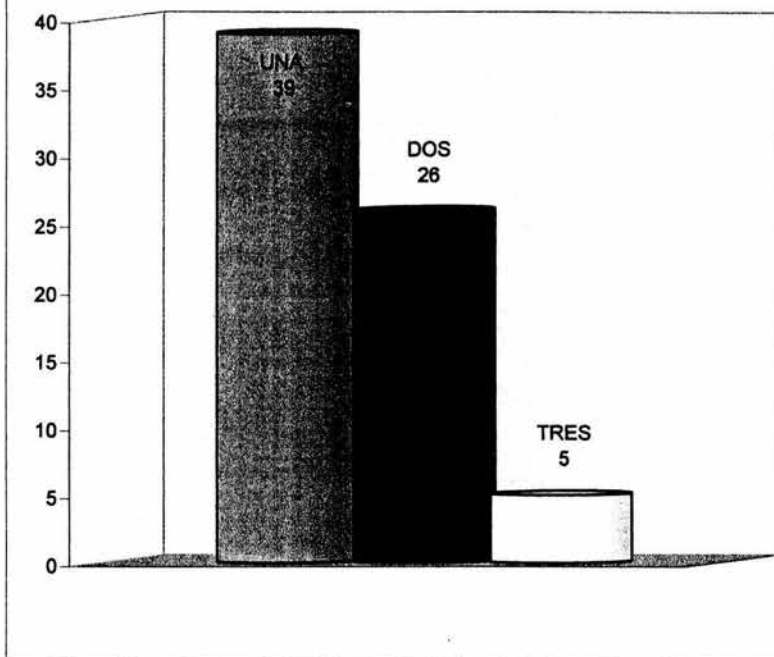
## NÚMERO DE CESAREAS INCLUYENDO LA PRESENTE

2004

No. DE CESAREAS	FRECUENCIA	%
UNA	39	56
DOS	26	37
TRES	5	7
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 20**  
**No. DE CESAREAS**  
**INCLUYENDO LA PRESENTE**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al No. de cesareas las pacientes manifestaron UNA cesárea, que corresponde a 39 (56%); DOS que corresponde a 26 (37%) y; TRES a 5 (7%), de la población.



CUADRO No. 21

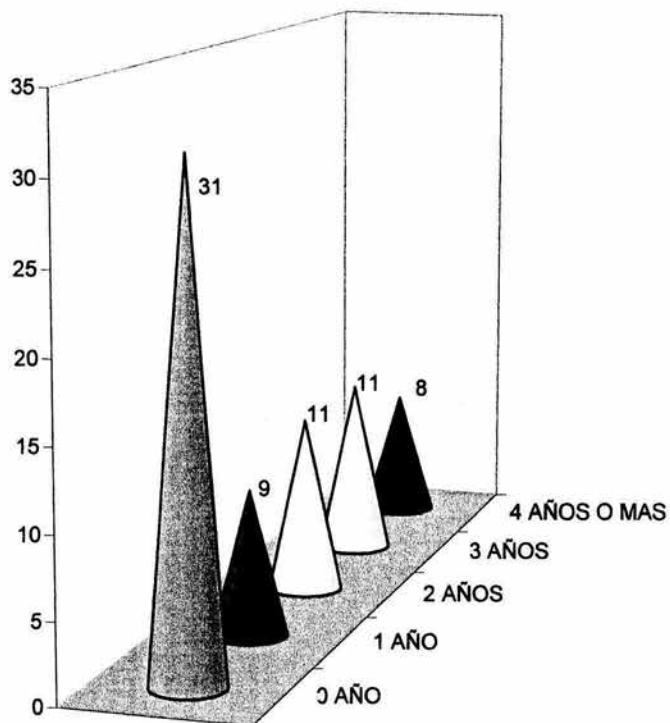
## INTERVALO DE TIEMPO DE CESAREAS

2004

TIEMPO DE INTERVALO DE CESAREAS	FRECUENCIA	%
0 AÑOS	31	44
1 AÑO	9	13
2 AÑOS	11	16
3 AÑOS	11	16
4 AÑOS O MAS	8	11
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 21**  
**TIEMPO DE INTERVALO**  
**ENTRE CESAREAS**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Pacientes con 0 años de intervalo fueron 31 (44%). Y de 1 AÑO 9 (6%) ; de 2 AÑOS 11 (16%) ; de 3 AÑOS 11(7%) y de 4 AÑOS O MAS 8 (9%) de la población.

## CUADRO No. 22

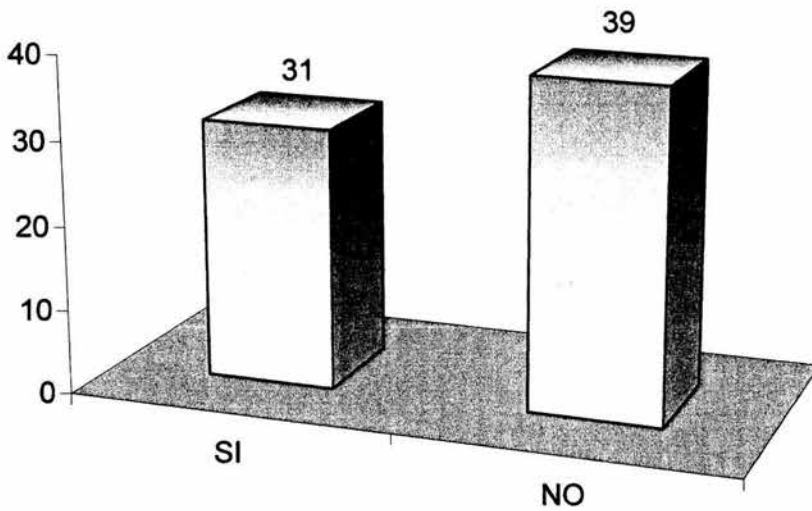
## PACIENTE AÑOSA

2004

PACIENTE AÑOSA	FRECUENCIA	%
SI	31	44
NO	39	66
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 22**  
**PACIENTE AÑOSA**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las pacientes añosas de la población fueron 31 y correspondió al 44% , no así en el 66%. Que correspondieron a 39 pacientes.

**Falta página**

**N° 64**

## CUADRO 23

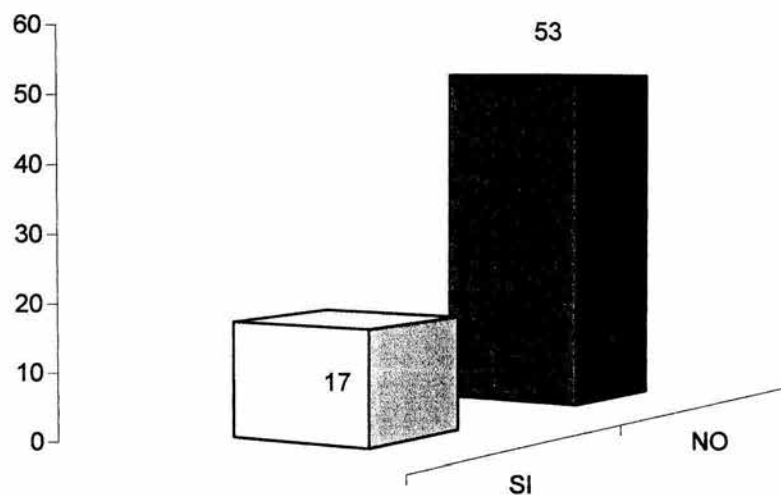
## ANTECEDENTES DE ABORTO U OBITO

2004

<b>ANTECEDENTES DE ABORTO U OBITO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	17	24
NO	53	76
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 23**  
**ANTECEDENTES DE ABORTOS U OBITOS**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En esta grafica se observa el antecedente de aborto u obito en las pacientes, 17 (24%) de la población manifestó que si lo había tenido. No así, 53 (76%).

## CUADRO 24

DCP  
(DESPROPORCION CEFALOPELVICA)

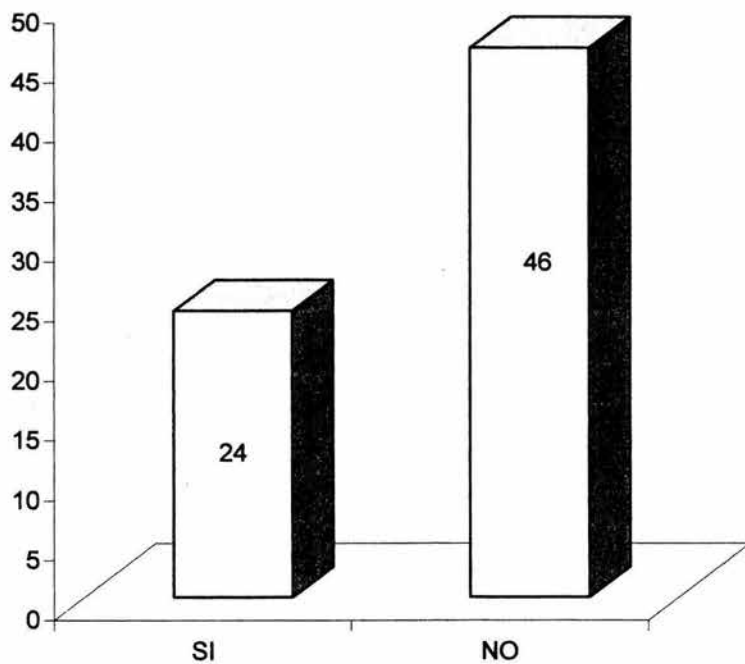
2004

DCP	FRECUENCIA	%
SI	24	34
NO	46	66
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**GRAFICA No. 24**  
**DCP (desproporción cefalo-pélvica)**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las pacientes con respecto al antecedente de DCP (desproporción cefalo-pélvica), 24 (34%), manifestaron que si se les había presentado; mientras que 46 (66%) de la población, manifestó que no.

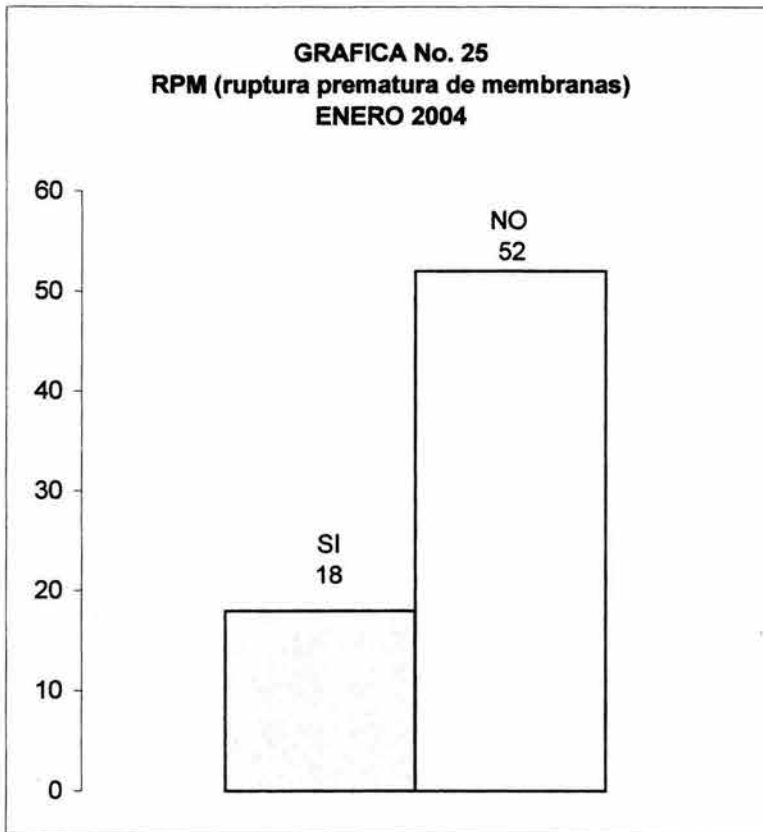
## CUADRO 25

RPM  
(RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS)

2004

<b>RPM</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	18	26
NO	52	74
TOTALES	70	72

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al antecedente de RPM 18 (26%) las pacientes manifestaron que si se les había presentado; y a 52 (74%) no se les presentó.

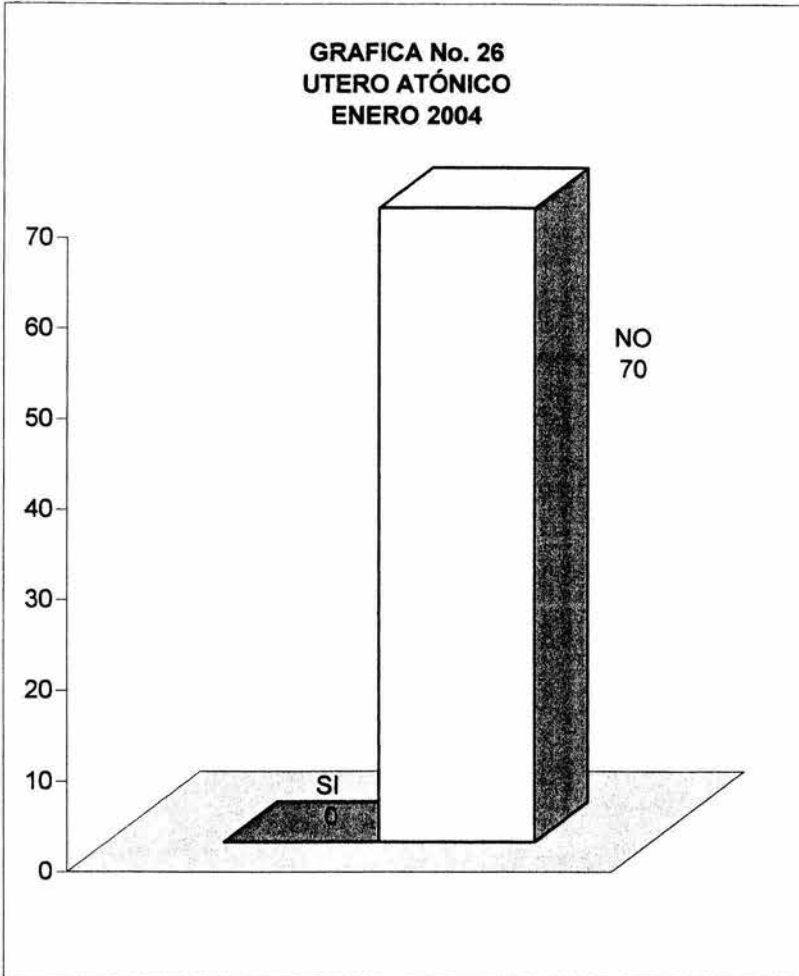
## CUADRO No. 26

## UTERO ATONICO

2004

UTERO ATONICO	FRECUENCIA	%
SI	0	0
NO	70	100
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las 70 pacientes (100%) con embarazo de alto riesgo a término no tuvieron la patología de útero atónico.

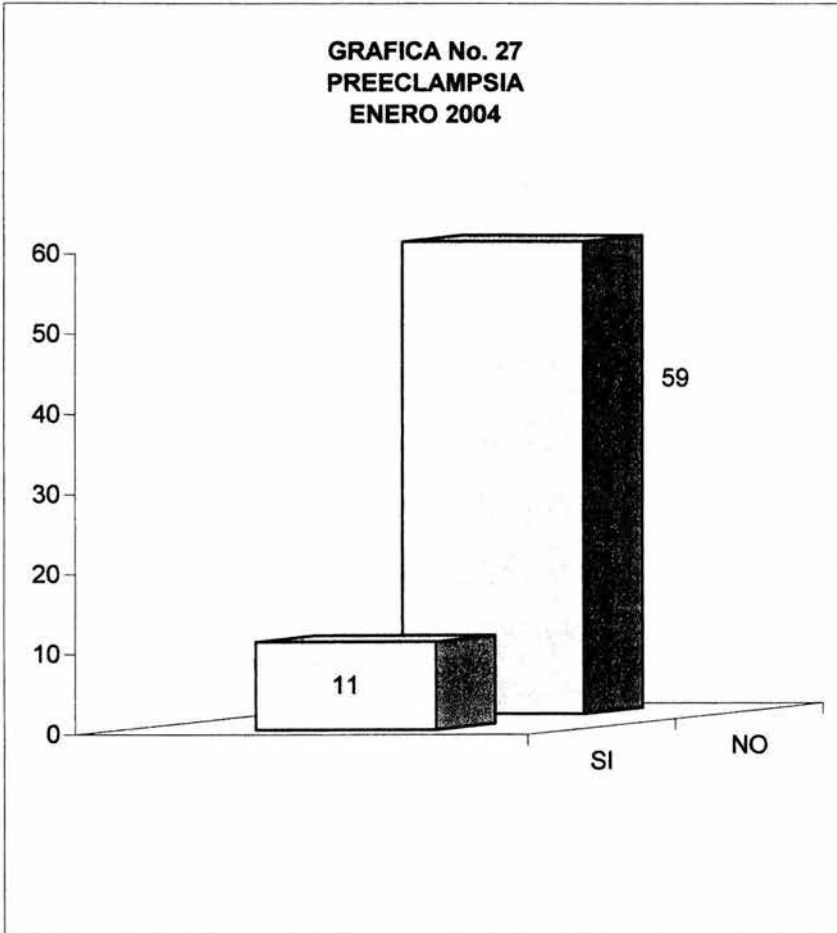
## CUADRO No. 27

## PREECLAMPSIA

2004

<b>PREECLAMPSIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	11	16
NO	59	84
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto a la presencia de preeclampsia, 59 (84%) las pacientes manifestaron que si la habían presentado, mientras que 11 (16%), manifestó que no.

## CUADRO No. 28

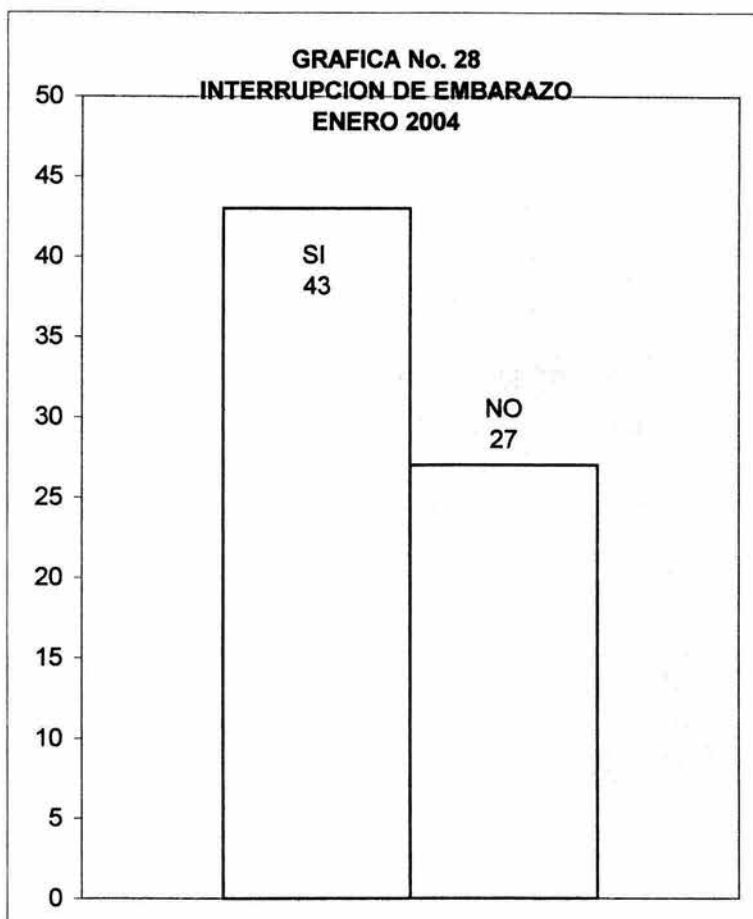
INTERRUPCION DEL EMBARAZO  
ANTES DE LAS 40 SDG

2004

INTERRUPCION DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	%
SI	43	61
NO	27	39
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1





**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En esta grafica se observa con respecto a la edad gestacional de interrupción del embarazo que 43 (61%) de la población les realizaron cesarea antes de las 40 semanas de gestación, y 27 (39%) les realizaron la cesárea a término del embarazo (40 SDG) o antes de la 42 SDG.

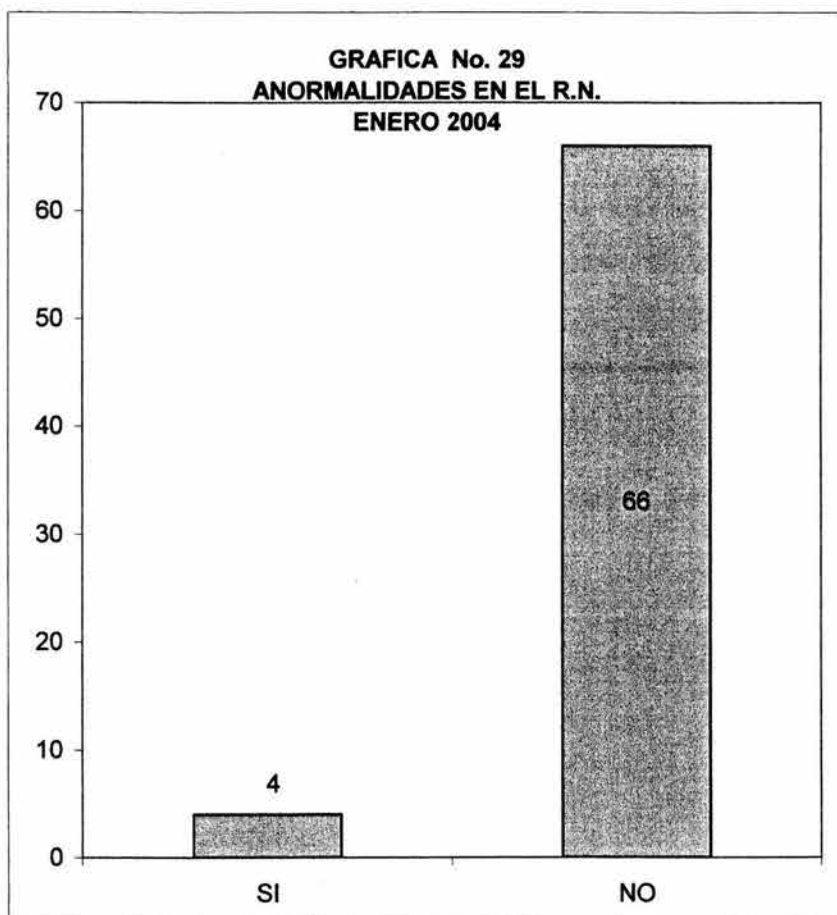
## CUADRO No. 29

## ANORMALIDADES EN EL R.N.

2004

<b>ANORMALIDADES EN EL R.N.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	4	6
NO	66	94
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En esta gráfica se observa que 4 mujeres (6%) reportaron que si habían tenido alguna anomalía su R.N., mientras que 66 (94%) no.

CUADRO No. 33

## ALTERACIONES EN EL C.U. (CORDÓN UMBILICAL)

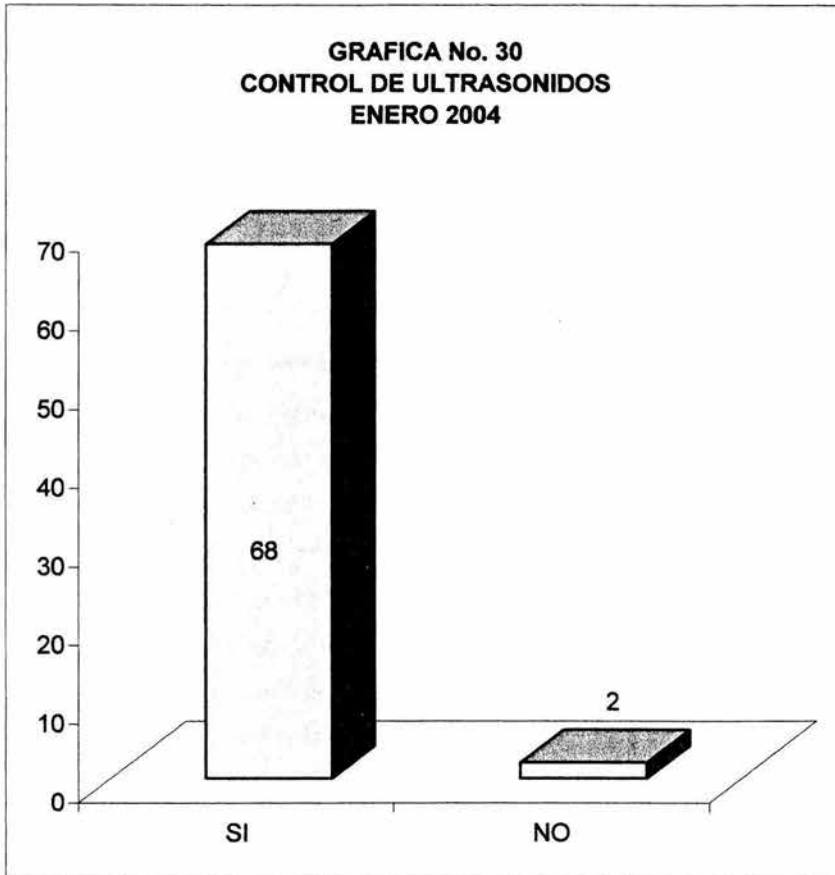
2004

ALTERACIONES EN C.U.	FRECUENCIA	%
SI	12	17
NO	58	83
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**GRAFICA No. 30**  
**CONTROL DE ULTRASONIDOS**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al control prenatal, las pacientes manifestaron que si lo habían tenido y correspondió a 68 (97%) de la población y 2 (3%) no lo tuvo.

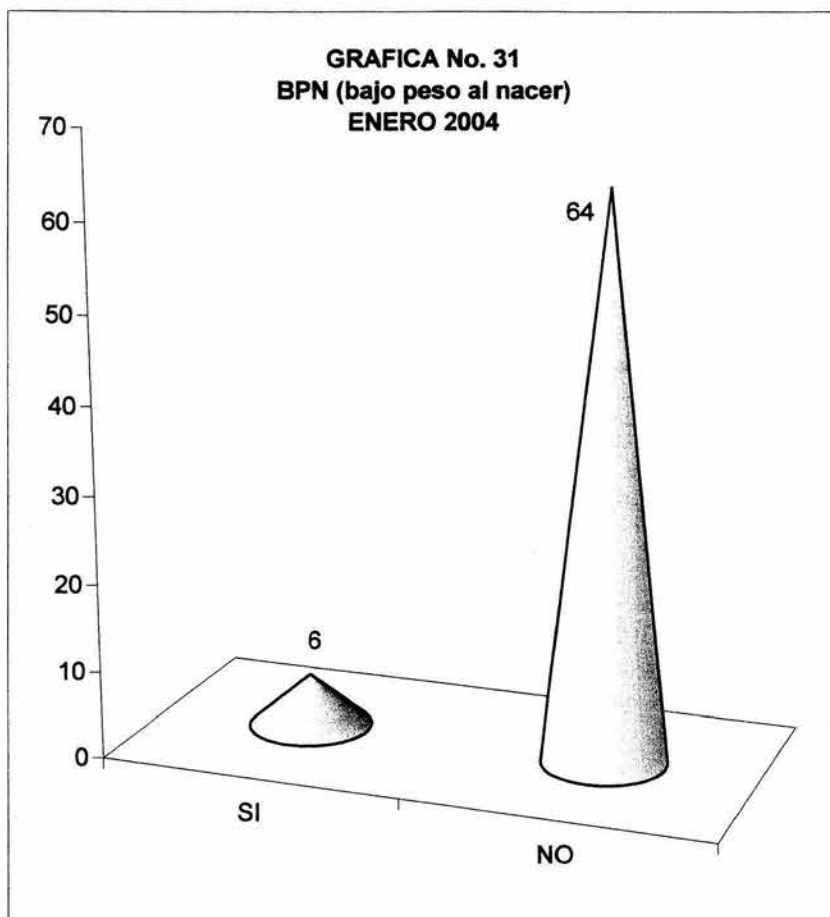
## CUADRO No. 31

BPN  
(BAJO PESO AL NACER)

2004

<b>BPN (BAJO PESO AL NACER)</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	6	9
NO	64	91
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Con respecto al bajo peso al nacer en el R.N., la población encuestada, manifestó que si lo habían tenido con 6 (9%); mientras que 54 (9%) no tuvieron hijos con bajo peso al nacimiento.

CUADRO No. 32

ENFERMEDAD DE RESPUESTA INMUNE  
(ERITROBLASTOSIS FETAL)

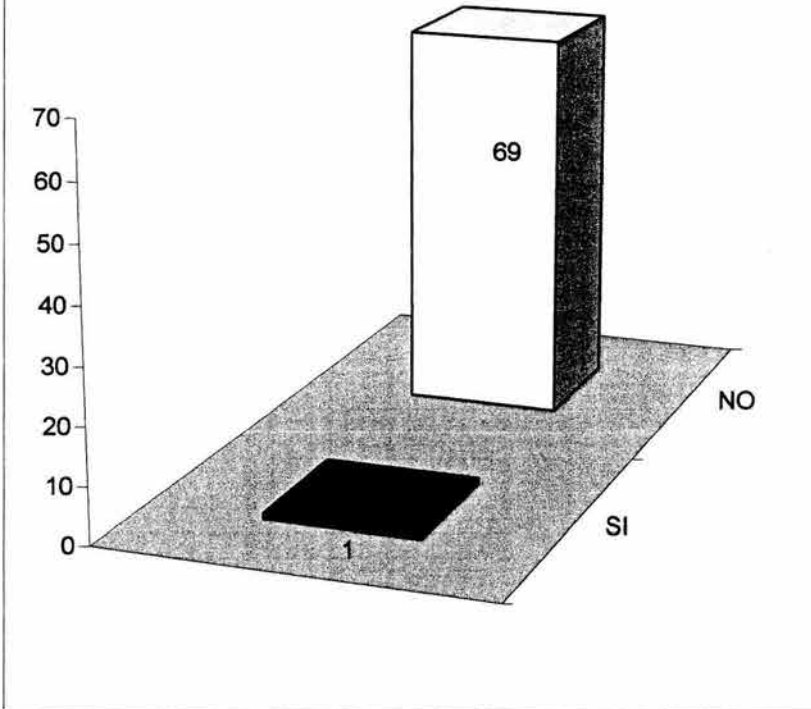
2004

ENFERMEDAD DE RESPUESTA INMUNE	FRECUENCIA	%
SI	1	1
NO	69	99
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**GRAFICA No. 32**  
**ENF. DE RESPUESTA INMUNE**  
**(antecedente de Eritroblastosis Fetal)**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que en una paciente, con respecto al desarrollo de enfermedades respuesta inmune en su R.N. si se le presentó (1%), mientras que a la mayoría no 69 (99%).

CUADRO No. 33

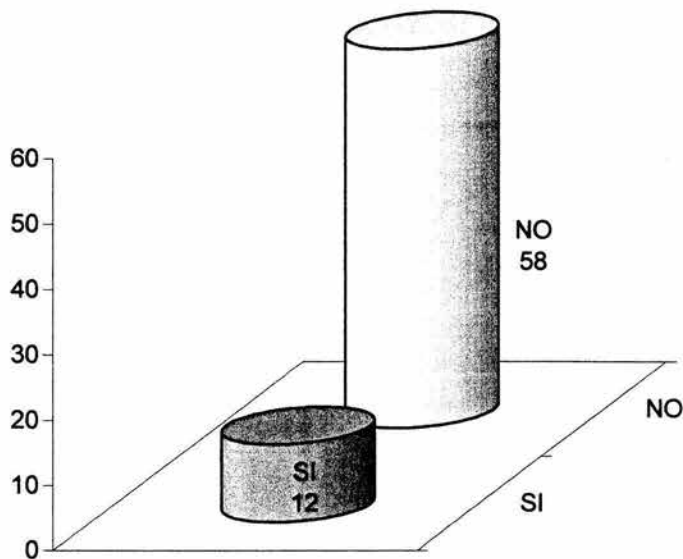
## ALTERACIONES EN EL C.U. (CORDÓN UMBILICAL)

2004

<b>ALTERACIONES EN C.U.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	12	17
NO	58	83
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 33**  
**ALTERACIONES EN EL CORDON UMBILICAL**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las pacientes, con respecto a alteraciones en el C.U.(cordón umbilical), refirieron 12 (17%) que si se le presentó, no así en 58 (83%) de la población estudiada.

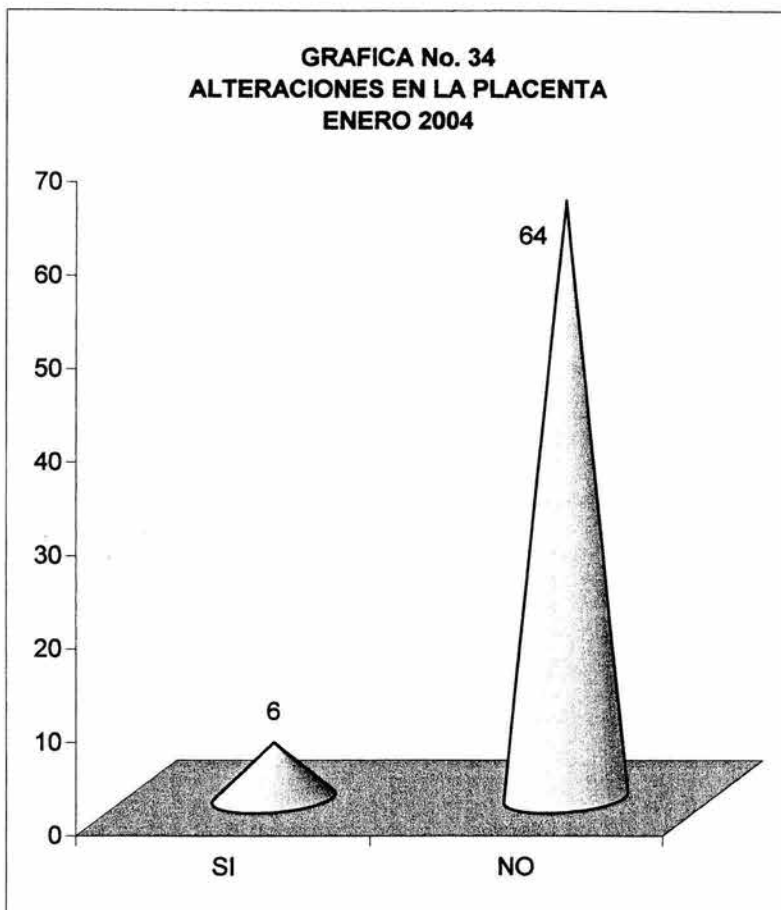
CUADRO No. 34

## ALTERACIONES EN LA PLACENTA

2004

<b>ALTERACIONES EN LA PLACENTA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	6	9
NO	64	91
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

El 9% 6 pacientes, manifestaron con respecto a las alteraciones en la placenta que si se les había presentado aunado, y 64 (91%) de la población manifestó que no.

CUADRO No. 35

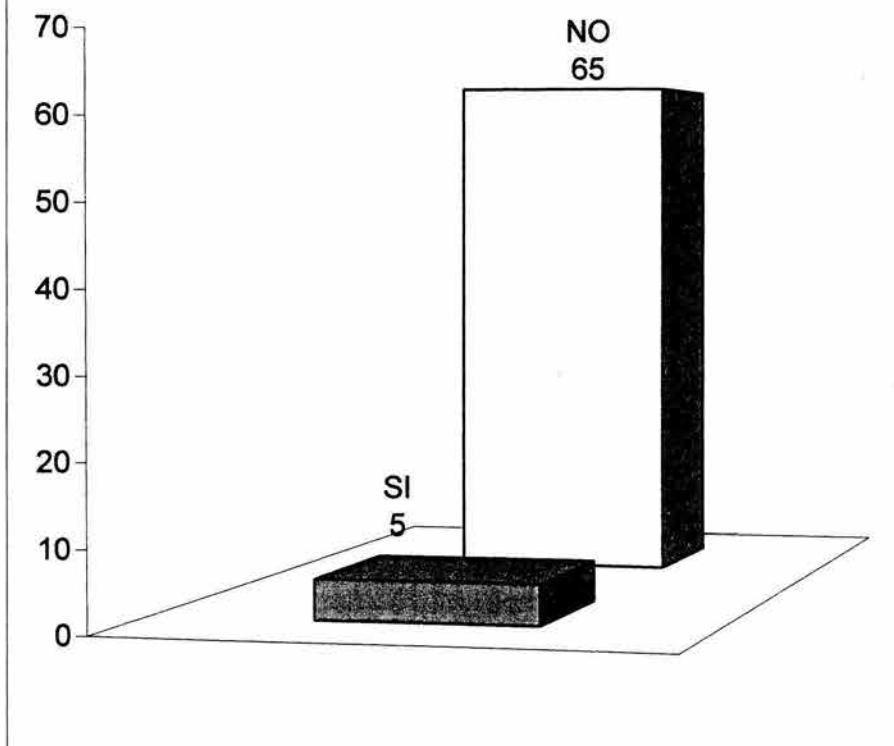
## ALTERACIONES EN EL L. A. (LIQUIDO AMNIOTICO)

2004

<b>ALTERACIONES EN EL L. A.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	5	7
NO	65	93
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 35**  
**ALTERACIONES EN EL LÍQUIDO AMNIÓTICO**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

El 7% de las pacientes, 5 personas, con respecto a alteraciones en el L.A.(líquido amniótico), manifestó que si se les había presentado.No así en 65 personas (93%) de la población.

CUADRO No. 36

## ALTERACIONES EN LA F.C.F. (FRECUENCIA CARDIACA FETAL)

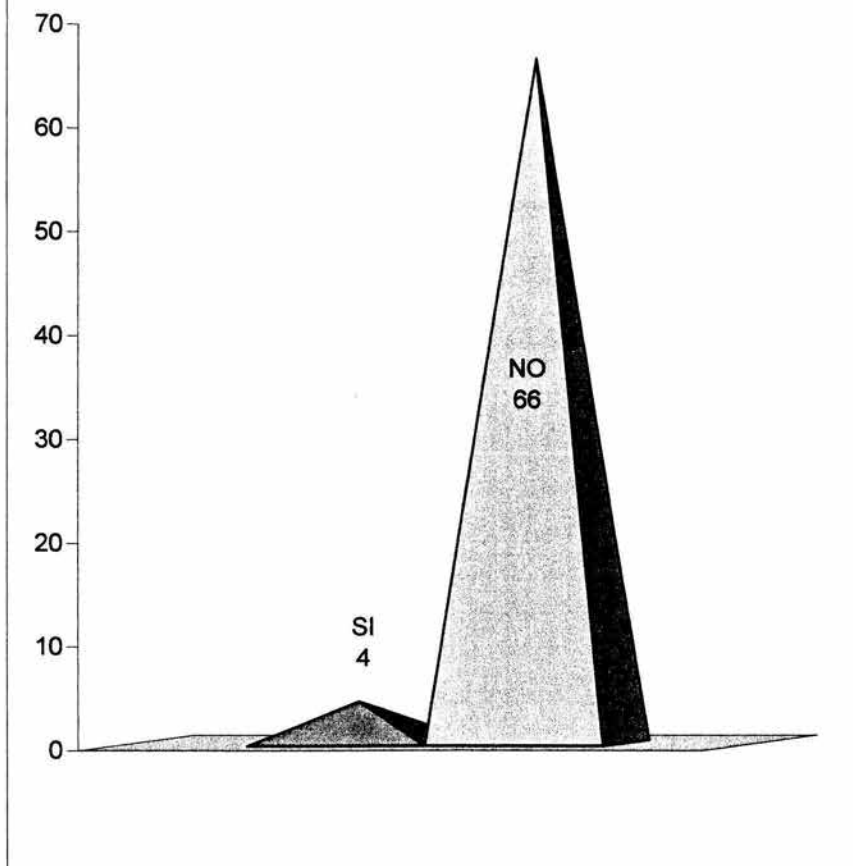
2004

<b>ALTERACIONES EN LA F.C.F.</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	4	6
NO	66	94
<b>TOTALES</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**GRAFICA No. 36**  
**ALTERACIONES LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que las pacientes, con respecto en alteraciones en la F.C.F.(frecuencia cardiaca fetal), manifestaron que si se les había presentado y correspondió al 6% de la población, 4 pacientes. No así el 94%, 66 pacientes.

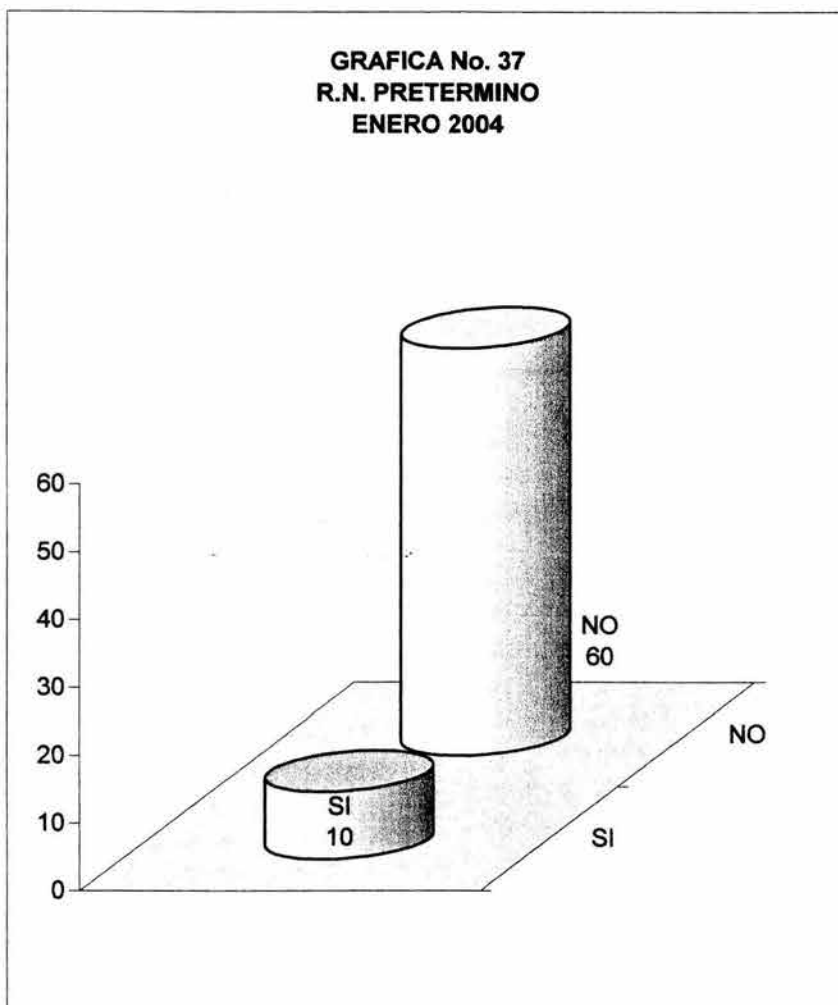
## CUADRO No. 37

## PRETERMINO

2004

<b>PRETERMINO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	10	14
NO	60	86
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las pacientes con respecto al R.N., pretermino, manifestaron 10 (14%) que si se les había presentado; no así, a 60 (86%) de las pacientes restantes.

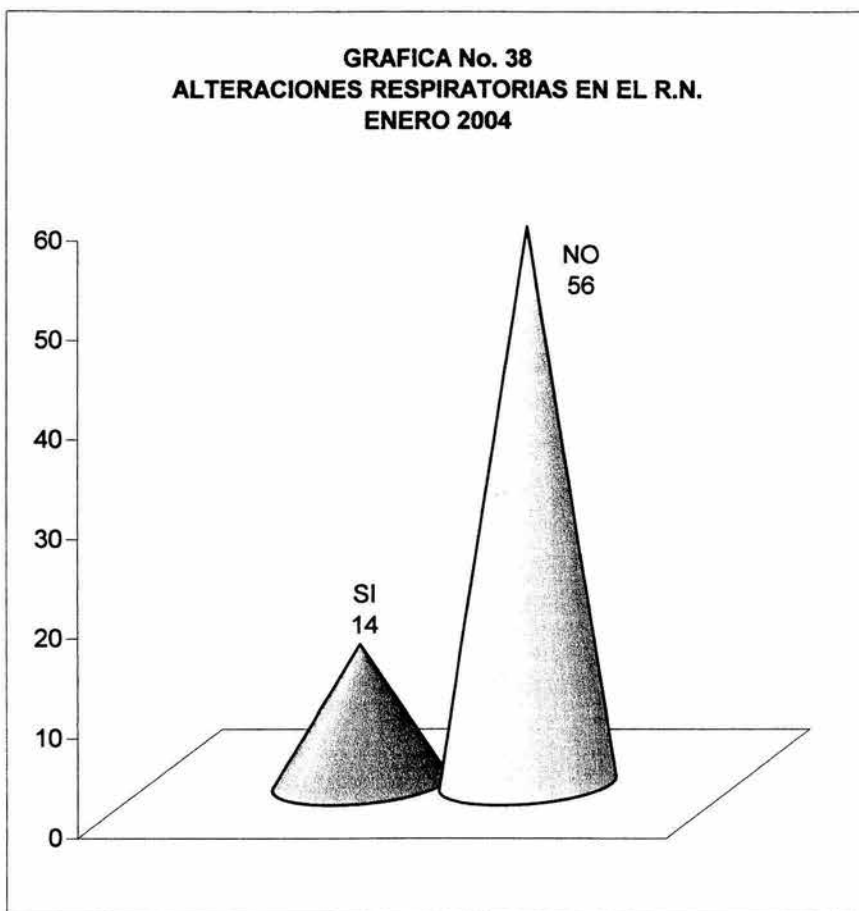
## CUADRO No. 38

## ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN EL R.N.

2004

SIND. DE DEF. RESP. DEL R.N.	FRECUENCIA	%
SI	14	20
NO	56	80
TOTALES	70	100

**GRAFICA No. 38**  
**ALTERACIONES RESPIRATORIAS EN EL R.N.**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

14 (20%) de las pacientes, con respecto al síndrome de deficiencia respiratoria en sus recién nacidos, manifestaron que si se les había presentado; mientras que en 56 (80%) de las pacientes no se presentó.

CUADRO No. 39

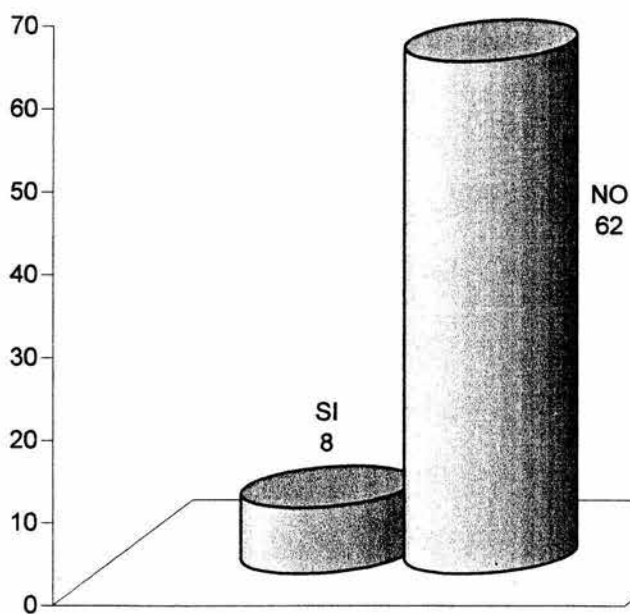
## ICTERICIA

2004

<b>SIND. ICTERICO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	8	11
NO	62	89
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1

**GRAFICA No. 39**  
**ICTERICIA**  
**ENERO 2004**



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

Las pacientes, con respecto al síndrome icterico en sus recién nacidos, manifestaron que si se les había presentado y correspondió a 8 (11%) de la población; no así en 62 (89%) de las pacientes restantes.

## CUADRO No. 40

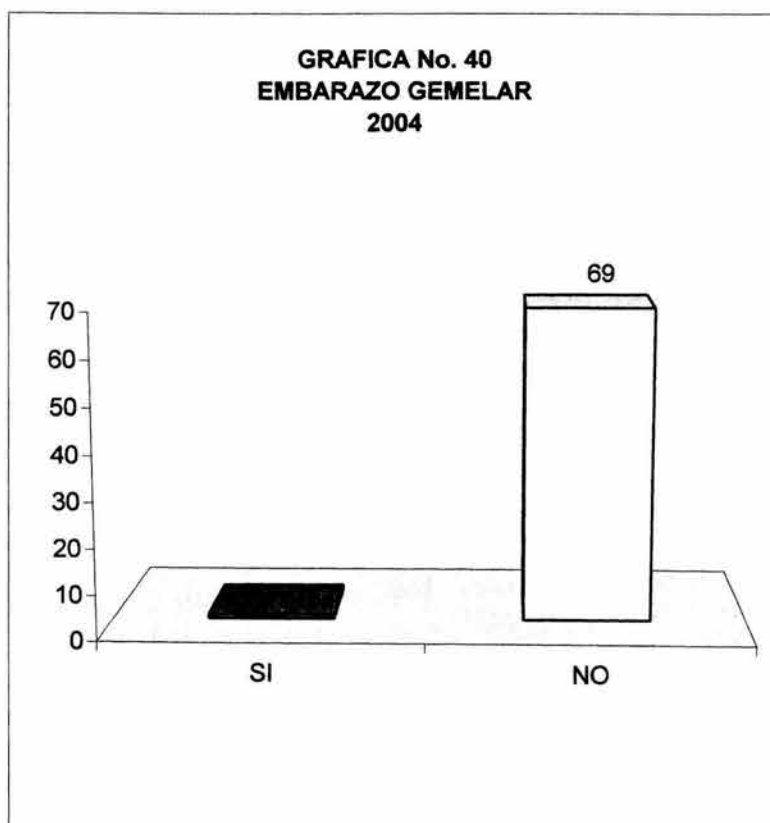
## EMBARAZO GEMELAR

2004

<b>EMBARAZO GEMELAR</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	1	1
NO	69	99
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1





**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que hubo una paciente con embarazo gemelar y correspondió al 1% de la población. al 99% de la población no se les presentó.

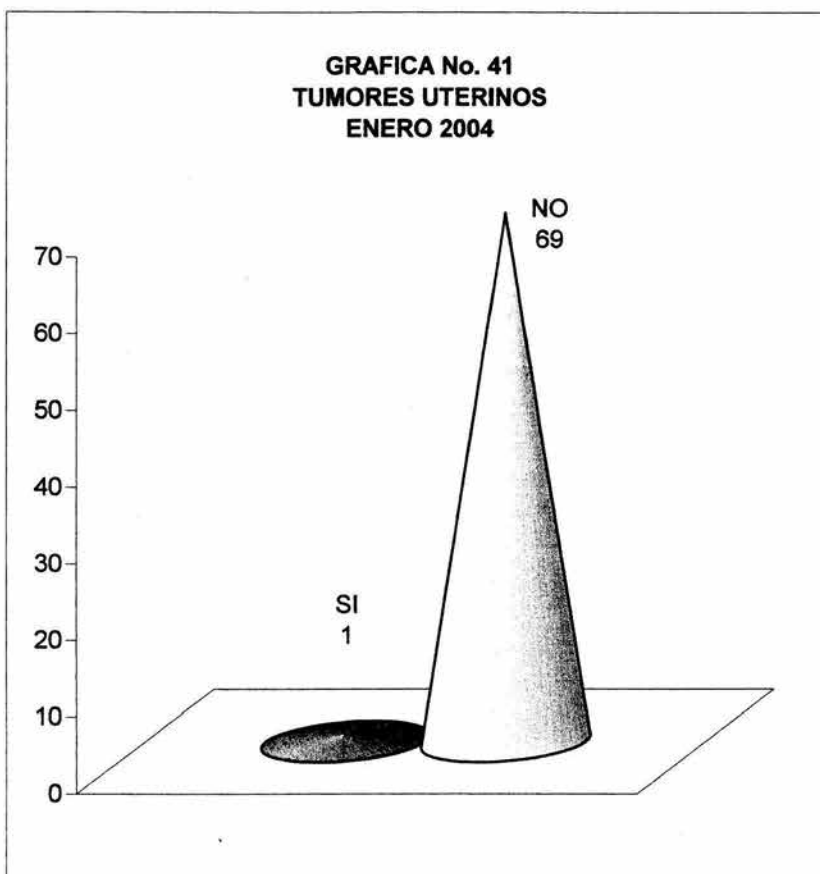
CUADRO No. 41

## TUMORES UTERINOS

2004

<b>TUMORES INTRAUTERINOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>%</b>
SI	1	1
NO	69	99
TOTALES	70	100

FUENTE: Misma de la del cuadro No. 1



**DESCRIPCION DE LA GRAFICA**

En la grafica se observa que a una paciente se le presentó la existencia de tumores uterinos, correspondiendo al 1% de la población. al 99% de la población no se les presentó.

## 9. ANALISIS DE LA INFORMACION

EN EL CUADRO No. 1:

### OCUPACION

36 pacientes (51%) de alto riesgo a término en el embarazo son profesionales y ejercen su profesión. Esto habla que las pacientes embarazadas llevaron un ritmo de vida acelerado, en donde uno de los riesgos fue por exceso de trabajo, aunado a otros factores.

EN EL CUADRO No. 2

### ESTADO CIVIL

En este cuadro 45 pacientes con embarazo de riesgo a término corresponde a las casadas con 64% de las cuales 2 están en proceso de divorcio y 5 son madres solteras, las 20 restantes son de unión libre, no habiendo repercusión en los factores de riesgo.

EN EL CUADRO No. 3

### RELIGION

3 pacientes son testigos de Jehová, correspondiendo al 4% de la población. El resto de la población son católicas. No repercute en los factores de riesgo.

EN EL CUADRO No. 4

### ORIGEN

60 pacientes son del D.F. y viven en zonas urbanas y corresponden al 86% de la población en estudio, por lo tanto la mayoría de las pacientes pertenecen al D.F. lo cual las hace partícipes de las influencias sociales de las grandes ciudades, tales como embarazarse tardíamente, vivir en estrés, favoreciendo a los factores de riesgo.

EN EL CUADRO No. 5

### MIEDO AL TRABAJO DE PARTO

La mayoría de la población 71% (50 pacientes) refirieron no tener miedo al trabajo de parto, y el 20% de la población (14 pacientes) refirieron si tener miedo al trabajo de parto,

por observación, se vio que tienen miedo al dolor, por lo cual su embarazo terminó en cesárea; (el 9% no contestó esta pregunta = 6 pacientes).

EN EL CUADRO No. 6

#### BENEFICIO MATERNO DE LA CESAREA

El 94% de la población en estudio que fueron 66 pacientes referían obtener beneficio por la cesárea (aunque no la querían 8 de ellas y las 4 restantes, pero por beneficio materno optaron por la cesárea).

EN EL CUADRO No. 7

#### BENEFICIO DE LA CESAREA PARA EL R.N.

El 93% de la población en estudio que correspondió a 65 pacientes si manifestaron obtener beneficio de la cesárea para su bebe, esto aumentará el riesgo en los próximos embarazos.

EN EL CUADRO No. 8

#### CASA PROPIA

Llama la atención que el 57% de la población que corresponde a 40 pacientes no tienen casa propia, lo cual no se esperaba ya que el nivel socioeconómico de las pacientes que acuden al Hospital Santa Coleta es medio y medio alto. Indirectamente puede repercutir en los factores de riesgo, por el desajuste económico.

EN EL CUADRO No. 9

#### EDAD

El 66% de la población que corresponde a 46 pacientes tienen 30 años o más, lo cual las coloca en edades de riesgo para la reproducción y coincide con las características de las pacientes urbanas, con nivel socioeconómico medio y alto que se embarazan tardíamente.

EN EL CUADRO No. 10

#### CONTROL PRENATAL

La mayoría de las pacientes el 97% (68 pacientes) llevaron su control prenatal previendo el incremento de sus factores de riesgo.

EN EL CUADRO No. 11

No. DE CONSULTAS

La mayoría de las pacientes tuvieron más de 7 consultas prenatales (77%), lo cual nos indica que llevan un control prenatal estricto, por tener factores de alto riesgo. Al igual que el cuadro anterior.

EN EL CUADRO No. 12

ACEPTACION DEL EMBARAZO

Casi todas las mujeres un 97% aceptaron su embarazo y se cuidaron con esmero, evitando tener mayores complicaciones de riesgo.

EN EL CUADRO No. 13

COHABITA CON SU PAREJA

La mayoría de las pacientes (68) 97% conviven con su pareja, aunque dos de ellas se encuentran en proceso de divorcio, repercutiendo en sus factores de riesgo.

EN EL CUADRO No. 14

CONTAMINACION

Casi todas las pacientes (60) manifestaron que viven en zonas contaminadas y equivale al 86% de la población. Esto indica la presencia del factor de riesgo de químicos en el ambiente de las pacientes.

EN EL CUADRO No. 15

TABAQUISMO

La mitad de la población en estudio (44%) tiene tabaquismo positivo y corresponde a 31 pacientes, bien se sabe que este factor de riesgo va a influir en el desarrollo biológico y mental en el R.N.

EN EL CUADRO No. 16

CONVIVE CON FUMADORES

El 60% de la población en estudio convivió con fumadores y correspondió a 42 pacientes, esto conlleva a vivir con más contaminación, aumentando el factor de riesgo en el embarazo.

EN EL CUADRO No. 17

INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

Llama la atención el porcentaje de 36% de la población en estudio ingieren bebidas alcohólicas (25 pacientes), esto habla de la deficiente voluntad y la repercusión social que envuelve a las pacientes, aumentó su factor de riesgo durante el embarazo.

EN EL CUADRO No. 18

CONVIVENCIA CON ALCOHOLICOS

Casi la mitad de las pacientes 47% de la población en estudio (33) conviven con alcohólicos, la influencia social puede repercutir en la paciente en su situación emocional.

EN EL CUADRO No. 19

No. DE EMBARAZOS, INCLUIDO EL PRESENTE

Sobresale el 44% casi la mitad de la población de pacientes fueron primigestas (31) lo cual coincide con la edad tardía del primer embarazo, es decir primigestas añosas.

EN EL CUADRO No. 20

No. DE CESAREAS INCLUYENDO LA PRESENTE

De las 70 pacientes a las que se les realizaron cesárea, de 39 fue su primer cesárea. El resto tuvieron más de una cesárea, convirtiéndolas en factor de riesgo para futuros embarazos.

EN EL CUADRO No. 21

#### TIEMPO DE INTERVALO ENTRE LAS CESAREAS

De las 39 pacientes con cesárea previa, 22 tuvieron un intervalo intergésico de 2 y 3 años, lo cual se considera normal, sin embargo 9 pacientes tuvieron un corto intervalo que las colocó como factor de riesgo y las 8 restantes tuvieron un intervalo de 4 años o más.

EN EL CUADRO No. 22

#### PRIMIGESTA AÑOSA

31 mujeres fueron añosas (44%) de la población en estudio, (24 de estas pacientes fueron primigestas añosas), la edad que se tomó como parámetro fue de 30 años o más.

EN EL CUADRO No. 23

#### ANTECEDENTES DE ABORTO U OBITO

17 pacientes tuvieron antecedentes de aborto u obito y corresponde el 24% de la población en estudio, cabe mencionar que algunas de ellas ya llevaban el 3er o 4o embarazo fallido. Esto habla del riesgo que tuvieron durante el embarazo.

EN EL CUADRO No. 24

#### DCP (desproporción cefalopélvica)

24 pacientes presentaron DCP y corresponde el 34% de la población en estudio. Llama la atención el número tan elevado de pacientes que presentaron esta alteración y por la cual fue la cesárea.

EN EL CUADRO No. 25

#### RPM (ruptura prematura de membranas)

En 18 pacientes se presentó RPM y corresponde al 26% de la población de estudio. Esto habla de una posible interrupción del embarazo que se relaciona con el cuadro No. 28, y la aparición de infecciones materno-neonatal, así como el incremento de factores de riesgo.



EN EL CUADRO No. 26

UTERO ATONICO

Ninguna paciente de la toma de muestra se presento esta patología.

EN EL CUADRO No. 27

PREECLAMPSIA

En 11 pacientes se presentaron signos y síntomas de preeclampsia, correspondiendo al 16% de la población en estudio. También se relaciona con el cuadro No. 28 sobre interrupción del embarazo.

EN EL CUADRO No. 28

INTERRUPCION DEL EMBARAZO ANTES DE 40 SDG

Más de la mitad de las pacientes estudiadas el 61% se les interrumpió el embarazo antes de la 40 SDG debido a abortos previos, ruptura prematura de membranas, preeclampsia; lo cual muestra que tuvieron factores de riesgo alto.

EN EL CUADRO No. 29

ANORMALIDAD EN EL R.N.

4 pacientes si presentaron anomalías y correspondió al 6% de la población en estudio (1 Trisomía del 21, cardiopatías, colgajos dactiles de mano).

EN EL CUADRO No. 30

CONTROL DE ULTRASONIDOS

En general las pacientes tuvieron un buen control de ultrasonidos.

EN EL CUADRO No. 31

BPN (bajo peso al nacer)

En 6 pacientes sus R.Ns. presentaron BPN y correspondió al 9% de la población en estudio. Esto habla de la presencia de algún factor de riesgo durante el embarazo (tabaquismo, alcoholismo, dietas).

## EN EL CUADRO No. 32

## RESPUESTA INMUNE EN EL R.N.

Solamente una paciente presentó esta complicación.

## EN EL CUADRO No. 33

## ALTERACIONES EN EL Cordón Umbilical.

En 12 pacientes sus R.Ns. presentaron: brevedad de cordón, una y doble circular de cordón y correspondió al 17% de la población en estudio. Cabe mencionar que estas alteraciones se presentaron aunadas a otro factor de riesgo como fue: preeclampsia, cardiopatía materna o Desproporción Cefalopélvica.

## EN EL CUADRO No. 34

## ALTERACIONES EN LA PLACENTA

En 6 pacientes se presentaron alteraciones en la placenta (placenta previa, de bajo implante, calcificaciones) y correspondió al 9% de la población en estudio.

## EN EL CUADRO No. 35

## ALTERACIONES EN EL L.A. (líquido amniótico)

En 5 pacientes se presentó líquido meconial de + a ++++ y oligohidramnios (sec. a RPM ruptura prematura de membranas), e incluso hubo aspiración de líquido meconial en el R.N. y correspondió al 7% de la población en estudio.

## EN EL CUADRO NO. 36

## ALTERACIONES EN LA F.C.F. (frecuencia cardiaca fetal)

En 4 Recién Nacidos presentaron Dips y correspondió al 6% de la población en estudio. Cabe mencionar que no eran productos a término, por lo cual también se interrumpió el embarazo, se relaciona con el cuadro 28.

## EN EL CUADRO No. 37

## R.N. PRETERMINO

En 10 pacientes sus Recién Nacidos fueron de pretermino (preeclampsia, ruptura prematura de membranas, amenaza de aborto y alguna cardiopatía) algunos nacieron desde 34 SDG semanas de gestación y correspondió al 14% de la población en estudio, rebasando el porcentaje nacional que es de 10%. Este cuadro se relaciona con el No. 28.

## EN EL CUADRO No. 38

## SIND. DEFICIENCIA RESPIRATORIA

14 pacientes se presentaron en sus R.Ns alteraciones de leve a severa (presencia de membrana hialina) en la puntuación del Silverman y correspondió al 20% de la población en estudio. Algunos de ellos fueron de pretermino, relacionado con el cuadro No. 37. y otros fueron por complicaciones maternas (datos de preeclampsia).

## EN EL CUADRO No. 39

## SIND. ICTERICO

En 8 pacientes sus Recién Nacidos presentaron síndrome icterico y correspondió al 11% de la población en estudio. En algunos fue necesario realizarles el procedimiento de exanguinotransfusión por la hiperbilirrubinemia.

## EN EL CUADRO No. 40

## EMBARAZO GEMELAR

Una paciente presentó este embarazo, el cual fue controlado debidamente.

## EN EL CUADRO No. 41

## TUMORES INTRAUTERINO

La mayoría de las pacientes (99%) no presentaron tumores intrauterinos (miomas), por lo cual no se consideró como factor de riesgo. Solamente una paciente lo tuvo y se resolvió satisfactoriamente.

## 10. CONCLUSIONES

Con base en el planteamiento de los objetivos específicos se concluye: Que los datos arrojados en esta investigación, muestran factores de riesgo alto en la población estudiada tanto en la parte del macroambiente, como del matroambiente y microambiente. Con respecto al macroambiente se señalan: que la mitad de la población (51%) 35 pacientes se dedican a su profesión y además al hogar, lo que implica un exceso de trabajo; el 86% de las mujeres viven en el D.F. lo cual las hace partícipes de las influencias sociales de las grandes ciudades, como embarazarse tardíamente, también este 71% refirió vivir en zonas contaminadas lo que indican la presencia de químicos como factor de riesgo; aunque el nivel socioeconómico es medio y alto en la población de influencia del Hospital Santa Coleta, más de la mitad no tienen casa propia; con respecto a las creencias sobre el miedo al trabajo de parto, beneficio materno del parto, beneficio del parto para el R.N., beneficio materno de la cesárea y beneficio de la cesárea para el R.N., la mayoría el 71% refieren no tener miedo al trabajo de parto, el 93% no creen que el parto las beneficie como dado sus antecedentes de riesgo, más de la mitad el 66% refieren que no hay beneficio para el R.N. puesto que sus bebés corrían peligro y en un tercio preferiría el parto como beneficio para el R.N., lo cual indicó la influencia del médico o familiares al terminar el embarazo en cesárea, la cesárea es beneficiosa para el 94% de las mujeres y el 93% para el R.N. En relación con el matroambiente: se encontró acentuado el porcentaje de la edad de las mujeres de más de 30 años (89%), lo cual favorece el riesgo alto desde el primer embarazo, tabaquismo (44%) se relaciona con el bajo peso al nacer de los recién nacidos y el alcoholismo (36%), la primera cesárea en la población es de un 56% esto habla riesgos futuros, antecedentes de aborto u óbito fue de un 34% en algunas pacientes este antecedente fue de tres o cuatro abortos, o algún óbito; ruptura prematura de membranas fue de un 26% éste factor aunado con DCP favorecieron que no llegaran los bebés a 40 SDG y fue un 61%. Y con respecto al microambiente: llama la atención que un 9% presentó bajo peso al nacer, así como otro 9% correspondió a alteraciones en la placenta esto habla de factores de riesgo que correspondió al matroambiente (tabaquismo, alcoholismo, alteraciones placentarias) y correspondió a 6 recién nacidos, con respecto a las alteraciones en el cordón umbilical se presentaron en 12 recién nacidos (17%) las circulares

de cordón se presentaron en algunas ocasiones con desproporción cefalopélvica u alteraciones en la frecuencia cardiaca, en las alteraciones en el líquido amniótico fue de 5 recién nacidos (7%) en los cuales se presentaron de + a + + + + y alguno presentó la aspiración de líquido meconial severa, comentando sobre las alteraciones en la frecuencia cardiaca fue de 4 recién nacidos (6%) generalmente hubo bradicardias severas que aceleró la realización de la cesárea, en niños recién nacidos de pretermino fueron 10 y correspondió a un 14% hubo nacimientos por cesárea desde 35 SDG, en alteraciones respiratorias existieron 14 recién nacidos (20%) y en algunos se presentó síndrome de deficiencia respiratoria, niños que persistieron con ictericia fueron 8 y correspondió a un 11% hubo necesidad de fototerapia radiante e incluso de exanguinotransfusión para evitar daño cerebral.

En las complicaciones maternas y neonatales se mencionan algunas que trascendieron: como la cesárea en primer lugar, ya que no hay nada más fisiológico que el parto, y ésta realmente debe ser bien indicada, la preeclampsia que persistió aún después de la cesárea, infecciones por RPM ó presencia de sustancia meconial en útero que se combatieron con la aplicación de antibióticos de amplio espectro, desestabilización de una paciente cardiópata. En las complicaciones neonatales se dieron: recién nacidos con bajo peso al nacer, hubo necesidad de dejarlos en incubadora de 1 a 15 días, exanguinotransfusión en hiperbilirrubinemias y eritroblastosis fetal, salinoferesis en policitemias, R.N. séptico por deglución de líquido meconial, de R.N. pretermino, síndrome de deficiencia respiratoria y la presencia de membrana hialina.

Por lo tanto se considera que el objetivo general sobre identificar los factores de alto riesgo en las mujeres gestantes con embarazo de termino que terminaron en cesárea y se relacionaron con complicaciones perinatales y neonatales en el Hospital Santa Coleta; se ha completado y también se demuestra como se planteo en la hipótesis, que existe relación entre los factores del macroambiente, matroambiente y fetoambiente con las complicaciones perinatles y neonatal en la población de influencia del Hospital Santa

Coleta. Así como la presencia de abortos consecutivos favorece el nacimiento de R.N. preterminos y el riesgo es mayor en la mujer añosa.

## **11. RECOMENDACIONES**

La integración de un programa sobre el manejo de las pacientes con factores de alto riesgo perinatal, en la que enfermería participe ampliamente considerando que es el personal de salud con quien mas tiempo tiene el paciente, cuyas demandas, detección de riesgos y necesidades forman parte de su quehacer profesional. Para lo cual se considerará los factores de riesgo perinatal jerarquizados expuestos en esta investigación; lo cual a su vez permitirá la creación de planes de intervención de enfermería.

La programación de un taller de obstetricia para todo el personal de enfermería y conocer las diferentes pruebas para detectar y evaluar la hipoxia fetal, así como monitorizar a la madre con el tococardiógrafo a su llegada en este Hospital.

Se espera que las autoridades respectivas tomen en cuenta estos datos para apoyar ese programa, que sin duda favorecerá la atención perinatal este Hospital.

Se recomienda también, realizar mas estudios en área perinatal para conocer las relaciones de factores específicos maternos y de factores del personal de salud.

## 12. BIBLIOGRAFIA

Arias, Fernando.(1994). Guía práctica para el Embarazo y el Parto de de Alto Riesgo Mosby/Doyma Libros.

Casanova Bellido, M., Casanova Román, M. (2000) El niño y su ecosistema: Cátedra de pediatría. Facultad de medicina de Cádiz

Fourmié, A. Connan, L. Parant, O.Lesourd-Pontonnier, F. (1999). Sufrimiento fetal agudo EMC (enciclopedia) Ginecología y obstetricia vol. 5

Llaca Rodríguez, V.,Fernández Alba, J.(1999) Embarazo de alto riesgo, Obstetricia Clínica.

Rubio, Severino. Gonzalez, Margarita. Ortega, Armando. (2002) Antología Obstetricia I Sua . UNAM-ENEO

Altamirano Valencia G., y Encina Gutierrez S.F. (2001).Detección y Disminución de Factores de Alto Riesgo. Manuscrito no publicado, Tesis UNAM-ENEO

Calderón Sánchez, A., y Rosas Martínez A.L. (1999). Prevención y detección oportuna de la asfixia perinatal durante el trabajo de parto. Tesis UNAM-ENEO

Jiménez Trujado L. (1995). Factores de riesgo perinatal en México. Tesis UNAM-ENEO

Batist Health South Florida, (2003) Los factores de riesgo [en línea] disponible <http://www.baptisthealth.net/greystone/content.jsp?pageid=PO5604>

Bergonzoli, G., Nuñez, H. (1997), Desnutrición intrauterina en neonatos a término: factores psicosociales,socioculturales, biológicos... [en línea] disponible <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol28No4/desnutricion.html>

Dr. Scope, (2003). Concepto actual de embarazo de alto riesgo [en línea] disponible [http://www.drscope.com/pac/gienobs/o1/o1\\_pag35.htm](http://www.drscope.com/pac/gienobs/o1/o1_pag35.htm)

Franco, G. (2002). Evaluación de los factores de riesgo para la madre y para el R.N. [en línea] disponible <http://www.red.medica.com.mx/gfr/rnfr.htm>

Iglesias, M. (1994). Diagnóstico prenatal embarazo de alto riesgo [en línea] disponible <http://www.el-mundo.es/salud/1994/104/00196.html>

Manual de control prenatal (Ensayo clínico de control prenatal de la OMS). (2001) [en línea] disponible [http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr\\_01\\_30\\_sp/RHR\\_01\\_30\\_5.sp.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_5.sp.html)

Mendoza Arestegui I. (1996) Guía de Gineobstetricia.

Meridian Health, Monmouth Shores Corporate Park, 1350 Campus Pkwy, Neptune, New Jersey 07753 (2002) El embarazo de alto riesgo [En línea]. Disponible: <http://wchjax.com/health-info/content/esp/hrpregnaant/>

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

Salud hoy, (2002), Embarazo, salud reproductiva. [en línea] disponible <http://www.hoy.com.ec/libro6/salud08.htm>.





13. 1. 2. ENCUESTA “FACTORES DE ALTO RIESGO RELACIONADOS  
CON LAS COMPLICACIONES PERINATALES”.

**La siguiente encuesta tiene como propósito identificar los factores de riesgo perinatal en las mujeres que tuvieron su parto o cesárea en el Hospital Santa Coleta. Para mayor confidencialidad se mantendrá el anonimato, los resultados que se obtengan de este estudio ayudarán a propiciar una mejor atención a los usuarios, por lo tanto se solicita su colaboración. Sin embargo, usted está en plena libertad de no contestar a las preguntas y/o interrumpir la entrevista si así lo desea.**

**Encuesta No. \_\_\_\_\_**

1. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?
  - a) Hogar
  - b) Empleada
  - c) Profesionista
  - d) Otra
  
2. ¿CUÁL ES SU ESTADO CIVIL?
  - a) Soltera
  - b) Casada
  - c) Unión libre
  - d) Viuda
  - e) Divorciada
  
3. ¿QUÉ RELIGIÓN TIENE USTED?
  - a) Católica
  - b) Protestante
  - c) Testigo de Jehová
  - d) Ateo
  - e) Otra
  
4. ¿ES ORIGINARIA DEL DISTRITO FEDERAL O DE LA PROVINCIA?
  - a) Distrito Federal
  - b) Provincia
  
5. ¿SINTIÒ MIEDO AL INCREMENTARSE EL DOLOR DEL PARTO?
  - a) Sí
  - b) No
  
6. ¿CREE QUE FUE LO MEJOR PARA USTED LA CESÁREA?
  - a) Sí
  - b) No
  
7. ¿EL BEBÉ SE BENEFICIO AL NACER POR LA CESÁREA?
  - a) Sí
  - b) No
  
8. ¿TIENE CASA PROPIA?
  - a) Sí

b) No

9. ¿CUÁL ES SU EDAD?

a) 13 o menos

b) 14 – 19

c) 20 – 24

d) 25 – 29

e) 30 – 34

f) 35 o más

10. ¿SE CONTROLÓ EN SU EMBARAZO CON UN ESPECIALISTA?

a) Sí

b) No

11. ¿A CUANTAS CONSULTAS PRENATALES ACUDIO CON SU MÉDICO?

a) Ninguna

b) 1 a 3

c) 4 a 6

d) 7 o más

12. ¿ACEPTÓ SU EMBARAZO CON ALEGRÍA?

a) Sí

b) No

13. ¿VIVE CON SU PAREJA?

a) Sí

b) No

14. ¿EN DONDE USTED VIVE EXISTE CONTAMINACIÓN AMBIENTAL?

a) Sí

b) No

15. ¿USTED FUMA?

a) Sí

b) No

16. ¿CONVIVE CON FUMADORES?

a) Sí

b) No

17. ¿USTED INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS?

- a) Sí
- b) No

18. ¿CONVIVE CON ALCOHÓLICOS?

- a) Sí
- b) No

19. ¿CUANTOS EMBARAZOS HA TENIDO?

- a) uno
- b) dos
- c) tres
- d) cuatro
- e) cinco o más

20. ¿CUANTAS CESAREAS HA TENIDO?

- a) una
- b) dos
- c) tres
- d) cuatro o más

21. ¿CUAL HA SIDO EL INTERVALO DE SUS CESAREAS?

- a) 1 año
- b) 2 años
- c) 3 años
- d) 4 años o más

22. ¿A LOS CUANTOS AÑOS NACIO SU ACTUAL BEBE?

- a) Antes de los 30 años
- b) De los 31 en adelante

23. ¿HA TENIDO ALGÚN ABORTO U OBITO?

- a) Sí
- b) No

24. HA TENIDO DESPROPORCION CEFALO-PELVICA?

- a) Sí
- b) No

25. ¿HA TENIDO RUPTURA DE MEMBRANAS EN ESTE EMBARAZO?

- a) Sí
- b) No

26. ¿SUFRIÓ HEMORRAGIAS SEVERAS DESPUES DE HABER TENIDO A SU BEBE EN LAS PRIMERAS HORAS DEL PUERPERIO?

- a) Sí
- b) No

27. ¿SUFRIÓ DE PRESION ALTA, PROTEINURIA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES EN EL EMBARAZO?

- a) Sí
- b) No

28. ¿SE LE INTERRUMPIO SU EMBARAZO, PORQUE?

- a) Sí
- b) No

29. ¿SU BEBE NACIO SIN ANOMALÍAS?

- a) Sí
- b) No

30. ¿SE REALIZO SUS ULTRASONIDOS?

- a) Sí
- b) No

31. ¿SU BEBE NACIO CON BAJO PESO AL NACER?

- a) Sí
- b) No

32. ¿LE INYECTADO ALGUNA VACUNA (RHOGAN) DENTRO DE LAS 48 HORAS DESPUÉS DE HABER NACIDO SU BEBÉ?

- a) Sí
- b) No

33. ¿SE LE DETECTÓ ALGUNA ANOMALÍA SOBRE EL CORDÓN ABDOMINAL?

- a) Sí
- b) No

34. ¿SE LE DETECTÓ ALGUNOS CAMBIOS EN LA PLACENTA?

- a) Sí
- b) No

35. ¿SE LE DETECTO ALTERACIONES EN EL LIQUIDO AMNIOTICO?

- a) Si
- b) No

36. ¿SE LE DETECTO A SU BEBE ALGUNA ALTERACION EN SU FRECUENCIA CARDIACA?

- a) Sí
- b) No

37. ¿NACIÒ ANTES DE TIEMPO SU BEBE?

- a) Sí
- b) No

38. ¿SE PRESENTARON ALTERACIONES EN LA RESPIRACION DE SU BEBE EN LAS PRIMERAS HORAS DE VIDA?

- a) Sí
- b) No

39. ¿SE HA PUESTO AMARILLITO SU BEBE, DESPUES DE NACIDO?

- a) Si
- b) No

40. ¿NACIO UN SOLO BEBÉ?

- a) Sí
- b) No

41. ¿TUVO ALGUN TUMOR EN SU UTERO?

- a) Sí
- b) No

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 13.2 APENDICE

### 13.2.1 GLOSARIO

#### ABORTO:

Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 gramos de peso o hasta 20 semanas de gestación.

#### CESAREA:

Es la intervención quirúrgica que permite la salida o nacimiento de un feto mediante una incisión abdominal. Por indicaciones en alteraciones fetales o maternas. De no ser por esta vía pone en riesgo la vida de la madre y del bebe.

#### EL CONTROL PRENATAL:

Esta dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

#### CONSULTAS PRENATALES:

1ra. consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

#### DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMOINSERTA

Es la separación parcial o total de la placenta normalmente inserta cuando el feto aún se encuentra in utero, y ocurre a partir

#### DISTOCIA:

Anormalidad en el mecanismo del parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

#### EMBARAZO DE ALTO RIESGO:

Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

**EMBARAZO MULTIPLE:**

Gestación de dos o más productos dentro del útero.

**EMBARAZO PROLONGADO:**

Es el que dura más de 42 semanas de gestación, o bien 294 días en adelante.

**ERITROBLASTOSIS:**

Enfermedad fetal producida por la incompatibilidad sanguínea de la madre y el feto que produce una destrucción de glóbulos rojos fetales. Para que suceda debe existir previamente una sensibilización materna que se la ha producido por un contacto con sangre de con Rh positivo, siendo la madre negativo.

Se recomienda aplicar a las madres Rho (D) negativas, con producto Rho positivo, la globulina inmune anti-Rho preferentemente dentro de las primeras 72 horas siguientes al parto, aborto, cesárea, amniocentesis o cualquier otro evento obstétrico invasivo capaz de ocasionar hemorragia fetomaterna y que pueda condicionar en la madre inmunización al antígeno "D" que estuviese en la superficie de los glóbulos rojos del producto.

**METODO DE APGAR**

Se valorará al recién nacido de acuerdo con el método de Apgar al minuto y los cinco minutos. La valoración a los cinco minutos dará la calificación del estado de salud del recién nacido. De acuerdo con los hallazgos obtenidos se clasificará de la siguiente manera:

- a. Sin depresión: 7 a 10 puntos
- b. Depresión moderada: 4 a 6 puntos
- c. Depresión severa: 3 puntos o menos.

Al recién nacido con calificación de Apgar de 7 o más se considera normal.

El recién nacido con calificación de 6 o menos amerita la atención a nivel hospitalario

**MORTINATO O NACIDO MUERTO:**

Se trata de un producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno no respira, ni manifiesta otro signo de vida tales como latidos cardíacos o funiculares o movimientos definidos de músculos voluntarios.

## MORTALIDAD MATERNA

Es el número de mujeres que fallecen durante el proceso grávido puerperal, desde que el embarazo principia hasta la sexta semana después del parto.

## MUERTE PERINATAL

Comprende las muertes prenatales desde las 21 semanas y neonatales hasta los 28 días de nacimiento.

## MUERTE NEONATAL

Es la muerte del producto desde el momento de nacimiento hasta que cumple 28 días.

## NACIMIENTO:

Expulsión completa o extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 21 o más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

## NEONATO DE ALTO RIESGO:

Es aquél que puede presentar un impedimento físico, intelectual social o de personalidad lo cual puede dificultar el crecimiento y el desarrollo normal y la capacidad de aprender, como consecuencia de sucesos perinatales y de influencia hereditarias o ambientales que actúan por separado o en conjunto.

## PARTOS ATENDIDOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE NORMALIDAD:

Eutócicos  
Distócicos

## PARTO PRETÉRMINO:

Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

## PARTO CON PRODUCTO PREMATURO:

Expulsión del producto del organismo materno de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación.

**PARTO CON PRODUCTO A TÉRMINO:**

Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

**PARTO CON PRODUCTO A POSTÉRMINO:**

Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

**PARTOS DISTÓCICOS SEGÚN VÍA DE RESOLUCIÓN:**

vaginal  
abdominal

**PRETÉRMINO:**

inmaduro de 21 - 27 semanas

**PREMATURO:**

de 28 - 37 semanaa

**POSTÉRMINO:**

posmaduro de 42 o más semanas

**TÉRMINO:**

maduro de 37 - 41 semanas

**RECIÉN NACIDO:**

Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

**RECIÉN NACIDO INMADURO:**

Producto de la concepción de 21 semanas a 27 semanas de gestación o de 500 gramos a menos de 1,000 gramos;

**RECIÉN NACIDO A TÉRMINO:**

Producto de la concepción de 37 semanas a 41 semanas de gestación, equivalente a un producto de 2,500 gramos o más;

**RECIÉN NACIDO PREMATURO:**

Producto de la concepción de 28 semanas a 37 semanas de gestación, que equivale a un producto de 1,000 gramos a menos de 2,500 gramos;

**RECIÉN NACIDO VIVO:**

Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 21 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios, latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

**RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO:**

Producto de la concepción de 28 semanas a menos de 37 semanas de gestación;

**RECIÉN NACIDO POSTÉRMINO:**

Producto de la concepción de 42 semanas o más de gestación;

**RECIÉN NACIDO CON BAJO PESO:**

Producto de la concepción con peso corporal al nacimiento menor de 2,500 gramos, independientemente de su edad gestacional;