



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"ANÁLISIS DESCRIPTIVO EN LA ATENCIÓN PRE Y POST NATAL EN DOS
INSTITUCIONES DE SALUD"

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A:
IVONNE ESTELA MARTÍNEZ VÁSQUEZ



DIRECTORA DE TESIS:
LIC. SILVIA FLORES SANDOVAL

MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

Dedico esta tesis a mi papá, a mi mamá,
a mi abuela María , a mis hermanas y
hermano, a mi sobrina Ximena
y a mi tío Alberto por
apoyarme y darme momentos de felicidad.

Agradecimientos

A mis amigas por ser parte importante en mi vida
Angeles Trujillo, Sandra Meza, Karina Tlatelpa, Nancy, Amalia y Eloisa

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme esta gran
oportunidad

Y a todas las personas que me brindaron su compañía, apoyo y
comprensión.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1. CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL EN MÉXICO.	3
1.1 Aspecto Político	3
1.2 Aspecto Económico	5
1.3 Aspecto Social	7
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Mujer y Salud	13
2.3 Cuidados previos al Embarazo	15
2.4 Cuidados Prenatales	17
2.5 Cuidados Prenatales en Casa	21
2.6 Nutrición	23
2.7 Cuidados Subsecuentes	26
2.8 Control Post-Natal	27
2.9 Referencia del Hospital Público y del Privado	28
CAPITULO 3. PATOLOGÍA DE LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN Y DEL RECIÉN NACIDO	32
3.1 Factores de Riesgo para la Madre	33
3.2 Factores de Riesgo para el Recién Nacido	43
CAPITULO 4. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.	46

CAPÍTULO 5.	52
INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS FACTORES DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA SALUD PRENATAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y HOSPITAL PRIVADO	
5.1 Planteamiento del Problema	52
5.2 Justificación	54
5.3 Objetivos	57
5.4 Hipótesis	57
5.5 Conceptualización de Variables	58
5.6 Universo	59
5.7 Formas de Medición	59
CAPÍTULO 6.	61
RESULTADOS	
6.1 Hospital Público	61
6.2 Hospital Privado	84
CONCLUSIONES	100
PROYECTO: CUIDADOS PREVIOS EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA MUJER GESTANTE.	108
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXO	120

INTRODUCCIÓN

En los últimos años los cambios políticos, económicos, culturales y sociales que se han venido suscitando en el país por la implementación de las políticas neoliberales, han tenido importante influencia en el papel de la mujer, lo cual trasciende las expectativas sociales y culturales, así como en los sectores educativo, laboral, jurídico y hasta en el mismo hogar, aumentando así su autoestima. Lo anterior permite que la mujer tenga un control de la natalidad y en consecuencia se debe considerar los cuidados durante y después del embarazo así como el seguimiento del desarrollo del recién nacido.

En la actualidad todavía existe en la población femenina una falta de control sobre su sexualidad, reproducción y su cuerpo dando como resultado una carencia de conocimiento sobre el embarazo; dado que aún existen tabúes, costumbres religiosas y tradiciones. Lo anterior ocasiona embarazos en adolescentes y en mujeres de edad avanzada, partos prematuros, periodos cortos de un embarazo a otro, desequilibrio emocional, mala nutrición, etc., lo anterior trae una repercusión en la morbimortalidad infantil.

La ley general de salud menciona que los servicios médicos deben otorgarse a la población de manera universal y gratuita, de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Las actividades principales de la atención médica son preventivas, curativas y de rehabilitación; dentro del contexto del trabajo que se presenta, se abordaran las dos primeras teniendo como prioridad la atención materno infantil.

La mortalidad perinatal (feto - neonatal) está condicionada por problemas de salud de la mujer en edad reproductiva, educación, cuidado prenatal y situación económica. Es por eso que se debe contar con un historial clínico que permita conocer los antecedentes de la mujer así como un historial socioeconómico, los cuales darán una panorámica de la situación actual y por lo tanto su valoración permitiendo así una oportuna intervención y determinar posibles factores de riesgo en el embarazo

Uno de los factores que inciden en un buen control prenatal es el económico ya que depende mucho el ingreso con que cuenta la familia y sus posibilidades de atenderse adecuadamente en un hospital público o privado, por el contrario, al no contar con un sustento económico la mujer no podrá ir a consultas y mucho menos comprar algún medicamento o tratamiento, la mayoría de la población se encuentra.

Aunado a lo anterior se debe mencionar el lugar de residencia ya que a veces no existen centros de salud en algunos sitios lo cual interfiere en el seguimiento del embarazo así como en su desarrollo.

Otro punto es la falta de compromiso por parte de las instituciones de salud en facilitar una buena calidad de servicios ya que en su mayoría no presta atención a casos urgentes. Lo anterior puede ser por falta de personal médico capaz de atender a una paciente, así como de recursos materiales, humanos, medicamentos y falta de espacio.

CAPITULO 1. CONTEXTO ECONÓMICO, POLÍTICO Y SOCIAL EN MÉXICO.

1.1. Aspecto político

Hoy en día México ha perneado en un proceso de intolerancia e incertidumbre política, debido a los errores que se han suscitado en nuestro gobierno desde hace mucho tiempo y que se han perpetuado a la fecha con el sexenio actual, en que nunca se ha dado un proceso de reformas gubernamentales a partir de los cuales se elaboren y aprueben convenios equitativos para el desarrollo de toda la población, en especial de protección para aquellos con menos oportunidades.

El Estado designa un cierto número de instituciones particulares, que en su conjunto, constituyen su realidad y ejercen influencia unas en otras en calidad de partes de aquello a lo que podemos llamar sistema de Estado; el gobierno es el que habla en nombre del Estado. En todas las partes y sus elementos, el sistema estatal ha conservado un carácter de clase superior y media alta, teniendo como núcleo un elemento aristócrata en el cual se centra el poder que determina el Estado de Derecho, el cual se ha manipulado de acuerdo a los intereses políticos de este grupo social, y que da como resultado un desequilibrio en las instituciones políticas que tienen a su cargo el buen funcionamiento en las estructuras sociales y económicas, con lo que la legalidad se ve cada vez menos favorecida para la mayoría de los ciudadanos y en beneficio de esta población minoritaria.

Muestra fehaciente de la inequidad en el poder y recursos, es la ingobernabilidad e incertidumbre que en los últimos años se ha

acrecentado, además de la falta de compromiso por parte del poder gubernamental para atender las necesidades sociales básicas, y que se va agravando por la profunda división e inconsistencia de la clase política y que también se manifiesta con el uso de la violencia asociado a todo movimiento popular y religioso que no comparta los mismos intereses.

Algunos acontecimientos significativos que nos permiten apreciar lo mencionado, son: el último proceso electoral presidencial, el escenario de las fronteras en relación a la situación con los inmigrantes tanto al norte de la República Mexicana con los Estados Unidos de Norteamérica como en el sur con Belice y Guatemala, el conflicto con los cárteles del narcotráfico y los acontecimientos políticos relacionados con situaciones de corrupción, que intensifican la problemática nacional en todas sus esferas.

Un problema cada vez más notorio es la escasa credibilidad en el sistema "democrático mexicano", que además de ser conocido como entre los más caros del mundo (sueldos y prestaciones de funcionarios públicos y burócratas, enormes montos financieros otorgados para fines de procesos electorales), también se reconoce a nivel mundial su baja eficiencia y calidad, lo que ha desprestigiado su imagen ante la sociedad, cuyo nivel de participación ciudadana es escasa y falseada en el ambiente político, como consecuencia, tanto los partidos políticos como las instituciones gubernamentales, enfrentan una real crisis de representatividad y credibilidad.

Por lo consiguiente se debe dar una reforma en las estructuras políticas, sociales y económicas del país estableciendo un nuevo sistema democrático, en donde no solamente las voces del pueblo sino también la de los gobernadores tengan un espacio para dialogar y confrontar ideas,

éstas decisiones tendrán como consecuencia un impacto en un nuevo régimen legislativo en donde se mantenga la libertad de expresión sin dañar a terceros; es decir, mantener la razón y no conservar posturas dictatoriales, egocéntricas y autoritarias. Por lo que es necesario que todos los actores políticos y sociales empiecen a desarrollar alternativas que transformen a las estructuras institucionales para lo cual se debe abordar en primera instancia las actividades y actitudes de la población en el campo de la política para desempeñar cargos civiles y como se debe enfrentar a una falta de compromiso por parte de la ciudadanía y de los gobernantes.

Es por eso que la educación cívica se debe iniciar en los niños para dar pauta a una concientización y por lo tanto crear ciudadanos que desarrollen y emprendan programas y proyectos sociales que atiendan realmente las necesidades de las comunidades haciendo énfasis en programas de salud preventivos, ligado a lo anterior se debe establecer un presupuesto equitativo para instituciones de salud lo cual dará como resultado una mayor atención a los usuarios sin que se tenga problemas de deficiencia en equipo y medicamentos, así como de personal, siendo esto un punto primordial para el cuidado prenatal ya que se disminuiría la mortalidad materna y a su vez la neonatal.

1.2 Aspecto económico.

En la actualidad todavía existen rezagos económicos que afectan el desarrollo de algunas regiones del país por no tener suficientes fuentes de trabajo que proporcionen una estabilidad en las familias y además esto se presenta como obstáculo para un buen desempeño de los gobernantes; es así que varios mexicanos viajan a los Estados Unidos de Norteamérica

para disminuir la problemática de pobreza que tienen en su familia y comunidad.

Como dato relevante durante el sexenio del presidente Fox se tuvo una estabilidad económica debido a las remesas que mandan los trabajadores mexicanos del exterior, las cuales fueron de 80 mil 200 millones de dólares al país durante este sexenio (Banco de México), esto significó un promedio mensual en las operaciones un incremento de 2.4 millones en el número de remesas enviadas a diferencia de 1.3 millones del sexenio anterior. Ante la situación de rezagos en fuentes de trabajo se observó que en la población económicamente activa (PEA) en el país, la tasa de desocupación nacional en julio de 2006 fue de 3.95%, es decir, su mayor nivel durante el año¹.

Asimismo el 96.05% de la PEA estuvo ocupada, de la cual 39.8% se concentró en los servicios, 19.7% en el comercio y en la industria manufacturera laboró 16.8%². Para tener una visión de lo mencionado anteriormente los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2000 en el primer semestre tenía 12.6 millones de asegurados en donde 10.7 millones eran empleados permanentes mientras 1.7 millones eran eventuales, para 2006 tiene 13.5 millones en donde 11.2 millones son permanentes y 2.3 eventuales, por consiguiente de los poco más de 7.5 millones de empleos formales promedio, el gobierno fue capaz de generar 1.1 millones; así cerca de 5 millones de la PEA del país, emigraron o fueron a engrosar la economía informal o son francos desempleados actualmente.³

¹ Márquez Ayala, David; México; *Evaluación de un sexenio*; la Jornada; México; 2006; P.30

² Ibid, P. 30

³ Ibid, P.30 .

Por lo tanto la situación económica que prevalece en el país no ha tenido el impacto suficiente para tener una sustentabilidad y así poder disminuir las necesidades sociales como la alimentación, educación, servicios de salud eficientes, vivienda y salarios lo cual permitiría enfrentar estas y otras desigualdades por lo que es necesario que el gobierno federal como estatal inicien reformas laborales para que se originen fuentes de trabajo a través de empresas que permitan la contratación formal y permanente de mano de obra mexicana, además de tener prestaciones laborales que permitan un ingreso salarial de acuerdo a la inflación; y por lo tanto acceder a un mejor servicio de salud dando como resultado una mejor calidad de vida.

1.3 Aspecto social.

Al término del sexenio 2001 – 2006 se hace evidente el distanciamiento entre las promesas y los logros, ya que la popularidad del presidente Fox sufrió una decaída enorme aunada a la ausencia de tacto político y sensibilidad social de algunos de sus colaboradores por lo que la sociedad empezó a dar a conocer sus inconformidades, dando como resultado una incertidumbre social, ya que la falta de voluntad y compromiso por parte del gobierno creó un distanciamiento en la clase política, así como un desequilibrio en las estructuras institucionales, por lo que es de suma importancia crear nuevas opciones de credibilidad y veracidad ante esta falta de apoyo gubernamental.

Un aspecto relevante de lo anterior es la problemática que siempre se suscita en la Cámara de Diputados y Senadores con respecto a la partida presupuestal para los sectores de salud, educativo y social, esto ha tenido una repercusión en la deficiencia de los servicios que otorgan las

instituciones de salud y educativo. Aunque existen programas sociales éstos no son suficientes para la mayoría de la población siendo en ocasiones programas que solamente sirven para conservar tranquilos a ciertos sectores con apoyos federales y estatales que les otorguen.

Por lo tanto la política social no ha sido suficiente ni lo será mientras sea controlada por los modelos económicos establecidos, dando como resultado un despojo de los recursos naturales y financieros; por lo que el aspecto económico y social deben trabajar en conjunto y desarrollar un plan el cual no caduque cada sexenio, en donde se propicie una equidad y condiciones de igualdad social obligando al gobierno y actores principales a formular una reestructuración de acuerdo a los alcances tanto tecnológicos, económicos, políticos y sociales del país.

Es por ello que la sociedad civil debe iniciar proyectos que emanen de todas las comunidades para tener un rango diverso y además la participación de todos los actores sociales para la elaboración de los mismo accediendo a todas las propuestas e ideas que lleguen. También es importante considerar la cultura de cada comunidad ya que de ello depende la inserción de programas sociales y no afectar su modo de vida.

Aunado a lo anterior se deben establecer programas de educación ambiental ya que en ciertas comunidades existen problemas que afectan la salud de los habitantes y por lo tanto el incremento de enfermedades infecciosas, tienden a desarrollarse con mayor facilidad; ante esta panorámica es de vital importancia proponer y fomentar programas preventivos que permitan una disminución de factores de riesgo para toda la población y así responder ante las necesidades sociales que aquejan a dicha comunidad.

Es de suma importancia que todos los actores políticos y sociales deben dar alternativas para la solución a diversos problemas que conllevan a un deficiente nivel de vida por lo que es necesario plantear propuestas que modifiquen los hábitos de salud los cuales van aunados a una educación ambiental y cívica para desarrollar a ciudadanos responsables y conscientes en cada comunidad.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.

A continuación se mencionaran aspectos de cómo ha venido evolucionando el cuidado para mujeres embarazadas en el país. En la época prehispánica, la medicina que se practicaba estaba enclavada en el plano sobrenatural con toda su fuerza, la enfermedad era sanción divina o expresión distinguida, posteriormente fue considerada dentro de una cultura diferente y con prejuicios como simple y horroroso conjunto de supersticiones, ejemplo: deseos hostiles a otras personas ejecutadas por medio de hechizos, malos vientos, mal de ojo, otra referencia es la astrología, la cual se fundamentaba en el calendario diagnóstico de la enfermedad y su curación¹. Las parteras (tlamatiquiticitl) adquirían sus conocimientos a través de sus madres y bajo su tutela comenzaban a ejercer por lo que su actividad fue siendo cada vez más reconocida.

Con respecto a la atención que se le daba a la mujer que se embarazaba era de especial cuidado por parte de ambas familias así como la práctica de ciertas ceremonias religiosas. Con respecto a las prácticas nahuas la presentación de la mujer preñada se hacía ante un grupo de oradores, al final de la ceremonia, la partera mencionaba los mandamientos o consejos que se deberían de seguir, por ejemplo, que no se calentara mucho la preñada al fuego, ni la barriga ni las espaldas, ni tampoco al sol para que no se tostase la criatura, que no se enojara o

¹ Septien José Manuel; *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*; Ed. Ciencia y Cultura; México; 1986; P. 50

apenara, ni se asustara o se expusiera a recibir a alguna impresión fuerte, puesto que con todo ello corría el peligro de abortar. Cercano el tiempo de parto prohibían todo acto carnal, para que aquel no se dificultara y también para que el feto no viera aquello y después de nacido lo narrara. La mujer embarazada concretaba sus consejos y preceptos encargando una buena alimentación reposo físico, moral y mucha moderación en los trabajos manuales (Fray Bernardino de Sahún citado en Historia de la ginecología y la obstetricia en México, P. 50)

En los tres últimos meses la partera recomendaba cierto número de baños de vapor en el temazcalli, el cual tenia un mayor uso medicinal que higiénico, tanto en la preñez y puerperio. Una de las prácticas más utilizadas por las parteras es la palpitación de vientre para arreglar el feto si estaba mal colocado.

En la época colonial, en Europa el auge de los avances en la medicina dio una aportación fructífera en el estudio del ser humano ya que esta se mantenía en un sistema escolástico y por lo tanto al individuo se le veía como algo sagrado. El pensamiento renacentista permitió reconocer al individuo desde una perspectiva anatómica y las enfermedades fueron atribuidas a causas naturales. Lo anterior permitió que algunas disciplinas empezaran a enfocarse en sus estudios, permitiendo avances en la medicina, por lo que la ginecología y la obstetricia le dieran una mayor importancia a la mujer en su estado gestacional y el parto.

Ahora bien esta apertura de la medicina fue puesta en práctica en la Nueva España por los médicos ibéricos la cual tuvo algunos limitantes. Pero en el transcurso de los siglos XVII y XVIII tuvieron una decadencia,

reflejándose de la situación que se vivía en el imperio. Otro factor que impidió la proliferación de los avances médicos fueron los cambios en los sistemas médicos por tener una ideología dogmática-científica. En la época colonial hubo tres tipos de medicina la española universitaria, la indígena tradicional y la mestiza popular, teniendo cada una su clientela, escenario y saber médico.

La limitante de textos avanzados en gineco obstetricia en la Nueva España dio como resultado una decadencia en la práctica. Los procedimientos obstétricos utilizados en el tiempo de la colonia no fueron muy diferentes a los de precortesiana, en virtud de que no se produjeron cambios trascendentes en el transcurso de tres siglos². En esta época se establecieron los primeros hospitales en donde se atendían a los enfermos (pobres, indios, españoles).

En la época independiente, después del obsoleto avance de la medicina en México, la época contemporánea se dio un gran paso en los avances científicos. Lo anterior se reflejó en la creación de un "establecimiento de ciencias medicas" en donde se impartía la materia de obstetricia. En 1833 se crea el "Establecimiento de Ciencias Médicas" dependiente de la Dirección General de Instrucción Pública, con ello, por un lado, desaparece por completo la organización médica heredada del Virreinato y, por otro, se fusionan las carreras de médico y cirujano con un programa de estudios más completo.

Finalmente, tras largos años de vicisitudes, en 1854 se funda la "Escuela Nacional de Medicina" dependiente del Ministerio de Instrucción Pública y adquiere, en forma definitiva, el edificio que sirviera de sede al Tribunal del Santo Oficio. A partir de esta fecha y teniendo

²Ibid, P. 106.

como escenario el Antiguo Palacio de la Inquisición, se suceden más cambios en la medicina, es decir, aparece el internado e ingresan, aproximadamente doscientos alumnos cifra que se incrementó año tras año.

En 1869 se fundó el Lazareto de Churubusco en donde se atendían a militares con enfermedades infecciosas transmisibles. Asimismo, el antiguo Hospital de San Juan de Dios se transformó en el Hospital de la Mujer dedicado exclusivamente a la ginecología.

2.2. Mujer y Salud.

La salud es causa y efecto del desarrollo del país; no sólo a través de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias sin hacer de lado la presencia de factores relacionados con los niveles generales de bienestar económico y social³.

En un ámbito de desigualdad social, no todas las personas cuentan con la posibilidad de recibir atención médica para mantener un buen estado de salud, aun cuando éste, es un derecho constitucional para todos los mexicanos⁴. Por lo que la finalidad de tener una educación para la salud es reducir y eliminar el miedo o ansiedad que se tiene a las instituciones de salud, adoptar hábitos saludables, aceptar la medicina preventiva, conocer a las instituciones de salud para utilizarlas oportunamente y por último cambiar la situación ambiental que prevalece en la comunidad. Es así que la procuración del bienestar en la salud, esta

³ Mallen G.A.; *Morbilidad, programa nacional Mujer, salud y desarrollo*; Siglo XXI; México; 1984; P.334

⁴ FUNSALUD; *Perfiles de la salud hacia el año 200*; México; 1998; P.17-19

influenciada por varios factores, ante esta situación se deben iniciar diversas actividades que accedan a la participación de la sociedad, para lo cual es necesario conocer el tipo de población que asiste con mayor frecuencia.

Como dato relevante se encontró, que quienes utilizan con mayor frecuencia los servicios médicos, suelen ser las mujeres, lo que se debe sin duda a la necesidad de atención médica relacionada con las etapas de reproducción, es decir con el control prenatal, el parto y el puerperio⁵. A pesar de esta demanda, existe una falta de atención médica oportuna y su accesibilidad a los servicios, el cual se ve reflejado, por un lado en la tasa de mortalidad infantil, ya que en el 2006 el índice era de 18.1 por cada 1000 niños nacidos⁶, esta situación puede ser prevenible mediante una adecuada atención a las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio donde el control prenatal es un factor determinante.⁷ Por lo tanto es necesario que se enfatice en la mujer, la promoción y mejoramiento de su salud.

Considerando que las mujeres tengan a la mano la información, ésta se ve a veces afectada, por la falta de responsabilidad, largas jornadas de trabajo, la falta de recursos económicos, la distancia de centros de salud, entre otros. Por lo que es necesario que el Estado apoye a ciertos sectores a través de programas específicos para cada población logrando así una mejor cobertura de los servicios de salud.

Es así que la responsabilidad de la salud y del bienestar familiar sigue en manos de las mujeres, lo anterior se debe empezar con un cambio en la

⁵ Op.cit.; P.23

⁶ <http://www.inegi.gob.mx>

⁷ López A. D.; *La salud desigual en México*; Siglo XXI; México; 1987; P.95-101

actitud, a través de la reflexión sobre la responsabilidad de promover condiciones de un mejoramiento en la salud materno - infantil. Esta promoción se debe iniciar desde el hogar ya que es en donde se tienen los primeros aprendizajes de hábitos higiénicos, seguido de las instituciones de salud para lo cual se deben fortalecer los lazos entre los diferentes ámbitos institucionales como el educativo y de salud.

Un punto relevante es el estudiar los factores culturales que prevalecen en las comunidades para el tratamiento de la salud materno - infantil, esto permitirá tener una panorámica más amplia de los usos y costumbres, estableciendo las actividades higiénicas a seguir, procurando no tener un impacto negativo para los pobladores.

2.3. Cuidados previos al embarazo.

Los cuidados previos a la concepción están encaminados a lograr que la pareja este en optimas condiciones para su reproducción futura y así disminuir los posibles factores nocivos a través de una revisión diagnóstica minuciosa, la prescripción de un tratamiento apropiado e información educativa, estableciendo así posibles factores de riesgo para la pareja y su reproducción ya que enfermedades de transmisión sexual, cáncer, entre otras, afectan al desarrollo del producto. Por lo tanto es indispensable hacerse un examen preconcepcional.

Lo anterior permite resaltar en el proceso de la concepción, los cuidados previos que debe tener la mujer para elegir el momento preciso para embarazarse.

Sin embargo el embarazarse contempla varios factores entre los cuales se encuentra la edad, por lo que la edad óptima para el embarazo se encuentra entre los 20 y los 35 años, ya que si la madre es adolescente tendrá a menudo inmadurez emocional, sino es que física, al igual que las demandas de la maternidad y las económicas produciendo una gran tensión en ella. Después de los 35 años pueden presentarse diversas dificultades, entre las principales, disminución de la fecundidad y aumento de las anomalías congénitas.

Con la finalidad de conocer con mayor precisión los puntos a tratar en una cita previa en cualquier institución de salud sea pública o privada, a continuación se mencionarán algunos:⁸

- Programación del embarazo.- Este dependerá de diversos factores (emocionales, físicos, situación económica entre otros) ya que la pareja debe estar en un ambiente tranquilo y seguro.
- Revisión diagnóstica.- Se hará un cuestionario específico de los antecedentes de salud de la mujer y de la pareja.
- Edad.- La edad es importante ya que durante el desarrollo del embarazo el producto puede tener alguna malformación genética por lo que la edad óptima para el embarazo se encuentra entre los 20 y los 35 años. Si se planea el momento óptimo para el embarazo, el control de la natalidad será un factor de importancia central.
- Antecedentes patológicos personales.- En este punto se podría hablar de dos cosas el primero de las mujeres que tienen problemas de fertilidad y el segundo las mujeres que han tenido complicaciones

⁸ Gant, Norman F. ; Op. Cit. ; P. 39

en embarazos previos. A continuación se mencionan algunos: aborto, partos prematuros, preeclampsia, diabetes gestacional, enfermedad depresiva, malformaciones congénitas, muerte perinatal, infecciones de transmisión sexual, inicio de la vida sexual activa, entre otros.

- Problemas no reproductivos.- Son los trastornos que puede tener la madre y su deterioro que produce la tensión del embarazo.
- Educación.- Es de suma importancia que el embarazo debe planearse en el momento apropiado, es decir, cuando la mujer como el hombre tengan una madurez física y emocional, ya que existen casos en donde hay abuso físico o mental en la mujer, lo cual requiere de asesoría especial. Asimismo lo anterior tendrá una repercusión en el desarrollo del feto.

Es así que el papel del trabajador social debe tener un gran significado, aportando diversas estrategias a la comunidad para que las mujeres tengan la información suficiente sobre los factores de riesgo que se tiene en el embarazo y también tener contacto directo con esta población para saber los puntos con mayor prioridad para este sector.

2.4. Cuidados prenatales.

El objetivo de los cuidados prenatales consiste en asegurar que todo embarazo deseado culmine en el parto de un lactante sano sin que haya

deterioro en la salud de la madre⁹. Por lo que la duración media del embarazo (por medio de la última fecha de menstruación FUM) se calcula desde el primer día del último periodo menstrual normal, dando como aproximación 280 días o 40 semanas.

Para obtener los datos precisos se hará un examen inicial extenso a la embarazada, en donde se definirá: el estado de salud de la madre y del feto, así como la determinación de la edad gestacional del producto, iniciar un plan de cuidados obstétricos continuos considerando el estado de salud de madre e hijo así como el plan de cuidados subsecuentes el cual puede variar de acuerdo al desarrollo del embarazo.

La atención que se le dé a la mujer embarazada dependerá de cada institución de salud (pública o privada) al igual que su cobertura. Como primer paso es tener una primera consulta; en donde algunas de las particularidades de referencia son:

Historia clínica.

Esta se debe hacer en un ambiente tranquilo y privado teniendo como puntos de observación:

Información general de la paciente: nombre, domicilio, fecha de nacimiento, ocupación, familiares cercanos y religión.

Familia: trastornos hereditarios a la paciente, al lactante, o ambos.

⁹ Gant, Norman F. y Gary Cunningham F.; *Manual de Ginecoobstetricia*; Ed. Manual Moderno; México; 1995; P. 415.

Datos médicos: se deberá registrar todos los trastornos, por ejemplo: alergias, enfermedades cardíacas, hipertensión, enfermedades renales, trastornos del sistema nervioso central, psicosis, enfermedades gastrointestinales o metabólicas, trastornos sanguíneos y rubéola, y medicamentos que este tomando actualmente.

Datos quirúrgicos: en particular los abdominales y/o pélvicos, cardíacas y lesiones traumáticas experimentadas.

Datos sociales: integración familiar, condiciones de vida, importante preguntar si existe alguna adicción de drogas.

Aspectos ginecológicos: antecedentes de enfermedades venéreas, citología anormal, infertilidad y cirugías ginecológicas.

Aspectos obstétricos: anotar los embarazos previos (recién nacidos vivos y muertos) el año, duración de la gestación, duración del trabajo de parto, naturaleza del parto y su resultado, sexo y peso del recién nacido, complicaciones durante el embarazo, el trabajo de parto y el puerperio.

Antecedentes del embarazo actual: fecha última de la menstruación, fecha de los primeros movimientos del feto, regularidad del ciclo menstrual, empleo de anticonceptivos orales, problemas sociales, valoración de la dieta.

Exploración física. Tiene como finalidad detectar anomalías o lesiones. Se debe tomar en cuenta el grado de tensión, estado psíquico general, condición física, postura y relación entre peso y estatura. En esta exploración se pondrá un mayor énfasis en los dientes, color de la piel, cuello, mamas, corazón, tórax, abdomen, extremidades, vulva y vagina.

Se insiste en la importancia del seguimiento de las consultas prenatales así como la necesidad de tener reposo, sueño y buena alimentación, así mismo se le dará a conocer los factores de riesgo que hacen daño al producto como a ella. Como dato relevante se debe sensibilizar a la madre sobre su salud en esta etapa.

Ahora bien cuando la embarazada no acude a tiempo a control prenatal por diversas circunstancias se le debe insistir en la importancia que tiene la oportuna intervención médica, ya que se pueden disminuir factores de riesgo en futuros embarazos. Es importante cumplir con el estándar de consultas subsecuentes que debe ser de por lo menos 5 consultas además de destacar la importancia de percibir a todas las embarazadas durante el primer trimestre de embarazo.

Otro punto relevante que entra también en esta sección es el sitio de parto (en el cual se atenderá la embarazada) siendo éste un centro hospitalario que cuente con el área de maternidad y de neonatología (Cuidados Intensivos e Intermedios).

Como resumen se puede decir que a la paciente se le debe de dar información sobre la dieta que debe seguir, relajación, sueño, hábitos intestinales, ejercicio, baño, ropa, recreación, tabaquismo, ingestión de drogas y alcohol así como las visitas de seguimiento. Al mismo tiempo se le informa sobre los signos y síntomas de alarma que podrían poner en riesgo el desarrollo del embarazo.

Un punto que se debe resaltar en el rubro de la primera consulta al hacer la historia clínica, es cuando el trabajador social, entrevista a la paciente para interrogarla sobre su situación económica y social (estudio

socioeconómico); para lo cual debe tener las herramientas necesarias para cualquier situación que se le presente, ya que a veces las pacientes no dan correctamente sus datos, no hablan español, no conciben las ideas o explicaciones que a veces da el trabajador social y por lo tanto no hacen los requerimientos que necesitan para el procedimiento de ingreso a la institución.

Aunque a veces la actividad del trabajador social en un nosocomio caiga en la monotonía debe empezar a cambiar la percepción de éste apoyándose en cursos para renovar sus funciones y actividades y no solamente se dedique a llenar cuestionarios que a veces son obsoletos.

2.5. Cuidados prenatales en casa.

Los cuidados que debe tener una embarazada no solamente se limitan en un hospital o clínica sino también estos se llevan a cabo en el hogar ya que es ahí en donde la mujer pasa el mayor tiempo por lo tanto se le ofrece a la embarazada seguir algunas recomendaciones que le puedan ayudar a tener un estilo de vida saludable. A continuación se mencionan algunos:

Baño: es recomendable que se haga diario.

Vida sexual activa: se debe evitar durante el primer y último trimestre porque puede ocasionar contracciones uterinas, desprendimiento de placenta, infección.

Actividad laboral: este dependerá en gran medida de las actividades que realice la embarazada teniendo en cuenta el esfuerzo físico, sobre todo esto se debe considerar en las tareas del hogar sin llegar a la fatiga. Hay que proporcionar periodos adecuados de reposo durante el trabajo.

Viajes: si el trayecto es largo lo más recomendable es que la embarazada se pare a caminar cada dos horas. Si el embarazo es de alto riesgo se recomienda no viajar por los posibles problemas que conllevaría como un parto prematuro, hemorragia transvaginal.

Reposo y sueño: los lapsos de reposo ayudan sobre todo en la circulación y también en la comunicación con el producto. En la segunda mitad del embarazo el sueño es vital ya que se incrementa las demandas metabólicas del cuerpo

Vestido: lo recomendable es utilizar un "brassier" ajustado y ropa cómoda de maternidad, así como una faja de maternidad para algunas mujeres, usar zapatos de tacón bajo.

Tabaquismo: lo recomendable para la embarazada es no fumar ni estar cerca de personas que fumen esto dependerá del conocimiento que tenga sobre el riesgo que le causa a ella como al producto y también del número de fumadores que hay en el hogar.

Alcohol: aunque el consumo sea moderado o excesivo de esta sustancia, es perjudicial para el feto dando como resultado anomalías congénitas.

Cafeína: una o dos tazas de café al día pueden considerarse seguras.

Narcóticos y otras sustancias: la problemática que se tiene sobre la adicción de sustancias narcóticas, es un factor de gran riesgo dando como resultados complicaciones hacia el producto tanto físicas como del neurodesarrollo. Otro peligro con el cual se enfrenta el recién nacido es el ambiente en donde se llegue a desenvolverse.

Higiene dental: se debe tener una limpieza dental continua por lo que es necesario cepillarse después de cada alimento además se tiene que ir constantemente al dentista para la revisión bucal y evitar problemas dentales.

Durante el embarazo la mujer experimenta cambios emocionales, los cuales a veces tiene un impacto en la actitud que asume con respecto a la aceptación del nacimiento, es aquí en donde el apoyo del compañero o de la familia es de vital importancia.

2.6. Nutrición

La nutrición es una variable que va ligada a un buen desarrollo del embarazo, ya que es el equivalente al aumento de peso, por lo cual se recomienda de 10 a 12.5 kilogramos de peso durante la gravidez esta ganancia se debe a dos componentes principales: ¹⁰

1. Los productos de la concepción: feto, líquido amniótico y placenta

¹⁰ Ekhard E. Ziegler y L.J. Filer Jr.; *Conocimientos actuales sobre nutrición*; Séptima edición; Organización Panamericana de la Salud; 1998; P.412

2. El aumento de tejidos maternos con expansión del volumen sanguíneo y del líquido extracelular, crecimiento del útero y de las mamas e incremento de los depósitos maternos (tejido adiposo)

Una dieta adecuada se basa de acuerdo a los hábitos alimenticios considerando la situación económica de cada familia. También se le debe de informar sobre la importancia de ingerir suficiente agua.

Toda mujer embarazada debe recibir suplementación de ácido fólico (5 MG al día) para prevenir malformaciones congénitas en el producto y también de hierro (gluconato, sulfato o fumarato ferroso) cuando menos 30 MG esta cantidad se debe tomar una vez al día durante la última mitad del embarazo y mientras dure la lactancia para prevención de la anemia por déficit del mismo.

Durante la gestación y la lactancia se produce un aumento de las necesidades nutricionales, ya que han de cubrir el crecimiento y desarrollo del feto y el lactante, además de los cambios que experimenta la estructura y el metabolismo de la madre.

La ganancia escasa de peso se asocia a un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino y de la mortalidad perinatal; las ganancias elevadas se asocian con alto peso al nacer y secundariamente con mayor peligro de complicaciones relacionadas con la desproporción pélvica cefálica. En la actualidad se dispone de una amplia documentación epidemiológica que demuestra de manera convincente que la relación peso-altura de la madre antes del embarazo es un factor determinante del

crecimiento fetal de mayor importancia que la ganancia de peso durante el embarazo¹¹.

Cuando no se tiene un adecuado régimen alimenticio, se relacionan con los siguientes factores:

- Situación económica, en algunas familias tienen ingresos bajos,
- Adolescentes embarazadas, sus hábitos alimenticios a veces no son apropiados, por enfermedades como la anorexia y bulimia,
- Mujeres con gran paridad, peso bajo con respecto a la estatura, obesidad, trastornos psiquiátricos o médicos, por mencionar algunos.

Un punto importante que va ligado a una mala nutrición es la forma de preparar los alimentos, siendo, esto en la casa o en la calle.

Los efectos que se tiene cuando existe una deficiente nutrición en la mujer embarazada son: abortos, anemia, preeclampsia y eclampsia, infección, lactancia insuficiente. En el producto habría malformaciones, peso bajo al nacer, prematuridad, infecciones, alteraciones neurológicas, muerte perinatal, además trastornos en la función inmunológica.

¹¹Ekhard E. Ziegler y L.J. Filer Jr.; Op. Cit., P. 413



Figura 1. Pirámide Nutricional¹²

Como resumen todos los alimentos ayudan a un buen desarrollo del embarazo siempre y cuando se tenga una dieta equilibrada, pero a veces los excesos o deficiencias pueden provocar anomalías al producto, por lo tanto es necesario acudir con un especialista en nutrición, el cual dará la información necesaria para que la embarazada tenga una dieta adecuada de acuerdo a sus hábitos alimenticios y económicos.

2.7. Cuidados subsecuentes.

Teniendo en cuenta todos los cuidados previos y haber iniciado con las consultas se debe tener un seguimiento de éstas de acuerdo al progreso del embarazo, se podría decir que la mujer acude cada mes hasta las 28 semanas de gestación; después cada 15 días hasta las 36 semanas y por último una vez a la semana.

¹² Ibid.; P.687

La rutina que se hace es semejante a la primera consulta siempre y cuando algún procedimiento no afecte a la madre y al producto.

Sobre los exámenes de laboratorio, se harán los siguientes: de sífilis, BH, glucosa, diabetes gestacional, VIH, infecciones por chlamydia trachomatis. Por ultrasonido son: abertura del tubo neural, anomalías cromosómicas; entro otros.

Así mismo el trabajador social debe tener un seguimiento con la mujer embarazada para corroborar datos; como la situación conyugal, económica y familiar. Y por lo tanto, aconsejar o proporcionar información para situaciones extremas en donde se determine un abuso físico y psicológico. Así como también orientar a la embarazada cuando exista algún factor de riesgo que pueda exponer la vida de ella como del producto.

2.8. Control post – natal.

Después de tener un parto vaginal o cesárea, el hospital dará de alta a la madre entre el tercer o cuarto día post parto, dándole indicaciones sobre el cuidado que debe tener en su hogar y los motivos de consulta.

Como primer punto se aborda el tiempo de estancia en el hospital, éste se dará de acuerdo a los recursos con que cuente cada nosocomio, se da asesoría a la madre de cómo amamantar a su hijo, de métodos anticonceptivos, así como la vigilancia de su estado de salud, si el recién

nacido tuvo problemas al nacer también se le deben de dar los cuidados oportunos para su curación.

A la madre se le da una cita para revisión postnatal de cuatro a seis semanas después de dejar el hospital, debe llevarse a consulta también al recién nacido, sobre todo si se han observado alteraciones como nistagmo, marcas del nacimiento y hernia umbilical o inguinal. Se anota en cada consulta la evolución de la madre y el niño desde que dejaron el hospital, así como los informes de las consultas al personal de salud.

El puerperio es un período que abarca los primeros 60 días posteriores al parto, donde ocurren cambios anatómicos, funcionales y psicológicos que permite a la mujer reducir los cambios producidos durante el embarazo.

Durante la lactancia es necesario que la madre ponga al recién nacido al pecho, ya que la succión que realiza sobre el pezón, genera el estímulo necesario para que se produzca leche y salga por los conductos de la mama. Cuando se le este dando de mamar al recién nacido la madre debe estar tranquila, libre de estrés, tensiones y/o angustias.

2.9. Referencia del hospital público y del privado.

Hospital público.

Es de ramo público, se encuentra ubicado en el Distrito Federal, en la delegación Miguel Hidalgo (norte) colonia Santo Tomás, es un hospital de segundo nivel de atención ya que se identifica con los servicios de

consulta externa, hospitalización y urgencias. Es un hospital de referencia por lo que la población que atiende viene de otras instituciones de salud (centros de salud, particulares).

Unidad Administrativa.

A través del tiempo a sufrido transformaciones tanto en su nombre como en los servicios que proporciona. En 1966 se instala en el domicilio actual donde proporciona atención médica de especialidad en ginecología, obstetricia y oncología.

Especialidades.

Ginecología: displasias, esterilidad, climaterio.

Obstetricia: embarazo de alto riesgo.

Oncología: cáncer de mama, cáncer de matriz, tumores de ovario.

Horarios del servicio.

Consulta externa: lunes a viernes de 8:00 a 15:00

Urgencias: 24 horas los 365 días del año

Hospitalización: 24 horas los 365 días del año

Costo.

Mediante cuota de recuperación autorizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, previo estudio socioeconómico.

Como se puede observar el hospital no contempla el área de neonatología, esto no significa que no cuente con el área, los servicios que otorgan son:

- Atención neonatal inmediata al nacimiento,

- Atención neonatal en cuneros (Unidad de cuidados intensivos neonatales, Unidad de terapia intermedia)
- Clínica de lactancia materna.

Hospital privado.

Fue concebido como un concepto médico de avanzada, dirigido especialmente a la integración de la asistencia, la enseñanza y la investigación biomédica. Médica Sur es hoy, un complejo hospitalario con 120 mil metros cuadrados de construcción, donde se ubican 514 consultorios, 138 habitaciones y 26 suites, 17 unidades médicas, 9 clínicas y varios centros de especialidad para la atención de la salud.

El Departamento de Ginecoobstetricia esta capacitada para prevenir, diagnosticar y tratar en sus instalaciones cualquier tipo de padecimientos relacionados con la salud y enfermedad propia de la mujer, y realizar todos los procedimientos diagnósticos para garantizar un embarazo normal.

- Consulta infanto y de la adolescente.
- Planificación familiar.
- Asesoramiento Genético y consulta preconcepcional.
- Vigilancia del embarazo normal.
- Cuidado y atención del embarazo de alto riesgo.
- Medicina preventiva.
- Colposcopia. Clínica de mama.
- Padecimientos Ginecológicos benignos de Útero y ovarios

- Padecimientos Urológicos. Incontinencia Urinaria de esfuerzo y otras.
- Padecimientos Ginecológicos malignos. Útero y ovarios.
- Cirugía Laparoscópica.
- Infertilidad.
- Clínica de menopausia y climaterio.

En el área de neonatología cuentan con los siguientes servicios:

- Atención neonatal inmediata al nacimiento.
- Atención neonatal en cunero normal y terapias.
- Procedimientos quirúrgicos menores y mayores.
- Clínica de Lactancia Materna.

Como resumen del capítulo y considerando los puntos antes mencionados, es de suma importancia que en cualquier programa para la atención materno-infantil se debe contemplar a la comunidad para la protección y cuidado de la población infantil ante los posibles factores de riesgo que se enfrentan. Es así que la intervención del trabajador social es esencial en las diferentes etapas del desarrollo del embarazo para prevenir, informar, vigilar y planear actividades que ayuden a mejorar la calidad de vida.

CAPITULO 3. PATOLOGÍA DE LA MUJER DURANTE LA GESTACIÓN Y DEL RECIÉN NACIDO.

El concepto epidemiológico de “riesgo” implica la probabilidad que tiene un individuo (riesgo individual) de desarrollar una enfermedad determinada aun accidente o un cambio en su estado de salud en un periodo específico y en una comunidad dada (a condición de que no enferme o muera de otra causa en ese periodo). La naturaleza de los factores de riesgo es muy diversa: física, climática, química, biológico, psicológico, psicosocial, social, económico y cultural. Todos estos tipos de factores de riesgo se encuentran naturalmente o como productos artificiales de nuestro modo de producción, en la naturaleza y en el ambiente de vida social del hombre.¹

Llamamos “población en riesgo” a la población expuesta a un factor de riesgo determinado, o a varios factores al mismo tiempo, que puede o esta ligado a la producción de la enfermedad. Por lo tanto, se habla de un riesgo por la exposición que tiene la población hacia éste, considerándose una población expuesta.

Se define como embarazo de alto riesgo a la existencia de condiciones que se presentan antes o durante el período de gestación, y que hacen que exista en el embarazo actual una mayor probabilidad de problemas (de gravedad variable), tanto en la madre como en el producto.²

¹ Martín F., Herran San; *Epidemiología: Teoría, investigación, práctica*; Díaz de S.; Madrid; P.126

² *Ibid*; P.108.

El objetivo de los cuidados prenatales consiste en asegurar que todo embarazo deseado finalice en un parto sin ninguna complicación en la salud de la madre así como del recién nacido³. Por lo tanto el seguimiento debe ser controlado desde el principio de la gestación, además el médico debe tener en cuenta la historia clínica, un examen físico y de laboratorio (todos completos) para que no exista ningún error en la indicación que haga el especialista.

3.1. Factores de riesgo para la madre.

Durante la gestación la madre es susceptible a cualquier factor de riesgo por lo que es importante dar a conocer algunos de ellos, ya que esto proporcionará información indispensable para las madres. A continuación se mencionaran algunos:

- Embarazo de riesgos anteriores
- Tener menos de 15 años y más de 35 años (40 años)
- Embarazo múltiple
- Diabetes, presión arterial, epilepsia, enfermedades del corazón, pulmón e hígado.
- Enfermedades de transmisión sexual o infección
- Fuma, bebe alcohol o drogas
- Varias parejas sexuales
- No tener control prenatal
- Perdida de peso o aumento un poco de peso
- Hemorragias vaginales después del primer trimestre
- Presión arterial alta (preeclampsia)

³ Gant, Norman F y Gary Cunningham F.; *Manual de Gineco obstetricia*; Ed. Manual Moderno; México; 1995; P. 415.

Problemas de la placenta.

La formación de la placenta toma aproximadamente 20 semanas, desde el comienzo de la gestación hasta estar completamente conformada y funcional. Cuando el óvulo no se ubica correctamente en el útero y se localiza en el cuello uterino manteniéndose más allá del quinto mes de embarazo se denomina *placenta previa*, provocando sangrado genital por lo que el parto se resuelve a través de una operación cesárea.

Los riesgos que puede ocasionar tener placenta previa sería, la pérdida del embarazo en forma recurrente, un menor crecimiento del feto, presión arterial alta principalmente en el último trimestre del embarazo, o inicio de contracciones uterinas antes del término del embarazo (parto prematuro).

Parto prematuro.

Se presenta entre las 22 y 37 semanas de embarazo. Los recién nacidos antes de las 37 semanas de gestación aún no terminan su maduración de todos sus órganos por lo que tienen mayor probabilidad de adquirir alguna enfermedad.

A continuación se mostrará una tabla en donde se dan algunos factores que pueden predeterminar un parto prematuro.⁴

⁴ Germain A., Alfredo, Op. Cit., P. 115

MATERNOS

Pregestacionales:

- Edad (mayor riesgo en menores a 20 años y mayores de 40 años)
- Peso y talla bajos (menor de 45 Kg. y menor a 150 cm.)

Gestacionales:

- Antecedentes de parto prematuro
- Enfermedades sistémicas graves
- Falta de control prenatal
- Hábitos inadecuados
- Infecciones genitales
- Ingesta de drogas ilícitas
- Larga jornada laboral con esfuerzo físico exagerado
- Hemorragia genital antes de las 20 semanas
- Nivel socioeconómico bajo
- Trauma

FETALES

- Anomalías congénitas
- Embarazo múltiple
- Macrosomía fetal
- Muerte fetal

PLACENTARIOS

- Desprendimiento prematuro de placenta normalmente implantada
- Placenta previa
- Alteraciones del cordón umbilical

UTERINO

- Cuerpo extraño (Dispositivo intrauterino)
- Incompetencia cervical
- Malformaciones
- Miomas
- Sobredistensión
- Trauma cervical
- Conización cervical previa

Infección urinaria.

Cuando la infección se encuentra en la vejiga se habla de una cistitis, en donde se presentan molestias para orinar, así como ardor, el deseo frecuente de orinar, la sensación de deseo miccional a pesar de haber orinado y orina turbia o de mal olor. Ahora bien cuando la infección abarca los riñones se ocasiona la pielonefritis en donde se presenta fiebre y dolor lumbar.

En ambos casos el tratamiento se hace por medio de antibióticos durante el embarazo ya que se relaciona con un parto prematuro. También ayuda el ingerir abundantes líquidos, orinando con frecuencia y vaciando la vejiga siempre después de la vida conyugal.

Anemia.

Es un padecimiento de la sangre debido a la disminución del número de glóbulos rojos o de la cantidad de hemoglobina. La hemoglobina es la

sustancia de color rojo que se encuentra en los glóbulos rojos, o eritrocitos, que lleva el oxígeno a los tejidos corporales. Si la cantidad de hemoglobina es inferior a la normal, o si el número de eritrocitos es corto, los tejidos no reciben suficiente oxígeno. La anemia puede desarrollarse a consecuencia de pérdida de sangre o de falta de suficiente hierro en la dieta.

Restricción de crecimiento fetal.

Es cuando la placenta no proporciona adecuadamente oxígeno y nutrientes al feto, o la capacidad de éste para poder aprovecharlos. Entre los factores que pueden asociarse con la restricción del crecimiento fetal, están los trastornos hipertensivos del embarazo, hipertensión arterial crónica, parto prematuro, enfermedades infecciosas e inclusive algunas condiciones genéticas.

Considerando todos los elementos que tengan relación con la causa del problema, se decidirá su tratamiento, así como el momento adecuado para el parto.

Hipertensión.

La hipertensión arterial es una condición en que la sangre ejerce una mayor presión sobre las paredes de las arterias. Las causas por las que las embarazadas tienden a la hipertensión serían:

1. Predisposición genética a la hipertensión
2. Hipertensión previa
3. Hipertensión causada por el embarazo (preeclampsia)

4. Hipertensión previa a la que se le agrega una preeclampsia.

Si una mujer hipertensa en tratamiento desea embarazarse, debe consultar con su médico si los medicamentos empleados no se contraindican en el embarazo.

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo que solamente puede ser desarrollado durante el embarazo. Este incluye el aumento de la presión arterial (hipertensión), presencia de proteínas en la orina (proteinuria), retención de líquido evidente en la cara, piernas, tobillos (edema), aumento brusco de peso, dolor de cabeza (cefalea) y visión borrosa, entre otros. Usualmente se desarrolla en el tercer trimestre del embarazo.⁵

Cuando no existe un tratamiento adecuado de la preeclampsia va a causar eclampsia, teniendo como característica convulsiones, pérdida de conciencia y coma.

Diabetes Mellitus pregestacional.

En esta condición lo que ocurre es que, falta o es insuficiente la insulina, dando como consecuencia una elevación del nivel de glucosa en la sangre y produce una serie de anormalidades en todos los órganos y sistemas del cuerpo. Por lo que las embarazadas con diabetes tienen una mayor probabilidad de presentar algunos problemas tales como, infecciones del tracto genital. O bien, si la enfermedad tiene una larga evolución, alteraciones en otros órganos (corazón, ojos y riñón, entre otros).

⁵ Germain A., Alfredo M.; Op. Cit.; P. 118

Ahora bien con respecto al feto, se da la posibilidad de tener problemas estructurales en diferentes órganos, entre ellos las extremidades y el corazón, además de un crecimiento exagerado del bebé.

Diabetes Mellitus gestacional.

Esta es una condición transitoria del embarazo, en la cual la insulina existente no es suficiente para controlar apropiadamente la entrada de glucosa a las células del cuerpo. La detección precoz es importante, ya que puede ser controlada con una dieta especial. Y si esto no es suficiente para regular las glicemias, se deberá recurrir al uso de insulina sólo durante la gestación.

Incompatibilidad del factor RH o Rhesus.

El Factor Rh o Rhesus es una sustancia (proteína) que se encuentra en la superficie de las células sanguíneas o glóbulos rojos. Cuando se tiene la proteína se denomina Factor Rh positivo (+) y cuando esta proteína no está presente se denomina Factor Rh negativo (-).

Ahora bien, cuando el producto in útero tiene en sus glóbulos rojos el Factor Rh (+) y la madre es Rh (-), el sistema inmunológico materno reconocerá como extraños a los glóbulos rojos fetales y comenzará a producir anticuerpos contra este factor Rh presente, los cuales atravesarán la placenta y destruirán los glóbulos rojos fetales, poniendo en riesgo de anemia al recién nacido.

Para estas situaciones existen ya tratamientos, en donde a veces tienen algunos riesgos, por lo tanto, se recomienda prevenir. Por ejemplo si la madre es factor Rh negativo y el padre es Rh positivo, se aplica una vacuna a la mujer, llamada Inmunoglobulina anti Rh. Este medicamento impide que la madre forme anticuerpos al entrar en contacto con los glóbulos rojos Rh (+).

Aborto espontáneo.

Es la terminación espontánea de un embarazo antes de las 20 semanas de gestación. A menudo no se conocen exactamente las causas por las cuales ocurre un aborto, sin embargo, se menciona cuando hubo problemas al unirse los cromosomas del espermatozoide con los del óvulo; cuando el feto no se desarrolla o lo hace con anomalías, por lo que el cuerpo lo rechaza y termina el desarrollo; también las infecciones en el útero, enfermedades como la diabetes, desequilibrios hormonales y defectos anatómicos en el útero.

El fumar, beber alcohol en exceso y consumir drogas, también pueden ocasionar abortos espontáneos, al igual que los demás, la incompetencia cervical.

Aborto recurrente.

Se define como la ocurrencia de 3 o más abortos, algunos grupos consideran dos o más, antes de las 20 semanas de gestación. Las causas son múltiples como: anomalías estructurales del útero, defectos en la

función ovulatoria, anomalías en cérvix uterino, trastornos inmunológicos o causas genéticas, sífilis, entre otros.

Rubéola.

A veces llamada sarampión alemán. Cuando una mujer contrae rubéola al comienzo del embarazo, el embrión podía sufrir ceguera, sordera, alteraciones cardíacas y daño cerebral.

Sida.

Las mujeres embarazadas con VIH transmiten el virus, durante el embarazo o durante el parto, a alrededor del 25 por ciento de sus bebés. Si una mujer embarazada con VIH positiva toma antirretrovirales a partir de las 14 semanas de la gestación, el parto es por cesárea, el recién nacido recibe antirretrovirales y no lo amamanta su madre, entonces la transmisión del VIH madre-hijo se reduce alrededor de un 8 por ciento.

Los medicamentos y las drogas.

Dada la importancia de que muchos medicamentos dañen al feto, es de vital trascendencia el asesoramiento y el cuidado prenatal. Asimismo las drogas psicoactivas (drogas que afectan la psiquis), disminuyen el crecimiento fetal afectando el desarrollo del cerebro, se produce deficiencias a corto y a largo plazo y aumentan el riesgo de un parto prematuro. Durante días o semanas después del nacimiento, los bebés

cuyas madres eran adictas durante el embarazo muestran signos de abstinencia de drogas.

Si durante el control prenatal se establece un embarazo de riesgo por las razones anteriormente descritas a veces es preferible realizar una operación cesárea la cual debe presentarse cuando:⁶

- Placenta previa. La placenta bloquea la abertura del cuello uterino, es decir, en el parto la cabeza del feto empieza a presionar la placenta, dando como resultado una gran hemorragia.
- Abrupción placentaria. Buena parte de la placenta se separa de las paredes del útero.
- Infección de herpes genital activo en la madre. Previene que el producto se infecte conforme pasa a través del canal del parto.
- Prolapso de cordón. Si la membrana del líquido amniótico se rompe antes, el cordón umbilical puede quedar a lo largo del cuello uterino y el canal vaginal, mientras el producto todavía se encuentra en el útero. La presión que ejerce en la cabeza del producto sobre el cordón umbilical puede cortar el suministro de oxígeno.
- Cesáreas anteriores
- El producto se encuentra en posición inadecuada (transversa, cefálica y pélvica).
- El parto se ha detenido o falla el progreso (parto distócico), en otras cosas el parto se estanca porque la cabeza del producto es demasiado grande para salir a través de la pelvis (desproporción cefalo pélvica DCP).
- La monitorización que controla los latidos del corazón del feto (o a veces los niveles de oxígeno en la sangre) indican sufrimiento fetal, que significa que el feto está en peligro.

⁶ Dowshen Steven A.; *Guía para padres desde el embarazo hasta los cinco años*; McGraw Hill; España; 2002; P.75-77.

3.2. Factores de riesgo para el recién nacido.

En el desarrollo prenatal existen diversos factores susceptibles que le hacen daño al feto entre los cuales esta el tiempo, sustancias y enfermedades que aumentan el riesgo de anomalías prenatales. El impacto que tenga cada uno de los factores depende de la interacción compleja de exposición.

Algunos factores de riesgo con que se encuentra el producto en el momento del nacimiento son:

- Ritmo cardíaco anormal
- Retardo de crecimiento intrauterino (RCIU)

Bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer (BPN) es definido por la Organización Mundial de la Salud como un peso inferior a 2.500 grs. En el momento de nacer, por lo que se han agrupado en, recién nacidos con muy bajo peso al nacer (MBPN), cuyo peso es inferior a los 1.500 grs. Y recién nacidos con extremadamente bajo peso al nacer (EBPN), que pesan menos de 1.000 grs. Los factores que provocan el bajo peso al nacer, son diversos, algunos de ellos son, la malnutrición y la pobreza.

Los valores de referencia propuestos como estándar internacional por la Organización Mundial de la Salud (OMS) son los obtenidos por el National Center for Health Statistics (NCHS) en un estudio realizado en 1974 para actualizar los patrones de referencia del crecimiento de niños sanos entre los veinticuatro meses y dieciocho años. Las tablas de niños sanos

entre uno y veinticuatro meses fueron elaboradas a partir de los datos obtenidos por el Fels Institute de Yellow Sprins en Ohio (EUA)⁷

Recién nacido pretérmino.

El recién nacido pretérmino (o prematuro) se produce a las tres o más semanas antes del término completo del embarazo, es decir, a las 35 o menos semanas después de la concepción en vez del término completo de unas 38 semanas, por lo común son recién nacidos de bajo peso; incluso los recién nacidos un mes antes pueden tener un peso apropiado porque estuvieron bien nutridos durante todo el desarrollo prenatal.

Primeros auxilios (Cuidados Intensivos).

A los recién nacidos vulnerables se envían a la unidad de cuidados intensivos para neonatos donde permanecen en incubadoras. En esta sala existen medidas para que no contraigan alguna infección así como las máquinas y medicamentos necesarios para el restablecimiento del neonato.

Como resumen del capítulo es primordial el establecer el criterio de factor de riesgo para el diagnóstico de la enfermedad a la cual se enfrenta, de acuerdo a las características personales (edad, sexo, tipo de trabajo, hábitos alimenticios, sedentarismo, peso, entre otros), asimismo se establece el tipo de tratamiento que se le dará al paciente (madre o recién nacido).

⁷ Correa V, José Alberto; *Fundamentos de pediatría*; Medellín; Ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; Tomo 1; 1999; P. 30

En muchos casos el establecer el factor de riesgo implica cambios en los hábitos de salud de cada persona por lo que es necesario dar a conocer los factores de riesgo a las mujeres embarazadas en un primer plano para que tengan una mejor atención oportuna y adecuada.

CAPITULO 4. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA DE SALUD.

La población mexicana ha padecido de una crisis económica política y social que ha repercutido en el desarrollo del país, por lo que es preciso la intervención de especialistas en diferentes áreas específicas, como el profesional en trabajo social, a través de alternativas de solución a la problemática social que suele ser acompañada de diversos factores que la hacen compleja en el análisis y por lo tanto para plantear soluciones. El profesional tiene que tener claridad en el planteamiento del problema, y no abarcar, solamente su campo de acción, esto no significa que se hagan barreras de intervención por parte de los especialistas, sino todo lo contrario, se esta hablando de un trabajo multidisciplinario en donde un grupo de profesionales tendrá diferentes visiones de una problemática y del proceso que conlleve a su solución individual, grupal o comunal.

La intervención que tiene el trabajador social en una problemática, se hace a través del individuo, el grupo o comunidad que demande sus servicios, para lo cual, se establece una relación estrecha y directa, además que en este proceso de cambio la participación es relevante.

El trabajador social puede y debe estar relacionado con alguna institución sea esta gubernamental o no, y así tener un campo de acción más amplio, además se van extendiendo los enlaces con otros trabajadores sociales y por lo tanto tener mayores alternativas de acción.

La intervención del trabajador social en el área de salud, con respecto a éste estudio, se enfocará a la investigación socio-médica permitiendo así:¹

- Conocer los aspectos que inciden en el proceso salud-enfermedad.
- La gestión y administración de los servicios de trabajo social de las diferentes unidades operativas.
- Desarrollar acciones de educación y organización social a fin de que el paciente, la familia y la comunidad participen en proyectos tendientes a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad (promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud)

Algunas de las funciones y actividades relevantes que se pueden destacar son:²

Investigación

- Identificar y caracterizar factores económicos, sociales y culturales que inciden en la frecuencia y distribución de la enfermedad.
- Diseñar perfiles de los usuarios de los servicios de salud.
- Llevar a cabo investigación - evaluativa en torno a la calidad de los servicios médicos.
- Participar con equipos multidisciplinarios en la elaboración diagnóstica de salud a nivel local, regional o nacional.
- Detectar las causas y condiciones sociales que originan la falta de apego al tratamiento socio médico.

Administración

- Propiciar la coordinación institucional con el fin de desarrollar programas de salud integrales.

¹ Sánchez Rosado Manuel; *Manual de trabajo social*; Edit. Plaza y Valdez; México; 2004; P.148

²

- Generar procesos y mecanismos de gestión social que permitan la obtención de recursos y requerimientos, así como la asesoría y orientación de los usuarios para el uso de los servicios médicos.
- Pugnar por la eficacia y eficiencia de los servicios médicos.

Educación social

- Desarrollar modelos preventivos de educación para la salud tanto a población cautiva como a población abierta.
- Llevar a cabo acciones de capacitación que permitan habilitar tanto al paciente como a la familia ante los requerimientos del tratamiento socio médico.
- Asistencia
- Valorar el otorgamiento de servicios a partir de estudios socioeconómicos y psicosociales.
- Canalización de pacientes a otras instituciones médicas.
- Proveer servicios de apoyo (ambulancias, agencias funerarias, medicamentos, aparatos, etc.)

El trabajador social en el área de la salud, solamente se ha enfocado a la última función que es la asistencia, limitándose a realizar otras actividades anteriormente descritas, marcando así un estancamiento del profesional en las instituciones de salud y a su vez su campo de acción se ve limitado; cuando existen lugares en donde se presentan equipos de tipo interdisciplinario, el trabajador social no cuenta con los conocimientos esenciales por lo que los resultados son ineficientes y sin ninguna trascendencia.

En la actualidad es imprescindible que el trabajador social en salud participe en los equipos interdisciplinarios y así se podrá enfrentar a la enfermedad desde un triple enfoque, que abarca:³

1. El problema orgánico de la enfermedad
2. El componente psicológico de la enfermedad, y
3. Los aspectos sociales de la enfermedad

En el estudio, diagnóstico, tratamiento y aspectos sociales de la enfermedad y sus consecuencias el trabajador social se inserta en el equipo de salud como el especialista que conoce los problemas comunitarios, que valora la salud integral de individuos, grupos y comunidades, incluyendo hábitos, creencias y formas de vida; e involucra a los sujetos en un proceso investigación, diagnóstico y alternativas que deben ser abordadas.

Se debe evitar, en el trabajador social, ambigüedades o sobreentendidos de actividades, porque de lo contrario, se establecerían actividades que entorpecen o asumen otras que no se relacionan, se debe poseer una ética profesional, en donde no se adjudiquen responsabilidades que lleguen a afectar sus actividades así como determinar las posibilidades de resolver alguna problemática, estableciendo las jerarquías de mando, conociendo el área de trabajo y dedicándole tiempo a la institución en donde se este trabajando.

El trabajador social puede interactuar en diferentes niveles institucionales, tanto operativos y en organismos de mayor cobertura (nacionales, regionales, municipales). Lo anterior le permite complementar

³ Kisnerman Natalio; Op. Cit.; P.124

sus funciones de acuerdo a las necesidades que se vayan dando en la problemática suscitada.

Dentro del área de salud intervienen otras áreas que tiene el trabajador social para su campo de acción en este ramo, las cuales se mencionan a continuación:

- Asistencia social: contribuye a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social de los individuos y grupos que por sus condiciones de vulnerabilidad han quedado al margen de las políticas sociales, por lo que la participación se ubica en acciones asistenciales de protección, física, mental y social, con el fin de incorporarlas a una vida plena y productiva.
- Promoción Social: el trabajador social tiene como objetivo el desarrollo social, buscando responder a las desigualdades sociales desde una perspectiva global e integral a través del proceso de capacitación, educación y gestoría social para promover la participación organizada y comprometida de un grupo, una comunidad o un sector ante un proyecto social, incorporándolos de manera activa en las estrategias de desarrollo a través de abrir espacios en la organización política y social de la sociedad.⁴

Un elemento que se debe destacar de los aspectos antes señalados es la "educación" ya que permite modificar los hábitos culturales y sociales de una población, por lo que el trabajador social antes que nada debe investigar las condiciones sociales que se presentan. La interrelación entre el profesional de trabajo social y la población; implica un proceso de comunicación y aprendizaje de ambas partes por lo que es un eje para mantener un equilibrio de trabajo.

⁴ Sánchez Rosado Manuel; Op. Cit.; P. 152

Es así que el trabajador social en el área de salud debe profundizar en la función de la investigación para lo cual se debe dar un mayor auge a su participación en los procesos de investigación salud-enfermedad para identificar los factores que intervienen en un mal control prenatal.

Enfatizar en la optimización de los servicios de salud, proponiendo alternativas de prevención y educación en la salud así como proyectos de promoción social y participación comunitaria para tener un seguimiento en el control perinatal.

CAPÍTULO 5. INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA DE LOS FACTORES DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA SALUD PRENATAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO Y HOSPITAL PRIVADO.

5.1. Planteamiento del problema.

Los problemas de rezago en la salud por parte de comunidades rurales y de las periferias de las grandes ciudades, es provocada por la pobreza y por la desigualdad en la distribución de instituciones de salud, así mismo, por la falta de recursos económicos otorgados a ésta área, aún con los avances científicos que permiten un mejoramiento en el nivel de vida.

Lo anterior va ligado con la falta de fuentes de trabajo, salarios, prestaciones de seguridad social, falta de presupuesto, disponibilidad de los actores políticos para desarrollar programas, entre otros, por lo que es necesario el aumento de la participación de todos los ciudadanos del país para presentar propuestas que permitan un mejor nivel de atención de las diferentes instituciones de salud. Con respecto a la condición de uso de servicios de salud en el Distrito Federal, se observa que el porcentaje de población derechohabiente es de 53.6, el porcentaje según la institución es IMSS 64.9, ISSSTE 22.3, PEMEX, SDN, SM 2.3, Seguro popular 39, otras instituciones 9.2¹ lo que demuestra deficiencia en la atención, particularmente en cuanto a la población abierta.

Por lo que es de suma importancia identificar a los sectores de población que no cuentan con algún seguro médico para otorgarles

¹ <http://www.inegi.gob.mx>

acceso a servicios de salud con cuotas bajas ya que a veces los gastos médicos son altos; asimismo se deben establecer apoyos de nutrición para estos sectores ya que la deficiente alimentación provoca una falta de crecimiento y desarrollo provocando baja estatura, mayores riesgos de enfermedad y bajo desempeño. Por lo tanto se deben iniciar programas de prevención los cuales beneficiarían a la población adulta, niñez y mujeres embarazadas al mismo tiempo fortalecer incentivos a centros de salud.

Es necesario destacar la importancia que tiene la mujer en la promoción y mejoramiento de su salud y del bienestar familiar, ésta participación a veces se ve afectada por la falta de responsabilidad, las jornadas de trabajo, la falta de recursos económicos, la distancia de centros de salud, entre otros, por lo tanto se debe empezar a reflexionar sobre la responsabilidad de promover las condiciones de un mejoramiento en la salud, también se debe estudiar los factores culturales con que se encuentran algunos sectores en el tratamiento de enfermedades.

Lo anterior da pauta a analizar las causas por las cuales las mujeres gestantes a veces no acuden al médico dando como consecuencia un escaso o nulo control prenatal así como la falta de seguimiento post natal. Por mencionar algunos factores serían bajo nivel educativo, costumbres que prevalecen en el ambiente familiar o comunidad, falta de centros de salud de primer nivel de atención en su lugar de origen y dificultades para encontrar hospitales de atención materno-infantil que permitieran el ingreso de la embarazada. Es así que los gobiernos federal y estatal tengan a consideración programas de salud que proporcionen oportunamente la atención a mujeres embarazadas con una mejor cobertura.

Durante el sexenio de Vicente Fox, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 propuso un programa denominado "Arranque parejo en la vida" el cual garantizaba una atención prenatal adecuada, un nacimiento con un mínimo de riesgos y vigilancia del crecimiento y desarrollo de los niños².

Considerando los diferentes aspectos sociales, económicos y demográficos que prevalecen en el país permiten observar las desigualdades que enfrenta ciertos sectores de la población en el aspecto de la salud. Esta ausencia de compromiso por parte del gobierno con respecto a la falta de servicios de salud que atiende a mujeres embarazadas es relevante ya que los programas no tienen el impacto suficiente en ésta población por diversas causas entre las que se pueden mencionar: la cultura, falta de servicios, falta de difusión así como la irresponsabilidad de algunas mujeres gestantes. Por lo que es necesario planear estrategias para mejorar el nivel de calidad de salud.

5.2. Justificación.

El que una mujer esté embarazada ocasiona cambios biológicos y sociales para ella, la pareja y la familia. Por lo tanto es de suma importancia los hábitos que se tienen con respecto a la salud, los cuales tendrán un impacto en el buen control prenatal y post natal. Ante esta panorámica la educación formal y social es relevante, dado que posibilita la promoción y organización de los grupos sociales a fin de alcanzar un desarrollo integral. Es así que los programas de salud materno-infantil, comprenden principalmente a la población con menos recursos

² Presidencia de la República; *Programa Nacional de Salud 2001-2006*; México, 2001; P. 90

socioeconómicos, este factor es de suma relevancia para vislumbrar los problemas a los cuales se enfrenta la salud pública. Siendo los más significativos el control pre y post natal. Esta falta de atención, aumentan los factores de riesgo para la mujer y el feto. Por lo tanto se deben identificar los factores que intervienen en un mejoramiento de los servicios de salud para la atención del embarazo y la resolución de éste. Asimismo la desnutrición es otra variable fundamental en un buen desarrollo del embarazo.

Algunos de los factores que intervienen en la problemática de la salud son: la situación de las instituciones de salud pública ya que la sobrepoblación que existe en ellos dificulta la atención a las pacientes, además la falta de medicamentos y personal especializado. Así como la centralización de las mismas provocando una saturación en la cobertura de la población atendida, lo anterior es el resultado de una deficiencia en la accesibilidad y disponibilidad de servicios de salud para los diferentes tipos de grupos sociales.

Es por eso que la falta de atención médica oportuna tiene gran incidencia en los índices de mortalidad neonatal y materna por causas de ignorancia, distancia del centro de salud, desinterés de la madre, falta de conocimientos, hábitos y costumbres, entro otros. Por lo tanto es necesario una adecuada promoción de la salud, la cual es definida como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla" (Carta de Ottawa, 1986)³, es así que se debe lograr una medicina preventiva como base fundamental, en todos los sectores económicos y sociales por lo cual es necesario diseñar estudios sectoriales que definan las

³ <http://www.fmed.uba.ar>

necesidades en salud de los diferentes grupos poblacionales. Asimismo se necesita identificar a los factores de riesgo (biológicos, económicos, sociales, culturales, conductuales y ambientales) lo cual permitirá acciones oportunas.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es importante recalcar que el objetivo de un control pre y post natal adecuado es disminuir la mortalidad perinatal y materna por lo que es preciso iniciarla desde que la mujer planea embarazarse con la finalidad de disminuir factores de riesgo, detectar oportunamente las complicaciones y ofrecer un tratamiento y seguimiento adecuado; para tal fin se necesita que las instituciones de salud brinden pertinentemente los servicios adecuados y con calidad, con una cobertura máxima y además brindar educación en salud, en donde se enfatice en los cuidados que debe tener la embarazada, el recién nacido y prepararla para el parto⁴.

Para lo cual se debe brindar información adecuada con el objetivo de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del producto y la atención del recién nacido en condiciones óptimas. Es aquí en donde se debe hacer una difusión de la educación, protección en la salud antes y después del parto en todos los sectores y niveles sociales con la participación comunitaria y de gobierno⁵.

⁴ Elu, María del Carmen y Elsa Santos Pruneda; *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*; Edit. Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México; 1999; P. 313 - 321

⁵ Jubiz Hazbun, Alfonso; *Obstetricia y Ginecología*; Universidad de Antioquia; Colombia; 1999; P. 96 – 97

5.3. Objetivos.

General:

Conocer el entorno del control prenatal y post natal, así como su incidencia en complicaciones durante el embarazo, en un hospital público y un hospital privado

Específicos:

- Identificar las causas que inciden en la falta de un buen control prenatal que afectan la morbimortalidad materno infantil.
- Plantear el grado de conocimiento de las mujeres embarazadas con relación a los cuidados en el embarazo.
- Analizar la atención pre y post natal en el hospital público y el privado.

5.4. Hipótesis.

La ausencia de un control prenatal y post natal adecuado en las mujeres embarazadas así como la falta de atención oportuna de hospitales especializados, incide en el aumento de complicaciones durante el embarazo.

Variables independientes:

Ausencia del control prenatal y post natal

Falta de atención oportuna de hospitales especializados

Variable dependiente:

Aumento de complicaciones durante el embarazo.

5.5. Conceptualización de variables.

Control prenatal: las consultas mínimas en el control prenatal son 5 consultas como mínimo con calidad. Se inicia a partir de que se sospecha el embarazo.

El objetivo de los cuidados prenatales, consiste en asegurar que todo embarazo deseado culmine en el parto de un lactante sano sin que haya deterioro en la salud de la madre.⁶

Accesibilidad: posibilidad que tienen los individuos de una población de utilizar un servicio. La noción de accesibilidad hace referencia a un servicio que está disponible, sin que ello implique necesariamente que sea utilizado. En general un servicio es accesible cuando se puede disponer de él con relativa facilidad. La accesibilidad a un servicio está condicionada por factores de muy diversa índole: geográficos, económicos, financieros, sociales, culturales o religiosos y por la modalidad operativa de quienes ofrecen el servicio y la habilidad de los usuarios o clientes potenciales para acceder a ella.

Servicios de salud: Se define a las instituciones destinadas a la atención para la salud, así como a las acciones que se realizan en beneficio del individuo y la sociedad, para proteger, promover y restaurar la salud (SSA, 1984).

Atención médica: Toda la acción que proporcionan los servicios médicos a los individuos con la finalidad de proteger, promover y restaurar su salud.

⁶ Gant, Norma F. y Gary Cunningham F.; Op. Cit.; P. 415

Alojamiento conjunto: se encuentran en áreas comunes la madre y el hijo para amamantarlo. El recién nacido no tuvo problemas al nacer.

5.6. Universo.

Se considero un hospital público y un hospital privado por la diversidad de su población (edad, lugar de residencia, ocupación, educación, antecedentes patológicos) y atención a las pacientes. Asimismo por contar con el área de gineco-obstetricia y neonatología para dar seguimiento a los casos de hospitalización. En ambos casos la ubicación de los hospitales se encuentra en zonas urbanas.

El periodo en el cual se realizó la investigación fue a partir del mes de marzo al mes de mayo de 2005.

Como universo de trabajo se consideraron a las mujeres embarazadas que fueron atendidas en el área de gineco-obstetricia de dichos hospitales así como a todos los recién nacidos vivos que estuvieron en alojamiento conjunto y cuneros, asimismo se tomaron en cuenta a los recién nacidos muertos (óbitos).

5.7. Formas de medición.

La técnica de campo que se utilizó fue la observación estructurada. Los instrumentos para recabar y analizar la información fueron:

Encuesta semi-estructurada el cual está conformado por los siguientes capitulados:

- Datos generales (nombre de la paciente, domicilio, fecha, hospital)
- Datos de la madre (enfermedades durante el embarazo, reproducción asistida)
- Datos secundarios (lugar de residencia, escolaridad, ocupación materna y paterna, métodos anticonceptivos, multivitaminas, tatuajes)
- Datos del neonato (gesta, peso, edad, embarazo, maniobras de reanimación, pase a)
- Datos biológicos.

Entrevista estructurada ya que se utilizó una guía para dar un formato.

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Para analizar los datos que se obtuvieron en ambos hospitales se utilizó el programa de cómputo Excel. El análisis descriptivo de los datos se dividirá en secciones para tener una mayor panorámica de los indicadores estudiados también se hará por hospital para facilitar la información.

6.1. Hospital público.

Se realizaron 1775 encuestas en un lapso comprendido de tres meses, los cuales 1717 son de pacientes que tuvieron a su hijo en alojamiento conjunto y de los recién nacidos estuvieron hospitalizados, 30 casos de defunciones del recién nacido y 28 de muertes fetales.

Tabla 1. Edad materna de las áreas de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

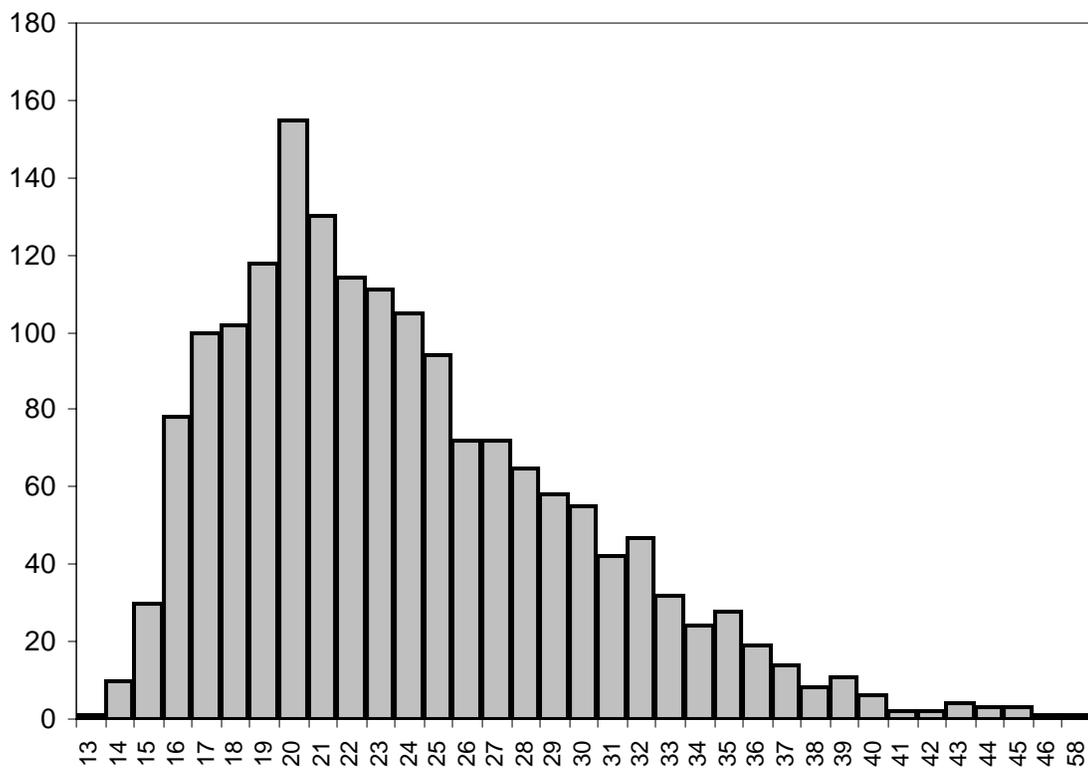
Edad	F	FA	%
13 - 15	41	41	2.4
16 - 20	553	594	32.2
21 - 25	554	1148	32.3
26 - 30	322	1470	18.8
31 - 35	173	1643	10.1
36 - 40	58	1701	3.4
41 - 45	14	1715	0.8
46 - 50	1	1716	0.1
51 - 55	0	1716	0.0
56 - 60	1	1717	0.1
	1717		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Edad:

Los rangos de edad oscilan de los 13 años a los 58 años, siendo más frecuente el rango entre los 16 a 25 años, con el 64.5% de las pacientes encuestadas.

Gráfico 1. Frecuencia de la edad materna en el área de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Al observar el gráfico observamos que el rango de los rangos de edades no es adecuado para embarazarse, por lo tanto existe un factor de riesgo en esta población.

Tabla 2. Consultas prenatales totales de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

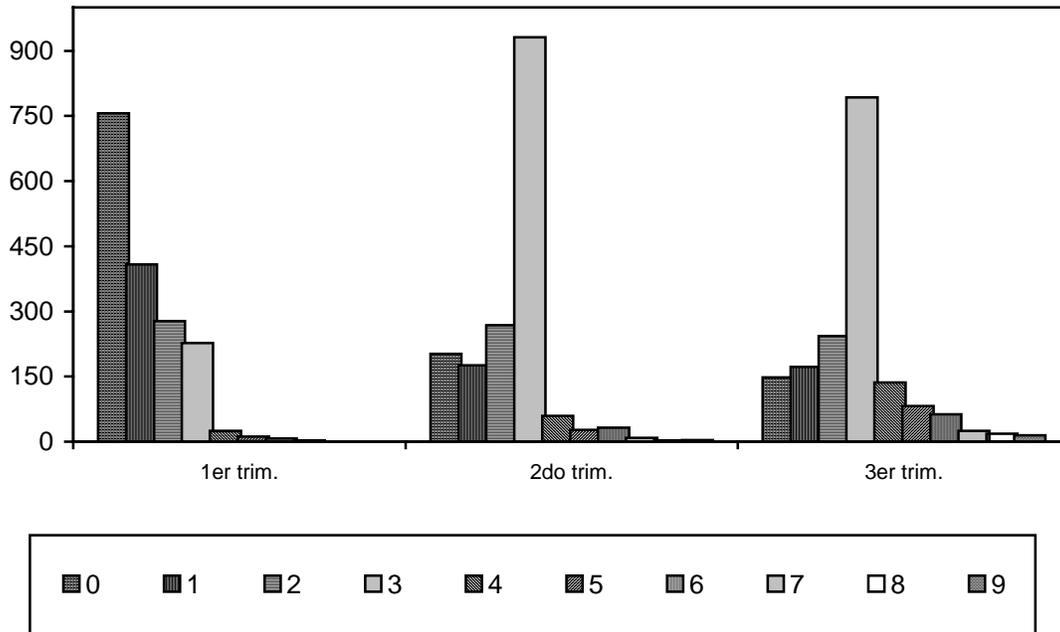
Consultas	F	FA	%
0	47	47	2.7
1	43	90	2.5
2	70	160	4.1
3	109	269	6.3
4	134	403	7.8
5	249	652	14.5
6	258	910	15.0
7	224	1134	13.0
8	222	1356	12.9
9	152	1508	8.9
10	81	1589	4.7
11	24	1613	1.4
12	30	1643	1.7
13	17	1660	1.0
14	11	1671	0.6
15	18	1689	1.0
16	7	1696	0.4
17	1	1697	0.1
18	10	1707	0.6
19	2	1709	0.1
20	5	1714	0.3
23	1	1715	0.1
28	1	1716	0.1
S/D	1	1717	0.1
	1717		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Consultas prenatales totales:

El rango de consultas prenatales totales se encuentran entre las 5 a 9 consultas prenatales, esto significa que de 1717 pacientes 1105 tuvieron un adecuado control prenatal, es decir, el 64% de las pacientes encuestadas.

Gráfico 2. Frecuencia de consultas prenatales en periodos trimestrales de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).



FUENTE: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Las pacientes en el primer trimestre no acudieron a consulta, en el segundo trimestre asistieron la mayoría a tres consultas prenatales y en el segundo trimestre también asistieron a tres consultas prenatales.

Tabla 3. Lugar de asistencia de control prenatal de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

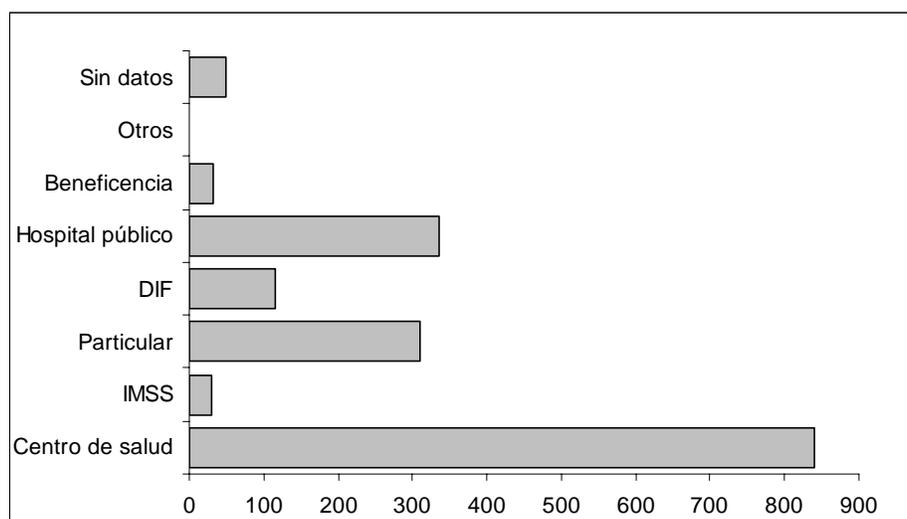
Lugar de asistencia	F	FA	%
Centro de salud	841	841	49.0
IMSS	30	871	1.7
Particular	309	1180	18.0
DIF	116	1296	6.8
Hospital público	336	1632	19.6
Beneficencia	32	1664	1.9
Otros	3	1667	0.2
Sin datos	50	1717	2.9
	1717		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de asistencia de control prenatal:

De 841 pacientes de 1717 fueron a un centro de salud, es decir, el 49% de las pacientes encuestadas.

Gráfico 3. Lugar de asistencia de control prenatal de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Las instituciones de salud pública, son las más recurrentes por la población, aún con las deficiencias que existe en ellos y además las cuotas de recuperación están establecidas previo a un estudio socioeconómico.

Tabla 4. Razón por la cual no asistieron a consultas prenatales las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido en el Hospital público (marzo - mayo 2005).

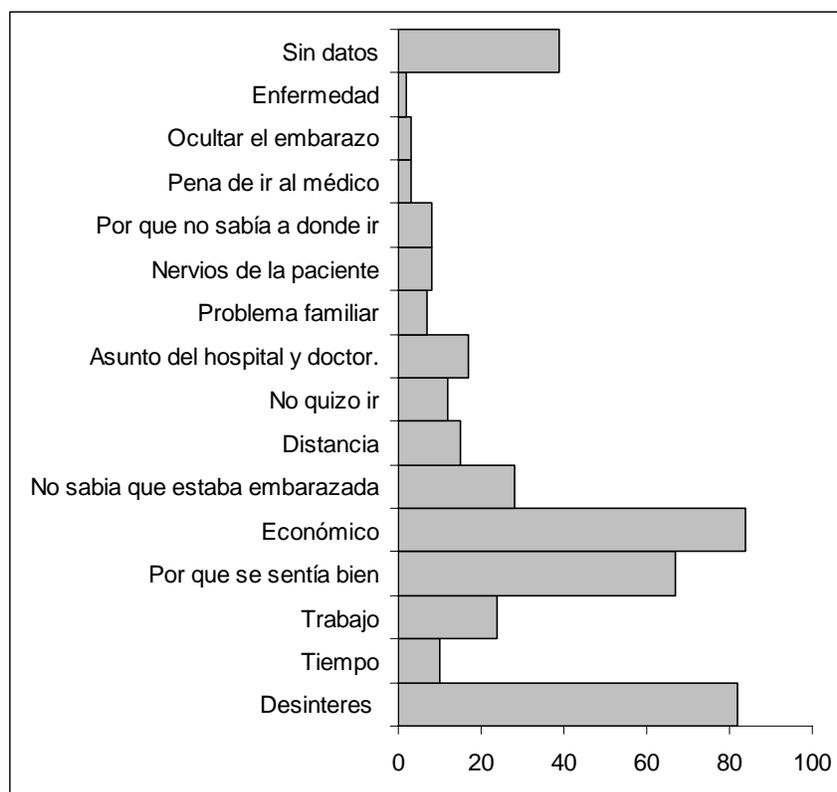
Razón	F	%
Desinterés	82	20.0
Tiempo	10	2.4
Trabajo	24	5.9
Por que se sentía bien	67	16.4
Económico	84	20.5
No sabia que estaba embarazada	28	6.8
Distancia	15	3.7
No quizo ir	12	2.9
Asunto del hospital y doctor.	17	4.2
Problema familiar	7	1.7
Nervios de la paciente	8	2.0
Por que no sabía a donde ir	8	2.0
Pena de ir al médico	3	0.7
Ocultar el embarazo	3	0.7
Enfermedad	2	0.5
Sin datos	39	9.5
		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Razón por la cual no asistieron a consulta prenatal:

La principal causa por la que no acudieron a consultas prenatales fue el económico, esto significa 84 de 1717 entrevistas, es decir el 5%, la segunda causa es el desinterés o desidia de las embarazadas, ya que de 1717 entrevistas 82 fue por esta razón, es decir, el 5% y por último esta la causa de que se sentían bien con 67 entrevistas de 1717, es decir, el 4%.

Gráfico 4. Razón por la cual no asistieron a consultas prenatales las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido en el Hospital público (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Las dos principales razones por las cuales las pacientes no fueron a consultas tienen una diferencia de dos, esto permite observar que a veces las mujeres toman una actitud irresponsable ante un embarazo teniendo a veces repercusiones en la salud de ella y del recién nacido.

Tabla 5. Enfermedades frecuentes de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

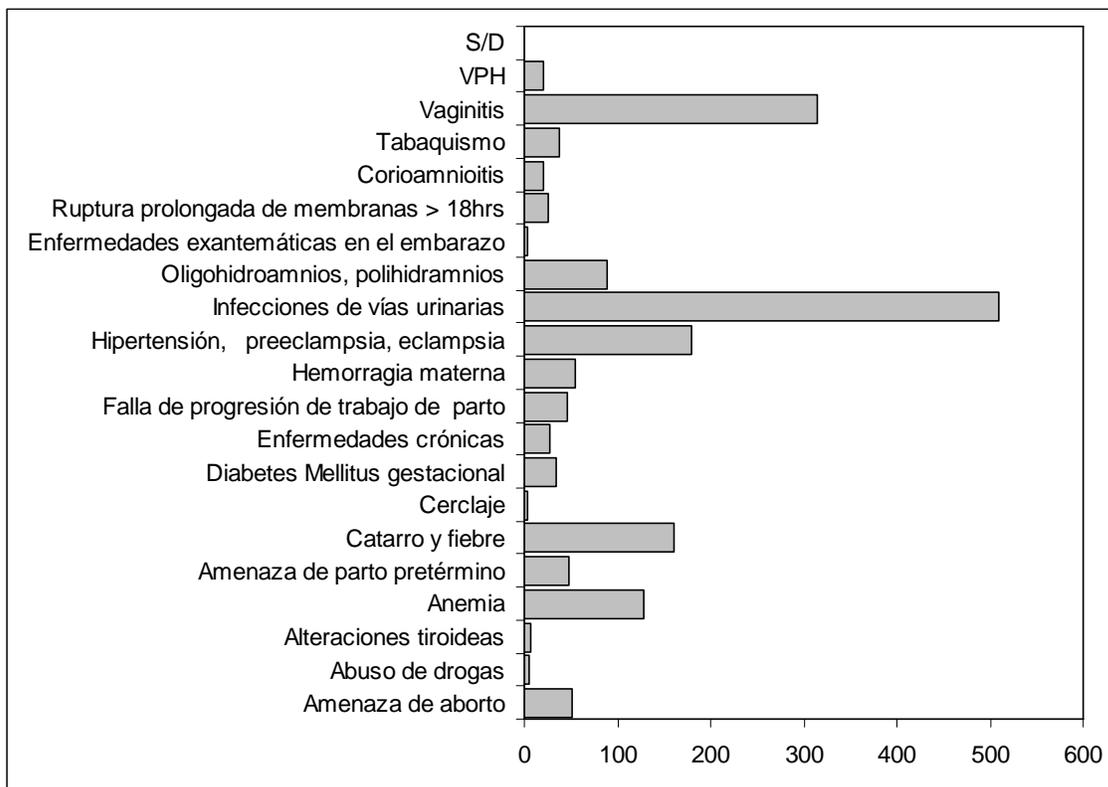
Enfermedades	F	%
Amenaza de Aborto	52	2.94
Abuso de drogas	5	0.28
Alteraciones tiroideas	6	0.34
Anemia	129	7.3
Amenaza de Parto Pretérmino	48	2.71
Catarro y fiebre	161	9.11
Cerclaje	3	0.17
Diabetes Mellitus gestacional	35	1.98
Enfermedades crónicas	27	1.53
Falla de progresión de trabajo de parto	46	2.6
Hemorragia materna	54	3.05
Hipertensión, preeclampsia, eclampsia	179	10.1
Infecciones de vías urinarias	510	28.8
Oligohidroamnios, polihidramnios	89	5.03
enfermedades exantemáticas en el embarazo	4	0.23
Ruptura prolongada de membranas > 18hrs	26	1.47
Corioamnioitis	21	1.19
Tabaquismo	37	2.09
Vaginitis	314	17.8
VPH	21	1.19
S/D	1	0.06

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Enfermedades:

Al observar la tabla se puede determinar que las pacientes no tienen la información necesaria, de cómo puede afectar una pequeña infección al embarazo, así como los síntomas de la presión arterial alta y sus consecuencias.

Gráfico 5. Enfermedades frecuentes de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Enfermedades maternas durante el embarazo:

Las enfermedades más recurrentes entre las pacientes atendidas fueron: infección en las vías urinarias y vaginitis.

Tabla 6. Estado de residencia de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

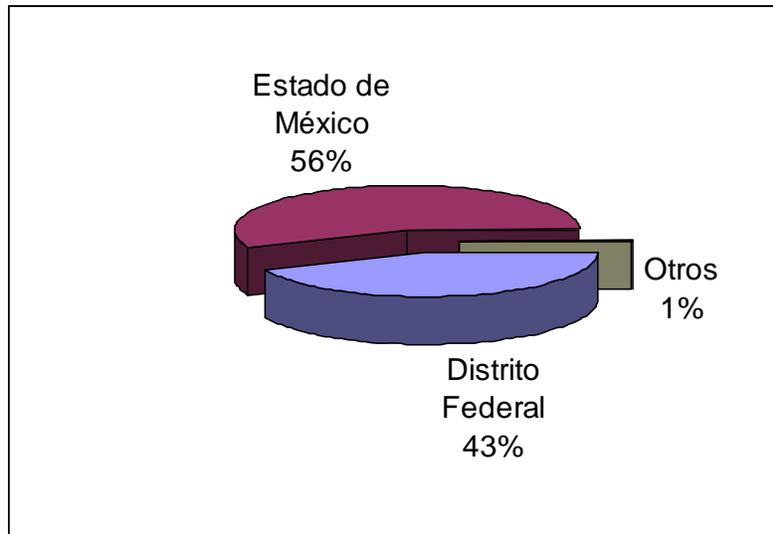
Estado	F	FA	%
Coahuila	2	2	0.1
Distrito Federal	745	747	43.4
Estado de México	960	1707	55.9
Hidalgo	2	1709	0.1
Oaxaca	2	1711	0.1
Puebla	1	1712	0.1
Tlaxcala	1	1713	0.1
Veracruz	1	1714	0.1
S/D	3	1717	0.2
			100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado de residencia:

Las principales zonas en donde viven las pacientes son el Estado de México y el Distrito Federal

Gráfico 6. Estado de residencia de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado de residencia:

La población proviene mayoritariamente del Estado de México con 960 de 1717 pacientes, es decir un 56%.

Tabla 7. Lugar de residencia del Distrito Federal de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

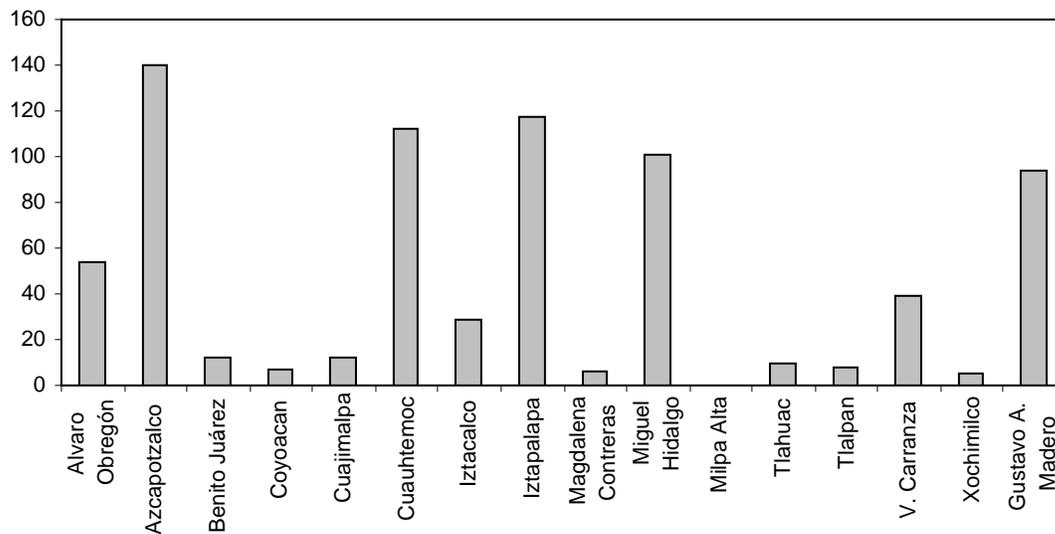
Delegación	F	FA	%
Álvaro Obregón	54	54	7
Azcapotzalco	140	194	19
Benito Juárez	12	206	2
Coyoacan	7	213	1
Cuajimalpa	12	225	2
Cuauhtemoc	112	337	15
Iztacalco	29	366	4
Iztapalapa	117	483	16
Magdalena Contreras	6	489	1
Miguel Hidalgo	101	590	14
Milpa Alta	0	590	0
Tlahuac	10	600	1
Tlalpan	8	608	1
V. Carranza	39	647	5
Xochimilco	5	652	1
Gustavo A. Madero	94	746	13
	746		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de residencia (Distrito Federal):

Las delegaciones con mayor influencia son: Azcapotzalco, Cuauhtemoc, Iztapalapa, Miguel Hidalgo y Gustavo A. Madero.

Gráfico 7. Lugar de residencia del Distrito Federal de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Las zonas principales de donde proceden las pacientes son el norte, centro y oriente, considerando que vienen de los sectores de clase media y baja.

Tabla 8. Lugar de residencia del Estado de México de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

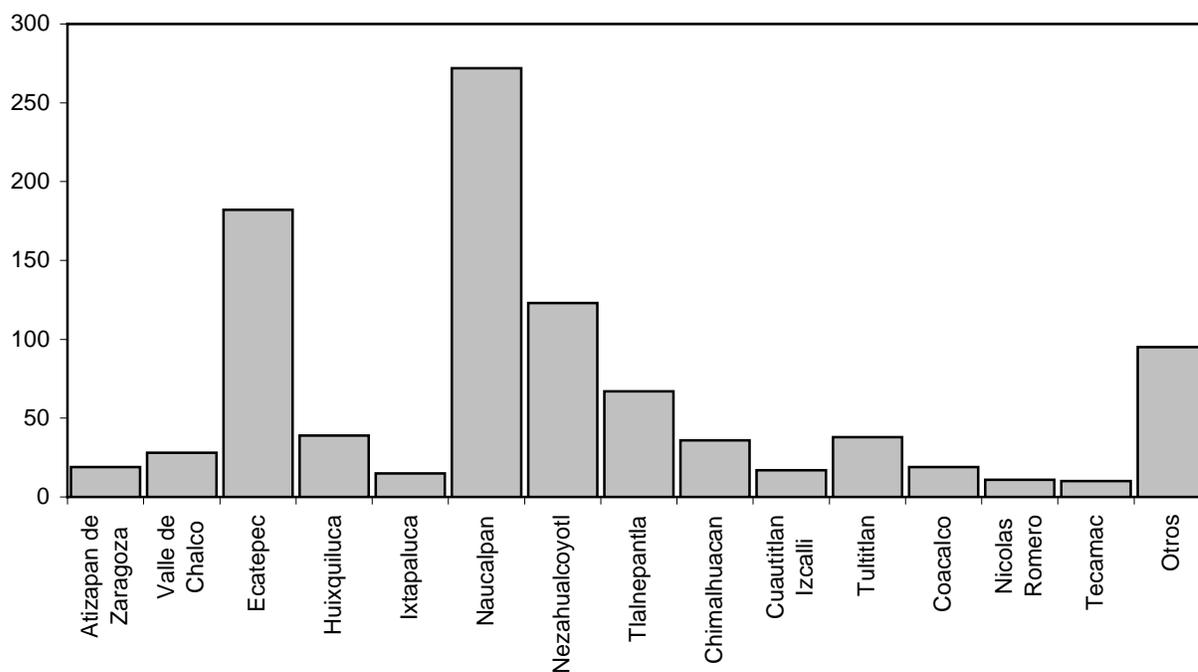
Municipio	F	FA	%
Atizapan de Zaragoza	19	19	2
Valle de Chalco	28	47	2.9
Ecatepec	182	229	19
Huixquiluca	39	268	4
Ixtapaluca	15	283	1.5
Naucalpan	272	555	28
Nezahualcoyotl	123	678	13
Tlalnepantla	67	745	6.9
Chimalhuacan	36	781	3.7
Cuautitlan Izcalli	17	798	1.8
Tultitlan	38	836	3.9
Coacalco	19	855	2
Nicolas Romero	11	866	1.1
Tecamac	10	876	1
Otros	95	971	9.8
	971		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de residencia (Estado de México):

De un total de 1717 pacientes entrevistadas 971 viven en el Estado de México, es decir, el 57% de la población total entrevistada. Los municipios con mayor frecuencia son: Ecatepec, Naucalpan y Nezahualcoyotl.

Gráfico 8. Lugar de residencia del Estado de México de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Municipios:

Las zonas en donde provienen las pacientes del Estado de México son de la zonas adyacentes al Distrito Federal por la cercanía de algunas colonias hacia está ciudad.

Tabla 9. Escolaridad materna con ciclo escolar terminado o truncado de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005)

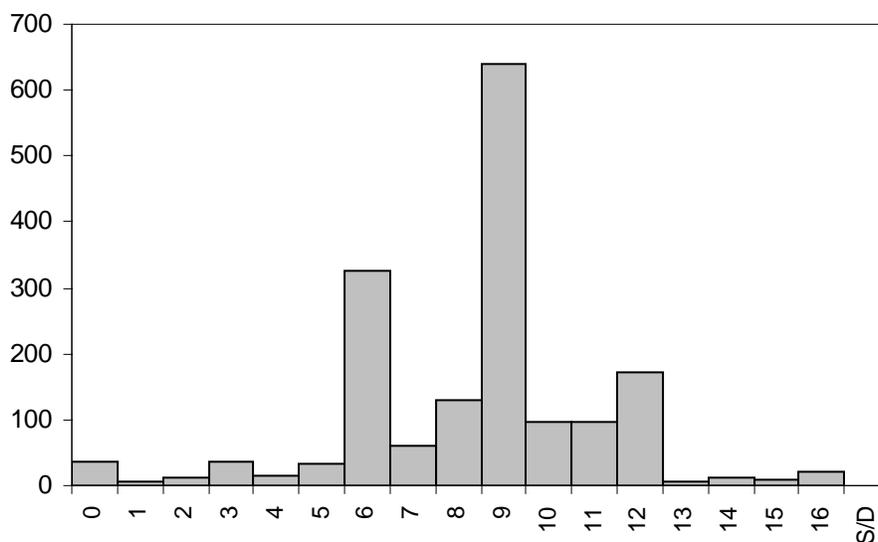
Escolaridad	F	FA	%
Ninguna	36	36	2
Primaria	432	468	25
Secundaria	830	1298	48
Preparatoria	369	1667	22
Universidad	49	1716	3
S/D	1	1717	0.06
	1717		100.1

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad materna:

De las 1717 entrevistas realizadas, 640 terminaron la secundaria, es decir, el 37%.

Gráfico 9. Escolaridad materna de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad materna:

640 de las pacientes tienen la secundaria completa y 327 la primaria terminada.

Tabla 10. Escolaridad paterna con ciclo escolar terminado o truncado de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo - mayo 2005).

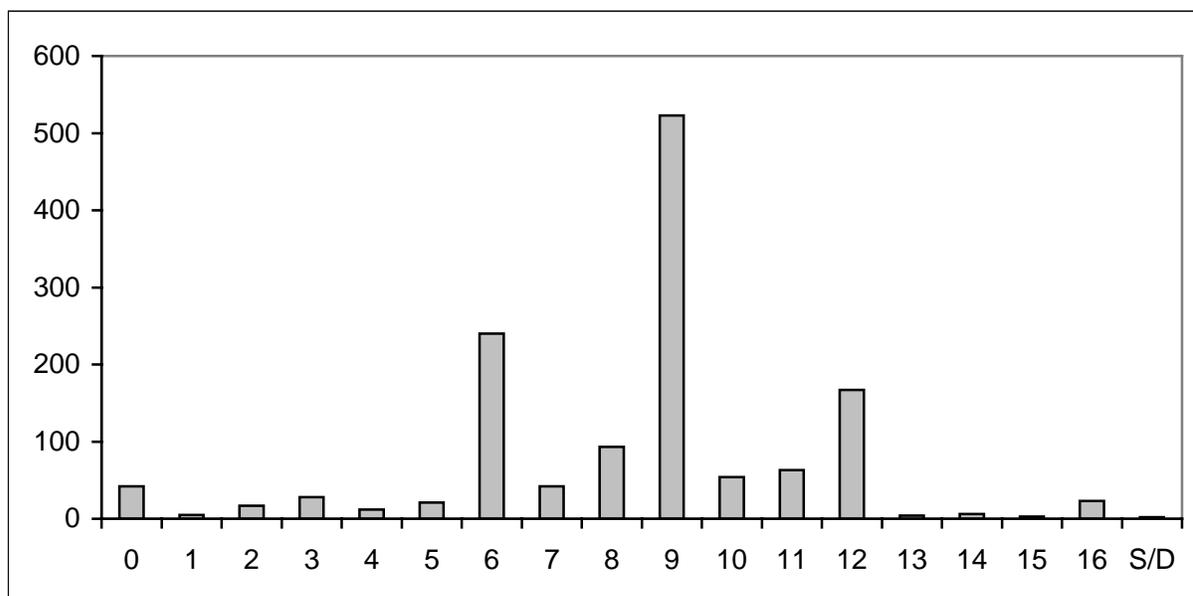
Escolaridad	F	FA	%
Ninguna	42	42	3.1
Primaria	323	365	24.0
Secundaria	658	1023	48.9
Bachillerato	284	1307	21.1
Universidad	36	1343	2.7
S/D	2	1345	0.1
	1345		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad paterna:

De 1345 encuestas 662 terminaron o estudiaron algún grado de secundaria, esto significa un 48.9% de la población entrevistada.

Gráfico 10. Escolaridad paterna de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad paterna:

La escolaridad con mayor frecuencia es la secundaria terminada y la primaria. Siendo un factor importante la escolaridad para conseguir trabajo las parejas se ven limitados por el grado de estudios que tienen.

Tabla 11. Estado civil de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

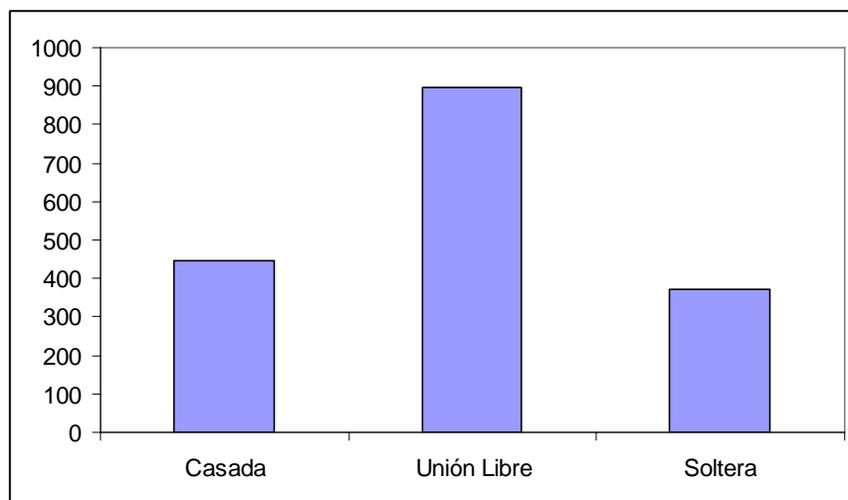
Estado Civil	F	FA	%
Casada	448	448	26
Unión libre	896	1344	52
Soltera	371	1715	22
S/D	2	1717	0.1
	1717		100.1

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado civil:

De 1717 entrevistas 896 se encuentran en unión libre, es decir, 52% de las mujeres atendidas.

Gráfico 11. Estado civil de las pacientes de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado civil:

Al recordar los rangos de las edades y ver que el estado civil prioritario es unión libre, se puede decir que al ser tan jóvenes las mujeres

como los hombres se puede decir que solamente están juntos porque tienen un hijo y no por convicción de estar casados.

Tabla 12. Ocupación materna de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

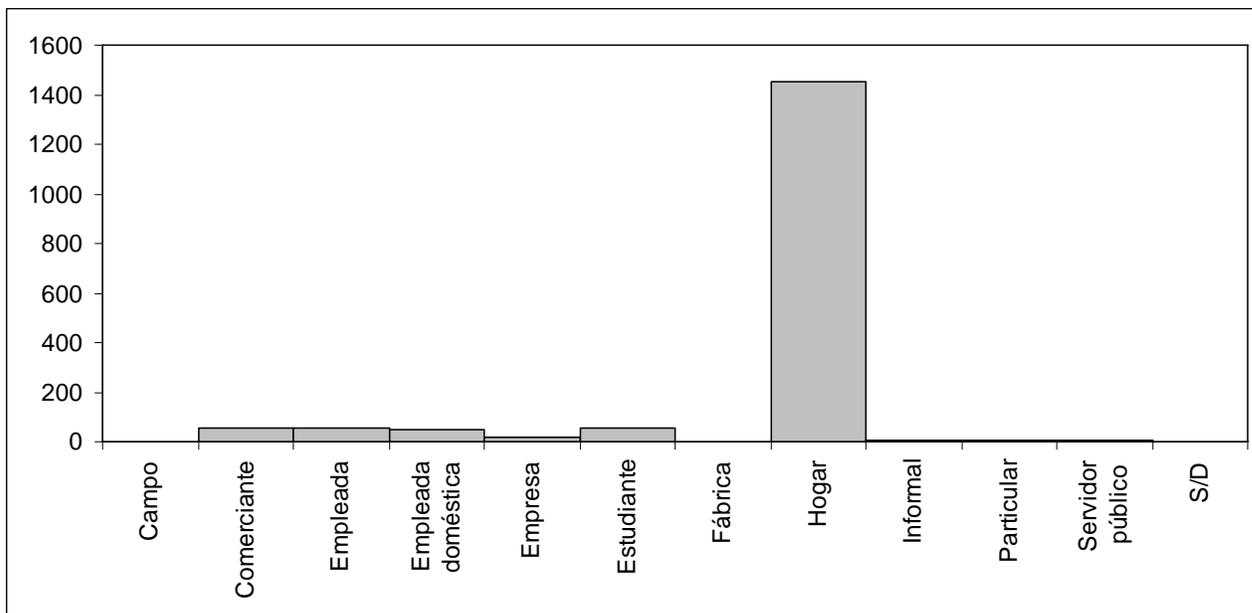
Ocupación	F	FA	%
Campo	1	1	0.06
Comerciante	53	54	3
Empleada	58	112	3
Empleada doméstica	51	163	3
Empresa	17	180	1
Estudiante	58	238	3.4
Fábrica	1	239	0.06
Hogar	1453	1692	85
Informal	8	1700	0.5
Particular	6	1706	0.4
Servidor público	9	1715	0.5
S/D	2	1717	0.1
	1717		100.02

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación materna:

De las 1717 pacientes entrevistadas 1453 se dedican al hogar, es decir un 85%, y 264 de las pacientes se dedican a otra actividad, es decir un 15%.

Gráfico 12. Ocupación materna de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación:

Al no tener más expectativas de estudio y desarrollo profesional, las mujeres se dedican al hogar, siendo la pareja, si es su caso, la que da el sustento a la casa.

Tabla 13. Ocupación paterna de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).

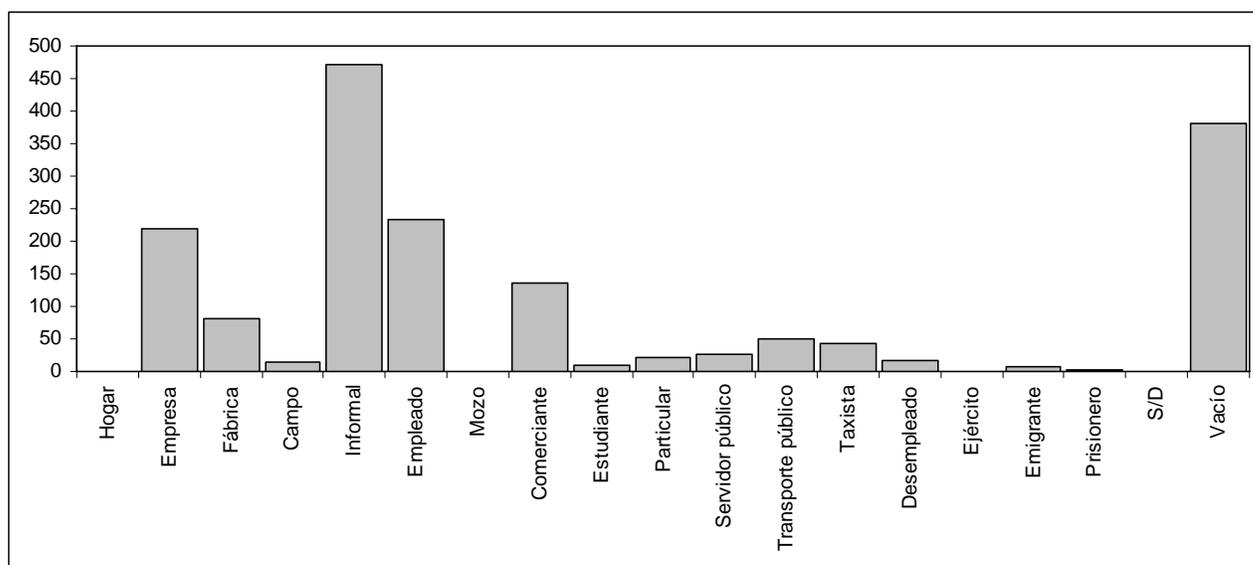
Ocupación	F	FA	%
Hogar	1	1	0.06
Empresa	219	220	13
Fábrica	82	302	5
Campo	14	316	1
Informal	471	787	27
Empleado	234	1021	14
Mozo	1	1022	0.06
Comerciante	136	1158	8
Estudiante	9	1167	0.5
Particular	22	1189	0.8
Servidor público	27	1216	2
Transporte público	50	1266	3
Taxista	44	1310	3
Desempleado	17	1327	1
Ejército	1	1328	0.06
Emigrante	6	1334	0.3
Prisionero	2	1336	0.1
S/D	1	1337	0.06
Vacío	380	1717	22
			100.94

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación paterna:

La ocupación paterna predominante se encuentra en el sector informal siendo que 471 de 1717 no cuentan con un trabajo estable, es decir el 27%.

Gráfico 13. Ocupación paterna de alojamiento conjunto y hospitalización del recién nacido del Hospital público (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación:

Siendo a veces el hombre el sustento del hogar, se observa que el empleo informal es el principal trabajo por lo que su ingreso es bajo, además que el trabajo es temporal y sin ninguna prestación social que aminore los gastos médicos.

6.2. Hospital privado.

En éste hospital se presentó un problema, el que no se obtuvieron todos los datos ya que los encargados de llenar el instrumento fueron los médicos de este hospital y por lo tanto no lo hacían completo. Por lo tanto esta irresponsabilidad afectó el análisis de los datos.

Se realizaron 254 encuestas en total en un lapso comprendido de tres meses.

Tabla 14. Edad materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).

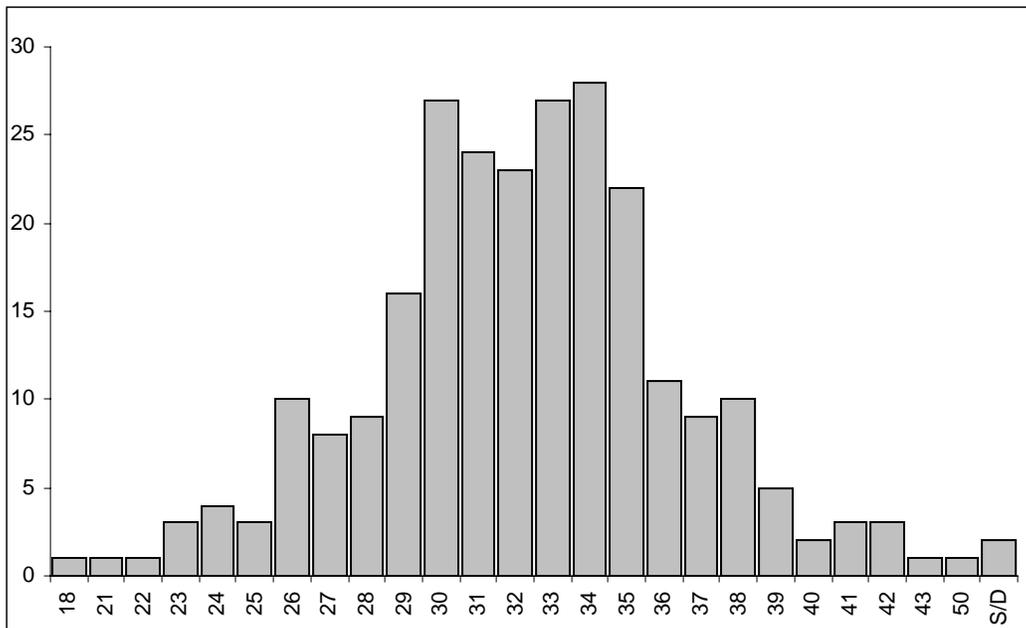
Edad	F	FA	%
13 - 15	0	0	0
16 - 20	1	1	0.4
21 - 25	12	13	4.7
26 - 30	70	83	27.6
31 - 35	124	207	48.8
36 - 40	37	244	14.6
41 - 45	7	251	2.8
46 - 50	1	252	0.4
S/D	2	254	0.8
	254		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Edad materna:

El rango de edad materna oscila entre los 31 a los 35 años, es decir un 48.8% de las encuestadas. Por lo tanto las mujeres le dan mayor importancia al desarrollo profesional.

Gráfico 14. Edad materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Con respecto a la edad se observa que las mujeres se encuentran en los rangos óptimos para embarazarse.

Tabla 15. Consultas prenatales totales de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).

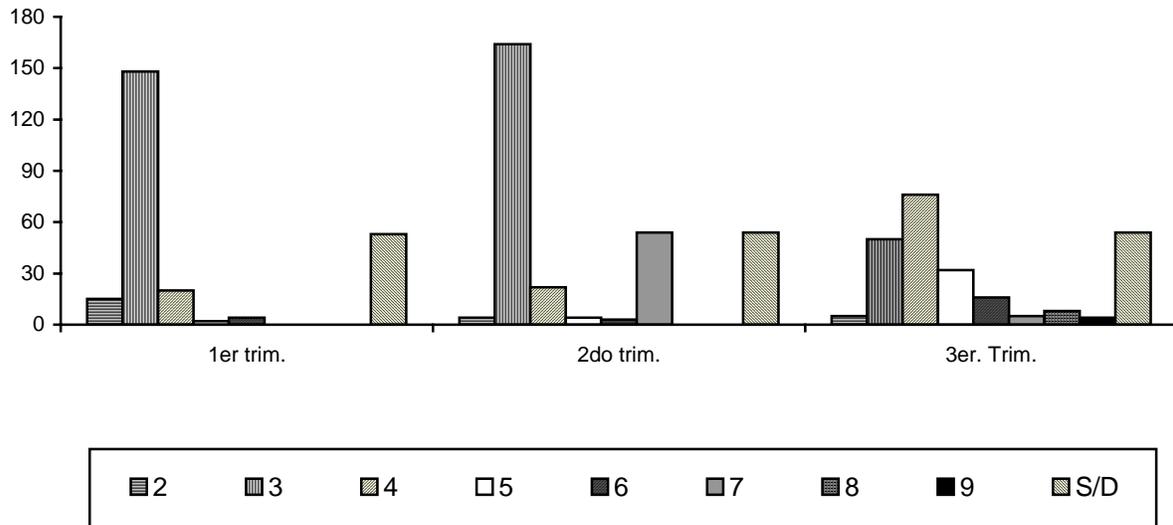
Consultas	F	FA	%
4	1	1	0.4
5	1	2	0.4
6	1	3	0.4
7	11	14	4.3
8	12	26	4.7
9	36	62	14.2
10	62	124	24.4
11	23	147	9.1
12	32	179	12.6
13	8	187	3.1
14	7	194	2.8
15	8	202	3.1
16	1	203	0.4
18	3	206	1.2
20	1	207	0.4
S/D	47	254	18.5
	254		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Consultas prenatales:

De 132 pacientes de 254 tuvieron un mayor número de consultas establecidas, es decir 52% del total. Al tener un mayor ingreso en la familia se tiene una mejor accesibilidad a un buen control prenatal.

Gráfico 15. Consultas prenatales por periodos trimestrales de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Consultas prenatales trimestrales:

Desde el primer trimestre las pacientes tuvieron un buen control ya que la máxima de consultas fueron tres, esto se repite en el segundo trimestre en el último trimestre las consultas fueron cuatro.

Tabla 16. Lugar de asistencia del control prenatal de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).

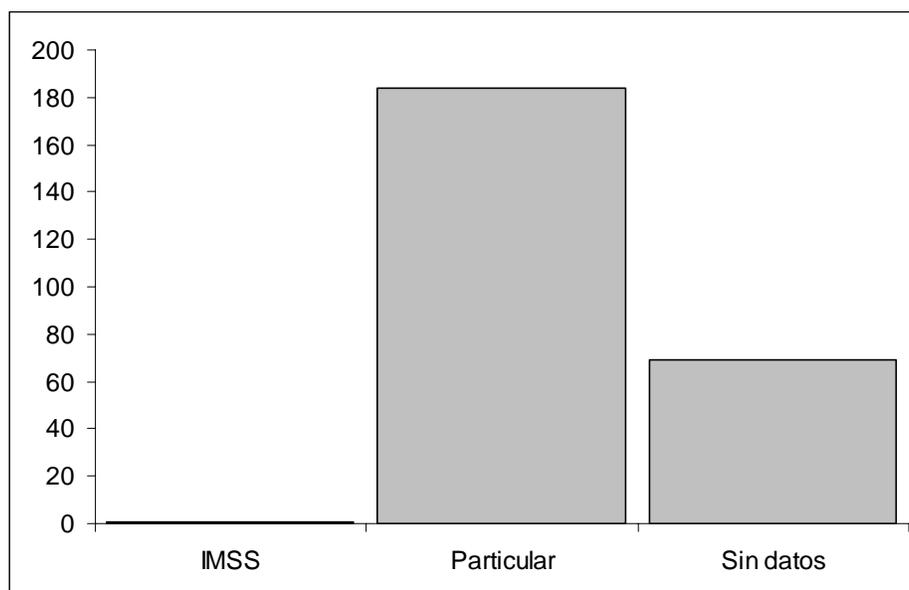
Lugar	F	FA	%
IMSS	1	1	0.4
Particular	184	185	72.4
Sin datos	69	254	27.2
	254		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de asistencia de control prenatal:

De 254 pacientes 182 fueron con médico particular para sus consultas, es decir, el 72% de las pacientes.

Gráfico 16. Lugar de asistencia del control prenatal de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de control prenatal:

La explicación por la cual la población de éste hospital va a consultas con un médico particular, es por los ingresos altos que tienen las familias.

Tabla 17. Enfermedades frecuentes de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).

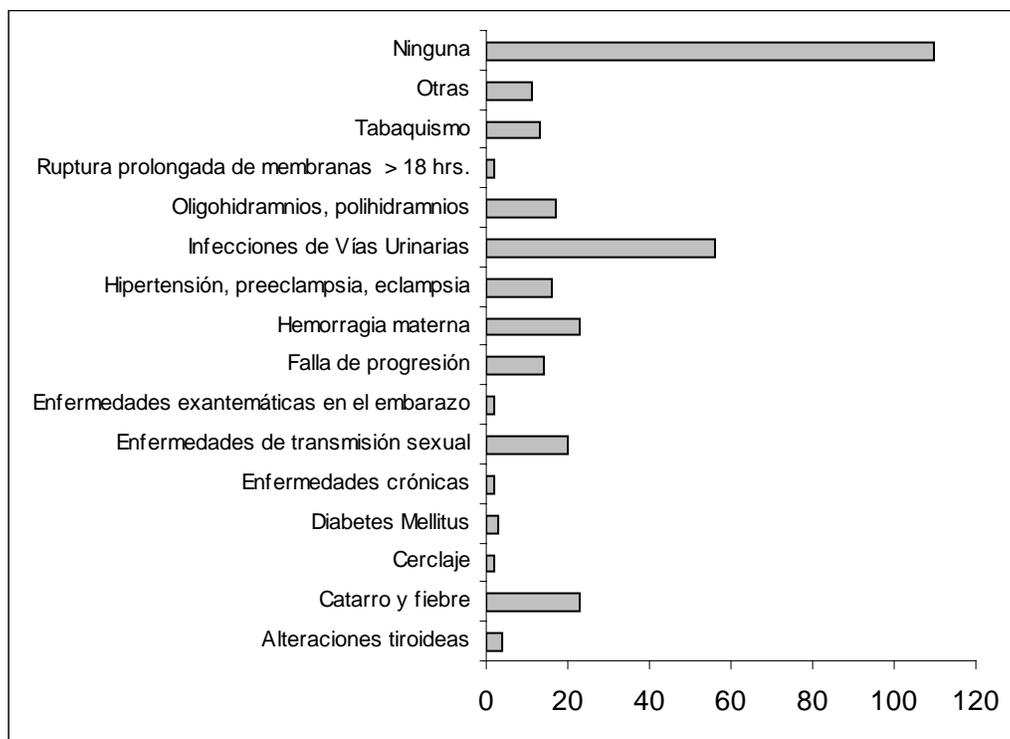
Enfermedades	F	FA	%
Alteraciones tiroideas	4	4	1.6
Catarro y fiebre	23	27	9.1
Cerclaje	2	29	0.8
Diabetes Mellitus	3	32	1.2
Enfermedades crónicas	2	34	0.8
Enfermedades de transmisión sexual	20	54	7.9
Enfermedades exantemáticas en el embarazo	2	56	0.8
Falla de progresión	14	70	5.5
Hemorragia materna	23	93	9.1
Hipertensión, preeclampsia, eclampsia	16	109	6.3
Infecciones de Vías Urinarias	56	165	22.0
Oligohidramnios, polihidramnios	17	182	6.7
Ruptura prolongada de membranas > 18 hrs.	2	184	0.8
Tabaquismo	13	197	5.1
Otras	11	208	4.3
Ninguna	110	318	43.3

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Enfermedades maternas durante el embarazo:

Las enfermedades más recurrente fueron infecciones en vías urinarias de 254 casos 56 fueron positivo, después catarro y fiebre con 23 casos y vaginitis con 20 casos.

Gráfico 17. Enfermedades frecuentes de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Enfermedades:

La mayoría de las pacientes no tuvieron ninguna enfermedad, ya que tienen los recursos para tener una vida saludable y no limitarse para comprar algún medicamento.

Tabla 18. Estado de residencia de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).

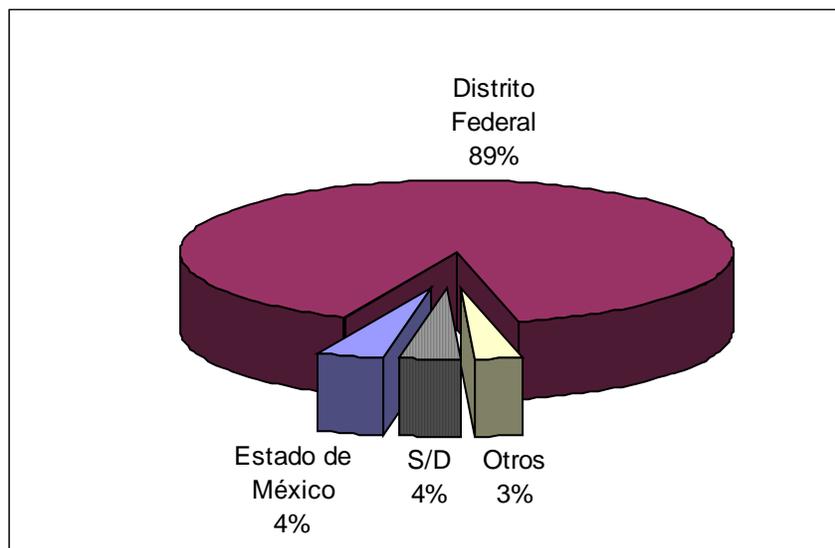
Estado	F	FA	%
Distrito Federal	228	228	89.8
Estado de México	10	238	3.9
Hidalgo	2	240	0.8
Morelos	3	243	1.2
Querétaro	1	244	0.4
Tamaulipas	1	245	0.4
S/D	9	254	3.5
	254		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de residencia:

El Distrito Federal tiene la mayor procedencia con un total de 228 pacientes de 254, es decir el 89.8%.

Gráfico 18. Estado de residencia de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado de residencia:

Las pacientes acuden a este hospital por la cercanía de su hogar, esto explica porque las pacientes viven en el Distrito Federal.

Tabla 19. Delegación de residencia de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).

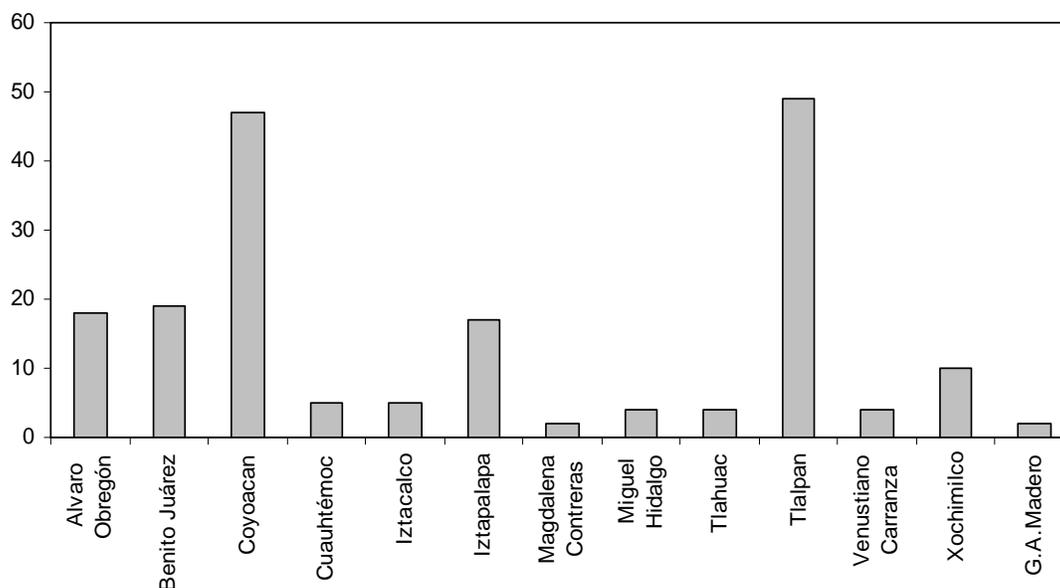
Delegación	F	FA	%
Alvaro Obregón	18	18	7.1
Benito Juárez	19	37	7.5
Coyoacán	47	84	18.5
Cuauhtémoc	5	89	2.0
Iztacalco	5	94	2.0
Iztapalapa	17	111	6.7
Magdalena Contreras	2	113	0.8
Miguel Hidalgo	4	117	1.6
Tlahuac	4	121	1.6
Tlalpan	49	170	19.3
Venustiano Carranza	4	174	1.6
Xochimilco	10	184	3.9
G.A.Madero	2	186	0.8

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Lugar de residencia (Delegaciones):

Las delegaciones con mayor influencia son Coyoacán con 47 de 254 pacientes y en segundo término esta Tlalpan con 49 pacientes.

Gráfico 19. Delegación de residencia de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Es de suponerse que las delegaciones con mayor frecuencia estén cerca del hospital, es así que las pacientes no tienen problemas para llegar.

Tabla 20. Escolaridad materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005).

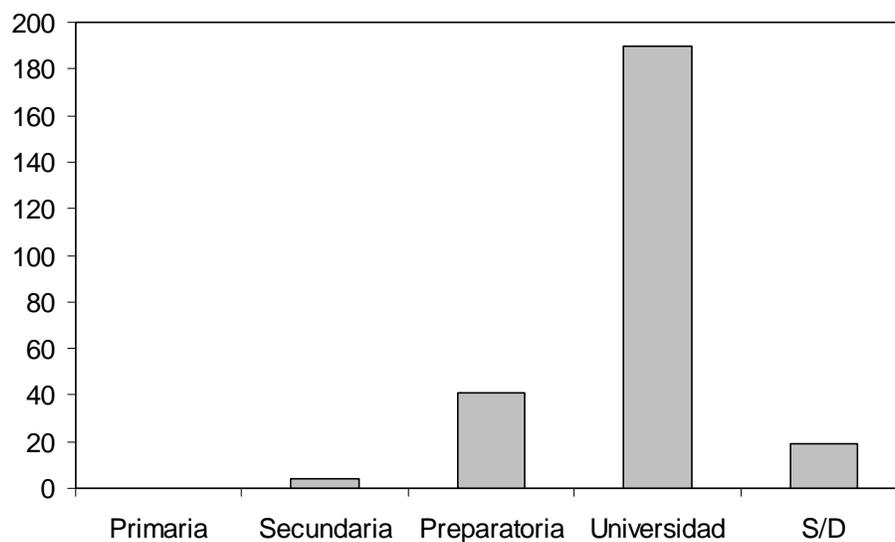
Escolaridad	F	FA	%
Primaria	0	0	0
Secundaria	4	4	1.6
Preparatoria	41	45	16.1
Universidad	190	235	74.8
S/D	19	254	7.5
			100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad materna:

La escolaridad máxima de las pacientes es la universidad con 190 de 254, es decir, 74.8% del total de las encuestadas.

Gráfico 20. Escolaridad materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo - mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

El tener una carrera universitaria es lo principal para esta población ya que el ingreso es mayor en un trabajo.

Tabla 21. Escolaridad paterna del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005)

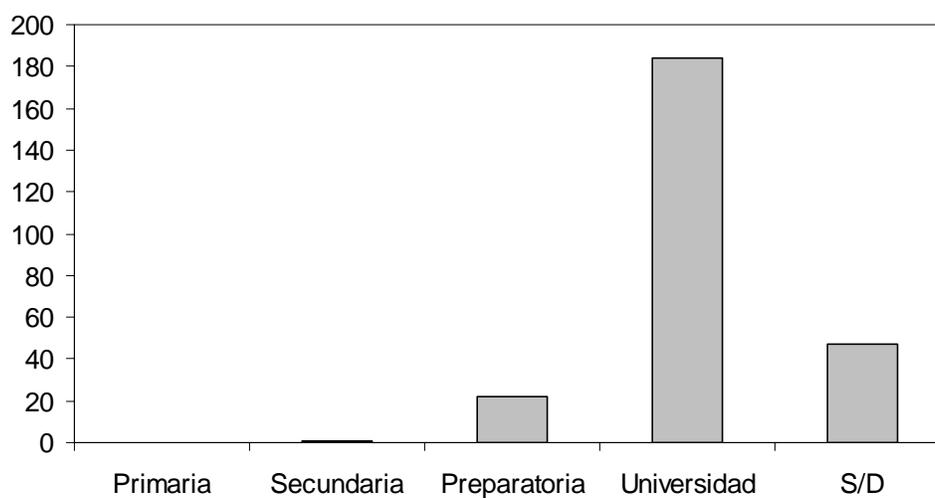
Escolaridad	F	FA	%
Primaria	0	0	0
Secundaria	1	1	0.4
Preparatoria	22	23	8.7
Universidad	184	207	72.4
S/D	47	254	18.5
			100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Escolaridad paterna:

La escolaridad paterna es la universidad con 184 de 254, es decir, el 72.4%.

Gráfico 21. Escolaridad paterna del área de maternidad del Hospital privado (marzo – mayo 2005)



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Terminar la universidad es la prioridad de la pareja de las pacientes ya que las ofertas de trabajo así lo requieren y además la familia cuenta con empresas propias que deben administrar.

Tabla 22. Estado civil de las pacientes del área de maternidad Hospital privado (marzo-mayo 2005).

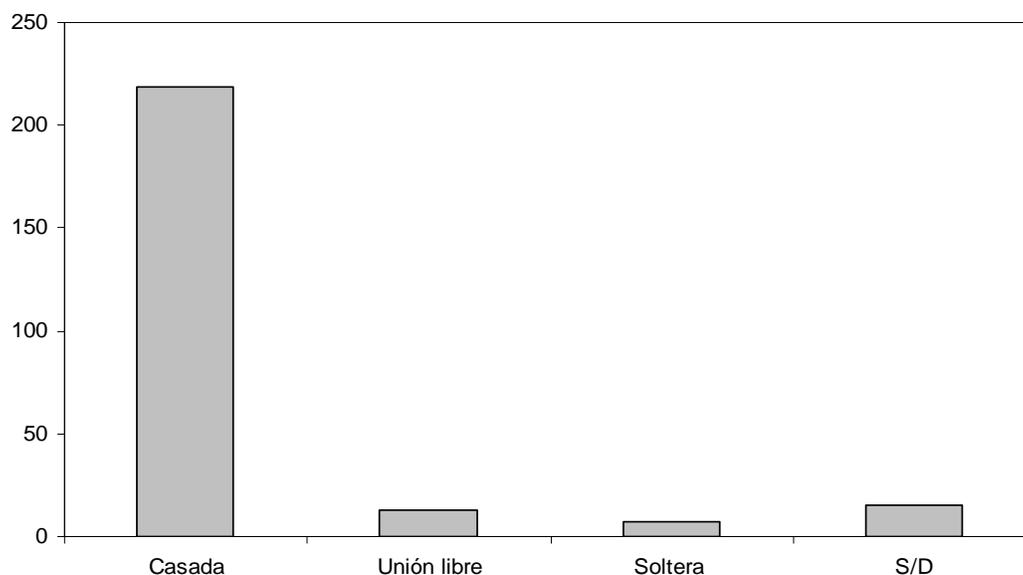
Estado Civil	F	FA	%
Casada	219	219	86
Unión libre	13	232	5
Soltera	7	239	3
S/D	15	254	6
	254		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Estado civil:

De 219 pacientes de 254 están casadas, es decir, 86% del total de las encuestadas.

Gráfico 22. Estado civil de las pacientes del área de maternidad Hospital privado (marzo-mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

La ideología que tienen las mujeres de tener una familia implica el casarse para asumir un papel importante en la sociedad.

Tabla 23. Ocupación materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo-mayo 2005).

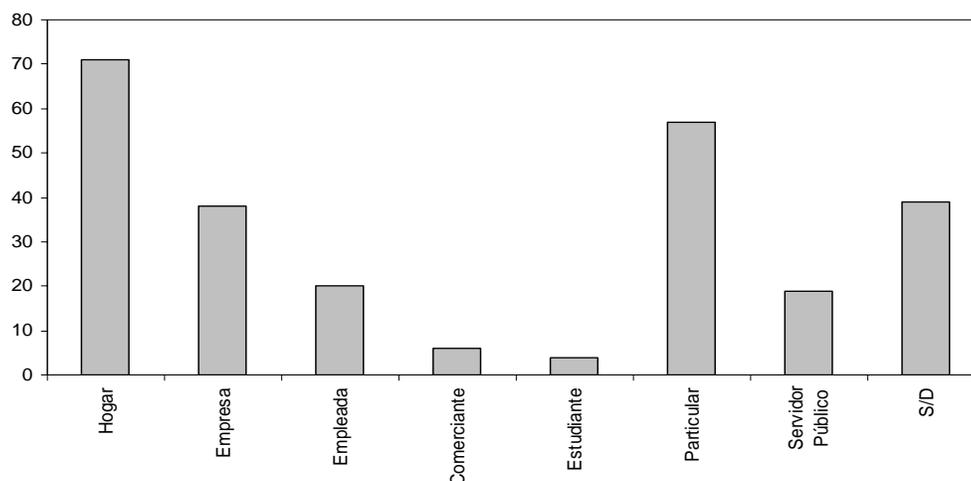
Ocupación	F	FA	%
Hogar	71	71	28
Empresa	38	109	15
Empleada	20	129	7.9
Comerciante	6	135	2.4
Estudiante	4	139	1.6
Particular	57	196	22.4
Servidor Público	19	215	7.5
S/D	39	254	15.4
	254		100

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación materna:

Se distinguen dos actividades, la primera es el hogar con 71 de 254 pacientes, es decir, el 28% y en segunda instancia es un trabajo particular con 57 de 254 pacientes entrevistadas, es decir, el 22.4%.

Gráfico 23. Ocupación materna de las pacientes del área de maternidad del Hospital privado (marzo-mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

El tener una pareja con un ingreso alto permite que la mujer al embarazarse se quede en la casa sin ninguna preocupación.

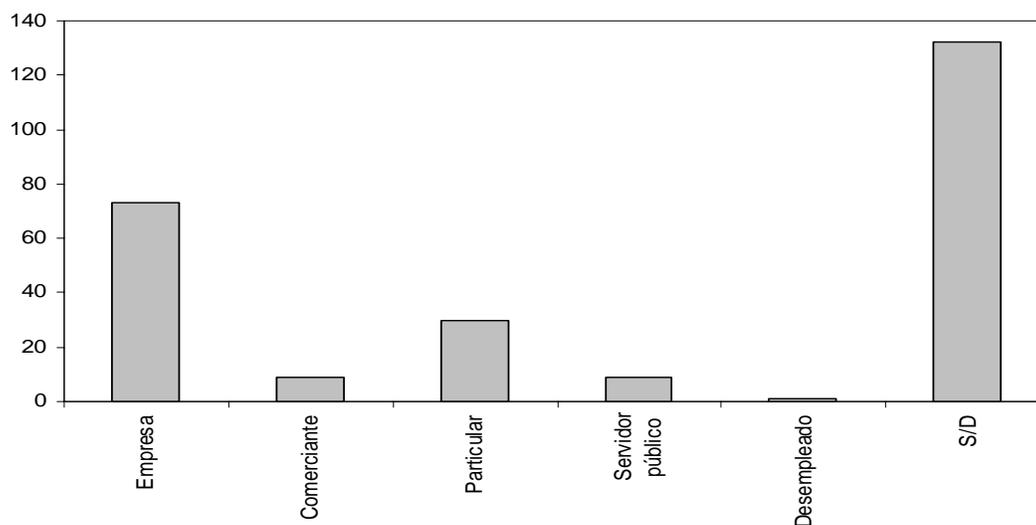
Tabla 24. Ocupación paterna del área de maternidad del Hospital privado (marzo- mayo 2005).

Ocupación	F	FA	%
Empresa	73	73	28.7
Comerciante	9	82	3.5
Particular	30	112	11.8
Servidor público	9	121	3.5
Desempleado	1	122	0.4
S/D	132	254	52.0
	254		100.0

Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

El tener un mayor grado de estudios permite un mayor ingreso y un mejor empleo. Como ya se ha mencionado la pareja puede tener una empresa familiar.

Gráfico 24. Ocupación paterna del área de maternidad del Hospital privado (marzo- mayo 2005).



Fuente: Encuesta directa realizada en los meses de marzo a mayo de 2005.

Ocupación paterna:

El trabajo en una empresa es la primera instancia con 73 de 254 entrevistas, es decir, 28.7%.

CONCLUSIONES

En la actualidad la situación política, económica y social que vive el país permite que la sociedad civil tenga una mayor participación y por lo tanto los gobernantes tienen que empezar a proponer alternativas que den una mayor estabilidad para el buen desarrollo del país. Bajo esta expectativa toda reforma debe considerar las necesidades sociales que en la gran mayoría de la población afectan.

Los programas nacionales no han tenido un impacto positivo ya que todavía existen rezagos en la atención a los usuarios, además en las instituciones de salud pública, hay una deficiencia en la calidad de los servicios que prestan. Con respecto a los programas de gobierno enfocados a la salud materno - infantil no tienen la cobertura suficiente para lograr un buen desarrollo.

La falta de compromiso de autoridades federales, estatales y municipales dan como resultado un letargo en estos programas por lo que simplemente se quedan en el papel y no se mantiene un buen funcionamiento administrativo de los recursos otorgados para estos fines.

Según el programa Arranque Parejo en la Vida del gobierno federal operó en 470 municipios de 19 Estados de la República y ha logrado reducir las muertes maternas en un 15%. Si en el programa antes mencionado tuvieron visualizado 470 municipios con un nivel de pobreza alto, qué paso con las demás localidades que no entraron en este parámetro, acaso tuvieron la misma oportunidad de acceso a un hospital digno el cual tenga una atención eficiente y con todos los recursos humanos y materiales para

que las mujeres embarazadas y el recién nacido no tuvieran ninguna complicación. Asimismo la cobertura expuesta tuvo realmente un resultado positivo para todas las comunidades, porque la mayoría no tienen acceso carretero adecuado y la distancia de una comunidad a otra son demasiado lejanas. Del mismo modo habrán tenido oportunidad para adquirir todas las vitaminas y vacunas necesarias para su embarazo. Los hospitales designados para este programa realmente tienen los recursos necesarios para atender un parto normal?

Dentro del sector de la salud es imprescindible una política de atención materno-infantil debe considerar el cuidado prenatal precoz, atención institucional de la madre y el recién nacido (parto y puerperio), un control de seguimiento del crecimiento, el desarrollo y la atención del lactante axial como una educación a los integrantes de la familia para el cuidado de la salud. Es importante que la información sea comprendida por las mujeres embarazadas, algunos de los temas que abarcaría serían: de higiene para ella y el producto, planificación familiar, factores de riesgo y sus síntomas, la responsabilidad del seguimiento post natal, responsabilidad de la pareja y familiar, asesoría nutricional.

La promoción de una adecuada educación sexual en instituciones educativas y de salud permitirá que las mujeres como los hombres tengan una concientización de este tema ya que no es tan fácil el procrear y también existen enfermedades de transmisión sexual que puede ocasionar hasta la muerte.

El trabajador social en el ámbito de salud es de suma importancia para la creación de programas que permitan un mejor desarrollo en la comunidad, considerando los factores económicos, políticos, sociales y

culturales, para establecer acciones innovadoras y relevantes en ese campo. También puede realizar manuales de procedimiento para las instituciones de salud y por lo tanto no enfocarse a una actividad específica.

El trabajador social en el área de salud debe emprender un cambio en su actitud y filosofía de trabajo para su buen desarrollo profesional ya que si se estanca en funciones asistencialistas nunca va a poder trascender. Lo anterior se puede cimentar por medio de una formación y actualización permanente que actualice sus conocimientos.

Las actividades que realizan las trabajadoras sociales en el hospital público son: hacer el estudio socioeconómico y preparar el proceso de alta de la paciente como del recién nacido. En neonatología canalizan a pacientes a otras instituciones médicas y preparan la alta del paciente. Existe una saturación del personal en el horario matutino de lunes a viernes, los días sábado y domingo hay una deficiencia en el departamento ya que a veces no hay personal que haga los trámites pertinentes ocasionando una desesperación por parte de los familiares de las pacientes.

Lo anterior permite ver que si no hay una renovación de las actividades que realiza el trabajador social, éste puede caer en la monotonía burocrática ya que solamente mantiene una sola actividad y no lleva a cabo otras funciones en las cuales podría rescatar el papel que puede adquirir el trabajador social.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se observa que, los hospitales en donde acude la población abierta no tienen

instalaciones adecuadas, así como personal médico ya que no cuentan con los recursos suficientes para atender a la población que llega. Por lo que es necesario que los gobernantes consideren la necesidad de incrementar hospitales en áreas en donde no cuenten con este servicio.

El hospital público es de referencia, por lo tanto la población que se encontró en esta institución se encuentra en una situación económica media, además la mayoría de las pacientes atendidas proceden del Estado de México específicamente de las zonas periféricas, en donde no cuentan con servicios de salud de primer nivel de atención. Por lo que es necesario una mayor apertura de centros de salud y de hospitales especializados.

En el hospital público existe el área de neonatología pero no cuenta con los recursos médicos ya que solamente cuentan con el apoyo de internos de otros hospitales que van a rotar, ni aparatos modernos que respalden el trabajo de los especialistas para los tratamientos y diagnósticos necesarios.

Como se puede observar las limitantes con que cuenta el hospital público son demasiadas, aún siendo un hospital de segundo nivel y para lo cual debería tener recursos económicos que pueda respaldar al hospital, aunado a lo anterior la infraestructura y mobiliario no es ideal para el buen funcionamiento de las distintas áreas de trabajo. Asimismo su ubicación no permite la construcción de nuevos edificios para la ampliación del mismo, pero si se podría remodelar para una mejor atención a la paciente.

Con respecto a la edad materna, en el hospital público, aún cuando se encuentra en un rango óptimo, la tendencia de embarazarse antes de

cumplir 25 años es frecuente, por lo que se deben desarrollar programas de educación sexual y planificación hacia mujeres en edad productiva lo cual permitirá una mejor planeación de embarazos

El total de consultas prenatales que tuvieron las pacientes en el hospital público es satisfactoria pero el indicador para no asistir a consultas prenatales tempranas fue la decidía, lo económico, porque se sentían bien y la distancia. Para contraponer el primer indicador se debe realizar actividades de promoción para detectar factores de riesgo durante el embarazo, fomentando así la participación de las mujeres a nivel comunitario para la promoción de un mejoramiento en sus condiciones de vida. Ligado con este indicador es cuando la paciente no asistió porque se sentía bien lo cual no es suficiente ya que a veces hay enfermedades que no necesariamente tienen síntomas que a plena vista se identifique por lo tanto es necesario acudir a consultas.

Con respecto al indicador económico, se explicaría por la falta de oportunidades de trabajo permanente por parte de la pareja o de la madre ya que la mayoría se dedica al hogar y el único sustento económico proviene de la pareja o familia. Asimismo la distancia que a veces es un factor importante para la paciente ya que en su comunidad no hay centros de salud que puedan atenderla y por lo tanto debe ir a otra zona lo cual implica un gasto más por el transporte.

Sobre el lugar donde iban a consultas, en el hospital público se encontró que asistían a centros de salud, particulares y al mismo hospital cuando era un embarazo de alto riesgo o cuando ya tenían un expediente. Por lo tanto se deben implementar programas de prevención en los centros de salud además se les deben otorgar recursos económicos

necesarios para proporcionar un servicio eficiente y también se deben ampliar los centros de salud a zonas que tengan una mayor demanda.

Con respecto al estado de residencia se observa que en el hospital público la mayoría vienen del Estado de México por lo tanto es necesario que el gobierno de esa entidad desarrolle instituciones de salud materno-infantil.

En el hospital público las pacientes tienen una escolaridad de nueve años terminada por lo tanto no es la razón para no asistir a consultas y así no enterarse de los problemas que puedan tener durante el embarazo, sino que simplemente no le asignaron la importancia que tiene. Otros factores que inciden son, la ocupación de las mujeres ya que la mayoría es ama de casa, y si la madre no cuenta con un apoyo de un familiar o conocido para cuidar a sus hijos no tendrá tiempo para ir a consulta, pero lo anterior no se debe considerar como un impedimento para que las mujeres aprendan o tengan conocimiento de las complicaciones en el embarazo.

El hospital privado al contar con recursos financieros, proporciona un servicio eficiente, el cual se aprecia en sus instalaciones, personal médico y recursos materiales, por lo tanto no tienen problemas en dar atención a sus pacientes.

En el hospital privado no existe el departamento de trabajo social, todas las gestiones lo hacen las secretarías o recepcionistas, los trámites clínicos, el personal médico. Por lo que es necesario difundir en este ramo el papel de trabajador social y su importancia en el ámbito médico-social.

El hospital privado cuenta con una infraestructura y mobiliario que permite una atención pronta pero que a su vez el costo es elevado y por lo tanto la población que se atiende en este nosocomio tiene una sustentabilidad económica alta. Además la mayoría de su población que asiste tiene estudios profesionales lo cual permite tener un mejor trabajo y salario.

En el hospital privado encontramos que las mujeres tienen hijos a partir de una edad más avanzada, esto se debe a que le dan prioridad al desarrollo profesional.

El hospital privado, tuvo una mayor asistencia a consultas prenatales por el ingreso económico que tienen las familias y así poder tener el tratamiento adecuado durante el embarazo ligado a lo anterior el lugar de asistencia fueron consultorios particulares. Por lo tanto no existen problemas para tener cita por la saturación en las consultas así como la falta de médicos.

Las pacientes del hospital privado tienen estudios universitarios lo cual hace suponer que al tener un mayor grado de estudios poseen mayor información sobre los factores de riesgo que pueden afrontar durante el embarazo y por lo tanto asumen un control de prevención.

Un punto importante que se debe destacar es lo referente a las defunciones y muertes fetales el hospital público con respecto a la edad materna se observa que la mayoría se encuentra entre los 18 años y 22 años siendo que las edades oscilan a partir de los 16 a los 29 años, por lo tanto se encuentran en una edad crítica para embarazarse. Ahora bien con respecto al periodo intergenésico, que es el tiempo que pasa de un

embarazo a otro, es relevante ya que la mayoría deja pasar un lapso de 2 meses como mínimo y de 19 meses como máximo, provocando un factor de riesgo importante. Sobre las consultas prenatales 17 pacientes tuvieron un buen control prenatal. Con respecto a las pacientes que no asistieron a consultas fue porque trabajaban y porque no sabían que estaban embarazadas. Las enfermedades con mayor frecuencia fueron la presión alta (hipertensión, preeclampsia, eclampsia), infección en las vías urinarias, polihidramnios y vaginitis. La mayoría provienen del Estado de México de los municipios de Ecatepec, Tlalnepantla y Tultitlan. La ocupación materna con mayor frecuencia es el hogar. Las enfermedades más frecuentes que tuvieron los recién nacidos fueron: asfixia, síndrome de deficiencia respiratoria, metabólicas y a prematurez extrema. La edad de defunción de los recién nacidos es de 0 a 34 días de nacido.

Con los casos de muerte fetal, la edad materna oscila entre los 17 a los 39 años, en donde los rangos con mayor frecuencia son de los 17 a los 22 años, por lo que el factor de riesgo es eminente, el número de consultas prenatales de 16 pacientes tuvieron buen control prenatal ya que fueron de 5 a 20 consultas durante su embarazo. Ahora las razones por las cuales no fueron a consultas fue el desinterés, la falta de tiempo y la distancia. Las enfermedades más frecuentes fueron alteración de la presión arterial, diabetes mellitus, vaginitis e infección en vías urinarias. La mayoría de la población atendida viene del Estado de México de los municipios de Naucalpan, Nezahualcoyotl y Ecatepec. La ocupación materna que predomina es el hogar seguido por estudiantes, empleadas y comerciantes. La causa de fallecimiento fue principalmente la interrupción de la circulación materno-fetal y seis casos fueron malformaciones congénitas.

PROYECTO: CUIDADOS PREVIOS EN LA ATENCIÓN PRENATAL EN LA MUJER GESTANTE.

El proyecto "Cuidados previos en la atención prenatal para la mujer embarazada" surge como el resultado de la experiencia directa que se tuvo en el hospital público y el hospital privado. Es así que la orientación que tiene este proyecto es de prevención, para lo cual se dan recomendaciones para promover una cultura de hábitos saludables en mujeres embarazadas.

Es necesario tener en consideración que no solamente con pláticas, se obtengan cambios oportunos, ya que existen factores que influyen en los hábitos de higiene de las mujeres sean ambientales, culturales y alimenticios. Por lo tanto para que un buen proyecto tenga resultados positivos se debe implementar una difusión nacional, lo cual permitiría una mejor aprobación en las comunidades. Para tal implementación se deben considerar las distintas instituciones de salud y escolares considerando las limitaciones que en algunas comunidades se encuentren. Es así que todos los actores políticos y sociales así como la población en general inicien una apertura ideológica que permita un incremento en el nivel de vida.

Se propone que el proyecto se implemente en hospitales con atención a la salud materno-infantil públicos y privados sean éstos de primer, segundo y tercer nivel de atención en el Distrito Federal. Como primer punto se tendría un encuentro con la dirección general de cada hospital o por medio de alguna fundación que se encuentre en cada institución. El proyecto también buscará apoyo con fundaciones de empresas privadas y organizaciones sociales. Asimismo se confirmarían reuniones con los departamentos de trabajo social para mantener un

mayor contacto con la institución y poder agilizar más el proceso de inducción.

El proyecto tiene un enfoque participativo, ya que a partir del cambio que tienen las mujeres embarazadas en la responsabilidad de llevar un adecuado control prenatal se promoverá un estilo de vida más sanos siendo esto un punto importante ya que se generan “agentes” de cambio en la salud.

JUSTIFICACIÓN.

El lograr que los individuos de una sociedad comprendan la diversidad de factores que influyen en su salud y sepan actuar sobre ellos y busquen ayuda cuando lo requieren, es decir, que tengan la capacidad de definir que es estar sano o enfermo en su propio contexto sociocultural, se debe considerar a la medicina preventiva, la cual permitirá estudios y aplicaciones de los medios necesarios para prevenir las enfermedades físicas y mentales, evitar su desarrollo e impedir sus consecuencias. Es importante que toda acción organizada de prevención este a cargo de un equipo interdisciplinario (médicos, trabajadores sociales, enfermeras, educadoras, psicólogos, terapeutas).

Considerando los puntos anteriores se debe lograr que el individuo, la familia y la comunidad comprendan los distintos factores que influyen en su salud y como debe actuar ante estos, es así que la finalidad de una educación en salud es capacitar a los individuos, familia y comunidad.

Es así que el trabajador social debe emprender en el área de salud acciones que contribuyan a modificar y mejorar las condiciones de vida,

respondiendo a las necesidades sociales de la comunidad, a través de un proceso de capacitación y educación, promoviendo la participación organizada y comprometida del grupo o comunidad. Como primera instancia se implementaría en centros de salud para tener como parámetro y así poder hacer cambios de acuerdo a las evaluaciones que se hagan.

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar las condiciones de salud de las mujeres embarazadas por medio de programas preventivos establecidos en instituciones de salud de atención materno-infantil.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar el grado de conocimiento en relación al embarazo, parto, puerperio y del cuidado del recién nacido.
- Promover acciones de auto cuidado a mujeres en edad reproductiva y embarazadas asimismo aumentar la cobertura de servicios de salud.
- Desarrollar procesos de capacitación permanente a los diferentes sectores poblacionales y personal de las instituciones de salud.
- Proporcionar información de las diferentes instituciones de salud específicas en el cuidado materno-infantil.

METAS.

- Lograr una intervención del trabajador social al 90% en equipos de salud interdisciplinarios con los conocimientos necesarios para un buen desempeño y abarcar mayores funciones de la profesión.
- Fomentar la participación responsable en un 100% de las mujeres embarazadas en todo el proceso de gestación.
- Proporcionar en un 100% la información de un buen control prenatal.

DEPENDENCIA LEGAL DEL PROYECTO.

El proyecto dependerá del departamento de trabajo social de cada institución de salud en los casos de instituciones públicas; en hospitales privados, se sujetará al departamento que este orientado a la promoción en salud, llevando a cabo su implementación y evaluación. Asimismo la responsabilidad recaerá en un trabajador social quien trabajará en estrecha relación con el grupo interdisciplinario y con las autoridades correspondientes de cada nosocomio. El trabajador social tendrá presencia diaria en cada institución, establecerá un horario de trabajo. Por las características del trabajo será necesario realizar gestiones en otras instituciones y visitas en los hogares.

SERVICIOS QUE PRESTARÁ EL PROYECTO.

- Capacitación de personal.
- Integración y organización de grupos interdisciplinarios.

RECURSOS NECESARIOS PARA EL PROYECTO.

Materiales:

Oficinas con el material necesario para desarrollar las actividades a realizar, material didáctico, salones de usos múltiples, sillas o bancas, mesas.

Humanos:

Trabajadoras Sociales (estudiantes y egresados), estudiantes de medicina, enfermeras, psicólogos y personal administrativo.

Espacio:

Instituciones de salud de primer nivel, escuelas, centros recreativos. Las actividades se llevarán a cabo en salones de usos múltiples (aulas).

LIMITES.

Tiempo:

El proyecto en primera instancia tendrá un carácter piloto de un año. Considerando un horario matutino y vespertino de lunes a domingo. Permanecerá mientras exista necesidad de este servicio para mujeres embarazadas.

UNIVERSO.

Mujeres embarazadas que van a consulta a los hospitales materno-infantil, centros de salud, consultorios particulares o de asistencia, en segundo término a las mujeres en edad reproductiva y por último a las mujeres que desean ir a los cursos.

ETAPAS Y ACTIVIDADES DEL PROYECTO.

1ª. Etapa:

- Se realizarán recorridos en los diferentes hospitales en las áreas de consulta, alojamiento conjunto, cuneros. Asimismo en los diferentes centros de salud. Se formarán grupos de análisis para revisar la información obtenida.

Líneas de acción: se utilizarán diarios de campo para anotar: a la población que va a cada institución de salud, las instalaciones, cómo elabora el personal, los horarios de consulta y de altas, se revisarán las fuentes bibliográficas y hemerográficas para analizar y delimitar el planteamiento del problema.

- Elaboración del marco operacional: se delimitará a la población, diseño de instrumentos y recolección de datos.

Líneas de acción: se realizarán los cuestionarios así como guías de observación para la recolección de datos que serán importantes en la evaluación del proyecto, también se realizarán croquis de los centros de salud para delimitar las zonas en donde se efectuarán los cursos.

2ª. Etapa:

- Elaboración diagnóstica y programación: se reunirán los diferentes grupos de trabajo para establecer las prioridades en cada institución o zona, establecer el plan de trabajo, así como las áreas de atención.

Líneas de acción: Se hará el diagnóstico de cada hospital o zona, cronogramas, calendarización de actividades, lista de los recursos disponibles en cada institución.

- Organización: se definirán las funciones de cada especialista, así como los módulos de coordinación y comunicación.

Líneas de acción: se hará un manual de funciones de cada especialidad para que los grupos de trabajo tengan un ejemplar y por lo tanto no habrá confusiones de actividades.

3ª etapa:

- Ejecución: se harán tareas de promoción para dar a conocer los cursos, dar motivación a la población objeto de estudio, capacitar a nuevos integrantes a los grupos de trabajo.

Líneas de acción: los instrumentos que se utilizaran para los cursos serán instructivos, carteles, películas, folletos, manuales, dinámicas de grupos, cuestionarios, entrevistas.

- Desarrollo de los cursos:

Tema: Cuidados Maternos y Fetales

Objetivo: Dar a conocer los cuidados que deben tener las mujeres embarazadas durante y después del parto.

Contenido: Identificación del embarazo (normal o de riesgo), cuidados y vigilancia prenatal, atención hospitalaria, educación para padres.

Tema: Cuidados Subsecuentes y control post-natal

Objetivo: Fomentar hábitos higiénicos para mantener una vida saludable.

Contenido: Hábitos de higiene en la madre y del bebé, lactancia, seguimiento de consultas, vacunas.

Tema: Mujer y salud

Objetivo: Sensibilización, orientación de las mujeres embarazadas, la familia y comunidad.

Contenido: Nutrición, enfermedades de transmisión sexual, factores de riesgo durante el embarazo, inmunizaciones.

4ª etapa:

- Supervisión: Se mantendrán las reuniones de los diferentes grupos de trabajo para dar a conocer los reportes de cada sesión.

Líneas de acción: para la supervisión se harán informes o reportes de cada sesión así como reuniones con los jefes de los diferentes

departamentos de cada hospital para dar a conocer los resultados. Se hará trabajo social individualizado dependiendo de casos extremos.

EVALUACIÓN.

En forma permanente serían las mujeres gestantes y el equipo interdisciplinario quienes controlarán la marcha del proyecto, además mensualmente el grupo dará a conocer los logros y dificultades existentes para que en conjunto con los departamentos administrativos de cada instituto de salud se haga la evaluación final que permitirá reprogramar el trabajo a futuro.

La evaluación también tratará de aplicar una prueba antes y después de cada tema a los participantes para conocer si los conocimientos fueron adquiridos fácilmente y si hubo un cambio conductual.

BIBLIOGRAFÍA

Ander-Egg, Ezequiel, *Diccionario del trabajador social*, Buenos Aires, Ed. Lumen, 1995, P. 351

Anuarios y cuadernos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), México, 2002, P. 591

Arteaga Basurto, Carlos, [et al.], *Ciencias sociales e investigación social*, México, Ed. UNAM-ENTS, 2004, P.113

Aylwin de Barro, Nidia, [et al.], *Un enfoque operativo de la metodología de trabajo social*, Buenos Aires, Ed. Humanitas, 1982, P. 190

Beischer, Norman A., [et al.], *Obstetricia y neonatología*, México, Ed. McGraw Hill Interamericana, 2000, P. 815

Correa V, José Alberto, [et al.], *Fundamentos de pediatría*, Medellín, Ed. Corporación para investigación biológicas, Tomo 1, 1999, P. 609

Dowshen Steven A., *Guía de salud infantil para padres desde el embarazo hasta los cinco años*, Madrid, Ed. McGraw Hill, 2002, P. 787

Elu, María del Carmen y Elsa Santos Pruneda, *Una nueva mirada a la mortalidad materna en México*, México, Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México, 1999, P.373

Enciso M. Jesús E., *Ley General de Salud*, México, Distribuidora y Editora Mexicana, 2002, P. 1177

Fonseca Mora, Ma. Carmen, coordinadora, *Realidad de la mujer la tarea de observar desde la perspectiva de genero*, España, Colección Septem universitas, 2002, P. 208

Gant, Norma F, Cunningham, F. Gary, *Manual de Ginecoobstetricia*, México, Ed. Manual Moderno, 1995, P. 608

García Viveros, Mariano, [et al.], *Modelos para la implantación de proyectos productivos de salud y educación en América Latina*, México, Fundación Mexicana para la salud (FUNSALUD), 2002, P.398

Germain A., Gant, Sánchez M. Martha C., *Cuidados en el embarazo*, Chile, Universidad Católica de Chile; 2004, P. 246

Gernez Rieux Charles y Gervois M., *Medicina preventiva, salud pública e higiene*, México, Ed. Limusa, 1989, P.534

Jubiz Hazbun, Alfonso, *Obstetricia y Ginecología*, Colombia, Universidad de Antioquia, 1999, P.661

Kisnerman Natalio, *Salud pública y trabajo social*, Argentina, Ed. Humanitas, 1990, P. 246

Ortiz Hernández, Luis [et al.], *Mortalidad infantil y desigualdad socioterritorial en México*, México, UAM Unidad Xochimilco, 2002, P. 131

Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, Poder Ejecutivo, México, P. 205

Sánchez Rosado, Manuel, coordinador, *Manual de trabajo social*, México, Ed. Plaza y Valdez, 2004, P. 479

Septien, José Manuel, *Historia de la ginecología y la obstetricia en México*, México, Instituto de Gineco-Obstetricia, Ed. Ciencia y Cultura, 1986, P. 697

Sonis, Abraham, *Medicina Sanitaria y Administración de salud*, Buenos Aires, El Ateneo; 1971, P 207

Schutter, Antón de, *Investigación participativa, una opción metodológica para la educación de adultos*, México, CREFAL, 1985, P. 394

Stern Feitler, Claudio coordinador, *El papel del trabajo materno en la salud infantil, contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, México, Colegio de México, The Population Council, 1996,P. 419

Ziegler, Ekhard E. y Filer Jr., L.J., *Conocimientos actuales sobre nutrición*, 7ª. Edición, EUA, Organización Panamericana de Salud (OPS), 1997, P. 731

HEMEROGRAFÍA

Para la atención de la mujer durante el embarazo, parte puerperio y recién nacido, 007-SSA2-1993 Diario Oficial Mexicana, enero de 1995.

La Jornada, lunes 28 de agosto, 2006, México, D.F.

Milenio diario, jueves 19 de octubre, 2006, México, D.F.

El Universal, sábado 2 de septiembre, 2005, México, D.F.

ANEXO

Esteroides prenatales: SI () NO ()
Tipo _____ Dosis _____ Ciclos _____

Reproducción asistida: SI () NO ()
Inseminación artificial _____ In vitro _____ Medicamentos _____

Lugar de residencia:
Estado _____ Delegación o Municipio _____

Escolaridad materna: (anotar el # de años estudiados)
Ninguna _____ Analfabeta _____
Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Licenciatura _____
Posgrado _____

Escolaridad paterna: (anotar el # de años estudiados)
Ninguna _____ Analfabeta _____
Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Licenciatura _____
Posgrado _____

Estado civil:
Soltera _____ Unión libre _____ Casada _____
Ocupación materna: _____

Dejo de trabajar durante el embarazo: NO () SI () especificar _____

Dirección del trabajo: _____

Ocupación paterna: _____

Dirección del trabajo _____

Método anticonceptivo:
Hormonales _____ DIU _____ Barrera _____ Ritmo _____

Multivitaminas SI () NO ()

Tatuajes en alguno de los padres (especificar) _____

DATOS DEL NEONATO

Gesta número _____ APGAR 1' _____ 5' _____

Vía de nacimiento: Vaginal _____ Fórceps _____ Cesárea (motivo) _____

Embarazo: Único __ Gemelar __ Múltiple Sexo: Femenino __ Masculino __

Peso al nacimiento: _____ grs.

Edad gestacional al nacimiento: CAPURRO __ FUR __ USG __ BALLARD __

Maniobras de reanimación: Básica _____ Avanzada _____
Especificar: PPI _____ Intubación _____ Masaje _____ Medicamentos _____

Pase a: Alojamiento conjunto _____ Cunero _____ T. intermedia _____ UCIN
____ Otro _____
Otro hospital (especificar) _____

Tiempo de hospitalización: _____ horas _____ días

Defunción: NO () SI () Edad de defunción: _____ horas
_____ días

Enfermedades neonatales en caso de hospitalización y defunción.

Asfixia	
Barotrauma (Sx. Fuga aérea, neumotórax)	
Enfermedades cardiacas	
Enterocolitis necrosante	
Hemorragia interventricular	
Hemorragia pulmonar	
Metabólicas	
Malformaciones congénitas	
SDR	
Sepsis (especificar)	
Trauma obstétrico	
Otros (especificar)	

DATOS DEL FETO

Gesta número _____

Embarazo: Único ___ Gemelar ___ Múltiple ___ Sexo: Femenino _____ Masculino _____

Peso al nacimiento: _____ grs.

Edad gestacional al nacimiento: CAPURRO ___ FUR ___ USG ___ BALLARD _____

Piel macerada: NO () SI () especificar _____

Malformaciones congénitas aparentes: NO () SI () especificar _____

Causa de óbito _____

Revisión a los 7 días de vida: SI ___ NO _____