



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**RIESGO GESTACIONAL EN LAS MUJERES DE LA
COMUNIDAD VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
Lic. en Enfermería y Obstetricia

PRESENTA:

Fabiola Briones López.
No. Cuenta: 300076693

DIRECTOR DE TESIS: MCE Hugo Tapia Martínez

MÉXICO, D.F.

MAYO DEL 2008.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser
mi casa, mi fuente de conocimientos y la impulsora de mi
crecimiento profesional.*

*A mi asesor, por su ayuda y guía para la realización de
este trabajo.*

*A todas las personas que directa o indirectamente
colaboraron con mi desarrollo profesional.*

Gracias

DEDICATORIAS

A mi padre:

Por ser un hombre fuerte, grandioso, valeroso; gracias por ser mi ángel y mi luz en mi camino, sé que dondequiera que te encuentres estás orgulloso de este logro.

A mi madre:

Por ser la mujer más valiosa en mi vida, por tu fortaleza, apoyo, valentía y entrega; por brindarme tu cariño y guiar mi camino con tu resplandor.

A mi hermano:

Por tu energía, coraje y ganas de crecer, te agradezco por ser un ejemplo de vida.

A Omar:

Por tu apoyo, paciencia, comprensión, por creer en mí y sobre todo, por tu amor; gracias por formar parte de mi vida.

CONTENIDO

	Págs.
INTRODUCCIÓN.....	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
2. JUSTIFICACIÓN.....	3
3. OBJETIVOS.....	4
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
4. MARCO TEÓRICO.....	5
4.1 ENFOQUE DE RIESGO EN LA SALUD DE LA GESTACION.....	5
1 Antecedentes epidemiológicos.....	5
2 Conceptos.....	8
1 Enfoque de riesgo.....	8
2 Salud materna.....	8

3	Vulnerabilidad.....	9
4	Factores de riesgo.....	9
5	Valoración de riesgo gestacional.....	11
3	Atención prenatal.....	12
1	Concepto.....	13
2	Atención prenatal inicial.....	14
1	Valoración de enfermería de la mujer gestante.....	14
2	Mitos y creencias sobre el embarazo.....	21
3	Cuidados prenatales.....	26
4	Atención prenatal subsecuente.....	30
1	Valoración.....	3
	1	
2	Cuidados.....	34
	4.1.4 Descripción de la comunidad Valle de Chalco	
	Solidaridad.....	38
	5. MATERIAL Y MÉTODOS.....	40
	5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	40
	5.2 VARIABLE.....	40

5.2.1	Indicadores de la variable.....	40
5.2.2	Operación de la variable.....	42
5.3	POBLACIÓN.....	45
5.4	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN.....	45
5.4.1	Técnicas.....	45
5.4.2	Instrumentos.....	46
5.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	48
5.7	RECURSOS.....	48
5.7.1	Humanos.....	48
5.7.2	Materiales.....	48
5.7.3	Financieros.....	48
6.	PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
7.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	94
8.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	100
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	103

INTRODUCCIÓN

La salud materna, como problema de salud pública no resuelto, tiene un impacto desfavorable; se enfrenta a todas aquellas circunstancias biológicas, culturales, psicosociales y de tipo institucional que conlleva poner en peligro la vida de la madre y su hijo durante el embarazo.

Un número importante de las muertes maternas y neonatales son consideradas como evitables mediante la atención médica oportuna, siendo uno de los principales retos del control prenatal, lograr que las mujeres acudan a consulta en el embarazo y que participen de una manera responsable en el autocuidado de su salud, además de prácticas que favorezcan un embarazo y nacimiento sanos y satisfactorios.

El interés por realizar la presente investigación surge a partir de la observación de que existen factores que ponen en riesgo la salud de la mujer y su hijo, pero también es cierto que uno de los principales problemas de salud es la falta de conocimiento por parte de la población acerca de cómo proteger y fomentar su propia salud. Con este estudio se pretende describir los factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales más importantes que pueden afectar la salud madre e hijo.

En el primer apartado se aborda la descripción del problema, dentro del cual se realiza un bosquejo general de la investigación, posteriormente se definen la justificación y los objetivos del estudio.

En el cuarto punto se describe el marco teórico en donde la información científica existente en la bibliografía apoya los objetivos y fundamenta la investigación. En el quinto apartado se presenta la metodología, en ella se incluye el tipo de investigación, así como su variable, indicadores, población e instrumento de recolección. Por último se realizó la integración y presentación de la información y el análisis e interpretación de resultados, para finalizar con las conclusiones y sugerencias.

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El problema surge durante la experiencia académica en las materias de Obstetricia I y II de la carrera de Licenciado en Enfermería y Obstetricia; al estudiar la elevada tasa de mortalidad materna, sus factores de riesgo, su manejo médico-asistencial y la participación de enfermería; donde se concluye que aunque existen programas nacionales e internacionales para “favorecer el embarazo, parto, puerperio y recién nacido sin riesgos” aún se aprecian deficiencias en la atención materna.

Como ejemplo podemos señalar la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad, una de cientos de comunidades desprotegidas por el gobierno, en el Estado

de México; donde observamos que varias mujeres gestantes no llevan el control prenatal en el centro de salud, al cuestionarles por qué no lo hacen, refieren entre otros motivos: desconocimiento de la existencia de atención prenatal, falta de recursos económicos, temor a la familia o comunidad por el hecho de estar embarazadas, y las mujeres que han llevado el control, algunas mencionan trato inadecuado del personal de salud.

Desde el enfoque de riesgo, estas mujeres vulnerables o desprotegidas del sistema de salud, están en riesgo de padecer daños en su salud materna, de hecho, según datos estadísticos, el Estado de México ocupa los primeros lugares de mortalidad materna en el país, de tal manera que no sorprende que existan factores de riesgo durante la gestación que estén influyendo en las mujeres de esta entidad.

Al reflexionar sobre la situación anterior, nos cuestionamos: ¿Qué aspectos hay detrás, en estas mujeres que las motivan a no asistir a la atención prenatal?, ¿es el sistema de salud el factor causante de la negación de las mujeres de esta localidad para llevar su atención prenatal? ó ¿Existen aspectos culturales (creencias) en las mujeres que determinan su falta de interés por la atención profesional prenatal? El reconocimiento de factores de riesgo de las mujeres y de su entorno, sin duda ayudarán a aclarar estas preguntas. Motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación:

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles son los factores de riesgo presentes en las mujeres gestantes de la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad?

1. JUSTIFICACIÓN

El siguiente proyecto de tesis se realiza con el propósito de identificar cuales son los factores de riesgo más importantes en la población materna de la comunidad “Valle de Chalco Solidaridad”; con los resultados esperados, se

pretende que las futuras madres lleven un adecuado control prenatal y se fomente el autocuidado por medio de la prevención y la educación, para favorecer la salud materna y recién nacidos sanos en un entorno familiar.

Los futuros profesionales de enfermería a través de este estudio, encontrarán información sobre los principales factores de riesgo relacionados con el control del embarazo, que cada vez más se presenta en nuestro entorno, es decir en aquellas comunidades desprotegidas, y permitan a las y los enfermeros, valorar a mujeres gestantes para brindar cuidados de calidad, favorecer el autocuidado y contribuir a la disminución de la mortalidad materna.

Los datos obtenidos serán de gran ayuda para el sistema de salud, ya que se reconocerán los factores de riesgo que se relacionan con el rechazo de las mujeres gestantes de la comunidad al control prenatal que ofrecen los centros de salud; esto dará pie a que se mejoren las condiciones en las que se lleva a cabo la atención prenatal.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo presentes en las mujeres de la comunidad Valle de Chalco Solidaridad en el 2008.

2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar a las mujeres gestantes en la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México.
- Describir los factores de riesgo biológicos presentes en las mujeres gestantes.
- Identificar los factores de riesgo psicosociales de las mujeres gestantes.
- Señalar los factores de riesgo culturales de las mujeres gestantes.
- Diseñar una intervención de enfermería que favorezca la salud materna de las mujeres de Valle de Chalco Solidaridad.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 ENFOQUE DE RIESGO EN LA SALUD DE LA GESTACION

El cuidado prenatal basado en la utilización del enfoque de riesgo, busca identificar factores de riesgo en la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Si tenemos en cuenta que la mortalidad materna y perinatal es un problema de salud, es prioritario, no sólo el aumento de la calidad de la atención prenatal en la población, sino una adecuada intervención de los factores de riesgo que permita lograr una reducción de la morbilidad y mortalidad maternas y neonatales.

1 Antecedentes epidemiológicos.

El Estado de México ocupa los primeros lugares a nivel nacional de mortalidad materna, fenómeno que se ha convertido en un serio problema de salud pública en el país, los siguientes datos sirven como base para detectar las deficiencias que existen en cuanto a salud materna en el Municipio, así como punto de partida para este estudio.

TOTAL DE MUJERES RESIDENTES EN EDAD REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD A MITAD DE AÑO 2007

RANGO DE EDAD	NÚMERO
10 A 14	18,987
15 A 19	24,676
20 A 24	17,417
25 A 29	15,866
30 A 34	13,746
35 A 39	10,624
40 A 44	10,221
45 A 49	7,224

El cuadro muestra un índice alto de mujeres de 15 a 19 años y de 10 a 14 años, lo que quiere decir es que existe una mayor probabilidad de que se den embarazos en estos intervalos de edades.

DEFUNCIONES MATERNAS 2005 SEGÚN CAUSA EN VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD

Municipio Residencia	Clave CIE lista Mexicana	Causa CIE - 10	Defunciones	Tasa por 10,000 NVR.
122 VALLE DE CHALCO	43A-43D	ABORTO	1	1.38
SOLIDARIDAD	43F,43K	HEMORRAGIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	1.38
	43M-43N	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	1	1.38
	45	CAUSAS OBSTÉTRICAS INDIRECTAS	1	1.38
		Total 122 VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD	4	5.50

Los datos anteriores respaldan que las principales causas de mortalidad maternas son aborto, hemorragias y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, de las cuales pueden ser prevenibles con una adecuada atención y educación prenatal.

**PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL 2005
(Menor de 1 año) VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD**

Municipio Residencia	Causas	Total	Tasa por 1,000 NVR.
		Menores de 1 año	
122 VALLE DE CHALCO	Asfixia y trauma al nacimiento	50	6.88
	Infecciones respiratorias agudas bajas	28	3.85
	Enfermedades infecciosas intestinales	16	2.20
	Malformaciones congénitas del corazón	12	1.65
	Infecciones respiratorias agudas altas	4	0.55
	Bajo peso al nacimiento y prematuréz	3	0.41
	Desnutrición calórico protéica	3	0.41
	Agresiones (homicidios)	2	0.28
	Anencefalia y malformaciones similares	1	0.14
	Asma	1	0.14
	Leucemia	1	0.14
	Sífilis	1	0.14
	Síndrome de Down	1	0.14
	Tos ferina	1	0.14
	Total Principales	124	17.05
	Causas mal Definidas		
	Total Las demás Causas	50	6.88
	Total 122 VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD	174	23.93

Los datos enunciados muestran que hay un alto índice de mortalidad neonatal por asfixia y trauma al nacimiento, lo que significa que la atención perinatal y del parto no son eficientes, ya que estas muertes son prevenibles, al igual que la detección oportuna de malformaciones congénitas.

4.1.2 Conceptos.

1 Enfoque de riesgo.

Es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades sustentado en el concepto de riesgo y se basa en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermarse o morir, sino que en algunos casos la probabilidad es mayor que en otros. De esta manera se determinan las necesidades de cuidado que van a ser desde un mínimo de individuos de bajo riesgo hasta un máximo para aquellos que presentan mayor probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones de salud.

Finalidad del enfoque de riesgo:

- Para mejorar las condiciones de vida.
- Para identificar los grupos más vulnerables.
- Se toman prioridades de acuerdo al daño.
- Ampliación de la cobertura de los recursos.
- Mejorar la atención y referencia de los pacientes.

El enfoque de riesgo es un método de vital importancia en el área de la salud, ya que en base a éste se pueden sistematizar las intervenciones y los cuidados que necesita un individuo o comunidad para minimizar los riesgos y/o el efecto de ellos en la salud.

2 Salud materna.

A lo largo de su vida, la mujer se encuentra con problemas de salud específicos de su biología y papel en la sociedad. El embarazo es un proceso fisiológico normal, el proceso de la reproducción se desarrolla por patrones biológicos. Sin embargo, el embarazo altera los procesos psicofisiológicos de

la mujer y tiene el potencial para afectar el estado de salud, de la madre y del hijo.

Salud materna significa llevar una vida plena y saludable que incluye el bienestar físico, emocional, social y cultural. Los cuidados de la salud materna incluyen los componentes médicos y los de enfermería necesarios para proteger la vida y la salud de la madre y el feto, asegurar que sea una experiencia satisfactoria y que favorezca el desarrollo de la mujer y su familia.

3 Vulnerabilidad.

En cada sociedad existen comunidades, grupos de individuos, familias o individuos que presentan más posibilidades que otros, de sufrir en un futuro enfermedades, accidentes, muertes prematuras, etc., son individuos o comunidades vulnerables.

La **vulnerabilidad** se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. Cualquier individuo que se encuentra en una posición o situación de riesgo que le hace susceptible a padecer un daño.

4 Factores de riesgo.

Un factor de riesgo es la característica o atributo cuya presencia se asocia con la probabilidad de padecer un daño. Los riesgos se clasifican en:

- Riesgo real: es la existencia de una enfermedad y esta va a causar algún daño a futuro.
- Riesgo relativo: mide la diferencia entre la probabilidad de padecer un daño que tienen los expuestos al factor y los no expuestos.
- Riesgo potencial: es lo que puede llegar a ocurrir y causar daño.

La detección oportuna de los factores de riesgo minimizan el impacto desfavorable en la salud de la mujer gestante y su hijo; el profesional de enfermería tiene un papel muy importante en éste proceso, ya que tiene la función de prevenir y detectar los riesgos que afectan la salud materna y con ello diseñar una intervención efectiva a favor de la paciente.

Riesgo perinatal, según la OMS, es “toda característica o circunstancia determinable de una persona o un grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, está asociada a un riesgo anormal de aparición o evolución de un proceso patológico o de afectación especialmente desfavorable de tal proceso”.

Tipos de riesgo perinatal:

- Preconcepcional: determina los factores de riesgo que podrían producir un daño a la salud de la mujer o su hijo, en un próximo embarazo.
- Obstétrico: clasifica los riesgos que ocurren durante el embarazo y el parto.
- Perinatal: detecta los factores de riesgo desde la vigésima octava semana de la gestación hasta los siete días de vida neonatal, además de considerar los riesgos maternos también predice los que le ocurrirán al feto.

Si bien el embarazo es un proceso fisiológico natural, ante el cual las mujeres pueden reaccionar de diferente manera, no son solamente los factores biológicos los que las ponen en riesgo ante este evento; factores de tipo económico, social, cultural y la calidad con que se proveen los servicios de salud, juegan un papel crucial en la evolución y resolución satisfactoria de la gestación. Algunos de estos factores son los siguientes:

Factores biológicos

- Edad.
- Paridad.
- Estatura.

- Estado nutricional.
- Enfermedades preexistentes.
- Exposición a sustancias tóxicas y teratógenas.

Factores Psicosociales

- Hábitos de comportamiento: alimentarios, consumo de drogas, tabaco o alcohol.
- Ausencia de la pareja.
- Situación de crisis matrimonial.
- Sistemas de apoyo deficientes.
- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Eficacia del control prenatal.
- Calidad de los servicios.
- Nivel socioeconómico.
- Servicios insuficientes.

Factores Culturales

- Escolaridad.
- Ocupación.
- Religión.
- Mitos y creencias sobre el embarazo.
- Acceso a medios de difusión.

4.1.2.5 Valoración de riesgo gestacional

Para valorar el tipo de riesgo al que está expuesta la mujer embarazada y para derivarla al servicio de salud correspondiente, se pueden utilizar los siguientes niveles de riesgo:

Bajo (0): pacientes que no presentan ningún factor de riesgo de los siguientes niveles:

Medio (I): pacientes con: anomalías pélvicas, estatura baja, cardiopatía clase I, nivel socioeconómico bajo, control prenatal insuficiente, diabetes, edad desfavorable, esterilidad previa, tabaquismo, embarazo múltiple, hemorragias del primer trimestre, incompatibilidad Rh, incremento o disminución excesiva de peso, infecciones maternas y urinarias, multiparidad, periodo intergenésico menor de 12 meses, VDRL positivo.

Alto (II): amenaza de parto prematuro, anemia, cardiopatía clase II, drogadicción, alcoholismo, embarazo postérmino, endocrinopatías, hemorragias del segundo y tercer trimestre, polihidramnios, oligohidramnios, antecedentes obstétricos desfavorables, malformaciones fetales, malformaciones uterinas, tumores, cirugía uterina previa, presentaciones desfavorables, retraso en el crecimiento intrauterino, preeclampsia leve.

Muy alto (III): cardiopatías clase III y IV, diabetes gestacional, preeclampsia severa, isoimmunización, patologías graves, placenta previa.

Esta categorización funciona como herramienta para brindar prioridad a las intervenciones y cuidados que requiere cada mujer gestante, cabe resaltar que no todos los embarazos son iguales por ello es necesario valorar a cada mujer y detectar los factores que ponen en riesgo su salud.

2 Atención prenatal

La atención prenatal es una herramienta de detección oportuna de factores de riesgo, también depende de su efectividad, del número de consultas, el momento en que éstas se llevan a cabo, la etapa gestacional en que se inician y la calidad de la atención brindada.

En México, una de las líneas de acción del Programa Nacional de Salud propone crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres y mejorar la calidad de la atención de los servicios. En el cuidado del embarazo este programa tiene la meta de "garantizar la atención prenatal

adecuada y oportuna, el nacimiento con un mínimo de riesgos y la vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país".

La contribución de la enfermería en este ámbito es educar a la mujer embarazada y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado a la salud, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados.

Casi 50% de las muertes maternas y neonatales podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio por personal calificado. En países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

Por ello es importante que se haga énfasis en la cultura de prevención, además de la formación de profesionales de la salud capacitados para brindar una atención prenatal de calidad.

1 Concepto.

En México, al igual que en los países de América Latina, la mortalidad materna y neonatal representa un problema de salud pública.

El objetivo de la atención prenatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta, se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

La atención prenatal consiste en un conjunto de actividades dirigidas a la embarazada con la finalidad de obtener el mejor grado de salud de ella y de su hijo, y prevenir el riesgo de muerte o de alguna complicación del

embarazo. Para que la atención prenatal sea eficaz, deberá ser: **oportuna, continua, integral y extensa.**

2 Atención prenatal inicial.

El proceso mediante el cual se brindan los servicios de salud a la familia gestante debe tener características de calidad, oportunidad y suficiencia en todos los aspectos del cuidado materno. En este sentido, cobran importancia las relaciones interpersonales que logren establecer vínculo entre el personal de salud y la pareja que acude al servicio, de manera que se posibilite la comunicación y mediante esta se establezca un compromiso mutuo para llevar a feliz término la gestación y el parto. Una de las funciones más importantes de la atención prenatal inicial es la detección de riesgos y su tratamiento oportuno y adecuado para controlarlos.

1 Valoración de enfermería de la mujer gestante

Los principales objetivos esta primera evaluación integral son:

- Determinar el estado de salud de la madre y el feto.
- Determinar la edad gestacional del feto.
- Iniciar un plan para continuar con la atención obstétrica.

Para la valoración de la mujer gestante se utiliza el *nuevo modelo de control prenatal de la OMS*; el cual divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquellas elegibles para recibir el Control prenatal de rutina (llamado componente básico) y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios pre-establecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la

edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda los cuidados correspondientes a su patología o factor de riesgo detectados.

Es decir, el Lic. en Enfermería y Obstetricia puede brindar atención a mujeres gestantes de bajo riesgo, desde el control prenatal hasta la atención del parto, por ello es necesario revisar el formato del componente básico de control prenatal de la OMS para que se identifique el riesgo obstétrico y se derive a la mujer a un centro especializado si así lo requiere.

FORMATO DEL COMPONENTE BÁSICO DE CONTROL PRENATAL DE LA

Nombre de la paciente: _____	Número de Historia clínica	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						
Dirección: _____		Teléfono: _____						
INSTRUCCIONES: Responda las siguientes preguntas marcando con una cruz en el casillero correspondiente.								
ANTECEDENTES OBSTETRICOS								
1. Muerte fetal o muerte neonatal previas.	No	SI						
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
2. Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
3. Peso al nacer del último bebé < 2500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
4. Peso al nacer del último bebé > 4500 g.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
5. ¿Tuvo una internación por hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
6. Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
EMBARAZO ACTUAL								
7. Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.	No	SI						
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
8. Menos de 16 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
9. Más de 40 años de edad.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
10. Isoinmunización Rh (-) en el embarazo actual o en embarazos anteriores.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
11. Hemorragia vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
12. Masa pélvica.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
13. Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
HISTORIA CLÍNICA GENERAL								
14. Diabetes mellitus insulino dependiente.	No	SI						
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
15. Nefropatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
16. Cardiopatía.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
17. Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
18. Cualquier otra enfermedad o afección médica severa.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>						
Por favor, especifique _____ _____								
Una respuesta SI en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir, una cruz en cualquier casillero sombreado) significa que la mujer no es elegible para el componente básico del nuevo modelo de control prenatal.								
¿Es elegible?	(marque con un círculo)	NO SI						
Si la respuesta es NO, será derivada a _____								
Fecha _____	Nombre _____	Firma _____						
(personal responsable de CPN)								

OMS

Realizada la valoración de riesgo obstétrico, o si se encontrara alguna de las patologías que se mencionan a continuación, el profesional de enfermería tomará en cuenta los siguientes criterios:

FORMULARIO PARA DERIVACIÓN

Si se diagnostican las siguientes patologías, proceder como se recomienda:

<ul style="list-style-type: none">• Diabetes:	Derivar; debe tener cuidado continuo de nivel superior.
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatía: 	Derivar; continuar de acuerdo al diagnóstico del especialista.
<ul style="list-style-type: none"> • Nefropatía: 	Derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia: 	Dar consejo sobre medicación continua.
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de drogas: 	Derivar para cuidados especializados.
<ul style="list-style-type: none"> • Signos de anemia severa y Hb <70 g/l: 	Incrementar la dosis de hierro [BSR], o derivar si hay disnea.
<ul style="list-style-type: none"> • VIH positivo: 	Asesorar sobre la práctica de sexo seguro y sobre el riesgo para el bebé y el compañero; y derivar para tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH [BSR].
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de enfermedad genética: 	Derivar.
<ul style="list-style-type: none"> • Primigrávida: 	Aconsejar sobre los beneficios del parto que tiene lugar en el centro de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Mortinato previo: 	Derivar; continuar de acuerdo al consejo del especialista.
<ul style="list-style-type: none"> • Neonato previo con retardo de crecimiento (RCIU validado): 	Derivar al nivel de atención superior y continuar según consejo del especialista.
<ul style="list-style-type: none"> • Internación por eclampsia o preeclampsia: 	Derivar; continuar según consejo del especialista [BSR].
<ul style="list-style-type: none"> • Cesárea previa: 	Remarcar que el parto debe ser hospitalario.
<ul style="list-style-type: none"> • Presión sanguínea alta (>140/90 mmHg): 	Derivar para evaluación [BSR].
<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Masa Corporal (IMC) (peso en kg/altura m²): 	Derivar para evaluación nutricional si IMC <18,5 ó >= 32,3 kg/m ² . Tener en cuenta que estos puntos de corte pueden requerir validación [BSR]. Si se dispone de una tabla de referencia local de peso para altura, puede incorporarse a los

procedimientos clínicos. Si no es el caso, se recomienda el peso materno previo al embarazo para la evaluación del estado nutricional de la paciente durante la primera visita prenatal.
--

HISTORIA CLÍNICA DE ENFERMERÍA DE LA MUJER EMBARAZADA

La historia clínica es esencialmente una herramienta de detección selectiva que identifica aquellos factores que pueden suponer un riesgo para la madre o para el feto durante el embarazo. Los datos que se deben obtener en la historia son los siguientes:

1. *Datos personales:*

Nombre, edad, lugar de nacimiento, escolaridad, ocupación de la paciente y de la pareja, domicilio, teléfono.

2. *Antecedentes heredofamiliares:*

Entre los más sobresalientes están: diabetes, hipertensión arterial, malformaciones congénitas, tuberculosis, epilepsia, embarazos múltiples, obesidad.

3. *Antecedentes personales patológicos:*

Se pretende conocer los padecimientos agudos y crónicos vigentes en el momento del embarazo o que hayan dejado secuelas como diabetes, cardiopatías, neuropatías, hipertensión arterial, obesidad, entre otras; se incluyen antecedentes de la infancia como rubéola, fiebre reumática, etc.

4. *Antecedentes personales no patológicos:*

Estado socioeconómico y cultural, hábitos higiénicos y dietéticos, toxicomanías.

5. *Antecedentes ginecoobstétricos:*

Menarca, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, duración y periodicidad del ciclo menstrual, número de gestas, partos, abortos, cesáreas, nacimientos pretérmino, óbitos o muertes neonatales; uso de métodos anticonceptivos, fecha de la última menstruación.

6. *Exploración física:*

La valoración debe incluir los siguientes aspectos:

EXPLORACIÓN GENERAL

I. Debe hacerse un registro de los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, temperatura), la medición de la tensión arterial debe realizarse en cada visita para detectar algún problema de hipertensión; si la tensión sistólica aumenta 30 mmHg o más o la tensión diastólica aumente en 15 mmHg o más de los valores normales (120/80 mmHg) se clasifica como hipertensión arterial.

II. Peso y talla.

III. Piel y cabello: detectar trastornos metabólicos como hipotiroidismo.

IV. Boca: evaluación de la higiene bucal y verificación de la presencia de focos sépticos (caries).

V. Cuello: verificarse presencia de pulsos carotídeos y su normalidad, buscar tumoraciones, crecimientos glandulares o linfadenopatía.

VI. Mamas: detectar alguna alteración en su simetría, estado de la piel, pezones y tumoraciones, tanto en las glándulas como en las axilas.

VII. Auscultación del tórax: campos pulmonares y área cardiaca para detectar soplos cardíacos.

VIII. Abdomen: debe explorarse el contorno, consistencia y la altura del fondo uterino. Se deben buscar otros datos de sospecha de anormalidad como crecimiento hepático y hernias.

La Frecuencia cardiaca fetales otro parámetro que debe ser evaluado cuidadosamente, ya que traduce la vitalidad fetal.

IX. Exploración de miembros superiores e inferiores: detectar la presencia de edema, trombosis o tromboflebitis. Al ir aumentando el tamaño del útero éste comprime las venas cavas dificultando el retorno venoso y favoreciendo la estasis venosa.

EXPLORACIÓN GINECOLÓGICA

El educador debe dejar en claro la forma en que se lleva a cabo, así como su utilidad, para que la paciente coopere mejor con el equipo de salud.

Genitales externos: tiene el objeto de detectar alguna alteración anatómica congénita, cicatrices o lesiones externas como varicosidades vulvares, lesiones de tipo infeccioso. Valoración del piso pélvico y la vejiga para descartar estados como cistocele (vejiga caída).

Vagina: determinar las condiciones de elasticidad y tamaño del canal vaginal, la capacidad de la pelvis para permitir un parto (pelvimetría). Mediante la exploración bimanual se exploran los fondos de saco vaginal, el cuello uterino y los anexos uterinos. Se visualizan las características de la mucosa de la vagina, secreciones locales, cerviz y su orificio externo; se buscan lesiones y toma de muestra de citología vaginal.

PRUEBAS DE LABORATORIO

Biometría hemática: determina la cantidad de hemoglobina, hematocrito, volumen globular. Medio, leucocitos y plaquetas. Su valoración conjunta indica las condiciones de oxigenación materna.

Grupo sanguíneo y factor Rh: conocer el tipo de sangre y la presencia del factor *Rhesus* en la sangre materna para descartar incompatibilidad sanguínea.

Química sanguínea: tiene como propósito descartar alguna patología como diabetes o problemas renales.

Examen general de orina: sirve para descartar patología aparente de vías urinarias como bacteriuria, hematuria y proteinuria.

VDRL: detección de enfermedades venéreas principalmente sífilis.

2 Mitos y creencias sobre el embarazo

Desde que se tiene registro de la atención de la embarazada en diferentes épocas y culturas, la preocupación más importante ha sido la culminación del embarazo con el parto sin complicaciones y que el recién nacido se encuentre en óptimas condiciones.

El embarazo, considerado como uno de los sucesos naturales más importantes que puede experimentar una mujer, no está aislado de los mitos. Sobre él han proliferado una serie de creencias populares que no tienen nada que ver con la realidad.

Un **mito** es la justificación retrospectiva de los elementos fundamentales de la cultura de un grupo. Una **creencia** es la actitud de reconocer una proposición como verdadera.

Es decir, la función del mito es reforzar o consolidar la tradición, capaz de controlar la conducta de los individuos; la función de la creencia es establecer un hábito de acción o una regla de comportamiento que nos llevará a elegir no

sólo de las circunstancias que probablemente surjan, sino también de las que puedan surgir.

Muchas mujeres reciben gran influencia de fuentes cercanas a ellas como su familia, amigos o conocidos sobre los cuidados durante la gestación; algunas veces la información que reciben no es la correcta o adecuada para llevar un embarazo sano.

A continuación se mencionan los mitos más comunes sobre el embarazo:.,

Mito	Realidad
Realizar muchos ultrasonidos en el embarazo produce reflujo en el bebé.	El ultrasonido son ondas de sonido, que no causan alteraciones de ningún tipo en el feto.
Por estar embarazada se debe llevar una vida tranquila, alejada de la normalidad.	Por el contrario, en vista de que el embarazo no es una enfermedad, se debe de llevar una vida lo más apegada a lo normal posible.
Si estando embarazada se presenta un eclipse, eso traerá malformaciones en el bebé.	Los eclipses no tienen relación con la parte genética del embarazo, por lo que por ningún motivo causan ningún tipo de alteración fetal.
No se debe tomar mucho líquido estando embarazada porque se aumenta la cantidad de líquido amniótico.	El líquido amniótico se produce por la excreción de orina del bebé, no quiere decir que entre más líquidos tome la mujer embarazada, más orinará su bebé. Parte de esos líquidos los utiliza la madre para su metabolismo propio.
El comer carne hace que los niños nazcan cabezones.	Al contrario, la carne como proteína que es, es el alimento de más necesidad durante la gestación.
Las manchas en la cara (cloasma) se producen por daño renal o hepático.	Las manchas en la cara se producen normalmente en el embarazo por cuestiones hormonales y se puede agravar con el sol directo.
La tristeza o depresión de la madre causan alteraciones en el bebé.	Estos sentimientos no se transmiten a través de la placenta de madre a hijo. Esto únicamente altera a la madre de manera psicológica, más no al bebé. El bienestar emocional va a contribuir favorablemente en el desarrollo del embarazo, pero nunca se han producido daños cardíacos en el feto ni malformaciones a causa de una gran pena o depresión en la madre.

Se puede fumar poquito en el embarazo.	Fumar en el embarazo mucho o poquito, es malo para el bebé. Las alteraciones que se producen por el consumo de cigarrillo durante la gestación, son retardo del crecimiento intrauterino y abortos espontáneos.
No se debe hacer ejercicio durante el embarazo.	Realizar ejercicios durante el embarazo es benéfico, ya que se aumenta la cantidad de sangre que pasa a través del cordón umbilical al bebé y así mismo su oxigenación.
Todos los embarazos son iguales.	Ningún embarazo es igual a otro, no somos las mismas personas, tenemos otra edad y otra situación social.
No se debe de utilizar el teléfono celular estando embarazada.	El uso del teléfono celular no causa ninguna alteración al bebé.
Los antojos insatisfechos “manchan” al bebé.	Esos antojos no satisfechos durante el embarazo, lo único que producen es que la madre se quede con las ganas de consumirlos y nada más.
No se debe maquillar ni depilar durante el embarazo.	Las mujeres pueden seguir haciéndolo no pasa nada con los maquillajes durante el embarazo, así mismo con la depilación.
Cuando la mujer embarazada se pone fea, nacerá una niña, y si se pone bonita, entonces será niño.	El aspecto de la mujer embarazada, no tiene ninguna relación con el sexo que traerá ese bebé.
Si se tiene mucha acidez o agruras durante el embarazo, es porque el bebé tiene mucho pelo.	La cantidad de pelo que traiga el bebé, no afecta para nada ningún aspecto médico de la mujer embarazada, así mismo tampoco lo complicaría si ya existe alguno.
Si la embarazada se horroriza, entonces su niño nacerá feo.	Al bebé no le afectan ese tipo de sensaciones o sentimientos, por lo tanto no lo cambia.
El parto se produce durante la luna llena.	El embarazo dura 280 días y dentro de ellos hay muchas noches de luna llena.
Si la embarazada duerme siesta en el día, su niño nacerá con los párpados abultados.	Los bebés crecen durante el sueño materno. Por lo que es bastante recomendable que la embarazada duerma.
Si mi mamá tuvo un parto difícil, entonces yo también lo tendré.	Son personas diferentes con parejas diferentes en medios diferentes. No existe relación de este tipo entre madre e hija.
No debe sostener sus manos sobre la	El cordón está hecho de un material

cabeza porque el bebé se envolverá en el cordón y puede tener problemas.	tipo gelatina flexible y adaptable, si llegara a enredarse es por los movimientos naturales del bebé no por la actividad que realice la madre.
Si está embarazada tiene que comer por dos.	El consumo extra que necesitará el bebé durante el embarazo, no equivale a comer doble. Se trata de incrementar la calidad, la dieta que se requiere debe ser equilibrada.
Es mejor que las embarazadas dejen de comer sal para así evitar tener problemas de presión arterial.	La sal es importante durante el embarazo, sobre todo cuando es yodada. Solo se restringe su uso en embarazadas con hipertensión crónica.
Las relaciones sexuales durante el embarazo son peligrosas para el bebé.	Si no hay amenaza de parto prematuro, sangrado u otra complicación, no hay ningún inconveniente. Comunicarse con su pareja es importante para crear un ambiente de confianza y seguridad.
El bebé setemesino es más saludable que el ochomesino.	Entre más formado esté el bebé mayor madurez tendrán los órganos, lo que indica mayor posibilidad de vivir.
Se puede detectar el sexo del bebé con la prueba del hilo y la argolla sobre la palma de la mano, si hace una forma vertical será hombre y si es circular será mujer.	El sexo del bebé se determina genéticamente. Cuando existe la duda de saber el sexo del bebé, se requieren otros medios para detectarlo (ultrasonido).
No debo tomar baños de tina, porque los gérmenes podrían entrar por la vagina e infectar al bebé.	Los baños son muy buenos para las mujeres embarazadas. El problema es más la temperatura que el baño en sí mismo. Lo importante es evitar el uso de tinas y saunas exageradamente calientes. Estos pueden causar que su temperatura corporal suba causando problemas para un bebé en vías de desarrollo. Su bebé nunca está en peligro de recibir los gérmenes de bañarse. El bebé es protegido por la bolsa amniótica y el tapón mucoso que ocluye el cuello uterino.
Si tiene el abdomen en punta o alto, es una niña. Si su abdomen es redondo o bajo, es un niño.	La forma del abdomen, del útero es determinado por la posición del bebé, la forma de su útero, el grosor de sus músculos abdominales y su postura.
Poner unas tijeras debajo de la almohada en forma de cruz evita que "la bruja" mate al bebé	El único riesgo es que las tijeras puedan causar alguna lesión en la madre.
Para facilitar el parto se debe tomar	La acción de la hierba conocida como

chocolate con ruda

ruda es aumentar las contracciones uterinas y hacerlas más continuas, lo que puede causar sufrimiento fetal

La información adecuada es de gran importancia, por lo tanto, el mensaje que el educador debe transmitir es: “Existen mitos o creencias que no causan ningún problema al binomio madre-hijo si se llevan a la práctica; sin embargo, existen otros que pueden tener consecuencias graves para ambos y se deben evitar”.

Por ello es importante que el Lic. En Enfermería y Obstetricia brinde información y educación adecuada, clara y veraz a la mujer embarazada y su familia, respetando su cultura y al mismo tiempo tener conocimiento previo de estas creencias para poder orientar de manera efectiva a la mujer.

3 Cuidados prenatales.

La educación para la salud de la mujer embarazada, es de crucial importancia en la prevención y/o control de complicaciones durante el embarazo, para la cual se sugiere la utilización de técnicas didácticas adecuadas para el grupo de mujeres embarazadas a las que se dirija, poniendo énfasis en el fomento del autocuidado durante el embarazo.

CONSIDERACIONES CULTURALES

Las acciones que se puedan emprender durante el embarazo a menudo están determinadas por las creencias culturales.

Al trabajar con todas las mujeres, los profesionales de salud deben mantenerse abiertos y respetuosos hacia sus creencias.

MONITORIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD FETAL

La actividad fetal se ve afectada por el sueño del propio feto; el ruido; la hora del día; la glucemia; el consumo de cigarrillos y algunas drogas.

Un descenso y aumento importante o la interrupción de la misma pueden indicar un posible compromiso fetal que requiera una evaluación inmediata.

CUIDADO DE LAS MAMAS

Es importante cuidar las mamas para mejorar la comodidad, conservar su forma y prevenir los dolores de espalda. La limpieza de las mamas es importante, en especial cuando la mujer empieza a producir calostro. El calostro en forma de costras sobre los pezones se puede eliminar con agua tibia, no se debe utilizar jabón por que reseca la piel, se puede utilizar jabón neutro.

VESTIMENTA

La ropa debe ser holgada, cómoda y no comprimir el cuerpo, especialmente mamas, cintura y abdomen. No es preciso el uso de faja alguna durante el embarazo, el brassiere debe adaptarse al aumento del volumen mamario, se recomienda que la pantaleta sea sólo de algodón. Los zapatos deben ser bajos y cómodos.

HIGIENE

La higiene corporal debe ser más cuidadosa dado el aumento de la sudoración. Es importante la temperatura del agua, ya que no son recomendables los baños con agua muy caliente y durante períodos prolongados, debido a que la mujer puede sufrir un traumatismo debido a la vasoconstricción, por lo que se pueden presentar mareos. Lo ideal es una ducha con agua templada y rápida (que no supere los 10 minutos). La higiene íntima debe efectuarse cuidadosamente, se deben evitar las irrigaciones vaginales durante el embarazo.

Exponer las mamas al sol unos pocos minutos diarios, mejorará el trofismo, curtirá el pezón y favorecerá su irrigación.

LIMPIEZA DENTAL

Cuando una mujer se da cuenta de que está embarazada es indispensable que el dentista le haga una revisión, y que la repita cada 2 ó 3 meses, ya que se ha comprobado en este período una mayor tendencia a procesos inflamatorios de los dientes y de las encías. La limpieza de los dientes es muy importante durante el embarazo.

NUTRICIÓN

El embarazo constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad nutricional en la vida de la mujer; existe una importante actividad anabólica que determina un aumento de las necesidades nutricionales. La desnutrición materna durante el embarazo se asocia un mayor riesgo de morbimortalidad infantil, en tanto que la obesidad también constituye un factor importante de riesgo, al aumentar algunas patologías del embarazo, como hipertensión, diabetes, etc.

La alimentación debe ser higiénica, suficiente y balanceada, es decir, que incluya alimentos de los 3 grupos alimenticios: verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal. Por ello es indispensable que el profesional de enfermería oriente a la mujer gestante cómo llevar una alimentación balanceada para lograr el aumento de peso adecuado de 1.5 kg. por mes, es decir, de 11 a 12.5 Kg. durante todo el embarazo. Además se incluirá un complemento de ácido fólico y hierro.

ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTIVA

La embarazada puede realizar una actividad normal pero evitando en lo posible las tareas pesadas. En cuanto a la actividad laboral puede continuar

trabajando si se trata de una ocupación que no requiere gran esfuerzo físico, pero deberán proscribirse totalmente durante la gestación aquellos trabajos que impliquen el uso de la fuerza, o se realicen en locales con materiales insalubres o tóxicos, con deficiente sistema de ventilación, refrigeración o limpieza. El ejercicio regular durante el embarazo, ayuda a controlar el peso, prepara para la experiencia física del parto y contribuye a una pronta recuperación después del nacimiento.

Antes de comenzar un programa de ejercicios la mujer debe consultar con su médico si presentas alguna de las siguientes enfermedades: anemia, diabetes, hipertensión arterial, obesidad, palpitaciones, antecedentes de hemorragias, partos prematuros, abortos espontáneos u otros trastornos relacionados con el embarazo.

Se aconsejan los ejercicios que no impliquen un esfuerzo intenso o movimientos muy bruscos. Toda embarazada debe descansar por la noche ocho horas, y si es posible una hora después de comer.

RELACIONES SEXUALES

Si el embarazo es normal no existe contraindicación alguna para que la pareja siga teniendo relaciones sexuales en la forma y frecuencia habituales. A medida que avanza el embarazo se debe evitar apoyar el peso sobre el abdomen materno. Sólo están contraindicadas las relaciones cuando hay amenaza de aborto, amenaza de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas o hemorragia vaginal de cualquier causa.

La pareja debe platicar a cerca de sus sentimientos, inquietudes y deseos hacia las relaciones sexuales para crear un ambiente de confianza y seguridad así como posiciones cómodas que pueden adoptar durante este periodo.

SUSTANCIAS TERATÓGENAS

Son sustancias que afectan negativamente el crecimiento y desarrollo normal del feto por ejemplo algunos medicamentos, los fármacos psicotrópicos y el alcohol, algunos pesticidas, la exposición a los rayos x durante el primer trimestre del embarazo.

Es de vital importancia que la mujer gestante no se exponga a ninguna de estas sustancias ya que pueden tener un impacto desfavorable en su salud y en la de su hijo.

Las únicas medicaciones que puede tomar la mujer embarazada serán las recetadas por su médico. Evitará absolutamente la automedicación, y consultará la toma de cualquier producto. Así mismo informará al médico si toma algún medicamento o si consume drogas o alcohol, o los medicamentos que haya tomado desde el inicio del embarazo.

El tabaquismo plantea graves riesgos para la salud de todas las mujeres. El hábito de fumar durante el embarazo se asocia con aumento del riesgo de aborto espontáneo, una incidencia mayor de prematuridad, bajo peso al nacer, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.

Se debe orientar a la mujer gestante sobre los riesgos que implican el hábito de fumar y no sólo su consumo sino también a la exposición del mismo.

4.1.3.4 Atención prenatal subsecuente

Las exploraciones prenatales periódicas son una buena oportunidad para que el profesional de enfermería valore las necesidades psicológicas y la situación emocional de la mujer embarazada. Si la pareja de la mujer también acude a las visitas prenatales, la enfermera (o) podrá identificar sus necesidades y preocupaciones.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

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

2a. consulta: entre la 22 - 24 semanas

3a. consulta: entre la 27 - 29 semanas

4a. consulta: entre la 33 - 35 semanas

5a. consulta: entre la 38 - 40 semanas

4.1.3.4.1 Valoración

Los aspectos principales a evaluar en estas consultas son:

- En el feto: edad gestacional, frecuencia cardiaca fetal, tamaño del feto, cantidad de líquido amniótico, tipo de presentación y posición hacia fines del embarazo, actividad fetal.
- En la madre: fondo uterino, pruebas de laboratorio, estado nutricional, examen físico y emocional general.

En las visitas subsecuentes se valoran los aspectos físicos, emocionales, sociales y culturales que puedan poner en riesgo a la madre y al hijo, es una oportunidad para que la mujer exprese sus dudas sobre este proceso.

En los controles posteriores deben explorarse específicamente los siguientes aspectos:

- Primer trimestre: sangrado, dolor pélvico, disuria, leucorrea, cefalea, síntomas de depresión.

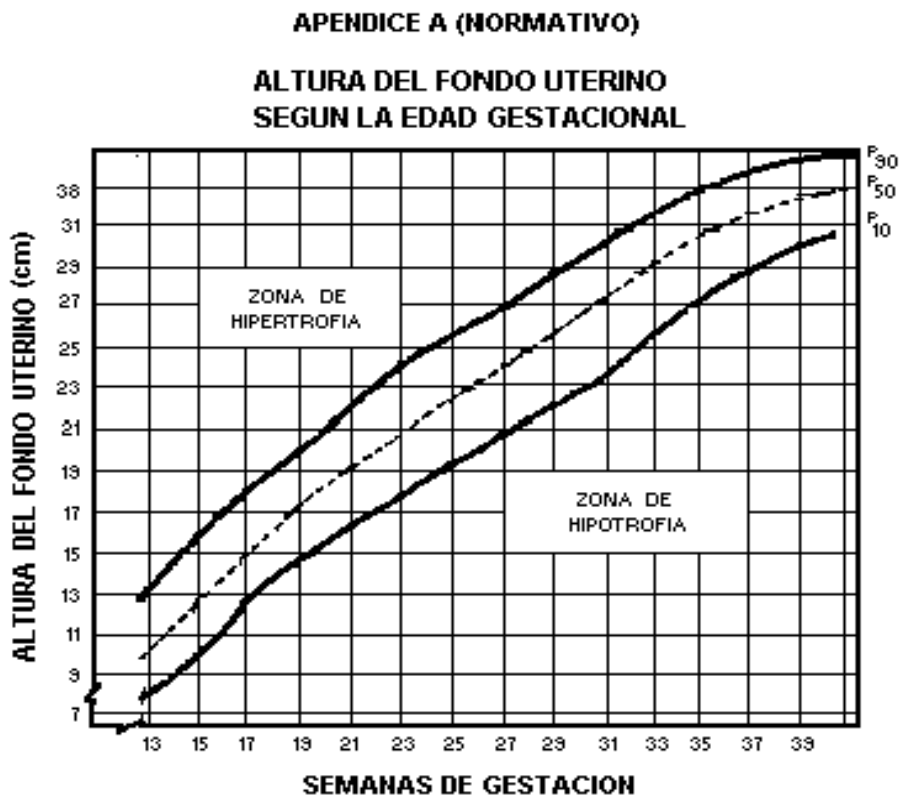
- Segundo trimestre: contracciones uterinas, sangrado, leucorrea, cefalea, disuria, movimientos fetales, síntomas depresivos.

- Tercer trimestre: contracciones uterinas aumentadas, sangrado, expulsión de líquido, disminución de movimientos fetales, signos premonitorios de trastorno hipertensivo, edemas, síntomas depresivos, cambios en el peso.

Los componentes de cada atención prenatal de seguimiento son los siguientes:

- Clasificación nutricional de la gestante.
- Evaluación del peso.
- Medición de la tensión arterial.
- Inspección general de piel y mucosas.
- Examen de mamas.
- Examen obstétrico.
- Palpación abdominal y evaluación de posición, situación y presentación según edad gestacional.
- Medición de la altura uterina y evaluación según edad gestacional utilizando curvas de altura uterina.

GRÁFICA PARA LA MEDICIÓN DEL FONDO UTERINO



Si la altura del fondo uterino es acorde con la duración de la amenorrea, es un dato de buen progreso del embarazo. Un aumento menor esperado puede

indicar un trastorno en el desarrollo fetal o que la paciente no haya referido una fecha exacta de la última menstruación.

Por el contrario, un aumento exagerado de del volumen uterino puede indicar un embrazo gemelar o un embarazo de mayor evolución con la sospecha de polihidramnios.

- Auscultación de frecuencia cardiaca fetal y percepción de movimientos fetales.
- Exploración de genitales externos buscando leucorrea.
- Exploración de extremidades buscando edema y várices.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, se recomiendan:

- Grupo sanguíneo y Rh.
- Hemograma completo, con recuento diferencial de glóbulos blancos.
- Hematocrito y hemoglobina, los cuales deben repetirse a las semanas veintiocho y treinta y cuatro.
- Citoquímico de orina.
- Serología para sífilis.
- Citología de cuello uterino, si no se ha realizado en el año anterior.
- Títulos de anticuerpos para rubéola.
- Títulos de anticuerpos para toxoplasmosis.
- Cultivo cérvico-vaginal para detectar *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia* y *Mycoplasma*.
- Glucemia.

Se debe realizar una valoración completa de la mujer gestante para descartar anomalías en el proceso de embarazo.

4.1.3.4.2 Cuidados

Los cuidados que se requieren durante la etapa del embarazo incluyen también aspectos psicológicos y sociales que tienen gran impacto en la salud de la materna.

Cuando una embarazada está en una situación de estrés prolongado, los vasos sanguíneos del útero se contraen, el feto recibe menos sangre y, por lo tanto, menos oxígeno y sustancias nutritivas. Además las hormonas que favorecen el desarrollo del sistema nervioso del feto condicionan el comportamiento futuro del niño. Las embarazadas que sufren largos periodos de ansiedad presentan mayor incidencia de complicaciones tales como aborto espontáneo, parto prolongado, prematuridad y bajo peso al nacer. Estas observaciones justifican por qué el estrés debe ser considerado un factor de riesgo.

Desde el enfoque social, la situación socioeconómica y cultural de la embarazada determina las condiciones en que evoluciona tanto el embarazo como la atención del mismo. Se recomienda a la enfermera tener en cuenta cada situación de la mujer embarazada para realizar una intervención específica de los cuidados de enfermería.

Se dará importancia al fomento del vínculo madre-hijo, independientemente de las motivaciones para embarazarse, ya que el hecho de que la mujer se vincule adecuadamente desde que empieza a sentir los movimientos fetales dará las bases para que el niño cuente con un mejor cuidado al nacer.

Informar sobre los síntomas de alarma durante el embarazo, con ello la mujer podrá identificar cuando exista un riesgo en el transcurso del mismo:

SINTOMA	CAUSA POSIBLE
Salida de líquido por la vagina.	Ruptura prematura de membranas.
Hemorragia vaginal.	Placenta previa. Lesiones del cuello o la vagina. Hemorragia masiva.
Dolor abdominal.	Parto prematuro. Placenta previa.
Temperatura superior a 38°C y escalofríos.	Infección.
Mareos, visión borrosa, visión doble, acúfenos, fosfenos.	Hipertensión. Preeclampsia.
Vómitos persistentes.	Hiperémesis gravídica.
Cefalea intensa.	Hipertensión. Preeclampsia.
Edema en manos, cara, piernas y pies.	Preeclampsia.
Irritabilidad muscular, convulsiones.	Preeclampsia. Eclampsia.
Dolor epigástrico.	Preeclampsia. Isquemia de un vaso abdominal mayor.
Oliguria.	Insuficiencia renal. Descenso de la ingestión de líquidos.
Disuria.	Infección de vías urinarias.
Ausencia de movimiento fetal.	Medicación materna. Obesidad. Muerte fetal. Ayuno.

Recomendaciones que la enfermera (o) dará a las mujeres durante el embarazo:

1. Alimentación:

Debe ser adecuada, y consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo.

Se debe brindar una orientación y educación nutricional tomando en cuenta aspectos biológicos, culturales y socioeconómicos de la mujer.

2. Hábitos intestinales:

Se recomienda la ingesta de dos a tres litros de agua, realizar ejercicio físico diario, comer alimentos con fibra como piña, manzana, papaya y en caso necesario, un laxante suave como mermelada o jugo de ciruela.

3. Actividad sexual:

Se sugiere adoptar posiciones cómodas tanto para la madre como su pareja conforme avanza el embarazo, la frecuencia de la actividad sexual dependerá de ambos. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro.

4. Cuidado de las mamas:

Para hacer más fácil y efectivo el amamantamiento, se debe recomendar a la madre que prepare sus senos para la lactancia durante el embarazo, con las siguientes acciones:

- . Dar masajes de afuera hacia adentro, desde la base hasta el pezón, para favorecer el llenado y la salida de la leche.
- . Jalar y girar con suavidad el pezón varias veces y usar brassier cómodo.
- . Ofrecer la leche desde el primer día (calostro) ya que contiene gran cantidad de sustancias protectoras para el niño.
- . No utilizar aceites, cremas o jabones, con el baño diario es suficiente.

5. Ejercicios físicos recomendados:

Respiración. Ésta se modifica en función del volumen del útero; entonces, la respiración abdominal va reduciéndose de forma natural, para dar paso a la respiración torácica.

El ejercicio recomendable es: caminar cuatro pasos para inhalar, dos a cuatro pasos para retener el aire y cuatro pasos para expulsar el aire de los pulmones. En el momento del parto es importante acompañar la respiración con los movimientos de contracción.

6. Postura física en la vida diaria:

- . Mantener la cabeza y los hombros centrados sobre la cadera, así se mantiene la columna vertebral derecha.
- . Al levantar algún objeto no doblar por la cintura, sino doblar las caderas y las rodillas, y levantarse con las piernas.
- . Cuando se intente alcanzar algún objeto girar el cuerpo entero, no sólo la cabeza y el cuello.
- . Cuando la mujer esté sentada, debe mantener las rodillas al nivel de las caderas, así se mantendrá la espalda derecha.
- . Dormir de lado con las rodillas un poco flexionadas. Usar una almohada en el cuello, una entre las rodillas y otra debajo del abdomen para aliviar la presión en la columna vertebral.

Otros consejos:

- . Informar a las mujeres embarazadas los cambios fisiológicos normales durante las etapas del puerperio.
- . Examen del recién nacido, incluyendo la prueba de tamiz neonatal.
- . Promover la lactancia materna.
- . Orientación integral en planificación familiar y anticoncepción posparto.

Básicamente los cuidados e intervenciones a realizar a la mujer gestante en las visitas subsecuentes son para registrar la evolución del embarazo, disminuir las molestias propias de esta etapa, informar sobre los síntomas de alarma, preparar a la mujer para el parto y el puerperio, orientar sobre lactancia materna y planificación familiar y sobre todo, fomentar el autocuidado.

4.1.4 Descripción de la comunidad Valle de Chalco Solidaridad

T O P O N I M I A
El municipio está ubicado en un valle que es el lecho del antiguo Lago de Chalco y en éste lugar dio inicio el Programa Nacional de Solidaridad.

MEDIO FÍSICO

L o c a l i z a c i ó n :

Se localiza al oriente del Estado de México, limita al norte con los municipios de Ixtapaluca, San Vicente Chicoloapan y Los Reyes, al oriente con Chalco y al sur con la Delegación de Tláhuac, del Distrito Federal.

Clima:

El clima prevaleciente es un subhúmedo, con temperatura media anual entre 12 y 18 grados centígrados. La evaporación es muy alta, alcanzando sus valores máximos de mayo a octubre, siendo mayor que la precipitación, con excepción de los meses lluviosos. Durante los meses de febrero y marzo adquieren mayores velocidades los vientos y producen polvaredas en las horas más calientes del día, transportando grandes cantidades de polvo.

INFRAESTRUCTURA SOCIAL Y DE COMUNICACIONES

Educación:

El municipio cuenta con 65 jardines de niños públicos y privados, 91 primarias, 45 secundarias, 7 bachilleratos, preparatorias o escuelas técnicas (CBTIS, CECYT) y 4 escuelas de computación. Existe el plantel Valle de Chalco Solidaridad de la Universidad Autónoma del Estado de México, en el cual se imparten las Licenciaturas en Enfermería, Contabilidad, Derecho e Ingeniería en Computación.

Salud:

Existen 13 unidades médicas, 12 de primer nivel y una de segundo nivel, con 66 consultorios y 60 camas de hospital. De éstas seis unidades de primer nivel cuentan con un Centro de Salud Urbano y el Hospital de segundo nivel son de SSA con atención a población abierta. Cuatro unidades del DIF y dos clínicas del IMSS. La población municipal es atendida con 26 núcleos básicos, 51 técnicos en atención primaria a la salud encargados de acciones de vacunación. Existen en el municipio dos salas de expulsión, dos quirófanos, seis laboratorios, cinco gabinetes de rayos X para la atención a población

abierta. Del total de médicos en el sector público 80 pertenecen a la SSA y 10 al DIF, auxiliados por 136 enfermeras en contacto con el paciente, 11 en otras actividades y siete de otro personal profesional.

Religión:

Los habitantes del municipio profesan varias religiones, las cuales tienen culto público en 35 iglesias católicas, 30 templos evangélicos, 9 templos Testigos de Jehová, 4 Cristianos, 4 de Jesucristo de los Últimos Días (mormones), 2 templos Luz del Mundo, 1 Presbiteriano, 1 del Verbo Encarnado, 1 Príncipe de Paz, 1 del Espíritu Santo, 1 del Nombre de Jesucristo y una sinagoga Judía.

Abasto:

Para el suministro comercial existen mercados, tianguis semanales y negocios establecidos de todos los giros comerciales; así como tiendas de autoservicio.

Servicios Públicos:

La cobertura de los servicios públicos de acuerdo con apreciaciones en parte del INEGI y en parte del Ayuntamiento es: Agua potable (96.26%); alumbrado público (99.67%); drenaje urbano (57.87%); recolección de la basura y limpieza de las vías públicas (45%); seguridad pública (60%), pavimentación (15%) y mercados (90%), y 99% cuentan con energía eléctrica y en las que habitan en promedio 4.8 personas por vivienda.

Medios de Comunicación:

Al espacio municipal llegan cada mañana todos los diarios nacionales, muchos estatales y regionales, se captan así mismo todos los canales comerciales y culturales de la Ciudad de México y las estaciones de radio del centro del País.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

5.2 VARIABLE

Factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales de las mujeres gestantes.

1 Indicadores de la variable

BIOLÓGICOS:

- Edad
- Presencia de Antecedentes familiares de riesgo
- Presencia de Antecedentes personales patológicos
- IVSA
- Número de parejas sexuales
- Número de Gestaciones, paras, abortos, cesáreas
- Edad gestacional
- Presencia de síntomas de riesgo
- Tipo de alimentación
- Ingesta de líquidos
- Higiene
- Sueño
- Adicciones

PSICOSOCIALES:

- Lugar de procedencia
- Ocupación
- Estado civil
- Tipo de servicio de salud en la vigilancia el embarazo
- Actitud ante el embarazo
- Estado de ánimo predominante durante la gestación
- Apoyo familiar

- Apoyo de la pareja
- Ocupación de la pareja
- Tiempo destinado a la mujer por la pareja
- Toma de decisiones
- Adicciones de la pareja
- Hacinamiento
- Zoonosis
- Servicios intradomiciliarios

CULTURALES:

- Religión
- Escolaridad
- Medios de Información
- Calificación por la mujer de los servicios de salud
- Información de la mujer sobre síntomas de alarma
- Conocimiento sobre riesgo gestacional
- Conocimiento sobre salud neonatal
- Información sobre Ácido fólico y hierro
- Información sobre alimentación
- Información sobre lactancia materna
- Información sobre planificación familiar
- Conocimiento de medidas de autocuidado
- Número de consultas prenatales
- Creencias de la mujer del proceso gestacional
- Influencia de las creencias en la gestación

2 Operación de la variable

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA	CATEGORIZACIÓN
Edad	cuantitativa	Discontinua	a)10-19 b)20-29 c)30-39 d)40 o +
Presencia de antecedentes familiares de riesgo	Cualitativa	N o m i n a l Dicotómica	a)Si b) No
Presencia de Antecedentes personales patológicos	Cualitativa	N o m i n a l Dicotómica	a)Si b) No

IVSA	Cuantitativa	Discontinua	a)10-19 b)20-29 c)30 o +
Número de parejas sexuales	Cuantitativa	Discontinua	a) 1 b) 2-3 c)+3
Número de gestas, paras, abortos, cesáreas	Cuantitativa	Discontinua	a)No.Gestaciones b)No. Partos c)No. Abortos d)No. Cesáreas
Edad gestacional	Cuantitativa	Discontinua	a)-10 SDG b)11- 20 SDG c)21-30 SDG d)31-40 SDG
Presencia de síntomas de riesgo	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b) No
Tipo de alimentación.	Cualitativa	Ordinal	a)Buena b)Regular c)Mala
Ingesta de líquidos	Cuantitativa.	Discontinua	a)3 b)1-2 c)-1
Higiene	Cuantitativa	Ordinal	a)Buena b)Regular c)Mala
Sueño	Cuantitativa	Discontinua	a)- 6 hrs. b) 7 a 10 hrs. c) + 10 hrs.
Adicciones	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b) No
Lugar de procedencia	Cualitativa	Nominal	a)D. F. b)Estado de México c)otros estados
Ocupación	Cualitativa	Nominal	a)hogar b)obrero c)empleada d)profesionista
Estado civil	Cualitativa	Nominal	a)soltera b)casada c)unión libre d)viuda
Tipo de servicio de salud en la vigilancia del embarazo	Cualitativa	Nominal	a)parteras b)centro de salud o clínica c)médico particular d)otro
Actitud ante el embarazo	Cualitativa	Nominal	a)aceptación

			b)negación c)indiferencia
Estado de ánimo predominante durante la gestación	Cualitativa	Nominal	a)triste b)preocupada c)enojada d)alegre
Apoyo de la familia	Cualitativa	Nominal Dicotómica	a)Si b)No
Apoyo de la pareja	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Ocupación de la pareja	Cualitativa	Nominal	a)profesionista b)empleado c)obrero d)desempleado e)otro
Tiempo destinado a la mujer por la pareja	Cuantitativa	Discontinua	a)-1 hr. b)1-3 hrs. c)4-6 hrs. d)7-10 hrs. e)+10 hrs
Toma de decisiones	Cualitativa	Nominal	a)usted b)su pareja c)ambos d) la familia e) otros
Adicciones en la pareja	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Hacinamiento	Cuantitativa	Discontinua	a) -3 b) 4-6 c) +6
Zoonosis	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Servicios intradomiciliarios	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Religión	Cualitativa	Nominal	a) católica b) cristiana c) testigo de Jehová d) otra
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	a)sin educación b)primaria completa c)secundaria completa d)preparatoria completa e)carrera profesional
Medios de información	Cualitativa	Nominal	a)televisión

			b)radio c)medios impresos d)clínica e)partera f)familia g)médico
Calificación de la mujer de los Servicios de salud	Cualitativa	Ordinal	a)Buena b)Regular c)Mala d)Muy mala
Información de la mujer sobre síntomas de alarma	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Conocimiento sobre riesgo gestacional	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Conocimiento sobre salud neonatal	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Información sobre ácido fólico y hierro	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Información sobre lactancia materna	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Información sobre alimentación	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Información sobre planificación familiar	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Conocimiento de medidas de autocuidado durante el embarazo	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Número de consultas prenatales	Cuantitativa	Discontinua	a)ninguna b)1-2 c)3-4 d)5 ó +
Creencias de la mujer del proceso gestacional	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No
Influencia de las creencias en la gestación	Cualitativa	N o m i n a l dicotómica	a)Si b)No

2 POBLACIÓN

Mujeres gestantes de la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad que se detectaron por medio de un barrido casa por casa durante el mes de marzo del 2008.

La población la integraron 25 mujeres embarazadas de las colonias: La Guadalupeana, San Miguel Xico I y II sección pertenecientes a la comunidad Valle de Chalco Solidaridad.

Criterios de inclusión:

- Mujeres embarazadas que pertenezcan a este municipio y a las colonias La Guadalupeana, San Miguel Xico II y II sección.
- Tiempo de residencia de 1 año mínimo.
- Cualquier edad Gestacional.

Criterios de eliminación:

- Mujeres que no estén embarazadas.
- Mujeres que no pertenezcan a este municipio y colonias.
- La residencia sea menor de 1 año.

4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

5.4.1 Técnicas

OBSERVACIÓN

Por medio de esta técnica se pudo captar información de los sujetos de estudio durante la aplicación del instrumento, para constatar o contrastar los datos obtenidos.

ENTREVISTA

Con esta técnica se obtuvo información directa de las mujeres a través del instrumento de medición, esta entrevista tuvo un tiempo de duración aproximado de 15 a 20 minutos por mujer y su aplicación se efectuó en su

domicilio. Para formalizar la recolección de los datos se realizó un contacto previo con las mujeres detectadas informándoles los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y su consentimiento informado (Anexo A).

5.4.2 Instrumentos

Para la recolección de la información se conformó un instrumento llamado “Cuestionario de valoración de factores de riesgo para mujeres gestantes”, que mide los factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales en mujeres de comunidades desprotegidas, el cual consta de 44 reactivos, de respuestas cerradas de 2, 3, 4 y 5 opciones de respuesta; las primeras 14 miden la dimensión biológica, las siguientes 15 el aspecto psicosocial y las últimas 15 para el ámbito cultural. Para favorecer la confiabilidad del instrumento, éste fue piloteado en tres mujeres embarazadas de la comunidad. Se realizaron cambios en los siguientes reactivos porque desconocen lo que son y por ser confusos para las mujeres: el reactivo No. 8 sobre ultrasonido y estudios de laboratorio fue eliminado; la pregunta 11 sobre consumo del ácido fólico también fue eliminada; el reactivo No. 24 sobre tiempo destinado a la pareja y el 36 sobre salud neonatal se modificó la redacción; el 34 sobre síntomas de alarma se cambio de cinco opciones a dos. Por lo tanto el instrumento quedó de la manera siguiente, 42 preguntas en total (Anexo B).

5.6 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los participantes en el estudio tienen el derecho de estar informados y dar su consentimiento libremente y por escrito, conservando su derecho a retirarse de la investigación en el momento que lo juzguen conveniente.

Los investigadores deben respetar la intimidad y confidencialidad personal de los participantes, tienen la obligación de informar a las autoridades de su trabajo y objetivos del mismo, transmitirán los resultados y el significado de sus estudios a la comunidad de estudio.

En relación con los resultados, las investigaciones se reservan el derecho de publicación de datos de identificación de todas las personas. La investigación no implica riesgos para la población en estudio dado que emplea técnicas y procedimientos comunes, pero sí beneficios a través de la valoración focalizada.

Lo anterior se sustenta en la Ley General de Salud, la cual establece en materia de investigación para la salud lo siguiente:

ART. 28 La investigación referida a la salud humana en comunidades será admisible cuando el beneficio esperado para ésta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ART. 29 En la investigación en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer:

- I. La justificación y objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse.
- V. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VI. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

VII. La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con la privacidad.

5.7 RECURSOS

5.7.1 Humanos

1 Tesista y un director de tesis

5.7.2 Materiales

Una computadora, una impresora, fotocopias, hojas de papel, un instrumento de valoración, programa Excel, bolígrafos, lápices.

5.7.3 Financieros

Los recursos económicos fueron cubiertos por la tesista en su totalidad.

6. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Se utilizaron cuadros simples y gráficos de barras y de sectores para presentar la información, mismos que se construyeron con base en el paquete Excel., que a continuación se describen.

EDAD
2008

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10-19	10	40
20-29	8	32
30-39	7	28
Total	25	100%

Fuente: Cuestionario de valoración de factores de riesgo para mujeres gestantes, 2008, realizado para la investigación: Riesgo Gestacional en las Mujeres de Valle de Chalco Solidaridad.

GRÁFICA No. 1
EDAD

Fuente:
Cuestionario de valoración de factores de riesgo para mujeres gestantes, 2008, realizado para la investigación: Riesgo Gestacional en las Mujeres de Valle de Chalco Solidaridad.

Descripción:

En la gráfica se observa que el rango de edad más representativo es el de

10 a 19 años con un 40%; le sigue el de 20 a 29 con 32 % y; con 28% el de 30 a 39.

CUADRO No. 2
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	8	68
NO	17	32
TOTAL	25	100

Fuente: Misma del cuadro No 1

GRÁFICA No. 2
AFILIACIÓN AL SISTEMA DE SALUD
2008



Fuente: Misma de la grafica No 1

Descripción:

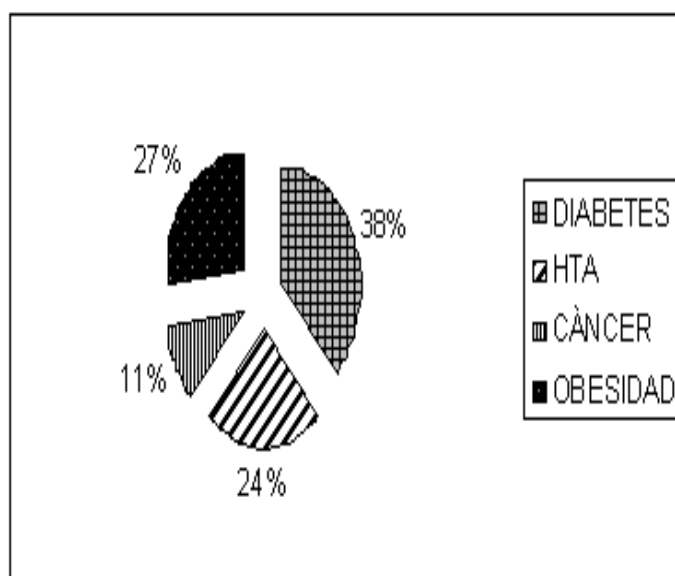
El porcentaje mayor corresponde a las mujeres sin afiliación a algún sistema de salud con un 68%; mientras que tan solo el 32% es derechohabiente.

CUADRO No. 3
PRESENCIA DE AHF
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	88
NO	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 3 Y 3 Bis
PRESENCIA Y TIPO DE AHF
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

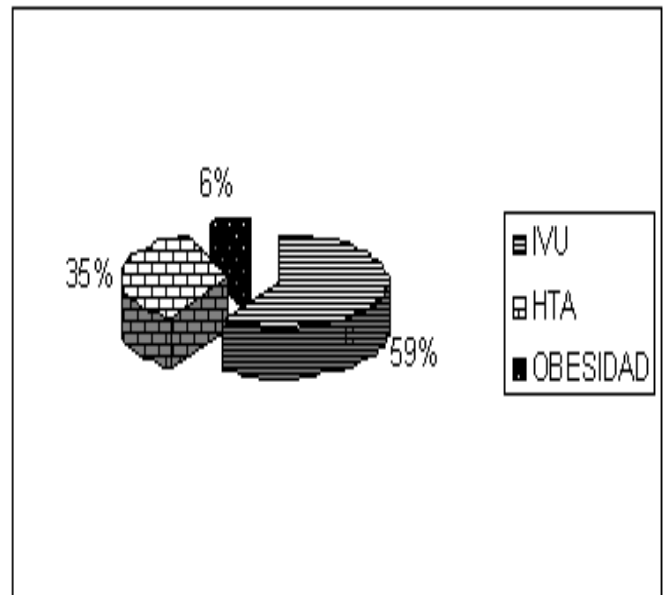
La primer gráfica muestra que el 88 % refiere antecedentes heredofamiliares; estos se muestran en la segunda gráfica en la cual el 38% corresponde a diabetes, el 24% a Hipertensión Arterial, el 27% obesidad y el 11% a cáncer en algún miembro de su familia. Mientras que el 12% de las mujeres gestantes no tiene antecedentes.

CUADRO No. 4
PRESENCIA APP
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	60
NO	10	40
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRAFICA No. 4 y 4 Bis
PRESENCIA Y TIPO APP
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 60% de las mujeres entrevistadas posee antecedentes personales patológicos, de los cuales predominan las infecciones de vías urinarias con un 59%, le sigue la hipertensión arterial con un 35% y obesidad con un 6%. Mientras que el 40% no posee antecedentes.

CUADRO No. 5
IVSA
2008

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
10-19	21	84
20-29	4	16
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No.1

GRÁFICA No. 5
IVSA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

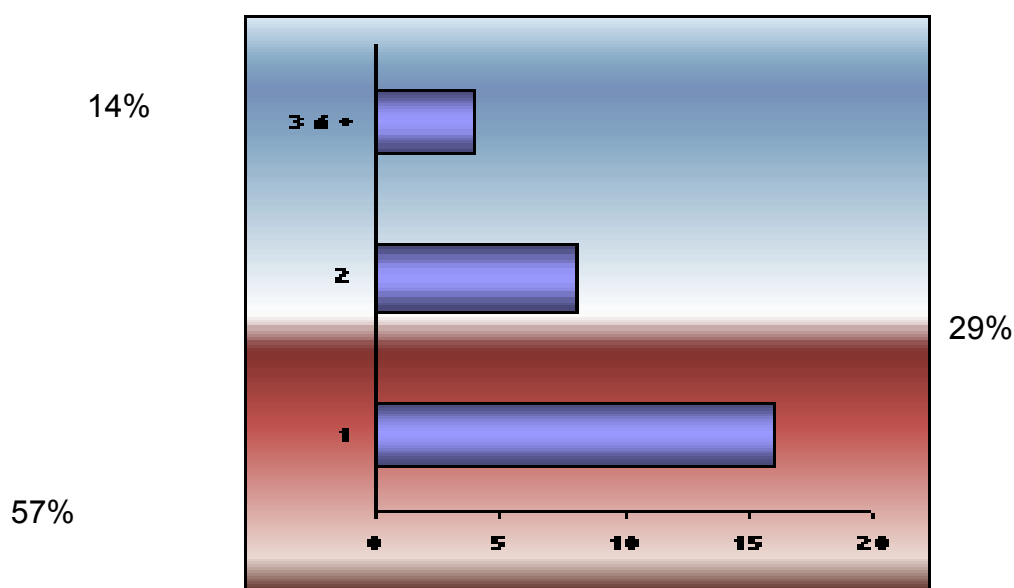
El 84% de las mujeres gestantes de esta comunidad inician su vida sexual de los 10 a los 19 años y el 16% de los 20 a los 29 años de edad.

CUADRO No. 6
NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES
2008

NÚMERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1	16	57
2	8	29
3 ó +	4	14
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 6
No. PAREJAS SEXUALES
2008

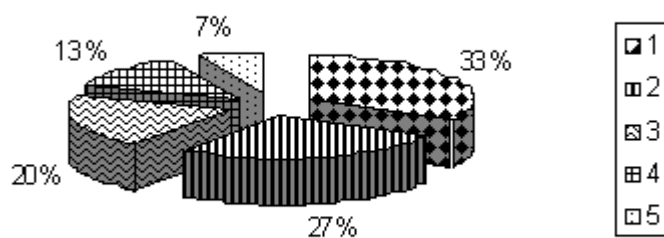


Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El número de parejas sexuales que han tenido las entrevistadas es de 1 con un 57%, 2 parejas el 29% y 3 ó más parejas sexuales el 14%.

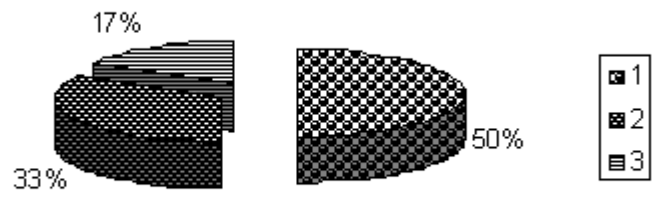
CUADROS Y GRÁFICAS No. 7
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
2008



No. Gestas	Fx	%
1	11	44
2	10	40
3	1	4
4	2	8
5	1	4
Total	25	100

No. Partos	Fx	%
1	7	50
2	3	33
3	1	17
Total	11	100

Fuente: misma del cuadro No. 1



Fuente: misma del cuadro No. 1

No. cesáreas	Fx	%
1	4	67
2	1	33
Total	5	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

No. abortos	Fx	%
1	2	67
2	1	33
Total	3	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

Descripción:

Dentro de los antecedentes obstétricos se muestra que el 44% es su primer embarazo, el 40% su segundo, el 8% cuarto, el 4% el tercero y el 4% su quinto embarazo. De los cuales fueron por parto el 50% sólo uno, 33% han tenido 2 partos y el 17% han tenido 3 por parto.

Los nacimientos por cesárea fueron 67% sólo una y un 33% dos. El número de abortos resultó el siguiente: 67% tuvo 2 abortos y el 33% sólo uno.

CUADRO No. 8
EDAD GESTACIONAL
2008

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
11-20 SDG	6	24
21-30 SDG	6	24
31-40 SDG	13	52
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 8
EDAD GESTACIONAL
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

La edad gestacional predominante es de 31 a 40 semanas de gestación con un 52%, de 21 a 30 SDG el 24% y de 11 a 20 SDG el 24%.

CUADRO No. 9
PRESENCIA SÍNTOMAS DE ALARMA
2008

CATEGORIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	96
NO	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 9 Y 9 Bis
PRESENCIA SÍNTOMAS DE ALARMA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 96% de las mujeres gestantes dijo que si ha presentado alguno de los síntomas de alarma, de los cuales predominan la cefalea con un 21%, presencia de edema de miembros inferiores y superiores con un 17%, aumento de los movimientos fetales un 14%, dolor en el vientre un 12%, acúfenos un 11%, 10% fosfenos, 6% disminución de los movimientos fetales, 6% con sangrado y 3% ha presentado fiebre. Mientras que sólo el 4% no ha presentado ningún síntoma.

CUADRO No. 10
TIPO DE ALIMENTACIÓN
2008

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	4	16
REGULAR	2	8
MALA	19	76
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 10
TIPO DE ALIMENTACIÓN
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 76% de las mujeres gestantes tiene una mala alimentación, el 16% es buena y el 8% es regular.

CUADRO No. 11
INGESTA DE LÍQUIDOS
2008

CANTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
3 L.	2	8
1-2 L.	16	67
-1 L.	6	25
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 11
INGESTA DE LÍQUIDOS
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

En relación a la ingesta de líquidos el 67% bebe de 1 a 2 litros de agua por día, el 25% toma menos de un litro por día y sólo el 8% ingiere más de 3 litros por día.

CUADRO No. 12
HIGIENE
2008

TIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	12	48
REGULAR	8	32
MALA	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 12
HIGIENE
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 48% en relación a la higiene de las mujeres gestantes es buena, el 32% es regular, mientras que el 20 % es mala.

CUADRO No. 13
DESCANSO
2008

No. HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-6 HRS.	2	8
7-10 HRS.	17	68
+10 HRS.	6	24
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 13
DESCANSO
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El número de horas de descanso predominante es de 7 a 10 hrs. al día con un 68%, más de 10 hrs. por día el 24% y menos de 6 hrs. al día 8%.

CUADRO No. 14
ADICCIONES
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	36
NO	16	64
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 14
ADICCIONES
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 64% de las mujeres gestantes dijeron no tener ninguna adicción, sin embargo el 36% afirmó que tienen el hábito del cigarro.

CUADRO No. 15
LUGAR DE PROCEDENCIA
2008

LUGAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	8	32
ESTADO DE MÉXICO	12	48
OTROS ESTADOS	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 15
LUGAR DE PROCEDENCIA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El lugar de procedencia predominante es el de Estado de México con un 48%, del Distrito Federal un 32% y de otros estados el 20%.

CUADRO No. 16
OCUPACIÓN
2008

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HOGAR	21	84
OBRAERA	1	4
EMPLEADA	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 16
OCUPACIÓN
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

La ocupación con mayor frecuencia es la dedicada al hogar con un 84%, le sigue la de empleada con un 12% y obrera con un 4%.

CUADRO No. 17
ESTADO CIVIL
2008

ESTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERA	3	12
CASADA	12	48
UNIÓN LIBRE	10	40
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 17
ESTADO CIVIL
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

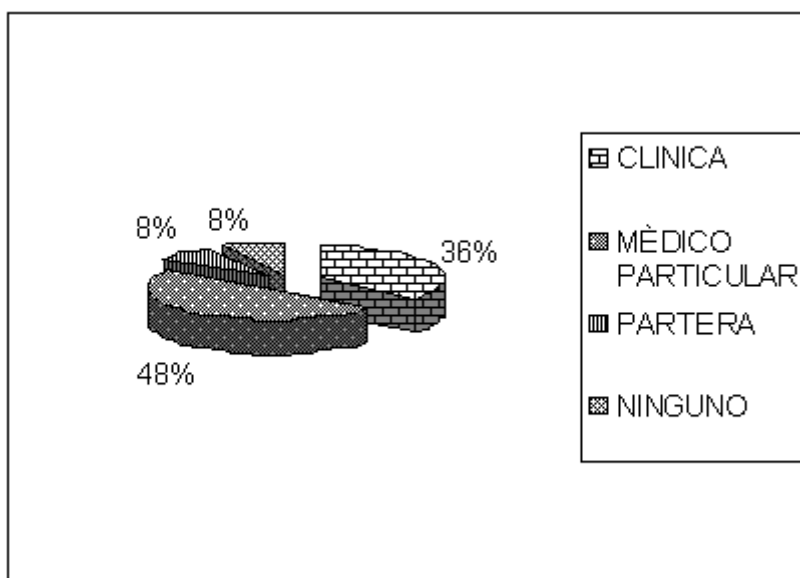
El estado civil predominante es el de casada con un 48%, el de unión libre con un 40% y el de soltera un 12%.

CUADRO No. 18
TIPO DE SERVICIO DE SALUD EN LA VIGILANCIA DEL EMBARAZO
2008

SERVICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CLÍNICA	9	36
MÉDICO PARTICULAR	12	48
PARTERA	2	8
NINGUNO	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 18
TIPO DE SERVICIO DE SALUD EN LA VIGILANCIA DEL EMBARAZO
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El tipo de servicio de salud al que más recurren las embarazadas es con el médico particular con un 48%, el 36% acuden a su clínica o al hospital, el 8% recurre a la partera y el 8% restante no acude a ningún servicio.

CUADRO No. 19
ACTITUD ANTE EL EMBARAZO
2008

ACTITUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACEPTACIÓN	17	68
NEGACIÓN	3	12
INDIFERENCIA	5	20
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 19
ACTITUD ANTE EL EMBARAZO
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

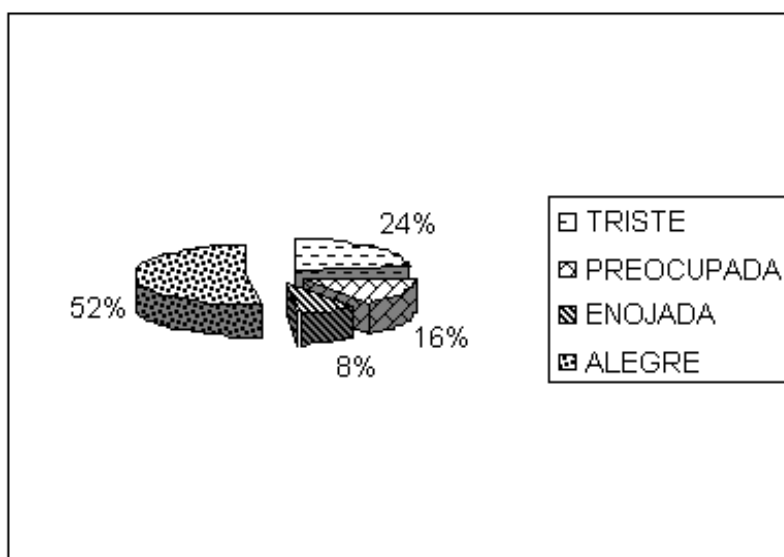
La actitud ante el embarazo que predomina es la de aceptación con un 68%, le sigue la indiferencia con un 20% y por último la negación con un 12%.

CUADRO No. 20
SENTIMIENTO PREDOMINANTE DURANTE LA GESTACIÓN
2008

SENTIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRISTE	6	24
PREOCUPADA	4	16
ENOJADA	2	8
ALEGRE	13	52
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 20
SENTIMIENTO PREDOMINANTE DURANTE LA GESTACIÓN
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

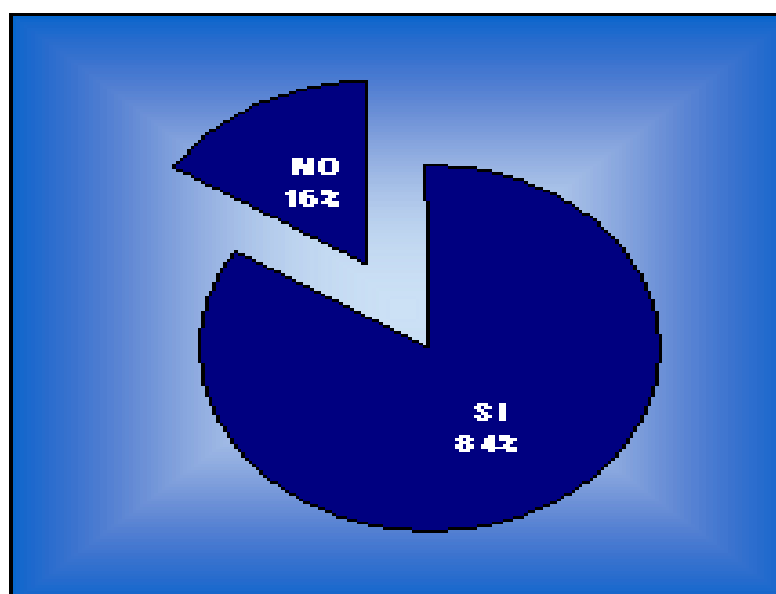
El sentimiento predominante en la gestación fue el de alegría con un 52%, le siguen el de tristeza con un 24%, preocupación con un 16% y el enojo con un 8%.

CUADRO No. 21
APOYO FAMILIAR
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	21	84
NO	4	16
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 21
APOYO FAMILIAR
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 84% de las mujeres gestantes cuentan con el apoyo de su familia, mientras que el 16% no lo tienen.

CUADRO No. 22
APOYO DE LA PAREJA
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	22	88
NO	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 22
APOYO DE LA PAREJA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 88% de las embarazadas entrevistadas cuenta con el apoyo de su pareja, mientras que el 12% no cuenta con él.

CUADRO No. 23
OCUPACIÓN DE LA PAREJA
2008

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EMPLEADO	13	49
OBRAERO	9	41
TOTAL	22	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 23
OCUPACIÓN DE LA PAREJA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

La principal ocupación de la pareja del total de las mujeres que cuentan con su apoyo es de empleado con un 49%, le sigue el de obrero con un 41%.

CUADRO No. 24
TIEMPO DESTINADO A LA MUJER POR LA PAREJA
2008

No. HORAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
- 1 Hr.	4	18
2 a 3 Hrs.	8	36
4 a 6 Hrs.	10	46
TOTAL	22	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 24
TIEMPO DESTINADO A LA MUJER POR LA PAREJA
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

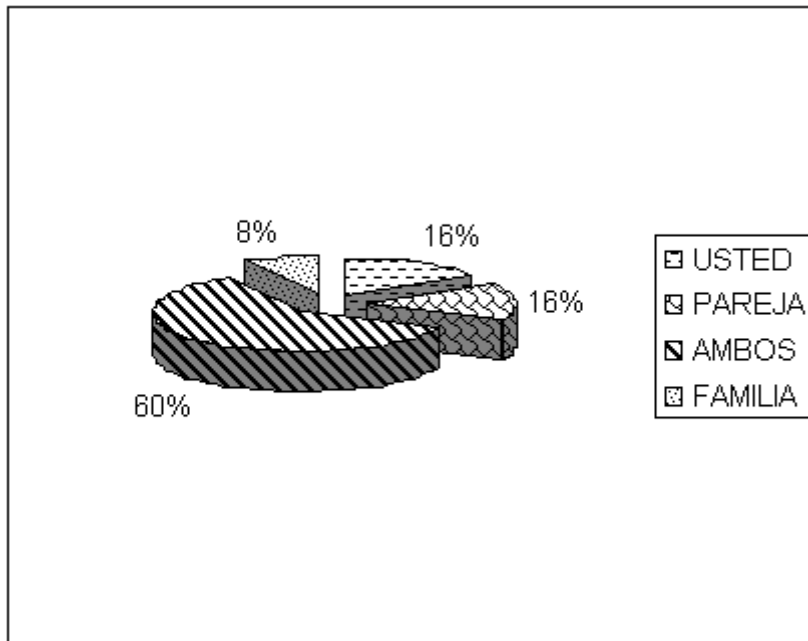
La gráfica muestra que el 46% de las parejas de las gestantes conviven con ellas de 4 a 6 horas por día, el 36% convive de 2 a 3 hrs. Y el 18% menos de una hr. por día.

CUADRO No. 25
TOMA DE DECISIONES
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
USTED	4	16
SU PAREJA	4	16
AMBOS	15	60
FAMILIA	2	8
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 25
TOMA DE DECISIONES
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

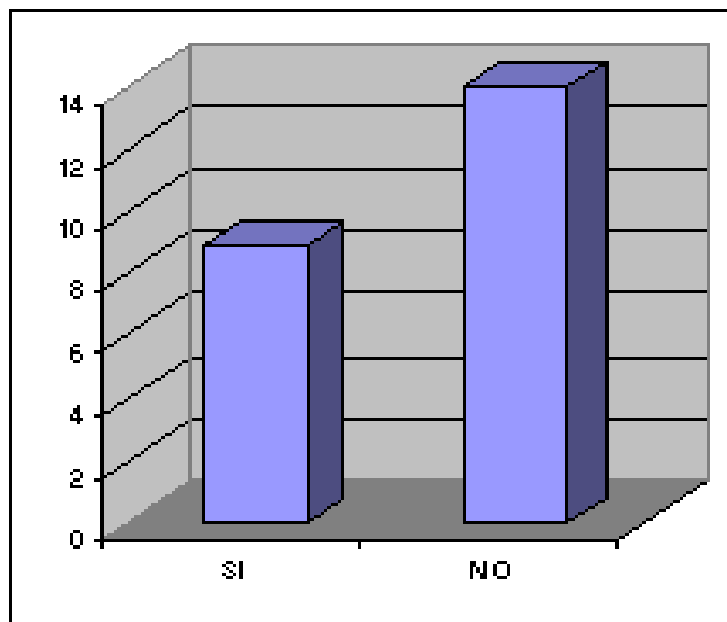
La toma de decisiones sobre los cuidados durante el embarazo con mayor porcentaje es por ambos con un 60%, la propia embarazada con un 16%, la pareja con un 16% y la familia con un 8%.

CUADRO No. 26
ADICCIONES DE LA PAREJA
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	39
NO	14	61
TOTAL	23	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 26
ADICCIONES DE LA PAREJA
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

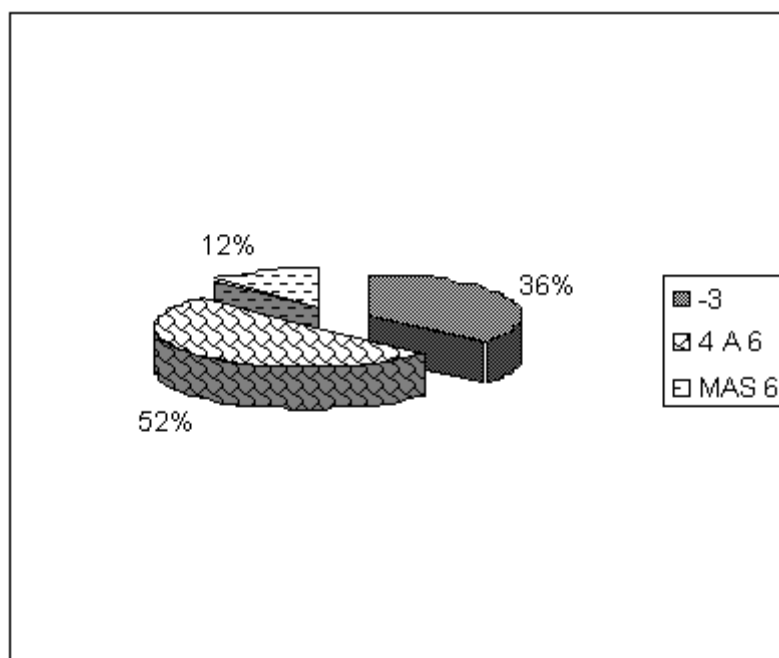
El 61% de las parejas de la gestante tiene la adicción al alcohol, mientras que el 39% no tiene ninguna.

CUADRO No. 27
HACINAMIENTO
2008

No. PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
-3	9	36
4-6	13	52
+6	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 27
HACINAMIENTO
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

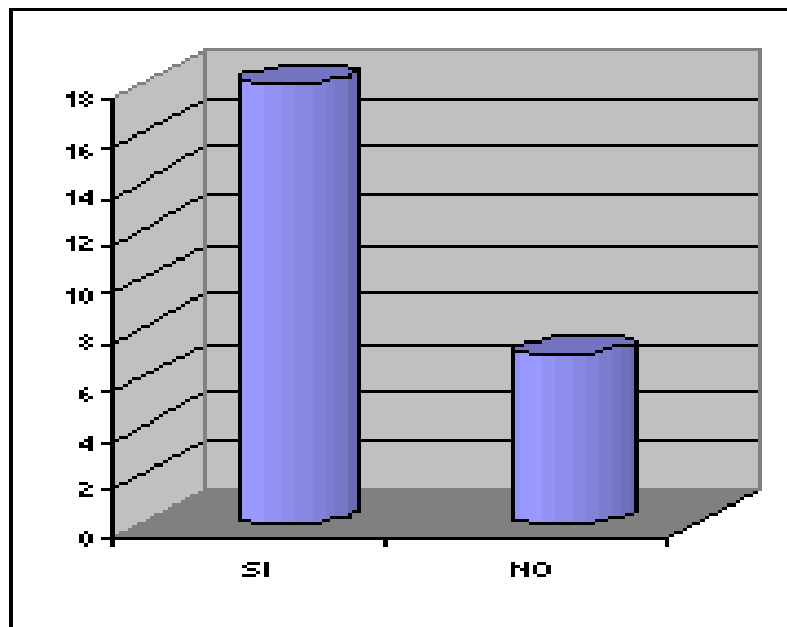
El número de personas que duermen en la misma habitación que predomina es de 4 a 6 con un 52%, le sigue de menos de 3 con un 36% y más de 6 con un 12%.

CUADRO No. 28
ZONOSIS
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	18	72
NO	7	28
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 28
ZONOSIS
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 72% de las encuestadas afirman que tienen convivencia con animales, mientras que el 28 % no lo tiene.

CUADRO No. 29
SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	24	96
NO	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 29
SERVICIOS INTRADOMICILIARIOS
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 96% de las mujeres gestantes cuenta con todos los servicios en su domicilio, mientras que el 4% no cuenta con todos ellos.

CUADRO No. 30
RELIGIÓN
2008

RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CATÓLICA	18	72
CRISTIANA	1	4
NINGUNA	6	24
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 30
RELIGIÓN
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

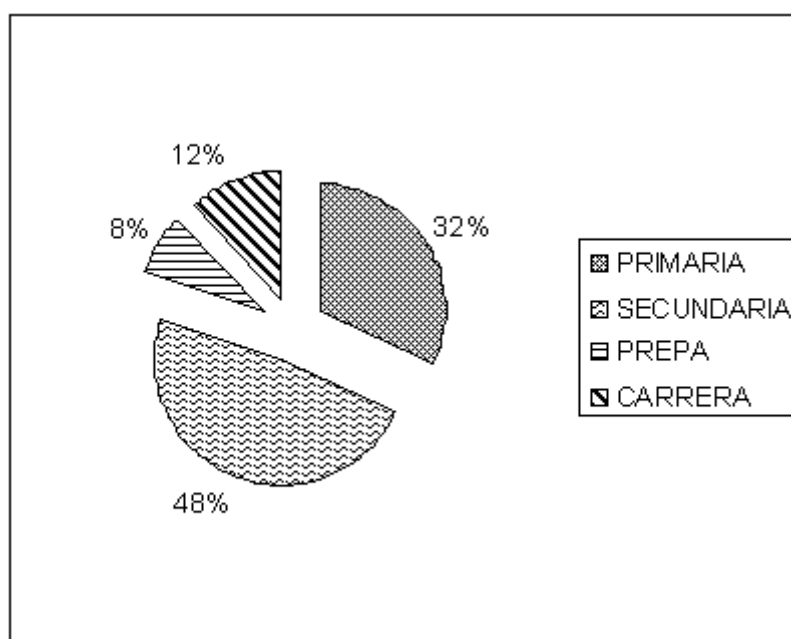
La religión predominante es la católica con un 72%, sin embargo el 24% afirma que no tienen ninguna y el 4% pertenece a la cristiana.

CUADRO No. 31
 ESCOLARIDAD
 2008

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRIMARIA	8	32
SECUNDARIA	12	48
PREPARATORIA	2	8
CARRERA PROFESIONAL	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No.31
 ESCOLARIDAD
 2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

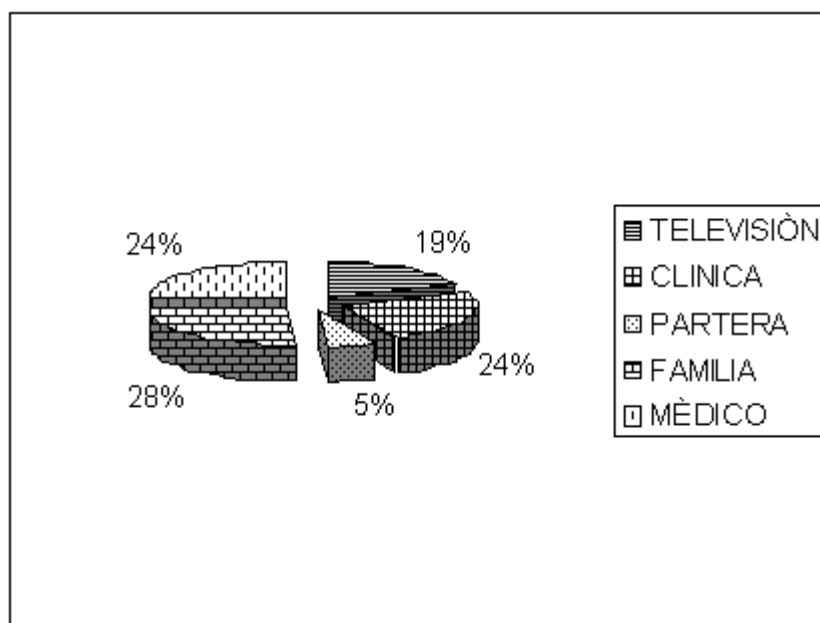
La escolaridad con mayor porcentaje es la de secundaria con un 48%, le sigue la primaria con un 32%, carrera profesional con el 12% y la preparatoria con el 8%.

CUADRO No. 32
MEDIOS DE INFORMACIÓN
2008

MEDIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TELEVISIÓN	7	19
CLÍNICA	9	24
PARTERA	2	5
FAMILIA	9	24
MÉDICO	11	28
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 32
MEDIOS DE INFORMACIÓN
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

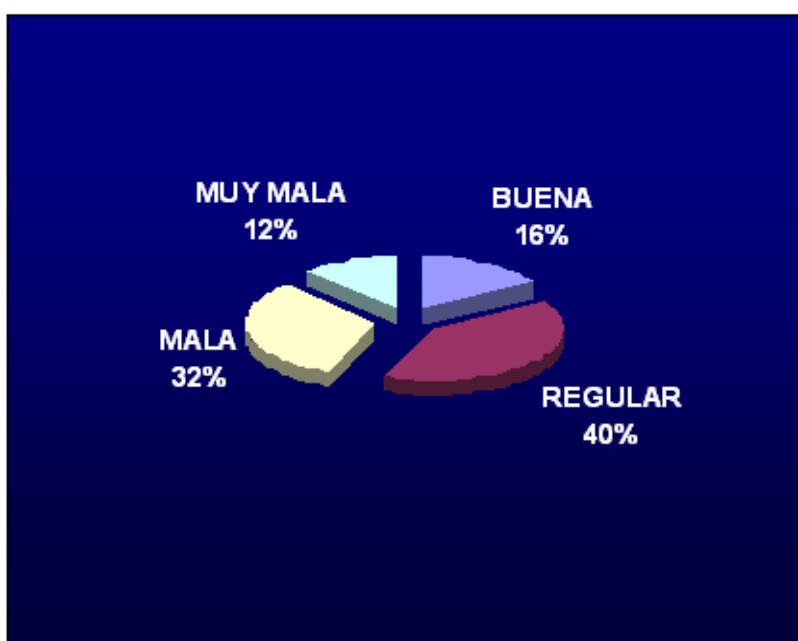
Los medios por los cuales la gestante obtiene información sobre el cuidado de su embarazo con mayor prevalencia son el médico con un 28%, la clínica con el 24%, la familia con el 24%, la televisión con un 19% y la partera con un 5%.

CUADRO No.33
CALIFICACIÓN DE LA MUJER DE LOS SERVICIOS DE SALUD
2008

CALIFICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
BUENA	4	16
REGULAR	10	40
MALA	8	32
MUY MALA	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 33
CALIFICACIÓN DE LA MUJER DE LOS SERVICIOS DE SALUD
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

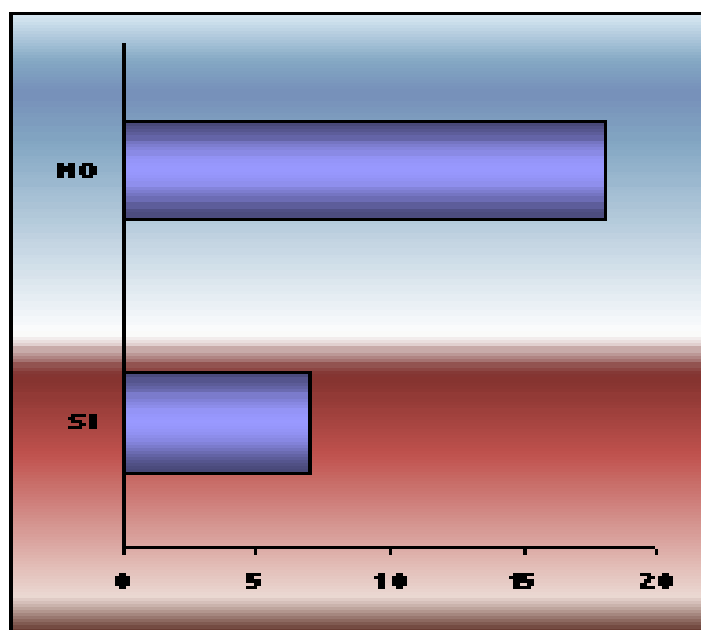
El 40% de las gestante califica la atención que prestan los servicios de salud de la comunidad como regular, el 32% como mala, el 16% como buena y el 12% como muy mala.

CUADRO No. 34
INFORMACIÓN SOBRE SÍNTOMAS DE ALARMA
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	7	28
NO	18	72
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 34
INFORMACIÓN SOBRE SÍNTOMAS DE ALARMA
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 72% de las mujeres embarazadas afirma que desconoce cuáles son los síntomas de alarma durante el embarazo, mientras que el 28% dice que los conoce.

CUADRO No. 35
CONOCIMIENTO SOBRE RIESGO GESTACIONAL
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	20
NO	20	80
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 35

CONOC
MIENT
O
SOBRE
RIESG
O
GESTA
CIONAL
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

La gráfica muestra que el 80% de las mujeres no tiene conocimiento del curso de su embarazo si es de bajo, medio o alto riesgo y sólo el 20% lo sabe.

CUADRO No. 36
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD NEONATAL
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	20
NO	20	80
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 36
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD NEONATAL
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

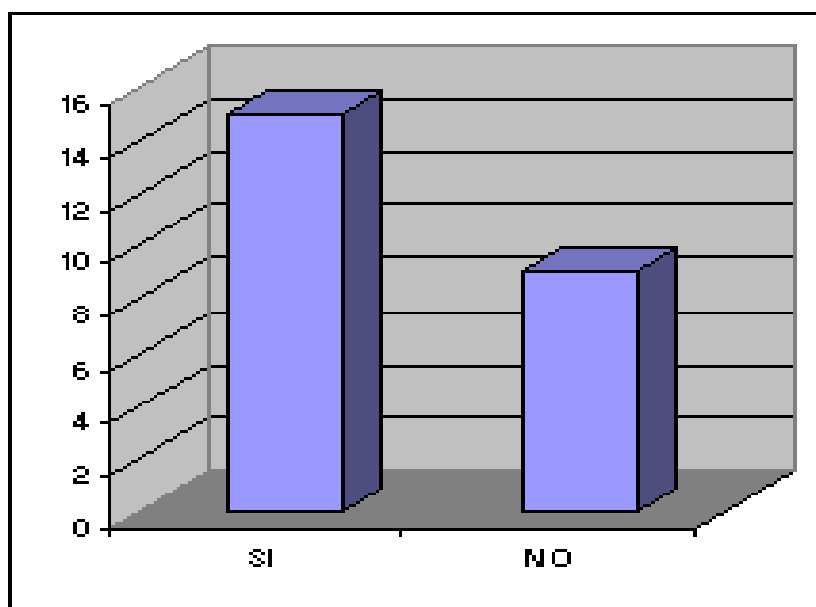
La gráfica muestra que el 80% de las gestantes desconoce cuál es el estado de salud de su bebé y sólo el 20% lo sabe.

CUADRO No. 37
INFORMACIÓN SOBRE ÁCIDO FÓLICO Y HIERRO
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	16	62
NO	8	38
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 37
INFORMACIÓN SOBRE ÁCIDO FÓLICO Y HIERRO
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 62% de las gestantes sabe la importancia del consumo de ácido fólico y hierro; el 38% no sabe cuáles son los beneficios.

CUADRO No. 38
INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	6	24
NO	19	76
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 38
INFORMACIÓN SOBRE ALIMENTACIÓN
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

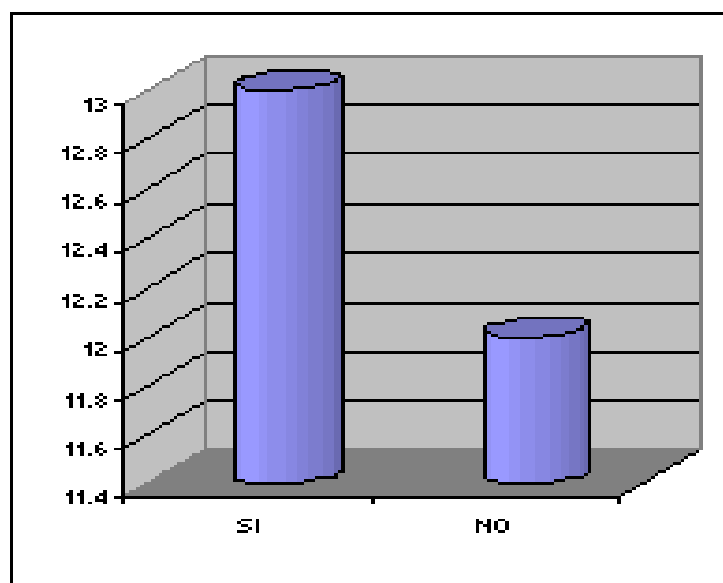
El 76% de las mujeres desconoce la alimentación adecuada durante el embarazo, mientras que el 24% si lo sabe.

CUADRO No. 39
 INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA
 2008

CATEGORIZACIÓN	FECUENCIA	PORCENTAJE
SI	13	52
NO	12	48
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 39
 INFORMACIÓN SOBRE LACTANCIA MATERNA
 2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

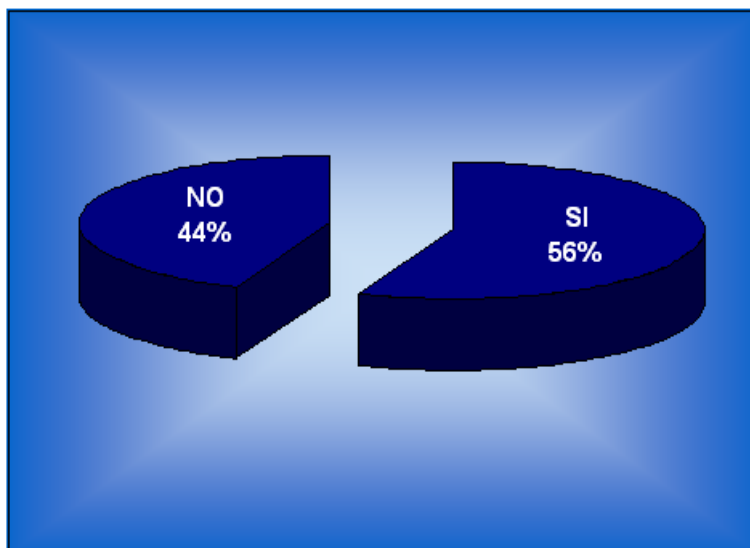
El 52% de las embarazadas tiene información sobre lactancia materna, mientras que el 48% no la tiene.

CUADRO No. 40
 INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	14	56
NO	11	44
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 40
 INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
 2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 56% de las entrevistadas tiene información sobre los métodos de planificación familiar, mientras que el 44% no la tiene.

CUADRO No. 41
CONOCIMIENTO MEDIDAS DE AUTOCUIDADO
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	44
NO	14	56
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 41
CONOCIMIENTO MEDIDAS DE AUTOCUIDADO
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

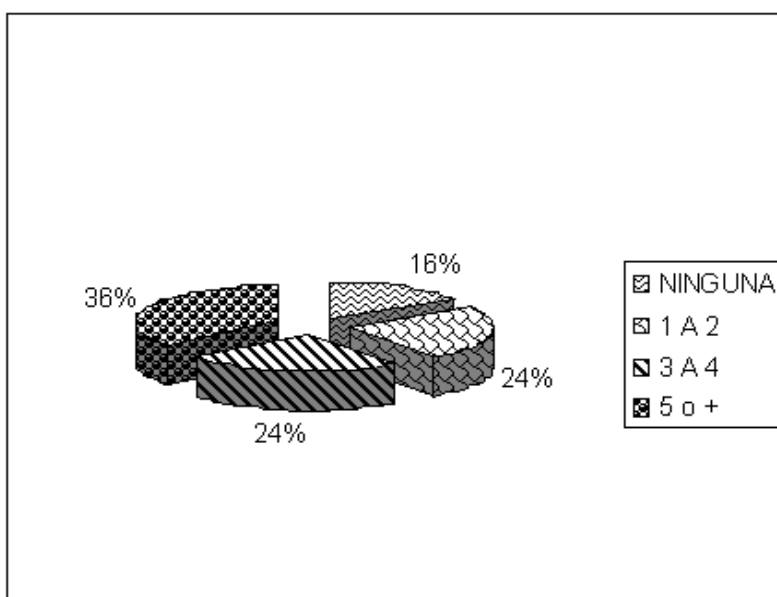
El 56% de las mujeres desconoce cuáles son las medidas de autocuidado durante el embarazo, mientras que el 44% refiere conocerlas.

CUADRO No. 42
NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES
2008

NÚMERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA	4	16
1-2	6	24
3-4	6	24
5 ó +	9	36
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 42
NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

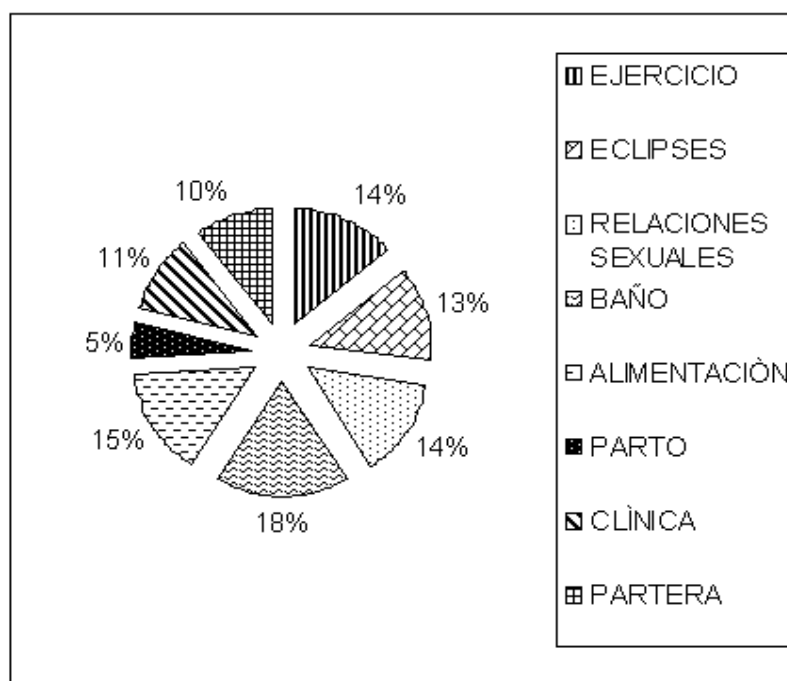
El número de consultas prenatales con mayor prevalencia es de 5 ó más con un 36%, le sigue de 3 a 4 con un 24%, de 1 a 2 un 24% y el 16% no ha recibido ninguna consulta.

CUADRO No. 43
TIPO DE CREENCIAS DE LA MUJER DEL PROCESO GESTACIONAL
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	25	100
NO	0	0
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 43
TIPO DE CREENCIAS DE LA MUJER DEL PROCESO GESTACIONAL
2008



Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

Toda las gestantes entrevistadas tienen alguna creencia del embarazo; el 18% en relación al baño, el 15% con respecto a la alimentación, el 14% sobre el ejercicio, un 14% de las relaciones sexuales, el 13% en la influencia de los eclipses, el 11% respecto al trato en las clínicas, el 10% sobre la atención de las parteras y finalmente un 5% sobre la ingesta de algunas infusiones para acelerar el parto.

CUADRO No. 44
INFLUENCIAS DE LAS CREENCIAS EN LA GESTACIÓN
2008

CATEGORIZACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	36
NO	16	64
TOTAL	25	100

Fuente: misma del cuadro No. 1

GRÁFICA No. 44
INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS EN LA GESTACIÓN
2008

Fuente: misma de la gráfica No. 1

Descripción:

El 64% de las gestantes afirma que sus creencias no influyen en el cuidado de su embarazo, mientras que el 36% dice que si influyen.

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Cuadro No. 1

El cuadro No. 1, se refiere a la edad de los sujetos de estudio donde el mayor porcentaje fue en los rangos de 10 a 19 y 20 a 29 años, ya que, según los datos estadísticos del municipio, hay alrededor de 75 000 mujeres entre los rangos de 10 a 29 años de edad (INEGI, 2005). Al contar con mujeres adolescentes gestantes existe una asociación con otros factores de riesgo como: inicio de la vida sexual en edades tempranas (cuadro no. 5), múltiples parejas sexuales (cuadro no. 6); información deficiente de los medios y de temas de salud reproductiva como métodos anticonceptivos (cuadro no. 31), baja escolaridad (cuadro no. 40). De acuerdo con información de la literatura sobre este tipo de poblaciones, tienen un riesgo gestacional alto, ya que a menor edad se inicie la vida sexual, exista promiscuidad, haya un embarazo adolescente y la información no sea la suficiente ni la adecuada, la salud materna se ve afectada en su componente biopsicosocial (Ladewig, 2002).

Cuadros No. 2 y 18

Sobre la afiliación a algún centro de salud y tipo de servicio al que acuden las mujeres para su vigilancia prenatal, mostraron que la mayor parte de las mujeres no cuentan con afiliación a ningún sistema de salud, es decir, no son derechohabientes; de hecho, las que lo son, prefieren acudir con otro personal de salud de la comunidad porque los centros de salud públicos tienen mala fama, por tratos indignos; esta idea, se transmite a varias mujeres, según se confirmó en entrevistas previas con la autora de este trabajo. Tal declaración lo sustenta la calificación de las mujeres a los servicios de salud de la comunidad (cuadro no. 33), que fue en su mayoría mala y regular. Sin embargo durante el embarazo las mujeres reportaron que su vigilancia la llevaron a cabo con médico particular de las farmacias similares y con parteras; aunque, como se sabe, no podemos decir que son servicios de atención humanizada.

Cuadros No. 3 y 4

Sobre la presencia de antecedentes heredofamiliares, existe un alto índice de gestantes que tienen antecedente de Diabetes, Obesidad, Hipertensión arterial y cáncer en sus familiares. Un alto porcentaje presenta antecedentes personales patológicos, entre los más destacados fueron infección de vías urinarias, hipertensión arterial y obesidad. Ante estos factores de riesgo y mujeres con embarazos de 31 a 40 SDG como lo reporta el cuadro N. 8, puede complicar el término del embarazo y provocar daños como la Amenaza de Parto Prematuro, Ruptura Prematura de Membranas, Preeclampsia o Diabetes gestacional.

Cuadro No. 7

Dentro de los antecedentes obstétricos, el mayor porcentaje correspondió a primigesta; pero más de la mitad cursan el segundo o tercer embarazo; esto también predispone daños a la salud de la mujer, porque como se dijo en otro momento, embarazos presentes en adolescentes, baja escolaridad, deficiente información, etc., también se agrega otro factor como es el de periodo intergenésico corto, lo que favorece que estas mujeres sean posteriormente multigestas y múltiparas a edades tempranas si no se toman medidas oportunas con la intervención del profesional de enfermería.

Cuadro No. 9

Sobre presencia de síntomas de alarma, la mayoría de las mujeres gestantes presentó alguno de ellos, de los que se resaltan con más frecuencia la cefalea, el edema, aumento de movimientos fetales, acúfenos y fosfenos. Además, un alto porcentaje desconoce cuáles son estos síntomas (cuadro no. 34), lo que significa que ignoran que la presencia de alguno de ellos puede poner en riesgo la salud del binomio madre-hijo. Por otro lado, los cuadros 35, 36 y 39

muestran que en su mayoría desconocen cuál es el curso de su embarazo, si es de bajo, medio o alto riesgo así como el estado de salud de su bebé y los beneficios de la lactancia materna; nadie les ha informado sobre estos aspectos, ni en los centros de salud, ni su médico. Conocer esta información está expresada en la Norma Oficial Mexicana 007 sobre la atención del embarazo, parto y puerperio; sin embargo, aunque existe un fundamento legal que refiere informar a la mujer sobre el riesgo gestacional, la salud de su hijo y el fomento de la lactancia materna, casi ninguna de ellas ha recibido esta información. Lo cual pone en riesgo el desarrollo del embarazo, ya que no conocen los cuidados de acuerdo con el tipo de riesgo gestacional, además de desconocer cuáles son los múltiples beneficios de la lactancia materna: nutrición, inmunidad, apego madre-hijo, prevención de cáncer de mama, ahorro económico, entre otros.

Cuadro No. 10

En relación con el tipo de alimentación, un alto porcentaje de gestantes no llevan una alimentación adecuada durante su embarazo, por desconocimiento de la importancia de incluir todos los grupos alimenticios en su dieta diaria (cuadro no. 38). La ingesta de líquidos (cuadro no. 11) es adecuada, pero hay otro porcentaje significativo que no toma la suficiente cantidad de agua al día, siendo un riesgo para presentar infecciones de vías urinarias. También se mostró que una parte importante de las entrevistadas desconoce la importancia del consumo de ácido fólico y hierro (cuadro no. 37), por lo que son más susceptibles de que su hijo nazca con alguna malformación, sobre todo las relacionadas con el cierre del tubo neural, o que ellas puedan presentar anemia.

Aunque los recursos sean limitados, se pueden consumir alimentos accesibles que aportan las calorías necesarias en esta etapa; sólo se necesita conocer cómo llevar una alimentación sana y suficiente.

En gran parte de las gestantes los hábitos higiénicos (cuadro no. 12) son adecuados, sin embargo, un porcentaje importante no realiza correctamente su higiene, además, por observación su aspecto no demostraba que llevaran a cabo adecuadamente su higiene. Los aspectos anteriores se sustentan en el desconocimiento que tienen sobre la importancia de las medidas de autocuidado (cuadro no. 41) para evitar patologías que ponen en riesgo el desarrollo y el término del embarazo, tales como infecciones de vías urinarias, obesidad, anorexia, diabetes, preeclampsia, anemia, entre otras.

Cuadro No. 13

En general, las mujeres llevan a cabo un descanso adecuado, cubren las horas necesarias para reponer energía, relajarse y descansar; esto es un factor muy importante ya que durante el proceso de gestación se requiere un descanso suficiente y más prolongado que el habitual.

Cuadro No. 14

Existen mujeres gestantes que tienen alguna adicción, la que mencionaron fue el tabaquismo. El hábito de fumar durante el embarazo se asocia con aumento del riesgo de aborto espontáneo, una incidencia mayor de prematuridad, bajo peso al nacer, placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta (Boletín Práctica Médica Efectiva, 2001).

Cuadros No. 16, 17

La ocupación más frecuente de las mujeres es el hogar que concuerda con el estado civil casada o unión libre que reportaron la mayoría de las personas. Según ellas, se deben dedicar sólo a su hogar; pero al estar centradas en una sola actividad se les olvida cuidar su embarazo o recibir información de los cuidados prenatales. La información que tienen, la adquirieron del médico que las atiende, de su familia o la televisión, como lo refleja el cuadro no. 32 sobre medios de información.

Cuadros No. 19, 20

Sobre la actitud y sentimiento predominante durante el embarazo se destaca la aceptación y alegría por este hecho, sin embargo, una cantidad considerable refiere que se siente triste e indiferente ante este evento; ello se refleja en el desinterés por llevar a cabo el cuidado adecuado durante el embarazo. Además, un porcentaje importante no cuenta con el apoyo de su pareja (cuadro no. 21) ni de su familia (cuadro no. 22), ya sea por abandono o rechazo de la familia por el hecho de estar embarazadas; el interés de éstos es de suma importancia en esta etapa, ya que la mujer se siente más segura al sentir el apoyo de las personas más importantes y allegadas a ella.

También el estudio mostró que un número relevante tiene como adicción en la pareja el alcohol (cuadro no. 26), lo que puede llevar a la mujer a una situación de estrés. Cuando una embarazada está en un estrés prolongado, los vasos sanguíneos del útero se contraen, el feto recibe menos sangre y, por lo tanto, menos oxígeno y sustancias nutritivas. Además las hormonas que favorecen el desarrollo del sistema nervioso del feto condicionan el comportamiento futuro del niño (Chelala, 1993).

Cuadro No. 23

Sobre la ocupación de la pareja más frecuente es la de empleado, mientras que el tiempo destinado por la pareja (cuadro no.24) es de 4 a 6 horas y de 2 a 3 horas al día, lo cual nos sugiere que el tiempo compartido por la pareja es poco debido a la ocupación de él. La toma de decisiones (cuadro no. 25) en su mayor parte lo hacen ambos, pero un número importante lo realiza ella o su pareja; la mujer embarazada necesita tiempo para compartir y hablar con su pareja sobre sus inquietudes y sentimientos, para integrarlo en el proceso del embarazo y tomar las decisiones pertinentes y adecuadas sobre el cuidado del mismo.

Cuadro No. 27

El número de personas que duermen en la misma habitación predominante fue de 4 a 6 lo que sugiere que existe hacinamiento (cuadro no. 28), también se muestra que muchas embarazadas conviven con animales (cuadro no. 29), refirieron que tienen en su hogar perros, gatos, pollos y roedores como mascotas, esto conlleva a que haya una mayor probabilidad de contraer infecciones sobre todo en piel, gastrointestinales, toxoplasmosis por las heces de los gatos, lo cual puede producir malformaciones y aborto. En relación con los servicios intradomiciliarios (cuadro no. 29) casi en su mayoría cuenta con todos ellos, esto facilita la higiene y el acceso a la tecnología.

Cuadro No. 42

El número de consultas recibidas durante el transcurso del embarazo que más prevalece es de 5 ó más y de 3 a 4, las gestantes que acudieron a algún servicio de salud refirieron que han recibido una consulta por mes, sin embargo esto no quiere decir que la atención brindada haya sido de calidad y humanizada, como se mencionó anteriormente.

Cuadro No. 30

Sobre el tipo de religión, la que más prevalece es la católica, lo que puede influir en las creencias entorno al cuidado de su embarazo, ya que algunas religiones tienen restricciones sobre procedimientos e intervenciones hacia su salud. El lugar de procedencia (cuadro no. 15), en su mayoría son originarias del Estado de México, lo que sugiere que en este lugar predominan cierto tipo de creencias sobre el cuidado del embarazo. Todas las mujeres entrevistadas refirieron tener alguna creencia sobre la gestación (cuadro no. 43), esto se refleja en la información deficiente que tienen sobre los cuidados durante este proceso, lo que obliga al profesional de enfermería a orientar e informar sobre los mitos y creencias alrededor del embarazo, para evitar riesgos y fomentar la cultura de prevención. Algunas mencionan que sus creencias no influyen en el

cuidado de su embarazo (cuadro no. 44); por otro lado un número importante considera que sus creencias son más importantes que la información que les proporcionan en los centros de salud. Esto se traduce a que no acepten las medidas recomendadas por el personal de salud y que lleven a cabo prácticas que puedan tener alguna repercusión la mujer y/o su hijo.

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio mostró que se cumplieron los objetivos establecidos anteriormente; se identificaron y describieron los factores de riesgo biológicos, psicosociales y culturales que afectan a las mujeres gestantes de la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad.

Con relación a los factores de riesgo biológicos, se encontró que la mayoría de las mujeres se embarazaron en una edad temprana, poseen antecedentes heredofamiliares y personales, iniciaron su vida sexual en la adolescencia, han presentado alguno de los síntomas de alarma, son primigestas o cursan su segundo o tercer embarazo, su alimentación es deficiente, sus hábitos higiénicos son regulares y algunas de ellas tienen un hábito nocivo: el cigarro.

Dentro de los factores de riesgo psicosociales, se mostró que su escolaridad es baja, su lugar de procedencia es el Estado de México y el D. F., el estado civil más frecuente es casada o en unión libre, el lugar donde acuden a atender su embarazo es en su centro de salud o con un médico particular poco confiable, existen sentimientos y actitudes negativas durante el embarazo, un número significativo no cuenta con el apoyo de su pareja ni de su familia, el tiempo de convivencia con la pareja es corto y algunos de ellos poseen la adicción al alcohol, existe hacinamiento y zoonosis.

También se observó, dentro de los factores de riesgo culturales, que la religión predominante es la católica, mencionaron que la atención prenatal brindada

por los centros de salud es mala y regular, las gestantes carecen de información básica e importante para poder llevar un cuidado del embarazo adecuado, como es conocimiento de los síntomas de alarma, métodos de planificación familiar, medidas de autocuidado, lactancia materna, salud neonatal y riesgo gestacional.

Además, resalta que todas ellas tienen alguna creencia entorno al embarazo y que sus creencias son más importantes que la información que le proporciona el personal de salud.

Por lo tanto, son mujeres con alto riesgo que se les complique el embarazo en algún momento de su evolución, en el parto y/o en el puerperio, y consecuentemente formarán parte de las tasas de morbilidad materna o neonatal.

Con ello se demuestra que a pesar de que existen programas, leyes y normatividades acerca de la atención prenatal, aún sobresalen las deficiencias del sistema, sobre todo la prevención.

Cabe destacar que la mayor parte de estos factores son prevenibles, de ello depende la intervención del personal de salud antes, durante y después del embarazo.

El énfasis de un adecuado uso de información y atención prenatal en las instituciones del sector salud es de vital importancia ya que mujeres de escasos recursos acuden principalmente a las instituciones de esta rama o en ocasiones no llegan acudir a ninguna por lo que se le hace un llamado de atención y se propone desarrollar un programa efectivo y de calidad para mujeres gestantes y en edad reproductiva, además de ampliar el trabajo comunitario en estos sectores de la población, y principalmente en esta comunidad.

SUGERENCIAS

Este estudio sirve como base para seguir investigando sobre temas relacionados y en base a los resultados obtenidos, por lo que se sugiere realizar nuevos estudios en beneficio de la comunidad.

Es importante analizar la intervención de enfermería propuesta (Anexo C), para que en otro momento pueda ponerse en práctica y se evalúen los resultados en un estudio más amplio. Esta intervención lleva por nombre “Programa educativo de enfermería para la promoción de la salud reproductiva”; el cual está integrado por objetivo general y específico, introducción, metodología y contenido temático, que sugiere cuatro temas. El primero de ellos se refiere vida sexual segura, contempla los derechos sexuales y reproductivos, métodos anticonceptivos, sus beneficios y riesgos e infecciones de transmisión sexual. Estos tópicos brindarán información importante para evitar embarazos a temprana edad, disminuir la tasa de natalidad y evitar infecciones de transmisión sexual.

El segundo tema se refiere al proceso del embarazo, sus cambios físicos y emocionales, las implicaciones de este proceso, así como sus riesgos en la etapa adolescente; para que las personas comprendan lo que conlleva un embarazo.

El tercer punto se centra en la atención prenatal, concepto, características y derechos del paciente; para que las mujeres conozcan cuál es la importancia del control prenatal y la atención a la que tienen derecho.

El cuarto apartado hace énfasis en los cuidados durante el embarazo, concepto, síntomas de alarma, alimentación, higiene, vestido, actividad física, postura, sexualidad, descanso, sueño, hábitos nocivos y sus consecuencias, mitos y creencias durante el embarazo. Con ello se fomentarán las medidas de cuidado durante la gestación, para obtener embarazos y nacimientos sanos. Por último, la evaluación refiere cómo verificar los resultados esperados con este programa.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Abbagnano N. Diccionario de Filosofía. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1992.
2. Alfaro Rodríguez H. et. al. Complicaciones médicas en el embarazo. 2ª ed. México: Mc GrawHill-Interamericana, 2004.
3. Álvarez Manilla J. Atención primaria a la salud. México: Salud pública, 1998.
4. Ayuntamiento de Valle de Chalco Solidaridad. Disponible en: www.valledechalco.gob/historia. Consultado el 10 de abril de 2008.
5. Base de datos INEGI/SSA 2005. Disponible en: www.estadodemexico.com/estadísticas/mortalidad. Consultado el 15 de febrero de 2008.
6. Boletín Práctica Médica Efectiva. Control prenatal con enfoque de riesgo. Secretaría de Salud. 2001.
7. Botero J. Obstetricia y Ginecología. 6ª ed. Colombia: Universidad de Antioquia, 1999.

8. CONAPO. Censo de población INEGI 2005. Disponible en: www.estadodemexico.com/estadísticas. Consultado el 15 de febrero de 2008.
9. Chelala C. La salud materna: un perenne desafío. OPS, 1993.
10. Díaz A. El enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. México: McGraw Hill-Interamericana, 1998.
11. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG). Historia de la Obstetricia y la Ginecología en Latinoamérica. Colombia: Imprenta distrital de Bogotá, 1970.
12. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de la salud. México: OPS, 1992.
13. Ladewig P. W., et. al. Enfermería materna y del recién nacido. 5ª ed. España: McGrawHil-Interamericana, 2002.
14. Lartigue T, Vives J. Guía para la detección de las alteraciones en la formación del vínculo materno-infantil durante el embarazo. UIA. México: Manuales de práctica profesional. Dpto. de Psicología., 1994.
15. León N., La obstetricia en México: Notas bibliográficas, étnicas, históricas, documentaristas y críticas de los orígenes históricos hasta el año de 1910. México.
16. López Ortíz, R. et. al. Manual para educadores en salud. México: Trillas, Instituto Nacional de Perinatología, 2001.
17. Martínez V. El embarazo y la quiropráctica. Disponible en: [http://www.tumaternidad.com/articulos showquestios.asp2001](http://www.tumaternidad.com/articulos/showquestios.asp2001). Consultado el 21 de marzo de 2008.
18. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 6 de enero de 1995.

19. Norma Oficial Mexicana NOM 043- SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. 2006.
20. OMS. Derechos reproductivos 2000: Hacia delante. Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, 1994.
21. OMS. Nuevo modelo de control prenatal. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal. Organización Mundial de la Salud, 2003.
22. OPS/OMS. ¿Qué hacer para tener una maternidad saludable?. Colombia, 1998.
23. Organización Panamericana de la Salud. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington D. C.: serie APITEX para ejecutores de programas de salud, N. 7, 1996.
24. Ramírez Alonso, F. Obstetricia para la enfermera profesional. México: UNAM-ENEO, SUA, El Manual Moderno, 2002.
25. Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor Santa Fé Bogotá. Evaluación del control prenatal en el hospital Kennedy primer nivel e.s.e. Bogotá 1999-2000. Colombia: 2000.
26. Secretaría de Salud. Ley General de salud. México, 1996.
27. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Lactancia Materna. México, 1992.
28. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, 2001.

29. Sepúlveda, M. T. Magia, brujería y supersticiones en México. España: Everest, 1983.
30. SSA, IMSS, DIF, INNSZ, UNICEF, Hospital Infantil de México Federico Gómez. Guía de orientación alimentaria. 1998.
31. Torrens Sigalés R. M., Martínez B. C. Enfermería de la mujer. España: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 2001.
32. Villanueva Alfonso R. et. al. Diccionario Mosby, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud. 5ª ed. España: Harcourt, 2000.
33. Villegas, C; Luna, J. La salud materna: un gran reto para Colombia. Colombia: Revista de Salud Pública. 1 (1): 99.
34. Williams. Obstetricia. 20ª ed. México: Litoral Médica Panamericana, 2000.

10. ANEXOS

10.1 ANEXO A

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para que me entreviste la estudiante Fabiola Briones López de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México; entiendo que la entrevista formará parte de la investigación “Riesgo gestacional de las mujeres de Valle de Chalco Solidaridad”, la cual está centrada en la detección de factores de riesgo durante el embarazo.

Entiendo que seré entrevistada en mi hogar y en los horarios que me convengan. He concedido libremente esta entrevista; se me ha notificado que es totalmente voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquier pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificará jamás de manera alguna. También se me ha informado tanto que si participo como si no lo hago, o si me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados yo o ningún miembro de mi familia.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que la estudiante Fabiola Briones López es la persona a quien debo buscar en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos como participante en el mismo, puedo localizarla en el teléfono: 0445518414206.

Fecha

Firma de la entrevistada

10.2 ANEXO B



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE FACTORES DE RIESGO PARA
MUJERES GESTANTES

Objetivo: Obtener información fidedigna de mujeres embarazadas para el cumplimiento de la investigación: "Riesgo gestacional en las mujeres de la comunidad de Valle de Chalco Solidaridad".

DATOS PERSONALES

Nombre de pila:

Domicilio:

Edad:

¿Es derechohabiente a algún sistema de salud? ¿Cuál?

a) Si

b) No

1. ¿En su familia existe alguna persona con los siguientes padecimientos?

Diabetes	
Hipertensión arterial	
Cáncer	
Obesidad	

2. ¿Usted padece alguna de las siguientes enfermedades?

Diabetes	
Hipertensión arterial	
Cáncer	
Obesidad	
IVU.	
Otras.	

3. ¿A que edad inicio su vida sexual?

- a) 10-19 b) 20-29 c) 30 ó +

4. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?

- a) 1 b) 2 c) 3 ó +

5. Antecedentes obstétricos

Gestas	Paras	Cesáreas	Abortos

6. ¿Cuánto tiempo tiene de embarazo?

- a)-10 SDG
 b)11- 20 SDG
 c)21-30 SDG
 d)31-40 SDG

7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

Síntoma	Si	No
Sangrado o salida de líquido vaginal.		
Dolor de cabeza		
Dolor en el vientre		
Ver luces o visión borrosa.		
Zumbido de oídos.		
Se mueve demasiado su bebe		
No detecta ningún movimiento de su bebe.		
Fiebre		
Se le hinchan los pies o las manos.		

8. ¿Cuántas veces a la semana consume los siguientes alimentos?

Alimentos / No. Días	0	1	2	3	4	5	6	7
Leche y derivados								
Huevo								
Carnes								
Frutas								
Verduras								
Leguminosas								
Cereales								
Frituras, golosinas								
Refrescos								

9. ¿Cuántos litros de agua consume al día?

- a) 3 b) 1-2 c) -1

10. Con qué frecuencia realiza los siguientes hábitos higiénicos:

Hábito	Frecuencia
Baño	
Lavado de manos	
Cepillado de dientes	

11. ¿Cuántas horas duerme al día?

- a) - 6 hrs. b) 7 a 10 hrs. c) + 10 hrs.

12. De las siguientes sustancias cuál de ellas consume actualmente:

Alcohol	
Cigarro	
Drogas (especifique)	

13. ¿Cuál es su lugar de procedencia?

- a) D. F. b) estado de México c) provincia

14. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Hogar b) obrera c) empleada d) profesionista

15. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltera b) casada c) unión libre d) viuda

16 ¿Dónde acude a atender su embarazo?

- a) centro de salud y/o clínica b) médico particular c) partera d) otro

17. ¿Qué actitud tiene con su embarazo?

- a) aceptación b) negación c) indiferencia

18. ¿Cómo se siente ahora que está embarazada?

- a) triste b) preocupada c) enojada d) alegre

19. ¿Cuenta con el apoyo de su familia?

- a) Si b) No

20. ¿Cuenta con el apoyo de su pareja?

- a) Si b) No

21. ¿Cuál es la ocupación de su pareja?

a)profesionista b)empleado c)obrero d)desempleado e)otro

22. ¿Cuántas horas al día convive su pareja con usted?

a)-1 hr. b)1-3 hrs. c)4-6 hrs. d)7-10 hrs. e)+10 hrs.

23. ¿Quién toma las decisiones sobre el cuidado de su embarazo?

a)usted b)su pareja c)ambos d)su familia

24. ¿Su pareja tiene alguna adicción?

a) Si b) No

25. ¿Cuántas personas duermen en la misma habitación?

a) -3 b) 4-6 c) +6

26. ¿Convive con animales? ¿Cuáles?

a) Si b) No

27. ¿Cuenta con todos los servicios en su domicilio?

a) Si b) No

28. ¿Que religión profesa?

a) Católica b) cristiana c) testigo de Jehová d) otra

29. ¿Cuál es su escolaridad?

a)sin educación b)primaria completa c)secundaria completa d)preparetoria completa
e)carrera profesional

30. ¿De dónde obtiene información sobre los cuidados durante el embarazo?

a)televisión b)radio c)clínica d)partera e)familia f)médico

31. ¿Cómo percibe el cuidado prenatal que ofrecen los servicios de salud de la comunidad?

a)Buena b)Regular c)Mala d)Muy mala

32. ¿Conoce cuáles son los síntomas de alarma durante el embarazo?

a) Si b) No

33. ¿Sabe si su embarazo esta cursando de manera normal?

a) Si b) No

42. ¿Cree que sus creencias sobre el cuidado de su embarazo son más importantes que la información que le proporcionan en la clínica?

a) Si

b) No



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



PROGRAMA EDUCATIVO DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA
SALUD REPRODUCTIVA.

OBJETIVO GENERAL:

Promover el embarazo saludable, la planificación familiar y prevención de embarazo en la adolescencia como parte de la salud reproductiva en las mujeres de valle de chalco solidaridad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Educar a las mujeres sobre métodos de planificación familiar.
- Informar a las mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos.
- Fomentar la atención prenatal oportuna en las mujeres gestantes.
- Dar a conocer las medidas de autocuidado durante el embarazo.

INTRODUCCIÓN

El presente plan se desarrolló en base a las necesidades detectadas en la investigación "Riesgo gestacional en las mujeres de Valle de Chalco Solidaridad"; estas necesidades demandan la creación de nuevas estrategias de prevención de embarazos en edades tempranas, disminución de los factores de riesgo durante el embarazo, así como el fomento del autocuidado.

La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la capacidad de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente accesibles en materia de planificación familiar, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad y el derecho de la mujer a recibir servicios adecuados de atención de la salud que propicien embarazos y partos sin riesgos y que le brinden a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

Desafortunadamente, la gran mayoría de las embarazadas tienen una idea sólo elemental de este proceso, que puede ir desde considerar al embarazo como una enfermedad hasta una etapa normal que no requiere de atención médica, salvo en caso de enfermedad evidente.

De aquí la importancia de dar a conocer todos los cambios que se presentan durante este periodo, para que la mujer tenga información veraz y oportuna que le ayude a reconocer aquellos factores o síntomas que puedan ser nocivos para su salud y la de su hijo.

Es importante crear en las mujeres una cultura de prevención, mediante el uso de la información adecuada, oportuna, clara y veraz; por lo que el siguiente plan pretende dar a conocer los aspectos básicos de los métodos de planificación familiar así como del control prenatal, para disminuir la tasa de embarazos en edades tempranas, la mortalidad materna y neonatal.

METODOLOGÍA DE TRABAJO:

Población dirigida:

Mujeres gestantes y en edad reproductiva de comunidades desprotegidas.

Lugar:

Escuelas, centros de salud, domicilios, delegaciones, centros recreativos.

Material didáctico:

Carteles, rotafolios, trípticos, modelos, videos.

CONTENIDO TEMÁTICO:

1. Vida sexual segura

1.1 Derechos sexuales y reproductivos.

1.1.2 Métodos anticonceptivos

1.1.2.1 Concepto

1.1.2.2 De barrera

1.1.2.3 Naturales

1.1.2.4 Hormonales

1.1.2.5 Definitivos

1.1.2.6 Beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos

2 Enfermedades de transmisión sexual

2. Mujer y embarazo

2.1 El proceso de embarazo

2.1.1 Cambios físicos

2.1.2 Cambios emocionales

2.2 Planificación del embarazo

2.3 Embarazo adolescente

2.3.1 Riesgos e implicaciones

3. Atención prenatal

3.1 Concepto

3.2 Características y componentes del control prenatal

3.3 Derechos del paciente

4. Cuidados durante el embarazo

4.1 Concepto

4.2 Síntomas de alarma

4.3 Alimentación

4.4 Higiene y vestido

- 4.5 Actividad física y postura
- 4.6 Sexualidad
- 4.7 Descanso y sueño.
- 4.8 Hábitos nocivos y sus consecuencias.
- 4.9 Mitos y creencias durante el embarazo

EVALUACIÓN:

Las mujeres describirán los métodos de planificación familiar, su utilización y beneficios para llevarlos a la práctica evitando con ello embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y reducir el número de nacimientos por familia.

Las gestantes tendrán la información suficiente sobre las medidas de autocuidado durante el embarazo, también llevarán su control prenatal con el personal de salud calificado, teniendo en cuenta su importancia y derechos a recibir una atención digna y adecuada.

10.4 ANEXO D

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
2007-2008

ACTIVIDAD	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y
Descripción del problema	*					
Planteamiento del problema Justificación						
Objetivos						
Marco teórico			*	*	*	
Material y métodos				*		
Instrumento de medición				*		
Registro de proyecto de tesis				*		
Recolección de datos					*	
Presentación de la información					*	
Análisis e interpretación de datos.					*	
Conclusiones y sugerencias					*	*
Revisión del trabajo por el jurado						*