



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES EMBARAZADAS
CON FACTORES DE RIESGO EN LA COMUNIDAD DE
SANTIAGO TIANGUISTENCO**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**CARDENAS BARRANCO ERIK EMMANUEL
No. CTA. 301142232**

**DIRECTORA DEL TRABAJO:
M.C.E. MARÍA DEL PILAR SOSA ROSAS**

CIUDAD UNIVERSITARIA, MÉXICO D.F.

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCION	3
OBJETIVO	5
METODOLOGÍA	6
1. MARCO TEÓRICO	7
1.1. INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO	7
1.1.1. Incidencia	7
1.1.2. Riesgo	10
1.1.3. Embarazo de Alto Riesgo	10
1.2. PROGRAMAS PERINATALES GUBERNAMENTALES Y NOM-007	11
1.2.1. Gobierno Federal	11
1.2.2. Gobierno Estatal	13
1.2.3. Norma Oficial Mexicana 007: Atención Perinatal	15
1.3. FACTORES DE RIESGO	17
1.3.1. Factores de Riesgo Previos al Embarazo	18
1.3.1.1. Características de la Madre	18
1.3.1.2. Problemas en un Embarazo Previo	20
1.3.1.3. Alteraciones Estructurales	21
1.3.1.4. Presencia de Patologías Crónicas, Hereditarias y/o Genéticas	22
1.3.2. Factores de Riesgo durante el Embarazo	22
1.3.2.1. Infecciones	22
1.3.2.2. Infecciones e Intervenciones de Urgencia	24
1.3.2.3. Factores Psicológicos, Sociales, Económicos y Culturales	25
2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA	32
2.1. Educación Materna	32
3. RESULTADOS	37
4. CONCLUSIONES	53
5. SUGERENCIAS	55
6. BIBLIOGRAFÍA	56
7. ANEXOS	58

AGRADECIMIENTOS

El realizarse hoy día en una profesión como lo es mi carrera se debe en su totalidad a Dios, quien nos brinda el honor de dar un rayito de luz a quien lo necesita iluminando siempre nuestro camino para poder estar al lado de quien nos necesita.

Gracias, porque sin tu bendición esto no sería posible debido a la gran responsabilidad que tengo con los más necesitados. Gracias por darme el honor y la dicha de darle este orgullo a mis padres en vida teniendo su bendición y apoyo día con día.

A ti Padre, por ser mi ejemplo que con el paso de los días me hace esforzarme para poder ser mejor cada día, gracias por ser mi amigo, por esas platicas que me construyen con tus consejos y por qué se que con tu ejemplo de ser humano nunca podre darme por vencido para lograr lo que me proponga en la vida. Gracias, porque hoy soy lo que soy gracias a ti.

A ti Madre, por ser más que eso, una amiga en quien puedo encontrar un consejo o un alivio a los días pesados en mi vida y que al ánimo que siempre me brindas eh podido salir delante de los altibajos de la vida.

Gracias porque nunca han dejado de confiar en mí, por sus bendiciones que diario me dieron e iluminaron mi camino.

Por supuesto a ustedes hermanos que nunca me han dejado solo y de alguna forma siempre me apoyaron para aligerar la carga y llegar a realizarme en lo que soy hoy en día.

Gracias a ustedes profesores que me fueron guiando para que esta carrera concluya hoy con éxito y pueda tener la capacidad de apoyar a quien lo necesita en los momentos más difíciles de la vida.

Y no por ser los últimos, son menos importantes, gracias a ustedes amigos por el apoyo y amistad que inconvenientemente me han brindado, como olvidar las desveladas, las guardias, las emociones buenas y malas que pasamos a lo largo de nuestra carrera y que nos unificaron de una sola forma: la amistad.

Gracias, Julio, Daniel, Ana, Erika, Marcos, Yozi, Lulú, Vero, y muy en especial a ti Ernestina, quien se que todos los días eres tocada por la bendición de Dios. Podría seguir con más nombres pero sé que ustedes mejor que nadie saben a quién dedico este esfuerzo porque siempre vamos a estar juntos por dos cosas, una la amistad y la segunda el espíritu universitario que a todos nos distinguen.

GOYA, UNIVERSIDAD...

GOYA, GOYA
CACHUN, CACHUN RA, RA
CACHUN, CACHUN RA, RA
GOYA
¡UNIVERSIDAD!

¡GRACIAS, LO HEMOS LOGRADO!

INTRODUCCIÓN

La presente Tesina sobre Los cuidados de Enfermería en las mujeres embarazadas con Factores de Riesgo de la comunidad de Santiago Tianguistenco, constituye un gran instrumento de trabajo para el personal interdisciplinario de salud, destacando la valiosa participación por parte del área de Enfermería para la disminución de riesgos que puedan llevar al éxito del parto, se ha estructurado con el objetivo de conocer y orientar a las embarazadas durante esta etapa de la vida y qué relación tiene el área de enfermería en la educación materna sobre los cuidados de enfermería que se deben enseñar a la mujer con el propósito de que le permita lograr tener un parto con éxito.

Fundamentada en la aplicación de instrumentos, es el resultado de una práctica profesional, interactuando en todo momento con las embarazadas respetuosamente, factor imprescindible en la formación de los que hemos decidido dedicar nuestras vidas a atender la incidencia de enfermedades que aquejan a grupos vulnerables y que requieren mejorar su calidad de vida. Así mismo refleja el arduo trabajo resultado de la convicción de vincular la experiencia práctica de la atención y cuidados de enfermería con el humanismo.

El contenido de este trabajo abarca la Incidencia a nivel nacional, a nivel estatal y a nivel municipal, teniendo así todo un panorama estadístico para entrar con cierto conocimiento sobre la problemática. Factores de Riesgo a considerar durante el embarazo que nos den la pauta para orientar al paciente sin dejar de mencionar los Cuidados de Enfermería, que se deben de llevar a cabo; finalizando con las conclusiones y/o sugerencias.

En México, de los aproximadamente 2.5 millones de mujeres que se embarazan al año diariamente se registran 4 defunciones maternas (Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2006). De éstas casi 50% pudieron ser evitadas con tan sólo asegurar que las embarazadas hubieran tenido acceso a recibir la atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio; esta falta de atención prenatal, aunada a las condiciones de la mujer, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto y repercuten directamente en la salud de los recién nacidos y en la generación de padecimientos discapacitantes.

Con la intención de disminuir estos datos, la Comisión Interinstitucional de Enfermería, de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, ha propuesto un modelo de atención obstétrica que tiene como propósito contribuir a mejorar la calidad y condiciones de atención de la mujer embarazada y en consecuencia a disminuir la mortalidad materna por medio de la participación del profesional de enfermería en la atención del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo.

Las características del Modelo son: atención centralizada en la mujer gestante y su familia, y tres marcos que le sirven de sustento: la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, el marco disciplinar de enfermería y el enfoque de riesgo. El modelo incorpora los siguientes puntos: atención basada en un código de ética en donde el respeto a los valores y la dignidad de las mujeres son esenciales. La certificación de las competencias profesionales que aseguren la calidad técnica y el desarrollo de protocolos que permitan una práctica sustentada en las mejores evidencias.

OBJETIVO

Analizar la incidencia de factores de riesgo en las mujeres embarazadas de la zona rural de Santiago Tianguistenco, Estado de México, para orientar a la mujer sobre los cuidados que debe realizar durante el embarazo y le permitan tener un parto exitoso.

METODOLOGÍA

La realización de esta Tesina se abordó durante la pasantía por parte del Licenciado de Enfermería y Obstetricia en el Programa de Salud del Estado de México donde se aplicaron los conocimientos obtenidos durante la carrera en el Hospital Municipal de Santa Cruz Atizapán y después de seis meses se tuvo la comisión al Centro de Especialización en Atención Primaria a la Salud (CEAPS) Santiago Tianguistenco donde a partir de Febrero del año en curso y hasta el cese del servicio social en Julio se llevaron actividades obstétricas abarcando así los objetivos de Servicio Social.

A lo largo de la estancia en el CEAPS Santiago Tianguistenco se observó que la mujer embarazada está ante una situación preocupante como son los factores de riesgo que puedan ayudar a prevenir complicaciones en el parto, es por ello que a partir del 01 de Abril y hasta el 31 de Julio del año en curso se entrevistó a las mujeres embarazadas que acudían al servicio de Ginecología a su primera consulta prenatal, aplicando un instrumento elaborado por el pasante de la Lic. En Enfermería y Obstetricia que consta de la recabación de datos dividida en dos fases, la primera de historia clínica, historia ginecológica y estudio socioeconómico integrando aspectos culturales y psicológicos, que lleva a valorar la incidencia de factores de riesgo de las embarazadas de la zona rural aplicada en el primer contacto con la misma; la segunda parte fue una evaluación para las mujeres que se les atendió su parto en la institución sede obteniendo así un marco muestral de 200 embarazadas, cabe mencionar que se dio seguimiento en consultas subsecuentes desde el filtro de urgencias, pasando por la consulta de Ginecoobstetricia hasta Hospitalización donde se atendía el parto solo en algunas de mi marco muestra.

Las características de inclusión para este trabajo fueron:

- a) Toda mujer embarazada que acudió al servicio de Ginecología en el turno matutino a su primera consulta prenatal

Excluyendo así:

- a) Mujeres que se sospechaba el embarazo
- b) Mujeres con Aborto
- c) Mujeres foráneas que solo acudían una sola vez y hacían seguimiento en su entidad
 1. Mujeres con embarazo de alto riesgo que se trasladaban o se referían a Segundo o Tercer nivel para su seguimiento prenatal.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. INCIDENCIA DE FACTORES DE RIESGO

1.1.1. INCIDENCIA

Actualmente el ser humano en su convivencia con el medio ambiente, se encuentra expuesto a diferentes peligros que ponen en riesgo su vida de diversas maneras, casi siempre son los relacionados con la salud y la enfermedad de esta última interesa conocer con qué frecuencia se presentan en la población y que es lo que la produce, de ahí que es necesario identificar la incidencia de este evento.

En un sentido amplio la incidencia se conceptualiza como el número de casos nuevos de una enfermedad en una población de riesgo o susceptible, definida dentro de un plazo y lugar determinados. (Frutos & Royo, 2006). Para hablar de incidencia es necesario definir: el fenómeno de salud, el grupo de personas en las que se estudiara la ocurrencia de ese fenómeno, un espacio delimitado y un periodo de tiempo durante el que se registrarán los sucesos de salud que aparecerán en esa comunidad. La incidencia cuantifica la dinámica de ocurrencia de un determinado evento (enfermedad) en una población. (Icart, 2000)

La recolección de datos nos lleva a tener el conocimiento de una situación específica para la pronta actuación en dicho problema, el estudio de esos problemas pueden estar relacionados con situaciones de salud en los diferentes grupos de edad. En los últimos años la tasa de mortalidad materna subió de 55.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos a 57 en el 2008. Sólo en este año murieron mil 115 mujeres en periodo perinatal en México, lo que representa un incremento de 1.4 muertes con respecto al 2007, de acuerdo a los datos que la Secretaría de Salud emitió en el Tercer Informe de Gobierno. (Federal, 2009), pese a los esfuerzos desarrollados como la ampliación de la cobertura de atención del embarazo por medio de las Caravanas de la Salud; la atención del parto por personal calificado. Como se puede ver en el **Cuadro 1**.

Cuadro 1
TASAS DE MORTALIDAD, 1995-2009

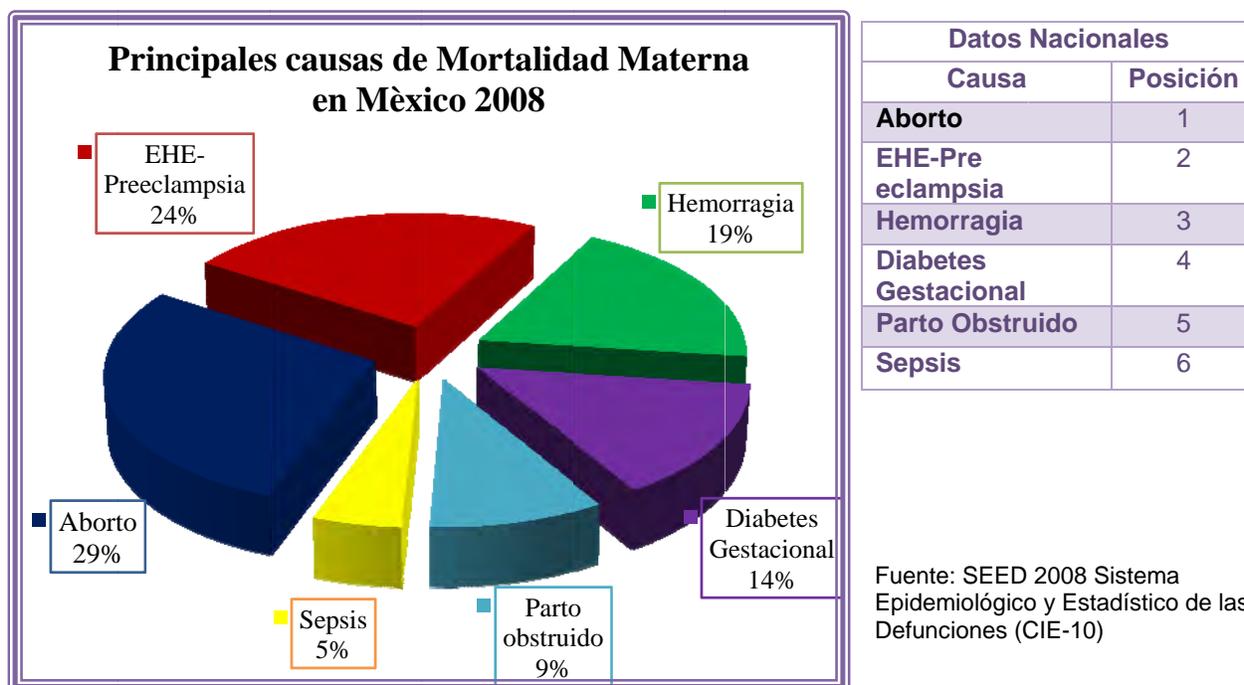
Concepto	Promedio 1/			Datos anuales			Variación 2008-2009 2/
	1995-1997	2001-2003	2007-2009	2007	2008p/	2009e/	
Tasa de mortalidad (%)							
Materna 3/	82.8	64.6	55.6	55.6	57	54	-3

- 1/ Se obtuvo al sumar las defunciones, según tipo, de cada uno de esos años y el cociente se dividió entre la suma de la población también de los tres años respectivos, y el resultado fue multiplicado por el factor que corresponde a cada tipo de mortalidad.
- 2/ Se refiere a la diferencia absoluta.
- 3/ Razón por 100 mil nacidos vivos estimados por CONAPO.
- p/ Cifras preliminares.
- e/ Cifras estimadas.

FUENTE: Secretaría de Salud. (Federal, 2009)

Si bien sabemos que esta es una problemática a nivel nacional de gran interés cabe destacar que las principales causas tienen sus raíces en la inadecuación de muchas intervenciones concebidas para mejorar la salud materna como lo podemos ver en la **Gráfica 1**.

CAUSAS DE MORTALIDAD EN MÉXICO



Gráfica 1 El 29% de las muertes maternas en México podrían evitarse si se pone énfasis desde el enfoque de prevención y educación

Hay una relación clara entre la clase socioeconómica baja de la mujer y el riesgo de enfermedad y muerte materna. Por consiguiente, la incidencia de la muerte materna está directamente relacionada con la deficiente ejecución de los derechos de la mujer, que van desde la escolaridad, económicos, sociales, culturales, sexuales, físicos, reproductivos (**Véase Gráficas de resultados del instrumento 1,3,4,5,6,7,8,9**) y no es casualidad que se concentren en mujeres pobres, indígenas o en urbomarginales ubicando a estas mujeres en una situación vulnerable de riesgo primordialmente (**Véase Gráfica 2**), con menor desarrollo socioeconómico, en comunidades rurales y poblaciones indígenas y con las comunidades en que viven, todo esto es reflejo de las estadísticas estatales en México.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN EL ESTADO DE MÉXICO 2008

Causa	No. de Defunciones	Tasa por 10,000 RNV
EHE-Pre eclampsia	42	36.2
Hemorragia	28	24.13
Complicaciones Perinatales	26	22.4
Causas Obstétricas Indirectas	11	9.48
Aborto	9	7.75
	116	



Fuente: SEED 2008 Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (CIE-10)

Grafica 2 El 42% de las muertes maternas en el Estado de México se debe a enfermedades como la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo complicada en Pre eclampsia

Esta situación nos lleva a los resultados obtenidos en este trabajo donde se pueden consultar las gráficas en el apartado de resultados en la página 33.

1.1.2. RIESGO

El medio ambiente que nos rodea ha cambiado drásticamente en los últimos años, ha puesto al ser humano en gran desventaja ya que la mayoría de las enfermedades que existen hoy en día no se tenía registro hasta hace poco, debido a la gran contaminación y desequilibrio global del planeta que trae consigo consecuencias graves, por tanto para poder establecer programas preventivos es importante saber cómo pueden alterar la salud.

El riesgo es la probabilidad que tiene un acontecimiento (enfermedad o salud) de ocurrir en un momento dado o durante un intervalo de tiempo. (Icart, 2000)

En Epidemiología, el riesgo puede tener un sentido individual o colectivo; el primero indica la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar la enfermedad y el segundo mide la proporción de personas que la han desarrollado. (Icart, 2000)

1.1.3. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Un embarazo de alto riesgo es aquel en el que *existe el peligro latente de muerte del producto, la madre o ambos, antes o después del parto*. Para identificar a la mujer embarazada con un embarazo de alto riesgo, se evalúa hacia determinar si presenta condiciones o características que la expongan a ella o al feto a la posibilidad de enfermar o morir durante el embarazo (*factores de riesgo*).

A estos se les asigna una puntuación que corresponde con el grado de riesgo en lo que conocemos como Triage Obstétrico.

El hecho de identificar un embarazo de alto riesgo asegura que la mujer que más necesita de una atención médica de especialidad la reciba (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 10**), pero debido a otras situaciones externas no se puede llevar a cabo la identificación de este tipo de mujeres según lo muestra la encuesta donde la gran mayoría de las mujeres acuden a su primera consulta prenatal cuando están cursando ya el 2° trimestre.

Las mujeres mexicanas enfrentan una situación de atraso, marginación y rezago, si aunado a todo este contexto se encuentran factores económicos, la situación se agrava más, ubicándola en una posición con gran desventaja.

Estos factores de riesgo se asocian a la mortalidad materna como un indicador de desarrollo, claro ejemplo de la injusticia social, inequidad de género y pobreza que impactan sobre el embarazo o parto.

La Organización Mundial de Salud (OMS), define la mortalidad materna como “muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. (Gomez, 2001; Karchmer, 2006)

La mortalidad materna está relacionada con una serie de derechos, que van desde económicos, sociales, culturales, sexuales, físicos, reproductivos y no es casualidad que se concentren en mujeres pobres, indígenas o en zonas urbanas marginadas. Es así, como el embarazo ubica a estas mujeres en una situación vulnerable y en un contexto de riesgo primordialmente con menor desarrollo socioeconómico, en comunidades rurales y poblaciones indígenas.

1.2. PROGRAMAS PERINATALES GUBERNAMENTALES Y NOM-007

1.2.1. GOBIERNO FEDERAL

Desde hace nueve años, en todo el país se efectúa un esfuerzo de búsqueda intencionada de muertes maternas mal clasificadas, con lo cual se ha reducido la subestimación de las defunciones y se conocen mejor las causas de muerte. Esta actividad da credibilidad al indicador, pero influye negativamente en el descenso, al incorporar muertes maternas que antes se ocultaban tras una certificación deficiente de las muertes. La reducción de la mortalidad por esta causa es también un objetivo de desarrollo del Milenio.

Entre las causas de fallecimiento Obstétrico fueron (**Véase Grafica 1,2**):

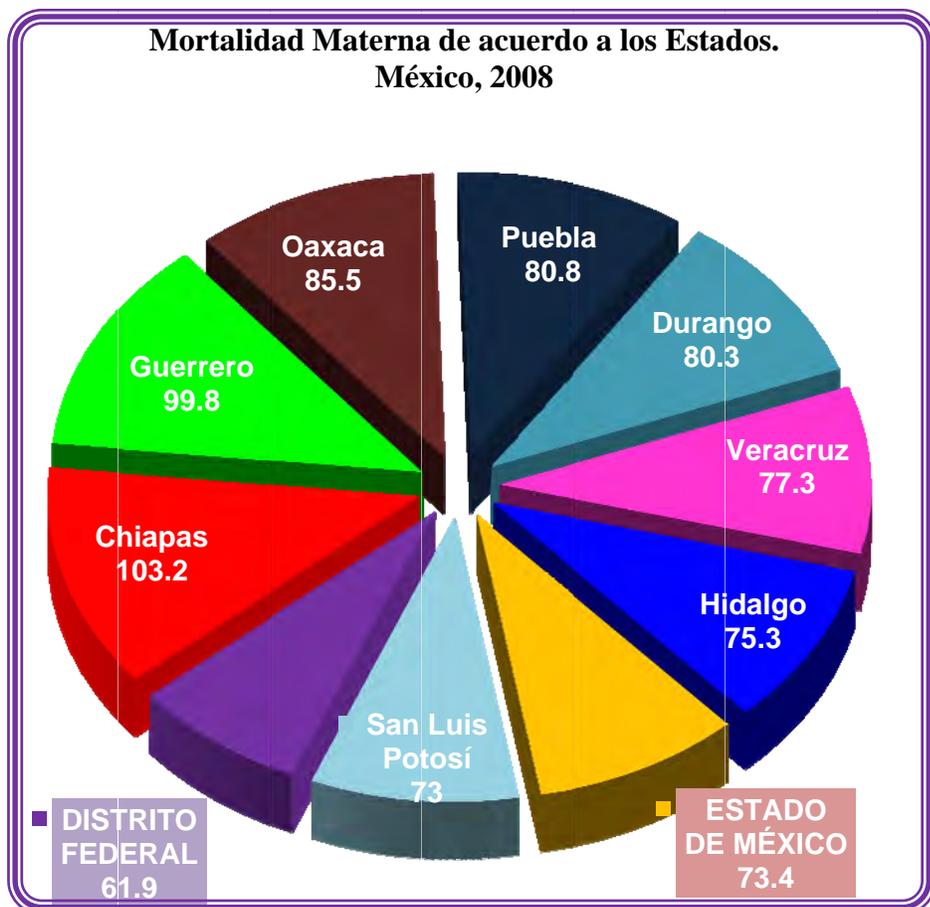
- 1.- Hemorragia obstétrica
- 2.- Pre eclampsia – eclampsia
- 3.- Infección puerperal
- 4.- Aborto
- 5.- Parto obstruido

Estas causas denotan la deficiencia en la atención y en el acceso a servicios de Instituciones Gubernamentales, donde se carece de material, equipo, personal especializado y en ocasiones de la falta de compromiso y ética hacia el o la paciente.

La Secretaría de Salud indicó que de las muertes maternas ocurridas en los últimos años, las entidades más vulnerables han sido: el Estado de México, Hidalgo, Veracruz, Guerrero, Chiapas, Oaxaca, Puebla, SLP, Durango y el Distrito Federal (**Véase Gráfica 3**).

Estos fallecimientos se concentraron en mujeres pobres, pertenecientes a la población abierta (sin seguridad social) indígenas y que habitan en zonas de marginación. Es así como se implementa durante las administraciones pasadas presupuesto a programas para atender a la población abierta como el Programa de Ampliación de Cobertura, que posteriormente se concentra en el Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida y en el Sistema de Protección Social (Seguro Popular).

ESTADOS CON MAYOR INDICE DE MORTALIDAD MATERNA



ESTADO	TASA por 100,000 RNV
Chiapas	103.2
Guerrero	99.8
Oaxaca	85.5
Puebla	80.8
Durango	80.3
Veracruz	77.3
Hidalgo	75.3
ESTADO DE MÉXICO	73.4
San Luis Potosí	73
DISTRITO FEDERAL	61.9

Fuente: OPS Organización Panamericana de la Salud

Grafica 3 El Estado de México junto con el DF ocupa el 8º y 10º lugar respectivamente en mortalidad materna de acuerdo a las estadísticas de la OPS en el 2008

1.2.2. GOBIERNO ESTATAL

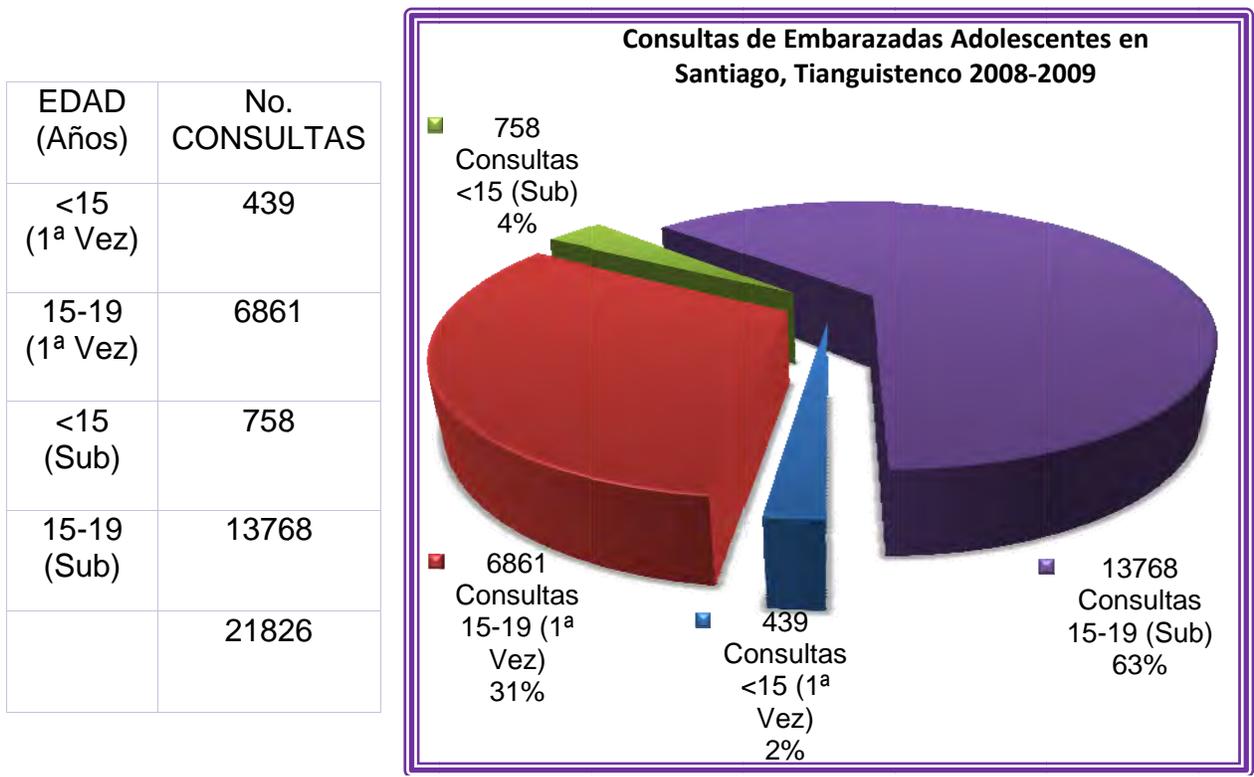
El proyecto del Estado de México en particular se elaboró por la gran tasa de morbilidad y mortalidad en la que se encuentra, es por ello que nos enfocaremos a esta población (**Véase Grafica 2,10**).

Hay 1 584 unidades médicas públicas con 14 361 médicos; 539 unidades médicas particulares con 1 701 médicos, quienes atienden a una población de 14 007 495 habitantes de las cuales, nos enfocaremos a la población femenina de 7 174 673, de acuerdo a fuentes del INEGI el Estado de México se encuentra en primer lugar por ser el estado con mayor población global seguido del DF, Veracruz, Jalisco y Puebla.

Aquí nos enfocaremos a la población a la que se tuvo acceso durante el servicio social en Santiago Tianguistenco con una población de 64365 habitantes y sus municipios que se encuentran cerca y de quienes la población también es atendida como lo son Capulhuac, Santa Cruz Atizapán, Chapultepec, Texcalyacac, Xalatlaco y Almoloya del Rio (**Véase Gráfica 3, 4**).

Este conjunto de municipios forman una red materna teniendo como Hospital de segundo nivel de referencia el de Xalatlaco de ser necesario, en caso de urgencia mayor se envían a Toluca donde se encuentra el Hospital Materno Infantil del Estado de México, el Hospital Nicolás San Juan, y el Hospital de Alta Especialidad Mónica Pretelini. Cabe mencionar que no cuenta con servicio de transporte por lo que se solicita apoyo a las comunidades o municipios para los traslados.

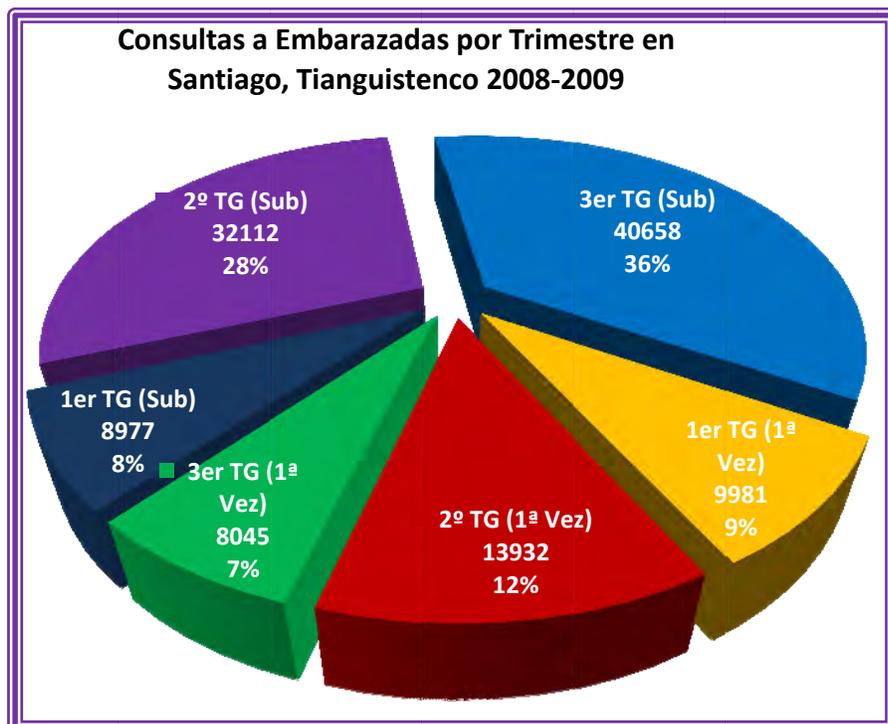
CONSULTAS A EMBARAZADAS ADOLESCENTES EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO, TIANGUISTENCO 2008-2009



Fuente: SIS 2008-2009 DGIS

Gráfica 4. Alrededor del 6% de las embarazadas son menores de 15 años lo cual implica mayor riesgo en el embarazo.

CONSULTA A EMBARAZADAS POR TRIMESTRE EN EL MUNICIPIO DE SANTIAGO, TIANGUISTENCO 2008-2009



TRIMESTRE	No. CONSULTAS
1er TG (1ª Vez)	9981
2º TG (1ª Vez)	13932
3er TG (1ª Vez)	8045
1er TG (Sub)	8977
2º TG (Sub)	32112
3er TG (Sub)	40658
	113,705

Fuente: SIS 2008-2009 DGIS

Gráfica 5 El 7% de las embarazadas acuden hasta el tercer trimestre a su primera consulta prenatal

1.2.3. NORMA OFICIAL MEXICANA 007: ATENCION PERINATAL

La atención prenatal es el seguimiento estrecho y periódico de la mujer embarazada encaminada a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico.

La Norma Oficial Mexicana 007 para la Atención de la Mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007, 2009), tiene una enorme contribución a la salud materna por medio de la promoción de lineamientos y comportamientos saludables, con el control prenatal se pretende:

- Fomentar el autocuidado y nutrición perinatal.
- Detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo.
- Vigilar el crecimiento y la actividad fetal.

- Promover la vacuna antitetánica
- Fomentar la atención del parto institucional.
- Limitar la operación cesárea a casos médicamente indicados.
- Fomentar la detección de los defectos al nacimiento.
- Promover la lactancia materna y el alojamiento conjunto.
- Proporcionar orientación – consejería para la anticoncepción postevento obstétrico.
- Promover la erradicación de la violencia hacia la mujer.
- Promover la participación activa del varón en la crianza del hijo (a).

Los requisitos básicos para brindar atención prenatal de calidad son cuatro:

a. Oportuna

Iniciarse antes de la 12^a semana de gestación, desde la sospecha de embarazo que nos permite identificar tempranamente factores de riesgo.

b. Periódica

Favorecer el seguimiento del embarazo al promover y proporcionar 5 consultas:

- 1ra. Durante el primer trimestre.
- 2 a. Entre la semana 22 y 24 de gestación.
- 3ra. Entre la semana 27 y 29 de gestación.
- 4ta. Entre la semana 33 y 35 de gestación.
- 5ta. En la semana 38 de gestación.

Se debe ajustar la consulta cuando se haya identificado un embarazo de alto riesgo.

c. Completa

Garantizar el cumplimiento de las acciones de protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

d. Amplia cobertura

Otorgar la consulta a todas las embarazadas con el fin de reducir los índices de mortalidad materna y perinatal.

1.3. FACTORES DE RIESGO

Una muerte materna es el producto final de una serie compleja de factores que actúan sobre el continuo de la vida de la mujer, desde su nacimiento hasta su etapa productiva. Los factores determinantes de una muerte materna pueden estar relacionados con el contexto social, entre los cuales se destacan; el estado de inferioridad económica, educativa, legal o familiar de la mujer y los relativos a su estado de salud, su conducta reproductiva y el acceso y calidad de los servicios de atención materna y planificación familiar. Son condicionantes también, el nivel de nutrición, la existencia de enfermedades previas como la hipertensión, la diabetes y las cardiopatías y en especial la historia obstétrica anterior.

De esta forma un factor de riesgo es una variable relacionada estadísticamente a un suceso estudiado, pero no debe necesariamente equiparse al concepto de causa.

Un factor de riesgo puede ser endógeno o exógeno y se caracteriza por proceder a la enfermedad y tener responsabilidad en su producción.

En epidemiología, la definición de causa implica que la modificación del nivel de exposición a un factor conlleva una modificación en la frecuencia de la enfermedad.

La exposición a un factor de riesgo significa que una persona ha entrado en contacto con el factor en cuestión. La exposición puede ser puntual en el caso de una intoxicación alimentaria aguda, pero lo habitual sobre todo en las enfermedades crónicas, es que se prolongue a lo largo de un periodo más o menos largo (alcoholismo) (Icart, 2000)

En su gran mayoría, las muertes maternas son evitables, ya que las principales causas y factores que las determinan son conocidas, y a la vez el sector cuenta desde hace mucho tiempo, con el saber científico y tecnológico para impedir las.

En general, mejorando las condiciones de educación y de salud de la mujer se puede influir positivamente sobre el resultado de sus embarazos. Pero lo que está fuera de toda discusión es que posibilitando el acceso cultural, económico y geográfico a los servicios de salud de buena calidad, que realicen la detección temprana del riesgo, se puede reducir sustancialmente el número de muertes maternas, a través de la atención prenatal, la disponibilidad de elementos esenciales para el cuidado obstétrico y el suministro de información apropiada para la prevención de los embarazos no deseados.

En conjunto la mortalidad materna es un índice del nivel de desarrollo, por lo que presenta grandes disparidades entre los diferentes países o incluso entre diferentes comunidades de un mismo país, como expresión de las grandes diferencias socioeconómicas existentes. (Karchmer, 2006)

1.3.1. FACTORES DE RIESGO PREVIOS AL EMBARAZO

Antes de que se produzca la concepción, es posible que la madre tenga características o condiciones que incrementen el riesgo durante el embarazo. Además, cuando se ha tenido un problema en un embarazo, el riesgo de tener el mismo problema en embarazos subsiguientes es mayor.

1.3.1.1. Características de la Madre

La **edad** de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las adolescentes de 15 años y menos tienen más probabilidades de desarrollar pre eclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la pre eclampsia); también tienen más probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos.

En cambio, las mujeres de 35 años o más tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial elevada, diabetes o fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, así como de tener problemas durante el parto. El riesgo de tener un bebé con alguna anomalía cromosómica como el síndrome de Down aumenta con rapidez a partir de los 35 años.

La OMS define como adolescencia al *"período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica"* (Karchmer, 2006)

a. Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peri puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca.

Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales.

Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

b. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático.

Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo.

Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

c. Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. (Karchmer, 2006)

Una mujer que **pesa** menos de 45 kilogramos cuando no está embarazada tiene más probabilidades de tener un bebé de menor tamaño de lo esperado en relación con el número de semanas de embarazo (pequeño para su edad gestacional). Si su peso aumenta menos de 5 kilogramos durante el embarazo, el riesgo de tener un bebé con esas características aumenta en casi un 30 por ciento. Por el contrario, una mujer obesa tiene más probabilidades de tener un bebé muy grande; la obesidad también incrementa el riesgo de desarrollar diabetes y presión arterial elevada durante el embarazo. (Gomez, 2001)

Una mujer de menos de 1,60 m de **altura** tiene más probabilidades de tener una pelvis pequeña; de ahí que el riesgo de tener un parto prematuro y un bebé anormalmente pequeño por retraso del crecimiento intrauterino también sea más alto de lo habitual (Gomez, 2001)(**Véase Gráfica de resultados del instrumento 2**).

1.3.1.2. Problemas en un Embarazo Previo

Una mujer que ha tenido tres **abortos consecutivos** siempre en los primeros 3 meses de embarazo tiene alrededor del 35 por ciento de probabilidades de sufrir otro (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 11**). El aborto también es más probable cuando la mujer tuvo un feto muerto entre el cuarto y el octavo mes de embarazo o cuando tuvo un parto prematuro en un embarazo anterior. Antes de intentar quedar embarazada de nuevo, es recomendable que la mujer que ha tenido un aborto se someta a una prueba de detección de anomalías cromosómicas u hormonales, defectos estructurales en el útero o en el cuello uterino, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o una reacción inmune frente al feto, por lo general, por incompatibilidad de Rh

El hecho de que un feto nazca muerto o de que un bebé recién nacido muera se asocia a anomalías cromosómicas en el feto, diabetes, alguna enfermedad renal (crónica) o de los vasos sanguíneos, hipertensión arterial, drogadicción o una enfermedad del tejido conectivo, como el lupus en la madre.

Por otro lado, cuanto **mayor** sea el **número de partos prematuros**, mayor es el riesgo de repetirlos en los embarazos siguientes (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 12, 13**). Una mujer que haya tenido un recién nacido con un peso menor de 1,5 kilogramos, tiene un 50 por ciento de probabilidades de que su próximo hijo nazca antes de término. Si un recién nacido sufrió retraso del crecimiento intrauterino, es probable que se repita en el siguiente. En estos casos, se investiga en busca de la presencia de enfermedades que puedan retrasar el crecimiento fetal, como la **hipertensión arterial, afecciones renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol**.

Un recién nacido que pese más de 4,5 kg al nacer sugiere que la madre pueda sufrir diabetes. El riesgo de aborto o muerte de la mujer o del recién nacido aumenta si la mujer padece de diabetes durante el embarazo.

Por tanto, se debe controlar la presencia de esta enfermedad en las mujeres embarazadas midiendo sus niveles de azúcar en sangre (glucosa) entre las semanas 20 y 28 de embarazo.

Además en **multíparas**, se tiene mayores probabilidades de tener contracciones leves durante el parto y hemorragias después del mismo, debido al debilitamiento de sus músculos uterinos. También puede tener un parto rápido, que aumenta el riesgo de padecer una hemorragia vaginal.

Además de tener placenta previa (una placenta anormalmente localizada en la parte inferior del útero). Este trastorno puede causar hemorragia y, como la placenta puede bloquear el cuello uterino, por lo general, se debe practicar una cesárea.

Si una mujer ya ha tenido un hijo con una **enfermedad hemolítica**, el siguiente puede correr el riesgo de nacer también con esta enfermedad, y su gravedad en el recién nacido anterior predice la que tendrá en el siguiente. Esta enfermedad se desarrolla cuando una madre cuya sangre es Rh-negativo tiene un feto con sangre Rh-positivo (incompatibilidad de Rh) y la madre produce anticuerpos contra la sangre del feto (sensibilización a Rh) que destruyen sus glóbulos rojos. Sin embargo, después de que una madre con Rh-negativo alumbró un recién nacido Rh-positivo, se suele administrar a aquélla globulina inmune Rh0 (D) para destruir los anticuerpos anti-Rh

El resultado es que la hemólisis (destrucción de hematíes) en los recién nacidos es muy poco frecuente.

Una mujer que ha tenido **pre eclampsia o eclampsia** tiene probabilidades de volver a tenerla, en particular, si padece hipertensión cuando no está embarazada.

1.3.1.3. Alteraciones Estructurales

Las **anomalías** en los **órganos reproductores femeninos**, como el útero bicorne o un cuello uterino débil que no puede sostener al feto en desarrollo (cuello incompetente), aumentan el riesgo de aborto.

Los **fibromas** (formaciones no cancerosas) en el útero, que son más frecuentes en mujeres mayores, pueden aumentar el riesgo de un parto prematuro, la incidencia de problemas durante el parto, una presentación anormal del feto, una localización anormal de la placenta (placenta previa) y abortos repetidos.

1.3.1.4. Presencia de Patologías Crónicas, Hereditarias y/o Genéticas

En una mujer gestante pueden ponerla en peligro a ella y al feto. La hipertensión arterial crónica, enfermedades renales, diabetes, cardiopatías graves, enfermedad tiroidea, lupus eritematoso sistémico (lupus) y trastornos de la coagulación sanguínea.

Una historia de retraso mental u otros trastornos hereditarios en la familia de la madre o del padre aumenta la probabilidad de que el recién nacido vaya a tener esa enfermedad. La tendencia a tener gemelos también se da en el seno de una misma familia.

1.3.2. FACTORES DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

1.3.2.1. Tóxicodependencias y exposición a teratógenos.

Una mujer embarazada sin riesgos especiales puede sufrir un cambio que aumente el riesgo, por ejemplo, la **exposición a teratógenos** (agentes que pueden producir defectos congénitos) como la radiación, productos químicos, fármacos e infecciones, o bien puede desarrollar una complicación médica o en relación al embarazo.

Los fármacos reconocidos como causantes de defectos congénitos cuando se toman durante el embarazo incluyen el alcohol, la fenitoína, **los fármacos que contrarrestan las acciones del ácido fólico (como el triamtereno o el trimetoprim)**, el litio, la estreptomina, las tetraciclinas y la warfarina. Las infecciones que pueden provocar defectos congénitos incluyen el herpes simple, la hepatitis vírica, la gripe, la parotiditis, la rubéola, la varicela, la sífilis, la listeriosis, la toxoplasmosis e infecciones por citomegalovirus. (Manual Merck, 2004)

Cerca del 20 por ciento de las mujeres que fuma abandona el hábito durante la gestación. El efecto más marcado del **tabaquismo** sobre el recién nacido durante el embarazo es la reducción de su peso al nacer: cuanto más fuma una mujer durante el embarazo, menos pesará el recién nacido (Salud O. P., 2009).

Este efecto parece ser mayor entre las fumadoras de mayor edad, que tienen más probabilidades de tener recién nacidos de menor peso y estatura. Las fumadoras embarazadas también tienen más probabilidades de tener complicaciones con la placenta, rotura prematura de membranas, parto pre término e infecciones uterinas.

Los defectos congénitos que afectan al corazón, al cerebro y a la cara son más frecuentes entre los hijos de fumadoras que entre los de no fumadoras. El tabaquismo en la madre también puede aumentar el riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante. Además, tienen deficiencias sutiles, pero apreciables, en cuanto al crecimiento, desarrollo intelectual y conducta.

Se cree que estos efectos son provocados por el monóxido de carbono, que reduce el suministro de oxígeno que reciben los tejidos del organismo, y por la nicotina, que, al estimular la liberación de hormonas, provoca una constricción de los vasos sanguíneos en la placenta y el útero, disminuyendo la llegada de sangre.

El consumo de sal y embutidos durante el embarazo pueden llegar a alterar el sistema circulatorio del cuerpo más de lo que por naturalidad se modifica por el propio embarazo llegando a ocasionar efectos desastrosos como la muerte en el peor de los casos ó la elevación de la presión arterial, así como la concentración de líquidos en el cuerpo.

El consumo de **alcohol** durante el embarazo es la principal causa conocida de anomalías congénitas. El síndrome alcohólico fetal, una de las principales consecuencias de beber durante el embarazo, aparece en alrededor de 2,2 de cada 1 000 recién nacidos vivos (Salud O. P., 2009).

Esta enfermedad incluye retraso del crecimiento antes o después del parto, anomalías faciales, cabeza pequeña (microcefalia), probablemente causada por un crecimiento escaso del cerebro, y un desarrollo anormal del comportamiento. El síndrome alcohólico fetal es la principal causa del retraso mental.

Además, el alcohol puede causar problemas que van desde el aborto a graves efectos en la conducta del recién nacido o en el niño en desarrollo, como comportamiento antisocial y déficit de atención. Estos trastornos pueden aparecer incluso aunque el recién nacido no tenga defectos físicos de nacimiento. El riesgo de aborto espontáneo casi se duplica cuando una mujer consume alcohol durante el embarazo y bajo peso al nacer.

La **drogadicción** y el abuso de sustancias tóxicas son cada vez más frecuentes en las mujeres embarazadas. Más de cinco millones de personas, muchas de las cuales son mujeres en edad fértil, consumen con regularidad marihuana y cocaína (Salud O. P., 2009).

Las mujeres que se inyectan drogas corren un mayor riesgo de tener anemia, infección de la sangre (bacteriemia) o de las válvulas cardíacas (endocarditis), abscesos cutáneos, hepatitis, flebitis, neumonía, tétanos y enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA. Alrededor del 75 por ciento de los recién nacidos con SIDA resulta de madres que se inyectaban drogas o ejercían la prostitución.

La cocaína estimula el sistema nervioso central, actúa como anestésico local y reduce el diámetro de los vasos sanguíneos (vasoconstricción). El estrechamiento de los vasos sanguíneos puede reducir el flujo sanguíneo, por lo que el feto no siempre recibe el oxígeno suficiente. Esta reducción puede afectar al crecimiento de varios órganos y frecuentemente provoca trastornos óseos y un estrechamiento anormal de algunos segmentos del intestino. El sistema nervioso y los problemas de comportamiento de los hijos de madres cocainómanas incluyen hiperactividad, temblores incontrolables e importantes trastornos del aprendizaje, que continúan hasta los 5 años o incluso hasta una edad más avanzada.

1.3.2.2. Infecciones e Intervenciones de Urgencia

Si la mujer gestante ha tenido anteriormente una infección de **vías urinarias**, se debe procesar una muestra de su orina al inicio del embarazo. Si se detectan bacterias, se administran antibióticos para prevenir una infección mayor, ya que ésta se asocia al parto antes de término y a la rotura prematura de las membranas (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 14**).

Las infecciones **bacterianas de la vagina** durante el embarazo (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 15**), también pueden derivar en un parto antes de término o en una rotura prematura de las membranas. El tratamiento de la infección con antibióticos reduce la probabilidad de tener estos problemas.

Una enfermedad que provoque **fiebre alta** (temperatura superior a los 39,5 °C) en el primer trimestre del embarazo aumenta la probabilidad de sufrir un aborto y de anomalías en el sistema nervioso del recién nacido. La fiebre al final del embarazo aumenta la posibilidad de un parto pre término.

Las **intervenciones quirúrgicas de urgencia** durante el embarazo aumentan el riesgo de un parto pre término. Muchas enfermedades, como la **apendicitis**, un ataque de **vesícula biliar** y la **obstrucción intestinal** son difíciles de diagnosticar debido a los cambios normales que se producen en el abdomen durante el embarazo. En consecuencia, cuando se diagnostica una de esas enfermedades, es probable que se encuentre en un estado avanzado, lo que incrementa la morbilidad y la mortalidad. (Karchmer, 2006)

1.3.2.3. Factores Psicológicos, Sociales, Económicos y Culturales

Aunado a todos estos factores de riesgo se suman los de esta índole que deben sumarse las mujeres embarazadas, llámese adolescentes o adultas, determinando así un problema de salud pública, ya que se tienen que familiarizar con el estrés, ansiedad, disfunción familiar así como la posición socioeconómica.

- Asincronía madurativa físico – emocional
- Baja autoestima
- Bajo nivel de instrucción
- Ausencia de interés
- Pérdida reciente de personas significativas
- Embarazo por violación o abuso
- Intento de aborto
- Propósito de entregar el hijo en adopción
- Familia disfuncional o ausente, sin adulto referente

- Trabajo no calificado
- Pareja ambivalente o ausente
- Condición económica desfavorable
- Marginación de su grupo de pertenencia
- Difícil acceso a los centros de salud

Las razones por las cuales los adolescentes tienen sexo y lo hacen sin adoptar métodos efectivos de anticoncepción es un tema de debate de importancia y entre ellas se podrían mencionar:

- Los adolescentes adquieren su madurez sexual (fertilidad) aproximadamente cuatro o cinco años antes de alcanzar su madurez emocional y son incapaces de manejar las situaciones de riesgo (Frutos & Royo, 2006).
- En la actualidad, los adolescentes se están desarrollando en una cultura donde sus amigos, la televisión, las películas, la música y las revistas transmiten mensajes directos o sutiles de que las relaciones sin un matrimonio de por medio (específicamente las que comprometen a los adolescentes) son comunes, aceptadas e incluso esperadas (Icart, 2000).
- Con frecuencia, no se ofrece educación acerca de los comportamientos sexuales responsables ni tampoco una información clara y específica con respecto a las consecuencias de las relaciones sexuales (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 16**):
 - El embarazo,
 - Las enfermedades de transmisión sexual y
 - Los efectos psicosociales.

Por lo tanto, la mayor parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben está llegando a través de los compañeros mal informados o desinformados.

Como adolescente de esta era, se vive un contexto lleno de erotismo, desinformación y presión. Presionada, obligada y llenas de temor de perder a un chico, tienen relaciones sexuales, sin suficiente deseo y sin protección alguna.

Muchos embarazos se deben a este acto que lo único que prueba es que, como mujer, se encuentra totalmente sometida a los deseos del varón (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 17**).

Los **celos**, los **temores** y las **angustias** las invaden desde su desconcierto, acuden a una estrategia mágica para retener a un hombre que, a lo mejor, ya se encuentra ido, al otro lado del amor, esta fórmula mágica se llama embarazo.

Las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas cuando falta **educación** acerca del comportamiento sexual en la adolescencia, ya que el embarazo en la adolescencia se trata de una común desinformación en torno a lo que es y significa el que seas adolescente, dentro de los **valores**, cambios y contradicciones que caracterizan a la sociedad contemporánea.

Las encuestas demuestran que, la mayoría de las veces, se inician las relaciones sexuales **presionadas** por los amigos y compañeros que las empujan a hacer algo que en realidad no hubieran querido hacer y con la ayuda del alcohol y las drogas que inhiben la voluntad (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 17**). Falta o hay distorsión de la información: es común que entre los adolescentes circulen "**mitos**" como: "sólo te embarazas si tienes orgasmo", o "nunca cuando lo haces con la menstruación" o "cuando no hay penetración completa", etc.

En algunos casos, el uso de los anticonceptivos es inadecuado. La inexperiencia hace que se usen mal el condón o que se les olvide tomar las píldoras anticonceptivas, etc.

La **diferencia de edades en la pareja** es importante: Un factor muy importante que contribuye en los embarazos no planeados es la edad de la mujer y del hombre con el que tiene relaciones sexuales. Las adolescentes cuya pareja es más grande que ellas (y sobre todo si él es adulto), tienen más probabilidades de quedar embarazadas que cuando se involucran con chicos de su edad. Además de estar muy relacionado con el número de parejas sexuales (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 18**)

La **soledad** y la **tristeza** de una chica que se siente abandonada y no querida (ocurre con el traslado de las jóvenes a las ciudades en busca de trabajo y aún con motivo de estudios superiores). La muchacha que piensa que no responde al **modelo de mujer** que los muchachos buscan y aman.

Los **problemas domésticos** conducen con frecuencia al embarazo. Si una niña creció en un ambiente lleno de **tensión**, de **violencia**, de **inseguridades** de todo orden, su vida afectiva en la adolescencia podrá ser errática.

La carencia de expectativas en cuanto a un proyecto de vida de educación se ha marcado también como un factor de riesgo. Una chica es más fácil que se convierta en madre adolescente si su madre y su hermana también lo fueron ya que se da un seguimiento de patrones (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 7**).

Otro factor de riesgo muy marcado es la falta de comunicación entre los padres y la adolescente. Cuando en la familia hay una severa **censura** hacia las relaciones **sexuales** entre adolescentes, muchas veces los jóvenes las tienen por **rebeldía** y no implementan medidas anticonceptivas.

El comportamiento sexual humano es variable y depende de las normas culturales y sociales especialmente en la adolescencia, pudiendo clasificar a las sociedades humanas (Gomez, 2001) de la siguiente manera:

- a. **Sociedad Represiva:** niega la sexualidad, considerando al sexo como un área peligrosa en la conducta humana. Considera una virtud la sexualidad inactiva, aceptándola sólo con fines procreativos. Las manifestaciones de la sexualidad pasan a ser fuentes de temor, angustia y culpa, enfatizando y fomentando la castidad prematrimonial.
- b. **Sociedad Restrictiva:** tiene tendencia a limitar la sexualidad, separando tempranamente a los niños por su sexo. Se aconseja la castidad prematrimonial, otorgando al varón cierta libertad. Presenta ambivalencia respecto al sexo, siendo la más común de las sociedades en el mundo.
- c. **Sociedad Permisiva:** tolera ampliamente la sexualidad, con algunas prohibiciones formales (la homosexualidad). Permite las relaciones sexuales entre adolescentes y el sexo prematrimonial. Es un tipo social común en países desarrollados.

- d. **Sociedad Alentadora:** para la cual el sexo es importante y vital para la felicidad, considerando que el inicio precoz del desarrollo de la sexualidad favorece una sana maduración del individuo. La pubertad es celebrada con rituales religiosos y con instrucción sexual formal.
 - a. La insatisfacción sexual no se tolera y hasta es causal de separación de pareja. Son sociedades frecuentes en África ecuatorial, la Polinesia y algunas islas del Pacífico.

La **pobreza** explica numerosos embarazos. La mujer tiende a conformar pareja definitiva entre los 15 y los 17 años como un intento de mejorar las condiciones de pobreza en las que vive; ella sueña que casándose, todo será mejor, alterando así el ya de por sí bajo nivel escolar (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 3**).

Pero, a causa de la crisis económica, numerosas jóvenes son abandonadas por su pareja inicial y se ven obligadas a estructurar otra relación que siempre exige más hijos y que, con frecuencia, no termina por ser la última sino, por el contrario, el inicio de una cadena de relaciones, muchas de las cuales suponen nuevos embarazos y partos, destinados a deteriorar aún más la condición de la mujer y la de sus hijos.

Muchas de las embarazadas adolescentes sufren de problemas de **deficiencias nutricionales** o tienen malos hábitos alimenticios (lo que es común en la adolescencia) y tratan de perder peso haciendo dietas absurdas, evitando comidas, alimentándose con comida chatarra, etc. (**Véase Gráfica de resultados del instrumento 19**). Los **abortos ilegales** son otro gran riesgo para las adolescentes embarazadas.

Se han hecho varios estudios analizando los impactos socioeconómicos, médicos y psicológicos del embarazo y la paternidad en los adolescentes entre los cuales se encuentra el impacto en la madre, quien al ser una madre adolescente en un país industrializado puede afectar su educación y verse envuelta en situaciones estresantes como se observó en la encuesta realizada. Es muy probable que tengan que **abandonar sus estudios** y reducir sus posibilidades de llegar a ser profesionista. Las madres adolescentes tienen siete veces más posibilidades de cometer **suicidio** que otras adolescentes.

Impacto en el hijo/a: La maternidad temprana puede afectar el desarrollo psicosocial del bebé y es muy probable que tenga problemas en su desarrollo y comportamiento. Esto puede ser porque las madres adolescentes no suelen estimular a sus bebés con comportamientos afectivos como caricias, sonrisas y comunicación verbal y carecen de sensibilidad y aceptación para sus necesidades.

Igualmente se ha notado que estos bebés tienen un desarrollo académico muy pobre en su niñez y muchos de ellos dejan la escuela antes de graduarse de secundaria, se retrasan en sus estudios o tienen calificaciones bajas.

Se lleva a cabo un seguimiento del patrón de los padres adolescentes o de los miembros de la familia, lo que conlleva a más familias formadas por adolescentes.

Sin embargo, quizás el término “*padre adolescente*” **no** sea el correcto ya que se ha visto que la mayoría de los embarazos de mujeres adolescentes son con hombres mayores de 20 años y se ha llegado a demostrar que, mientras más joven sea la madre mayor es la distancia en años con el padre.

Aquí también se pueden mencionar el uso de productos personales no aptos para el embarazo por el alto riesgo de contraer una infección que lleve a tener un problema con la atención del embarazo como lo es:

- Uso de ropa ajustada, por la economía que no deja se utilice ropa de maternidad.
- El uso de lencería de lycra, ya que se debe utilizar pantaletas 100% algodón
- Uso de papel higiénico que deje mucha pelusa, así como toallas femeninas con aromatizantes
- Uso de artículos de baño como jabón y shampoo con abundantes químicos y aromatizantes
- La realización de duchas vaginales con productos como Benzal

Todo esto altera el pH vaginal lo que conlleva a ciertas infecciones, que podrían terminar con el embarazo

Así mismo:

- El uso de tacones
- Realización de grandes esfuerzos como lavar grandes cantidades de ropa o cargar a los demás hijos en brazos
- La abstención de relaciones sexuales
- La poca o nula higiene por falta de recursos

Y de esta forma poner en riesgo el embarazo en prevención de accidentes.

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

2.1. Educación Materna

La asistencia prenatal, especialmente en las mujeres que tienen embarazos de bajo riesgo, se suele realizar en atención primaria, habitualmente en una consulta pública o privada. La comunidad sanitaria reconoce la importancia del área de enfermería para la atención primaria en estos casos para coordinar la asistencia global en toda la familia.

Se debe ser eficaz para trabajar con toda la familia para lograr la confianza obteniendo así reciprocidad para la orientación de cuidados. Es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materna el futuro programa de control prenatal con temas como:

- a) Factores de alto riesgo en el embarazo como: el bajo nivel de ingresos o bajo nivel educativo, dietas incorrectas, las desventajas de vivir a grandes alturas, multiparidad, bajo peso, la importancia de la edad, consumo de alcohol, cigarro. (Ladewig,2006)

- b) Signos y síntomas de alarma.- Debe de enseñársele a diferenciar entre molestias propias de la gestación y aquellas que constituyen una emergencia obstétrica, ante las cuales se le indica la necesidad de acudir a revisión médica de Urgencias:
 - ✓ Dolor o cólico abdominal o pélvico
 - ✓ Contracciones uterinas frecuentes
 - ✓ Hemorragia vaginal
 - ✓ Salida de líquido por vagina
 - ✓ Disminución de los movimientos fetales
 - ✓ Cefalea intensa o visión borrosa
 - ✓ Vómitos persistentes
 - ✓ Escalofrío o fiebre

- c) Orientar sobre los cuidados en personas con problemas como: diabetes mellitus, cardiopatías, anemias, hipertensión, problemas tiroideos, así como antecedentes en embarazos previos como: feto muerto, aborto, cesáreas, macrosomía fetal, ETS, EHE, pre eclampsia, gesta múltiple. (Ladewig,2006)
- d) Nutrición materna.- Durante el embarazo se incrementa el consumo de energía debido al crecimiento del feto, la placenta y el tejido materno. El metabolismo basal aumenta por el incremento del tejido materno metabólicamente activo, la síntesis tisular y el incremento en los gastos cardiacos, respiratorios y renales. Se recomienda añadir de 200 a 300 calorías y 10g/día de proteínas a la dieta normal. Las necesidades de vitaminas y minerales aumentan en un 15%. El **hierro**, es el único nutriente que sus requerimientos no pueden ser satisfechos con una dieta equilibrada, por lo que se deben de dar suplementos al inicio del segundo trimestre.
- e) Orientación sexual.- Debe estar dirigida a la pareja, informándoles que en el embarazo normal no está contraindicada y que debe de suspenderse solo en caso de sangrado vaginal, actividad uterina o en caso de riesgo de sangrado, como es el caso de placenta previa, cerclaje o con factores de riesgo de parto prematuro. Durante el primer trimestre, el cansancio, las nauseas y vómitos pueden disminuir el deseo sexual, así como el dolor de las mamas puede hacer tener menor reacción a las caricias en esta región. Durante el segundo trimestre la mayoría de molestias disminuyen y al aparecer la congestión vascular de la pelvis, la mujer puede notar una mayor satisfacción sexual que antes del embarazo. Durante el tercer trimestre el interés por el coito disminuye nuevamente debido a la fatiga y cansancio, incomodidad, disnea, dolor, la polaquiuria, disminuyendo así el deseo sexual. Aconsejar sobre posturas laterales o donde el hombre no esté arriba o penetración vaginal desde atrás. El deseo sexual del varón se ve afectado por factores como la relación previa con la pareja, la aceptación del embarazo, actitud hacia el cambio de aspecto físico de la pareja o la preocupación por hacer daño a la futura madre o feto.

- f) Además se debe aconsejar sobre las consecuencias de empezar a temprana edad la vida sexual, como lo son las enfermedades de transmisión sexual, la salida de la escuela, las creencias y tabús, dentro de la familia cercana o la intervención de la pareja o suegra para la toma de decisiones, poniendo en riesgo la vida al aumentar la multiparidad.
- g) Planificación familiar.- Se debe dar orientación básica sobre los métodos de planificación e indicar sobre el de primera elección para cada paciente valorando Riesgo Beneficio; evitando así los riesgos.
- h) Ejercicio físico.- en mujeres sanas es importante fomentar el ejercicio regular y ligero, adoptándose a las condiciones de cada paciente y suspenderlo a los primeros días de fatiga. Orientar y recomendar sesiones de Psicoprofilaxis.
- i) Preparación para el parto.- Se debe informar a la paciente sobre cuáles deben ser los motivos de ingreso al hospital. Los periodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación sobre todo los que se encuentran relacionados los músculos perineales que ayudaran a que se tenga una mayor elasticidad y que sea menos doloroso el paso del producto por el canal de parto, pujos en determinadas etapas del trabajo de parto que apoyen a tener relajación mutua por parte del producto como de la madre evitando alteraciones en la vitalidad fetal y explicar las vías de terminación del embarazo en caso de ser necesario en donde se explica la gran labor de cada uno de los integrantes del personal de salud que labora interdisciplinariamente con el objetivo de tener un parto con éxito sin complicaciones, todo esto con el valioso apoyo por supuesto de la ya capacitada madre.
- j) Factores psicológicos.- Orientar a la mujer sobre los cuidados que lleven a asegurar que no se produzcan problemas durante el embarazo, el parto y el nacimiento. Procurar que el entorno familiar acepte al futuro miembro de la familia. Compromiso hacia los lazos afectivos.
Identificar prejuicios, actitudes, estereotipos y preferencias personales
Compromiso al respeto de los valores y creencias de los demás.

k) Explicar los cambios fisiológicos en el embarazo como:

- ✓ Crecimiento de las mamas y su preparación para la lactancia materna en caso de tener alguna alteración en el pezón como en la retracción.
- ✓ Las probables obstrucción nasal o epistaxis debido al edema nasal producido por los estrógenos. (Ladewig,2006)
- ✓ Aumento de peso durante el embarazo normal de 11.4 a 15.9 kg (Mattson y Smith, 2000)
- ✓ Explicar las causas de las nauseas y los vómitos debido al aumento de la gonadotropina corionica humana.
- ✓ Explicar sobre las causas de estreñimiento que llevan relación con el retraso del vaciamiento gástrico por la relajación de la musculatura lisa debido a la progesterona, reduciendo así el peristaltismo.
- ✓ Alteraciones cardiovasculares: aumento del volumen sanguíneo en el punto máximo de las 32SDG 45% superior a los valores normales. (Ladewig,2006)
- ✓ Aumento del pulso en 10-15 latidos por minuto al término de la gestación.
- ✓ Disminución de la presión arterial de 10-15 mmHg (sístole) y 20-25 mmHg (diástole) debido a la compresión que se ejerce en la vena cava.
- ✓ Varices debido a la compresión de los vasos pélvicos y femorales quienes interfieren en el retorno venoso provocando estasis sanguínea en las extremidades inferiores.
- ✓ Cambios en el sistema urinario al haber una presión mecánica ejercida por el útero, el medio hormonal y el aumento de flujo sanguíneo renal
- ✓ Explicar que puede ser normal datos de glucosuria debido a que el riñón no puede reabsorber toda la glucosa que filtran los glomérulos, diferenciando así de una diabetes gestacional.
- ✓ Explicar las causas de las lumbalgias debido al cambio postural.
- ✓ Encías blandas, hiperémicas y gingivorragia
- ✓ Aumento de la pigmentación en frente, nariz y mejillas
- ✓ Estrías gravídicas

- l) Orientación sobre algunos cambios de hábitos de higiene, como es el uso de papel sencillo sin aromas para el baño, el uso de jabones que no contengan tanto perfume, evitar el uso de ropa ajustada, de lycra o encaje; así como, recomendar las pantaletas de 100% algodón que evitaren tener infecciones de vías urinarias o cervico vaginales a causa del cambio de pH todo en conjunto, explicar sobre la importancia del baño diario que ayudara a evitar infecciones que den como resultado si nos e atienden con amenazas de aborto o de partos antes de termino

- m) Orientar sobre el alivio habitual de las molestias producidas en el embarazo como: nauseas, vomito, polaquiuria, cansancio, dolor de mamas, aumento de la secreción vaginal, congestión nasal y hemorragias, ptialismo, pirosis, edema del tobillo, varices, hemorroides, estreñimiento, lumbalgias, calambres en las piernas, mareo, disnea, flatulencia, síndrome del túnel carpiano. (Ladewig,2006)

- n) Prevención de accidentes.- Informar sobre los cuidados en factores externos de nuestro cuerpo como lo es el uso de zapatos de tacón, cargar en brazos a los demás hijos, realizar cosas que requieran de un gran esfuerzo.

- o) Sugerir que la gestante se coloque en decúbito lateral izquierdo ya que en posición supina se puede comprimir la vena cava y limitar el retorno sanguíneo a la aurícula derecha, reduciendo la presión arterial y provocando mareo, palidez y una sensación húmeda y fría al tacto (Ladewig,2006). Las investigaciones demuestran que el útero grávido puede comprimir también la aorta y su circulación colateral (Cunningham, MacDonald, Gant y cols., 1997)

- p) Debemos recordar que gran parte del éxito de un embarazo depende de haber recibido una adecuada atención prenatal y que esta labor corresponde al área de Enfermería

3. RESULTADOS (PRIMERA PARTE)

Las siguientes graficas se realizaron de acuerdo a los datos obtenidos en la aplicación del instrumento hacia las mujeres embarazadas, encontrándose los siguientes factores de riesgo:

Gráfica de resultados del instrumento 1

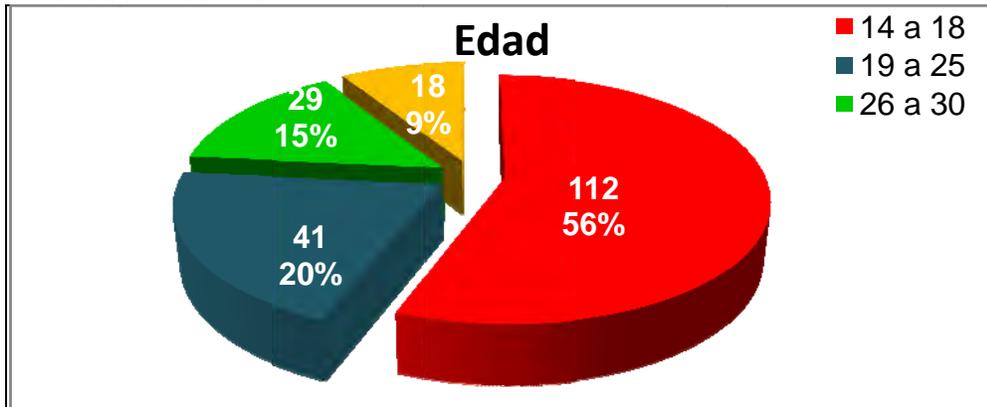
EDAD

14 a 18 años: 112

19 a 25 años: 41

26 a 30 años: 29

31 años o más: 18



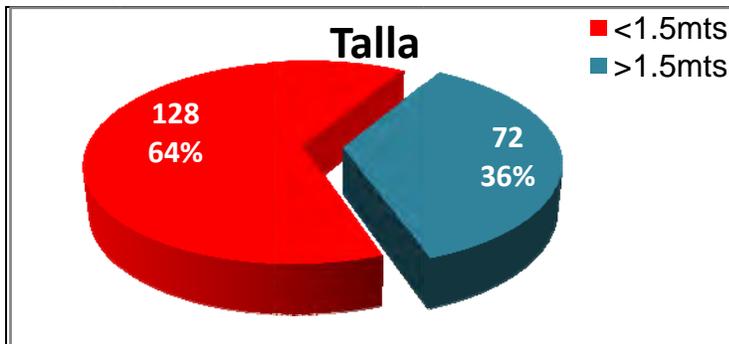
NOTA. Obsérvese que el 56% de las embarazadas son adolescentes y sólo el 15% de las mujeres se encuentran en una etapa de bajo riesgo, es decir se encuentran en una edad reproductiva.

Gráfica de resultados del instrumento 2

TALLA

<1.5mts: 128

>1.5mts: 72

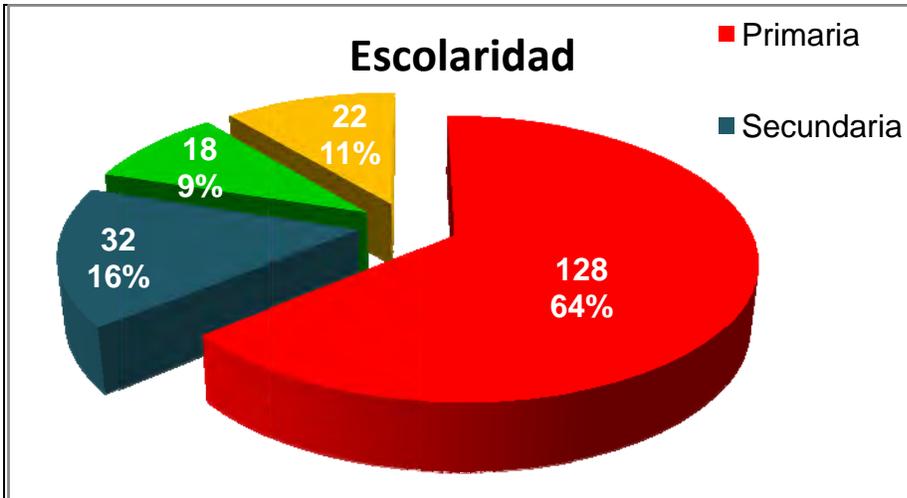


NOTA. Debido a que la mayoría de las embarazadas son adolescentes y que por consiguiente aun no terminan de desarrollarse encontramos que el 64% tienen una talla menor de 1.5mts, sin contar que por herencia son pequeñas las personas de estos pueblos en su mayoría.

Gráfica de resultados del instrumento 3

ESCOLARIDAD

Primaria: 128
Secundaria: 32
Bachillerato: 18
Licenciatura: 22

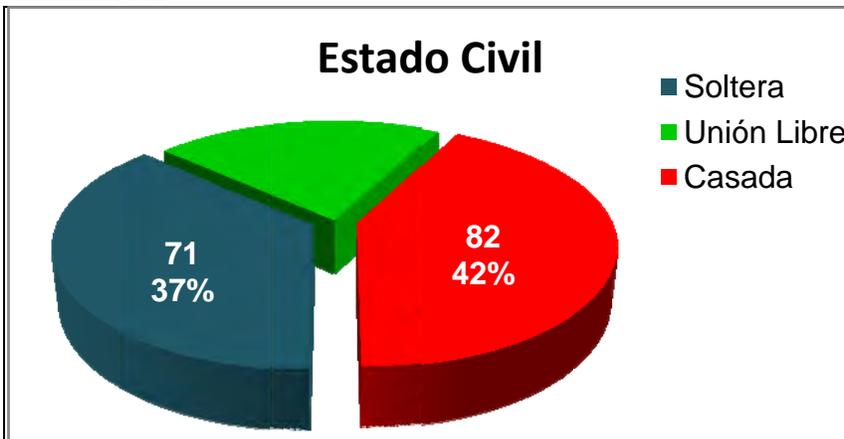


NOTA. Solo el 11% de las embarazadas correspondieron a un nivel de licenciatura, mientras que el 80% lo comparten el nivel de Primaria y Secundaria.

Gráfica de resultados del instrumento 4

ESTADO CIVIL

Soltera: 71
Unión Libre: 41
Casada: 82

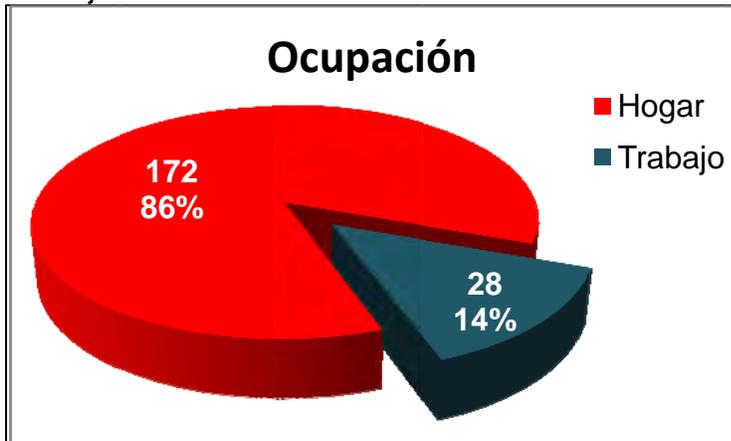


NOTA. A pesar de que la mayoría de la población encuestada fue adolescente encontramos que el 42% ya se encuentran casadas, mientras que se observa que entre mayor nivel de estudios obtenidos es ocupado en su mayoría por las solteras con un 37%.

Gráfica de resultados del instrumento 5

OCUPACIÓN

Hogar: 172
Trabajo: 28

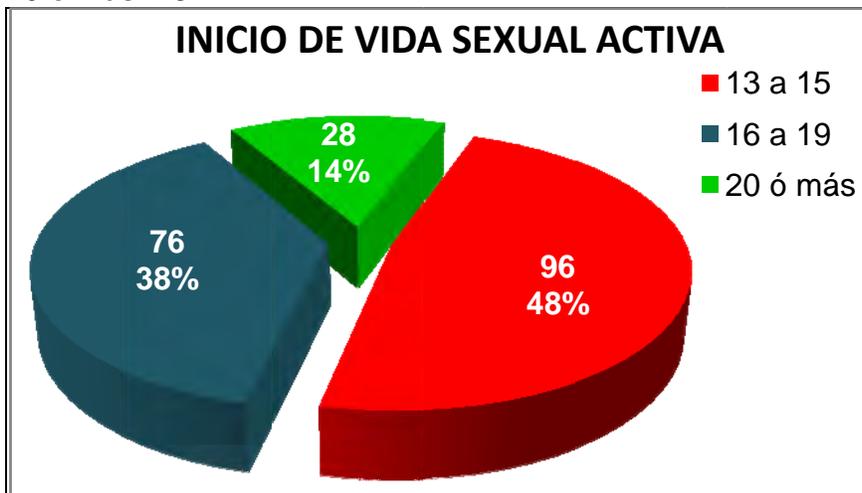


NOTA. El 86% de las embarazadas comentaron ocuparse solo del hogar y aunque algunas de las entrevistadas hacían manualidades solo eran en ratos libres o bien ayudaban a su pareja en el corte y confección de telas para la fabricación de pantalones pero por el cual no recibían un salario base.

Gráfica de resultados del instrumento 6

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

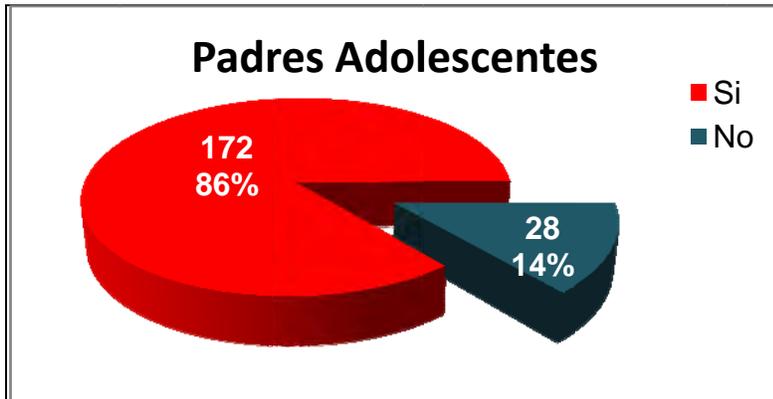
13 a 15: 96
16 a 19: 76
20 o más: 28



NOTA. Se puede observar el inicio tan precoz de la actividad sexual donde encontramos que el 48% son embarazadas adolescentes de 13 a 15 años.

Gráfica de resultados del instrumento 7
PADRES ADOLESCENTES

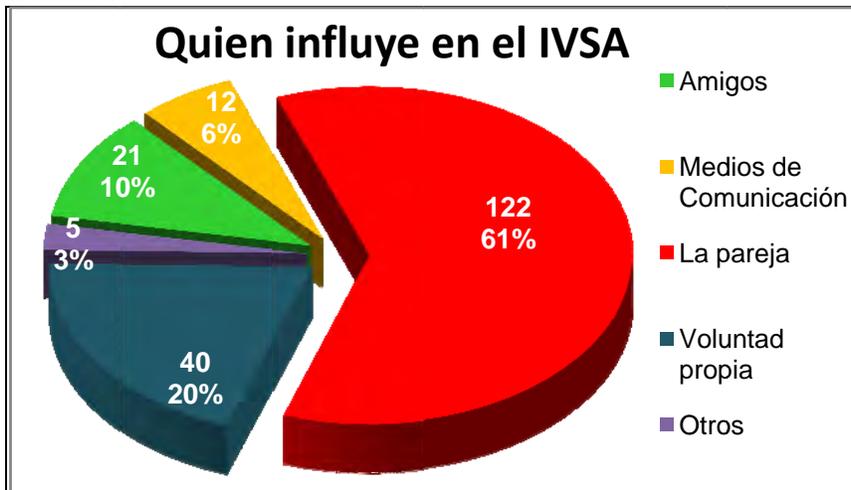
Si: 172
No: 28



NOTA. Se puede observar como interactúa el patrón de la familia en las embarazadas donde el 86% refiere tener padres que igualmente se iniciaron en la adolescencia como tal. Así como el 14% fue en su mayoría las que cuentan con nivel de estudios superiores al bachillerato y que se encuentran en una vida reproductiva favorable.

Gráfica de resultados del instrumento 8
QUIEN INFLUYE EN EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL ACTIVA

Amigos: 21
Medios de Comunicación: 12
La pareja: 122
Voluntad propia; 40
Otros: 5

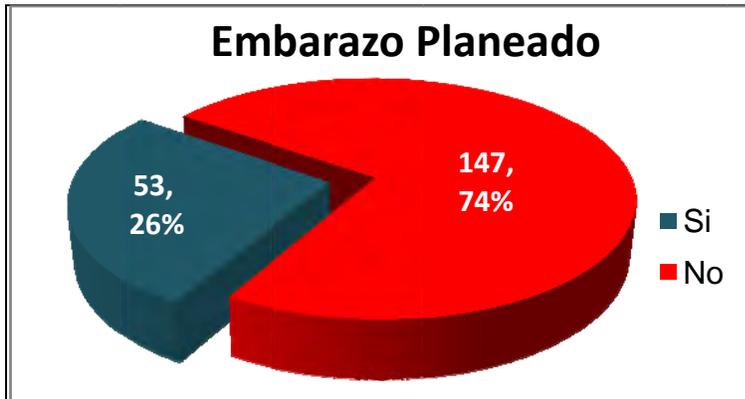


NOTA. El 61% de las embarazadas refieren haber sido presionadas por su pareja para iniciar la vida sexual activa, el 20% refieren por voluntad propia y el 3% fue por violencia (violación).

Gráfica de resultados del instrumento 9

EMBARAZO PLANEADO

Si: 53
No: 147

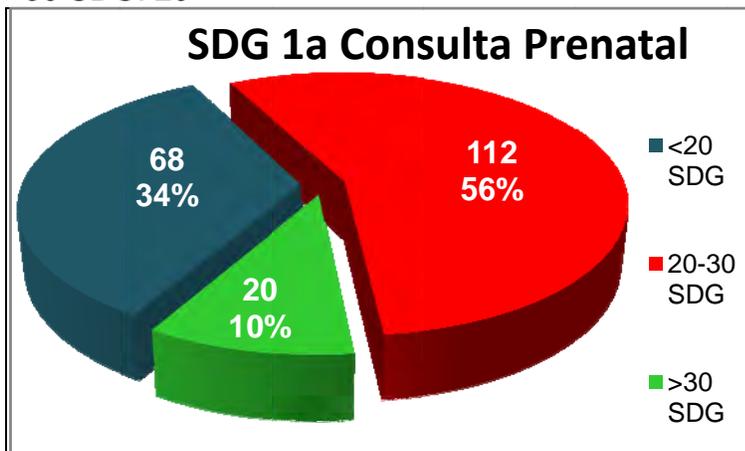


NOTA. El 74% de las mujeres refirieron no haber planeado embarazarse, por lo que se mostraban inseguras y/o preocupadas por su embarazo. Las mujeres adultas con un nivel superior a bachillerato ocupan en su mayoría el 26% refiriendo estar en el momento adecuado de su vida.

Gráfica de resultados del instrumento 10

SDG 1ª CONSULTA PRENATAL

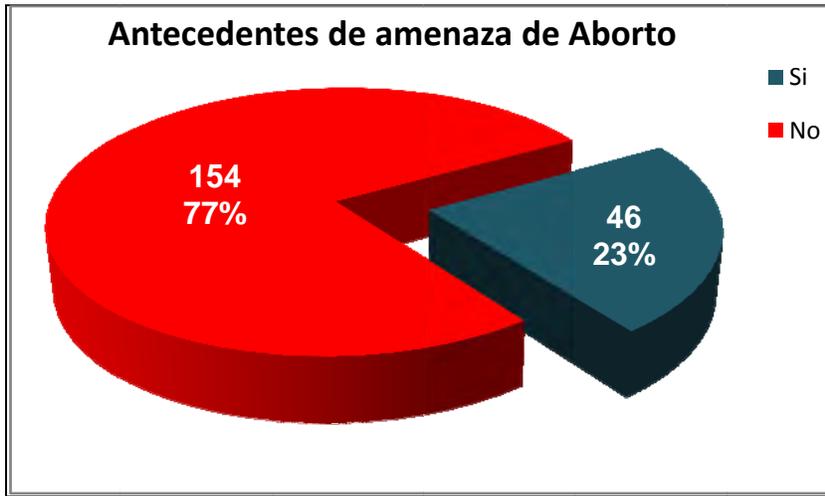
<20SDG: 68
20-30 SDG: 112
>30 SDG: 20



NOTA. Ésta grafica fue muy importante ya que se observa que el 56% de las embarazadas acuden a su 1er consulta prenatal a partir del 2º Trimestre lo cual lleva factores de riesgo para la formación del producto, ya que el ácido fólico es fundamental en el 1er Trimestre para la formación del tubo neural y la prevención de defectos al nacimiento.

Gráfica de resultados del instrumento 11
ANTECEDENTES DE AMENAZA DE ABORTO

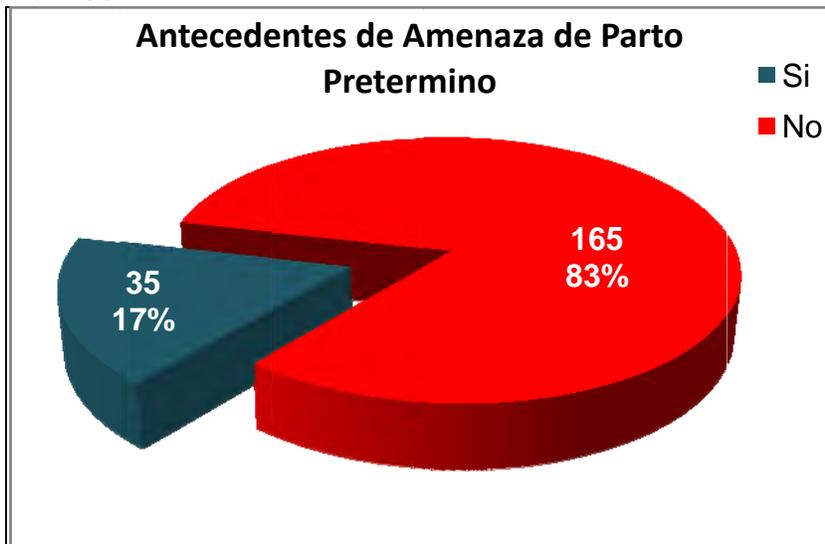
Si: 46
No: 154



NOTA. El 23% corresponde a las mujeres que en embarazos previos han tenido amenazas de aborto lo que mantiene en alerta al personal de salud ya que se puede llegar a repetir la amenaza por causas maternas.

Gráfica de resultados del instrumento 12
ANTECEDENTES DE AMENAZA DE PARTO PRE TÉRMINO

Si: 35
No: 165

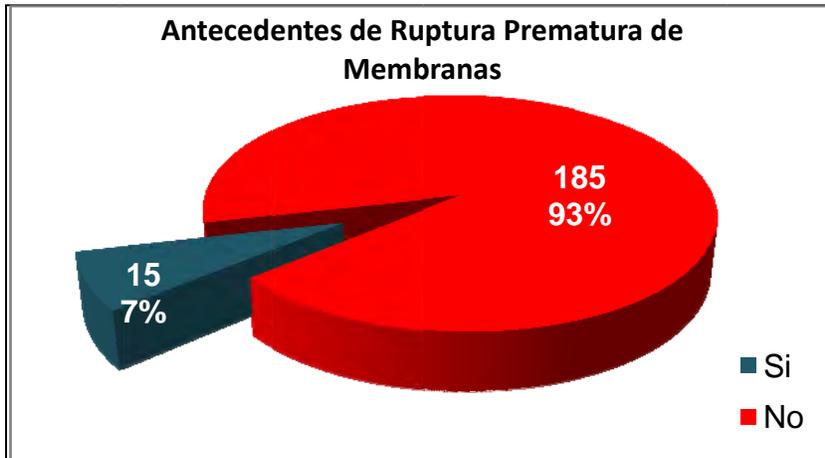


NOTA. El 17% corresponde a embarazadas que refirieron haber tenido una amenaza de parto pre término en embarazos previos.

Gráfica de resultados del instrumento 13

ANTECEDENTES DE RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Si: 15
No: 185

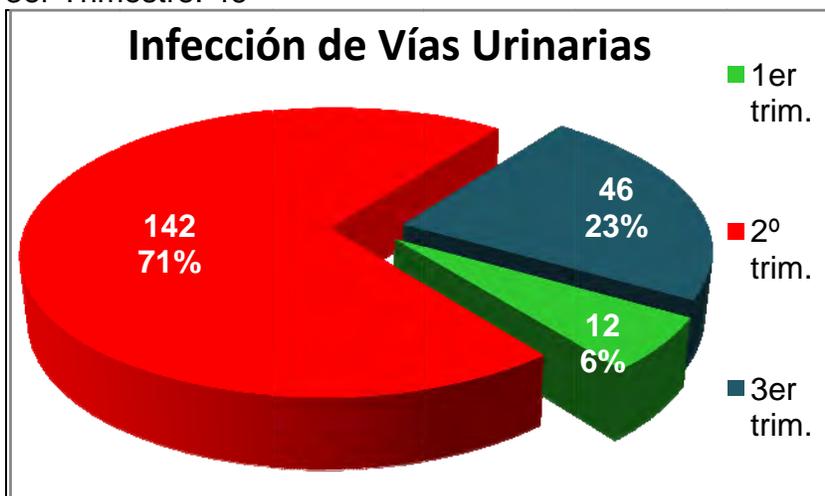


NOTA. Esta gráfica nos revela que aunque solo un 7% de las embarazadas tuvo antecedentes de ruptura prematura de membranas lo cual nos hace poner atención en la prevención de infecciones.

Gráfica de resultados del instrumento 14

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS DURANTE EL EMBARAZO

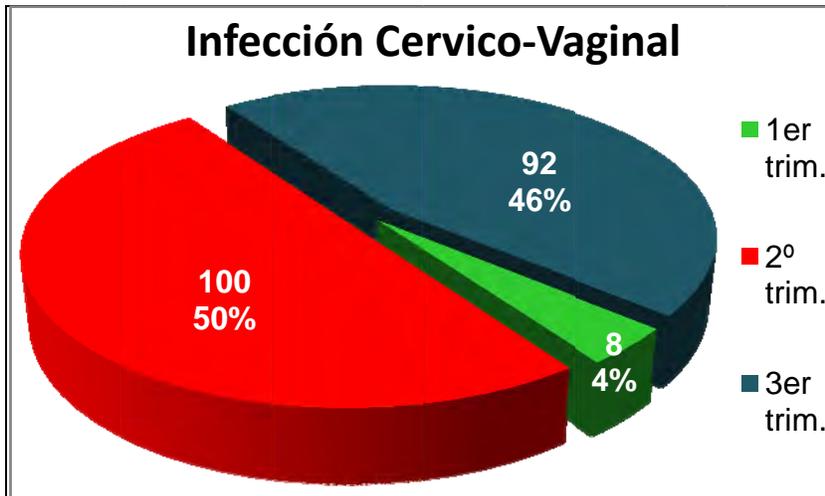
1er Trimestre: 12
2º Trimestre: 142
3er Trimestre: 46



NOTA. El 71% de las embarazadas presentaron o refirieron Infección de vías urinarias en el 2º Trimestre, lo cual nos lleva a la prevención de partos pre términos como complicación.

Gráfica de resultados del instrumento 15
INFECCIÓN CERVICO-VAGINAL DURANTE EL EMBARAZO

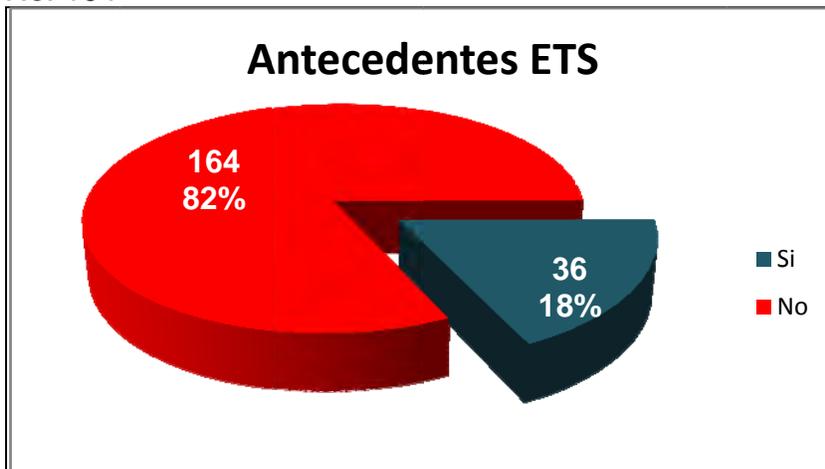
1er Trimestre: 8
2º Trimestre: 100
3er Trimestre: 92



NOTA. Véase que el 96% de las entrevistadas presentaron infección cervico-vaginal durante el 2º o 3er Trimestre de gestación.

Gráfica de resultados del instrumento 16
ANTECEDENTES DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Si: 36
No: 164



NOTA. Aunque solamente el 18% refirió tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual en algunas de las embarazadas se tuvo la duda ya que presentaban infecciones no tratadas complicadas y lesiones físicas en región genital externo o interno, destacándose las adolescentes.

Gráfica de resultados del instrumento 17
INFLUENCIA EN LA TOMA DE DECISIONES

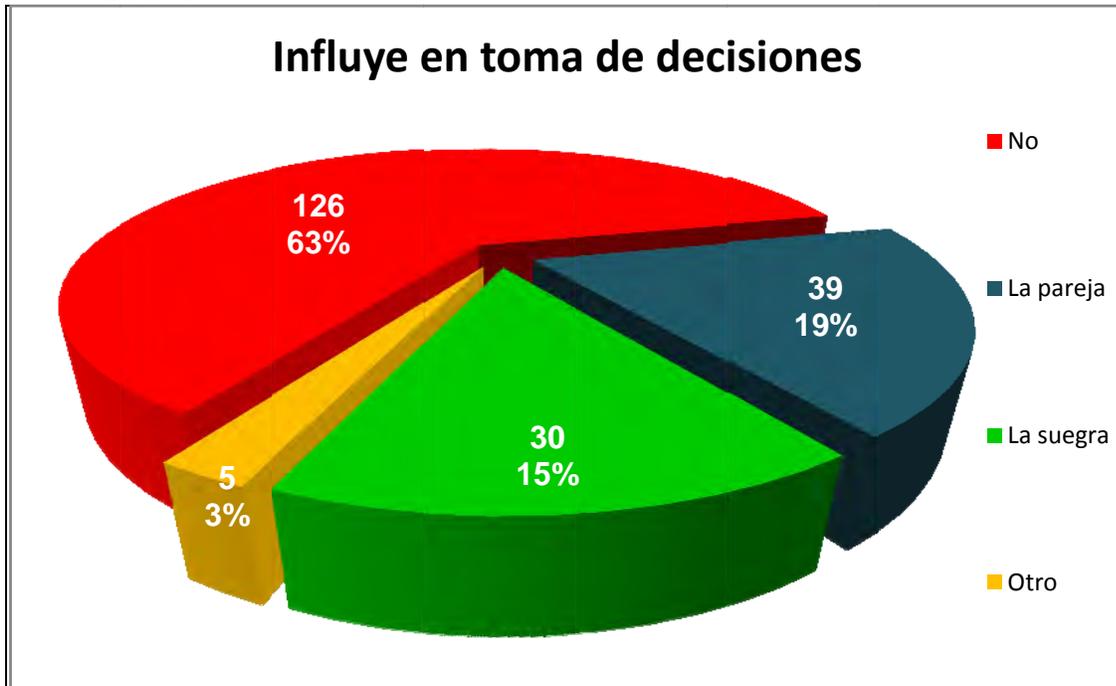
No: 126

Si: 74

Pareja: 39

Suegra: 30

Otro: 5



NOTA. Debido a que la gente de zona rural en provincia está muy bloqueada en cuanto a costumbres y cultura se pudo observar que no se reflejo lo que es la realidad ya sea por la falta de confianza o porque en algunas ocasiones no se pudo estar con la mujer en privado lo cual llevo a que por pena no reflejara la realidad en donde se observa que las suegras (15%), tienen una influencia tal sobre la embarazada en la toma de decisiones en cuanto a su cuerpo se refiere como al decidir el tipo de Planificación Familiar. O bien el 19% representa la influencia de la pareja.

Gráfica de resultados del instrumento 18

NO. PAREJAS SEXUALES

1-2: 148

3-4: 39

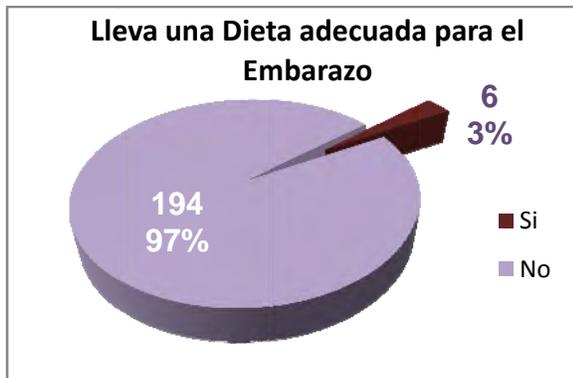
5 o más: 13



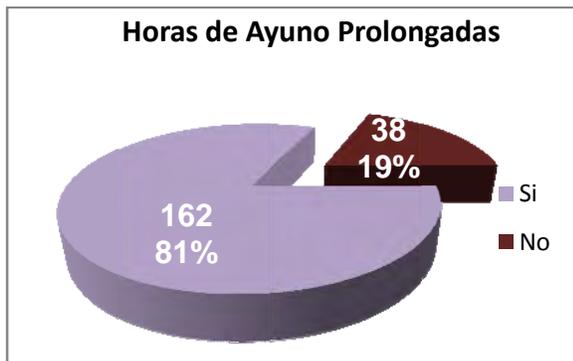
NOTA. Esta gráfica es algo engañosa desde el punto de vista del 74% con una o dos parejas, ya que esto fue porque la mayoría eran mujeres embarazadas adolescentes lo que lleva a tener un bajo índice, pero encontramos que ese 7% fue en mujeres adultas jóvenes que en la adolescencia se pudieron haber encontrado dentro del porcentaje de 1 o 2 parejas. Todo esto nos lleva a infecciones de transmisión sexual a temprana edad por la falta de educación.

Gráfica de resultados del instrumento 19, 20, 21, 22

NUTRICIÓN



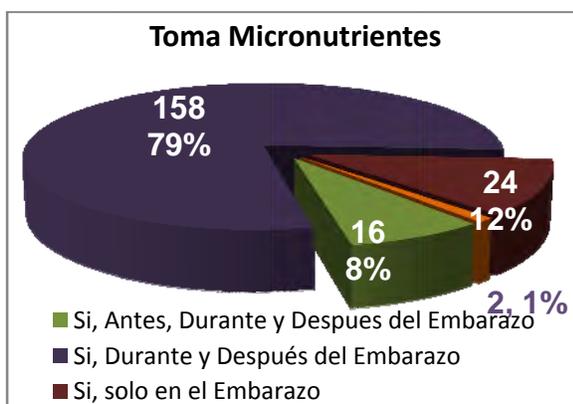
Lleva una Dieta adecuada para el Embarazo	
Si	6
No	194



Horas de Ayuno Prolongadas	
Si	38
No	162



Evita el consumo de grasas, refresco, alcohol y cigarro	
Si	176
No	24

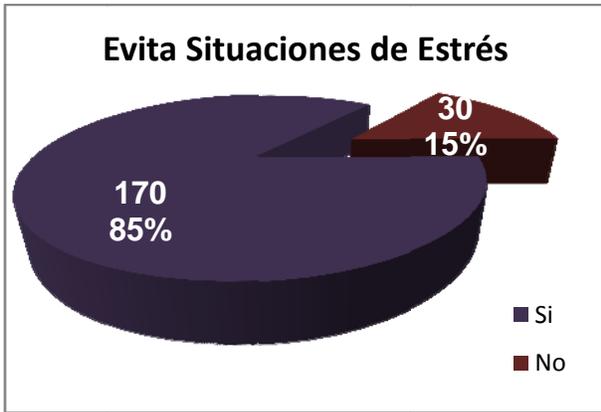


Toma Micronutrientes	
Si, Antes, Durante y después del Embarazo	158
Si, Durante y Después del Embarazo	24
Si, solo en el Embarazo	16
No	2

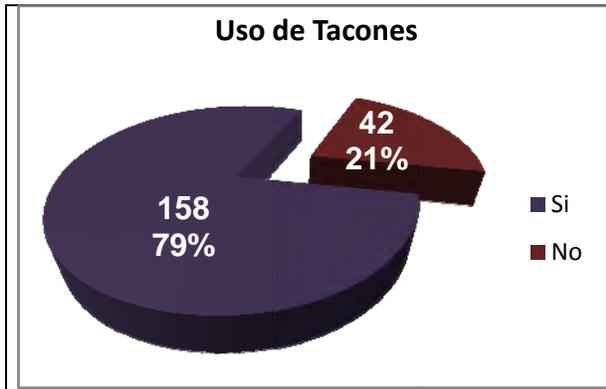
NOTA. Estas 4 gráficas se relacionan en el tema de nutrición por lo que se puede observar la falta de interés o de información para llevar un embarazo saludable.

Gráfica de resultados del instrumento 23-31

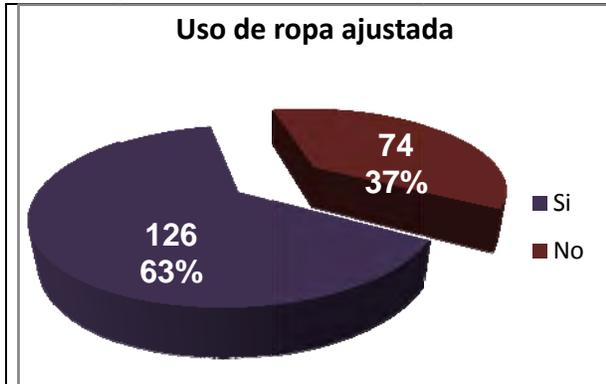
PREVENCIÓN



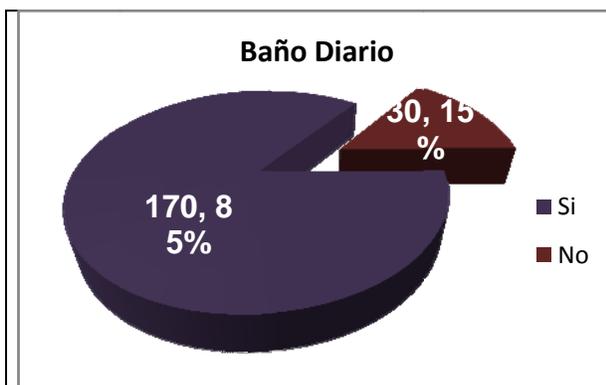
Evita Situaciones de Estrés	
Si	170
No	30



Uso de Tacones	
Si	158
No	42

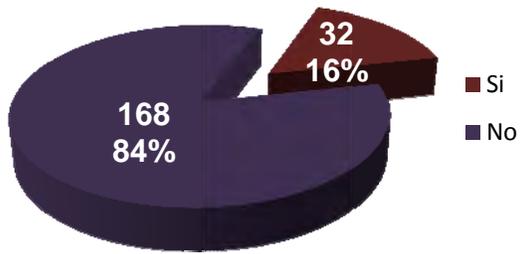


Uso de ropa ajustada	
Si	126
No	74



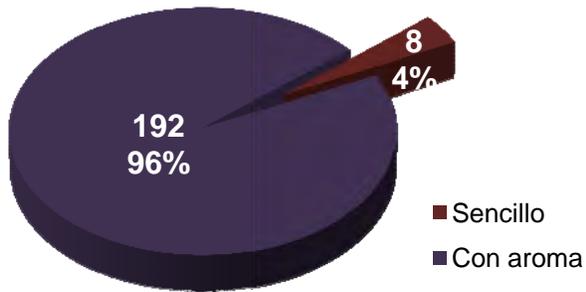
Baño Diario	
Si	170
No	30

Uso de prendas 100% Algodón



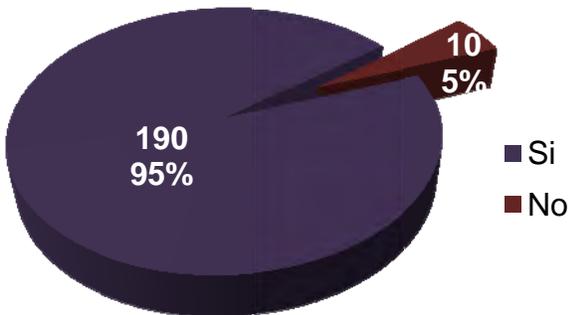
Uso de prendas 100% Algodón	
Si	32
No	168

Uso de papel de baño



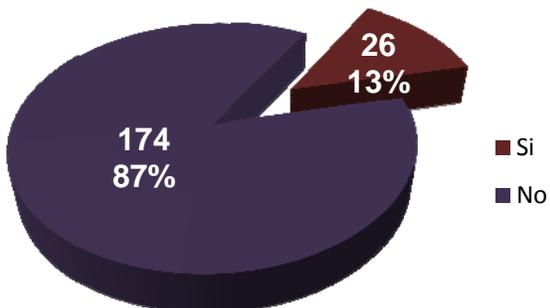
Uso de papel de baño	
Sencillo	8
Con aroma	192

Uso de jabones perfumados



Uso de jabones perfumados	
Si	190
No	10

Uso de Benzal en DV



Uso de Benzal en DV	
Si	26
No	174

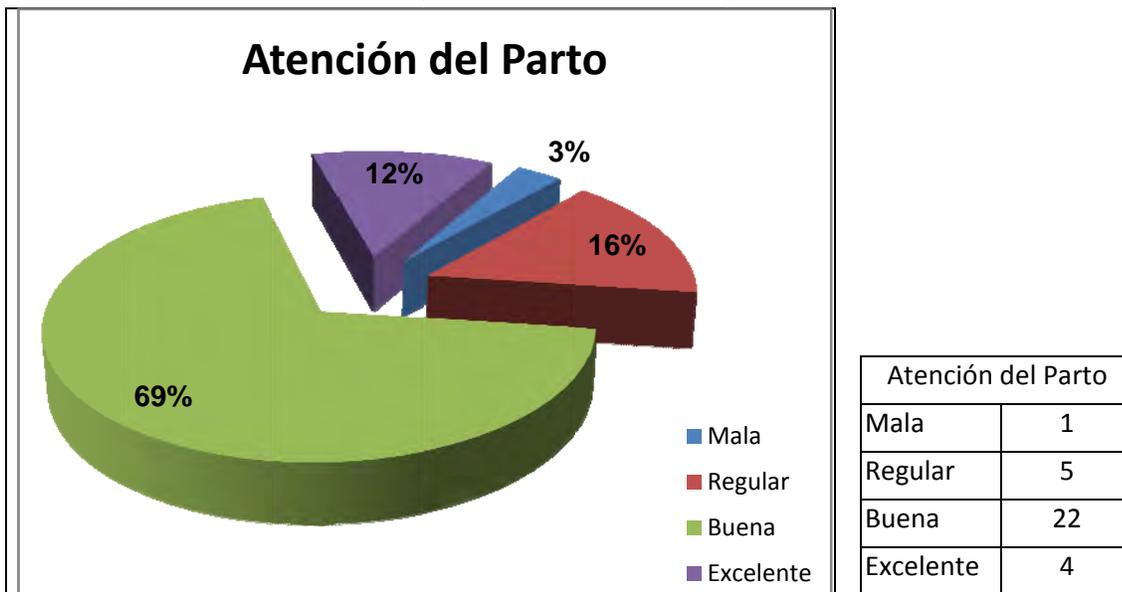
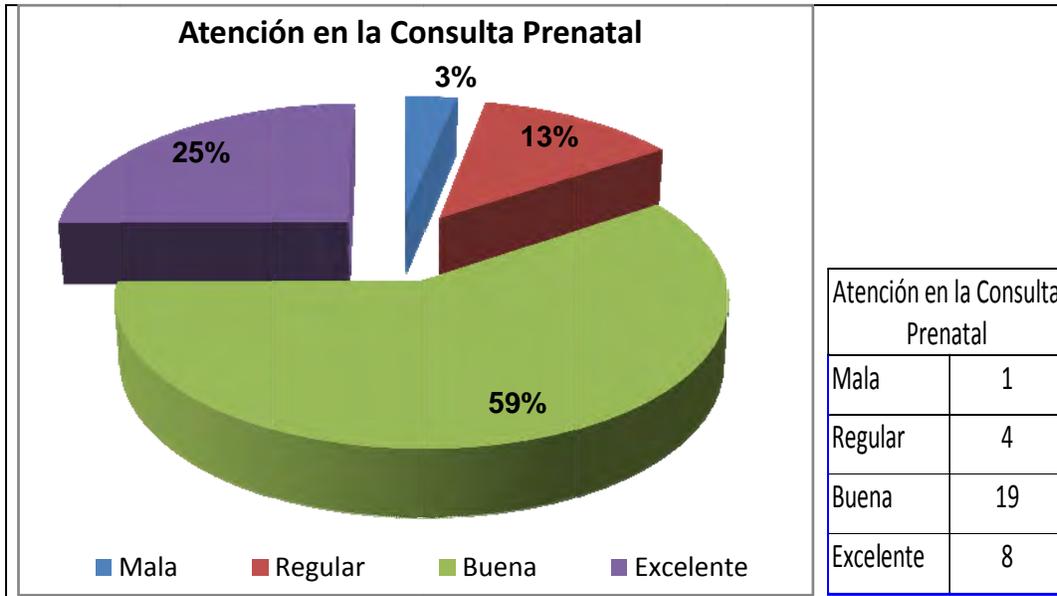


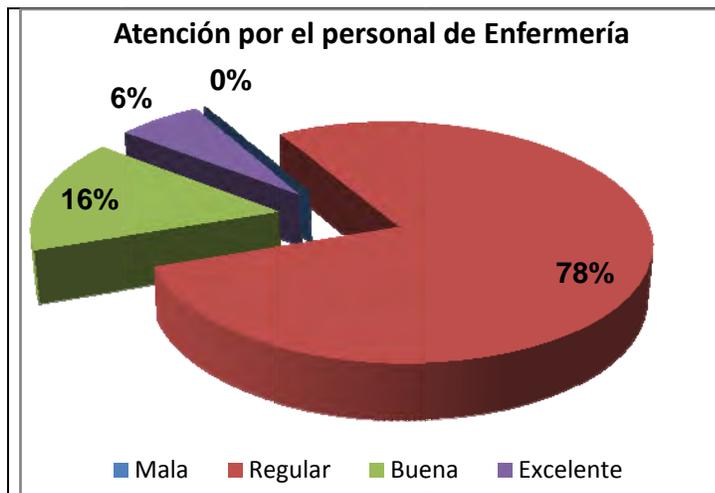
Abstención de VS	
Si	26
No	174

NOTA. Las nueve graficas que se exponen anteriormente se relacionan mucho por lo que se puede observar que la mujer embarazada se encuentra bajo situaciones de estrés y no tienen en cuenta cuidados que de ser llevados a cabo podríamos evitar complicaciones durante el embarazo como es la prevención de accidentes, la prevención de infecciones, así como la educación necesaria para poder tener actividad sexual de tal modo que no se arriesgue la continuidad del embarazo.

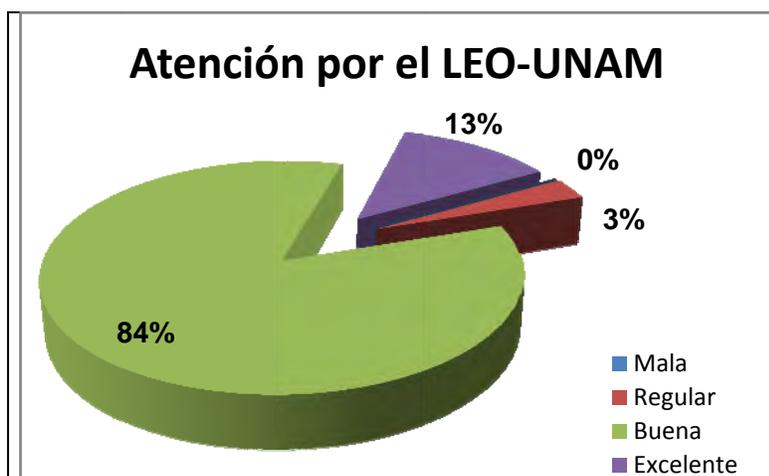
SEGUNDA PARTE

Para evaluar la función del personal de la institución donde se realizó el servicio social, se llevo a cabo una dinámica de calificación por parte de las embarazadas a las que se les dio seguimiento y se pudo atender su parto (32), obteniendo los siguientes resultados:





Atención por el personal de Enfermería	
Mala	0
Regular	25
Buena	5
Excelente	2



Atención por el LEO-UNAM	
Mala	0
Regular	1
Buena	27
Excelente	4



NOTA. Con las gráficas presentadas se obtuvo una evaluación buena hacia el personal de Licenciatura en Enfermería y Obstetricia rescatando comentarios para una mejor formación y de agradecimientos por parte de las embarazadas en reconocimiento a la atención personal que se brindó con la finalidad de obtener la confianza de las embarazadas para que siguieran las sugerencias y cuidados durante su estado para prevenir riesgos y dirigir las a un parto con éxito.

4. CONCLUSIONES

La revisión de varios documentos y con los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados podemos decir que los factores de riesgo que más reinciden en las mujeres embarazadas en zonas rurales son:

- Atención Prenatal de 1ª vez tardía
- Embarazo en la adolescencia, peso y talla baja
- Uso de ropa ajustada y de lycra
- Uso de artículos de baño con químicos que alteran el pH vaginal
- Infecciones de vías urinarias y cervico vaginales
- Antecedentes de ETS en la adolescencia
- Uso de zapatos con tacón
- Creencias y cultura
- Inicio de vida sexual temprana
- Múltiples parejas sexuales
- Largas horas de ayuno
- Estado nutricional inadecuado
- Falta de medicación de micronutrientes

El haber obtenido estos resultados, nos hace pensar en que se tienen que hacer una investigación que aborde de manera más profunda los factores de riesgo encontrados, así como también existe la posibilidad de que se inicie un programa de intervenciones de enfermería que contribuya al bienestar de la mujer embarazada, con la intención de que sea considerado por los servicios de enfermería del estado de México y que contribuya con la disminución de la morbi-mortalidad materna de la mujer mexicana.

Durante el tiempo que se tuvo la oportunidad de realizar el servicio social, también se estuvo trabajando en dar orientación a la mujer embarazada de los cuidados que deben de tener para lograr un buen parto con éxito, además de que se dieron pláticas personales e individuales que permitieron tener una comunicación más cercana con la embarazadas para la aclaración de dudas sobre aspectos de estrés por el embarazo, como participar durante el trabajo de parto, la importancia del acompañamiento del recién nacido etc.

5. SUGERENCIAS

Debido a la corta estancia en la pasantía del servicio social en el CEAPS Santiago Tianguistenco, por motivos de solo estar en comisión no se tuvo el seguimiento de la totalidad de las mujeres embarazadas hasta su atención de parto pero se sugiere que se tenga una mayor comunicación de parte del área escolar encargada del programa de Servicio Social, facilitando así la aplicación de algunos programas sobre educación sexual, planificación familiar, psicoprofilaxis, manejo del estrés, así como platicas que orienten a las embarazadas sobre los cambios morfofisiológicos y así poder prevenir factores de riesgo tan sencillos como lo sería el consumo de Acido Fólico desde la planeación del embarazo, la importancia fundamental que tiene para la formación adecuada del futuro recién nacido.

Tener un mayor contacto con este tipo de población que se encuentra en manos del área de enfermería pero que desgraciadamente en ocasiones no tienen la fundamentación o los conocimientos para poder orientar a toda embarazada con la que tengamos contacto a modo de prevenir o disminuir la tasa de mortalidad materna en las zonas rurales donde la gente está más desprotegida.

6. BIBLIOGRAFÍA

- 📖 Ladewigh, Patricia, *Enfermería Maternal y del recién nacido*, 5ta ed. Mc Graw Hill, Madrid, España, 2006.
- 📖 Asociación de médicos especialistas del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3, *Fundamentos en Ginecoobstetricia*, Méndez Editores, México, 2004
- 📖 Cifuentes, Rodrigo, *Ginecología y obstetricia, basada en las nuevas evidencias*, 2ª ed. Distribuna, Colombia, 2009.
- 📖 Frutos, J., & Royo, M. (2006). *Salud Pública y Epidemiología* (2a ed.). Barcelona, España: Diaz de Santos.
- 📖 Icart, T. T. (2000). *ENFERMERIA: Enfermería Comunitaria Epidemiología*. Barcelona, España: Masson.
- 📖 Balseiro Almario, Lasty. Investigación en Enfermería. Ed. Librería Acuario (1991), P.p. 31-44
- 📖 Méndez Ramírez, Ignacio. El Protocolo de Investigación, Ed. Trillas, (1984), P.p.15-27
- 📖 MONDRAGON, Gineco Obstetricia, 2ª edición, Ed. Mc Graw Hill, 2003.
- 📖 Raúl Rutilio Gómez López, Mtra.: Rosa María Ostiguin Meléndez, Material de apoyo, 5ta versión, junio 2007
- 📖 Secretaría de Salud. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Lineamiento Técnico Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Pre eclampsia-eclampsia. 2006.
- 📖 Instituto Nacional de Perinatología. Normas y Procedimientos en Ginecología y Obstetricia. 89-97; 2003.

- 📖 Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital Luis Castelazo Ayala. HGO LCA. Normas y Procedimientos en Obstetricia, 2005.
- 📖 Manual de Atención del parto puerperio y Embarazo Saludable Parto y Puerperio Seguros Recién Nacido Sano Primera edición diciembre 2001 Secretaría de Salud México, D. F.
- 📖 JIMENES Laura y etal. Antología de Obstetricia II sistema de universidad abierta Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia UNAM México DF 2006
- 📖 Hernández, Aída, *Las mujeres indígenas: re-inventando la cultura y redefiniendo la nación*. Ponencia presentada en el XXIII Coloquio de Antropología e Historia Regionales, El Colegio de Michoacán, Zamora, 24- 26 de octubre de 2001. INAH, Núm. 58, Vol. XVII, México, Diciembre 2000.
- 📖 Karchmer, S. (2006). *Obstetricia y Medicina Perinatal* (Vol. 1). México: COMEGO (Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia).
- 📖 Federal, G. (01 de Septiembre de 2009). *www.informe.gob.mx*. Recuperado el 22 de Octubre de 2009, de http://www.informe.gob.mx/informe/pdf/3_2.pdf: <http://www.informe.gob.mx/>
- 📖 INEGI. (2009). <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>. Recuperado Agosto de 2009
- 📖 ISEM. (Octubre de 2009). *Secretaria de Salud*. <http://salud.edomexico.gob.mx/>
- 📖 NOM-007, S. D. (Agosto 2009). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>.
- 📖 Popular, S. (Agosto 2009). <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/>.
- 📖 Salud, O. M. (Octubre 2009). <http://www.who.int/es/>.
- 📖 Salud, O. P. (Octubre 2009). <http://www.mex.ops-oms.org/>.
- 📖 Saludable, S. P. (Agosto 2009). http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=7.

7. ANEXOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO
CEAPS SANTIAGO TIANGUISTENCO



INSTRUMENTO DE EVALUACION DE FACTORES DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA DE LA COMUNIDAD DE SANTIAGO TIANGUISTENCO

Nombre: _____ Edad: _____
Talla: _____ Peso: _____ IMC: _____ Tóxico dependencias: _____
Escolaridad: _____ Estado Civil: _____
Ocupación: _____ Tipo de vivienda: _____
Población Abierta: _____ Seguro Popular: _____ Religión: _____
Nivel Socioeconómico: Alto _____ Medio _____ Bajo _____
Menarca: _____ IVSA: _____ No. Parejas Sexuales: _____
Gesta: _____ Parto: _____ Cesárea: _____ Aborto: _____ Óbito: _____
SDG 1ª Consulta prenatal: _____ SDG Actual: _____ No. de Consultas: _____
Control Prenatal Particular: _____ Control Prenatal SSA: _____
Su control prenatal fue valorado por: Partera _____ Medico General _____ Medico
Especialista _____ Licenciado en Enfermería y Obstetricia: _____
Su parto fue atendido por: Partera _____ Medico General _____ Medico
Especialista _____ Licenciado en Enfermería y Obstetricia: _____
Antecedentes Patológicos: _____
Antecedentes Ginecológicos: _____
ITS/Tx: _____
Infección de Vías Urinarias: 1er Trim: _____ 2º Trim: _____ 3er Trim: _____
Tratamiento: _____
Infección Vaginal: 1er Trim: _____ 2º Trim: _____ 3er Trim: _____
Tratamiento: _____
Otras complicaciones durante el embarazo: 1er Trim: _____ 2º Trim: _____ 3er Trim: _____
AA: _____ APP: _____ RPM: _____ Hemorragia: _____ Otra: _____
Tratamiento: _____
Mencione los datos de alarma en el embarazo: _____

Complicación en el parto: _____
Complicación en el RN: _____
Complicación en el Puerperio: _____
Embarazo planeado: _____ Embarazo no deseado: _____
En la familia se tiene antecedentes de padres adolescentes: Si ___ No ___ Edad _____
En la familia se tiene antecedentes de madres solteras: Si ___ No ___ Edad _____
Estado Psicológico: Tranquila _____ Alegre _____ Excitada _____ Preocupada _____
Se IVSA con información adecuada: _____
Fue inducida por amigos, televisión, revistas, por la pareja o por voluntad propia el
IVSA _____
¿Se ve influida por alguna persona (esposo, suegra, otro), para tomar alguna decisión en cuanto a
su cuerpo o vida sexual o reproductiva se refiere? _____

¿Ha sufrido algún tipo de violencia física, familiar, sexual o de pareja? _____

¿Ha sido víctima de agresión psicológica (gestos, gritos, humillaciones, discriminación, etc.)? _____

Lleva a cabo las siguientes medidas para evitar factores de riesgo, que puedan complicar su embarazo:

- | | SI | NO |
|--|----|----|
| ➤ Evita el uso de tacones..... | | |
| ➤ Evita el uso de ropa ajustada o de lycra..... | | |
| ➤ Baño diario..... | | |
| ➤ Uso de prendas personales de algodón..... | | |
| ➤ Usa papel de baño sencillo o con aroma..... | | |
| ➤ Usa jabones de baño perfumados..... | | |
| ➤ Usa productos íntimos para duchas vaginales como Benzal.... | | |
| ➤ Toma 2 litros de agua diario..... | | |
| ➤ Come tres veces al día..... | | |
| ➤ Evita largas horas de ayuno..... | | |
| ➤ Consume frutas y verduras ricas en vitamina C..... | | |
| ➤ Toma micronutrientes antes, durante y después del embarazo. | | |
| ➤ Lleva una dieta adecuada para el embarazo..... | | |
| ➤ Evita el consumo de refresco, grasas, alcohol y cigarro..... | | |
| ➤ Evita situaciones de estrés..... | | |
| ➤ Usa remedios caseros cuando se siente mal de salud..... | | |
| <hr/> | | |
| ➤ Abstenerse de vida sexual..... | | |
| ➤ Adecuado control prenatal..... | | |

De acuerdo a su criterio cómo calificaría las siguientes acciones, donde (1) es malo y (5) es bueno a nivel hospitalario.

- | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| ➤ Atención del embarazo..... | | | | | |
| ➤ Atención del parto..... | | | | | |
| ➤ Atención del recién nacido..... | | | | | |
| ➤ Atención post-parto..... | | | | | |
| ➤ Atención medica en general..... | | | | | |
| ➤ Atención por enfermería..... | | | | | |
| ➤ Atención por Lic. En enfermería y obstetricia..... | | | | | |
| ➤ Atención del resto del personal.....
(Adm., Intend..., Vigil., otros) | | | | | |

¿Regresaría a consulta a este centro de salud después de la atención que se le brindo?

Observaciones: _____

Cuidado de las mamas:

Durante el embarazo usted debe cuidar y preparar sus mamas para alimentar a su hijo. Si sus pezones son normales, planos



o invertidos. En caso de que sean planos o invertidos, dé masajes circulares alrededor del pezón para que se forme y no presente problemas en el momento de la lactancia

Cuidados dentales: Debe darle mayor importancia al cuidado de sus dientes, cepillarlos



correctamente cada día y visitar al odontólogo por lo menos dos veces durante su período de gestación.

Relaciones Sexuales:

Las relaciones sexuales pueden realizarse durante todo el embarazo. Solamente deben suspenderse en caso de complicaciones o por indicación médica.



Cuidados prenatales

La clave para proteger la salud de su bebé está en recibir cuidados [prenatales](#) con regularidad.



Llame al profesional de la salud que desea que supervise su embarazo.

¡FELICIDADES POR CREAR ESA MARAVILLOSA VIDA!



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia**

CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO



ABRIL 2009

CUIDADOS DURANTE EL EMBARAZO

La mujer como futura mamá debe tener algunos cuidados durante el embarazo así mismo tener un cuidado especial en el **vestuario**



es aconsejable que las embarazadas utilicen prendas de vestir holgadas y zapatos cómodos, sin tacón alto



Alimentación

Durante su embarazo deberá comer muy bien, y seguir una dieta equilibrada. También ha de evitar el alcohol el tabaco, así mismo no tomar ningún medicamento que no haya sido indicado por el medico



Es recomendable comer de cinco a seis veces por día en raciones pequeñas. Evite los alimentos con mucha grasa y el exceso de condimentos. Ingiera alimentos ricos en fibra, como los cereales integrales, las frutas y las verduras.

Ejercicio y Deporte: La embarazada debe realizar ejercicios o practicar un deporte moderado, excepto cuando su médico se lo ha prohibido.



HIGIENE Y Baño: El baño diario es indispensable en la forma que usted lo prefiera siempre y cuando lo realice diario, los hábitos de higiene deben re incrementar durante el embarazo.



Cuando vayas al baño recuerda siempre limpiar tu vagina de adelante hacia atrás