



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS**

**UNIDAD ACADÉMICA**  
**(HOSPITAL MATERNO INFANTIL TOLUCA DE LERDO ESTADO DE MÉXICO)**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA DE  
CONSULTA EXTERNA ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ DEL ISSEMyM**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**ELIA ELVIRA CONSUELOS CORTÉS**

**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2013.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

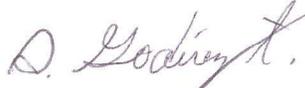
**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA  
CLÍNICA DE CONSULTA EXTERNA ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ DEL  
ISSEMyM.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**ELIA ELVIRA CONSUELOS CORTES.**

**AUTORIZACIONES:**



**DR. EDGAR DANIEL GODÍNEZ TAMAY**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR HOSPITAL MATERNO INFANTIL



**ING. JOANNA PATRICIA GALINDO MONTEAGUDO**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN  
E INNOVACIÓN EDUCATIVA EN SALUD



**DRA. MARTHA BERENICE HERNÁNDEZ MIRANDA**  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR



**LIC. ANA LUISA SERVÍN CÁRDENAS**  
DIRECTORA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



**TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2013**

**COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD EN PACIENTES EMBARAZADAS DE LA CLÍNICA DE  
CONSULTA EXTERNA ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ DEL ISSEMyM**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

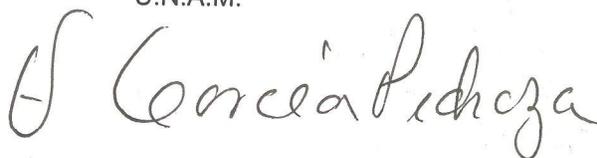
PRESENTA:

**ELIA ELVIRA CONSUELOS CORTÉS**

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

## RESUMEN.

**OBJETIVO:** Identificar la cohesión y adaptabilidad en pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa Alfredo Del Mazo Vélez del ISSEMyM.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se aplicó FACES III a 130 embarazadas de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez del ISSEMyM en el periodo comprendido de Enero a Diciembre del 2011.

**RESULTADOS:** Las pacientes tenían un rango de edad de 15 a 43 años.

85% pertenecían a familias integradas, 66.9% son familias de tipo nuclear, 92.9% son urbanas, 70.1% son familias modernas y el 65.4% están en fase de expansión según Geyman.

El 69.3% llevaron control mensual, el 10.2% cada 2 meses, el 6.3% cada 3 meses y el 3.9% cada 6 meses.

De acuerdo al FACES III, en cuestión de adaptabilidad el 46.5% son rígidas y en cohesión el 59.8% son aglutinadas como se observa en el grafico 1 y 2. El 42.5% son extremas y el 11% son balanceadas.

**DISCUSIÓN:** En el estudio de la Dra. Camacho Palomino 2009 se encontró que en las familias embarazadas la Cohesión estaba en 50.2%, que pertenecen a un rango bajo (aglutinada) y el 1.3% en rango alto (no relacionada), en adaptabilidad se observó que el 55.6% presento un rango alto (caóticas) y el 6.2% un rango bajo (rígidas), en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez encontramos la cohesión en 59.8% son familiar aglutinadas y en adaptabilidad el 46.5% familias rígidas.

**CONCLUSIONES:** Se identifico que en la Clínica de Consulta Externa Alfredo Del Mazo Vélez el predominio de familias extremas es alto en un 42.5% y con un mal control prenatal debido a que no acuden a sus consultas, por lo que convendría realizar otras líneas de estudio para ver el apoyo familiar y su funcionalidad a través de redes de apoyo, así como dar seguimiento a estas familias e identificar si la dinámica familiar cambia después del parto.

**PALABRAS CLAVES:** Cohesión, adaptabilidad y pacientes embarazadas.

## SUMMARY

**OBJECTIVE:** To identify cohesion and adaptability in pregnant patients of the outpatient Clinic of Alfredo Del Mazo Vélez ISSEMyM.

**MATERIAL AND METHODS:** FACES III was applied to 130 pregnant Outpatient Clinic of Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez ISSEMyM, in the period of January to December 2011.

**RESULTS:** with an age range of 15-43 years.

85% are from families integrated, 66.9% of families are nuclear, 92.9% are urban, 70.1% are modern families and 65.4% are in the expansion phase as Geyman.

The monthly monitoring carried 69.3%, 10.2% every 2 months, every 3 months 6.3% and 3.9% every 6 months.

49.3% were treated by medical institutions. Only 45.7% received advice on warning signs.

According to FACES III, adaptability within the 46.5% are rigid and cohesion are agglutinated 59.8%. The 42.5% are extreme and 11% are balanced.

**DISCUSSION:** In the study by Dr. Camacho Palomino 2009 found that in families Cohesion pregnant was 50.2%, which belong to a low range (bonded) and 1.3% in the high range (not related), are observed in adaptability 55.6% had a high range (chaotic) and 6.2% a low range (rigid), in the outpatient clinic Deck Alfredo Velez found in 59.8% cohesion are bonded family adaptability and 46.5% in rigid families.

**CONCLUSIONS:** Was identified in the outpatient clinic Del Mazo Alfredo Velez extreme predominance of families is high in 42.5% and with poor prenatal care because they do not attend to their queries, so that should make other lines of study to see family support and functionality through support networks, as well as to track and identify these families if the family dynamic changes after childbirth.

**KEYWORDS:** Cohesion, adaptability and pregnant patients.

Dedicatoria.

Hay demasiadas personas que han contribuido directa o indirectamente en este proyecto de sueño para la realización como Especialista de Medicina Familiar, quiero manifestar mi agradecimiento individualmente.

A mis padres quienes siempre me apoyaron a la realización de la idea de superación profesional y personal de una manera incondicional, quienes no dejaron de darme consejos y de recibir su apoyo incondicional en todo momento y durante el largo camino de tres años.

Mi hermana quien siempre estuvo en los momentos más difíciles, quien aligero mi carga, apoyándome con la guía de mis hijos en los momentos de las guardias en mis ausencias, físicas y morales, porque nunca sentí la inquietud de que algo faltara en casa, siempre estaba ella para apoyarme, durante todo este tiempo tan importante para mí.

Hijos míos, como los extrañé, sé que mi ausencia física afecto de alguna manera sus corazones, sintiendo en algunos momentos sentirse huérfanos, sin madre, solos, no supe ver qué tan solos los había dejado, pero en mi corazón estaban en todo momento, por ustedes es que he querido crecer, para ser un ejemplo de vida, se que algún día lo entenderán, ahora son muy pequeños, pero están creciendo tan rápido que yo misma dejé de verlos, los quiero y por ustedes seguiré creciendo.

Profesores mis guías, amigos grandes maestros, sin ustedes yo no hubiera crecido al ritmo que me fueron guiando, por ustedes aprendí el amor a la curiosidad, a la investigación, el camino que me enseñaron fue largo, con tropiezos y éxitos, pero sobre todo su gran sabiduría para saberme llegar hasta el final y con un gran éxito, del cual gozo y gozare a lo largo mi profesión.

Finalmente al último miembro de la familia, mi nieto, Angelito el cual me gane en la especialidad, el hecho de ser abuela es un orgullo y honor del cual al inicio fue difícil pero ahora es mi más grande amor, al cual guiare y ayudare a mi hija en todo momento.

GRACIAS ISSEMyM UNAM

## Índice

1.	Marco Teórico.....	1
1.1.	Definición de familia.....	1
1.2.	Familias funcionales.....	3
1.3.	Familias Disfuncionales.....	4
1.3.1.	Ciclo de Vital Familiar.....	5
1.4.	Definición de Embarazo.....	7
1.4.1.	Sintomatología en el embarazo.....	7
1.4.2.	Diagnóstico de embarazo.....	7
1.4.3.	Control Prenatal.....	8
1.4.3.1.	Definición y Objetivo de Control Prenatal.....	8
1.4.3.2.	Procedimiento Preventivos.....	12
1.4.3.3.	Tabla de Coopland.....	12
1.4.3.4.	Efectos de los Fármacos sobre el feto.....	13
1.5.	Modelo Circunflejo FACES III.....	15
2.	Planteamiento del Problema.....	22
3.	Justificación.....	23
4.1.	Objetivos.....	24
4.2.	Objetivos Generales.....	24
4.3.	Objetivos Específicos.....	24
4.4.	Hipótesis.....	24
5.	Material y Metodología.....	25
5.1.	Tipología del estudio.....	25
5.2.	Diseño de Investigación.....	26
5.3.	Población, lugar y tiempo.....	27
5.4.	Muestra.....	27
5.5.	Criterios.....	27
5.5.1.	Criterios de Inclusión.....	27

5.5.2.	Criterios de Exclusión.....	28
5.5.3.	Criterios de Eliminación.....	28
5.5.4.	Variables.....	28
5.5.5.	Definición Conceptual y Operativa de las variables.....	28
5.6.	Métodos de Recolección de datos.....	30
5.6.1.	Recursos humanos, Materiales, Físicos y financiamiento del estudio.....	30
5.6.2.	Consideraciones Éticas.....	30
6.	Resultados.....	31
7.	Discusión.....	38
8.	Conclusiones.....	42
9.	Referencias.....	44
10.	Anexo 1.....	47
11.	Anexo 2.....	48
12.	Anexo 3.....	49
13.	Anexo 4.....	51

## 1.-Marco Teórico.

### 1.1 Definición de familia.

La palabra familia proviene de *famulus*, raíz latina, asignada a los sirvientes o esclavos domésticos y los utilizaba para designar al conjunto de esclavos de un romano. En sus inicios la familia agrupaba al conjunto de esclavos y criados propiedad de un solo hombre. En la estructura original romana la familia era regida por el *pater*, quien tenía todo el poder, no sólo sobre sus esclavos, sino también sobre sus hijos, quien tenía el derecho de la vida e inclusive de la muerte, de todo el grupo. <sup>1</sup>

La Real Academia Española:

El término Familia es “un grupo de personas emparentadas entre sí, que viven juntas o en lugares diferentes” y como “conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”. <sup>2</sup>

El origen etimológico:

Familia es muy incierto; algunos sostienen que proviene de la voz latina *fames* (“hambre”). <sup>3</sup>

La Declaración de los derechos humanos la define:

Como elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Los lazos principales que la definen son de dos tipos:

- Vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio que, en algunas sociedades, sólo permite la unión entre dos personas mientras que en otras es posible la poligamia.
- Vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros. <sup>4</sup>

Algunas asociaciones estadounidenses:

La familia es un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción.

La canadiense:

El grupo compuesto por un marido una esposa con o sin hijos o un padre o madre con uno o más hijos, que viven bajo el mismo techo definen a la familia con un enfoque similar.<sup>5</sup>

Sistema familiar:

Malinowsky señala la importancia de la estructura familiar, ya que constituye la unidad indispensable de toda organización social, al promover todo el marco adecuado para la definición y conservación de las diferencias humanas a través de su funcionamiento, dando forma a los roles básicos en todas las culturas; padre, madre e hijo, los cuales si bien son objetivamente distintos, están mutuamente vinculados.<sup>6,7</sup> En donde se combina subsistemas como subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, estas son las características tipológicas como son:

La Composición:

- Nuclear: Es la que está formada por el padre, la madre y los hijos.
- Extensa: Formada por los padres, los hijos y otro pariente.
- Compuesta: Formada por los padres, los hijos y por no parientes.

Por su Desarrollo:

- Tradicional: Es la familia en la que la mujer se dedica a las labores del hogar. La mujer juega el rol de esposa-madre.
- Moderna: En este tipo de familia, la mujer participa en la fuerza de trabajo y en la economía de la familia, La mujer tiene el rol de esposa-compañera y de esposa-colaboradora.

La Demografía:

- Urbana: Es aquella familia que vive en un lugar de más de 1,500 habitantes.
- Suburbana: Es aquella familia que vive cerca de la ciudad.
- Rural: Es aquella familia que vive en un lugar de menos de 1,500 habitantes.

De acuerdo a su Ocupación

- Campesino.
- Empleado o técnico.
- Profesionalita.

A su Integración:

- Integrada: Familia en la cual ambos padres viven y cumplen sus funciones.
- Semi-integrada: Familia en la cual los padres viven y cumplen más o menos sus funciones.
- Desintegrada: Familia en la que uno de los padres han dejado el hogar por muerte, divorcio o separación. No se cumplen las funciones.<sup>8</sup>

1.2.- Familias funcionales.

Funcionamiento es la dinámica relacional interactiva sistémica que se da entre los miembros de una familia y mide el grado de satisfacción de las funciones básicas del sistema familiar, mediante las dimensiones de cohesión y adaptabilidad; que son importantes para las relaciones interpersonales entre ellos y favorecen el mantenimiento de la salud. Por lo tanto dicho funcionamiento es relevante en el desarrollo de la familia, actuando el núcleo como el soporte necesario para su desempeño familiar e individual.

Al hablar de funcionalidad familiar encontramos que no existe un criterio único de medición de los indicadores del vínculo familiar. Los más utilizados son: las funciones básicas, la estructura dinámica e interacción y, las dos tareas de desarrollo son: el ciclo vital familiar y de enfrentamiento, o crisis familiar no transitorias o paranormativas. Sin embargo Satir menciona que hay otras características que son indispensables para determinar el grado de dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria,

indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad, los limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos. <sup>9-10</sup>

En nuestra sociedad predomina la familia patriarcal, caracterizada por depender económicamente del padre, quien tiene una actitud dominante en la toma de decisiones; además, se puede dar otro fenómeno, la ausencia de uno o ambos progenitores, que implica falta de figuras necesarias en el desempeño complementario de acciones vitales para el grupo familiar. <sup>11,12</sup>

Es importante determinar los mecanismos para cumplir la función familiar:

- Socialización: Interacción mediante la cual el individuo aprende de los valores sociales y culturales que hacen de él un miembro activo de su familia y de la sociedad.
- Cuidado: significa el resolver de la manera más adecuada las necesidades de alimentación, vestido, seguridad física, acceso a los servicios de salud, etc., para cada uno de sus miembros.
- Afecto: Cubrir las necesidades afectivas de los miembros de la familia es lo más importante, porque la respuesta afectiva de un miembro a otro, proporciona la recompensa básica de la vida familiar y un sentido de aceptación.
- Reproducción: Regulación y control del ambiente sexual y de la reproducción a través de: interacción sexual adulta, educación sexual, control de la natalidad.
- Estatus y nivel socioeconómico: Responsabilidad de proveer las necesidades económicas y materiales y las experiencias que permiten al individuo asumir una vocación y un rol en grupos que sean consistentes con sus expectativas.

### 1.3.- Familias disfuncionales.

Las familias disfuncionales se originan por altos niveles de ansiedad relacionados con una situación estresante. En algunos casos llega a ser un proceso multifactorial, es decir, un círculo donde estas familias disfuncionales tienen hijos disfuncionales, que a su vez se casarán con alguien disfuncional y tendrán más familia disfuncional.

Dentro de una familia disfuncional existe una incapacidad para reconocer y satisfacer las necesidades emocionales básicas de cada uno de sus miembros; aunque pueda existir el deseo de encargarse, proteger a los niños, no se sabe o no se entiende claramente cómo hacerlo en una forma natural y espontánea.

Ambos padres o uno de ellos siente íntimamente presionado a cumplir con su tarea, tal presión interna se convierte en ansiedad, en desasosiego y exigencias hacia el propio niño para que cumpla su desarrollo de acuerdo a lo que los padres esperan y no de acuerdo al ritmo natural evolutivo propio.

### 1.3.1 Ciclo vital familiar

Es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de la familiar y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.<sup>8</sup>

Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.<sup>13</sup>

Se describe como la serie de etapas que se suceden a través del tiempo, desde su creación hasta su disolución, cada etapa, que tiene a su vez fases y estadios, que permiten distinguir los eventos específicos de cada uno.

Es entendido también como un proceso de crecimiento y maduración. La familia no es una organización estática, pasiva o inmutable, es más bien un organismo vivo integrado por cada uno de sus miembros (padres, hijos y familiares de la pareja) que interactúan constantemente.

El ciclo vital familiar ayuda a establecer un perfil de riesgo psicosocial, su conocimiento ayuda al Médico Familiar porque le permite prever crisis y anticiparse a sus posibles consecuencias, a la que Hennen llama la “orientación anticipada”.<sup>14</sup>

Son numerosas las clasificaciones que se utilizan para caracterizar las distintas etapas, los más usados son Ciclo vital familiar de Duvall y Ciclo vital familiar de Geyman, como se muestra en la tabla 1 y 2.

**Tabla 1. Clasificación del Ciclo Vital Familiar Duvall.**

	<b>Ciclo vital familiar de Duvall</b>
<b>I</b>	Comienzo de la familia (“nido sin usar”)
<b>II</b>	Familias con hijos (el hijo mayor hasta 30 meses)
<b>III</b>	Familias con hijos pre escolares (el hijo mayor entre 30 meses y 6 años)
<b>IV</b>	Familias con hijos escolares (hijo mayor entre 6 y 13 años)
<b>V</b>	Familias con adolescentes (hijo mayor entre 13 y 20 años)
<b>VI</b>	Familias como “plataforma de colocación” (desde que se va el primer hijo hace que lo hace el último)
<b>VII</b>	Familias maduras (desde el “nido vacío” hasta la jubilación)
<b>VIII</b>	Familias ancianas (desde la jubilación hasta el fallecimiento de ambos esposos)

Fuente: Tomada de De la Revilla La atención longitudinal: el ciclo vital familiar.<sup>15</sup>

**Tabla 2. Clasificación del Ciclo Vital de Geyman.**

	<b>Ciclo Vital Familiar de Geyman</b>
<b>Fase de matrimonio.</b>	Se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo este ciclo con la llegada del primer hijo
<b>Fase de expansión</b>	Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia, como su nombre lo indica la familia se dilata, se “expande”.
<b>Fase de dispersión</b>	Generalmente corresponde a la edad de escolares e inicio de la adolescencia en los hijos.
<b>Fase de independencia</b>	Etapa en que los hijos de mayor edad (usualmente) se casan y forman nuevas familias a partir de la familia de origen
<b>Fase de retiro y muerte</b>	Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situaciones críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.

Fuente: Tomada de Irigoyen A. Nuevos fundamentos de medicina familiar.<sup>15</sup>

#### 1.4.- Definición de Embarazo:

El embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) es el período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. El término gestación hace referencia a los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno. En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica muchas personas utilizan ambos términos como sinónimos. En el ser humano la duración media de 269 días (cerca de 10 meses lunares o 9 meses-calendario).<sup>13</sup>

##### 1.4.1 Sintomatología en el Embarazo:

Es amenorrea, náuseas y vómito, hormigueo mamario, mastalgia, micción frecuente y urgente, percepción de movilidad fetal (después de la semana 14). Hay estreñimiento, fatiga, aumento de peso; menos frecuente puede haber sialorrea, anorexia, antojos o deseos de alimentos no apetecidos anteriormente, tendencia a vértigos, lipotimias, insomnio o somnolencia, irritabilidad, cambios de carácter y alteraciones de los órganos olfatorios.

Hay signos como: leucorrea cambios de color, consistencia, tamaño o forma del cuello uterino o del útero. Elevación de la temperatura, aumento de tamaño del abdomen, aumento del tamaño e ingurgitación de las mamas y descarga por el pezón, sopló pélvico y contracciones uterinas con aumento del cuerpo uterino, pigmentación cutánea (cloasma y "línea negra"), después de la semana 12.

##### 1.4.2.- Diagnostico de Embarazo:

Una de las formas para corroborar el embarazo es mediante estudios de laboratorio como la presencia de hormona gonadotrofica coriónica en suero positiva (HGC), que se produce al poco tiempo después de la implantación del huevo y su eliminación por orina es otra de las bases para el diagnostico por laboratorio.

Con el ultrasonido permite diagnosticar el embarazo a partir de la 4ª semana y el embarazo gemelar a partir de la 6ª semana. El ultrasonido en tiempo real de alta resolución puede determinar la edad gestacional de manera precisa sobre todo en la primera mitad del embarazo; permite realizar mediciones del saco gestacional (a partir de la 5ª semana) y del feto. La modalidad del doppler permite identificar el latido cardiaco fetal después de la 8ª semana. <sup>14</sup>

#### 1.4.3.- Control Prenatal

##### 1.4.3.1 Definición y objetivo del Control Prenatal

Se entiende por control prenatal las entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación en el embarazo.

Son todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. <sup>15</sup>

Una de las líneas de acción del Programa Nacional de Salud propone crear conciencia sobre las necesidades especiales de salud de las mujeres y mejorar la calidad de la atención de los servicios. En el cuidado del embarazo este programa tiene la meta de “garantizar la atención prenatal adecuada y oportuna, nacimiento con un mínimo de riesgos y la vigilancia estrecha del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas de nuestro país”. La contribución del médico familiar en este ámbito es llevar adecuadamente control prenatal y fortalecer en ellas la conciencia del valor de salud; proveer el cuidado a la salud, aplicar procedimientos de intervenciones mediante la aplicación de la Norma Oficial Mexicana (NOM -007-SSA2-1993), así como el uso de la hoja de Copland <sup>16,17</sup>

**Tabla 3. Generalidades del Control Prenatal NOM-007**

Actividades Generales del control prenatal
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Elaboración de historia clínica.</li><li>➤ Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).</li><li>➤ Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.</li><li>➤ Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.</li><li>➤ Valoración de riesgo obstétrico.</li><li>➤ Valoración de crecimiento uterino y estado del feto.</li><li>➤ Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes depende del riesgo).</li><li>➤ Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil Du), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con los fines terapéuticos.</li><li>➤ Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24,28, 32 y 36.</li><li>➤ Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfusiones, drogadictas y prostitutas) bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.</li><li>➤ Prevención profiláctica de hierro y ácido fólico</li><li>➤ Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir las primeras 14 semanas del embarazo.</li><li>➤ Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro y ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.</li><li>➤ Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada</li></ul>

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer nivel.

La unidad de atención debe proporcionar a las mujeres embarazadas un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional.

Para establecer el diagnóstico de embarazo no se debe emplear estudios radiológicos ni administrar medicamentos hormonales.

**Tabla 4.- Consultas que deben otorgarse por semana.**

Consultas Prenatales de acuerdo a las semanas de gestación	
1ra consulta	primeras 12 semanas
2da consulta	22 -24 semanas
3ra consulta	27 – 29 semanas
4ta consulta	33 -35 semanas
5ta consulta	38 – 40 semanas

**Tabla 5.- Control prenatal de acuerdo a cada trimestre según la NOM-007.**

Control del Primer Trimestre	Control del Segundo Trimestre	Control del Tercer Trimestre
<b>Se debe realizar cada 4 semanas en el primer trimestre.</b>	Debe realizarse cada 4 semanas.	Debe realizarse cada 2 semanas
<b>Confirmar la presencia de embarazo con Hormona gonadotropina coriónica fracción beta.</b>	Evaluación de crecimiento y vitalidad fetal.	Evaluación de crecimiento y vitalidad fetal.
<b>Cálculo de edad gestacional por amenorrea de acuerdo a la fecha de última menstruación y determina fecha probable de parto.</b>	Estudio para descartar anomalías cromosómicas fetales (triple marcador).	Evaluar el estado nutricional e incrementar el peso durante la gestación.
<b>Valoración de parámetros pre conceptuales.</b>	Ecografía obstétrica de reconocimiento anatómico fetal (18 semanas).	Detección de síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo).
<b>Evaluación de riesgo obstétrico.</b>	Evaluar el estado nutricional materno y el incremento del peso durante la gestación.	Detectar proceso séptico dental y remisión a odontología.
<b>Evaluación ecográfica para determinar marcadores de malformaciones congénitas.</b>	Detección de síndrome metabólico (diabetes, hipertensión, hipotiroidismo).	Evaluación riesgo materno fetal.
<b>Prevención de anemia materna y pérdida de masa ósea.</b>	Detectar proceso séptico dental y remisión a odontología.	Ecografía de 3er nivel con perfil biofísico fetal y doppler del cordón umbilical para determinar vitalidad fetal.
	Evaluación del riesgo materno fetal.	Monitoreo electrónico fetal.
	Vacunación contra enfermedades inmunoprevenibles como Tétanos.	Prevención de anemia materna y pérdida de masa ósea.
	Ecografía neonatal 3D (semana 26).	Detectar enfermedades de transmisión sexual y evitar contagio al feto.
	Prevención de anemia materna y pérdida ósea.	Evaluación de la pelvis materna y determina vía del parto.
	Detectar enfermedades de transmisión sexual y evitar contagio al feto.	Selección de unidad hospitalaria para atención del parto. [16]

#### 1.4.3.2.- Procedimientos preventivos:

Deben incluir, la orientación a la mujer embarazada para la prevención y para identificar los signos de alarma y buscar la atención médica oportuna.

La pareja puede vivir con temor y ambivalencia a los cambios físicos y emocionales de la mujer. En estos aspectos la recomendación es hablar con las mujeres sobre este tipo de procesos y promover una comunicación con su pareja para expresar dudas y temores. El aspecto psicológico puede ser muy importante si hay alguna situación especial en la madre soltera. Desde el enfoque social, la situación socioeconómica y cultural de la embarazada determina las condiciones en que evoluciona tanto el embarazo como la atención del mismo. Se recomienda a médicos familiares tener en cuenta cada situación de la mujer embarazada para realizar una intervención específica de lo control prenatal. Se dará importancia al fenómeno del vínculo madre-hijo, independientemente de las motivaciones para embarazarse, ya que el hecho de que la mujer se vincule adecuadamente desde que empieza a sentir los movimientos fetales dará las bases para que el niño cuente con mejor cuidado al nacer.<sup>18,19</sup>

#### 1.4.3.3.- Tabla de Coopland.

La edad: como factor de riesgo en mujeres adolescentes menores de 17 años y mayores de 35 años.

Paridad: la primigesta tiene más riesgo por la falta de experiencia, así como una mayor probabilidad de problemas inmunológicos durante la implantación, repercute en una mayor incidencia de pre-eclampsia y eclampsia, parto prematuro, aborto. Las múltiparas fatigadas y por embarazos no deseados y con desgaste físico.

Condición socioeconómica: la morbimortalidad materna y perinatal esta directamente relacionada a poblaciones con recursos bajos, analfabetismo, la gestante mal nutrida y se complica con enfermedades infecciosas, abortos, partos pretérmino.

Antecedente de Aborto, ya sea recurrente, embarazo ectópico, parto pretérmino, pre eclampsia, diabetes gestacional, cesárea previa.

La alimentación debe ser balanceada: proteínas, hierro, folatos, yodo, zinc, calcio, vitaminas y oligoelementos.

Enfermedades que presentan pueden ser del tracto urinario, trastornos mentales, hereditarios, complicaciones obstétricas del embarazo, infecciosas, metabólicas, endocrinas, cardiopulmonares.

Puntaje de la escala de Coopland se divide en riesgo bajo con una puntuación de 0 a 2 por lo que la atención se realiza en primer nivel, y riesgo alto con un puntaje de 3 a más con atención de segundo nivel por lo que se deben referir las paciente embarazadas de inmediato.<sup>20, 21,22</sup>

Durante el embarazo se administra ácido fólico, sulfato ferroso, vitaminas y calcio, pero también se administran otros fármacos que pueden afectar al feto de varias formas: 1) actuando directamente sobre el feto y causando lesiones, desarrollo anormal o muerte; 2) alterando la función de la placenta, generalmente estrechando los vasos sanguíneos y reduciendo el intercambio de oxígeno y nutrientes entre el feto y la madre.

La mayoría de las mujeres embarazadas consumen algún tipo de fármaco ya sea recetada por el médico o no recetados (venta libre), lo que condiciona un factor de riesgo en el embarazo.

#### **1.4.3.4.- Efectos de los fármacos sobre el feto**

Dependiendo principalmente del momento del embarazo en el que se tomen. Durante el periodo de organogénesis (12 semanas), los fármacos teratogénicos producen abortos o malformaciones congénitas. Tomados después, especialmente en las últimas semanas de embarazo o durante el parto, pueden alterar la función de órganos o sistemas enzimáticos específicos afectando así al neonato y no al feto.

Deben de considerarse los cambios farmacocinéticos que ocurren durante el embarazo y a su vez la variabilidad de la capacidad del fármaco para llegar al

feto, ya sea a través de la placenta o de la leche materna. Así el metabolismo de los fármacos en la gestante se ve modificado por los siguientes factores:

1. náuseas y vómitos (muy frecuentes en el primer trimestre).
2. hemodilución: conlleva una disminución de la cantidad del fármaco ligado a proteínas, aumentando la cantidad de fármaco libre.
3. trastornos en la depuración renal.
4. presencia del feto y la placenta.

La cantidad de fármaco que llega al feto va a depender de la cantidad administrada, de la vía de administración, de la edad gestacional (a mayor madurez placentaria, mayor difusión), del flujo y metabolismo placentario y del grado de transferencia placentaria

**Tabla 6.- CLASIFICACION FDA SEGÚN RIESGO EMBARAZO.**

<b>A</b>	Sin riesgos aparentes	<p><b>No hay evidencia de riesgo fetal.</b></p> <p><b>Pueden emplearse</b></p>
<b>B</b>	Sin riesgos aparentes	<p>No existen pruebas de riesgo en especie humana</p> <p><b>Probablemente seguro</b></p>
<b>C</b>	Riesgo no detectable	<p>No se puede descartar la existencia de riesgo. No existen estudios en el ser humano. En animales indican riesgo o no se ha demostrado inocuidad. Solo deben usarse cuando los beneficios potenciales justifiquen los posibles riesgos fetales.</p> <p><b>Evitarlos si existe otra alternativa</b></p>
<b>D</b>	Riesgo demostrado	<p>Existen pruebas de riesgo. Los beneficios potenciales en la mujer embarazada pueden sobrepasar el riesgo de su empleo, como situaciones que amenacen la vida de la mujer o</p>

		enfermedad grave. <b>Evitarlos si existe otra alternativa</b>
<b>X</b>	Contraindicados	Existe evidencia de riesgo fetal en el ser humano. El riesgo sobrepasa cualquier beneficio del empleo del fármaco. <b>Contraindicados.</b>

Así pues, los fármacos de las categorías A y B pueden ser administrados durante la gestación. Los fármacos de las categorías C y D pueden ser utilizados cuando el beneficio potencial justifica el posible riesgo para el feto. Los fármacos de la categoría X están contraindicados.<sup>23</sup>

#### 1.5.- Modelo Circunflejo FACES III.

FACES III es un instrumento cuyos alcances y limitaciones, así como su proceso de validación en español se han evaluado en nuestro medio, con el rigor metodológico que confiere, su aplicación es con fines clínicos o de investigación, el cual tiene un aceptable acercamiento a la evaluación de la manera en que se encuentran la cohesión y adaptabilidad (flexibilidad) familiar en el momento de aplicar el instrumento. FACES III no mide directamente la funcionalidad de las familias, sino solamente el grado de dos de las dimensiones señaladas en el modelo (cohesión y adaptabilidad); la comunicación es la tercera dimensión del modelo y se evalúa mediante otro instrumento llamado ENRICH. Los puntajes obtenidos mediante FACES III han propiciado la clasificación de las familias al considerar tres categorías: balanceadas, en rango medio y extremas. Se ha establecido la hipótesis de que las familias extremas presentan mayor riesgo de disfunción, lo cual ha sido corroborado en la experiencia clínica de diversos investigadores.

El Faces III, es un instrumento que forma parte del modelo circunflejo marital y sistémico familiar, en el cual se presentan como principales características la adaptabilidad, cohesión y comunicación; el instrumento más conocido es el FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales). Mide los grados de adaptabilidad y cohesión según el modelo circunflejo.

Es uno de los modelos de mayor relevancia actualmente en la comprensión de los sistemas familiares es el modelo circunflejo, desarrollado por Oslon, Sprenkle y Russell (1979), intentando estructural el confuso panorama conceptual del momento. Teniendo como respaldo teórico este modelo, se desarrollo FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales) en 1980. Desde entonces han surgido cuatro versiones diferentes, algunas de las cuáles han sido traducidas al español y empleadas en diversas investigaciones. El modelo circunflejo inicialmente constaba únicamente de dos dimensiones, cohesión y adaptabilidad, aunque posteriormente Oslon, Russell y Sprenkle (1983) incorporaron una tercera dimensión, la comunicación, como una dimensión facilitadora.

### Cohesión

La dimensión de cohesión en la familia presenta dos componentes:

- Los límites emocionales que los miembros tiene entre sí.
- El grado de autonomía individual que los miembros experimentan dentro de su sistema familiar.

Refiriéndose a puntajes altos en los extremos para considerar la flexibilidad, y los puntajes de los extremos bajos servirán para considerar a las familias divididas, por tanto podemos considerar de acuerdo con el modelo que, de existir un grado de balance adecuado en la cohesión familiar, permitirá tener una mejor conducción de la familia, lo que repercutirá en un mejor funcionamiento y un mayor desarrollo de la misma.

También se describe como el vínculo emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido. Los niveles de cohesión son: no relacionada o desligada, semirrelacionada o separada, relacionada o conectado y aglutinada.

### Adaptabilidad:

Tiene una relación estrecha con el concepto del "sistema familiar", debido a que toma como punto de partida la capacidad de éste para adaptarse por medio del cambio de su estructura de poder, sus roles y sus reglas interaccionaes al éstres situacional o mejor dicho, a las situaciones de crisis que se presenten.

Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder, las relaciones de roles, las normas y reglas en función de las demandas situacionales o de desarrollo. Los niveles de adaptabilidad son: rígido, estructurado, flexible y caótico.

Cada una de estas dimensiones está compuesta por diferentes variables que contribuyen a su comprensión (Osion, 1980). Los conceptos vinculados con la cohesión serían: lazos familiares, implicación familiar, coaliciones padres-hijos, fronteras internas y externas. Los conceptos específicos vinculados con la adaptabilidad son: liderazgo, disciplina, negociación, roles y reglas. Inicialmente, en las primeras versiones del modelo (Osion, Russell y Sprenkle, 1980) también se incluyeron en esta dimensión la asertividad, el control o el feedback.

Tanto la cohesión como la adaptabilidad son curvilíneas, esto implica que ambos extremos de las dimensiones son disfuncionales, siendo los niveles moderados los relacionados con un buen funcionamiento familiar. Es por ello que cada una de las dimensiones está dividida en 4 niveles.

Tipos de familia con cohesión:

En el caso de la cohesión: familias apegadas (cohesión muy alta), familias conectadas (cohesión moderada-alta), familias separadas (cohesión moderada-baja) y familias desapegadas (cohesión baja).

Tipos de familias con adaptabilidad:

La adaptabilidad, por su parte constituye los siguientes tipos de familias: familias rígidas (adaptabilidad muy baja) familias estructuradas (adaptabilidad moderada-baja), familias flexibles (adaptabilidad moderada-alta) y familias caóticas (adaptabilidad alta).

El FACES III instrumento dirigido a analizar las dos dimensiones iniciales, cohesión y adaptabilidad. La primera versión de este instrumento surgiría en 1980 (Bell, 1980; Portner, 1981) y constaba de 111 ítems. Posteriormente desarrollarían otras tres versiones tratando de superar, cada una de ellas, las limitaciones de las anteriores. La segunda versión, FACES II, apareció en 1982 (Osion, Portner y Bell 1982) y la tercera versión, FACES III, en 1985 (Osion, Portner y Lavee, 1985), de 30 y 20 ítems, respectivamente. Por lo tanto, a lo

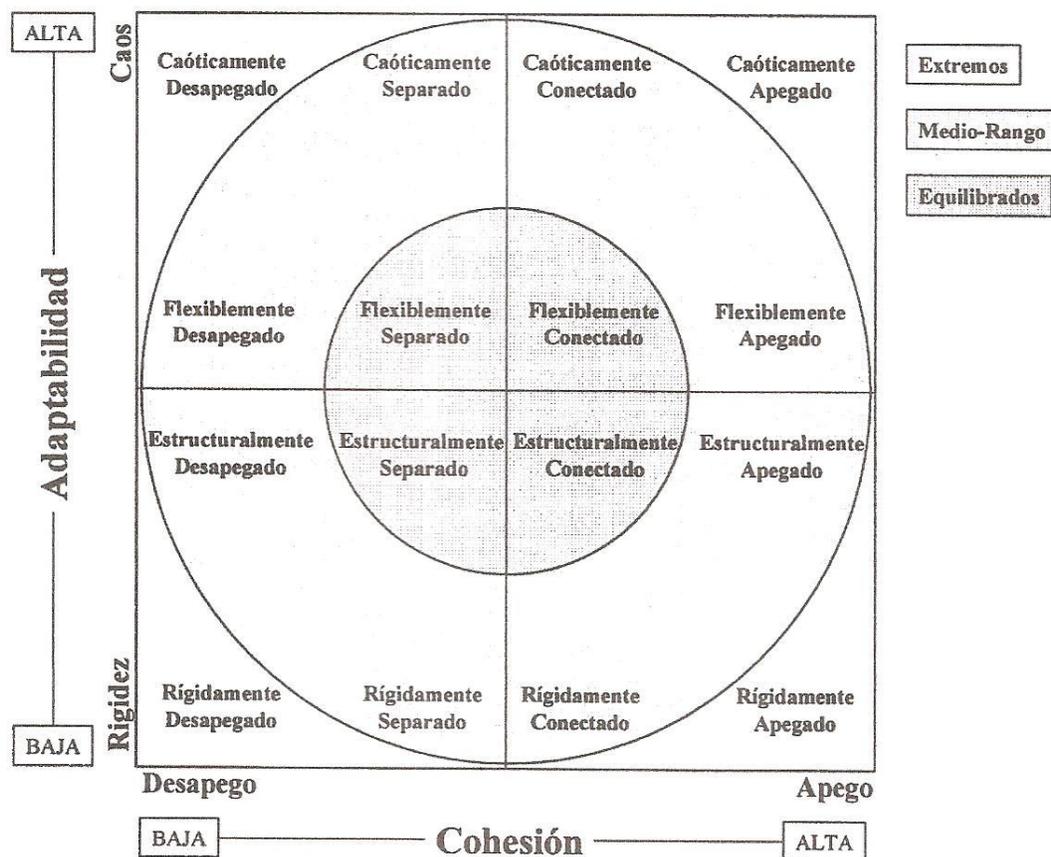
largo de todo este tiempo, los autores trataron de desarrollar un instrumento adecuadamente válido para el estudio del funcionamiento familiar. En este sentido, el FACES III es un buen instrumento. No obstante, operacionaliza de forma lineal el modelo por lo que es aplicable únicamente a población no clínica. Debido a ello, en los últimos años los autores han tratado de desarrollar una cuarta versión, FACES IV, cuyo objetivo es ser aplicable a población clínica, en la cual los niveles extremos de las dos dimensiones serían disfuncionales. Sería por lo tanto un instrumento que reflejaría el funcionamiento curvilíneo de ambas dimensiones (Osion, Tiesel, Gorall y Filtterer, 1996). Desde la aparición de FACES, otros instrumentos fueron desarrollándose.

Integra dos dimensiones del sistema familiar: la cohesión y la adaptabilidad; la funcionalidad se identifica mediante la capacidad que tiene las familias para “moverse” dentro del modelo como resultado de factores de estrés normativo y o normativo. Fácil de evaluar, con una escala con cinco opciones –del 1 al 5-, puede ser contestada por mayores de 12 años, permitiendo clasificar a las familias en 16 posibles combinaciones en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad.

Nunca 1 punto, casi nunca 2 puntos, algunas veces 3 puntos, casi siempre 4 puntos, siempre 5 puntos. La calificación en cohesión es igual a la suma de los puntos obtenidos en los ítems noes. La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems partes: Cohesión (No relacionada=10 a 34 puntos, semirelacionada= 35-40 puntos, relacionada= 41-45 puntos, aglutinada= 46 a 50 puntos), Adaptabilidad (Rígida= 10-19 puntos, estructurada= 20-24 puntos, flexible= 25-28 puntos, caótica= 29-50 puntos).

Las más funcionales: mejor cohesión, mejor adaptabilidad, las de mediana funcionalidad mejor cohesión, extrema adaptabilidad, extrema cohesión y mejor adaptabilidad; las menos funcionales: extrema adaptabilidad y extrema cohesión. <sup>24,25</sup>

FIGURA 1. Modelo circuplejo (adaptado de Olson *et al.* 1989).



Fuente: Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual), Minneapolis: Life Innovation. 1985.

#### FAMILIA NO RELACIONADA O DESLIGADA.

Ausencia de unión afectiva entre los miembros de la familia, poca lealtad a la familia, se da muy poco involucramiento o interacción entre sus miembros, hay falta de cercanía parento-filial, alta independencia personal, rara vez pasan el tiempo juntos, necesidad y preferencia por espacios separados, se toman las decisiones independientemente, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales son vistos a solas, existen intereses desiguales, recreación individual.

#### FAMILIA SEMIRRELACIONADA O SEPARADA.

Se aprecia una moderada unión afectiva entre los miembros de la familia, cierta lealtad e interdependencia entre ellos, aunque con una cierta tendencia hacia la independencia. Hay separación emocional, la lealtad familiar es ocasional, el involucramiento se acepta prefiriéndose la distancia personal, los límites parento-filiales son claros, con cierta cercanía entre padres e hijos, se alienta cierta separación personal, el tiempo individual es importante pero pasan parte del tiempo juntos, se prefieren los espacios separados, compartiendo el espacio familiar, las decisiones se toman individualmente siendo posibles las decisiones conjuntas, el interés se focaliza fuera de la familia, los amigos personales raramente son compartidos con la familia, los intereses son distintos, la recreación se lleva a cabo más separada que en forma compartida.

#### FAMILIAS RELACIONADA O CONECTADA.

Hay cercanía emocional, la lealtad emocional es esperada, se enfatiza el involucramiento pero se permite la distancia personal, las interacciones afectivas son alentadas y preferidas, los límites entre los subsistemas son claros, con cercanía parento-filial, la necesidad de separación es respetada pero poco valorada, el tiempo que pasan juntos es importante, el espacio privado es respetado, se prefieren las decisiones conjuntas, el interés se focaliza dentro de la familia, los amigos individuales se comparten con la familia, se prefieren los intereses comunes, se prefiere la recreación compartida más que la individual. Son familias donde se observa una considerable unión afectiva, fidelidad e interdependencia entre los miembros de la familia, aunque con una tendencia hacia la dependencia.

#### FAMILIA AGLUTINADA

Es la que se encierra en sí misma, desconectada del exterior, con límites difusos entre sus miembros, fijando su atención y los intercambios comunicativos casi exclusivamente entre ellos. Su lema podría ser el de "familia unida jamás será vencida" llevado a sus últimas consecuencias, lo que la conduce a perder recursos y capacidad de reacción ante situaciones de estrés.

### FAMILIA CAÓTICA

Se refiere a ausencia de liderazgo, cambios aleatorios de roles, disciplina irregular y cambios frecuentes. Las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en las funciones y existe alternancia e inversión en los mismos, frecuentes cambios en las reglas, que se hacen cumplir inconsistentemente.

### FAMILIA FLEXIBLE.

Con liderazgo y roles compartidos, disciplina algo severa, y democrática negociándose sus consecuencias, El liderazgo es igualitario, permite cambios, usualmente es democrática, hay acuerdo en las decisiones, se comparten los roles o funciones, las reglas se hacen cumplir con flexibilidad, algunas reglas cambian.

### FAMILIA ESTRUCTURADA.

El liderazgo es autoritario, siendo algunas veces igualitario así como los roles en ocasiones son compartidos, donde existe cierto grado de disciplina democrática y los cambios ocurren cuando se solicitan. La disciplina rara vez es severa, siendo predecibles sus consecuencias, los padres toman las decisiones, las funciones son estables pero pueden compartirse, las reglas se hacen cumplir firmemente, pocas son las que cambian.

### FAMILIA RÍGIDA.

Hay liderazgo autoritario, roles fijos, disciplina estricta y ausencia de cambios. Existe fuerte control parental, y su aplicación es severa, es autocrática, los padres imponen las decisiones, los roles están estrictamente definidos, las reglas se hacen cumplir estrictamente, no existiendo la posibilidad de cambio.

26, 27

## 2.-Planteamiento del Problema.

Una de las acciones del médico familiar es prevenir los factores de complicaciones desde la primera consulta de control prenatal. Ya que el INEGI, en México durante el 2004 se registraron 1,268 muertes durante el embarazo, parto y puerperio, lo que representa la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 34 años después de los tumores malignos y accidentes. La tasa promedio de mortalidad materna a nivel nacional, de 1993 al 2003, fue de 49.8 por cien mil nacidos vivos, y durante el mismo periodo, en el Estado de México fue de 66.2.

Es tarea del médico familiar no solo llevar un control prenatal sino además conocer de forma integral a la paciente por lo que se debe de identificar como el embarazo afecta a la familia. En este caso la cohesión y la adaptabilidad.

La adaptabilidad de la familia ante un embarazo es el punto de partida de toda activada de prevención y atención a la salud, que se ve limitado su alcance cuando las situaciones de las condiciones materiales de vida los colocan en inequidad. Esto explica la necesidad de desarrollar acciones propiciados de salud con la familia de cada derechohabiente, y a su vez, acciones en la comunidad con la que se relaciona esa familia, como son la corresponsabilidad y la socialización de la atención a la salud

La capacidad de integración de una nueva familia con la llegada de un ser, conlleva a un nuevo rol, normas que posee el sistema familiar para cambiar sus relaciones en respuesta a una situación o a una evolución estresante. La cohesión la definen como la vinculación emocional entre los miembros de la familia, e incluye cercanía, compromiso familiar, individualidad y tiempo compartido, es decir, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan.

Dado lo anterior es importante detectar ¿Cuál sería la adaptabilidad y cohesión de las familias de las pacientes embarazadas de la clínica Alfredo del Mazo?

### 3.- Justificación.

La salud perinatal guarda relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizás sea la salud integral de la madre aun desde la etapa pre- concepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios médicos prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad materna. Ya que México solo el 25.6% de las mujeres lo lleva.<sup>28</sup>

Por tal razón los indicadores específicos para evaluar los programas orientados a su reducción apuntan hacia el mejoramiento de los programas de control prenatal y su proceso educativo prenatal, particularmente en lo referente a reconocer a tiempo los signos y síntomas de alarma u otros signos y síntomas, la consejería en planificación familiar, la educación en lactancia materna, es frecuente sin embargo, aún hoy día, la captación tardía en el último trimestre del embarazo, un bajo promedio de controles prenatales por la paciente, el registro o llenado incompleto de las historias y la no aplicación de un proceso completo de educación prenatal que se han convertido en una desafortunada costumbre en las instituciones de salud y en la práctica médica moderna.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias propias del subdesarrollo con graves repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, la ignorancia, y la falta de recursos hasta la carencia tecnológica y el desacierto o la negligencia de la administración de las instituciones y a la vez en el actuar médico. Se puede concluir que estas muertes se pueden prevenir con intervenciones simples como la promoción y prevención por medio del proceso educativo prenatal completo en el programa de consultas de control prenatal en el primer nivel de atención.

En la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez no se han realizado estudios sobre el porcentaje de control prenatal y determinar la cohesión y adaptabilidad que presentan estas mujeres embarazadas.

#### 4.1. Objetivos.

#### 4.2. Objetivo General

Identificar cohesión y adaptabilidad de las familias de las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

#### 4.3 Objetivos Específicos.

4.3.1. Identificar edad en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.2. Identificar la escolaridad de las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.4. Identificar la ocupación de las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.5. Identificar la tipología de las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.6. Identificar el uso de medicamentos en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.7. Identificar si el médico les indicaba los signos de alarma del embarazo.

4.3.8. Valorar el riesgo a través de la hoja de Coopland en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

4.3.9. Identificar el número de consultas al que acuden las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo Vélez.

#### HIPOTÉISIS.

Los estudios descriptivos no requieren de hipótesis, sin embargo, consideramos importante mencionar que se espera encontrar un familias con extremos de cohesión y adaptabilidad así como mal control prenatal.

## 5. MATERIAL Y METODOLOGIA.

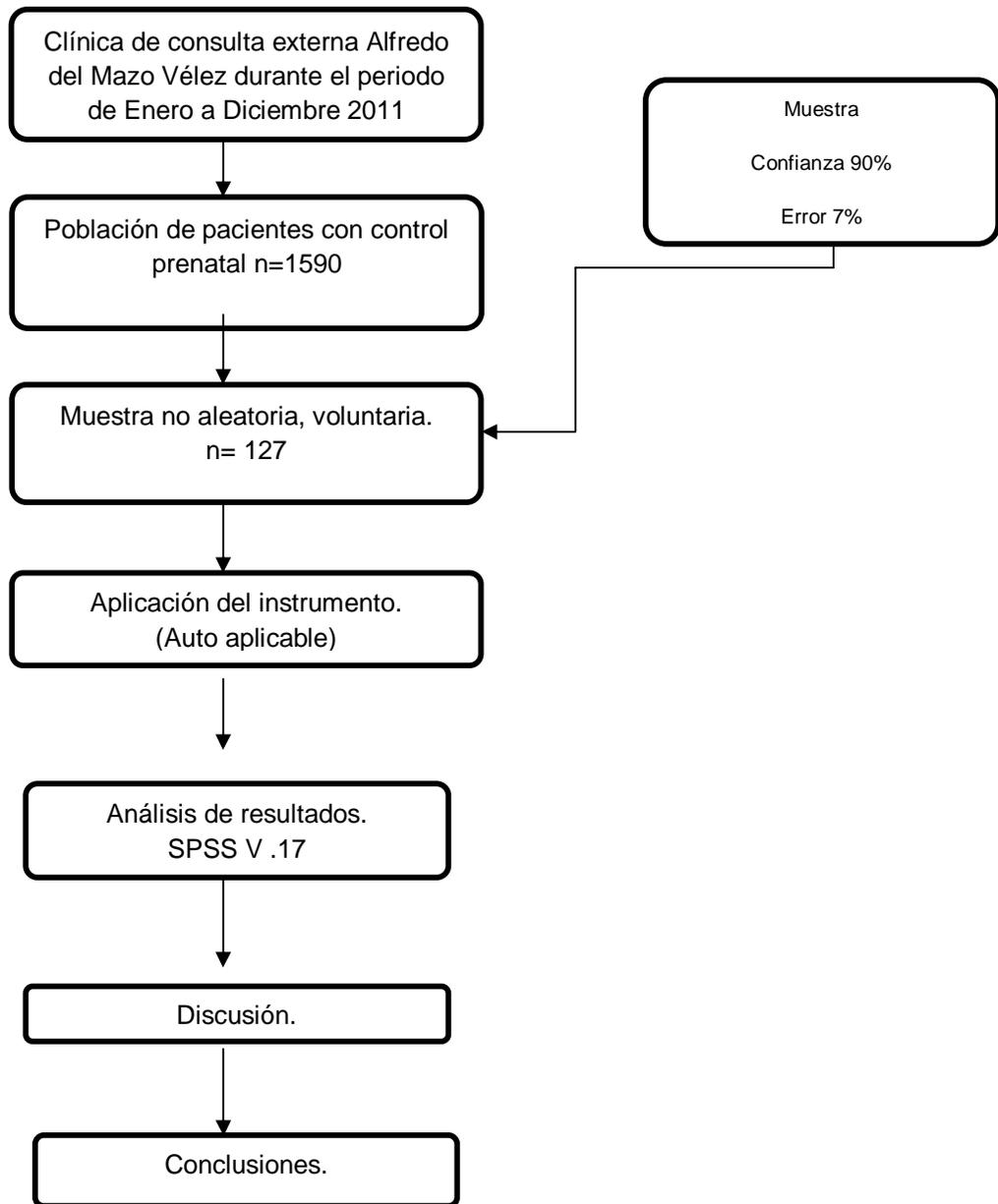
### 5.1. Tipología del estudio

Descriptivo, transversal, observacional.

- Estudio Descriptivo: Describir un problema de salud con la mayor precisión posible: identificar la proporción de individuos afectados, que sirva de base para establecer programas de salud. Generación de hipótesis, que conducen a estudios analíticos, si se investigan causas de enfermedades.
- Estudio Transversal: Es un estudio realizado en un momento determinado (un día, semana...) por lo que se llama de corte o trasnversal. En él se cuantifica todos los casos de una enfermedad en una población determinada. La medida de frecuencia de la enfermedad es la prevalencia. Es una fotografía o instantánea de cómo está la enfermedad de estudio, o el problema de salud, en ese momento.
- Estudio observacional: No existe manipulación de variables por parte del investigador, no existe intervención y se limita solo a medir las variables que definen el estudio, este puede ser descriptivo o analítico.<sup>29</sup>

## 5.2.- Diseño de Investigación

Figura 1. Diseño de investigación del estudio



### 5.3 Población, lugar y tiempo.

Existe un total de 1590 pacientes embarazadas anualmente, de los cuales se aplicó el cuestionario a 130 pacientes con un diagnóstico control prenatal en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez. En el periodo comprendido de Enero a Diciembre 2011.

### 5.4 Muestra.

Se trata de una muestra no aleatoria, la cual consto de 127 pacientes embarazadas de la Consulta Externa de la Clínica Alfredo del Mazo Vélez. Basado en la fórmula para poblaciones menores de 10,000.

“La muestra será determinada por la fórmula estadística de tal manera que comprobemos la cohesión y adaptabilidad en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez”.

$$n_o = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Desarrollo de la fórmula:

Z=1.645 para el 90% de confiabilidad y 7% de error

p=0.60

q=0.40

n=130 (universo)

### 5.5 Criterios.

#### 5.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes embarazadas las cuales llevan su control prenatal en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez.
- Pacientes de cualquier edad.
- Pacientes de cualquier trimestre.
- Pacientes afiliadas al ISSEMyM.
- Que aceptaron contestar los cuestionarios

#### 5.5.2. Criterios de exclusión.

No haber aceptado participar en el estudio

No se derechohabientes del ISSEMYM

#### 5.5.3. Criterios de eliminación

- Cuestionarios mal llenados e ilegibles.
- Que presenten algún impedimento físico para contestar los instrumentos
- Que no acepten participar

#### 5.5.4. Variables

Se estudiaron 13 variables elaboradas en que conformaban el instrumento dividido en 5 secciones como se presenta en los anexos.

Sección 1. Consentimiento Informado.

Sección 2. Ficha de Identificación.

Sección 3. Cuestionario con 13 variables.

Sección 4.FACES III

Sección 5. Hoja de Coopland

#### 5.5.5. Definición Conceptual y Operativa de las variables.

**Tabla 7. Definición Operacional de las Variables**

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operativa</b>
Edad	Numérica Cuantitativa	Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona	Se revisa en la ficha de identificación.

Sexo	Nominal	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en los procesos de reproducción.	Se revisa en la ficha de identificación
Escolaridad	Nominal	Presentación sistemática de hechos, ideas, habilidades y Técnicas.	Se revisa en la ficha de identificación
Ocupación	Nominal	Labor en la que uno emplea el tiempo, mediante un cargo, oficio y profesión.	Se revisa en la ficha de identificación
Estado civil	Nominal	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad en la que la persona puede verse inmersa	Se revisa en la ficha de identificación
Cohesión	Cualitativo	Vinculación emocional entre los miembros de la familia	Se aplica FACES III
Adaptabilidad	Cualitativo	Habilidad del sistema familiar para cambiar su estructura de poder	Se aplica FACES III

## **5.6.- Método de Recolección de Datos.**

El protocolo de investigación se dio a conocer al comité de Ética de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez.

Para la aplicación de los cuestionarios, se encontraban en el consultorio de la consulta externa, invitándolos a participar en el estudio y aplicándoles los cuestionarios de manera voluntaria.

Los cuestionarios se aplicaron a todas las embarazadas de cualquier edad que acudieron a consulta prenatal en el periodo de Enero a Diciembre del 2011.

La información correspondiente se almaceno en una base de datos diseñada en el programa estadístico SPSS versión 17. Construyendo una base de datos con los resultados obtenidos y dando códigos alfa numéricos para su captura.

### **5.6.1.- Recursos humanos, Materiales, Físicos y Financiamiento del estudio.**

Se requirieron hojas blancas, impresiones, fotocopias, computador, dispositivo de almacenamiento masivo para textos electrónicos, paquete informático office y SPSS versión 17, financiado totalmente por el autor del presente trabajo.

### **5.6.2.- Consideraciones Éticas.**

El presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

Declaración de Helsinki

Ley General de Salud.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. De acuerdo a este en su artículo 17 el presente estudio entra en la categoría I, investigación sin riesgos, siendo este un estudio el cual emplea métodos y técnicas de investigación documental y en el cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que forman parte de este estudio. Se aplico un cuestionario integrado de una ficha de identificación con datos generales de los pacientes así como el test FACES III con sus 20 items correspondientes.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: el presente trabajo se apega a las consideraciones éticas plasmadas en esta declaración.

## 6. Resultados.

Se aplicaron 130 cuestionarios a pacientes embarazadas, se eliminaron 3 cuestionarios por criterios de eliminación, de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez del ISSEMyM.

### 6.1 Edad.

Los rangos de edad fueron de 15 a 43 años con una media de 27 y una desviación estándar de 5.4

### 6.2 Municipio.

Se encontró que el 73.2% (93) de las pacientes viven en la ciudad Toluca, el 11% (14) a Zinacantepec, y el 15.8% a otros municipios como se observa en la tabla

**Tabla 8 .Municipio al cual pertenecen las pacientes embarazadas de Alfredo del Mazo Vélez del ISSEMyM**

Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Toluca	93	73.2
Zinacantepec	14	11.0
Tlacotepec	2	1.6
San Antonio las Islas	2	1.6
Otzolotepec	2	1.6
Metepec	6	4.7
Calimaya	3	2.4
Almoloya	4	3.1
San José	1	.8
Total	127	100.0

Fuente: N=127

### 6.3. Escolaridad

Se encontró que el 55.5% (70) tenían licenciatura, el 15.7% (20), carrera técnica, el 13.4% (17), preparatoria, el 11% (14), secundaria, y el resto 4.7% (6), terminaron la primaria.

### 6.4. Ocupación

El 35.4% (45) son servidores públicos, 26.8 % (34), profesoras, el 22% (28) se dedican al hogar, 8.7% (11), estudiantes y el 7.1% (9) % se dedican a otras actividades.

### 6.5. Estado Civil.

Se apreció que el 70.1% (89) estaban casadas, el 19.7% (25), solteras y solo el 10.2% (13) en unión libre.

### 6.6. Número de Embarazos

El 41.7% (53) de las pacientes cursando con su segundo embarazo, el 38.6% (49) con su primera gesta, el 14.2%(18) de su tercero, el 3.9% (5) del cuarto, y el 1.6% (2) su quinto embarazo.

### 6.7. Parto

De 127 pacientes como antecedente ginecológico, el 25.2%(32) tuvieron parto, sin embargo, como su primer parto 17.3%( 22), como segundo 6.3%(8), y como tercero el 1.6%(2).

### 6.8. Cesárea

Sin práctica de cesárea el 67.7%(86), el 29.1%(37) como de primera vez, y el 3.1%(4) como su segunda.

### 6.9. Abortos

El 14.2% (18) tuvieron un aborto, y el 1.6%(2) sólo 2 abortos.

### 6.10. Integración de familias

Como familias integradas se observó el 85%(108), el 11%(14) semi integradas, y el 3.9%(5) de forma desintegrada.

#### 6.11. Estructura familiar

En tratándose de familias de tipo nuclear, se apreció el 66.9% (85), como uniparental el 18.1%(23), respecto a familias extensas el 10.2%(13), y el 4.7%(6) familias compuestas.

#### 6.12. Demografía

Respecto a las familias de las pacientes, se encontró que el 92.9%(118) pertenecían a comunidades urbanas, y solo 7.1%(9) a rurales.

#### 6.13. Ciclo Vital Familiar (Geyman).

Se encontró que el 65.4% (83) pertenecían a fase de expansión, el 19.7% (25) en fase de matrimonio y solo el 15% (19) de dispersión.

#### 6.14. Tipología familiar.

En base a su desarrollo el 70.1% (89) resultaron ser modernas y el 29.9% (38) tradicional.

En relación a la ocupación del jefe familia se observó lo siguiente:

Las familias técnicas 49.6%(63), el 32.3%(41) profesionistas, y el 18.1%(23) eran obreras.

#### Preguntas 1. ¿Frecuencia con la que acude a control prenatal?

Durante el embarazo el 69.3% (88) acudieron cada mes a consulta, el 10.2% (13) cada 2 meses, el 6.3% (8) cada 3 meses, 3.9% (5) cada 6 meses, el 3.1%(4) únicamente para su pase de interconsulta ginecológica, y el 7.1%(9) por incapacidad.

#### Pregunta 2. ¿Quién indico la frecuencia de control prenatal?

En cuanto a la frecuencia por asistencia para consultas, resultó que 31.5% (40) la recomendación fue por el médico particular, el 49.6%(63) por el médico institucional, el 11%(14) por iniciativa de la paciente, y el 7.9%(19) únicamente por pase de interconsulta por iniciativa de la paciente.

#### Pregunta 3. ¿Quien la acompañaba a consulta?

El 69.3% (88) las pacientes fueron acompañadas de su esposo, el 12.6%(16) de su madre, 11.8%(15) de otras personas, y el 6.3%(8) de algún hijo.

Pregunta 4. ¿Su médico le ha indicado signos de alarma en el embarazo?

El 54.3%(69) de las pacientes, refirieron que el médico no dio indicación de signos de alarma, en tanto que el 45.7% (58) manifestaron haber recibido información sobre signos de alarma.

Pregunta 5. ¿Su médico le ha indicado estudios de laboratorio o prenatales?

Las pacientes señalaron, que su médico solicitó estudios, en el 85.8%(109) de las cuestionadas, en tanto, el 11%(14) expusieron que el médico no lo solicitó, y el 3.1%(4) la paciente no se acordó.

Pregunta 6. ¿Cada cuando se realiza estudios?

Durante el embarazo el 59.1%(75), de las pacientes señalaron haberse realizado estudios de laboratorio en los últimos meses, el 31.5%(40) en el primer mes, el 5.5%(7) en el tercer mes, y el 3.9%(5) en el segundo mes.

Pregunta 7. ¿Su médico le ha indicado ultrasonido obstétrico?

Las pacientes señalaron, que su médico solicitó estudios de ultrasonido, es decir, un 53.5% (68) de las cuestionadas, en tanto, el 41.7%(53) expusieron que el médico no lo solicitó, y el 4.7%(6) la paciente no se acordó.

Pregunta 8. ¿En qué momento se realizó el ultrasonido?

Durante el embarazo el 55.9%(71), de las pacientes manifestaron haberse realizado estudios de ultrasonido en los últimos meses, el 35.4%(45) al mes, el 5.5%(7) al tercer mes, y el 3.2%(4) al segundo mes.

Pregunta 9. ¿Su médico le indico ácido fólico?

Como método preventivo para el buen desarrollo del producto, el 92.9%(118) de las pacientes, indicaron haber tomado ácido fólico, en tanto que, el 5.5%(7) dijeron que no se les recetó, y el 1.6%(2) no recordaron haberseles indicado.

Preguntas 9.1 ¿En qué mes tomó ácido fólico?

El suministro de ácido fólico, el 81.9%(104) de las embarazadas señalaron que lo tomaron durante el primer mes, y el 13.1%(14) en el segundo mes.

Pregunta 10. ¿Le han indicado medicamentos durante el embarazo?

Se les indico medicamentos durante el embarazo 58.3% (74), no se le administro ningun medicamento durante su embarazo 41.7%(53).

Pregunta 11. ¿Qué medicamentos tomaron durante el embarazo?

Los medicamentos que se llegaron administrar fueron: Metoclopramida 0.8 (1), Ampicilina 8.7%(11), Ranitidina 5.5%(7), Ácido ascórbico 1.6%(2), Paracetamol 4.7%(6), Multivitaminico 22%(28), Omeprazol 0.8%(1), Ambroxol 1.6%(2), Amoxicilina 5.5%(7), Levotiroxina 1.6.%(2), Loratadina 0.8%(1), Progesterona 2.4%(3), Diclofenaco 1.6%(2), Paroxetina y Clonazepam 0.8%(1).

Pregunta 12. ¿Su médico la revisa en cada consulta?

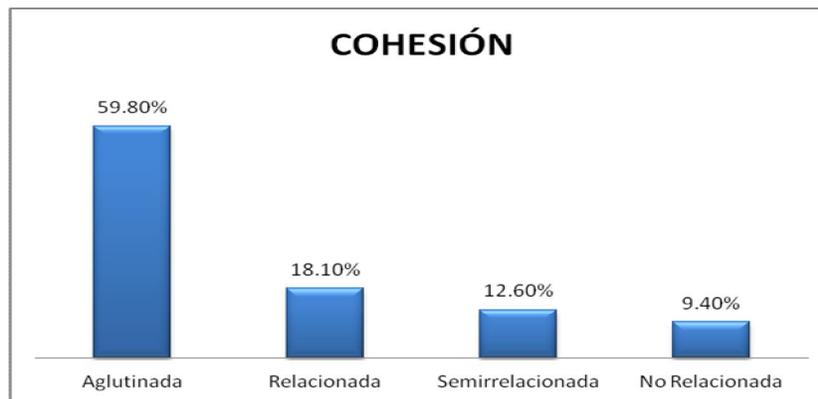
El médico realizo exploración física durante la consulta

El 98.4% (125) de las pacientes respondieron que los médicos las exploran durante su consulta, el 0.8% (1) no, algunas veces 0.8% (1).

Cohesión

### Grafica 1

Cohesión en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa  
Alfredo del Mazo ISSEMyM



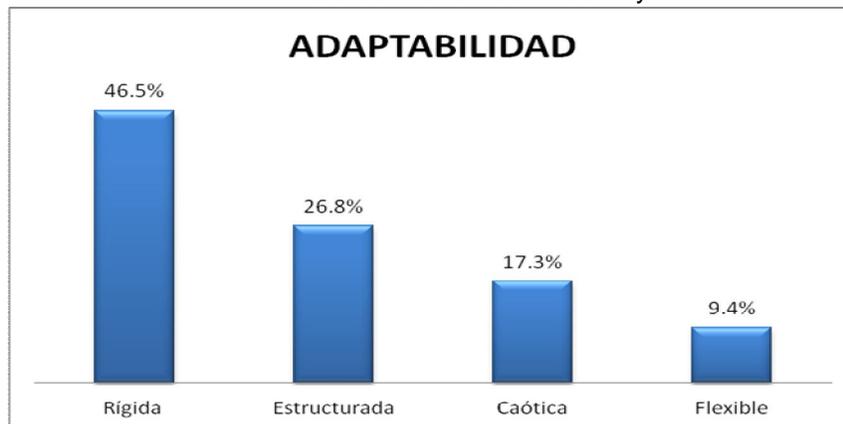
N=127

Adaptabilidad

El 46.5% (59) pertenecen a familias rígidas, el 26.8 %(34) familias estructuradas, 17.3%(22) a familias caóticas, y el 9.4%(12) a familias flexibles.

**Grafica 2**

Adaptabilidad en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa  
Alfredo del Mazo Vélez. ISSEMyM



N=127

**Tabla 9. Tipos de familia según FACES III en la Clínica Consulta Externa  
Alfredo del Mazo Vélez del ISSEMyM**

	No relacionada	Semirrelacionada	Relacionada	Aglutinada	Total	%
Caótica	5	3	7	10	25	19.6
Flexible	2	2	4	6	14	11
Estructurada	4	3	5	16	28	22
Rígida	-	-	21	39	60	47.6
Total	11	8	37	71	127	100
%	8.6	6.2	29.1	56.1	100	

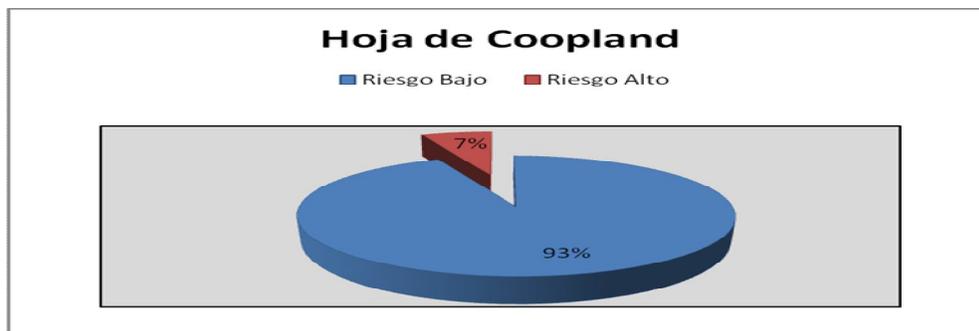
N=127

BALANCEADA	RANGO MEDIO	EXTREMA
------------	-------------	---------

Coopland

Riesgo bajo 93.2% (118), riesgo alto 6.5% (9).

**Grafica 3.- Hoja de Coopland en las pacientes embarazadas de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez ISSEMyM**



Fuente: Implementación de la tabla de Coopland para clasificación de embarazo. N=127

## 7.- Discusión

En el control prenatal es determinante para prever riesgos y los rangos de edades es de suma importancia al igual que el nivel de preparación en cada una de las pacientes así como la capacidad para afrontar nuevos compromisos familiares y la habilidad formar nuevos roles, normas y reglas.

Existen algunos estudios donde se pueden comparar con las embarazadas de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez del ISSEMYM, la dinámica en cada una de ellas.

El Dr. Vázquez menciona que los grupos de familias en estudio van desde 30.7 años con una mínima de 17 años y una máxima de 42; ahora, en comparación con las familias estudiadas en la clínica Alfredo del Mazo Vélez, van desde 43 a 15 años con una media de 27.

En el medio rural el Dr. Armando Alberto Morenos Santillán menciona que la falta de control prenatal es terminante para factores de riesgo, en México el INEGI en el 2004 registro 1,268 durante el embarazo, parto y puerperio, lo que representa la tercera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 34 años.

Comparando la comunidad rural de Dos Ríos está ubicada dentro del municipio de Huixquilucan, Estado de México; 74 mujeres embarazadas sus principales problemas, no cuentan con apoyo a la atención prenatal, ya que México solo el 25.6% de las mujeres lo lleva. En comparación con la Clínica Alfredo del Mazo Vélez la población se encuentra con una población urbana siendo Toluca el 73.2% de asistentes en control, y con estudios de licenciatura el 55.5%, y las pacientes de control prenatal el 35.4% son servidores públicos.

La Dra. Yamilé Fayad Saeta menciona que las pacientes que son sometidas a un evento quirúrgico como cesárea, es el 5.3% por presentar complicaciones prenatales, de las pacientes de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez acudieron a control prenatal de las cuales el 67.7% se les realizó cesárea en alguno de sus embarazos anteriores.

En comparación con el Dr. Mendoza Solís LA., en su artículo se encontró que familias integradas eran hasta un 82% y en comparación Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez 85%.

De acuerdo composición nuclear el 82%, en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del mazo Vélez el 66.9% son nucleares.

En su desarrollo se encontró tradicionales 51%, en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez 70.1% resultaron ser modernas.

En su demografía en comparación va del 86% son urbanas, en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez el 92.9% pertenecían a comunidades urbanas.

En cuanto a su ocupación el 75% son empleadas y en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez las familias tiene una preparación técnica 49.6%.

El Hospital General Regional 6 de Ciudad Madero, Tamaulipas se observó que 47.6% de las madres tenían menos de 5 consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo (53.6% casos y 46.5% controles). Por lo tanto el Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez la consulta es baja del 33.8 % (43) son los que alcanzan esta meta.

El promedio nacional de acuerdo a la NOM 007 de consultas es de 3.39 por cada embarazo se considera que es bajo, en las pacientes embarazadas que acuden a consulta, el 22%(28) paciente van alcanzar 2 consultas ya que acudieron partir del 6to mes de embarazo, 13.2%(17) acuden al 5to mes y alcanzaron 3 consultas de control, el 16.5%(21) estas pacientes acudieron partir del 7mo mes de embarazo y 3.9%(5) en el octavo mes solo van por su pase.

En un estudio de adolescente embarazadas menciona el Dr. Calderón J, y el Dr. Alzamora De Los Godos que a la consulta son acompañadas en primer lugar por los novios, en segundo por los abuelos y tercero que sus padres son separados y solo alguno de ellos lo acompaña, en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez se encontró que las pacientes embarazadas son acompañadas en primer lugar por su esposo en el 69.3% tiene similitud con las adolescentes.

En la comunidad rural de Dos Ríos, Huixquilucan, Estado de México se les realizo a 74 embarazadas se reporto por trimestre los estudios de laboratorio se realizaron en el primer trimestre con una media de 8.297%, en el segundo trimestre con una media de 8.294% y en el tercer trimestre de 7.75%; mientras que en la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez se encontró que de las pacientes en estudio solo el 85.8% se les solicito el estudio prenatal y de

estas solo el 59.1% se realizaron estudios en el tercer trimestre, y solo el 31.5% en el primer mes de embarazo, el 9.4% en el segundo trimestre.

El Dr. Mario Orlando menciona que el ultrasonido debe realizarse desde el primer hasta el tercer trimestre y en la semana 32, de acuerdo a los resultados de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez que solo el 53.5% se les realizó ultrasonido en el segundo trimestre.

El ultrasonido puede ser utilizado como método diagnóstico a partir de la cuarta semana y para descartar alguna patología a la semana seis, pudiendo determinar edad gestacional y en la modalidad Doppler se puede detectar el latido fetal así lo refiere el Dr. J. González Merlo, y en la Clínica Alfredo del Mazo Vélez solo el 55.9% se lo realizó en los últimos meses de embarazo.

El colegio Americano menciona que el uso de ácido fólico para prevenir defectos del tubo neural y tener un desarrollo normal de la gestación, en un estudio de mujeres embarazadas de Taiwán se realizó un estudio donde participaron 275 y solo 70.9% tomó ácido fólico, y los médicos tratantes solo lo indicaron el 44.4%, en comparación con las pacientes de la Clínica de Consulta Externa Alfredo del Mazo Vélez el 92.9% lo tomaron durante el embarazo y el 81.9% lo tomaron durante el primer mes.

No se encontró artículos de medicamentos administrados durante el embarazo, para realizar algún comparativo solo medicamentos permitidos de acuerdo a la FDA, solo las categorías A, B son seguras, el resto se consideran de riesgo y efecto beneficio para su uso, en la Clínica Alfredo del Mazo Vélez el más utilizado fue multivitamínico el 22%.

En comparación con un estudio de Camacho Palomino Patricia se encontró que en las familias embarazadas según Cohesión 50.2% pertenecen a un rango bajo (aglutinada), y solo el 1.3% rango alto (no relacionada), y en adaptabilidad se observó que el 55.6% presentó un rango alto (caóticas) y el 6.2% un rango bajo (rígidas), en la Clínica Alfredo del Mazo Vélez en cohesión 59.8% son aglutinadas, en adaptabilidad el 46.5% son familias rígidas. Ambos resultados coinciden reflejando cierta separación emocional

Menciona el Dr. José Meneses Calderón en su artículo de la importancia de la detección de factores de riesgo en población rural en una atención obstétrica hospitalaria de calidad para el manejo de las complicaciones graves y de la educación en la población general, particularmente sobre la identificación

temprana de signos y síntomas de alarma; el Dr. Madereulo es su artículo menciona que el seguimiento de embarazos de bajo riesgo obstétrico debe de realizarse en Atención primaria, en su investigación el 78.3% son pacientes que corresponden a bajo riesgo obstétrico en la Clínica de Consulta Externa de Alfredo del Mazo el 91% corresponde a bajo riesgo.

## 8.- CONCLUSIONES

Se alcanzo el objetivo de identificar a las embarazadas en cuanto a su cohesión y adaptabilidad observando que en comparación con otros artículos a predominado familias extremas sobre todo en los extremos de la vida y sin importar la preparación de las pacientes, las familias balanceadas eran tradicionales, por lo que convendría estudiar su dinámica y su funcionalidad para así mismo a las que son extremas tratar de identificar sus factores de riesgo ya que esto es un peligro para que sean disfuncionales. Convendría con esto realizar otros estudios de investigación como funcionalidad familiar.

Realizar la aplicación del Instrumento de FACES III en la consulta de control prenatal puede anticipar al riesgo que puede llegar a tener esta familia y a su vez poder realizar acciones para evitarlos

Se identifico las edades de las embarazadas encontrando un promedio de edad de 27, esto no implica un factor de riesgo en el embarazo.

La escolaridad de las pacientes se obtuvo como predominio licenciatura y ocupando puestos como servidores públicos, debido al nivel socio cultural de las pacientes esto debería obtener un mejor control prenatal y disminución de los factores de riesgo, pero en muchos de los casos pareciera ser que complica el propio embarazo por la falta de frecuencia de las pacientes para su control y seguimiento.

En las embarazadas se identifico la tipología y de acuerdo al Ciclo vital de familia del Geyman en fase de expansión esto nos traduce que son mujeres en etapa reproductiva y convendría realizar estudios cuántas de ellas están dispuestas a control prenatal definitivo y temporal y como se encuentra la percepción del apoyo familiar para llevarlo a cabo.

Los medicamentos utilizados dentro de la consulta prenatal son de acuerdo a la clasificación de FDA solo en casos muy excepcionales ya que las pacientes presentaban otras enfermedades concomitantes, debería hacerse un estudio sobre los medicamentos del por qué y bajo qué criterios fueron utilizados y por cuánto tiempo, si esto repercute en la dinámica familiar así como el apoyo que reciben las paciente para continuar las indicaciones, no se encontraron estudios al respecto.

Los signos de alarma en las pacientes embarazadas que no los sabían era porque algunas de ellas eran primigestas y otras no les tomaron la importancia que tienen, siendo esta una prioridad en la consulta.

A través de la consulta de mayor calidad con un trato digno y justo y con un lenguaje claro que reciban las embarazadas y que conozcan sus derechos sobre salud reproductiva, haciendo énfasis y difusión sobre la existencia de estos módulos ya existentes, podrá realizarse además una disminución de tasa de natalidad, así como programas permanentes sobre capacidad continua a los médicos de primer contacto.

Implementar estrategias para atención y programas prioritarios donde las embarazadas todas sin excepción reciban la atención y no se les niegue la consulta bajo ninguna circunstancia.

El médico familiar debe realizar estrategias durante la consulta prenatal para la difusión de métodos anticonceptivos y ofrecer con lo que cuenta el instituto y las ventajas de utilizar algún de ellos, además de ser gratuitos, de no encontrar métodos que los pacientes deseen orientar sobre las instituciones que los proporcionan de manera gratuita, realizar difusión.

Se propone realizar línea de investigación con Apgar familiar para valorar la percepción de apoyo familiar después del parto, si hubo un buen control prenatal, y de funcionalidad familiar para disminuir los riesgos de familias disfuncionales.

Finalmente la aplicación de la hoja de Coopland es una herramienta que nos orienta a la prevención de los factores de riesgo prenatales y la cual no debe desaparecer, es un instrumento del cual todos los médicos de primer contacto deben de realizar y es muy rápido de aplicar y con ello se disminuiría tasa de morbilidad en la consulta externa de cada médico.

Referencia.

- 1.- Organización Mundial de la Salud, Índices de la salud de la familia, Serie de Informes Técnicos. Ginebra: OMS; 1976.
2. Real Academia Española, Diccionario de la Lengua Española, Espasa-Calpe. Madrid 2001
3. Liga: [http:// www.es.wikipedia.org/familia](http://www.es.wikipedia.org/familia).
- 4.- UNESCO: Patrimonio de las familias en la educación infantil latinoamericana.
5. Manrique R, Familia y sociedad, Su papel en la atención primaria. En: Vázquez JL. Psiquiatría en atención primaria, Madrid: Editorial Grupo Aula Médica: 1998.
6. Alegro D, Tratamiento de grupos familiares, psicoterapia colectiva. En el proceso grupal, Editorial Nueva Visión, Buenos Aires; 1998. p. 57-64.
7. Velasco Campos ML, Sinibaldi Gómez JF, Manejo del Enfermo Crónico y su familia, Manual Moderno, México; 2001.
8. Irigoyen C, Morales de I. Nuevo diagnóstico familiar, Medicina Familiar Mexicana; 2006, p. 186-187.
9. Gómez Clavelina FJ, Diagnóstico de Salud Familiar, En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. Fundamentos de Medicina Familiar. 7ª ed México: Medicina Familiar Mexicana. 2000.p. 103-140.
10. Huerta-Martínez N, Valadés-Rivas B. Sánchez-Escobar L., Frecuencia de disfunción familiar en una Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE en la ciudad de México. Arch.Med.Fam 2001; 3(4):95-98.
11. Hennen, B., Estructura y Función de la Familia. Medicina Familiar Guía Práctica, Editorial Mc Graw Hill 1983. p.16-22
12. Jaime-Alarid, H. e Irigoyen-Coria, A. La Familia, Fundamentos de medicina familiar. Editorial Francisco Méndez, México,D.F. (1986), p. 3-11.
13. Huerta JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad. Editorial Alfil. 1ra ed. México.2005.p.19.
14. Chávez J. Introducción a la medicina familiar. Editorial Universitaria Potosina. México. 1992.p. 53-54.
15. De la Revilla. Conceptos e instrumentos de la atención familiar. Editorial Doyma. España.1994.p.38.
- 16.- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Atención prenatal en medicina familiar*. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev. Med IMSS 1998; 36(1):45-60.
- 17.- Salud Perinatal, Boletín informativo de la Organización Mundial de la Salud, Vol.3, N0.10, 1990.

- 18.- Alan H. DeCherney, Lauren Nathan. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos. 8ª ed. El Manual Moderno, 2003; p. 211,289.
- 19.- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- 20.- Implementación de la tabla de Coopland para clasificación de embarazo de alto riesgo, Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Sacatepequez, 1995.
- 21.- Guzmán JM, Márquez R, Contreras JM. Diagnóstico sobre salud reproductiva de jóvenes y adolescentes en América Latina y el Caribe. Documento presentado en la Reunión de Planeación Regional en Población. México, D.F.: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2000.
- 22.- Ortigosa-Corona E, Karchmer-Krivizky S Factores relacionados con el reconocimiento de signos de alarma durante el embarazo. Ginecol Obstet Méx 1996; 64:90-95.
- 23.- Grande Sourina J., Lafuente González P., Julián Jiménez A.- Fármacos usados en urgencias en la mujer embarazada y lactante. Capitulo 147. p .1143-1154
- 24.- Anzures Anzures CR. Chávez AV. García PC. Pons AO. Medicina Familiar. México. Corporativo Intermedica SA de CV. 2008, p. 233-261
- 25.- Olson, D.H., Portner, J. y Lavee, Y. Manual de la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (FACES III Manual), Minneapolis: Life Innovation. 1985.
- 26.- Leyva-Jiménez Rafael, Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar Rev Med Inst Mex Seguro Soc medigraphic.com. 2007; 45 (3): 225-232
- 27.- Beatriz Zegers, M. Elena Larraín, Aquilino Polaino-Lorente, Alejandro Trapp, Isabel Validez y Confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.41 n.1 Santiago. 2003
- 28.-Funcionamiento Familiar según el modelo Circunflejo de Oslo en adolescentes, Camacho Palomino Patricia, Rev. enferm., Herediana, 2009; 2(2)80-85
- 29.- Metodología de Investigación. Tipos de Estudios. Dr Santiago Valdearcos Enguádanos, Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel, 2008, p 3-5
- 30.- Jaramillo A, Ginecólogo Laparoscopista. Complemento grafico 2008.
- 31.- Barbado A, Aizpiri D, Cañones G, Fernández C, Gonçalves Estella; J.J. Rodríguez Sendín I. De la Serna de Pedro; J.M. Solla Revista Individuo y Familiar, Camino. P. 89

- 32.- García Mutiloa M.A., Lapeña Calavia S.S., Ceres Ruiz R., Aguirre Gorospe S., Protocolo de utilización de fármacos en embarazadas y lactancia. Medicina. Editorial Doyma.SL. Madrid. 8º ed, (41). p. 4387- 4379
- 33.- Duran Sánchez P., Cabero Roura LI. Fármacos y Drogas durante el embarazo. Tratado de obstetricia, Ginecología y medicina de la reproducción. Tomo 1.SEGO. Madrid. Editorial Panamericana 2003.p.1117-1129.
- 34.- Gómez Clavelina FJ, Irigoyen – Coria A . Ponce –Rosas ER. Selección y análisis de instrumentos para evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Arch Med Fam 1999.
- 35.- Garza-Elizondo T., Alejandro Saavedra, J. Salud mental y dinámica familiar. Una metodología para la evaluación familiar integral. Serie Aprisa Editorial SSA. México, D.F. 1988, p. 22-33

ANEXOS.

1.- HOJA DE CONSENTIMIENTO.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y MUNICIPIOS CLÍNICA DE  
CONSULTA EXTERNA "ALFREDO DEL MAZO VELEZ"



INVESTIGACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACION VOLUNTARIA.**

El presente trabajo tiene como objetivo identificar la disfuncionalidad familiar en pacientes embarazadas, solo se aplicara un cuestionario el cual no ocasiona riesgo alguno

La información que se obtenga en este trabajo será utilizado con fines de investigación, será de carácter confidencial y obtenido de manera voluntaria. La investigación tiene la autorización de realizarse.

En caso de sentirse incomodo con algunas de las preguntas tiene la libertad de no seguir contestando.

Esta investigación se realiza por la Doctora Elia Elvira Consuelos Cortés.

¿Acepta usted contestar?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del paciente

\_\_\_\_\_

Testigo

Muchas gracias por su participación.

2.- Instrumento de FACES III.

1.Nunca	2.Casi nunca	3.Algunas veces	4.Casi siempre	5.Siempre
---------	--------------	-----------------	----------------	-----------

**Coloque el número que describa a su familiar.**

	Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí.
	En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas
	Aceptamos las amistades de los demás miembros de familia.
	Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
	Nos gusta convivir sólo con los familiares más cercanos.
	Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
	Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia.
	Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
	Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
	Padres e hijos se ponen de acuerdo con los castigos.
	Nos sentimos muy unidos.
	En nuestra familia los hijos toman las decisiones.
	Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
	En nuestra familia las reglas cambian.
	Con facilidad podemos planear actividades en familia.
	Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
	Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
	En nuestra familia es difícil identificar quien tiene autoridad.
	La unión familiar es importante.
	Es difícil decir quién hace las labores del hogar.



EXTERNA "ALFREDO DEL MAZO VÉLEZ".

INVESTIGACIÓN DE COHESIÓN Y ADAPTABILIDAD

3.- FICHA DE IDENTIFICACION

Municipio al que pertenece: \_\_\_\_\_

EDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

MESES DE EMBARAZO \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS: Embarazos \_\_\_\_\_ Partos \_\_\_\_\_ Cesáreas \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_

CON QUIEN VIVE ACTUALMENTES? (POR FAVOR COMPLETE EL CUADRO)

PARENTESCO	EDAD	OCUPACION	ENFERMEDAD QUE PADESCA

1.- Cuantas veces acude a consulta:

a) Una vez al mes b) cada 2 meses. c) cada 3 meses d) cada 6 meses e) nunca f) otro \_\_\_\_\_

2.- Quien indico la frecuencia para acudir a consulta:

a) El médico particular b) medico institucional c) solo viene por su pase d) otro \_\_\_\_\_

3.- Quien la acompaña a consulta:

a) Madre b) Esposo c) Hijo D) Otros

4.- Su médico le ha indicado signos de alarma en el embarazo:

a) Si b) No

5.- Su médico le ha indicado estudios de laboratorio o prenatales:

a) Si b) No c) No sé.

6.- Cada cuando:

a) Al mes b) Cada 2 meses c) cada 3 meses d) Otros

7.- Su médico la ha indicado ultrasonido obstétrico:

a) Si b) No c) No sé.

8.- Cada cuando:

a) Al mes b) cada 2 meses c) cada 3 meses d) Otros

9.- Su médico le indico Ácido fólico

a) Si b) No c) En que mes \_\_\_\_\_

10.- Se ha indicado medicamentos durante el embarazo:

a) Si b) No c) no recuerdo

CUALES MEDICAMENTOS, PARA QUE?	En qué mes de embarazo

12.- Su médico la revisa en cada consulta:

a) Si b) No c) algunas veces.

#### 4.- CUADRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO (T. DE COOPLAND)



GOBIERNO DEL  
ESTADO DE MÉXICO

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios  
Coordinación de Servicios de Salud



#### CUADRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO (T. DE COOPLAND)

UNIDAD MÉDICA:		FECHA:	
JURISDICCIÓN:	COORDINACIÓN MUNICIPAL:	MUNICIPIO:	
NOMBRE DE LA PACIENTE:		Nº. DE EXPEDIENTE:	
TELÉFONO:	DOMICILIO:		
FUM:	EDAD GESTACIONAL:	RESPONSABLE DE LA ELABORACIÓN:	

#### TABLA DE COOPLAND

**INSTRUCCIONES:** Marque con una "X" los rubros correspondientes y sume las calificaciones individuales, si el resultado es de 0 a 2, el control prenatal deberá realizarse en el primer nivel de atención, si el resultado es de 3 en adelante, deberá referirse al segundo nivel de atención.

HISTORIA REPRODUCTIVA		CALIFICACIÓN					VALORES DE REFERENCIA
		1a. CONSULTA FECHA	2a. CONSULTA FECHA	3a. CONSULTA FECHA	4a. CONSULTA FECHA	5a. CONSULTA FECHA	
EDAD	< 17 AÑOS						3
	> 35 AÑOS						3
PARTOS	0						1
	1 - 4						0
	5 Y MÁS						2
2 O MÁS ABORTOS							1
HEMORRAGIA POSPARTO							1
MACROSOMÍA > 4 kg							1
HIJO CON BAJO PESO AL NACER < 2.5 kg.							1
PREECLAMPSIA O HIPERTENSIÓN							2
CESAREA PREVIA							2
PARTO ANORMAL O DIFÍCIL							2
<b>SUBTOTAL</b>							
<b>TRANSTORNOS MÉDICOS O QUIRÚRGICOS</b>		1a. CONSULTA	2a. CONSULTA	3a. CONSULTA	4a. CONSULTA	5a. CONSULTA	
CIRUGÍA UTERINA PREVIA EXCEPTO CESÁREA							3
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA							3
DIABETES							3
ENFERMEDAD CARDÍACA							3
OTROS TRANSTORNOS MÉDICOS IMPORTANTES* ESPECIFICAR:							3
<b>SUBTOTAL</b>							
<b>EMBARAZO ACTUAL</b>		1a. CONSULTA	2a. CONSULTA	3a. CONSULTA	4a. CONSULTA	5a. CONSULTA	
HEMORRAGIA							3
ANEMIA 10 g							1
POSMADUREZ							3
HIPERTENSIÓN							3
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS							3
POLIHIDRAMNIOS							3
CERCLAJE							3
EMBARAZO MÚLTIPLE							3
MALA PRESENTACIÓN O PÉLVICO A PARTIR DE LA SEMANA 37							3
ISOINMUNIZACIÓN Rh							3
<b>SUBTOTAL</b>							
<b>CALIFICACIÓN TOTAL</b>							

\* OBESIDAD, ARTRITIS REUMATOIDE, LUPUS, CARDIOPATÍA, HEPATOPATÍA, ETC.

30 000 291 / 08

**CUADRO DE EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO ( T. DE COOPLAND )**

CALIF. TOTAL	RIESGO	ATENCIÓN
0 - 2	BAJO	PRIMER NIVEL
3 - MAS	ALTO	SEGUNDO NIVEL



**PROGRAMA PREDICTIVO DE PREECLAMPSIA Y COMPLICACIONES PERINATALES  
HOJA DE VALORACIÓN DE RIESGO**

INSTRUCCIONES:  
FAVOR DE MARCAR LA O LAS OPCIONES QUE APLIQUEN A LA PACIENTE CORRESPONDIENTE A ALGUN FACTOR DE RIESGO.

ANTECEDENTES FAMILIARES		
PREECLAMPSIA EN:	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> HERMANA
HIPERTENSIÓN EN:	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE
DIABETES EN:	<input type="checkbox"/> MADRE	<input type="checkbox"/> PADRE
LUPUS ERITEMATOSO EN:	<input type="checkbox"/> FAMILIA DIRECTA	
<input type="checkbox"/> MADRE, HERMANA(S) O EX PAREJA DEL CÓNYUGE CON ANTECEDENTE DE PREECLAMPSIA.		

ANTECEDENTES PERSONALES		
<input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN	<input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD RENAL
<input type="checkbox"/> LUPUS ERITEMATOSO	<input type="checkbox"/> TROMBOEMBOLIA PULMONAR	<input type="checkbox"/> TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
<input type="checkbox"/> CARDIOPATÍA ¿CUÁL?		
<input type="checkbox"/> INFECCIÓN CRÓNICA DE VÍAS URINARIAS		
<input type="checkbox"/> ENFERMEDAD(ES) DE TRANSMISIÓN SEXUAL ¿CUÁL(ES)?		
<input type="checkbox"/> TABAQUISMO, CIGARRILLOS DIARIOS:		
<input type="checkbox"/> SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDOS*		
*TROMBOSIS DE REPETICIÓN + ABORTO PREVIO + ANEMIA Y/O TROMBOCITOPENIA + ANTICUERPOS ANTIFOSFOLÍPIDOS		

REFERENTE A LA ACTIVIDAD SEXUAL	
INICIO DE VIDA SEXUAL:	NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES:
FRECUENCIA DE RELACIONES POR SEMANA:	
<b>LA PACIENTE SE EMBARAZÓ:</b>	
<input type="checkbox"/> ANTES DE LOS 2 MESES DEL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
<input type="checkbox"/> ENTRE LOS 3 Y 6 MESES DEL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
<input type="checkbox"/> ENTRE LOS 7 Y 12 MESES DEL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
<input type="checkbox"/> POSTERIOR A LOS 12 MESES DEL INICIO DE SU VIDA SEXUAL	
<input type="checkbox"/> SU(S) EMBARAZO(S) ANTERIOR(ES) Y EL ACTUAL TIENE MÁS DE UN PADRE	

EMBARAZO ACTUAL
<input type="checkbox"/> ÍNDICE DE MASA CORPORAL PREVIO AL EMBARAZO >27
<input type="checkbox"/> DESNUTRICIÓN
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

URGENCIA OBSTÉTRICA
<b>ENVÍO INMEDIATO AL SERVICIO DE URGENCIAS DEL 2º NIVEL DE ATENCIÓN:</b>
• ENFERMEDAD HIPERTENSIVA (CEFALEA, ACÚFENOS, FOSFENOS, EDEMA CARA Y MANOS, DOLOR EPIGÁSTRICO EN BARRA)
• TRABAJO DE PARTO
• RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS
• INMOVILIDAD FETAL, BRAQUICARDIA O TAQUICARDIA FETALES
• SANGRADO TRANSVAGINAL (CUALQUIER CANTIDAD)

SIGNOS DE ALARMA – REFERENCIA INMEDIATA A SEGUNDO NIVEL
CEFALEA, ACÚFENOS, FOSFENOS, EDEMA DE CARA Y MANOS, CONTRACCIONES UTERINAS, DOLOR EPIGÁSTRICO, SANGRADO VAGINAL, AUSENCIA DE MOVIMIENTO FETAL, GANANCIA EXCESIVA DE PESO A LO ESPERADO.