

00921
10



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA UNIVERSIDAD ABIERTA**



T É S I S

**"ESTUDIO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES
EMBARAZADAS SIN CONTROL PRENATAL"**

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

PRESENTA:

María Guadalupe Alegría Gómez

No. DE CUENTA 99618939

ASESOR:

Mtro. Julio Hernández Falcón

MAYO DE 2003.



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.

DEDICATORIA

A MI PADRE CELESTIAL

Por darme la bendición de vivir en este tiempo y la energía para poder terminar con los objetivos trazados en mi vida.

Autorizo a la Dirección General de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo de:
NOMBRE: Maria Guadalupe Alejra Gómez
FECHA: 11/11/2003
FIRMA: 

A MI ESPOSO E HIJAS

Gerardo, Laura y Paola que son lo más valioso que tengo en mi vida los cuales me han proporcionado su apoyo incondicionalmente siempre, gracias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS PADRES

Por darme la vida y haberme apoyado siempre.

INDICE

RESUMEN	1
I.- INTRODUCCIÓN.	2
II.-MARCO TEORICO.	3
2.1.- Antecedentes de la atención prenatal.	3
2.2.- Fundamento normativo de la atención ala salud prenatal.	6
2.3.- Salud Perinatal.	8
2.4.- Atención del embarazo.	11
2.5.- Causas mas frecuentes de la morbi – mortalidad materna.	13
2.6.- Estrategias y acciones para contribuir a reducir la morbi – mortalidad materna.	14
2.7.- Aspectos Éticos del estudio.	19
2.8.- Indicadores de Salud Materna y el Embarazo.	21
2.9.- Valoración de Riesgo y Enfoque de riesgo.	22
2.10.- Intervención del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.	25
2.11.- Datos Estadísticos.	27
III.- MATERIAL Y METODOS.	31
3.1.- Justificación del estudio.	31
3.2.- Objetivo.	32
3.3.- Planteamiento del problema.	33
3.4.- Hipótesis.	33
3.5.- Variable estudio.	33
3.6.- Tipo de estudio.	36
3.7.- Universo de estudio.	36
3.8.- Unidades de observación.	36
3.9.- Criterios de inclusión, exclusión, eliminación.	36
3.10.-Universo / muestra.	37
3.11.- Instrumentos.	37
3.12.- Validez y confiabilidad.	37
3.13.- Procesamiento estadístico.	38
IV.- RESULTADOS.	38
4.1.- Datos generales	38
4.2.- Datos específicos	41
4.3.- Discusión y análisis.	51
4.4.- Propuestas.	53
4.5.- Conclusiones.	54
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE DE CUADROS

CUADRO No. 1 Edad Sujeto Estudio.	39
CUADRO No 2 Estado Civil Sujeto Estudio.	40
CUADRO No.3 Escolaridad Sujeto Estudio.	43
CUADRO No.4 Actividad laboral Sujeto Estudio.	44
CUADRO No.5 Tiempo que realiza al Centro de Salud mas cercano Sujeto Estudio.	45
CUADRO No.6 Actividad Laboral Sujeto de Estudio.	46
CUADRO No.7 Conocimientos de Asistencia Control Prenatal Sujeto Estudio.	47
CUADRO No.8 Conocimiento sobre Consulta Gratuita Sujeto Estudio.	48
CUADRO No.9 Conocimiento de Atención Parto Gratuito Sujeto Estudio.	49
CUADRO No.10 Conocimiento De Factores de riesgo Prevenibles Sujeto Estudio.	50

RESUMEN.

Durante el ciclo escolar 2002-2 se realizó una investigación en el centro de Salud Urbano Terán, de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, con la finalidad de describir las características en mujeres embarazadas sin control prenatal.

Para el estudio se eligió un modelo de tipo descriptivo transversal, no experimental y por encuesta, siendo las unidades de observación mujeres embarazadas sin control prenatal y sin otros antecedentes agregados. En el siguiente estudio no se consideraron a mujeres embarazadas que asisten regularmente a control prenatal y se eliminaron a aquellas personas que se negaron a participar en la realización de la encuesta.

Para la recolección de información se diseñó una encuesta con un total de 14 reactivos de los cuales correspondieron a datos de factores de riesgo relacionadas con mujeres embarazadas sin control prenatal. En total se entrevistaron a 40 mujeres embarazadas sin control prenatal y los resultados muestran que: los factores de riesgo que predominaron en nuestra población de estudio fueron: la edad en mujeres embarazadas las cuales fueron menores de 20 años, cuya actividad laboral es básicamente quehaceres del hogar, con un ingreso insuficiente para satisfacer las necesidades básicas. El estado civil del 55% fueron casadas, que para llegar al servicio médico más cercano tardan más de 30 minutos, se muestra un porcentaje alto de mujeres con un nivel de educación bajo, ya que solamente cuentan con la primaria y con un deficiente grado de conocimiento acerca del control prenatal durante la etapa gestacional, desconocen factores de riesgo y la importancia de asistir a un centro de atención durante el embarazo.

I. INTRODUCCION.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, ha de mejorar la sobrevivencia materno infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.¹

Actualmente los factores de riesgo en mujeres embarazadas se han ido incrementando de manera rápida por el surgimiento de nuevos padecimientos como son: el sida en la actualidad, por eso se considera necesario la atención prenatal para detectar estos factores y contribuir a disminuir la morbi y mortalidad materna e infantil.

La presente investigación acerca de las características en mujeres embarazadas sin control prenatal, esta organizado en cuatro capítulos. Introducción, marco teórico, material y métodos y resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹ N.O.M. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. OMS-SSA. P.P46.

II. MARCO TEORICO.

2.1. ANTECEDENTES DE LA ATENCIÓN PRENATAL.

El futuro de un individuo dependerá de muchos factores, la salud física y psicológica de sus padres y la calidad de la asistencia recibida. Los primeros registros que se conocen y que se encuentran en los papiros egipcios (en papiro de ebers) del año 1550 a.C. hacen referencia a los procedimientos para apresurar el trabajo de parto, la asistencia en casos de aborto y las enfermedades propias de la mujer; por ejemplo, si la planta crecía con mayor rapidez, al vaciar orina, se confirmaba el embarazo, condición que ahora puede comprobarse conociendo las influencias hormonales. Las mujeres de la familia real o quienes tenían graves complicaciones por el embarazo eran atendidas por el medico, la mayor parte eran atendidas por parteras, siendo comunes los banquillos de atención de parto.²

En esa época las leyes atinentes exigían que todas las mujeres embarazadas fueran atendidas por parteras quienes ejecutaban la exploración. Esta era una práctica socialmente valorada como ayuda humanitaria y con gran parecido al rol de la ticitl en la sociedad azteca prehispánica.

El renacimiento marco el principio de la era científica y en esta época comenzaron a influir en la idea de responsabilizar al medico sobre la atención obstétrica, practica que comenzaba a hacerse muy compleja y científica.

En los siglos XVI y XVII la influencia de Peter Chamberlain con el Fórceps y William Harvery con el aparato circulatorio y la embriología, fueron sentando

² Rubio Domínguez Severino "El Licenciado en enfermería y obstetricia en la salud, reproductiva" ENEO UNAM, México, Febrero 2001. Antología Obstetricia 1 P:P. 88.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

las bases para las escuelas de partería. Se instituyó el parto en la cama en lugar de utilizar los banquillos.³

En 1900 eran pocos los nacimientos en los hospitales, pero a mediados de siglo esta práctica se extendió como el resultado del progreso y en avance en infraestructura hospitalaria.

Las mujeres desde el principio de la humanidad se han transmitido las experiencias vividas en los partos previos con la finalidad de ayudarse unas a otras, las más experimentadas a esta tarea sobresalieron asiendo de este su trabajo.

En la cultura de Europa la existencia de diosas de la maternidad: Ceres diosa latina y Demeter diosa griega. Existe una figurilla femenina que data de veinte mil años a.C. llamada la polichinela, que son manifestaciones simbólicas de la gestación.

En la cultura cristiana se menciona como una comadrona asistió a Raquel en su ultimo parto diciendo, no tengas miedo (a la muerte) que también este es hijo.⁴

La implementación del programa de salud reproductiva 1995 - 2000 se articuló con el proceso de descentralización de los servicios de salud, el paquete básico de servicios de salud y con el nuevo modelo de atención a la salud para población abierta, con lo que se garantiza el derecho a la información oportuna y a servicios con calidad aun mayor número de mexicanas.

La atención a la salud perinatal, incluyendo orientación pregestacional, atención a la mujer durante el embarazo, así como la detección y atención de

³ Ibidem P.P. 88.

⁴ Sarlet Gerken, Anne Marie "La experiencia Europea en la practica de la partería" Mimeo Depto. Enfermería E. Univesidad de Enfermería, universidad de Murcia. Murcia España. 1995. P:P.119.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

riesgos que pueden complicar la gestación, constituyen un componente básico del programa salud reproductiva; tiene como misión garantizar una maternidad saludable y sin riesgos a todas las mujeres mexicanas, y contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

Las acciones de comunicación educativa y social así como de prestación de servicio en los diferentes niveles de atención, se realizan de acuerdo con los principios y lineamientos técnicos contenidos en la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.⁵

“El fundamento jurídico del derecho a la salud, especialmente a la salud perinatal, esta inscrito en el artículo 4º de la constitución política de los estados unidos mexicanos y en la ley general de salud.⁶

La atención materna infantil tiene como carácter prioritario y comprende la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio; la atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo.⁷

Garantizar el acceso universal a información suficiente y apropiada y atención medica de alta calidad durante la etapa prenatal, el parto, el puerperio y el periodo neonatal.

⁵ Pérez Palacios, Gregorio. Et al: “maternidad saludable y sin riesgos” en: SSA, Dirección General de salud reproductiva, Edit. SSA, México, 2000. P:P. 5

⁶ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º.

⁷ Ley general de Salud. Capitulo V. Artículo 61, Fracc. 1 y 2.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La misión primordial de la salud perinatal, en el contexto integral de la salud reproductiva, es lograr una maternidad sin riesgos en la población.⁸

2.2 FUNDAMENTO NORMATIVO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD PERINATAL.

“La normatividad oficial establece los siguientes principios fundamentales:

El derecho de las mujeres a información adecuada sobre las características del curso normal del embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

El derecho al acceso universal a servicios integrales de salud perinatal que favorezcan una maternidad sin riesgos.

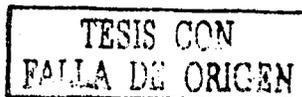
La aplicación de estrategias para la promoción de la salud durante el embarazo y en la atención prenatal con énfasis en la detección oportuna y manejo, y la referencia de embarazo de alto riesgo al siguiente nivel de atención.

La atención prenatal debe otorgarse con enfoque de riesgo a través de un mínimo de cinco consultas durante el embarazo.

Garantizar el acceso a los servicios e insumos para disminuir la incidencia de la anemia ferropriva en las mujeres gestantes.

Aplicar esquemas de inmunización con toxoides tétanos diftérico a todas las mujeres en la edad reproductiva, especialmente a las embarazadas.

⁸ Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.



Capacitar al equipo de salud de los diferentes niveles en la atención del parto incluyendo a las parteras tradicionales y al personal comunitario.

Identificación de practicas y factores de riesgos en la infección VIH; en mujeres embarazadas y si referencia para diagnostico y prevención de la transmisión.

Proporcionar información durante la atención prenatal sobre los diversos componentes de salud reproductiva incluyendo planificación familiar, señalando la convivencia del espaciamiento intergenésico.

Asegurar la atención oportuna de las urgencias obstétricas, incluida la prevención y manejo de las complicaciones del aborto y la orientación-consejería sobre anticoncepción aborto para evitar la recurrencia.

Garantizar el acceso al servicio de calidad en la atención obstétrica y neonatal con personal capacitado.

Proporcionar servicios de anticoncepción post-parto y trans-cesárea con métodos o estrategias que no interfieren con la lactancia materna, con absoluto respeto a la libre decisión de la mujer.⁹

⁹ Norma Oficial Mexicana, Edit. SSA, México, 2000

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3 SALUD PERINATAL.

El componente de salud perinatal, incluye acciones dirigidas a la mujer, a la pareja y a la familia en torno al proceso biológico de la reproducción, sus componentes emocionales y sus características sociales. Entre ellos, el concepto de embarazo, parto y puerperio, como eventos fisiológicos que permiten la perpetuación de nuestra especie y no obstante que la gestación no es una circunstancia patológica o enfermedad, requiere de información y orientación de hábitos de vida saludable, de autocuidado, de atención y vigilancia por parte del equipo de salud.

El programa de salud reproductiva establece que se debe aplicar sistemáticamente el enfoque de riesgo en la atención a la salud perinatal, especialmente cuando se identifican antecedentes familiares o personales, condiciones o circunstancias que representen factores que puedan poner en riesgo la evolución normal de la gestación.¹⁰

Durante el periodo preconcepcional, las acciones son de tipo informativo y de orientación a través de sesiones educativas, de promoción y de comunicación interpersonal, para favorecer que el embarazo sea planeado y que ocurra en las mejores condiciones de salud de tal manera que la maternidad se convierta en un hecho gozoso, saludable y sin riesgo.

Las acciones durante el periodo de la gestación están dirigidas a la vigilancia del embarazo desde la etapa más temprana posible, con el número adecuado de controles prenatales necesarios y oportunos para detectar factores de riesgo

y brindar atención adecuada en el lugar más conveniente, incluida la atención del parto y del puerperio por personal de salud debidamente capacitado.

La atención del embarazo y su resolución en madres adolescentes requiere de alta calidad técnica y humanística con absoluto respeto a la libre decisión.

Las acciones preventivas incluyen las de comunicación educativa y social a través de diversas estrategias para difundir, promover y fomentar la demanda oportuna de la atención prenatal, además de estrategias extramuros destinadas a nivel comunitario como los puestos de salud para embarazadas, y el uso adecuado de las unidades de servicio, de cartilla nacional de la salud de la mujer, la historia clínica y carnet-perinatal, así como de la libreta de salud materno infantil. En el componente comunitario del programa, la capacitación de parteras tradicionales es considerada como unas de las acciones básicas de salud perinatal, especialmente en regiones de alta ruralidad y poblaciones indígenas, donde la accesibilidad a los servicios de salud es limitada.

El aspecto más relevante en la capacitación de parteras y personal voluntario de la comunidad es la detección temprana de síntomas y/o signos del embarazo de alto riesgo, para su referencia inmediata al servicio de salud más próximo.

La atención prenatal en el primer nivel se orienta con enfoque de riesgo y se apoya la capacitación del equipo de salud, en forma permanente para facilitar la detección temprana de complicaciones durante la gestación.

¹⁰ Pérez Palacios Gregorio Op.cit. P.p. 9

Algunas de las instituciones del sector salud han implementado una serie de estrategias para fortalecer la atención prenatal en el segundo nivel. Recientemente se ha iniciado la aplicación de la estrategia de segunda opinión para la vigilancia y reducción de la operación cesárea.

Durante los últimos años se lograron avances importantes en materia de información, registro y estudio de la mortalidad materna y perinatal, además se fortalecieron y reorientaron las funciones de los comités estatales, jurisdiccionales e institucionales para el estudio de la mortalidad materna y perinatal, y acciones locales para prevenir las complicaciones de la gestación y del puerperio, además la atención a la salud perinatal se proporciona con absoluto respeto a la dignidad de los individuos, al ejercicio de los derechos reproductivos, eliminando cualquier forma de coerción o discriminación, en estricto apego a la norma oficial mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, cuya actualización esta en proceso y a los lineamientos técnicos en esta materia.

2.4 ATENCIÓN DEL EMBARAZO.

El embarazo es un proceso fisiológico, que comprende desde la concepción hasta el nacimiento, que requiere de atención y vigilancia, para evitar riesgos y complicaciones que puedan alterar la salud y poner en riesgo la vida de la madre y/o el recién nacido. La atención prenatal constituye la mejor estrategia orientada a la prevención, detección y control de los factores de riesgo obstétricos y circunstancias patológicas interrecurrentes en el embarazo y en el periodo puerperal.

Para que la atención prenatal sea exitosa debe reunir las siguientes características:

OPORTUNA. Debe iniciarse antes de la semana 12 de gestación, desde la sospecha del embarazo para la identificación temprana de los factores de riesgo.

PERIÓDICA. En los embarazos de bajo riesgo, en donde no existan condiciones patológicas interrecurrentes, se deben recibir un mínimo de cinco consultas: la primera en el primer trimestre, la segunda y tercera en el segundo trimestre y una consulta mensual en el tercer trimestre. Cuando se trate de embarazos de riesgos, el número de consultas se ajustara de acuerdo a los factores de riesgo detectados.

COMPLETA. Deberá incluir acciones y estrategias de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. La atención será universal, es decir

se deberá proporcionar a todas las mujeres embarazadas con el fin de reducir los índices de morbi y mortalidad materna y perinatal.

La normatividad oficial establece que a toda mujer que curse con embarazo de bajo riesgo se deben de otorgar cinco consultas prenatales como mínimo, y que para la atención prenatal se debe disponer de instrumentos que permiten identificar los riesgos obstétricos y perinatales; los instrumentos utilizados durante la atención prenatal son la historia clínica perinatal y el carnet perinatal.

La historia clínica perinatal, permite documentar la evolución de la gestación y los acontecimientos obstétricos y del recién nacido en el periodo neonatal temprano, es esencial para definir o clasificar el nivel de riesgo obstétrico.

El carnet perinatal empleado para la referencia y contra referencia en los diferentes niveles de atención, que debe proporcionarse a la mujer embarazada desde la primera consulta.¹¹

¹¹ Pérez Palacios, Gregorio. Op.cit. P.P.13.

2.5 CAUSAS MAS FRECUENTES DE MORBI -MORTALIDAD MATERNO INFANTIL.

Las causas de la mortalidad materna en México incluyen en primer lugar la enfermedad hipertensiva del embarazo seguida por la hemorragia obstétrica, el tercer y cuarto lugar lo ocupan al sepsis y complicaciones del puerperio y el aborto complicado. La tasa de mortalidad materna a mostrado una tasa descendente en las ultimas décadas en nuestro país.

En el año de 1999 de acuerdo con la información preliminar dirección general de estadística e informática de la SSA, el número de defunciones maternas fue de 1237, lo que representa una tasa de 4.6 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos registrados.¹²

Las complicaciones hipertensivas del embarazo constituyen una de las partes más importantes de morbi-mortalidad en casi todos los países del mundo, industrializados como en desarrollo. En países con dispersión geográfica de sus asentamientos humanos, en presencia de elevada ruralidad y bajo nivel socioeconómico.

Es un problema del primer mundo y ocupa un lugar secundario en zonas no urbanas en donde predominan las complicaciones hemorrágicas.

Se acepta que casi la totalidad de las muertes obstétricas directas son previsibles mediante atención prenatal y asistencia obstétrica de buena calidad. La preclampsia-eclampsia ocupó el primer lugar como causa de

¹² Álvarez, B.A. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. En mortalidad materna. Gac. Mex. 1999. pp. 104-125.

muerte en el quinquenio de 1989-1993 y representó un 25% de todos los fallecimientos maternos.¹³

2.6 ESTRATEGIAS Y ACCIONES PARA CONTRIBUIR A REDUCIR LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL.

Las acciones de salud perinatal tienen como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgo para todas las mujeres e incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de morbi-mortalidad materna y perinatal.

La mortalidad materna constituye una verdadera iniquidad social y de género ya que la mayor parte de sus causas son prevenibles. De origen multifactorial, este indicador está relacionado con el acceso a información y servicios de salud así como de factores socioeconómicos, incluyendo la educación y las condiciones nutricionales y sanitarias de la población.

El equipo de salud integrado por el personal médico, enfermería, psicología, y trabajo social, brindará información, orientación y servicios, con absoluto respeto a la dignidad de la población usuaria, en un marco de privacidad y confidencialidad y en estricto apego a la normatividad oficial vigente.

A través de la comunicación interpersonal deberá promover, entre las usuarias de los servicios, la nueva cultura de la salud reproductiva, los enormes beneficios de la atención prenatal y del autocuidado de la salud.

¹³ Williams Obstetricia 4ª Edición, Editorial Masson, S.A. Año 1996. pp. 753-796.

PREVENCION.

1. AMPLIACION DE COBERTURA DE LA ATENCION PRENATAL.

Para ampliar la cobertura de la atención prenatal se requiere promoverla entre la población, incrementar la demanda y la oferta, en sectores públicos y social.

2. CAMPAÑA MULTIMEDIA.

Para lograrlo había que realizar campañas multimedia, difusión y mensajes de salud en los medios masivos, especialmente cuando se tiene por objetivo modificar conductas hacia procesos que son considerados normales por la población.

3. PARTICIPACION DE LA SOCIEDAD CIVIL.

La sociedad civil organizada a través estrategias comunitarias de promoción de la atención prenatal. Una alternativa exitosa es la instalación de puestos de salud para mujeres embarazadas.¹⁴

¹⁴ Manual de Uso de Materiales de Información, Educación y Comunicación en Salud Reproductiva. P.p. 16-17.

4. LIBRETA DE SALUD MATERNO INFANTIL.

El uso adecuado de la libreta de salud materno infantil es un instrumento de información y capacitación para que la pareja participe y mejore la condición de salud de las mujeres embarazadas

5. INCENTIVOS DE ACCESO A LOS SERVICIOS.

Estas acciones incluyen la extensión de cuotas en atención de partos y puerperio en aquellas mujeres que cumplen una serie de requerimientos generales y específicos adecuados por cada una de las instituciones.

6. CARTILLA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER.

Incluye actividades de salud prenatal. Se fomenta el autocuidado de la salud y apoya a los prestadores de servicios, facilita llevar el seguimiento adecuado en la etapa reproductiva y detectar población en riesgo.

INCREMENTANDO LA CALIDAD DE ATENCIÓN.

1. CAPACITACION.

Mantener actualizado al personal de salud para la atención de la salud perinatal.

2. CONTROL PRENATAL CON ENFOQUE DE RIESGO.

El modelo incluye estrategias para identificar y manejar oportunamente los riesgos asociados a la gestación y resolución del evento obstétrico lo que permite incrementar la calidad de la atención a la salud materna en las unidades de primero y/o segundo nivel.

ACCIONES DE INTERVENCIÓN.

1. LINEAMIENTOS TÉCNICOS.

Manual para las urgencias obstétricas en el primer nivel de atención y lineamientos técnicos para la prevención y manejo de la preclampsia/eclampsia. La hemorragia obstétrica y la infección puerperal, así como la indicación y práctica de la operación cesárea.

2. CAPACITACION EN EL MANEJO DE LA PACIENTE OBSTETRICA EN ESTADO CRÍTICO.

Se capacitó a médicos gineco-obstetras, internistas e intensivistas en el manejo de las principales complicaciones obstétricas que pudieran elevar el riesgo de fallecer por afecciones maternas.

3. CAJA ROJA PARA EL MANEJO DE PREECLAMPSIA/ECLAMPSIA.

Este contiene los medicamentos esenciales para la atención de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo y un manual de uso.

4. DIRECTORIO DE REDES ESTATALES DE BANCOS DE SANGRE.

Los directorios que incluyen el nombre del responsable, dirección, teléfono y plano de ubicación por entidad federativa y jurisdicción sanitaria; ya están disponibles para el país.

5. ATENCION DEL ABORTO INCOMPLETO Y/O SUS COMPLICACIONES.

Se han capacitado más de 1500 médicos y enfermeras de los hospitales del sector público en el uso de la aspiración manual endouterina, que es el procedimiento de primera elección en el manejo del aborto.

6. VIGILANCIA DE LA OPERACIÓN CESAREA.

La dirección general de salud reproductiva de la SSA ha elaborado el lineamiento técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea, con el propósito de disminuir la frecuencia de su práctica innecesaria, estableciendo las indicaciones medicas precisas de esta intervención quirúrgica.

INVESTIGACIÓN.

La promoción y coordinación de la investigación clínica, epidemiológica y operativa en salud perinatal. Es una estrategia básica de la salud reproductiva, que permita mantener actualizado el conocimiento, así como adaptar y adoptar los avances científicos y tecnológicos que ocurren.¹⁵

2.7 ASPECTOS ETICOS DEL ESTUDIO.

La profesionista deberá tener conciencia social en el trato del paciente, y para esto debemos considerar el rol de la mujer en la sociedad, respetar ideas y creencias, demostrar una actitud de aceptación y comprensión, entender el sufrimiento del ser humano y darle el valor que tiene el binomio madre e hijo, dentro del contexto del ser humano.¹⁶ Los cuales como creación a imagen y semejanza de dios, todos somos iguales y el trato que quisiéramos recibir nosotros proporcionárselo ala paciente respetar su integridad físicas y psicológica, tratando de elevar su autoestima para poder lograr una mejor reacción ante el proceso de la gestación, parto y puerperio.

Ahora que ha adquirido fuerza el movimiento de garantía de calidad y que existe un reclamo por los derechos del paciente, la conciencia ética de la enfermera y del enfermero le remite a un comportamiento humano y a una practica con enfoque de genero, condición que requiere de un compromiso con la situación de la mujer en su contexto social y cultural.

¹⁵ Secretaria de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Edit. SSA, Mex. 2000. P.p. 25-35.

¹⁶ Rubio Dominguez Severino op. Cit. Pags. 98,99.

En nuestro país la mujer se encuentra en condiciones de inequidad y con frecuencia marginada por influencia del rol, las costumbres y en general por la ideología e idiosincrasia popular que le hacen más difícil su desarrollo. Para la sociedad moderna la mujer posee atributos e inteligencia natural, como cualquier ser humano integro sin embargo en la realidad aun se aprecian importantes condiciones de injusticia e inequidad que le hacen sentir devaluada. La mujer se encuentra por una parte asimilando valores y tareas que le asignan en su ambiente social y por otra luchando por dignificar su función en la familia, la escuela y el trabajo. En la época actual la mujer emprende nuevos retos que superan con mucho los esfuerzos de generaciones anteriores, y tiene otras aspiraciones de realización. Pero tampoco hoy dado que las condiciones siguen siendo desfavorables en muchos frentes, en particular para la mujer que debió subordinarse durante la socialización y que ha tenido que asimilar una actitud dependiente que trae en consecuencia una baja estima.

Un profesionista que sirve a una mujer, sobre todo en procesos tan íntimos y de enorme valor para su existencia, como es el caso de la maternidad, debe hacerlo con actitud comprensiva de sus circunstancias, con profundo respeto a su dignidad y a sus derechos fundamentales pero también con especial reconocimiento de su esfuerzo por una vida plena que le permita disfrutar la experiencia del nacimiento.

Hay que tener en cuenta que es esencial la confianza de la mujer con el obstetra, pero el o la enfermera obstetra necesitan desarrollar sensibilidad de trato y ascendencia moral con la mujer para lograr esa confianza. Es importante la expresión, la presentación, la seguridad con la que se le brindara la atención, demostrar un genuino interés por ayudar, y un compromiso real en el proceso de relación interhumana que se inicia desde la

primera consulta y durante el interrogatorio, exploración y auscultaciones necesarias al caso.

Para la enfermera obstetra, la mujer, su futura paciente, no es un cuerpo con órganos para la reproducción, y con un feto en desarrollo, una mujer es vida, tradición, historia y cultura que merece lo mejor de nuestro servicio, de nuestra capacidad humanística y de la disposición de ayuda que caracterizan a nuestra profesión en el mundo.¹⁷

2.8 INDICADORES DE SALUD MATERNA.

La morbilidad y mortalidad materna es un importante indicador de salud, así como la morbilidad y mortalidad infantil, por que están asociados a una gran variedad de factores, tales como la salud materna, la calidad y el acceso a los servicios de salud, las condiciones socioeconómicas y las practicas de salud publica.¹⁸

De acuerdo con la información del Comité Nacional Materno y Perinatal, la preeclampsia y eclampsia ocuparon el primer lugar como causa de muerte materna en 1989-1993.

Los registros de los Comités institucionales de estudios en mortalidad materna en 1987 y 1996 también la preeclampsia y la eclampsia fueron los responsables de 1033 casos de muerte, es decir el 36.2% de las muertes ocurridas en ese año, de los cuales se revelo que 377 casos (36.5%) existió un

¹⁷ <http://www.saludpublica.com/Ampl/amp109/sep053.htm>

¹⁸ Organización Panamericana de la Salud "la Salud del Niño". En: La salud de las Americas, Vol. I, Edición 1988. P.p. 65.

manejo medico inadecuado en la unidad hospitalaria en la que se efectuó la atención y el 18.5% (191), la responsabilidad de los acontecimientos que condujo a la muerte se le atribuyo a ella misma; en 153 casos (14.8%), el manejo medico inadecuado tuvo lugar en el primer nivel de atención, en 81 (7.9%), no fue valorable, en 25 (2.4%) causa institucional y en 94 (9.1%) no se identifico algún factor de este tipo.

Debe destacarse que la mitad de las muertes 46.2% hayan sido originadas por hemorragia cerebral.

Las enfermedades transmisibles y las originadas en el periodo perinatal son las dos causas de muerte mas importantes.

2.9 VALORACION DE RIESGO Y ENFOQUE DE RIESGO.

VALORACIÓN DE RIESGO.

Es la aplicación del Previgen que se lleva a cabo en la mujer durante diversas etapas para detectar factores de riesgo, esta valoración debe realizarse durante la etapa preconcepcional, gestacional, obstétrico y perinatal. Con el objetivo de prevenir, tratar y controlar los riesgos en la mujer embarazada.¹⁹

El riesgo reproductivo es pocas veces valorado en las instituciones, y todavía no profundiza en la cultura de la mujer la importancia de la autoexploración. Es necesario crear instrumentos y la educación necesaria a cada caso para el autocuidado. La enfermera profesional puede asumir la tarea de valorar a las mujeres en edad reproductiva, durante los periodos no gestacionales. El riesgo reproductivo obstétrico es una tarea mas especializada, sin embargo la

¹⁹ OPS Salud Reproductiva: Concepto e Importancia No. 39 Cap. Definición y Concepto Salud Reproductiva P.p. 5

Enfermera Obstétrica ha demostrado que puede hacerlo con verdadera eficacia. Es aplicable durante el embarazo, periodo prenatal y como en el parto.

El sistema general de evaluación, para que sea útil debe abarcar el riesgo reproductivo perinatal. Es conveniente analizar cada factor y la función que este tiene en cada etapa de la valoración.

EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION A LA SALUD.

Como puede interpretarse el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto enfermen o mueran durante las diversas etapas por las cuales tiene que pasar la mujer embarazada, si no que la esperanza es influir a que este proceso se lleve a acabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la pareja, situación que permite lograr un recién nacido saludable.²⁰

La atención primaria es una estrategia de atención que para reportar resultados favorables en los índices de salud materno–infantil requiere de las siguientes condiciones:

1. Aplicar el enfoque de riesgo.
2. Responsabilidad Multisectorial.
3. Utilizar Tecnología Simplificada, como los instrumentos precodificados para evaluar, detectar calificar los riesgos y su fuerza de asociación, recursos que también son útiles para guiar las intervenciones profesionales.

²⁰ SS Maternidad Saludable y sin Riesgos P.p. 54

4. Lograr la participación comprometida de las personas y de la comunidad.
5. Integrar acciones eminentemente preventivas para evitar daños a la salud.

EL ENFOQUE DE RIESGO.

Es un método que se utiliza para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Intenta mejorar la atención para todos, pero prestando mayor atención en aquellas personas que más lo requieren. Es un enfoque no igualitario y discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención.

En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. Se ha dicho que tales grupos son especialmente vulnerables y que algunas de las razones de ellos pueden ser identificadas. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc., las que reunidas confieren un riesgo particular ya sea de estar sano o de sufrir una enfermedad en el futuro. Es así como las mujeres embarazadas, los niños, los emigrantes, las personas de edad avanzada y los grupos con pocos recursos, son especialmente vulnerables, mientras los opulentos y el grupo de adultos jóvenes son generalmente menos vulnerables.

Existe también riesgos en la comunidad derivados por ejemplo, de la presencia de malaria, de la contaminación ambiental, del abastecimiento deficiente de agua, de la pobreza o deficiencia de los servicios de salud. El nivel de riesgo en estos casos es también una expresión de necesidad, cuya cuantificación es un componente esencial en la determinación de prioridades, en la selección de intervenciones y en la distribución de recursos humanos, materiales y económicos. Por consiguiente para poderse formular una estrategia de riesgo hay que contar con información básica confiable. La recolección y análisis de tal información constituyen una parte esencial de la investigación del enfoque de riesgo.

2.10 INTERVENCION DEL LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

El papel que juega la Licenciada (o), en Enfermería y Obstetricia es de suma importancia ya que el futuro del individuo dependerá de muchos factores, es importante entre ellos, la salud física y psicológica de la mujer embarazada y de la calidad de asistencia recibida, la cual tiene una estrecha relación con la capacidad y conocimientos profesionales del personal de salud.

La atención primaria perinatal en el primer nivel de atención es la base para un buen tratamiento oportuno y eficaz para la mujer durante la etapa de gestación, parto y puerperio. La enfermera profesional tiene que ampliar su rol tradicional, asumiendo responsabilidades para las cuales ha sido preparada, contribuir a ampliar la cobertura, mejorar la calidad de la atención, lograr el equilibrio entre el costo y el beneficio, aplicado el enfoque de riesgo con instrumentos precodificados y tecnología perinatal simplificada que le permita actuar sobre el control de factores que epidemiológicamente han de mostrado

fuerza de asociación y predicción de daños a la salud materno infantil. La enfermera puede ofrecer cuidado integral a la mujer embarazada de bajo riesgo y apoyar el nacimiento eutócico, pero también puede ayudar cuando es posible a cancelar, atenuar o controlar los factores de riesgo que frecuentemente se asocian al proceso de gestación, parto y puerperio.

El rol que juega la licenciada en Enfermería y Obstetricia en algunas comunidades es de suma importancia porque su intervención se realiza de forma independiente en el primer nivel de atención, realizando detección oportuna utilizando su criterio para el control prenatal, proporcionando atención de partos de bajo riesgo, cuidado mediato e inmediato del puerperio, fomento a la salud, prevenir enfermedades, responsabilizar a la población de su propia salud.

En estos propósitos destaca la participación de la enfermera en el cuidado del embarazo y en la preparación para el parto a través de cursos formales a grupos de mujeres embarazadas mismos que se imparten tomando en cuenta los principios de psicoprofilaxis obstétrica como alternativa fisiológica y humanizada que utiliza métodos y recursos modernos que hacen confiables los resultados en cuanto a propiciar el nacimiento natural, tan indispensables para el futuro de salud de madre e hijo. Lograr una actitud más favorable con relación a la lactancia materna ofreciendo asesoramiento acerca de la alimentación y el manejo del recién nacido, para la estimulación del crecimiento y desarrollo de un niño sano integrado a la dinámica cotidiana del hogar.

El proceso educativo pretende incidir en la mayor aceptación de una metodología que contribuya a mejorar sus condiciones de salud.²¹

²¹ Leahy, Kathleen, Ma. Cobb, M. Marguerite. Enfermería para la Salud de la Comunidad, México, D.F.; Editorial La Prensa Médica Mexicana, 1980, P.p. 445.

La educación para la salud perinatal debe entonces ser efectiva, y para propiciar el cambio de actitud de los padres sobre la sexualidad y la reproducción en condiciones saludables, requiere de alcanzar una gran cobertura de información para que se incida en el convencimiento y en la concientización sobre estilos de vida saludables y comprometidos con las ventajas de seguir un patrón de comportamiento esforzado en lograr el bienestar materno-infantil, reconocer la necesidad de mejorar la equidad de condiciones en el hogar, y como evitar riesgos y situaciones dañinas en este proceso.

La enfermera se encarga de realizar la detección oportuna de casos, del control, tratamiento, rehabilitación, educación y atención.

2.11 DATOS ESTADÍSTICOS.

Los servicios de salud se valoran a menudo mediante un examen de las estadísticas de morbilidad y mortalidad en una población determinada. En la asistencia de maternidad los principales indicadores de salud son: natalidad, mortalidad materna e infantil y peso al nacimiento.

En el estado de Chiapas la mortalidad materna ocurridas durante el año de 2002 fueron:²²

²² Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección de Estadísticas e Informática, Mortalidad 2002, Secretaría de Salud.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

EDAD. (AÑOS)

Edad	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
Muertes	3	2	2	9	3	6	3	1	6	2	2	3	3	2	4	7	6	2	0	0	14	4	0	1	2	1	0	1	1

ESTADO CIVIL.

CASADAS	38
SOLTERAS	3
UNION LIBRE	41
VIUDA	1
SE IGNORA	7

OCUPACIÓN.

HOGAR	86
DOMESTICA	2
LAVANDERA	1
ESTUDIANTE	1

MUNICIPIOS.

NOMBRE	MUERTES	NOMBRE	MUERTES	NOMBRE	MUERTES
Tuxtla Gutiérrez	3	Villa Corzo	3	Frontera Hidalgo	1
Cintalapa	1	Huitiupan	3	Cacahoatan	1
Ixtapa	2	El Bosque	2	Mapastepec	1
Ocozocoautla	1	Simojovel	3	Tuxtla Chico	1
Venustiano Carranza	1	Ostuacan	1	Tonala	3
San Juan Cancuc	5	Bochil	1		
San Juan Chamula	6	Jitotol	1		
Tenejapa	2	Salto de Agua	3		
San Cristóbal	1	El Porvenir	1		
Villa Las Rosas	1	La Grandeza	2		
Larrainzar	1	Siltepec	2		
Teopisca	2	Chilon	1		
Oxchuc	1	Benemérito	1		
Mitontic	1	Ocosingo	7		
Pantelho	1	Sabanilla	2		
Motozintla	3	Tila	2		
Trinitaria	2	Yajalon	1		
Comalapa	2	Tumbala	1		
Las Margaritas	2	Tapachula	5		
La Independencia	2	Tuzantan	1		

TOTAL 90 MUERTES EN EL AÑO 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE MATERNA EN CHIAPAS.

- 1. HEMORRAGIAS 36.9%.**
- 2. PRECLAMPSIA Y ECLAMPSIA 11.7%.**
- 3. SEPTICEMIAS 10.8%.**
- 4. OTROS 21.6%.**

MUERTES MATERNAS EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL DR. RAFAEL PASCACIO GAMBOA, DE TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS EN EL PERIODO 2002.

Un total de 7 muertes maternas, las principales causas fueron; Eclampsia, Shock Hipovolémico y Síndrome de Help.²³

Y en el periodo comprendido de Enero a Abril de 2003, se han registrado 5 muertes maternas de las cuales encabeza el Síndrome de Help la principal causa hasta este momento, ocupando el segundo lugar la Preclampsia y Eclampsia.

El estado de Chiapas ocupa desde hace varios años las tasas mas altas de muertes maternas a nivel nacional.

²³ Estadística e Informática del Hospital General Regional "Dr. Rafael Pascacio Gamboa" Muertes Maternas 2002, 2003.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. MATERIAL Y METODO.

3.1. JUSTIFICACIÓN.

Tomando en cuenta que “la mortalidad materna constituye una verdadera inequidad social y de género ya que la mayor parte de sus causas son prevenibles”.²⁴ De origen multifactorial, éste indicador está relacionado con el acceso a información y servicios de salud así como de factores socioeconómicos, incluyendo la educación y las condiciones nutricionales y sanitarias de la población. La disminución de la mortalidad materna requiere de múltiples estrategias con la participación de todos los sectores de la sociedad.

Para enfermería la realización de este trabajo se justifica básicamente en que se genere un cambio en el reconocimiento como personal de salud por su capacidad de interacción y la cercanía con la población, teniendo una participación activa en promoción a la salud, detección de factores de riesgos en mujeres embarazadas, mediante el desarrollo de actividades de investigaciones, capacitación y asesoría; considerando el control prenatal como elemento fundamental para la detección de factores de riesgo en mujeres embarazadas, teniendo como objetivo propiciar la maternidad saludable y sin riesgos.

3.2. OBJETIVO GENERAL.

Describir las características de las mujeres embarazadas sin control prenatal.

ESPECIFICOS:

Identificar las características de edad en la mujer embarazada sin control prenatal.

Identificar las características del nivel socioeconómico de la mujer embarazada sin control prenatal.

Identificar el estado civil de las mujeres embarazadas sin control prenatal.

Identificar el grado de escolaridad de la mujer embarazada sin control prenatal.

Identificar el lugar de residencia habitual de la mujer embarazada sin control prenatal.

Identificar el nivel de conocimiento de las mujeres embarazada sin control prenatal.

²⁴ Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1999.

Identificar las características de la actividad laboral de las mujeres embarazadas sin control prenatal.

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Centro de Salud Urbano, Terán SSA, durante el primer semestre del 2002 se ha observado la poca asistencia de mujeres embarazadas a la consulta prenatal. Por lo anterior, ¿Cuáles son las características de las mujeres sin control prenatal?.

3.4. HIPÓTESIS.

Las características de las mujeres embarazadas sin control prenatal son: edad temprana, estado civil casadas, de bajo peso y talla, desnutridas, desconocimiento del control prenatal y nivel socioeconómico bajo.

3.5 VARIABLE ESTUDIO.

Características de mujeres embarazadas sin control prenatal.

a).- definición nominal.

Los características de mujeres embarazadas sin control prenatal son todas aquellas condiciones que incrementan la probabilidad de enfermedad y complicación durante la etapa gestacional.

b).- indicadores.

Edad

Estado civil

Domicilio

Actividad laboral

Alfabetismo

Nivel económico

Conocimientos de control prenatal

DEFINICION NOMINAL.

Edad: Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.

Estado civil: Situación tipificadamente como fundamental en la organización de la comunidad.

Domicilio: Lugar de residencia habitual.

Actividad laboral: Ocupación de los individuos aplicados a la producción de salarios.

Alfabetismo. Que sabe leer aunque en algunos casos no escriba.

Nivel económico: Estimación de la cantidad de riqueza y de la prosperidad de una familia.

Conocimiento: Efecto de conocer, entendimiento, inteligencia, razón natural, averiguar o enterarse de ello.

DEFINICIÓN OPERATIVA

INDICADOR	TIPO	ESCALA	CATEGORÍAS
EDAD	CUANTITATIVA	INTERVALO	AÑOS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	CASADA SOLTERA DIVORCIADA UNION LIBRE VIUDA
DISTANCIA	CUANTITATIVA	CONTINUA	HORAS
ACT. LABORAL	CUALITATIVA	NOMINAL	SI, NO
ALFABETISMO	CUALITATIVA	NOMINAL	SI, NO
NIVEL ECONOMICO	CUALITATIVA	ORDINAL	ALTO, MEDIO BAJO
CONOCIMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	SI, NO

3.6 TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, prospectivo, trasversal y no experimental

3.7 UNIVERSO DE ESTUDIO.

Centro de Salud Urbano Terán SSA, de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

3.8 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Usuaris embarazadas, sin control prenatal.

3.9 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

INCLUSIÓN.

Mujeres embarazadas sin control prenatal en Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en el período comprendido del mes de junio al mes de julio del 2002.

EXCLUSIÓN.

Mujeres embarazadas que asisten regularmente a control prenatal.

ELIMINACIÓN.

Mujeres embarazadas que se negaron a participar a la realización de la encuesta.

3.10 UNIVERSO MUESTRA.

No estadístico y arbitrario.

Mujeres embarazadas que no asisten a control prenatal, que viven en la población de Terán, Tuxtla Gutiérrez Chiapas en el periodo comprendido Junio a Julio de 2002.

3.11 INSTRUMENTO.

Para la realización de la investigación se diseñó un instrumento (Encuestas, con 14 reactivos aplicados.) mismos que contemplan datos específicos relativos a: edad, estado civil, domicilio, escolaridad, actividad laboral, ingreso económico, conocimiento sobre control prenatal. (ver anexo).

3.12 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Se aplicó una prueba piloto en un total de 5 mujeres embarazadas sin control prenatal, la encuesta fue clara y entendible para el entrevistado, pero no dimos cuenta que faltaron anotar 2 preguntas que son importantes para la identificación de las características de las mujeres embarazadas sin control prenatal. Posteriormente el instrumento es consistente y claro para los propósitos trazados.

3.13 PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Para el procesamiento estadístico de la información recolectada se realizó tabulación manual y se elaboraron información en cuadros.

IV. RESULTADO.

4.1 DATOS GENERALES.

Después de haber aplicado el instrumento a un total de 40 mujeres embarazadas sin control prenatal encontramos que: con relación a la edad de las entrevistadas que un 37.5% corresponden a menores de 20 años, el 30% entre 20 y 25 años, 17.5% de 26 a 30 años, 12.5% de 31 a 35 años, y el 2.5% fueron no mayores de 35 años, (ver cuadro # 1).

En relación con el estado civil un 55% de las mujeres embarazadas son casadas el 25% son solteras y un 20% viven en unión libre (ver cuadro # 2).

Cuadro 1.

**Edad sujetos estudios.
Características de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Edad	Numero	Porcentaje
- de 20 años	15	37.5 %
20 – 25 años	12	30 %
26 - 30 años	7	17.5 %
31 – 35 años	5	12.5 %
+ de 35 años	1	2.5 %
Total	40	100 %

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 2.

**Estado civil sujeto de estudio.
Características de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Estado Civil	Numero	Porcentaje
Casadas	22	55 %
Solteras	10	25 %
Unión Libre	8	20 %
Total	40	100 %

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

4.2 DATOS ESPECIFICOS.

En relación con la escolaridad de las mujeres embarazadas sin control prenatal el 45% tienen estudios de educación primaria, 17.5% secundaria, 12.5% preparatoria y un 5% universidad. (ver cuadro # 3).

En relación con la actividad laboral un 92.5% de las mujeres embarazadas se dedican al hogar y solamente un 7.5% de ellas trabajan (ver cuadro # 4).

En relación al tiempo que realizan para llegar al centro de salud mas cercano un 50% refiere a ser mas de 30 minutos, 32.5% menos de 30 minutos, el 12.5% una hora, y el 5% restante tardan de una a dos horas. (ver cuadro # 5).

En relación a la actividad laboral un 92.5% se dedica al hogar, un 2.5 % empleadas de mostrador, 2.5 % negocio propio y un 2.5% empleadas domestica.(ver cuadro # 6).

En relación al conocimiento del numero de asistencia a control prenatal que debe llevar encontramos que un 57.5% no sabe a cuantas consultas debe asistir durante el embarazo, un 27.5% refiere mas de 7 consultas prenatales, el 7.5 % de 1 – 2 consultas prenatales, el 5% de 5 –7 consultas, y el 2.5% de 3 – 4 consultas prenatales (ver cuadro # 7).

En relación al conocimiento del programa de salud, un 60% desconoce dicha prestación y un 40% si conoce (ver cuadro # 8).

En relación al conocimiento con el programa de salud existente de la atención del parto gratuito con un mínimo de 5 consultas prenatales, un 75% desconocen este incentivo y un 25% si conoce (ver cuadro No. 9).

En relación al conocimiento de los riesgos prevenibles durante el embarazo un 92.5% desconoce y un 7.5% conoce algunos riesgos prevenibles durante esta etapa. (ver cuadro No. 10).

Cuadro 3.

**Escolaridad sujeto de estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Escolaridad	Numero	Porcentaje
Primaria	18	45%
Secundaria	7	17.5%
Preparatoria	5	12.5%
Universidad	2	5%
Total		80%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 4.

**Trabajo del sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Trabaja	Numero	Porcentaje
No	37	92.5%
Si	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 5.

Tiempo que realiza el sujeto de estudio al centro de salud mas cercano.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.

VARIABLE

Tiempo	Numero	Porcentaje
+ de 30 minutos	20	50%
- de 30 minutos	13	32.5%
1 hora	5	12.5%
1 a 2 horas	2	5%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 6.

**Actividad laboral del sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Actividad Laboral	Numero	Porcentaje
Oficio del Hogar	37	92.5%
Empleada	1	2.5%
Negocio propio	1	2.5%
Empleada Domestica	1	2.5%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 7.

Conocimiento de la asistencia a control prenatal del sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.

VARIABLE

Asistencia a Control Prenatal	Numero	Porcentaje
No sabe	23	57.5%
1 - 2	3	7.5%
3 - 4	1	2.5%
5 - 7	2	5%
+ 7	11	27.5%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 8.

**Conocimiento sobre consulta gratuita sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Conocimiento sobre consulta gratuita	Numero	Porcentaje
No	24	60%
Si	16	40%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

Cuadro 9.

**Conocimiento, atención de parto gratuito sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal**

VARIABLE

Consulta de atención de parto gratuito	Numero	Porcentaje
No	30	75%
Si	10	25%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Cuadro 10.

**Conocimiento de factores de riesgo sujeto estudio.
Característica de mujeres embarazadas sin control prenatal.**

VARIABLE

Conocimiento de riesgos	Numero	Porcentaje
No	37	92.5%
Si	3	7.5%
Total	40	100%

Fuente: encuesta aplicada a mujeres embarazadas sin control prenatal en el centro de salud Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas 2002.

4.3 DISCUSION Y ANÁLISIS.

Después de haber obtenido los resultados de mujeres embarazadas sin control prenatal, en el centro de salud de Terán, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. Encontramos que las características principales del grupo son: la edad que predomina, menores de 20 años, el cual se maneja como un factor de riesgo. Escolaridad de las mujeres embarazadas sin control prenatal, en su mayoría cuentan únicamente con educación primaria, las cuales no trabajan ya que se dedican al hogar, cuentan con ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas. Las cuales coadyuvan a obstaculizar que asistan a la consulta de control prenatal. La mayoría carece de conocimientos sobre la consulta y la atención del parto gratuito en las instituciones de la SSA, así como de los factores de riesgos prevenibles mediante la atención prenatal.

Estos aspectos constituyen factores de riesgos por si mismos, no solamente del control prenatal, si no del embarazo, parto y puerperio, y son condiciones que deben de ser consideradas para su atención o cancelación de acuerdo con los estudios.

Como mencionamos anteriormente el futuro del individuo dependerá de muchos factores, una de ellas es la salud física, psicológica y la calidad de asistencia que reciba.

Si bien, es cierto a través de los años se ha mejorado la atención prenatal, existe mayor difusión, mas descubrimientos los cuales coadyuvan a la mejor atención del individuo, pero a través de las investigaciones y estadísticas de cada estado nos damos cuenta que aun nos falta mucho camino por recorrer

para lograr disminuir realmente las tasas de Morbilidad – Mortalidad materna y perinatal.

La reseña histórica de la mujer, nos demuestra también que el rol que ha desempeñado ha afectado en su cuidado y atención, podemos mencionar que el estilo de vida a influido en que la mujer no se interese tanto en su salud, ni en la atención que deba recibir durante la etapa gestacional. Todo lo anterior, aunado a otros factores como son: la falta de atención adecuada en las instituciones de salud, la preparación de la mujer, el nivel socioeconómico, la cultura, etc, afecta en gran manera su vida.

Debemos de seguir contribuyendo en la educación y desarrollo de la mujer hasta lograr que realmente esta se interese por cuidar de su vida.

4.4 PROPUESTAS.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la aplicación de las encuestas proponemos:

Realizar un censo en el área de atención que le corresponde al centro de salud Terán. Con la finalidad de detectar a mujeres embarazadas sin control prenatal y canalizarlas a una institución de salud.

Que en las clínicas de primer nivel se integre la EMI, para llevar el control de las pacientes embarazadas.

Capacitar al equipo de salud, con relación a los cambios y avances en el control prenatal a través de sesiones clínicas.

Concientizar al grupo de parteras, curanderos, etc; de la importancia de canalizar a las mujeres embarazadas a una institución de salud y capacitarlos para que puedan detectar factores de riesgo y signos y síntomas de alarma.

Elaborar carteles y trípticos los cuales se le proporcione a la población en general con información acerca de los programas nuevos de salud.

4.5 CONCLUSIONES.

Después de haber realizado este proyecto de investigación logramos describir las características de mujeres embarazadas sin control prenatal predominando mujeres menores de 20 años, casadas, con una escolaridad máxima de educación primaria, dedicadas a los quehaceres del hogar, con un ingreso insuficiente para satisfacer necesidades básicas y con muy poca información en relación a cuantas consultas debe asistir durante su embarazo, y que las consultas prenatales son totalmente gratuitas en las instituciones de salud (SSA). Además desconocen en su mayoría, los riesgos que pueden ser prevenibles durante la etapa gestacional llevando un buen control prenatal.

Respecto al objetivo general logramos describir algunas características de las mujeres embarazadas sin control prenatal, por lo que la hipótesis de trabajo sobre dichas características son verdaderas.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA.

ENCUESTA DE FACTORES DE RIESGO EN MUJERES EMBARAZADAS SIN CONTROL PRENATAL.

OBJETIVO: DESCRIBIR LOS FACTORES DE RIESGO DE MUJERES EN EL
EMBARAZO SIN CONTROL PRENATAL.

INSTRUCCIÓN: LLENAR CON LETRA CLARA Y DE MOLDE.

DATOS GENERALES:

1.- EDAD _____

2.- ¿ESTADO CIVIL?

SOLTERA () CASADA () UNION LIBRE ()

DIVORCIADA () VIUDA ().

DATOS ESPECIFICOS

3.- ¿CUANTO TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL CENTRO DE SALUD MAS
CERCANO A SU DOMICILIO?

* MENOS DE 30' () 30' () 1 HORA () 1-2 HORAS ()

4.- ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

SI ()

NO ()

5.- ¿QUE GRADO DE ESTUDIO CURSO?

PRIMARIA () SECUNDARIA () PREPARATORIA ()

UNIVERSIDAD() OTROS () CUAL _____

6.- ¿TRABAJA USTED?

SI () NO ()

7.- ¿EN QUE ACTIVIDAD TRABAJA?

EMPLEADA DE OFICINA () OBRERO () NEGOCIO PROPIO ()

EMPLEADA DOMESTICA () OFICIO DEL HOGAR ()

8.- ¿CUÁNTAS HORAS TRABAJA?

6 HORAS () 8 HORAS () 10 HORAS () 12 HORAS ()

9.-¿ CUANTO GANA MENSUALMENTE?

MENOS DE 1,000.00 () MAS DE 1,000.00 () DE 2,000.00 A 3,000.00 ()

4,000.00 O MAS ()

10.- ¿ES SUFICIENTE PARA CUBRIR SUS GASTOS?

INSUFICIENTE () SUFICIENTE ()

11.- ¿CUÁNTAS VECES DEBE ASISTIR A LA CONSULTA PRENATAL?

NO SABE () DE 1 A 2 () DE 3 A 4 () DE 5 A 7 () MAS DE 7 ()

12.- ¿SABE QUE LA CONSULTA PRENATAL ES GRATUITA?

SI () NO ()

13.- ¿ESTA ENTERADA QUE DESPUÉS DE CINCO CONSULTAS PRENATALES LA ATENCIÓN DE SU PARTO ES GRATUITA?

SI () NO ()

14.- ¿CONOCE QUE RIESGOS PUEDE PREVENIR ASISTIENDO A SU CONSULTA PRENATAL?

SI () NO ()

OBSERVACIONES _____

GLOSARIO.

ALTO RIESGO. Mayor probabilidad de que un hecho o suceso ocurra en el individuo o la comunidad.

ATENCIÓN PRENATAL. La serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con alguno de los integrantes del equipo de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo del recién nacido.

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD. La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías, prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de corresponsabilidad y autodeterminación.

CALIDAD DE LA ATENCIÓN. Grado en el que se obtienen los mayores beneficios de la atención médica con los menores riesgos para los pacientes, considerando los recursos con los que se cuenta y los valores sociales imperantes.

CALIDEZ EN LA ATENCIÓN. Cordial y agradable relación entre personal de salud y paciente.

CESAREA. Intervención quirúrgica que tiene como objetivo extraer al producto de la concepción vivo o muerto de 28 semanas o más, así como a sus anexos ovulares, a través de laparotomía o incisión de la pared uterina.

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

EDAD GESTACIONAL. Tiempo transcurrido desde la fecundación hasta el nacimiento.

ENFOQUE DE RIESGO. Método que se utiliza para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades y es también una herramienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud.

EMABARAZO. Es el periodo comprendido desde la concepción hasta la expulsión o extracción del feto y sus anexos.

EMBARAZO DE ALTO RIESGO. Aquel en el cual se tiene la probabilidad o la certeza de presentar estados patológicos o condiciones anormales, concomitantes con la gestación y el nacimiento que aumentan los peligros para la salud de la madre, la del feto o del recién nacido.

EUTOCIA. Parto normal, cuando el feto se presenta de vértice y el proceso termina sin necesidad de ayuda artificial a la madre o al producto de la concepción.

FACTOR DE RIESGO. Cualquier característica o circunstancia detectable en un individuo, familia e incluso en una comunidad.

MUERTE FETAL. Muerte de un producto de la concepción, de 22 semanas o más, antes de su expulsión o su extracción completa del cuerpo de su madre.

MUERTE MATERNA. Fallecimiento de una mujer mientras este embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención.

MUERTE NEONATAL. Muerte de un niño o niña en el periodo comprendido desde su nacimiento hasta los 28 días completos.

NACIMIENTO. Expulsión completa o extracción del organismo materno, de un feto de 22 semanas o más de gestación.

OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN. Consiste en otorgar los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del proveedor de servicios.

PARTICIPACIÓN SOCIAL. Proceso que permite involucrar a la población y a las instituciones de los sectores públicos, social y privado, en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer la salud materna y perinatal.

PARTO. Conjunto de fenómenos activos y pasivos, que permiten la expulsión por vía vaginal del feto de 22 semanas o más, de la placenta y de sus anexos.

PROMOCION DE LA SALUD. Estrategia que permite fortalecer los conocimientos y actitudes de la población en general, para participar corresponsablemente en el cuidado de la salud y para optar estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectiva.

PUERPERIO NORMAL. Periodo que sigue al alumbramiento, en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación. Tienen una duración de 6 semanas o 42 días.

RECIEN NACIDO. Niña o niño, desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

RIESGO. Probabilidad de que un hecho ocurra.

TAMIZ NEONATAL. Exámenes de laboratorio practicados al recién nacido, para detectar padecimiento de tipo metabólico.

URGENCIA OBSTETRICA. Complicación medica durante la gestación, el parto o el puerperio, que incrementa el riesgo inminente de morbilidad o mortalidad materno o perinatal.

BIBLIOGRAFIA

Álvarez, B.A. Los estudios de mortalidad materna en el mundo actual. En mortalidad materna. Ga .C. México. 1972, pp. 104 – 125.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º.

Enciclopedia de la enfermería. Volumen 4, Materno Infantil-1, Océano Centrum, grupo editorial, S.A. 2000, pp. 716

Estadística e Informática del Hospital General Regional “Dr. Rafael Pascacio Gamboa” Muertes Maternas 2002, 2003.

Higashida Hirose, Berta Yoshiko, Ciencias de la Salud, Tercera Edición, México, D.: Editorial Interamericana, Editores S.A. de C.V. Mc Graw-Hill, 1997. p.p.553.

Leahy, Kattheleen, Ma. Cobb, M. Marguerlte. Enfermería para la Salud de la Comunidad, México, D.F; Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1980, P.p. 445.

Ley general de Salud. Capitulo V. Artículo 61, Fracc. 1 y 2.

Mondragón Castro Hector. Obstetricia básica ilustrada, editorial Trillas, México, Argentina. pp. 267 – 269.

N.O.M. para la atención de la mujer durante el embarazo, parto , puerperio y recién nacido. O.M.S. – S.S.A., pp. 46.

Ortega Gutiérrez Armando "Indicadores de Salud Materno Infantil". ENEO-UNAM, México, julio 1999. pp. 75 – 80

Organización Mundial de la salud, Ginebra, 1999.

Pérez Palacios Gregorio. "Maternidad Saludable y sin Riesgo" en: Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva. Editorial. S.S.A., México, 2000 pp. 5-14, 25-35.

Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000.

Rubio Domínguez Severino "El Licenciado en enfermería y obstetricia en la salud, reproductiva" ENEO UNAM, México, Febrero 2001. Antología Obstetricia I pp. 88

Sarlet Gerken, Anne Marie "La experiencia Europea en la practica de la partería" Mimeo Depto. Enfermería E. Universidad de Enfermería, universidad de Murcia. Murcia España. 1995. P:P.119

Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, Edit. SSA, Mex. 2000 pp. 25-35.

Subsecretaria de Prevención y Control de Enfermedades, Dirección de Estadísticas e Informática, Mortalidad 2002, Secretaria de Salud.

Williams Obstetricia 4ª. Edición. Editorial Masso, S. A. Año 1996. pp. 753-796.