

UNIVERSIDAD DE SONORA

DIVISION DE CIENCIAS BIOLOGICAS Y DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

“PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN A LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD FLORESTA”

TRABAJO DE INVESTIGACION

TODO LO ILUMINAN

QUE PARA SUSTENTAR EL EXAMEN PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

PERLA AZUCENA SANDOVAL GUTIERREZ

DIRECTORA:

c. DRA. ROSA ELENA SALAZAR RUIBAL

ASESORAS:

DRA. ROSA MARIA TINAJERO GONZALEZ

MC. CLAUDIA FIGUEROA IBARRA

HERMOSILLO, SONORA.

OCTUBRE 2014

Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general lograr que las gestantes que acudan de manera mensual al grupo de embarazadas así como a las citas de control pre y postnatal en el Centro de Salud Floresta, tengan un embarazo sin complicaciones así como puerperio fisiológico a través de la educación para la salud, así como también lograr la participación del acompañante durante el embarazo y puerperio.

La investigación se llevó a cabo con las gestantes que asistieron regularmente a las sesiones del grupo denominado “Acompañando una nueva vida”. El procedimiento para la recolección de información fue a través de lista de asistencia en cada sesión, la creación de base de datos (que contiene datos de identificación y demográficos de las gestantes que asistieron), la realización de preguntas directas a las gestantes y los acompañantes, posteriores a las sesiones educativas con el grupo. Los principales resultados obtenidos fue la asistencia de 63 gestantes sin acompañantes, y 83 gestantes fueron acompañadas por amigas, hermanas y en raras ocasiones por su pareja. Tocante al estado civil, 77 gestantes que acudieron al grupo vivían en unión libre y 33 solteras; el grupo de edad que más asistió fue el correspondiente al rubro de 19 a 23 años de edad, la gestante con menor edad fue de 14 años y la mayor de 48 años; ambas con un embarazo de alto riesgo por el grupo de edad. También, se observó que la mayoría de las gestantes iniciaron control prenatal durante el segundo trimestre de gestación, lo que implica un riesgo para la salud el no llevar una atención de manera temprana y durante todo el embarazo.

AGRADECIMIENTOS

El presente proyecto fue realizado bajo la dirección de la c. Dra. Rosa Elena Salazar Ruibal, a quien expreso el mayor agradecimiento por su apoyo, dedicación, el tiempo brindado para asesorarme tanto en el proyecto, como sus consejos para realizarme como profesionista. Por ser una maravillosa persona, y un ejemplo a seguir por su dedicación y amor a la enfermería.

Gracias a la Universidad de Sonora, por abrir sus puertas para emprender este viaje, por ayudarme a llegar a la meta de obtener un título profesional. Por los recuerdos dentro de sus aulas y el orgullo de ser egresada de la máxima casa de estudios en Sonora.

Y sobre todas las cosas, gracias a Dios, por darme nuevas fuerzas en los momentos de dificultad y el ánimo para seguir adelante. Por su amor incondicional, y por sus bendiciones en cada etapa de mi vida.

Gracias a todos los maestros, amigos, compañeros, que de alguna forma contribuyeron para que este proyecto pudiera realizarse. ¡Muchas gracias!

DEDICATORIA

A mis padres y hermanas, por ayudarme a crecer como persona, hija, hermana y estudiante, porque me han enseñado a tener metas en la vida. Porque siempre han estado en cada paso y decisión tomada. Gracias por ser el soporte de mi vida, sin su ayuda y su confianza no hubiera llegado hasta aquí. Por ellos soy el resultado del hoy.

ÍNDICE

	Hoja
CAPITULO 1	
• Introducción.	6
• Contexto Nacional y Estatal.	7
• Objetivos.	9
• Justificación.	10
• Planteamiento del problema.	11
• Metas.	12
CAPITULO 2	
• Marco referencial.	13
• Embarazo.	13
• Embarazo saludable.	14
• Embarazo en la adolescencia.	15
• Signos y síntomas de alarma.	19
• Complicaciones del embarazo.	20
• Medidas preventivas.	21
• Ejercicios de relajación en el embarazo.	22
• Importancia del acompañante.	28
• Intervenciones de enfermería:.	29
• Capacitación de la madre en la atención del recién nacido.	30
• Cuidados del recién nacido.	34
• Estimulación temprana.	36
CAPITULO 3	
• Metodología.	38
• Tipo de estudio.	38
• Procedimiento para recolección de datos.	38
• Recursos.	39
• Tratamiento estadístico.	40

• Consideraciones éticas.	40
CAPITULO 4	
• Resultados.	41
• Discusión.	67
CAPITULO 5	
• Impacto social.	69
• Limitaciones.	71
• Reflexiones.	72
• Recomendaciones.	74
CAPITULO 6	
• Conclusiones.	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	76
ANEXOS.	80
ANEXO 1.	81
ANEXO 2.	84
ANEXO 3.	89

CAPITULO 1

INTRODUCCIÓN:

Cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para reproducirse y perpetuar la vida del grupo. En el caso de la profesión de Enfermería en su experiencia y labor principal como cuidadores de la salud tiene la tarea de ayudar al mantenimiento y el desarrollo máximo de la salud de las personas, incluida la mujer en la etapa de gestación y al emprender el nuevo rol de madre. (Alcolea, S. 2008).

La educación en el área materna perinatal es una clave importante para mantener el bienestar físico y mental de la madre. La enfermera debe de identificar las necesidades de educación a través de la valoración de la gestante y utilizar un lenguaje adecuado para aclarar dudas y proporcionarle las herramientas y conocimiento sobre los cuidados que debe de tener para su salud, durante y después del nacimiento de su bebé y los cuidados que debe brindar a éste.

A través de talleres con reuniones semanales utilizando metodologías variadas como juegos, películas, charlas, demostraciones, entre otras actividades se proporciona información a las madres, haciendo más activo el proceso de aprendizaje a través de la participación activa de las madres y su acompañante quien constituye un apoyo invaluable durante la etapa de gestación, parto y puerperio, así como para el cuidado del recién nacido.

Lo anteriormente señalado, contribuirá a aumentar la confianza en las mujeres en su capacidad de lograr un parto fisiológico, con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal, así como preparar tanto a la gestante como a su acompañante para la tarea de cuidar a los recién nacidos.

CONTEXTO NACIONAL

El Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI, 2010), reporta los datos siguientes:

- En 2010, del total de mujeres de 15 años y más, 71.6% han tenido al menos un hijo nacido vivo.
- Cada año en México, cerca de un millón de embarazos corresponden a madres adolescentes, lo que equivale al 27.6 % del total.
- La pre-eclampsia moderada o severa es la complicación más frecuente de los trastornos hipertensivos; las mujeres de 20 a 24 años son las más afectadas (186.34 por cada 100 mil mujeres de este grupo de edad).
- De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2009), la tasa global de fecundidad indica que las mujeres tienen en promedio 2.3 hijos durante su periodo fértil.
- Durante 2009, 38 de cada 100 partos fueron cesáreas.

En este mismo sentido, en el ámbito *estatal*, según reportes del Instituto Nacional de Estadística Geografía (INEGI, 2012), la población femenina en Sonora, reporta los datos siguientes:

- En el año 2010, la estructura por edad y sexo de la población sonorenses presenta una estructura piramidal con una base que se ensancha en el centro y se reduce en la base: la proporción de niños y niñas ha disminuido pero la de adultos se incrementa.
- La reducción de la fecundidad ha contrarrestado el impacto en el crecimiento de la población, originado por la presencia de generaciones numerosas de mujeres que actualmente están en edad fértil, pues mientras en 1990 había en Sonora 472 992 mujeres de 15 a 49 años, para el año 2010 se incorporan 229 091 más.
- En el estudio de la fecundidad se considera a las mujeres de 12 y más años y en particular al grupo de aquellas en edad fértil (de 15 a 49 años), pues además de que son ellas las que presentan principalmente la posibilidad de

concebir y tener hijos, facilitan la captación y análisis del fenómeno. Durante las últimas décadas, la fecundidad ha sido uno de los factores determinantes del ritmo de crecimiento demográfico.

- La información contenida en los censos de población del país ofrece la posibilidad de estimar los niveles de fecundidad, a partir de la pregunta sobre el número de hijos que ha tenido cada mujer de 12 años o más a lo largo de su vida. Factores como la edad, el lugar de residencia, la educación, la ocupación y el grupo generacional de las mujeres, entre otros, influyen en los patrones reproductivos. También intervienen, los niveles de autonomía y libertad de las mujeres para ejercer su sexualidad y definir su vida reproductiva. El promedio de hijos nacidos vivos de las mujeres en Sonora disminuyó durante los últimos veinte años al pasar de 2.7 a 2.3 hijos por mujer.

Por lo antes señalado, resulta especialmente importante la participación del licenciado en enfermería para promover prácticas de salud en mujeres gestantes y/o en etapa reproductiva dado el incremento en este grupo poblacional en el estado de Sonora.

OBJETIVOS:

General:

- Lograr que las gestantes que acudan de manera mensual al grupo de embarazadas así como a las citas de control pre y postnatal en el Centro de Salud Floresta, tengan un embarazo sin complicaciones así como puerperio fisiológico a través de la educación para la salud. Así como conseguir la participación del acompañante durante el embarazo y puerperio.

Específicos:

- Enseñar a las gestantes sobre los cuidados a su salud, para lograr un embarazo y parto fisiológico.
- Dar a conocer signos de alarma durante el embarazo para prevenir factores de riesgo.
- Preparar a las mujeres gestantes y acompañante para el parto.
- Preparar a las mujeres y acompañante para el cuidado del recién nacido.
- Preparar a las mujeres y acompañante para el periodo de puerperio.

JUSTIFICACIÓN:

Actualmente en Sonora existe la presencia de generaciones numerosas de mujeres que actualmente están en edad fértil. (INEGI, 2012). Este hecho implica que haya mayor demanda de los servicios de salud desde el primer nivel de atención para el grupo materno infantil donde se hace indispensable implementar programas de educación para la salud tendientes a incrementar el conocimiento y participación de la gestante y su acompañante para lograr un embarazo sin complicaciones, así como el parto y puerperio fisiológicos y tener un recién nacido normal.

Además, la experiencia en la vida temprana, incluso en el periodo dentro del útero, afecta el desarrollo del cerebro que establece las vías biológicas que no solo influyen en la salud a lo largo del ciclo de la vida, sino también en el aprendizaje y el comportamiento, en ambos de igual importancia. El ambiente intrauterino puede influenciar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II, entre otras patologías.

Por ello, el cuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio es fundamental para un óptimo desarrollo de la madre y el recién nacido. En este sentido, el papel de la Licenciada en Enfermería es primordial al brindar el cuidado profesional fundamentado en el conocimiento de la disciplina de Enfermería como de otras áreas afines, con el propósito de lograr la participación activa e informada tanto de la gestante durante el periodo perinatal, como de su acompañante y contribuir con ello en la reducción de la morbilidad y mortalidad perinatal.

En apoyo a lo anterior, y de acuerdo a lo señalado por Perea, R. (2009), la educación para la salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana centrándose no sólo en conductas aisladas ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable, por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado aunque sí condicionado por una serie de

factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que la acción educativa debe orientarse no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto sino también a los propios hábitos y tendencias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es el impacto en la salud de la gestante, que asiste mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” en compañía de su pareja, familiar o amigo al Centro de Salud Floresta de Hermosillo, Sonora?

VARIABLES:

Independiente:

- Impacto en la salud de la gestante: Es la ausencia de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto, puerperio; que permita a la mujer tener un recién nacido saludable.

Dependiente:

- Asistencia de la pareja, familiar y/o amigo mensualmente al grupo “Acompañando una nueva vida”: Es la presencia de la pareja, familiar y/o amigo mensualmente al grupo en el Centro de Salud Floresta de Hermosillo, Sonora.

METAS

- Implementar un curso taller para el 100% de las mujeres gestantes, puérperas y recién nacidos que asistan mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” del Centro de Salud Floresta durante el periodo de agosto 2013 a junio 2014.
- Lograr el 50% de asistencia de las mujeres y un acompañante a las sesiones impartidas por las prestadoras de servicio social.
- Brindar Educación para la Salud al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes que asisten mensualmente al grupo “Acompañando a una nueva vida” sobre cuidados que deben tener durante el embarazo así como signos de alarma durante el mismo.
- Enseñar al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes sobre ejercicios físicos, de respiración y relajación que pueden efectuar durante el embarazo y/o trabajo de parto.
- Capacitar al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes que acudan al grupo “Acompañando a una nueva vida” del Centro de Salud Floresta, sobre cuidados del recién nacido (lactancia materna, ejercicios de estimulación temprana e inmunizaciones).
- Instruir al 100% de las mujeres gestantes y acompañantes sobre signos de alarma durante el puerperio.

CAPITULO 2

MARCO REFERENCIAL

EMBARAZO

En su mayoría, los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la mujer y del recién nacido pueden ser prevenibles, ser detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos indicados y regulados para la atención del embarazo, parto y puerperio, así como para el recién nacido, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que se llevan a cabo en forma rutinaria. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional, a prevenir las complicaciones y a mejorar la sobrevivencia de la madre y del recién nacido. (Sánchez A. 2005).

En este mismo sentido, la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); establece los criterios para la atención y vigilancia de la salud en la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, y la correspondiente al recién nacido.

La atención prenatal, es 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.

El control prenatal se dirigirá a la promoción de comportamientos saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como al control y tratamiento de enfermedades preexistentes y otras patologías intercurrentes durante el embarazo y el periodo neonatal.

El personal de salud promoverá que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo seis consultas prenatales. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre.

EMBARAZO SALUDABLE

La Secretaria de Salud (2011) define “La vigilancia del embarazo saludable como el seguimiento periódico de la gestante, dirigido a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como al manejo de enfermedades preexistentes y otras patologías que se presentan en el embarazo y durante el periodo neonatal. Es una acción fundamental que también está dirigida a la promoción de comportamientos saludables”.

El diagnóstico de embarazo marca el inicio de la atención prenatal; por ello, es importante establecerlo a edades tempranas de la gestación (preferentemente antes de la semana 12), para que el equipo de salud inicie las acciones de orientación, educación de la Salud, empleando para ello todos los espacios, oportunidades y recursos posibles.

La primera consulta prenatal es la más importante; a partir del primer contacto con la gestante, aplica el criterio de riesgo obstétrico para clasificar el embarazo, en bajo o alto riesgo.

El carnet perinatal debe incluir datos generales, antecedentes patológicos familiares y personales de importancia clínica y antecedentes gineco-obstétricos.

Información precisa sobre la evolución del embarazo: semanas de gestación, peso en kilogramos, tensión arterial, frecuencias cardíaca y respiratoria materna, altura de fondo uterino, presentación del producto, frecuencia cardíaca fetal, presencia de movimientos fetales, existencia de signos de alarma, valoración de riesgo obstétrico y prescripción de hierro y ácido fólico.

El Carnet Perinatal es el documento que la mujer embarazada lleva consigo a cada uno de sus controles prenatales y en el momento de la atención obstétrica. Incluye datos generales de la gestante, resumen del control prenatal, escala de altura uterina de acuerdo con las semanas de gestación y mensajes cortos de promoción de la salud materna.

Los principales criterios para una adecuada vigilancia del embarazo saludable son valoración y control de peso corporal, estatura y tensión arterial.

Informar a la gestante las ventajas y bondades de aplicar toxoide tetánico diftérico; puede aplicarse en cualquier edad gestacional, de preferencia en el

primer contacto con los servicios de salud; aplicar al menos 2 dosis, con intervalo de 4 a 8 semanas entre cada una, y posteriormente 1 dosis de refuerzo con cada embarazo, hasta completar 5 dosis y revacunación cada 5 a 10 años.

El desarrollo del embarazo es sumamente sensible a la nutrición materna. Por su trascendencia y frecuencia, son importantes la desnutrición y las deficiencias de hierro, yodo, fosfatos y calcio. En la consulta prenatal de primera vez, administra los complementos nutricionales necesarios e indica la dieta adecuada.

La atención integrada de la embarazada incluye un proceso de comunicación interpersonal y el análisis entre los prestadores de servicios, la mujer gestante y su pareja; mediante este proceso se brindan elementos para la toma de decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de la atención prenatal.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), considera el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo debido a las repercusiones sobre la salud de la madre y del producto, además de las consecuencias psicológicas y sociales en su proyecto de vida. Asimismo, por las complicaciones que pueden presentarse, como anemia, eclampsia y partos prematuros, entre otras, con mayor frecuencia si es menor de 15 años.

La palabra adolescente según la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)* es “el periodo comprendido entre los 10 y 19 años durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica”.

Se considera la adolescencia como la etapa donde se presentan los mayores cambios físicos y psicológicos del individuo, donde se completan los rasgos propios de identidad, base para el logro de la personalidad; por esta razón se divide en tres estadios: adolescencia temprana, intermedia y avanzada. La adolescencia temprana se considera entre los 10 y 14 años; ésta se caracteriza por grandes cambios a nivel físico y coincide con la pubertad. La adolescencia intermedia va entre los 15 a 17 años, y corresponde a un periodo caracterizado

por una independencia creciente de los padres y de la familia, la deserción escolar y el embarazo temprano. La adolescencia avanzada se considera entre los 17 y 19 años de vida; esta etapa se caracteriza porque el adolescente busca reafirmar su relación de pareja y piensa en aspectos como el económico.

El embarazo en las adolescentes trae consigo un elevado riesgo de complicaciones para la salud de la madre y de su hijo; dichas complicaciones deben ser conocidas por los profesionales de la salud y específicamente por los profesionales de enfermería, con el fin de detectar tempranamente riesgos y brindar cuidado oportuno y de calidad a las mujeres adolescentes embarazadas.

Desde el rol del profesional de enfermería es necesario educar y brindar apoyo a las adolescentes sobre las implicaciones que tiene un embarazo a temprana edad, incluso desde los niveles de intervención de la enfermera que plantea OMS, 2012 (citado en Henderson, V. 1960: 15), se puede contribuir de manera apropiada para disminuir las complicaciones tanto de la adolescente como del hijo por nacer y posteriormente del niño.

Las mujeres adolescentes embarazadas están más predispuestas a complicaciones, como la hipertensión inducida por el embarazo, pre-eclampsia, eclampsia, poca ganancia de peso, anemia, el parto pre-término, hemorragias, trabajo de parto prolongado, lesiones durante el parto y la desproporción céfalo pélvica; así mismo, la gestante adolescente tiene mayor riesgo de sufrir violencia y abuso sexual, recurrir a métodos peligrosos para abortar, retraso en la atención de complicaciones derivadas del aborto por miedo a la censura aumentando el riesgo de enfermedad y muerte, y mayor número de hijos al final de su vida reproductiva; así mismo, dichos riesgos en el embarazo aumentan cuando se asocia a menor nivel socioeconómico, deserción escolar, baja autoestima y a una pareja ausente o inestable.

El embarazo en adolescentes no solamente representa riesgos para la salud de la madre, sino también para la salud de sus hijos, el embarazo del que provienen supone un aumento de la morbilidad y mortalidad relacionado con bajo peso, prematuridad, aumento de la morbilidad y mortalidad perinatal, negligencia en los cuidados de salud en los primeros años de vida, menor duración de la

lactancia materna, incumplimiento del calendario de vacunas, desnutrición, mayor cantidad de abuso físico y accidentes traumáticos, síndrome de muerte súbita, infecciones agudas y posibilidad de envenenamiento e intoxicación.

Al respecto *Noguera, N. (2012)*, destaca que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos éste afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

Alcolea, S (2008); refiere en su artículo que al principio del embarazo es normal experimentar cambios frecuentes en el estado de ánimo, es una reacción frecuente debida a las transformaciones que van a producirse en su vida con el nacimiento de su nuevo hijo/a. Se producen sentimientos de ambivalencia, alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. Puede que se sienta más necesitada de compañía y muestras de cariño de su pareja, familia y amistades.

En el segundo trimestre es normal que se sienta más tranquila. La experiencia de sentir a su hijo/a le ayudará a olvidar sus temores.

En el tercer trimestre al acercarse el momento del parto pueden aparecer las inquietudes, estará impaciente y a la vez preocupada por cómo será el parto, si su hijo/a nacerá sano y si será capaz de cuidarlo adecuadamente y sobre todo deseando conocer y tocar a su bebé.

El embarazo también va a provocar cambios en su entorno familiar y social. La relación con su pareja puede verse alterada ya que también puede experimentar sentimientos contradictorios con respecto al embarazo y al futuro hijo/a, desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. Es posible que en algunos momentos se sienta en un segundo plano, incluso puede tener sentimientos de celos al pensar que no le presta la misma atención. Por todo esto es fundamental que mantengan una buena comunicación, que preparen juntos la llegada de su hijo; compartir las emociones y decisiones será beneficioso ya que ser padres es cosa de dos.

A lo largo del embarazo, el peso de la gestante debe aumentar de 9-13 kilos. Debe incrementar el consumo de alimentos siguientes:

- Los alimentos ricos en hierro (hígado, carnes rojas, frutos secos, huevos, lentejas, espinacas, soja).
- Los alimentos ricos en ácido fólico (espárragos, espinacas, aguacates, tomates, fresas, plátanos), ricos en yodo (sobre todo pescados) y ricos en calcio (lácteos), todos necesarios para el buen desarrollo de su hijo/a.
- Los alimentos proteínicos como carne y pescado. Tómelos a la plancha, al horno, hervidos o al vapor, sobre todo en caso de sobrepeso.
- El consumo de frutas, verduras, pan integral, arroz, pastas y legumbres.

El deseo sexual puede cambiar durante el embarazo dependiendo de la etapa y el trimestre de gestación, no obstante no existe una regla fija ya que en algunas mujeres aumenta y en otras disminuye.

Primer trimestre: durante este período puede influir en el deseo sexual el miedo al aborto tanto en Ud. como en su pareja. La excesiva sensibilidad de las mamas (ya que pueden resultar molestas ciertas caricias), el cansancio, el sueño y la labilidad emocional, pueden hacer disminuir su deseo sexual.

Segundo trimestre: ya se siente más tranquila, su embarazo evoluciona favorablemente y esto hace que sea la etapa de mayor deseo sexual.

Tercer trimestre: el aumento del tamaño del útero puede hacer más dificultosas las relaciones que junto con el miedo a lastimar al bebé suelen disminuir el deseo sexual.

La leche materna es la mejor alimentación por sus múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre. Entre las principales ventajas se encuentran:

- Protege de infecciones.
- Evita la aparición de alergias.
- Se digiere fácilmente.
- No necesita preparación previa.
- Se conserva a temperatura adecuada.
- Siempre disponible.
- Favorece la (involución uterina) recuperación del útero.
- Facilita el vínculo afectivo madre-hijo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA:

La Secretaria de Salud (2011), en la Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); señala una serie de signos y síntomas de alarma que se presentan en embarazos de alto riesgo, entre los que destacan:

- Cefalea, acúfenos y fosfenos.
- Edema de cara, manos y pies.
- Sangrado transvaginal.
- Salida de líquido transvaginal fétido y prurito.
- Orina oscura o arenosa, dolor o ardor al orinar.
- Fiebre.
- Ruptura de membranas.
- Contracciones uterinas antes de tiempo.
- Señales de comienzo de parto.
- Convulsiones.
- Dolor abdominal
- Vómitos persistentes
- Escalofríos
- Cambios importantes en la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales.

El aumento brusco de peso corporal puede ser signo de enfermedad hipertensiva del embarazo (pre eclampsia/eclampsia), por lo que es de vital importancia relacionar la ganancia de peso y los valores de la tensión arterial.

Las embarazadas tienen alto riesgo de complicaciones por influenza estacional; por tanto, debe aplicarse la vacuna en cualquier trimestre para proteger tanto a ella como a su hijo.

Toda mujer con embarazo mayor de 40 semanas de gestación debe referirse a la unidad de segundo nivel para su seguimiento y resolución obstétrica.

Cualquier complicación del embarazo, o del principio del trabajo de parto, amerita referencia al segundo nivel de atención. La segunda consulta es entre 22-24 semanas, las tercera entre 27-29 semanas la cuarta y quinta visita es entre 33-40 semanas.

El puerperio es la etapa que se inicia al terminar el tercer periodo del parto y concluye con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración es de 6 semanas. Proporcionar cuando menos 3 consultas: a los 7, a los 28 y a los 42 días posteriores a la resolución obstétrica.

Interrogar a la mujer sobre presencia y características de loquios (fetidez y coloración), fiebre, sangrado, problemas al orinar o defecar, alteraciones en mamas, cefalea, visión borrosa, zumbido de oídos, inflamación de várices, fatiga fácil con medianos o pequeños esfuerzos y palidez de tegumentos.

Comprobar que la mujer no presente signos y síntomas de anemia, como fatiga fácil con medianos o pequeños esfuerzos, palidez de tegumentos, somnolencia.

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

De acuerdo a Agency for Healthcare Research and Quality (2010), en la diabetes gestacional, el cuerpo tiene un problema con la insulina durante el embarazo. Cuando una mujer está embarazada, su cuerpo necesita más insulina para mantener el azúcar de la sangre en el nivel correcto. El cuerpo de la mujer produce más insulina durante el embarazo. Cuando esa insulina adicional no es suficiente para mantener el azúcar de la sangre en un nivel normal, el azúcar en la sangre se eleva. Eso es lo que llamamos diabetes gestacional. Por lo general, el azúcar en la sangre vuelve a su nivel normal después del parto.

Cerca de 7 de cada 100 mujeres embarazadas padecen diabetes gestacional. La diabetes gestacional es más frecuente en: Mujeres con sobrepeso. mujeres con familiares que han tenido diabetes gestacional. mujeres con familiares que tienen diabetes tipo 2. Mujeres estadounidenses de ascendencia africana, indígena e hispana/latina.

Una dieta sana y mantenerse activa son dos de las medidas más importantes para controlar el azúcar en la sangre y tratar la diabetes gestacional. Actividades como caminar y nadar son muy útiles. La actividad no tiene que ser difícil. La idea es levantarse y ponerse en movimiento. Hable con su médico o partera para preparar un plan de ejercicio que a usted le funcione. Todas las

mujeres con diabetes gestacional necesitan seguir un plan de alimentación especial para diabetes. Su médico o partera pueden pedirle que visite a un dietista o educador en diabetes.

La diabetes gestacional suele desaparecer después del nacimiento del niño. El azúcar en la sangre vuelve a la normalidad después del parto. Tal vez pueda dejar de medirse en casa el azúcar por medio del pinchazo. Sin embargo, debe tener presentes algunos aspectos importantes. Las mujeres que han tenido diabetes gestacional están propensas a tener diabetes tipo 2 más adelante. Tienen más probabilidad que las mujeres que no han tenido diabetes gestacional. La probabilidad de tener diabetes tipo 2 más adelante es mayor también en las mujeres que suben de peso más de lo normal durante el embarazo. Hay medidas que ayudan a reducir el riesgo de desarrollar diabetes más adelante. Es útil mantener el peso saludable, llevar una dieta sana y mantenerse activa.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

La Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993); establece las siguientes medidas preventivas:

- Información, educación y comunicación, dirigidas a la pareja para lograr comportamientos saludables respecto del embarazo, el parto y el puerperio.
- Aplicación de dos dosis de toxoide tetánico diftérico (Td), con un intervalo de 4 a 6 semanas y dosis de refuerzo en futuros embarazos hasta completar 5 dosis.
- Orientación-consejería en planificación familiar.
- Entrega, en su caso, y registro de datos en la Cartilla Nacional de Salud de la Mujer; carnet perinatal.
- Instrumento que permita calificar el riesgo obstétrico y perinatal, el cual servirá para el manejo adecuado de cada caso.

EJERCICIOS DE RELAJACION EN EL EMBARAZO

La relajación es un arma eficaz para lograr el equilibrio mental y el autodomínio de la mujer ante una situación estresante como es el parto.

El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación permite reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia durante el parto, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor.

Las técnicas de relajación tienen como objetivo oponerse a los mecanismos de estrés, ayudando al organismo a conseguir un estado más equilibrado.

SEGO (2007), señala que la Psico-profilaxis obstétrica o educación materna, es el conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y posparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, además de contribuir a la disminución de la mortalidad materna perinatal.

Los ejercicios respiratorios reportan numeroso beneficios para la mujer durante el proceso del parto: Entre los que destacan:

- Ayudan a aumentar su umbral del dolor.
- Mejoran la capacidad para afrontar las contracciones uterinas.
- Permiten que el útero funcione de manera más eficiente.
- Proporcionan una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.
- Permiten el aprovechamiento al máximo de la energía.
- Proporcionan relajación.

Existen tres tipos de respiraciones básicas:

- a) Respiración superficial o torácica: se puede utilizar en la fase de dilatación y consiste en tomar y expulsar poca cantidad de aire cada vez. Aunque el aporte de oxígeno puede ser adecuado, existe el riesgo de hiperventilar si el ritmo de inspiración espiración se demasiado rápido.
- b) Respiración lenta y profunda: también se utiliza durante el periodo de dilatación, generalmente en las primeras fases. Permite un buen aporte de oxígeno a la madre y al feto durante la contracción y evita la hiperventilación. La mujer inspira lentamente a través de la nariz, llevando el abdomen hacia afuera y espira a través de los labios fruncidos,

dirigiendo el abdomen hacia abajo. La frecuencia respiratoria es lenta, de 6-9 respiraciones por minuto.

- c) Respiración soplante rápida o de soplido- jadeo: suele utilizarse en la fase activa del parto cuando empiezan a sentirse las primeras contracciones y no existen condiciones adecuadas para realizarlos. Cuando sobreviene la contracción la mujer puede tener la necesidad de respirar más rápidamente; para evitar la hiperventilación, puede utilizar el patrón respiratorio de jadeo-jadeo-soplido.

Dentro de las distintas técnicas respiratorias que se utilizan durante el parto, es útil mencionar la práctica respiratoria propia del yoga, el pranayama.

En el pranayama se da más énfasis a la espiración utilizando el abdomen; al expulsar primero el aire del abdomen y después desde el pecho, la espiración tiene un efecto calmante, relajador. Hacer consciente este proceso supone activar el uso voluntario de los músculos abdominales y de los músculos auxiliares de la respiración del tronco. La inspiración y la espiración se realizarán a través de las fosas nasales.

Concientizarse del propio ritmo respiratorio puede ayudar a vincular pensamientos y emociones con sensaciones físicas. Por ello puede utilizarse como una forma de relajación.

Técnica de tensión-relajación.

SEGO (2007), señala que para esta técnica la mujer debe adoptar una postura cómoda (preferiblemente acostada sobre el lado izquierdo). Consiste en ir contrayendo distintos grupos musculares dejando el resto del cuerpo relajado, para a continuación ir relajándolos tomando conciencia de las sensaciones que se van produciendo.

La contracción muscular debe durar unos 5-7 segundos y la relajación consecutiva unos 20-30 segundos. Se debe comenzar por los grupos musculares de pies y piernas, luego los brazos, a continuación el vientre y la vagina, el pecho, los hombros, la espalda, y por último los músculos faciales.

Estos ejercicios deben repetirse una o dos veces hasta que se consiga realizarlos, y son más eficaces si la mujer los practica con regularidad, sola o con una persona de apoyo.

Relajación por el tacto.

SEGO (2007), menciona que esta técnica requiere la presencia de un ayudante que vaya colocando sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que ésta vaya relajándolos con el contacto. A veces conviene que el tacto se convierta en un suave masaje sobre la parte del cuerpo que está tensa; este masaje debe ser muy lento. Es importante que la mujer comunique si la sensación es agradable, si prefiere más o menos presión o un cambio del lugar del contacto. Esta técnica ayuda además a la mujer a reaccionar mejor ante las manipulaciones por parte del médico o de la matrona.

La relajación por el tacto también incluye el rozamiento abdominal, que consiste en dar un golpeteo ligero sobre el abdomen con la yema de los dedos, comenzando desde la sínfisis del pubis y desplazando los dedos hacia arriba con un movimiento circular, o bien haciendo la figura de un 8 sobre el abdomen.

Yoga.

Cautela, J (2000) menciona lo siguiente, la combinación de las distintas prácticas que componen el yoga, es decir las asanas (posturas) y el pranayama (respiración) junto con la meditación suponen un buen método de relajación.

Las asanas y la respiración proporcionan energías renovadas de las cuales se puede adquirir conciencia, manteniendo una actitud de escucha y atención. Aprendiendo a estar presentes, sin tensiones, receptivos y despiertos, sin reacción ante los estímulos externos, se obtiene relajación.

Cerrar los ojos, sentir la respiración. En la relajación yóguica no se respira voluntariamente, sino que es la respiración la que conduce al abandono. Los sentidos corporales se aislarán del entorno, la actividad mental se reducirá al mínimo, liberando en cada respiración tensión y rigidez.

Visualización (imaginación)- Concentración.

El hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor. Concentrándose en imágenes que le resulten

relajantes (las olas rompiendo en una playa desierta, un campo verde y florido, un cielo estrellado....) puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen.

Resulta interesante centrarse en imágenes creativas y revivirlas (ejemplo: imaginarse practicando deporte, escalando una montaña, pintando un cuadro...); esta medida permite recibir la contracción con una imagen mental vívida en armonía con el parto y no en lucha con el propio cuerpo.

Dirigir el pensamiento a una sola cosa u objeto (una idea, un recuerdo, una imagen, un sonido o una parte de nuestro cuerpo) ayudará a la concentración durante las contracciones. Para ello, hay que mirar o visualizar el elemento elegido durante un minuto. Después, lentamente, darse el tiempo necesario para sentir la energía y el flujo del nacimiento.

Musicoterapia.

Cautela, J (2000) menciona los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. Como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad, goce...), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva. Actualmente hay en marcha numerosos estudios que pretenden probar los beneficios que experimentan las parturientas cuando dilatan escuchando música.

Aromaterapia.

Consiste en respirar olores agradables que ayuden a la mujer a sentirse bien. Estos olores originan la liberación de neurotransmisores y endorfinas, y estimulan determinadas zonas cerebrales produciendo sensaciones placenteras y bienestar. Algunas esencias tienen una gran fuerza vitalizante (naranja, romero, sándalo, neroli....) o bien relajante (lavanda, rosa, jazmín, melisa, geranio...). Estos aceites se aplican colocando unas gotitas en la almohada o en un pañuelo, también mediante un suave masaje sobre la piel. La esencia de salvia, poleo, hinojo, albahaca no debe ser utilizada durante el embarazo ya que puede estimular las contracciones uterinas.

Hospiten (2014), señala una serie de ejercicios que pueden realizarse durante el embarazo:

Ejercicios Circulatorios:

Partiendo de la posición decúbito dorsal - piernas extendidas y los pies apoyados y elevados unos 30 centímetros:

- Realizar amplios giros de tobillo a ambos lados, alternando series que empezarán siendo de seis rotaciones.
- Elevar la pierna con la rodilla flexionada formando un ángulo de 90°, realizar movimientos de flexión y extensión del pie mientras se retiene el aire y descender la pierna exhalando.
- Repetir 10 veces alternando una y otra pierna. El mismo ejercicio con rotaciones del pie.
- Elevar una pierna inhalando, dibujar círculos con el pie y descender la pierna exhalando.
- Repetir 10 veces alternando ambas piernas.

Ejercicios Respiratorios

Se pueden realizar en posición sentada, decúbito dorsal y decúbito lateral. Las respiraciones que se utilizan durante las contracciones del parto se basan en soltar el aire (exhalación) de forma prolongada y lenta. Pueden ser de dos tipos, abdominales o torácicas.

Respiración Abdominal:

- Inhalar elevando el abdomen y exhalar descendiéndolo lentamente.
- Repetir 15 veces.

Respiración Torácica:

- Inhalar inflando sólo el tórax y exhalar lentamente procurando no movilizar el abdomen.
- Repetir 15 veces.

Ejercicios Perineales

Hospiten (2014), señala en los ejercicios perineales se debe utilizar la posición decúbito dorsal, flexionar la pierna derecha aproximando la rodilla hacia

el vientre, y extensión de la rodilla; la pierna permanecerá en esta posición unos segundos para volver después a la posición inicial.

- Estando en decúbito dorsal, elevar la pierna derecha extendida hasta lograr el ángulo recto con respecto al tronco. Una vez elevada, realizar un amplio semicírculo antes de volver lentamente a la posición inicial
- Partiendo desde la postura de LOTO o HINDU:
- Apoyando ambas manos en ambas rodillas, forzaremos la aproximación de las mismas hacia el suelo; empezaremos con series de 25.
- También con nuestras manos forzaremos la aproximación de los pies hacia nuestro periné.

Ejercicios Dorsales

Para los ejercicios dorsales *Hospiten (2014)*, señala que, todo el ejercicio será realizado siempre sobre una colchoneta o alfombra. Continuar en posición de loto.

- Extensión de ambos brazos a la altura de los hombros, realizaremos rotaciones hacia delante y hacia atrás alternando series de 8.
- Elevación de ambos brazos por encima de la cabeza, uniendo las manos para forzar la extensión suave pero firme de toda la espalda.
- Volver a la posición boca arriba; flexionamos las piernas para apoyar los talones muy próximos a los glúteos; elevación de cadera hasta quedar apoyadas solamente en talones y hombros, contaremos 5 segundos para descender la espalda. Empezaremos con series de 4 elevaciones.
- Para realizar el siguiente ejercicio adoptar una nueva postura: la postura del gato, es decir decúbito ventral y apoyándose en las rodillas y manos, vamos a ejercitar toda la columna vertebral.
- Elevar la cabeza, inspiramos, arqueamos la espalda hacia el suelo extendiendo la pelvis hacia atrás.
- Flexionar la cabeza hacia el tronco, espiramos y elevamos la espalda hacia el techo, girando la pelvis hacia el vientre.
- Finalizadas las series a realizar, aproximar los glúteos a nuestros pies para quedar “sentadas en los talones”, con el vientre entre nuestros muslos, la

cabeza apoyada en la colchoneta y los brazos estirados forzando la extensión de la espalda mientras nos relajamos unos segundos.

- Contaremos hasta 10 lentamente para incorporarnos con suavidad.

Relajación

Al terminar los ejercicios, realizar 15 minutos de relajación, adoptando la posición más cómoda (preferiblemente recostado decúbito dorsal o decúbito lateral).

IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑANTE

Rocha, F. (2006), menciona que la educación materna consiste en una serie de actividades dirigidas a los futuros progenitores que permite confiar en la capacidad para controlar y favorecer el nacimiento del bebé que esperan. De alguna manera, los hace más responsables y partícipes de los acontecimientos.

Pretende, fundamentalmente, fomentar hábitos y comportamientos que hagan que el embarazo, parto y puerperio sean una experiencia natural y compartida con su pareja.

En la primera visita de seguimiento del embarazo, se debe pedir información sobre los cursos de Educación materna que se realizan en el Centro de Salud.

Durante el embarazo, conviene ir pensando en el tipo de lactancia que darás al bebé.

Decidir entre pecho o biberón es algo que debe hacer después de informarse de las ventajas e inconvenientes de cada tipo de lactancia, pero recordar que sea cual sea la elección, lo más importante para el bebé es que junto a la leche, reciba además todo el cariño y ternura.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) recomienda la lactancia materna exclusiva hasta alrededor de los seis meses de edad y la continuación de la lactancia, con introducción gradual de los alimentos complementarios, hasta el segundo año de vida y más, si fuera posible.

La mayoría de las mujeres quieren que sea su pareja quien la acompañe en tan importantes momentos, pero alguna prefiere que sea otra persona quien lo haga.

La pareja, y en su caso la persona que la embarazada elija, tiene un importante papel durante todo el proceso del parto que consiste fundamentalmente en apoyarla creando un clima de tranquilidad, dándole confianza en su capacidad para controlar esta situación, animándola y compartiendo con ella los momentos más difíciles.

En los primeros días “después del parto”, debe concertar la visita puerperal. En esta visita se realizará una valoración del estado general y del bebé. Puedes consultarle todas aquellas dudas sobre los cuidados, del bebé, lactancia materna, cordón umbilical, anticonceptivos, etc.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Pérez, M. (1996), refiere en su artículo que el fin de la asistencia de Enfermería en Maternidad es ayudar a cada mujer a pasar por el embarazo y el parto con molestias mínimas y salud y bienestar óptimos, así como mantener a su hijo antes y después de nacer en el mejor estado de salud posible.

En el sentido más amplio, la asistencia de la maternidad empieza con la salud y la educación de los futuros padres.

No sólo se debe interesar por su salud física y bienestar, sino que debe fomentar el desarrollo de actitudes saludables hacia las relaciones familiares.

También se ocupará de la preparación para las responsabilidades que impone la paternidad, y el desarrollo de juicio y capacidades que permitan a los padres afrontar estas responsabilidades de una manera segura y satisfactoria.

El embarazo tiene grandes repercusiones en la familia, sea ésta numerosa o pequeña, rica o pobre, cada miembro de ella es afectado de alguna manera.

Toda la vida de la mujer es modificada por el embarazo: dieta, vestido, aspecto y sentimientos, respuestas y deseos sexuales, trabajo, actividades sociales y recreativas, descanso y sueño, relaciones con su familia y sus amistades, vida diaria y planes a largo plazo.

El hombre, en su papel de jefe de familia, como compañero conyugal y como padre del ser recientemente concebido, debe participar activamente del embarazo, preocuparse no sólo de la seguridad económica, sino de fomentar el bienestar

físico, social y emocional de su mujer durante esta época y de mantener un feliz ambiente familiar.

Desde el principio del embarazo, hasta que su mujer es capaz de reiniciar sus actividades después del nacimiento de su hijo, desempeña una función de protección y apoyo muy importante.

El cuidado de la salud que recibe la gestante durante el embarazo comienza con la asistencia prenatal.

Los propósitos de esta asistencia son:

- Proteger y fomentar la salud y bienestar de la embarazada.
- Salvaguardar la salud y bienestar del hijo por nacer.

La asistencia incluye: Valoración del estado de salud de la embarazada durante la gestación. Atención de cualquier problema de salud existente. Prevención de otros problemas de salud. Promoción de la salud.

Para cumplir con los objetivos de la asistencia prenatal propuesta, el personal de Enfermería debe basar sus acciones sobre un proceso continuo de situaciones de aprendizaje, cuyo fin será reafirmar o lograr cambios de actitud o de conducta de la gestante y del núcleo familiar.

Las acciones educativas que Enfermería desempeña dentro de las áreas de consultorios externos, salas de hospitalización (salas de Pre-parto y Partos, de embarazo y de puerperio), la podríamos dividir de manera operativa en educación incidental y educación sistemática.

La educación incidental, es aquella que se realiza durante el desarrollo del trabajo diario, donde se aprovechan las situaciones adecuadas que se presentan para realizar enseñanza mediante charlas casuales. En cambio, la educación sistemática es la que se lleva a cabo de manera formal, con una metodología de trabajo y tiempo previsto, con objetivos y fines explícitos.

CAPACITACIÓN DE LA MADRE EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO:

- Informar a la madre que la alimentación de su hija/o durante esta etapa debe consistir únicamente en leche materna y que, además, debe ser a libre demanda del bebé.

- Recomendar a la madre que no humedezca el cordón umbilical ni aplique sustancia u objeto alguno sobre él. Orientarla, además, que éste se caerá solo a los 7 días y que una vez que se desprenda, habrá de lavar con agua y jabón la zona.
- Informar sobre las vacunas que deben aplicarle al bebé y acerca de la toma del Tamiz Neonatal entre el segundo y quinto día de vida.
- Indicarle que el baño del recién nacido debe ser diario, con agua y jabón.
- aconsejar a la madre que realice ejercicios de estimulación temprana desde el alojamiento conjunto
- Brindar orientación a la madre para la identificación de signos de alarma en recién nacidos, de acuerdo con su edad.
- Proporcionar información al padre sobre los cuidados del recién nacido para inducirlo a ser corresponsable en esta tarea.
- Instruir al padre sobre estimulación temprana para que realice conjuntamente con su pareja todos los ejercicios, explicándole que esto le permitirá generar un vínculo amoroso con su hija/o.

La identificación de signos y síntomas de riesgo posnatal permite realizar en forma temprana actividades de apoyo a fin de asegurar las mejores condiciones en el inicio de la vida.

Toda/o recién nacida/o sana/o con peso de 2 kg o más, en el momento del nacimiento, debe recibir una dosis de vacuna BCG por vía intradérmica en la región deltoidea del brazo derecho. Si no la recibió, aplicársela.

Después de aplicar la vacuna BCG, informar a la o el responsable de la o el recién nacido que en la mayoría de los casos se produce una ulceración en el sitio de la vacuna, en cuyo caso no deberá aplicar medicamento o sustancia alguna y que, 3 semanas después, deberá llevarlo a consulta para valorar la evolución de la cicatriz vacunal.

La vacuna de Hepatitis B previene la infección por el virus de la Hepatitis B, que puede ser transmitida por vía perinatal, transfusiones con sangre no segura, inyecciones o contacto con material contaminado. Aplicar una dosis en el periodo

neonatal. En quienes no se aplicó la primera dosis al nacer, realizarla a los 2, 4 y 6 meses de edad.

Invitar a la o el responsable de la o el recién nacida/o a asistir a las sesiones educativas de nutrición, estimulación temprana y demás temas relacionados, sobre todo con la identificación de signos de alarma.

Orientar a la madre acerca de la importancia de la higiene de las mamas para evitar infecciones y lesiones; indicándole lavarlas sólo con agua y lubricarlas con la misma leche. Informándole que la mejor estimulación temprana es la lactancia materna, ya que favorece el vínculo afectivo con la madre.

Recomendar a la madre que, para favorecer la producción de leche, tome líquidos en abundancia, efectúe la lactancia a libre demanda y alterne los senos (10 minutos cada uno)

Para la práctica de la estimulación temprana, utilizar sonaja de mango delgado, una campana pequeña y una pelota. El seguimiento del desarrollo debe realizarse mediante la atención integrada que se proporciona a la o al menor de 2 años en las unidades de salud.

Tezoquipa, I. (2002), menciona en su artículo intitulado “Información científica para el cuidado en Enfermería, Cuidados prenatales”, que casi 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada durante el embarazo, parto y puerperio por personal calificado. Desafortunadamente en países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

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

El objetivo de la salud perinatal es la salud de la madre y el hijo, poniendo énfasis en fomentar una maternidad sin riesgos. De esta manera, se incluyen el control y la vigilancia del embarazo, a fin de identificar oportunamente los riesgos

que puedan alterar el curso fisiológico del mismo, así como el de referir los casos de embarazos de alto riesgo a una atención médica específica y eficaz.

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

La educación para la salud de la mujer embarazada, es de crucial importancia en la prevención y/o control de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio; para la cual se sugiere la utilización de técnicas didácticas accesibles para el grupo de mujeres embarazadas a las que se dirija.

La salud de la mujer embarazada incluye también aspectos psicológicos y sociales. En cuanto al aspecto psicológico, algunos expertos consideran que el embarazo es una crisis de maduración, se pueden presentar reacciones de ansiedad y sobre todo de labilidad emocional. La pareja puede vivir con temor y ambivalencia los cambios físicos y emocionales de la mujer. En estos aspectos la recomendación es hablar con la mujer sobre este tipo de procesos y promover una comunicación con su pareja para expresar dudas y temores.

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

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

La mujer embarazada debe consumir alimentos ricos en energía y proteínas, así como aquellos que contienen vitaminas y minerales, principalmente calcio, hierro, ácido fólico y yodo. Fuentes de calcio. Leche y derivados, como queso y crema, además de pescado, leguminosas y verduras de hoja verde. Fuentes de hierro y ácido fólico. Alimentos de origen animal, como hígado y huevo; frijoles, lentejas y verduras de hoja verde. Para mejorar la absorción de estos alimentos,

combinar con alimentos ricos en vitamina C como guayaba, mandarina, naranja .Fuentes de yodo. Pescados y mariscos, además de la sal yodada.

Se sugiere disminuir la frecuencia de la actividad sexual durante el primer y último trimestre. Debe evitarse en los casos en que existe amenaza de aborto o parto prematuro.

CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO

González, L. (2000), menciona que el proceso de apego comienza en la madre durante el embarazo, progresa y se transforma durante el parto y los días siguientes. A lo largo de las actividades cotidianas (alimentación, baño, cambio de pañales...) madre-hijo van formando una relación en la cual el bebé es un sujeto activo que promueve en la madre (o en la figura de apego), la proximidad y el contacto. En esta dinámica de las interacciones se organiza la conducta de apego del niño/adulto. *“La conducta de apego, es cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo, claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”*.

En el desarrollo del niño se implican y condicionan mutuamente tanto factores internos de tipo biológico, madurativos, funcionales y psicológicos, como factores externos de índole relacional, social, cultural, económicos, geográficos, etc.

Correa, A. (1997), menciona en su publicación que el recién nacido nace con algunas funciones desarrolladas como la micción y la defecación, al igual que la succión y los demás reflejos. En este período tolera mal el calor y el frío excesivos. Existen algunas funciones, como el gusto y el olfato, que se encuentran bien desarrolladas al nacimiento; igualmente la audición, pues el niño es capaz de percibir la voz de sus padres. En cuanto a la visión, puede seguir y fijar la mirada, en especial el rostro de su madre, el cual se convierte en la primera relación interhumana. También es muy sensible a los estímulos táctiles. Para desarrollar

más sus funciones y actividades tiene que esperar que el sistema nervioso madure a su propio ritmo.

El vínculo que establece el recién nacido con sus padres se inicia desde que el niño es deseado o no por la pareja. La madre y el niño tienen una vida en común durante los nueve meses de la gestación, o sea que cuando nace el niño afronta su primera separación, que es la del cuerpo, pero continúa unido por las vivencias afectivas que ha tenido. El padre se debe vincular en todas las actividades del cuidado del niño para continuar desarrollando lo ya ganado desde la gestación.

El niño en esta edad se encuentra en el período de adquisición de la confianza básica, por lo cual sus necesidades tales como proximidad física, alimentación, vestido, calor y arrullo, entre otras, deben ser satisfechas en el momento que lo desee, para que pueda confiar en los demás cuando sea mayor. Además de esto, es preciso darle algo más, como son las manifestaciones amorosas táctiles, visuales y auditivas.

El alimento ideal que debe recibir el recién nacido es la leche materna, la cual contiene todos los requerimientos nutricionales para su adecuado crecimiento y desarrollo; además lo protege contra las enfermedades más comunes de esta edad, está libre de contaminación y, lo más importante, favorece y estimula el vínculo afectivo con su madre. La leche materna debe ser suministrada desde el mismo momento del nacimiento, por libre demanda, y de acuerdo con las necesidades de cada niño.

El baño garantiza una higiene adecuada, estimular su desarrollo psicomotor, brindar experiencias sensitivas. Además, sirve para estimular la circulación y los sentidos, brindar relajación y producir sueño. El aseo del muñón umbilical se debe hacer con algodón y alcohol varias veces al día con el fin de evitar la humedad que favorece la infección.

Es el método de ayudar al niño a desarrollar al máximo sus capacidades motrices y sensitivas. Las personas más indicadas para ayudarlo son sus padres, sus hermanos y su familia en general. La mejor forma es mediante manifestaciones amorosas; se puede lograr por medio del tacto, la música, los

colores, los olores, los sabores, el arrullo, las caricias, el agua, el sol, el movimiento y el juego, pero evitando el exceso de estímulos. El momento más oportuno para hacer la estimulación es cuando se encuentre completamente despierto.

ESTIMULACION TEMPRANA

Según el programa de Unicef (2002,) el objetivo de la estimulación temprana es identificar tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo.

La idea de que el niño es receptivo a influencias externas es central en el desarrollo; sin embargo la noción del impacto de tales influencias depende de las características del estímulo y del procesamiento de la experiencia.

La Estimulación Temprana es un conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades de desarrollo. Estas acciones van a permitir el desarrollo de la coordinación motora, empezando por el fortalecimiento de los miembros del cuerpo y continuando con la madurez del tono muscular, favoreciendo con esto la movilidad y flexibilidad de los músculos, al mismo tiempo ayudará a desarrollar una mejor capacidad respiratoria, digestiva y circulatoria del cuerpo. Otro de los beneficios que se obtienen a través de la estimulación temprana, es el desarrollo y la fortaleza de los cinco sentidos y la percepción. Favorece además el desarrollo de las funciones mentales superiores como son la memoria, la imaginación, la atención así como también el desarrollo del lenguaje. A nivel adaptativo, desarrolla en el niño confianza, seguridad y autonomía.

Emocionalmente, la estimulación temprana permite incrementar la relación afectiva y positiva entre los padres y el niño(a). Por esta razón, es importante que el personal de salud establezca una relación cálida con los padres y el niño (a) para así transmitirles que éste no aprenderá sólo con los ejercicios sino con el contacto físico y la relación afectiva que establezcan con él; asimismo, deberá recordarles que aprovechen los momentos de la alimentación, el baño y el momento del cambio de pañal y ropa para estimular al bebé.

La estimulación temprana se puede llevar a cabo en el consultorio con un solo niño (cara a cara), indicándole a los padres las actividades a realizar y los cuidados del niño (a). Dependiendo de las necesidades del servicio, también es posible organizar grupos con niños de la misma edad.

Para que la estimulación temprana resulte favorable, es necesario que el personal de salud (médico, enfermera, promotor) comprenda la importancia y los beneficios que tiene, para que a su vez pueda sensibilizar y orientar adecuadamente a los padres o responsables del cuidado de los niños y al personal comunitario.

De igual forma, el personal de salud deberá estar capacitado para evaluar el desarrollo normal del niño de 0 a 2 años, y detectar oportunamente alteraciones o retrasos para referirlo a una consulta especializada si fuese necesario.

CAPITULO 3

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo descriptivo, transversal y exploratoria. La población de estudio son todas las gestantes y acompañantes que acudieron al Centro de Salud Floresta.

La muestra del estudio fue por conveniencia en virtud de que estuvo conformada por las gestantes y acompañantes que asistieron mensualmente al grupo “Acompañando una nueva vida”, durante el periodo Agosto 2013 a Julio 2014. El procedimiento para la recolección de datos en las gestantes y acompañantes se dividió en tres grupos.

Los criterios establecidos fueron gestantes y acompañantes que asistieron a las sesiones del grupo “Acompañando una nueva vida”, en el aula de la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) ubicado a un costado del Centro de Salud Floresta en Hermosillo, Sonora y que hayan asistido por primera vez a control prenatal en el Centro de Salud Floresta. Los Criterios de *no inclusión* fueron las gestantes que el día de la recolección de datos no asistieron a las sesiones. Los Criterios de *exclusión* fueron las gestantes que nunca asistieron a control prenatal y mujeres que no estuvieron embarazadas.

PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los grupos estuvieron divididos en tres ciclos que comprendieron los siguientes meses: 7 Agosto-13 Noviembre, 20 Noviembre 2013- 27 Marzo y 03 Abril- 26 Junio 2014. Cada ciclo fue de 15 sesiones, donde se impartieron las mismas charlas. En el grupo inicial, se inició con la creación de una base de datos que incluyó: nombre de la gestante, edad, registro de signos vitales en cada sesión. En las primeras reuniones, previo a la impartición del tema, se aplicaron cuestionarios para evaluar el conocimiento de la gestante sobre la temática a desarrollar, pero se presentaron varios inconvenientes con esta dinámica como:

nerviosismo en las gestantes, falta de tiempo para contestar los cuestionarios, entre otros motivos. Por lo anterior, se tomó la decisión de cambiar la dinámica realizando preguntas directas una vez concluida cada sesión grupal.

El instrumento de recolección de datos incluyo la información siguiente: datos de identificación de la gestante; nombre, edad, dirección, estado civil. Además, se registró cifras de glicemia capilar, semanas de gestación como cifras de signos vitales. Finalmente se especificó si la gestante tuvo acompañante en cada sesión.

RECURSOS

- *Humanos:* Personal de enfermería del Centro de Salud Urbano Floresta (CSUF). Prestadoras de Servicio social: Bany Amarillas Cruz y Perla Azucena Sandoval Gutiérrez. Acompañantes de las mujeres embarazadas, puérperas y niños menores de seis meses.
- *Materiales:* Hoja de asistencia, charlas de educación para la salud, equipo de signos vitales, estuche de diagnóstico, báscula, glucómetro, tiras reactivas para realizar glucemia capilar, torundas alcoholadas, recipiente para residuos, cinta métrica. Sillas, equipo de cómputo, cañón, colchonetas para los ejercicios de relajación, sonajas, balones para estimulación temprana, refrigerios para las gestantes (agua, pan integral, yogurt, fruta fresca), aula destinada en el Centro de salud Floresta para realizar las reuniones grupales o en UNEME.
- *Financieros:* Los gastos generados en la realización del proyecto fueron financiados por las prestadoras del servicio social Bany Amarillas Cruz y Perla Azucena Sandoval Gutiérrez, se contó con el apoyo del personal del Centro de Salud Urbano Floresta y el Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Para la captura de los datos se utilizó el programa Excel. Se realizaron gráficas en base a las variables (edad, estado civil, trimestre de embarazo, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y tensión arterial); frecuencia y porcentaje de cada uno de los datos obtenidos la muestra del primer periodo fue 42, del segundo periodo 55 y del tercer periodo fue de 49 gestantes. Por lo que la sección de resultados se divide en tres periodos con sus respectivas frecuencias y porcentajes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (1987), los artículos que se aplicaron en la presente investigación son los siguientes:

- ARTICULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.
- ARTICULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.
- ARTICULO 17. Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Este estudio se clasifica en investigación con Riesgo mínimo en virtud de que se empleó el registro a través de procedimientos como registro de signos vitales y determinación de glucemia capilar.

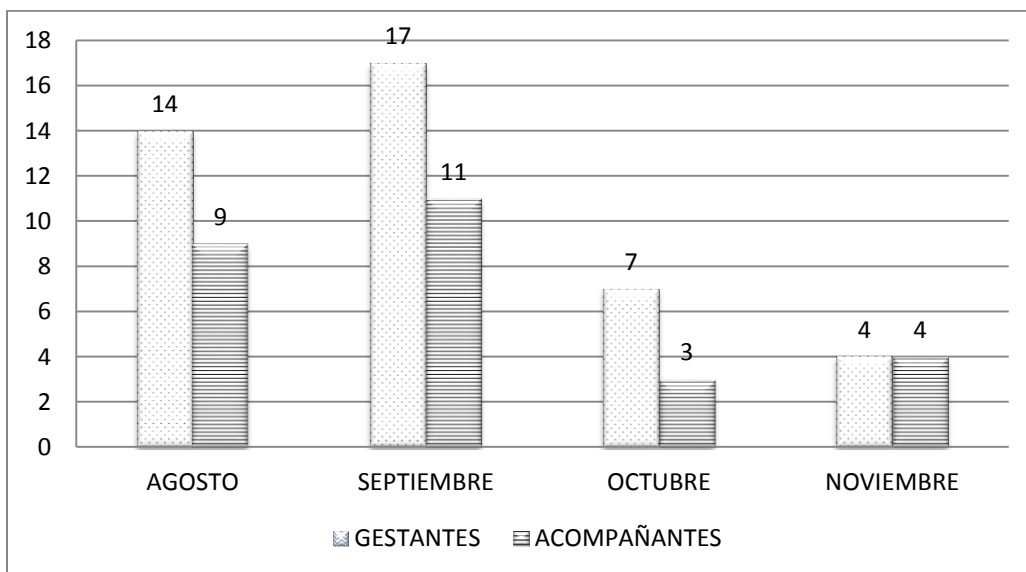
CAPITULO 4

RESULTADOS

Los resultados que se presentan a continuación corresponden a las gestantes así como a los acompañantes que asistieron al Centro de Salud Floresta, durante tres períodos de tiempo. Los resultados siguientes pertenecen al primer periodo comprendido del 7 de Agosto al 13 de Noviembre del 2013:

La gráfica 1, proporciona el número de gestantes y acompañantes que asistieron durante el primer periodo del curso. Como se puede observar el mes de Septiembre obtuvo el mayor número de asistentes con el 61% y 39% (17 gestantes y 11 acompañantes), seguido del mes de Agosto con el 61% y 39% (14 gestantes y 9 acompañantes) y como tercer lugar el mes de Octubre con el 70% y 30% (7 gestantes y 3 acompañantes). Se puede destacar que en su mayoría las mujeres que asistían eran acompañadas por una amiga o madre y en raras ocasiones por su pareja; también menos del 50% llevaron un acompañante en cada sesión de este periodo.

ASISTENCIA DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

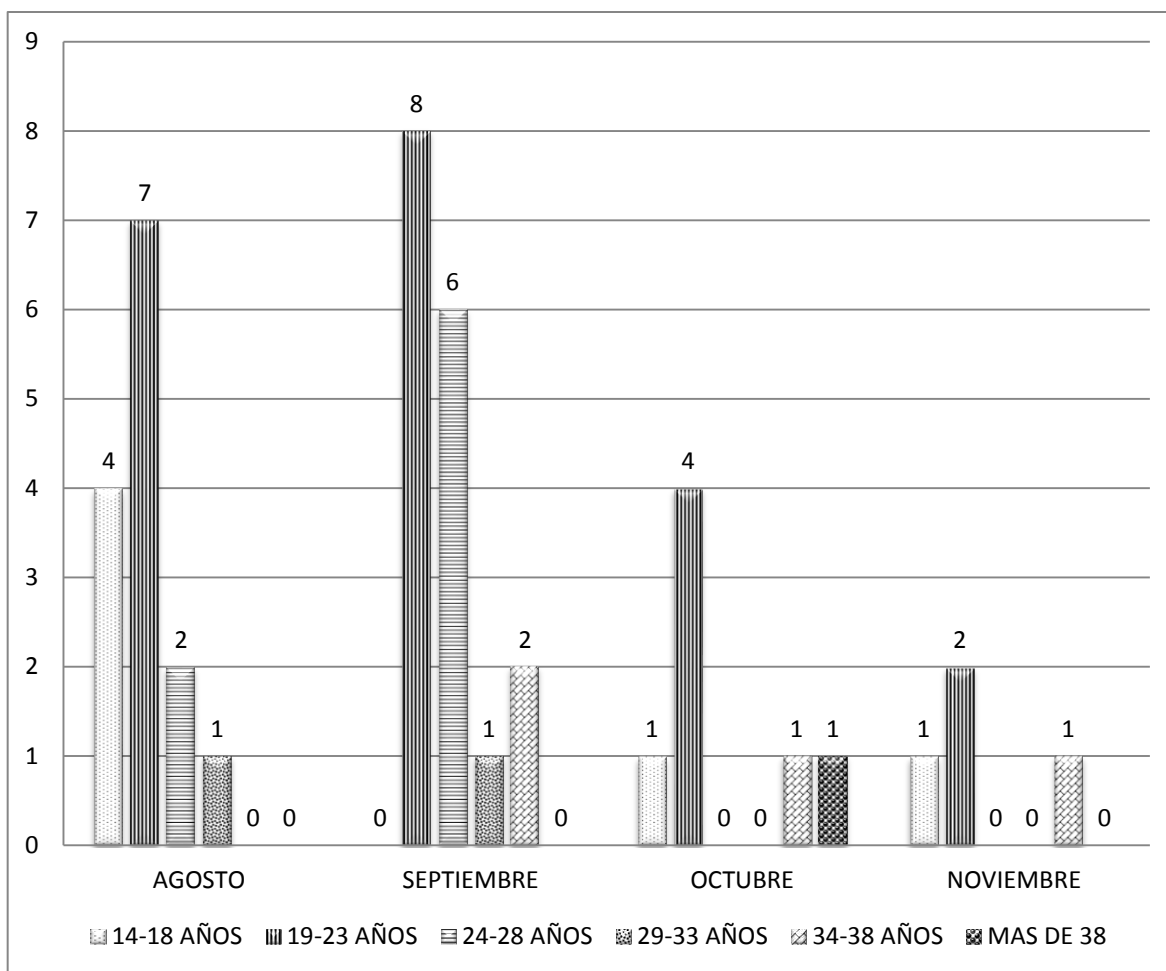


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=69

La gráfica 2, muestra las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió durante este periodo correspondió al rango de 19-23 años con un 19% (8 personas), seguido de 24-28 años con 14.2% (6 personas) destacando en Septiembre y de 14-18 años con 9.5% (4 personas) siendo en su mayoría al inicio del grupo durante el mes de Agosto.

DISTRIBUCIÓN DE EDAD EN LAS GESTANTES

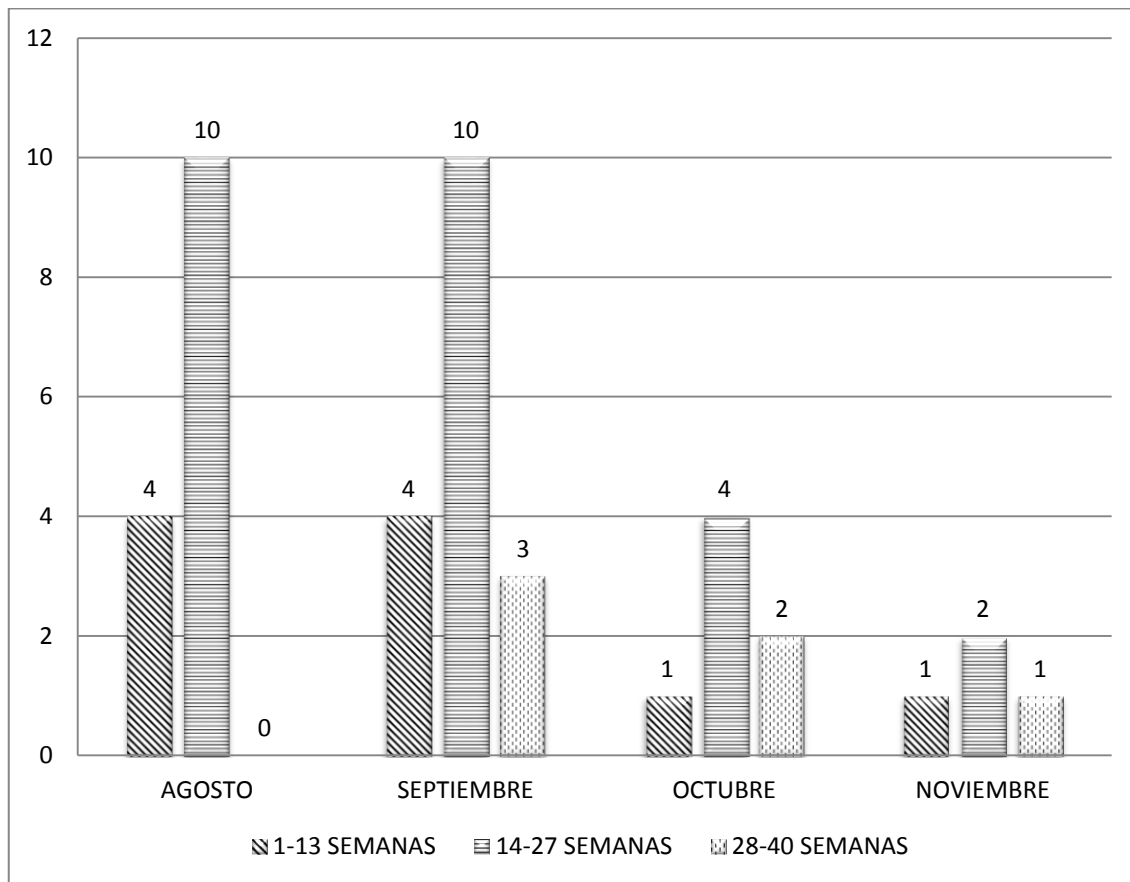


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 3, muestra el número de gestantes de acuerdo a las semanas de gestación (SDG), el primer lugar fue 14-27 con un 47.6% (20 mujeres) en Agosto y Septiembre, el segundo lugar, correspondió a 1-13 SDG con 19.0% (8 mujeres) en los dos primeros meses y el tercer lugar se ubicó 28-40 SDG con 7.1% (3 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

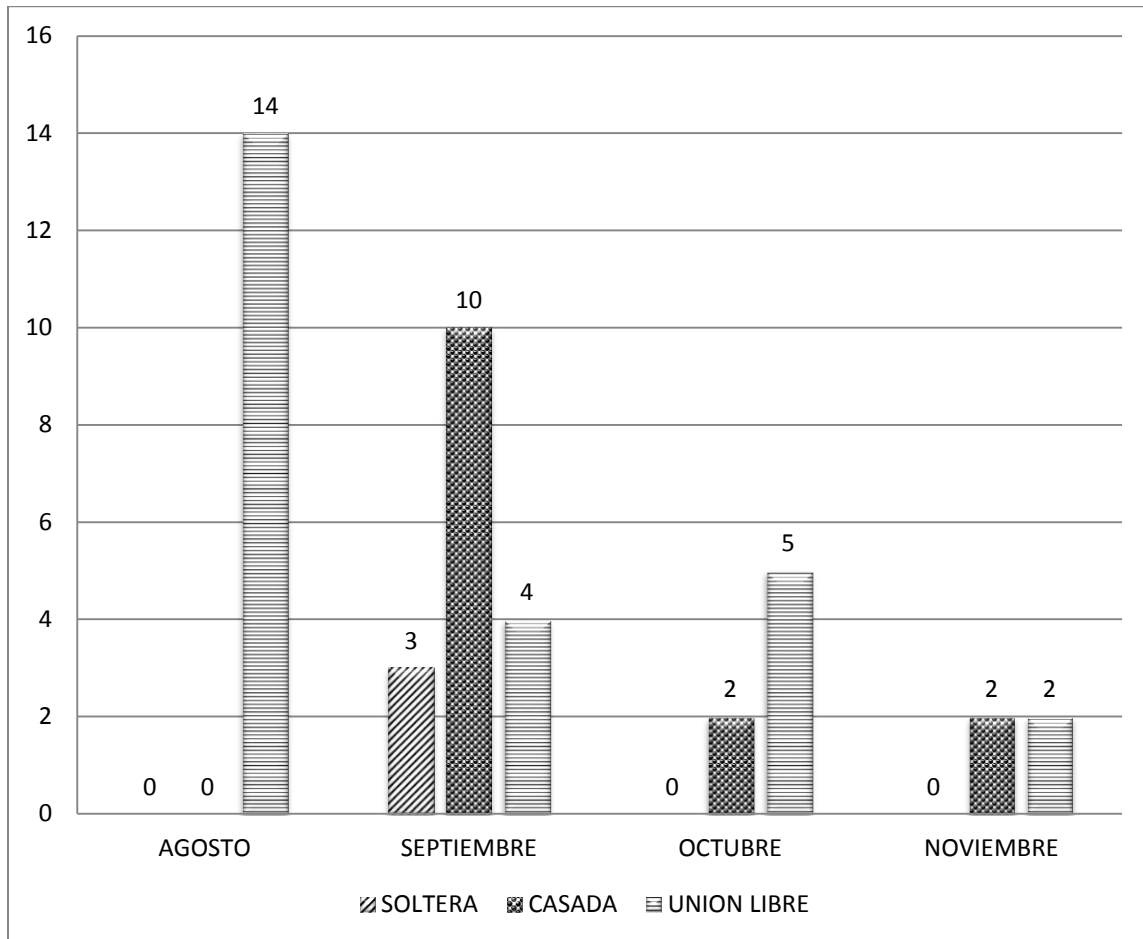


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La siguiente gráfica (4), muestra el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 59.5% (25 mujeres), el segundo lugar fueron mujeres casadas con el 33.3% (14 mujeres) y el tercer lugar, solteras con un 7.2% (3 mujeres).

ESTADO CIVIL DEL GRUPO DE GESTANTES



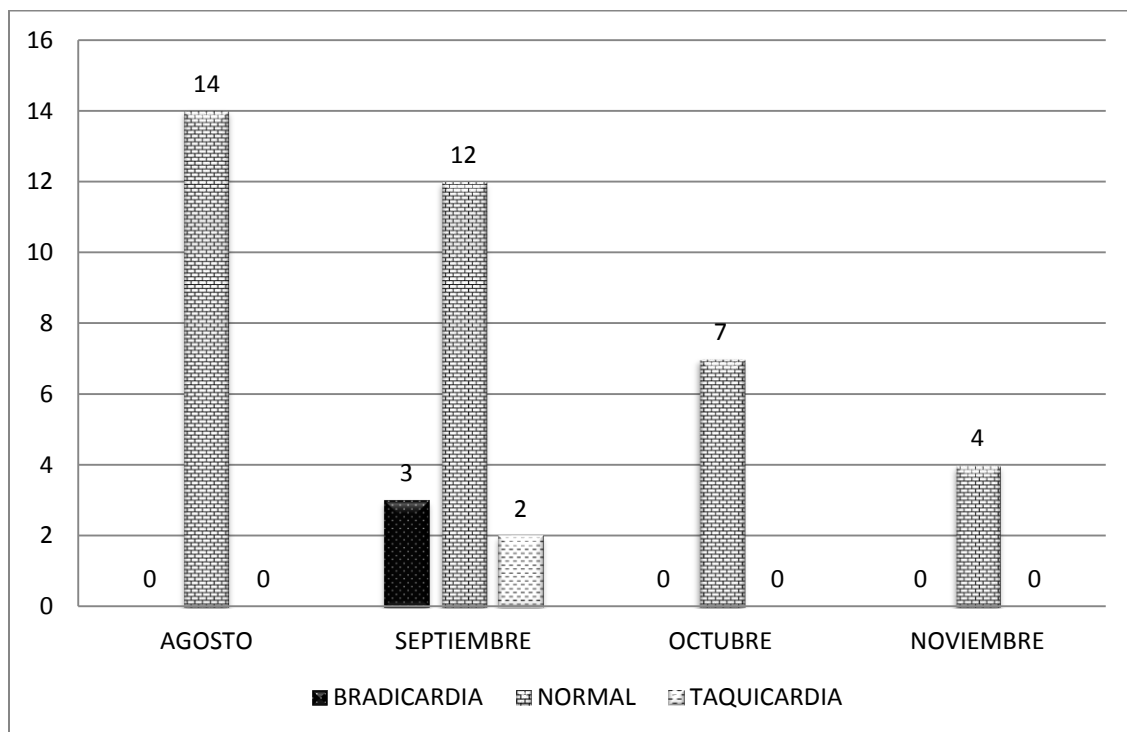
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el primer periodo.

La gráfica 5 indica la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas. El 88% (37 mujeres) obtuvieron frecuencia cardiaca normal, seguido del 7% (3 mujeres) con bradicardia y 5% (2 mujeres) con taquicardia.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

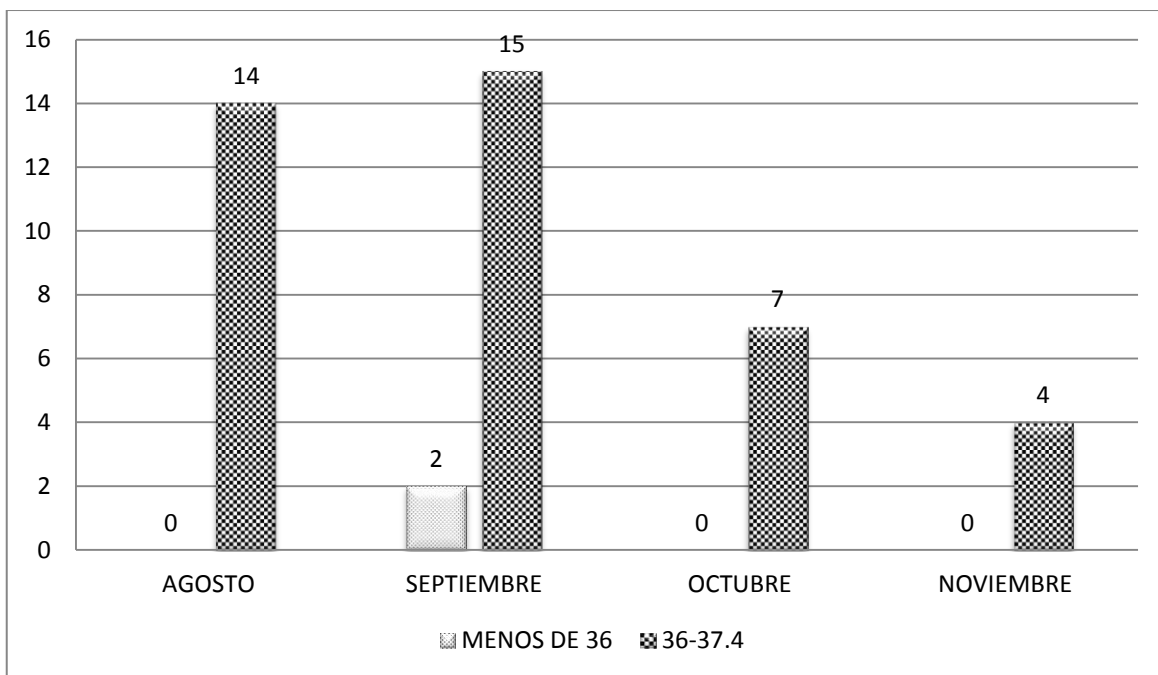


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 6, corresponde la temperatura corporal que obtuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, el 95% (40 mujeres) lograron una temperatura entre 36-37.4°C y 5% (2 mujeres) tuvieron menos de 36 °C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

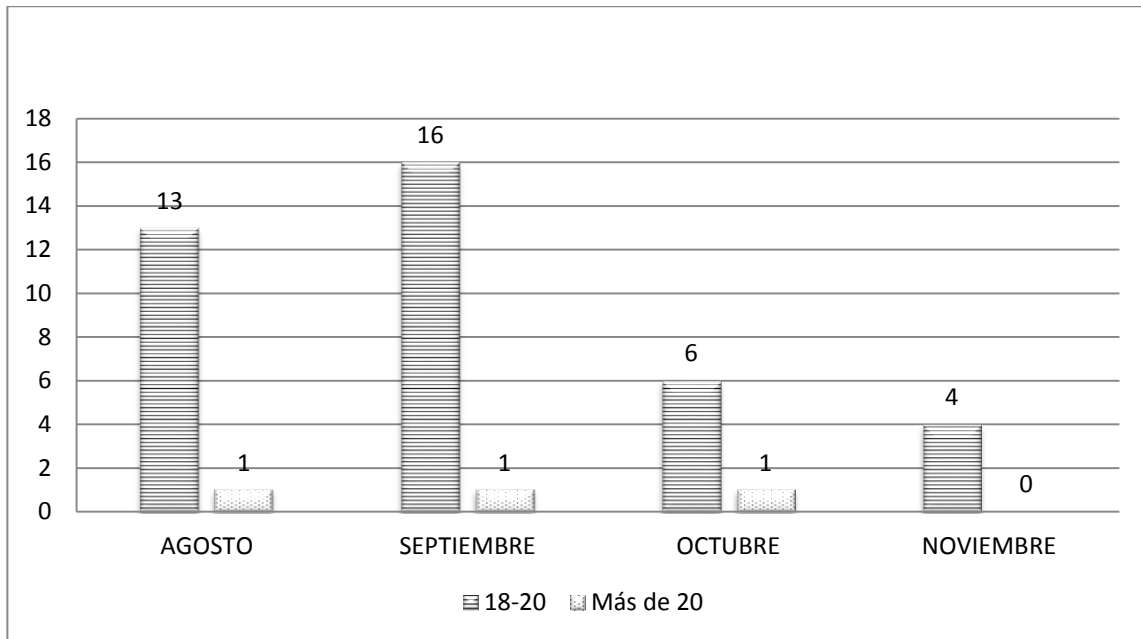


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

Referente a la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, el 92.8% (39 mujeres), reportaron entre 18-20 respiraciones por minuto y 7.2% (3 mujeres) obtuvieron más de 20 respiraciones por minuto, como se observa en la gráfica número 7.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

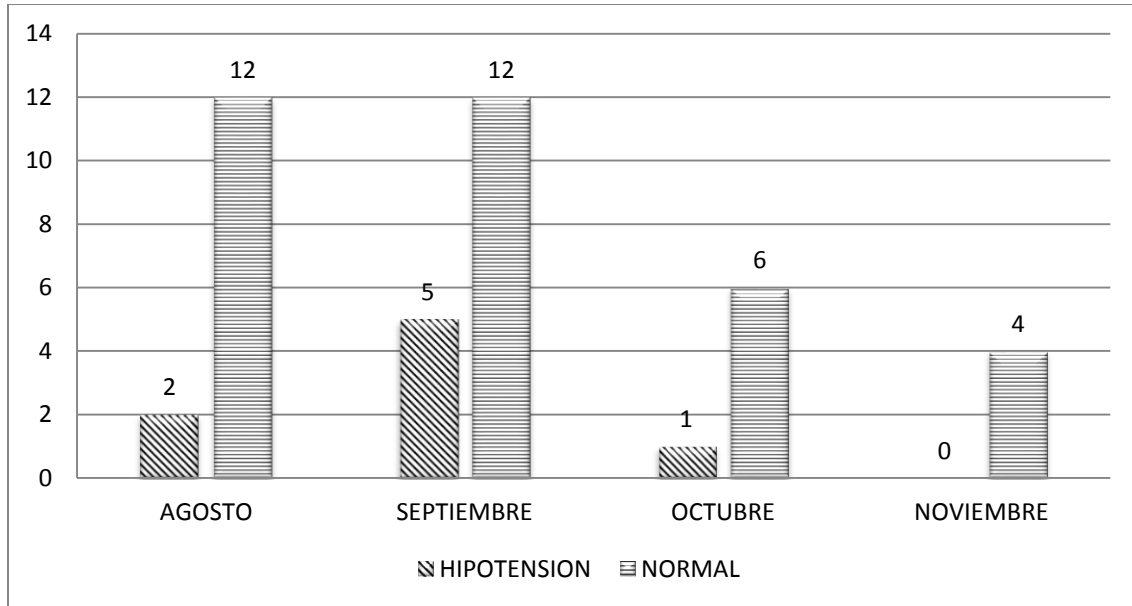


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=42

La gráfica 8, muestra la tensión arterial que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 80.9% (34 mujeres) obtuvieron un presión normal y solo el 19.1% (8 mujeres) presentaron hipotensión.

DISTRIBUCIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

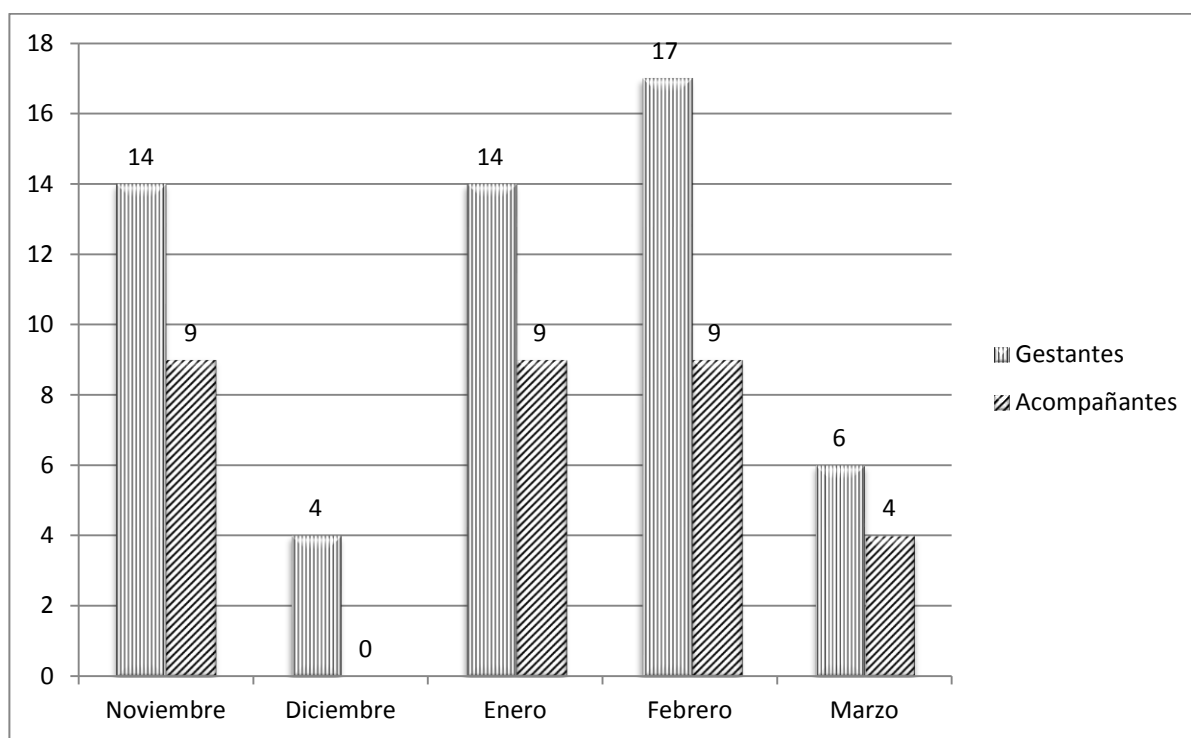
n=42

SEGUNDO PERIODO DE ACOMPAÑANDO UNA NUEVA VIDA

El segundo periodo inicia a partir del 20 de Noviembre de 2013 al 27 de Marzo del 2014; donde se tuvo una buena asistencia con un grupo mayor de 10 mujeres embarazadas en cada sesión. En el mes de Noviembre y Diciembre la asistencia fue menor debido a los periodos vacacionales y los días festivos. En el mes de Febrero el grupo creció en número de asistentes.

Durante el segundo periodo del curso “Acompañando una nueva vida”; en el mes Febrero obtuvo el mayor número de asistentes con el 65% y 35% (17 embarazadas y 9 acompañantes); en cambio el mes de Diciembre registró el menor número con 4 embarazadas sin acompañantes, (gráfica 9).

NÚMERO DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

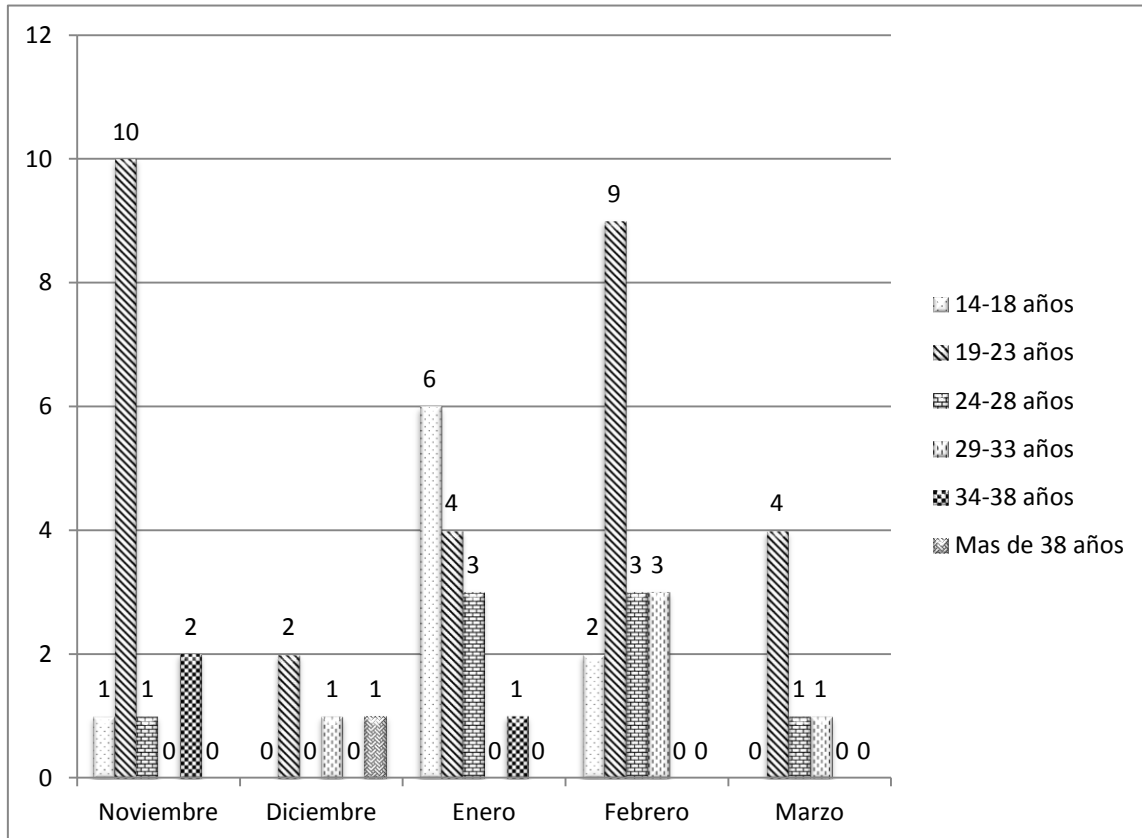


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n= 86

La gráfica 10, muestra las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió fue de 19-23 años con un 52.7% (29 personas) con mayor asistencia en Noviembre, seguido de 14-18 años con 16.3% (9 personas) con un número significativo en Febrero y de 24-28 años con 14.5% (8 personas).

DISTRIBUCIÓN DE EDAD DE LAS GESTANTES

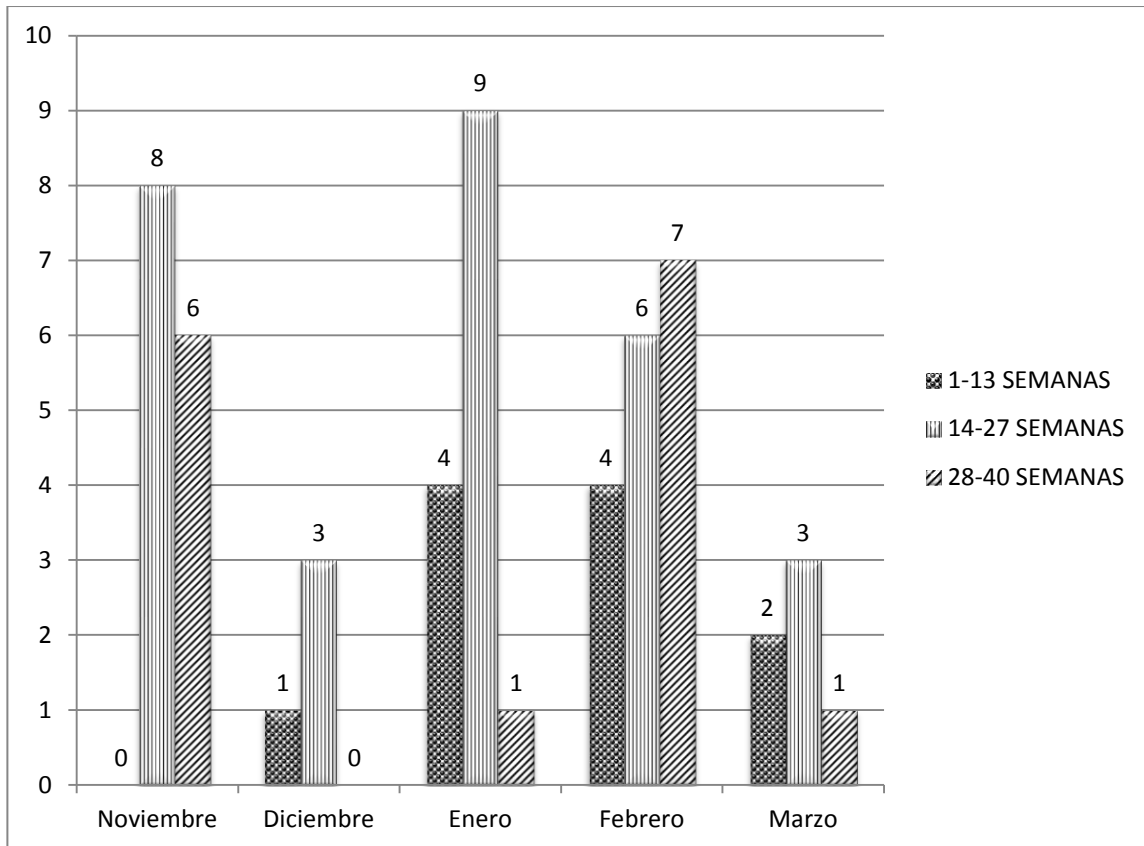


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 11, señala las SDG de las mujeres que asistían al curso, como primer lugar lo obtuvo de 14-27 semanas con un 52.7% (29 mujeres), destacando el mes de Enero.

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

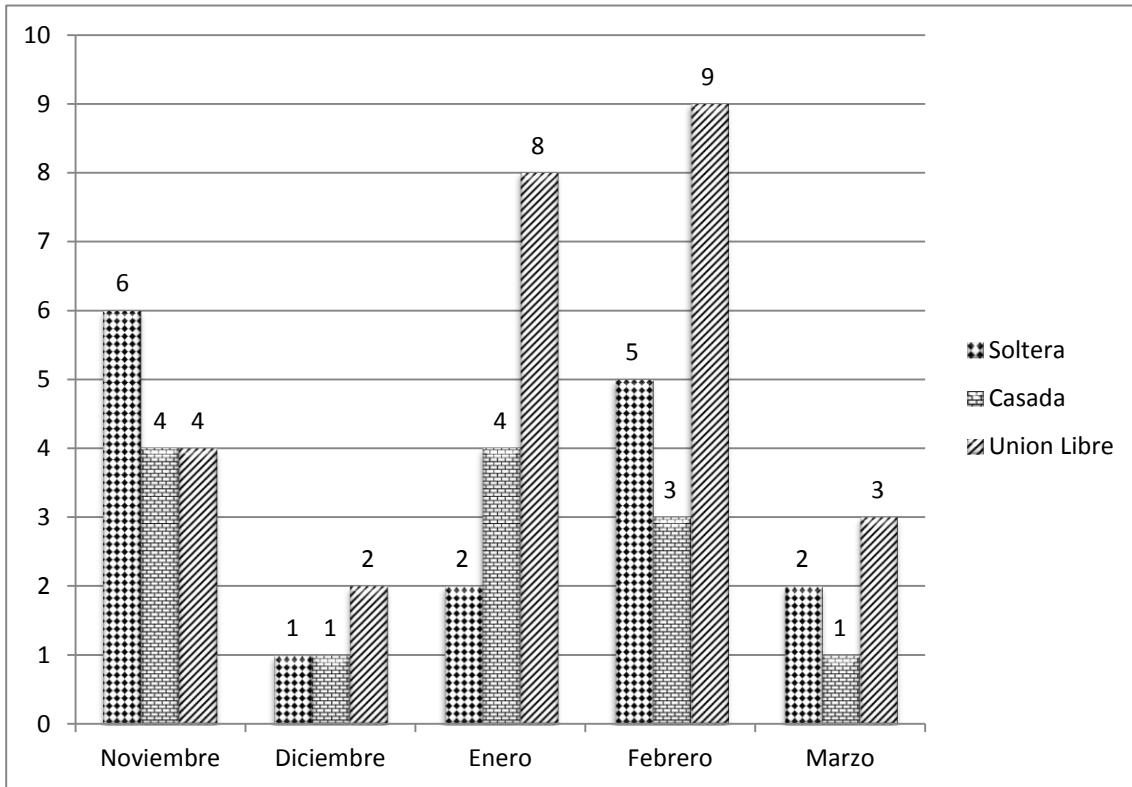


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 12, muestra el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas en el segundo periodo, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 47.2% (26 mujeres).

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



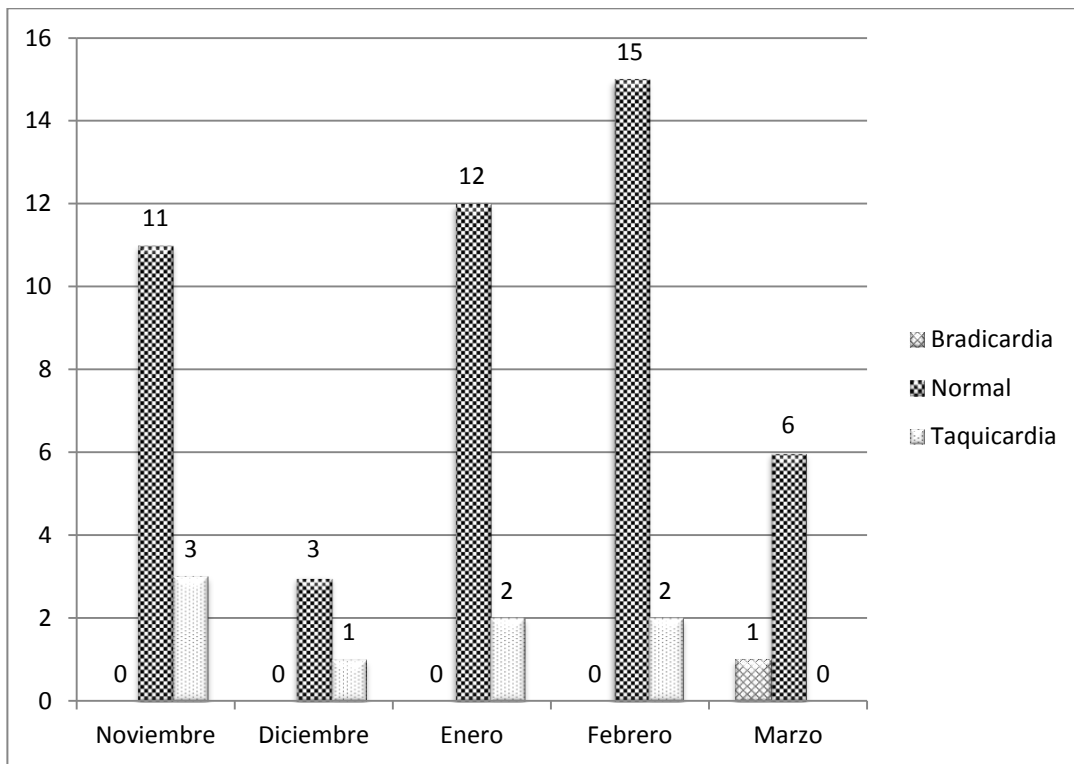
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el segundo periodo.

La gráfica 13, proporciona la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, se obtuvo que el 85.5% (47 mujeres) presentaron frecuencia cardiaca normal, y 14.5 (8 mujeres) taquicardia.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

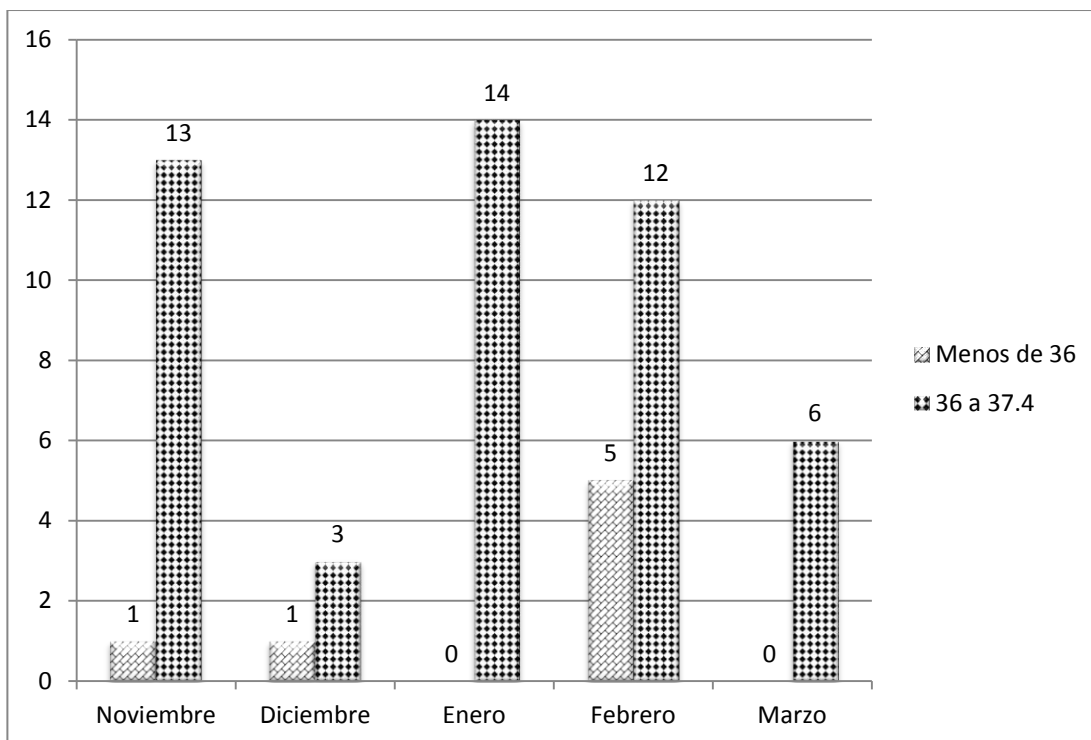


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 14, señala la temperatura que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, donde 12.7% (7 mujeres) tuvieron una temperatura menor de 36 °C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

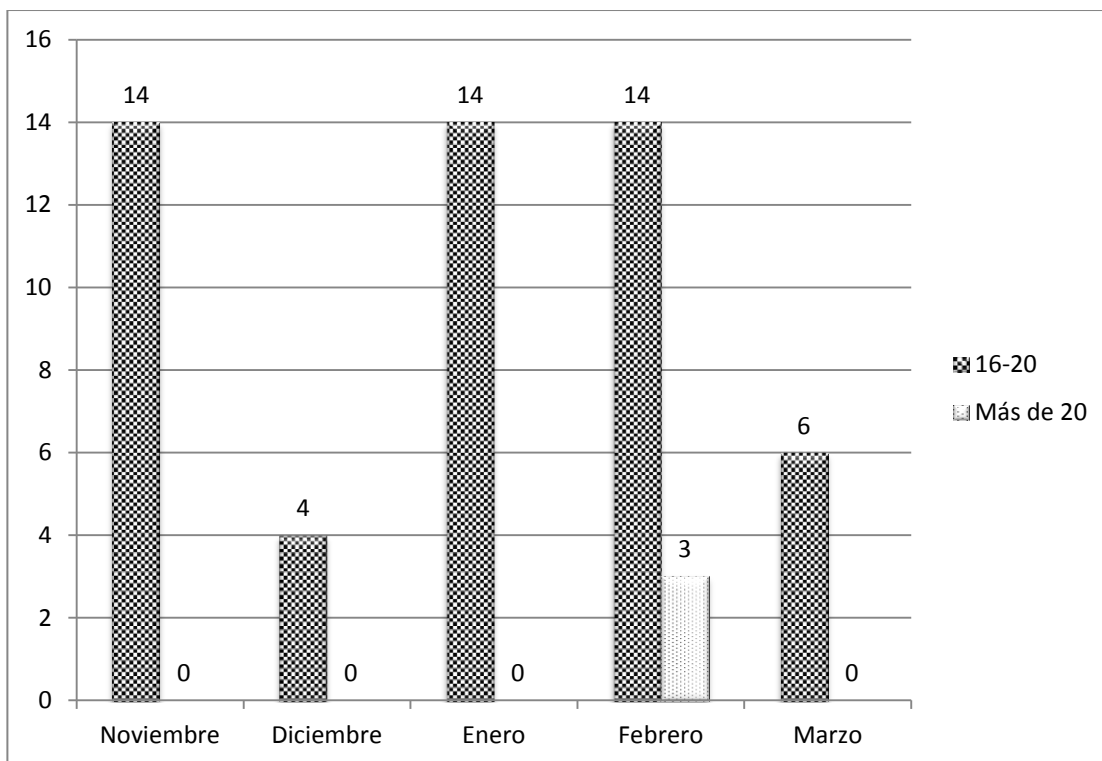


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 15, muestra la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, donde destaca 18-20 respiraciones con un 94.5% (52 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

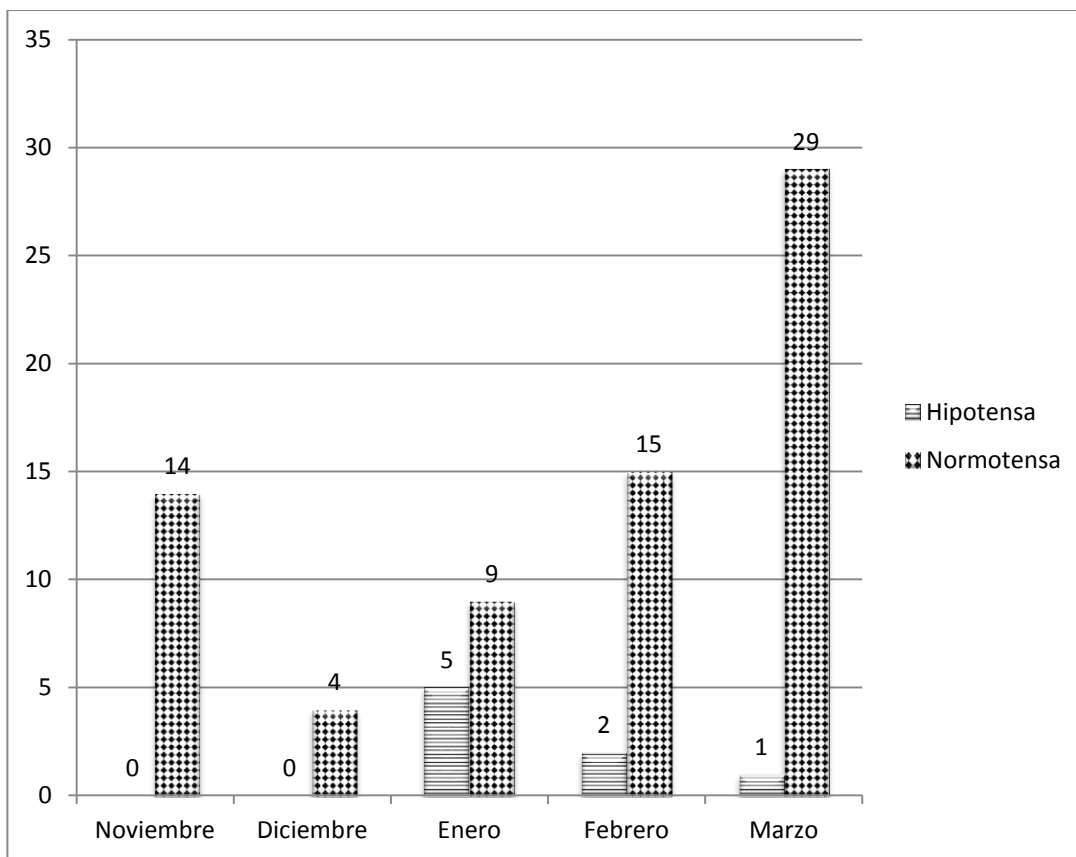


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=55

La gráfica 16, muestra la tensión arterial que obtuvieron las mujeres asistentes al grupo de embarazadas, donde el 14.5% (8 mujeres) presentaron hipotensión arterial.

TENSIÓN ARTERIAL



Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

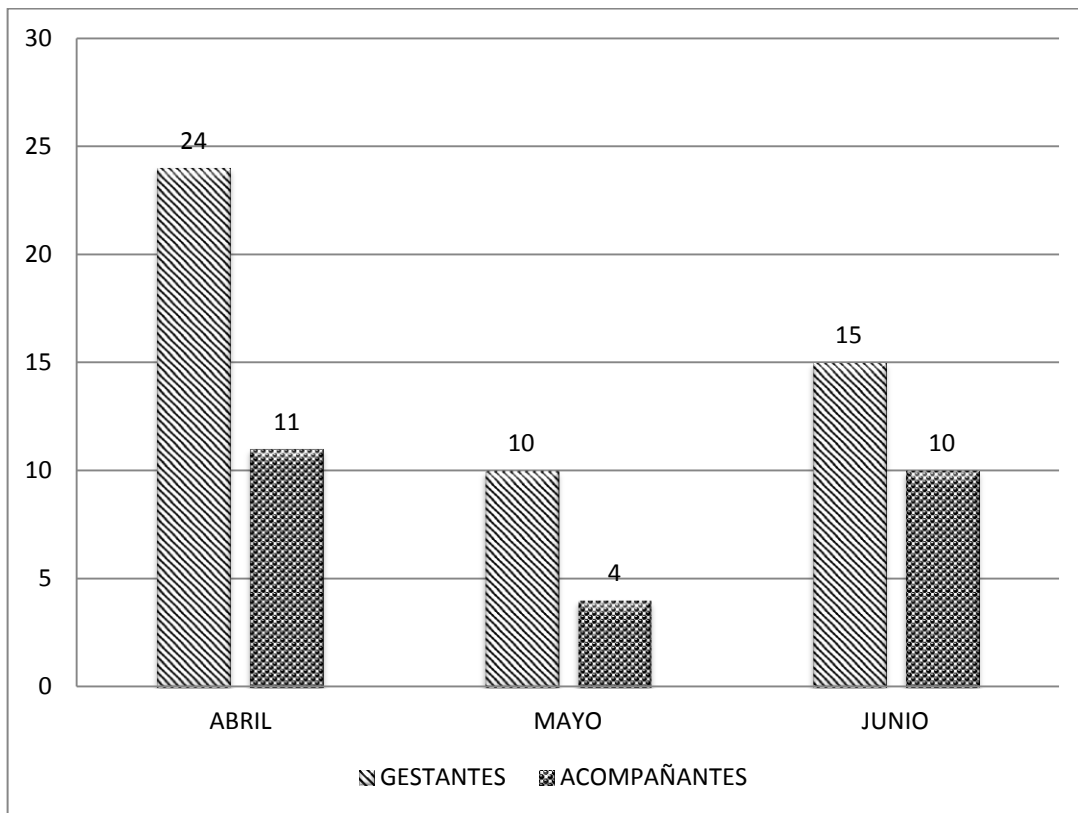
n=55

TERCER PERIODO DE ACOMPAÑANDO UNA NUEVA VIDA

El tercer y último periodo comprende del 3 de Abril al 26 de Junio del 2014 registro una asistencia de entre 6 y 9 gestantes por sesión.

La gráfica 17, señala el número de gestantes y acompañantes que asistieron durante el tercer periodo del curso acompañando una nueva vida. El mes de Abril obtuvo el mayor número de asistentes con el 68.5% y 31.5% (24 embarazadas y 11 acompañantes), en contraste con el mes de Mayo se registró 71.5% y 28.5% (10 embarazadas y 4 acompañantes), asistencia menor tanto de embarazadas y acompañantes.

NÚMERO DE GESTANTES Y ACOMPAÑANTES

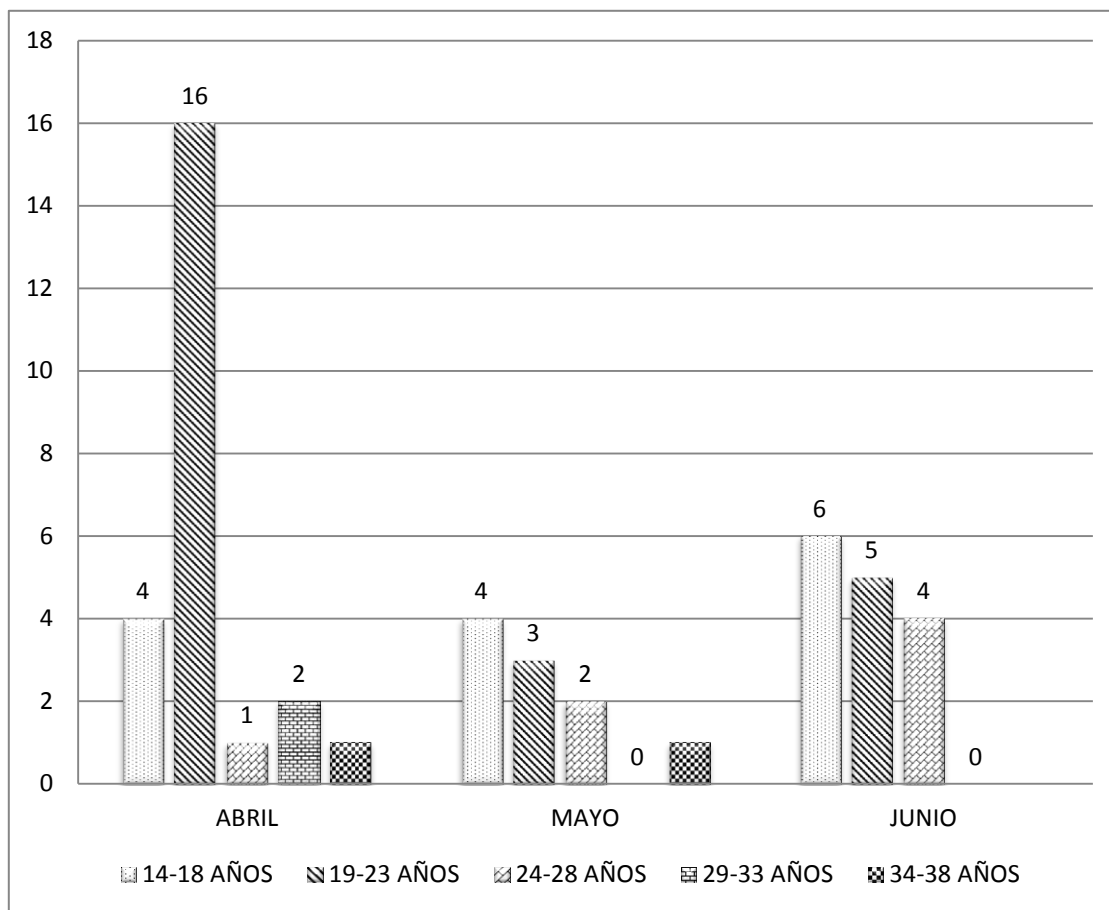


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=74

La gráfica 18, indica las edades de las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas; el grupo de edad que más asistió fue el comprendido entre 19-23 años con un 48.9% (24 personas) el mes de Abril, seguido de 14-18 años con un 28.5% (14 personas).

EDAD DE LAS GESTANTES

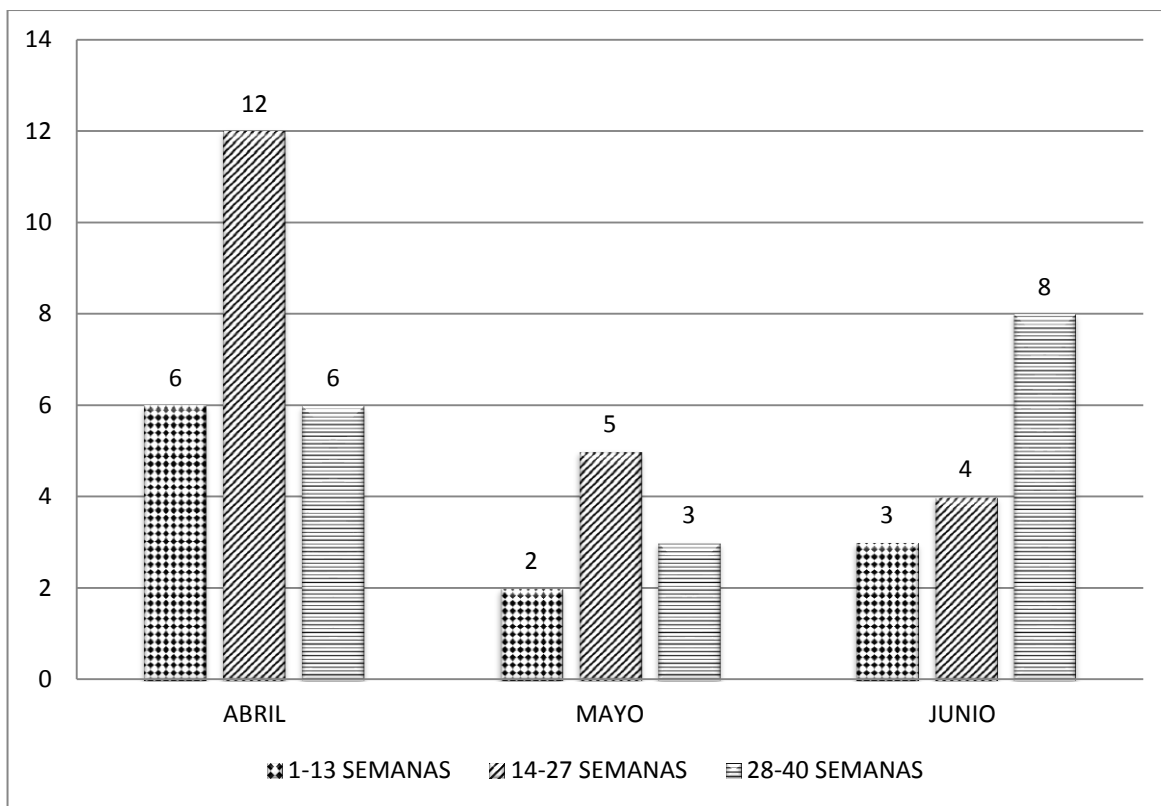


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 19, muestra las SDG de las mujeres que asistieron al curso, como primer lugar lo obtuvo de 14-27 semanas con 42.8% (21 mujeres), destacando el mes de Abril con mayor asistencia.

DISTRIBUCIÓN DE SEMANAS DE GESTACIÓN (SDG)

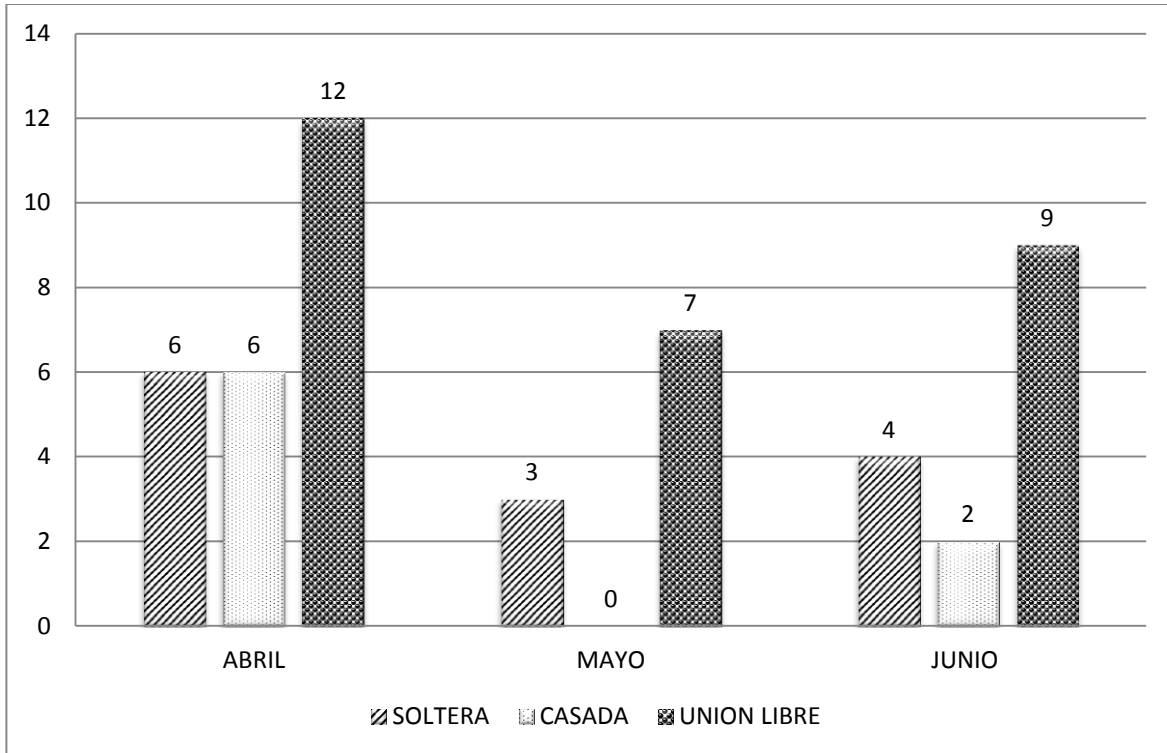


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 20, indica el estado civil que presentaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, como primer lugar lo obtuvo unión libre con 57.1% (28 mujeres).

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES



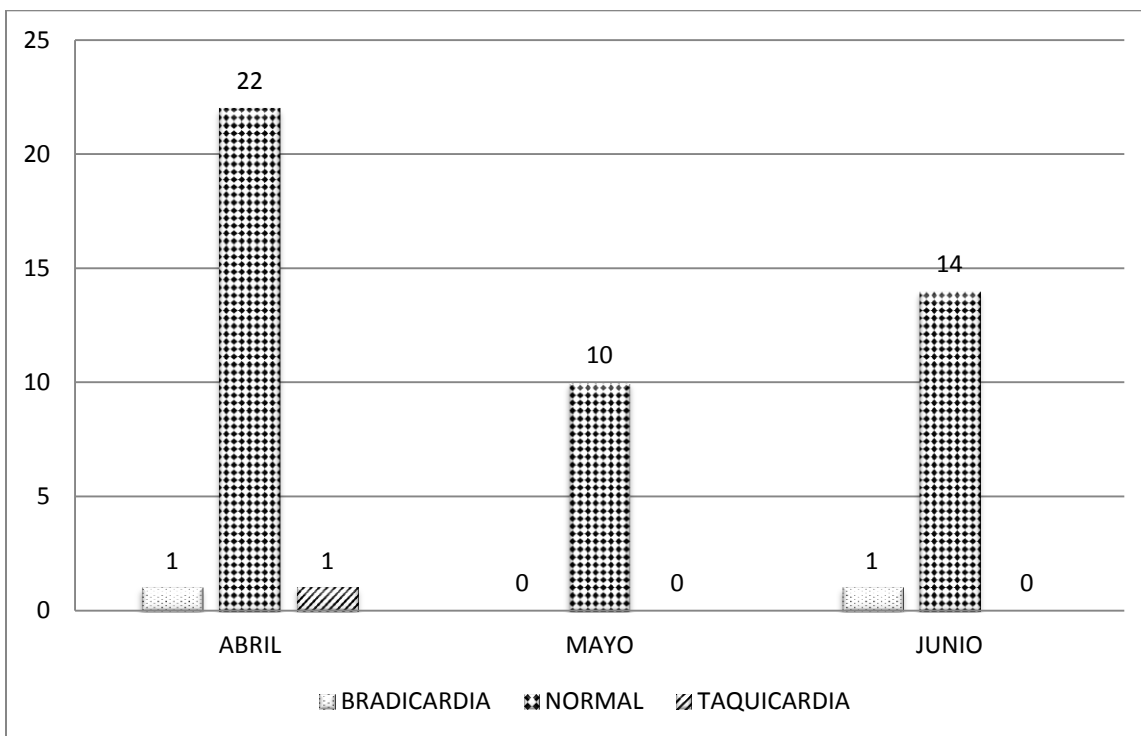
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

A continuación se observan una serie de gráficas que valoraron los signos vitales durante cada sesión del grupo acompañando una nueva vida en el tercer periodo.

La gráfica 21, muestra la frecuencia cardiaca que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, se obtuvo que el 93.8% (46 mujeres) tuvieron frecuencia cardiaca normal.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA CARDIACA

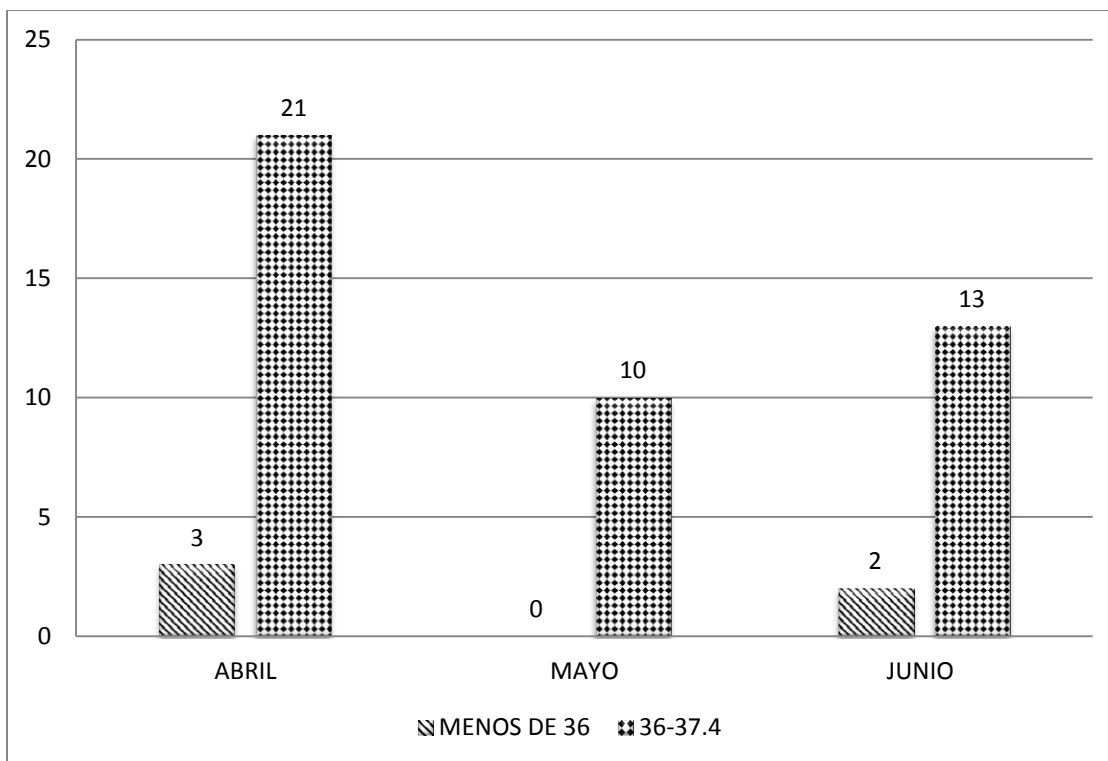


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 22, señala la temperatura que reportaron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 89.7% (44 mujeres) obtuvieron una temperatura entre 36-37.4°C.

DISTRIBUCIÓN DE TEMPERATURA CORPORAL

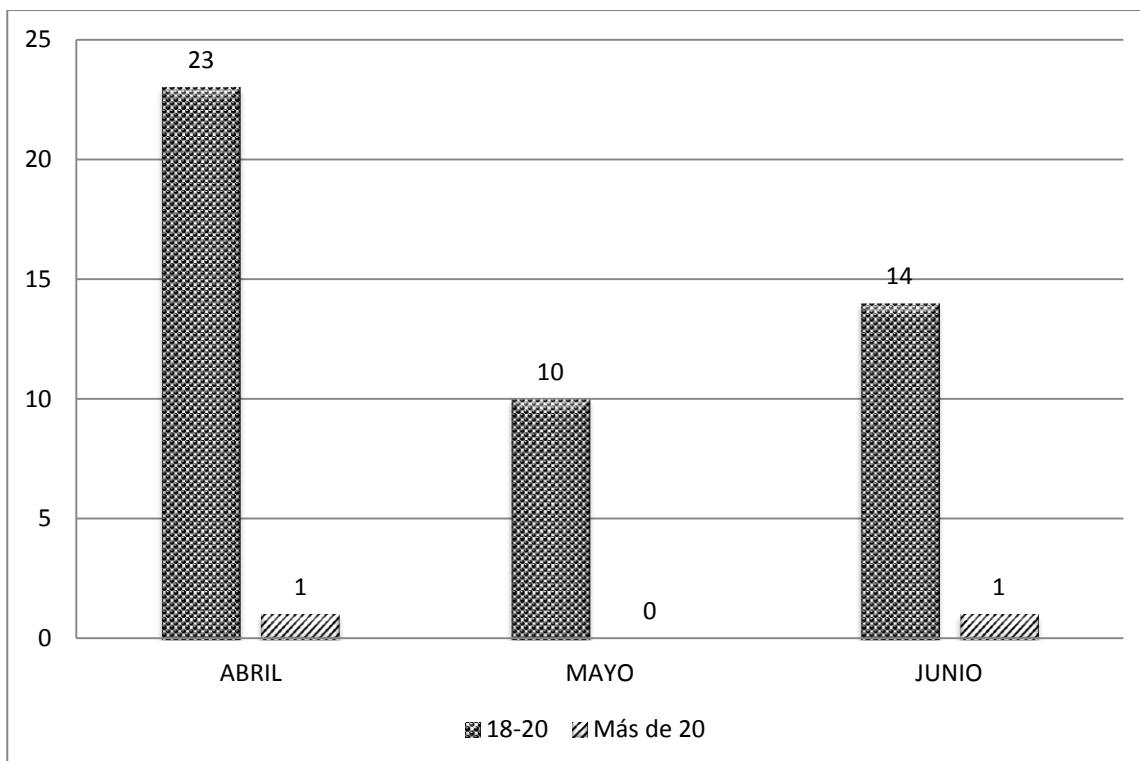


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 23, muestra la frecuencia respiratoria que tuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, fue entre 18-20 respiraciones con un 95.9% (47 mujeres).

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

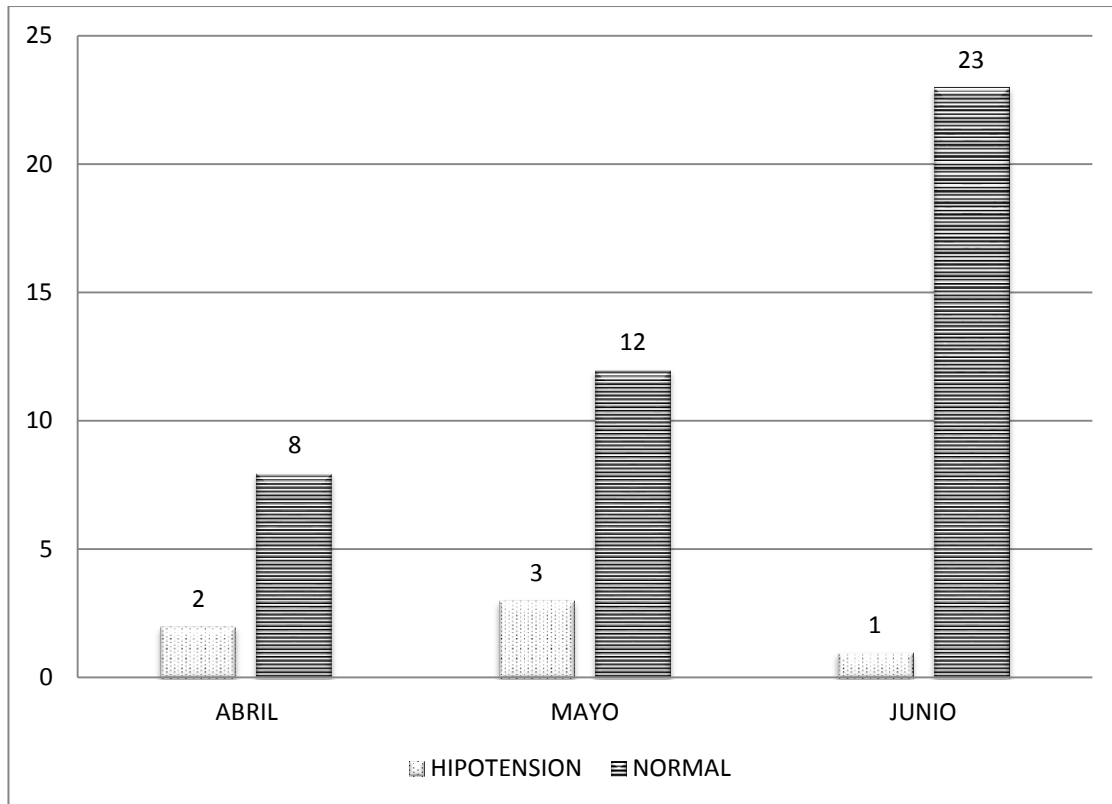


Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

La gráfica 24, señala la tensión arterial que obtuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas, el 87.7% (43 mujeres) reporto una presión normal.

DISTRIBUCIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL



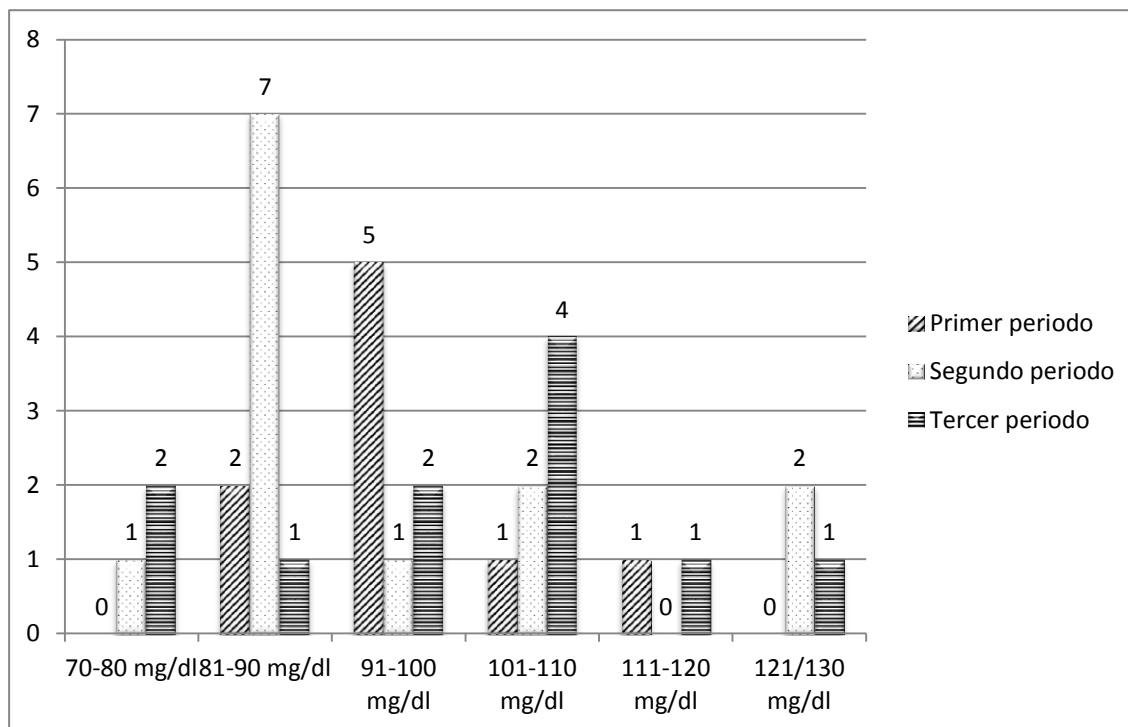
Fuente: Base de datos prestadoras de S.S.

n=49

Llevar el control de glicemia capilar es de importancia en el embarazo por las posibles complicaciones que se pueden generar. El día que se impartió la charla sobre Diabetes Gestacional en el grupo de embarazadas se realizó la toma de glicemia capilar; ésta se llevó a cabo en tres ocasiones y únicamente a las gestantes que acudieron a esa sesión, por falta de recursos brindados por la institución para realizarse esta detección a cada una de las gestantes que acudieron regularmente al grupo.

En la gráfica 25, muestran las 3 tomas de glicemia capilar en ayuno durante cada uno de los periodos; se puede destacar que la mayoría de las mujeres gestantes presentaron niveles entre los 81 y 90mg/dL obteniendo un porcentaje del 30.3% (10 mujeres), seguido de 91-100mg/dL con un 24.2% (8 mujeres) y como tercer lugar 101-110mg/dL con un 21.2% (7 mujeres). El total de mujeres a las que se realizó la revisión de glicemia capilar fue de 33 mujeres de un total de 146 gestantes durante los 3 ciclos.

DISTRIBUCIÓN DE GLICEMIA CAPILAR



Fuente: Detección directa

n=33

RESULTADOS DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA

Durante el periodo de Febrero a Mayo de 2014 se inició un grupo de estimulación temprana con los recién nacidos de las mujeres que asistían en el primer periodo al grupo Acompañando una nueva vida. Durante este tiempo se logró la asistencia de 6 niños menores de seis meses (3 niños y 3 niñas). Se registró un niño por grupo de edad (menor de un mes, 1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses y 6 meses) cuando lo ideal es iniciar la estimulación temprana a la semana de su nacimiento. Los niños que asistieron al grupo tuvieron un peso normal al nacer y se mantenían en un peso ideal de acuerdo a la edad.

A través del grupo de estimulación se logró conocer el tipo de parto que tuvieron 6 mujeres, por lo que la siguiente grafica (26), muestra solo un porcentaje del tipo de parto que tuvieron las mujeres que asistieron al grupo de embarazadas durante el primer periodo, destaco que solamente uno de ellos nació por cesárea.



Fuente: Investigación directa

n=6

DISCUSIÓN

Al observar los resultados obtenidos podemos apreciar que más del 50% de las mujeres que asistieron al grupo durante los tres periodos llevaron un acompañante a las charlas, cumpliendo el objetivo de brindar educación a la salud tanto a la mujer embarazada como a su acompañante y a la vez promover el apoyo emocional. Esto en relación a lo que menciona *Rocha, F. (2006)*, la mayoría de las mujeres quieren que sea su pareja quien la acompañe en tan importantes momentos, pero alguna prefiere que sea otra persona quien lo haga.

También se observó que en los tres periodos más del 70% de las gestantes vivían en unión libre o estaban solteras lo que indica poca participación por parte de la pareja. “La pareja, y en su caso la persona que la embarazada elija, tiene un importante papel durante todo el proceso del parto que consiste fundamentalmente en apoyarla creando un clima de tranquilidad, dándole confianza en su capacidad para controlar esta situación, animándola y compartiendo con ella los momentos más difíciles” *Rocha, F. (2006)*.

Igualmente dentro de los resultados se observó que el mayor número de asistentes fueron de 19-23 años y de 14-18 años de edad, es importante mencionar que la gestante con menor edad fue de 14 años y de mayor edad 48 años ambas con embarazos de alto riesgo por la edad que presentaron; según los extremos establecidos por la *Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012)*, considera el embarazo de las adolescentes como de alto riesgo debido a las repercusiones sobre la salud de la madre y del producto, además de las consecuencias psicológicas y sociales en su proyecto de vida. Asimismo, por las complicaciones que pueden presentarse, como anemia, eclampsia y partos prematuros, entre otras, con mayor frecuencia si es menor de 15 años.

Las mujeres que acudieron estaban cursando su segundo o tercer trimestre de embarazo, en la mayoría de los casos porque se enteraron tardíamente de su embarazo, o iniciaron su control prenatal tarde, lo cual impidió el poder clasificar tempranamente un embarazo de alto riesgo. Los resultados anteriores coinciden con los señalamientos que refiere *Tezoquipa, I. (2002)*, quien señala que en países en vías de desarrollo el cuidado prenatal se hace en forma tardía y sin la

regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

Al respecto la *Norma Oficial Mexicana (NOM-007-SSA2-1993)*; establece los criterios para el control prenatal se dirigirá a la promoción de comportamientos saludables, a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal. El personal de salud promoverá que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo seis consultas prenatales. La primera, preferentemente antes de las 12 semanas de gestación, dos en el segundo trimestre y una cada mes durante el tercer trimestre. Como evidencia de ello las mujeres que asistieron de manera regular al grupo fueron valoradas tomando en cuenta los signos vitales que incluían tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y temperatura corporal encontrándose en su mayoría dentro de los rangos establecidos según los resultados obtenidos en las gráficas de los tres periodos.

Cerca de 7 de cada 100 mujeres embarazadas padecen de diabetes gestacional. La diabetes gestacional es más frecuente en: Mujeres con sobrepeso. Mujeres con familiares que han tenido diabetes gestacional. Mujeres con familiares que tienen diabetes tipo 2. *Agency for Healthcare Research and Quality (2010)*, por lo que se realizaron 3 tomas de glicemia capilar durante cada uno de los periodos; a un total de 33 mujeres ninguna de ellas reportó hiperglucemia.

Finalmente, es importante mencionar que los niños que asistieron al grupo de estimulación temprana tuvieron un peso normal al nacer, se mantenían en un peso ideal y presentaron un desarrollo de acuerdo a la edad. El objetivo de la estimulación temprana es identificar tempranamente factores de riesgo y alteraciones en el desarrollo. *Secretaría de Salud (2002)*. Diversas investigaciones en el campo de las ciencias, han demostrado la importancia de la atención temprana en las distintas capacidades del ser humano para lograr un mayor y mejor desenvolvimiento de sus potencialidades desde la niñez.

CAPITULO 5

IMPACTO SOCIAL

El aumento de madres adolescentes ha ido en ascenso cada día. *Noguera, N. (2012)*, enfatiza que el embarazo en adolescentes es un problema de salud pública a nivel mundial ya que en la mayoría de los casos este afecta negativamente la salud de la madre, del hijo por nacer y del niño, y adicionalmente puede ocasionar alteraciones en la calidad de vida no solo de ellos, sino de la familia y la sociedad.

Las consecuencias de este incremento de embarazos adolescentes son enormes tanto para sus bebés y para la sociedad en general. Incluso las mismas jóvenes están más propensas a tener diversas complicaciones durante el embarazo. Las madres jóvenes tienen el doble de probabilidades de tener bebés de bajo peso y bebés prematuros, así como de dos a tres veces más probabilidades de tener bebés que mueren durante el primer año y a veces más probabilidades de tener hijos con defectos neurológicos.

La información y la educación a la salud ayudan a prevenir o disminuir muchos de los riesgos que traen estos embarazos prematuros. Un ejemplo de ello es que en su mayoría las usuarias, asistieron a las consultas de seguimiento al Centro de Salud Floresta para control de niño sano, programa de vacunación, y a consulta médica durante el puerperio. De los resultados obtenidos en el grupo de estimulación temprana se observó que las asistentes tuvieron un parto vaginal sin complicaciones, recién nacidos saludables.

Otra evidencia de la relevancia de la presente investigación y el impacto con las gestantes, fue la asistencia a control prenatal, y otros servicios de salud tales como inmunizaciones, consulta dental y de nutrición para llevar un embarazo sin complicaciones. Durante pláticas personalizadas con las gestantes se obtuvo que el 100% de ellas conocían los signos de

alarma durante el embarazo y sabían a dónde acudir en caso de presentar un signo.

También se presentó la oportunidad de dar seguimiento de trabajo de parto en las instituciones de segundo nivel en varias de las gestantes que acudieron al grupo, notándose que éstas se mantuvieron con una actitud de mayor calma y cooperación al momento del parto en comparación con las gestantes que carecieron de la experiencia del grupo.

LIMITACIONES

Durante el desarrollo de la investigación se presentaron algunos inconvenientes entre los que destacan:

- Falta de instalaciones y espacio físico apropiado para implementar las sesiones con el grupo de gestantes en el Centro de Salud Floresta.
- Escasez de material y equipo en el centro de salud para realizar el control de la gestante.
- Falta de cooperación por parte del equipo de salud para el trabajo en equipo (especialmente por parte de la trabajadora social y médico encargado de Calidad del Centro de Salud), así como actitudes no profesionales para dirigirse tanto al grupo de gestantes como hacia las prestadoras de servicio social por parte de la Trabajadora Social del Centro de Salud.
- Ausencia de compromiso por parte del personal de centro de salud (Trabajadora social, enfermeras y médicos) hacia las prestadoras de servicio social de enfermería para respetar los días asignados con el proyecto.
- Dificultad en las gestantes para utilizar un instrumento escrito para evaluación sobre cada uno de los temas impartidos al grupo de gestantes.

REFLEXIONES

Acompañando una nueva vida nos trajo diferentes tipos de experiencias, se pudo conocer mujeres dedicadas al cuidado de su salud y su futuro bebé y, en muy pocos casos, el contraste de mujeres desinteresadas por el cuidado de su salud y con poco conocimiento del cuidado del recién nacido.

Se observó también la necesidad de apoyo emocional de muchas embarazadas, por la falta de una pareja o de un hogar estable, y mujeres que acudían al grupo con su pareja o su madre.

En el transcurso del año encontramos diferentes barreras para realizar nuestro proyecto. Una de ellas fue por el área donde se realizaban las charlas, ya que por algunos meses estuvo funcionando como bodega donde colocaron cajas con productos de limpieza, (bolsas de jabón, escobas y trapeadores), además de dos puertas de cristal las cuales obstaculizaron el paso e hicieron del aula un lugar riesgoso para las mujeres embarazadas.

Como aportación al proyecto se propuso iniciar con un grupo de estimulación temprana para menores de 6 meses, hijos de las mujeres que asistieron al grupo de Acompañando una nueva vida. Al principio tuvimos una buena respuesta con una asistencia de 6 niños, conforme transcurrió el tiempo el grupo se redujo a dos niños que asistieron hasta cumplir los 6 meses que fue una de nuestras metas.

Por otra parte, el año de servicio social logró reforzar conocimientos y aprender de las personas que nos rodearon. Fue agradable ver el resultado y el fruto de las charlas de educación a la salud que se impartieron, la mayoría de las mujeres aprendieron a cuidarse durante el embarazo, se aclararon

dudas y la mayoría de las gestantes tuvieron un embarazo y parto sin complicaciones.

Quizás los objetivos planteados al inicio fueron altos y ambiciosos, pero se tiene la satisfacción de los resultados obtenidos, sobre todo en el primer y segundo periodo del grupo, ya que se pudo conocer a los bebés de las mujeres que asistían al grupo, conocer los detalles del parto y ver el reflejo y aporte que se dio a través de las charlas de educación a la salud en el grupo Acompañando una nueva vida.

RECOMENDACIONES

Después de trabajar con el grupo Acompañando una nueva vida, se observó algunas deficiencias tanto del programa, como del espacio físico. A continuación algunas recomendaciones para mejora del grupo y beneficio de las gestantes:

1. Espacio físico adecuado y exclusivo para el grupo, así como material de apoyo para impartir las charlas.
 - Proyector para facilitar la presentación de los temas.
 - Sillas suficientes.
 - Bocinas para proyección de videos educativos.
2. Proporcionar el equipo y/o material necesario para la detección temprana de síntomas de alarma:
 - Glucómetro exclusivo para el grupo para descartar diabetes gestacional
 - Baumanómetro digital para la detección de preeclamsia.
 - Bacula digital para el control de peso.
3. Participación del equipo de salud multidisciplinario principalmente:
 - Nutriólogos que aborden temas sobre la alimentación durante el embarazo, importancia de la lactancia materna y la ablactación.
 - Psicólogos que apoyen en consejería a las parejas que acuden al grupo, o terapia para las embarazadas solteras sin apoyo de la familia.

CAPITULO 6

CONCLUSIONES

Al inicio de esta investigación se trazaron objetivos que se esperaban lograr durante el año de servicio social, ahora que ha concluido este periodo se puede ver reflejado el esfuerzo y arduo trabajo para cumplir con lo planteado.

Por lo anterior, de acuerdo a los objetivos planteados al inicio de esta investigación se puede concluir que se logró una asistencia del 50% de las gestantes al curso-taller implementado para las mujeres que asistieron a control prenatal en el Centro de Salud Floresta. También, es importante mencionar que el 56% de las gestantes llevaron un acompañante en las sesiones impartidas durante los tres periodos comprendidos. El objetivo principal de la investigación fue estar dirigido a adolescentes en edades de 14-18 años siendo un mínimo porcentaje gestantes adolescentes las que asistieron al grupo.

Igualmente es importante destacar que las metas planteadas fueron cumplidas en un 100% al implementar el curso-taller a lo largo de este año; lograr una buena asistencia tanto de gestantes como acompañantes; se brindó educación para la salud al 100 % en cada uno de los temas impartidos.

Finalmente, se puede concluir que la educación para la salud de la mujer embarazada, es de crucial importancia en el ámbito del primer nivel de atención (Centros de Salud) para la prevención y/o control de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. Durante los tres periodos del programa Acompañando una nueva vida, la revisión de signos vitales en las mujeres embarazadas fue uno de las principales actividades para identificar síntomas de alarma, encontrando siempre cifras estables en las mujeres que acudieron al

grupo. Prueba de ello fue que las mujeres que asistieron al grupo Acompañando una nueva vida tuvieron un embarazo sin complicaciones, parto vaginal, puerperio fisiológico y recién nacidos saludables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agency for Healthcare Research and Quality (2010). Diabetes gestacional. Guía para la mujer embarazada. Consultado en la página: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/107/510/Diabetes%20Spanish.pdf>. Fecha de consulta: 7 de agosto de 2014.

Alcolea, Silvia (2008). Guía de cuidados en el embarazo: Consejos de su matrona. Barcelona. Consultado en la página: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Cautela, Joseph (2000). Técnicas de relajación. Ediciones roca. Barcelona España. Fecha de consulta: 9 de octubre de 2014.

Correa, Ana (1997). Puericultura del recién nacido. Consultado en la página: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadMedicina/BibliotecaDiseno/Archivos/PublicacionesMedios/BoletinPrincipioActivo/8_puericultura_del_recien_nacido.pdf. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

ENADID (2009). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica. Consultado en la página: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENADID/2009/met_y_tab_enadid09.pdf. Fecha de consulta: 8 de agosto de 2014.

González, Liliana (2000). Desarrollo Infantil primer año de vida. Argentina. Consultado en la página: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/Marco-teorico.pdf>. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Henderson, V. (1960). *Basic principles of nursing care*. Geneva: International Council of Nurses. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Hernández, Sampieri Roberto (2010). *Metodología d la investigación*. Quinta edición. McGraw-Hill/ Interamericana. México, D: F. Fecha de consulta: 10 de agosto de 2014.

Hospiten (2014). *Manual de ejercicios durante el embarazo*. Consultado en la página:

http://www.hospiten.com.mx/hospiten/HOSPITEN/published/DEFAULT/manuel_ejercicios_embarazo/artefinal_foll_ej_embarazo.pdf. Fecha de consulta: 10 de septiembre de 2014.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). Consultado en la página: <http://www.inegi.org.mx/>. Fecha de consulta: 9 de septiembre de 2013.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012). *La mujer en Sonora*. Consultado en la página: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/mujeres_en/2010/son/Mujeres_Sonora.pdf. Fecha de consulta: 15 de agosto de 2014.

Noguera, Norma (2012). *Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería*. Colombia. Consultado en la página: http://www.uelbosque.edu.co/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colombiana_enfermeria/volumen7/embarazo.pdf. Fecha de consulta: 8 de agosto de 2013.

NOM-007-SSA2-1993, *Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido*. Consultado en la página: http://salud.edomexico.gob.mx/html/transparencia/informacion/leyesreglamentos/reglamento/norma_007_SSA2_1993.pdf. Fecha de consulta: 5 de agosto de 2013.

Organización Mundial de la Salud (2012). Consultado en la página:
<http://www.who.int/es/>. Fecha de consulta: 31 de julio de 2013.

Perea, Rogelia (2009). Promoción y Educación para la Salud. Tendencias
Innovadoras. Fecha de consulta: 10 de agosto de 2014.

Pérez, María (1996). La enfermera como educadora de la embarazada y su núcleo
familiar. Consultado en la página:
www.sarda.org.ar/content/download/471/2544/file/102-106.pdf. Fecha de
consulta: 11 de noviembre de 2013.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud
(1987). Consultado en la
página:[http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE
_SALUD.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf). Fecha de consulta: 25 de agosto de 2014.

Rocha, Francisco (2006). Embarazo, Parto y Puerperio. 2º Edición. Consejería de
salud. Consultado en la página:
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3
_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_pu
erperio.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf). Fecha de consulta: 12 de septiembre de 2014.

Sánchez, Ángela (2005). Embarazo en adolescentes. Caso del hospital obstétrico
Pachuca. Consultado en la
página:[http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/608/
1/Embarazo%20en%20las%20adolescentes.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/231104/608/1/Embarazo%20en%20las%20adolescentes.pdf). Fecha de consulta: 1 de
agosto de 2013.

Secretaria de Salud (2011) Manual del paquete garantizado de servicios de
promoción y prevención para una mejor salud. México. Consultado en la
página:
[http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salu
d_ok.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/cartillas/Manual_Salud_ok.pdf). Fecha de consulta: 22 de agosto de 2014.

SEGO (2007). Técnicas de respiración y relajación. Manual obstetricia. Consultado en la página: <http://xa.yimg.com/kq/groups/27500701/657208347/name/Cris.pdf>. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013.

Tezoquipa, Isabel (2002). Información científica para el cuidado en Enfermería. Cuidados prenatales. Consultado en la página: http://www.emujeres.gob.mx/images/stories/Liferay/eMujeres/salud/PDF/cuidados_prenatales.pdf. Fecha de consulta: 30 de julio de 2013.

Unicef (2002). Ejercicios de estimulación temprana. Consultado en la página: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/ejercicioestimulaciontemprana.pdf>. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2014.

ANEXOS

ANEXO 1

CALENDARIZACIÓN

AGOSTO	<p>Inducción al centro de salud y sus actividades, presentación con el personal del centro de salud.</p> <p>Iniciación con el grupo “Acompañando una vida”.</p> <p>Temática del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo)• Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico).• Diabetes gestacional y preeclampsia
SEPTIEMBRE	<p>Rotación por el servicio de inmunización.</p> <p>Promoción del grupo “Acompañando una vida”.</p> <p>Introducción de técnicas de relajación al grupo-taller.</p> <p>Temática del mes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Parto.• Puerperio y depresión posparto• Lactancia materna
OCTUBRE	<p>Rotación en el servicio de Papanicolaou.</p> <p>Temática del grupo taller:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ablactación• Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas)• Estimulación temprana el niño de 4 a 6 meses
NOVIEMBRE	<p>Evaluación sobre el cumplimiento de las metas y objetivos del proyecto, utilizando las estrategias planteadas.</p> <p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none">• Planificación familiar• Enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias

	Agudas (EDAS E IRAS).
DICIEMBRE	<p>Evaluación del grupo “Acompañando una vida.</p> <p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convivio navideño
ENERO	<p>Iniciación de grupo de: estimulación temprana.</p> <p>Temática de grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo) • Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico). • Diabetes gestacional y preeclampsia
FEBRERO	<p>Rotación en el servicio de Inmunización.</p> <p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto • Puerperio y depresión posparto • Lactancia materna • Ablactación
MARZO	<p>Rotación por el servicio de Papanicolaou.</p> <p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas) • Estimulación temprana el niño de 4 a 6 meses
ABRIL	<p>Temática del grupo “Acompañando una vida”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infecciones respiratorias agudas • Enfermedades diarreicas agudas • Violencia intrafamiliar
MAYO	<p>Temática del grupo:</p> <p>Inicio del tercer periodo del grupo “Acompañando una vida”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo(vacunas)(sexualidad durante el embarazo) • Alimentación en el embarazo y lactancia materna (ácido fólico). • Diabetes gestacional y preeclampsia

JUNIO	<p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Parto • Puerperio y depresión posparto • Lactancia materna <p>Terminar la elaboración escrita del proyecto.</p>
JULIO	<p>Temática del grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados del recién nacido en el hogar y prevención de muerte de cuna (programa “yo quiero, yo puedo: darte pecho, jugar contigo y evitar la muerte de cuna”).(tamiz neonatal y vacunas) • Estimulación temprana <p>Despedida del grupo.</p>

Nota: La temática del grupo-taller estuvo sujeta a cambios influidos por factores como la necesidad de cada sesión o actividad programada; los resultados obtenidos en los cuestionamientos directos a las gestantes y acompañantes respecto a los temas impartidos, periodos vacacionales, días festivos, tiempo y espacio proporcionado por parte del Centro de Salud Floresta.

ANEXO 2

LISTAS DE ASISTENCIA GESTANTES

ASISTENCIA DEL PRIMER PERIODO

	NOMBRE	ago-07	ago-14	ago-21	ago-28	sep-04	sep-11	sep-18	sep-25	oct-02	oct-09	oct-16	oct-23	oct-30	nov-06	nov-13
1	AC	X		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	ASS															X
3	AIY	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
4	AIGB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	
5	AMB						X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	ALV	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	AGO	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X	X	X
8	BA		X			X	X					X				
9	BLAR		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	BZ	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X
11	CNA	X	X	X	X	X	X	X	X		X				X	X
12	DAAM	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X
13	ENL	X	X	X	X	X				X	X	X		X		X
14	FL	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
15	GAVZ				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	GSI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
17	GR	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	IMC	X	X	X	X	X	X		X			X				X
19	JG	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
20	JEE	X	X						X			X	X		X	X
21	KGP		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	KAVC	X	X	X	X	X			X	X					X	
23	LLP			X	X		X			X	X	X	X	X	X	X
24	LACF				X								X		X	X
25	MCG		X									X		X	X	X
26	MCN	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
27	MDCC	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
28	MFSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X

29	MGGR	X	X	X	X	X	X					X		X		
30	MGR	X	X	X	X	X	X	X				X			X	
31	MCFM	X	X	X	X	X	X	X				X		X	X	X
32	MDQ	X	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X	X
33	MSH	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
34	PPHG	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
35	PEOM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
36	REO	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
37	RFV	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
38	SDL	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X	X	X
39	SIGO	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
40	SCF	X	X	X	X	X	X			X	X		X	X		X
41	SDG	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
42	VR	X	X	X	X	X						X	X	X	X	X
ASISTENCIA TOTAL		9P	8P	7P	8P	9P	9P	12P	17P	16 P	14 P	6P	15 P	12 P	9P	9P

ASISTENCIA DEL SEGUNDO PERIODO

	NOMBRE	nov-20	nov-27	dic-04	dic-11	ene-08	ene-15	ene-22	ene-29	feb-05	feb-12	feb-20	feb-27	mar-13	mar-20	mar-27
1	AIY		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2	AIGB	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	BRC	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	BA		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	DLC	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
6	DRGS	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
7	ENL			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
8	FRA	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
9	GSI	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	GPPG	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X		X	X
11	GRN	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X
12	IMC			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	LEV	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
14	MDCC	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X

15	MJCM	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
16	MDCC		X			X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
17	MFSE	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
18	MGGR		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
19	MIMA	X	X	X				X	X	X			X	X	X	X
20	MDQ		X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
21	MLO	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
22	REOR		X	X		X		X	X	X		X	X	X	X	X
23	RFV		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
24	RAB	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
25	SCF	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
26	VLG	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
27	YAG			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
28	ZBRC	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
29	ACC	X	X	X	X	X	X					X	X	X		X
30	VLR	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
31	IZA	X	X	X	X	X	X		X	X			X	X	X	X
32	KPSE	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
33	EMMP	X	X	X	X	X	X	X			X		X	X	X	X
34	MGC	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	X	X
35	RIPS	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X	X	X	X
36	MV	X	X	X	X	X	X	X	X						X	X
37	LC	X	X	X	X	X	X	X	X							
38	JLML	X	X	X	X	X	X	X	X							
39	AL	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X
40	SM	X	X	X	X	X	X	X	X	X						X
41	APL	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
42	MAH	X	X	X	X	X	X	X	X	X						
43	GS	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
44	EV	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
45	BMA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
46	CDM	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X
47	CLI	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X

48	ECY	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
49	JOR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
50	KL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
51	BBR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
52	MAV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
53	NACL	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
54	MGV	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
55	DRR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASISTENCIA TOTAL		10P	7P	7P	8P	6P	9P	4P	4P	4P	10P	11P	12P	11P	9P	9P

ASISTENCIA DEL TERCER PERIODO

	NOMBRE	abr-03	abr-10	abr-24	may-08	may-15	may-22	may-29	jun-12	jun-19	jun-26
1	COS				X	X	X	X	X	X	X
2	PERD		X	X	X	X	X	X	X	X	X
3	KML		X	X	X	X	X	X	X	X	X
4	EMVG			X	X	X	X	X	X	X	X
5	YCE			X	X	X	X	X	X	X	X
6	ZGF			X	X	X	X	X	X	X	X
7	RSG			X		X	X	X	X	X	X
8	ARB			X		X	X	X	X	X	X
9	JAS		X	X	X	X	X	X	X	X	X
10	CGO			X	X		X	X	X	X	X
11	JLML				X	X	X	X	X	X	X
12	SM		X	X	X	X	X	X	X	X	X
13	APL			X	X	X	X	X	X	X	X
14	CDM			X	X	X	X	X	X	X	X
15	DRR	X			X	X	X	X	X	X	X
16	LC	X					X	X			X
17	ECY	X			X	X	X	X	X	X	X
18	LTM	X		X	X	X	X	X	X	X	X
19	MVCM	X	X			X	X	X	X	X	X
20	YLS	X	X	X		X	X	X	X	X	
21	AMV	X	X	X	X		X	X		X	
22	JVS	X	X	X	X			X	X	X	X
23	AAT	X	X		X	X	X	X		X	X
24	MHCG	X	X	X	X	X		X	X	X	
25	GGLF	X	X	X	X	X		X	X	X	X

26	GLM				X	X			X	X	X
27	CBC	X					X		X	X	X
28	MAV	X			X	X	X		X	X	X
29	AOS	X					X		X	X	X
30	DAL	X	X	X			X		X	X	X
31	YBC	X	X	X	X	X			X	X	X
32	LIT	X	X	X	X	X			X	X	X
33	AZ	X	X	X	X	X	X		X	X	X
34	IZA	X	X	X	X	X	X		X	X	X
35	AZB	X	X	X	X	X	X	X			
36	CDM	X	X	X	X	X	X	X	X		
37	YGPM	X	X	X	X	X	X	X			X
38	MGRM	X	X	X	X	X	X	X	X		X
39	GPG	X	X	X	X	X	X	X	X		X
40	MBR	X	X	X	X	X	X	X	X		X
41	SBV	X	X	X	X	X	X	X		X	X
42	SSMM	X	X	X	X	X	X	X		X	X
43	NLLP	X	X	X	X	X	X	X		X	X
44	MLLR	X	X	X	X	X	X	X		X	X
45	LITM	X	X	X	X	X	X	X		X	X
46	EBO	X	X	X	X	X	X	X		X	X
47	BRM	X	X	X	X	X		X	X	X	
48	DMN	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
49	XMB	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ASISTENCIA TOTAL		15P	18P	11P	8P	7P	6P	9P	11P	8P	8P

PRESENTE	
FALTA	X

ANEXO 3

ESTIMULACION TEMPRANA

LISTA DE ASISTENCIA ESTIMULACIÓN TEMPRANA

	NOMBRE	Febrero 20	Febrero 27	Marzo 13	Marzo 20	Abril 03	Abril 10	Abril 24	Mayo 08	Mayo 15	Mayo 22
1	INRG				X	X	X	X	X	X	X
2	OVG						X		X		
3	YTES										
4	LDBB		X	X	X	X	X	X	X	X	X
5	IAL	X		X	X	X	X	X	X	X	X
6	MVO	X	X	X	X		X	X	X	X	X
	TOTAL	4P	3P	3P	2P	3P	1P	2P	1P	2P	2P

BASE DE DATOS ESTIMULACIÓN TEMPRANA

13 DE MARZO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	INRG	02 de febrero del 2013	1 mes	Privada del real norte 108 col privada del real	3010 kg	48 cm	3870 kg	53 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	2 meses	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5510 kg	55 cm	Normal
3	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 1 semana	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6440 kg	63 cm	Normal

20 DE MARZO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	OVG	05 de enero del 2013	2 meses 1 semana	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5650 kg	56 cm	Normal
2	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 2 semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6600 kg	65 cm	Normal

3 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	OVG	05 de enero del 2013	2 meses 2 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	5780 kg	57 cm	Normal
2	MVO	03 de noviembre del 2013	5 meses	Aguilar #28 col California Residencial	3200 kg	50 cm	6590 kg	61 cm	Normal

3	YTES	28 de noviembre del 2013	3 meses 3 semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6840 kg	66 cm	Normal
---	------	--------------------------	----------------------	--------------------------	---------	-------	---------	-------	--------

10 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	6850 kg	67 cm	Normal

24 DE ABRIL DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses 2 Semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7150 kg	62 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6310 kg	58 cm	Normal

08 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	4 meses 3 Semanas	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7530 kg	64 cm	Normal

15 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	5 meses	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7440 kg	65 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses 2 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6420 kg	63 cm	Normal

22 DE MAYO DEL 2014

	NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	DIRECCION	PESO AL NACER	TALLA AL NACER	PESO ACTUAL	TALLA ACTUAL	TIPO DE PARTO
1	YTES	28 de noviembre del 2013	5 meses 1 semana	Imala 36 col puerta real	4000 kg	56 cm	7540 kg	68 cm	Normal
2	OVG	05 de enero del 2013	3 meses 3 semanas	Villa Santa Gabriela col. Villa mercedes	3780 kg	50 cm	6650 kg	65 cm	Normal