

UNIVERSIDAD DE SONORA
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

**MATERNIDAD SIN RIESGO: CUIDADO A LA SALUD MATERNA,
CENTRO DE SALUD URBANO SAHUARO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

PRESENTAN:

JESUS ANTONIO CRUZ QUINTERO
LUIS ARTURO MALDONADO LÓPEZ

DIRECCION:

MC. OLGA BARRAGÁN HERNÁNDEZ

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

CONTENIDO

	PÁGINA
DEDICATORIAS	i
AGRADECIMIENTOS	ii
RESUMEN	iii
INDICE DE TABLAS	iv
CAPÍTULO I ASPECTOS INTRODUCTORIOS	1
1.1 INTRODUCCIÓN	
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 OBJETIVOS	4
CAPÍTULO II MARCO REFERENCIAL	6
2.1 MARCO CONCEPTUAL	6
2.2 MARCO NORMATIVO	8
2.3 MARCO EMPÍRICO	15
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	19
CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN	22
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
APENDICES	37
ANEXO I. Carta de presentación del proyecto	
ANEXO II Mapa de ubicación del Centro de salud Urbano Sahuaro.	

ANEXO III Instrumentos de medición de factores de riesgo obstétrico

ANEXO IV Consentimiento informado

ANEXO V Programa de educación para la salud

ANEXO VI Cronograma de actividades del proyecto

ANEXO VII Evidencias fotográficas

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Datos sociodemográficos

Tabla 2 Antecedentes personales patológicos

Tabla 3 Signos que presentaron las mujeres embarazadas durante la valoración

Tabla 4 Antecedentes ginecobstétricos

Tabla 5 Datos del embarazo actual

Tabla 6 Examen clínico anormal

Tabla 7 Clasificación global y por rubro del riesgo obstétrico

Tabla 8 Clasificación de riesgo obstétrico por edad

RESUMEN

Los elevados índices demográficos de mortalidad materna e infantil que se presentan en los países en vías de desarrollo debido a embarazos con períodos intergenésicos cortos, promiscuidad sexual, comienzo precoz de las relaciones sexuales, entre otros, así como complicaciones que se presentan durante el embarazo, parto y puerperio, por lo que se plantea como objetivo la importancia de identificar riesgos obstétricos en las mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al centro de salud urbano Sahuaro, a fin de caracterizar sociodemográficamente al grupo de mujeres e identificar los factores de riesgo y desarrollar un programa de educación para la salud que les brinde las herramientas de autocuidado y las capacite para identificar signos de alarma que pueden alterar el curso de su embarazo, parto y puerperio. El tipo de estudio descriptivo, transversal, la población mujeres embarazadas usuarias del Centro de Salud Sahuaro, la muestra se determinó a partir del flujo de embarazadas en la consulta prenatal durante los meses de enero, febrero y marzo de 2016 y se conformó por 145 gestantes. Entrevista estructurada minutos previos a la consulta prenatal, en el módulo de atención y control prenatal a fin de identificar factores de riesgo obstétrico, utilizando el “Cuestionario de riesgo obstétrico”. Los resultados muestran que, de las mujeres embarazadas participantes en el estudio, las jóvenes (19 a 25 años) son las mayormente afectadas por esta condición (riesgo obstétrico alto), comparado con las adolescentes (18 años y menos) que integraron dicha la población. Conclusiones: Entre menos controles prenatales se realicen las mujeres durante el embarazo mayor el riesgo obstétrico que puedan presentar, la frecuencia y calidad del control prenatal permite evaluación integral de salud de madre e hijo, contribuyendo a la detección temprana de factores que compliquen el embarazo, parto y puerperio, poniendo en peligro su vida.

CAPÍTULO I

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

“No sólo porque estas mujeres se encuentran en los mejores años de su vida...no sólo porque la muerte por el embarazo o parto es una de las peores formas de morir...sino, ante todo, porque casi todas las muertes maternas podrían haberse evitado y no debería permitirse que ocurrieran”.

—Mahmoud Fathalla, (2001)

1.1 INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.

Los elevados índices demográficos de mortalidad materna e infantil que se presentan en los países en vías de desarrollo debido a embarazos con períodos intergenésicos cortos, promiscuidad sexual, comienzo precoz de las relaciones sexuales, enfermedades concomitantes con el embarazo, así como las complicaciones en el transcurso de los mismos, permite definir la maternidad en riesgo como la posibilidad que tiene una mujer o el producto de su embarazo de sufrir daños, lesión o incluso muerte durante el proceso de reproducción, gestación, parto y puerperio, por lo que es muy importante que el embarazo sea planificado, deseado y que la madre esté en las mejores condiciones biológicas, psicológicas, sociales y económicas más adecuadas para garantizar recién nacidos sanos (Ruiz M., s/f).

Por otro lado la deficiente calidad de los servicios es un gran problema en el sector salud, según informe de Seguimiento de Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), de la Organización de Naciones Unidas de 2013, la problemática de la mortalidad materna trasciende las cifras y las estimaciones estadísticas, que si bien brindan un panorama general de la situación, no alcanzan a mostrar el drama humano y social que implica cada una de ellas, muertes que pudieron ser evitadas y que constituyen una tragedia con repercusiones negativas y en muchos casos irreversibles en la vida familiar y comunitaria. Por cada mujer que fallece por muerte materna se estima que 30 quedan con discapacidad.

El presente proyecto de investigación tiene como propósito identificar factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal a fin de determinar el nivel de riesgo que presentan, para la aplicación de intervenciones de enfermería necesarias que contribuyan a disminuir los factores que ponen en peligro la salud de la madre y el hijo. Es a través de intervenciones de enfermería apropiadas y eficaces en torno a una maternidad sin riesgo, que puede no sólo reducir la mortalidad y morbilidad, sino que contribuye a la mejora de salud y calidad de vida de la madre y el niño. Por ello y a pesar del poco avance en este rubro, existe cada vez más la convicción de que la reducción de la mortalidad materna y neonatal puede ser gradualmente reducida si se cuenta con un conjunto de estrategias efectivas y coordinadas del equipo de salud multidisciplinario.

El trabajo que se presenta, es el resultado del proyecto de investigación desarrollado durante el servicio social, cuyos resultados sirvieron de base para la elaboración e impartición de un programa de educación a la salud dirigido a mujeres con factores de riesgo gestacional que acudieron a consulta prenatal en el centro de salud el Sahuaro de Hermosillo Sonora.

El programa tiene como propósito proporcionar herramientas de autocuidado necesarias para que sean capaces de identificar riesgos en el embarazo y de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados prenatales y tener la posibilidad de vivir una maternidad sin riesgo.

La estructura del trabajo contiene la justificación que plantea la importancia de identificar los riesgos obstétricos así como la necesidad de desarrollar un programa de educación para la salud para las mujeres gestantes que presentan factores de riesgo obstétrico, también

expone los objetivos que orientan el estudio y las intervenciones de enfermería, el siguiente apartado presenta el marco de referencia que aborda el tema de maternidad sin riesgos desde distintas perspectivas, para continuar con la metodología de trabajo y los procedimientos desarrollados. En el apartado de resultados se describe los factores de riesgo obstétrico identificados en las mujeres que acuden a consulta prenatal y que sirve de base para la elaboración del programa de educación para la salud, se presentan las conclusiones donde se muestran alcances y limitaciones del trabajo y finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS (2015) en sus reportes más recientes insiste que la mayoría de las muertes maternas son evitables, alrededor de 550,000 defunciones ocurren cada año en el mundo a causa de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en países en vías de desarrollo, donde la situación de las mujeres en estos países es precaria, sucumben ante la pobreza, la discriminación de género y no existe la suficiente voluntad política de los gobiernos para evitarlas. Plantea que la mortalidad materna en el mundo se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015, sigue siendo sin duda una expresión máxima de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, convirtiéndose en un grave problema de salud pública en América Latina y el Caribe.

Para finales del año 2015 murieron 303 mil mujeres en el mundo y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. Las causas de muertes maternas se repiten en las diferentes partes del mundo y entre las principales están la hemorragia, los trastornos hipertensivos, la sepsis y las complicaciones del aborto. En las últimas décadas, la mortalidad materna ha disminuido, pero muestra diferencias en las distintas regiones del mundo (Águila S. S., 2012).

La Sociedad Mexicana de Salud Pública en México menciona que en el país se presentan 2.1 millones de embarazos cada año y que en 250 a 300 mil de estos ocurren complicaciones, 30 mil mujeres quedan con secuelas obstétricas que las incapacitan permanentemente y fallecen anualmente en promedio 1,100 mujeres por esta causa (Freyermuth, G. y Col., 2015).

1.3 JUSTIFICACIÓN

El observatorio de mortalidad materna en México (2013) menciona que en el estado de Sonora la razón de mortalidad materna (RMM) para el 2013 fue de 40.2 por 100 mil nacidos vivos, mientras que la media nacional fue de 38.2 y que, aunque el año 2014 descendió a 33.7, por debajo del promedio nacional (38.9), sigue siendo alta comparada con otras entidades del país.

En los últimos años se ha identificado la necesidad de estudiar los casos de morbilidad obstétrica, para complementar las investigaciones sobre mortalidad materna como parte de las acciones propuestas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS para la disminución de la mortalidad materna en el 2015 (Álvarez, 2010).

Dado el panorama epidemiológico existente que involucra a la mujer embarazada, se hace necesario participar en un estudio de investigación sobre *“Identificación de factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Urbano Sahuaro, de la localidad de Hermosillo, Sonora”* y contribuir de esta manera a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal a través de la identificación adecuada y oportuna de los factores de riesgo obstétricos.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Identificar factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Urbano Sahuaro, que sirva de base para implementar un programa de educación encaminado a prevenir complicaciones durante su embarazo y alumbramiento, como parte de las actividades desarrolladas durante el servicio social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar sociodemográficamente a las mujeres con factores de riesgo obstétrico que acuden a consulta prenatal.
- Identificar los factores de riesgo obstétrico que presentan las mujeres gestantes que acuden a consulta prenatal.
- Determinar el nivel de riesgo obstétrico de las mujeres que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Urbano Sahuaro.

- Elaborar un programa de educación para la salud materna que permita dar seguimiento a las mujeres embarazadas con riesgo obstétrico.
- Referir a instituciones de segundo nivel a mujeres con factores de riesgo obstétrico alto para que reciban atención inmediata y de calidad.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO CONCEPTUAL

El embarazo es una situación fisiológica que requiere de control y seguimiento por parte de profesionales de la salud en el ámbito de la atención primaria, esto debido a que es considerado un proceso potencialmente de riesgo durante su desarrollo.

*Se entiende por riesgo obstétrico a todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación, durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma el desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Embarazo de alto riesgo es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. Chamy (2009) lo refiere como estado gravidico que se acompaña de factores de riesgo sociodemográficos u obstétricos, maternos o patologías médicas y obstétricas concomitantes que estadísticamente se encuentran asociados con aumento de la morbilidad de la madre el feto o el recién nacido y que constituye el 10 a 20 % del total de los embarazos, por esta razón es esencial la identificación temprana y el manejo de los factores de riesgo con el fin de racionalizar la atención médica y concentrar los recursos en quienes más los necesitan con el fin de brindar la atención en el nivel de complejidad que su grado de riesgo requiera.

Como factores de riesgo obstétrico son considerados los antecedentes de muerte fetal, Aborto habitual, paridad > 5 hijos, nuliparidad, antecedente de aborto inducido parto prematuro o bajo peso al nacer, diabetes mellitus, hipertensión arterial (incluyendo preeclampsia), ruptura prematura de membranas, parto anormal, feto grande más de 4000 gr., hemorragia de la segunda mitad del embarazo o después del parto, anomalía congénita y cirugía uterina, estado socioeconómico bajo (analfabetismo, bajo nivel educacional, madre

sin pareja estable, bajos ingresos económicos), edad materna menor de 16 años o mayor de 34, hábito de fumar. Es importante destacar que cuando se asocian los factores, el riesgo se incrementa (Calderón, 2005).

En las mujeres muy jóvenes es más frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como: inserción baja placentaria, preeclampsia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes señaladas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábito de fumar y enfermedades crónicas. Las malnutridas por defecto deberían aumentar de peso antes de la concepción, ya que con frecuencia se le asocian partos pretérminos y preeclampsia. En el caso de las madres obesas, las complicaciones principales van a estar asociadas con la preeclampsia y la hipertensión arterial, pero también puede presentarse la prematuridad y el bajo peso (Pacheco, 2006).

Existen también condiciones sociales desfavorables o conductas personales (o de pareja) inadecuadas que constituyen un factor de riesgo para el embarazo y el producto como: el alcoholismo, promiscuidad, pareja inestable, madre soltera, hacinamiento, intento suicida, no solvencia económica, maltrato, etc., enfermedades crónicas que alteran la fisiología del embarazo como la hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y hepatopatías, que son las más importantes por su repercusión sobre la vida de la madre y el hijo.

La valoración del riesgo obstétrico permite planear las características y la intencionalidad que debe tener la vigilancia prenatal en cada caso, en particular para la identificación de factores de riesgo, la educación para la salud y la detección oportuna de complicaciones, que indica la probabilidad de aparición de daños a la salud para la madre, el feto o el recién nacido.

La atención prenatal es el seguimiento periódico de la mujer embarazada, dirigida a la prevención, detección y control de factores de riesgo obstétrico y perinatal, así como el otorgamiento de tratamiento a enfermedades preexistentes y otras patologías interrecurrentes en el embarazo y período neonatal (Beckmann, 2010).

2.2 MARCO NORMATIVO

2.2.1 La normativa elaborada por la Secretaría de Salud para el abordaje de esta problemática plantea los criterios y procedimientos para la prestación del servicio a este grupo vulnerable de la población a través de: La Norma Oficial Mexicana NOM -007 PROY- NOM- 007-SSA-2010. Para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y el Recién Nacido. Plantea al embarazo de alto riesgo como aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario. El control Prenatal como todas las acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna perinatal y la atención prenatal que se define como 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, acciones que se deberán registrar en el expediente clínico. Además, plantea que para brindar atención general a la embarazada el personal de salud debe tomar en cuenta los siguientes aspectos:

- En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración.
- La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.
- Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.
- La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contra referencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).
- Las actividades a realizar son: elaboración de historia clínica, identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales), medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración, medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.

- Valoración del riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- Exámenes de laboratorio para determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo), grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico, Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada; promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada, promoción de la lactancia materna exclusiva; promoción y orientación sobre planificación familiar; medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral. La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

2.2.2 Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo

El objetivo del cuidado de la embarazada es minimizar el riesgo de morbilidad y mortalidad materno y fetal que el proceso gestacional lleva implícito. La utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos ante la probabilidad de una enfermedad durante el embarazo, parto y puerperio que pueden llevar a la muerte si no se emprenden acciones antes de que ocurran.

La guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo (2009) elaborada por instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Plantea la importancia de intervenir desde la estrategia de prevención primaria, utilizando como herramienta la promoción de la salud para hacer recomendaciones a la mujer embarazada acerca de los cuidados prenatales.

1. *Promocionar la salud de la embarazada y su familia* (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma), a través de un proceso de facilitación de experiencias de aprendizaje deseables por medio de las cuales se percata de los problemas de salud que se le presentan y se interesa más en ellos, modificando su comportamiento o sus actitudes como resultado de las nuevas experiencias que ha tenido. La Propuesta está planteada a partir de evidencias y recomendaciones sobre el control prenatal con enfoque de riesgo que sirve de guía para emprender acciones de promoción de la salud y protección específica a las mujeres embarazadas en situación de riesgo obstétrico.

Evidencia

Una de las prioridades de los cuidados prenatales es capacitar a las mujeres para que sean capaces de tomar decisiones informadas acerca de sus cuidados: en dónde será atendida, quién llevará a cabo sus cuidados, a que exámenes será sometida y donde se atenderá el parto

Recomendaciones

- Desde el primer contacto con la mujer embarazada se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta, y pruebas de laboratorio.
- La mujer embarazada debe recibir información acerca del propósito de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen.

- En cada cita prenatal el profesional de enfermería y medicina deben ofrecer información clara y consistente, dándole oportunidad a la mujer embarazada para discutir sus problemas, dudas y preguntas.
- La enfermera materno infantil en coordinación con otros profesionales deben capacitar a los grupos de embarazadas, con información basada en evidencia en relación a los cuidados prenatales que de forma integral mejoran los resultados perinatales, y los derechos de la paciente durante su atención prenatal, para que sea capaz de tomar decisiones informadas.
- Establecer un plan para que la mujer embarazada reconozca datos de alarma, durante el embarazo y al momento del parto, para que pueda tomar la decisión de acudir a urgencias obstétricas si es necesario.
- Cualquier intervención ofrecida en el periodo prenatal debe ser de efectividad probada y ser aceptada por la paciente.

Evidencia

La mujer embarazada debe evitar los ejercicios que involucren el riesgo de trauma abdominal, caídas o excesivo esfuerzo de las articulaciones, así como deportes de alto impacto, deportes de contacto y vigorosos como tenis o el buceo.

Recomendaciones

- La mujer embarazada debe ser informada del daño potencial de ciertas actividades durante el embarazo por ejemplo deportes de contacto, deportes de alto impacto, ejercicios vigorosos (tenis).
- Se debe aconsejar que inicie o continúe con ejercicio moderado durante el embarazo, esto no está asociado con resultados adversos.

Evidencia

La actividad sexual y ejercicio físico aeróbico moderado son seguros durante el embarazo.

No se ha reportado resultados adversos del embarazo relacionados a la actividad sexual durante el embarazo.

Recomendaciones

- Se debe informar que no existe evidencia de que la actividad sexual durante el embarazo no complicado se relacione con resultados adversos.

Evidencia

Existe evidencia que apoya la asociación entre exposición a sustancias tóxicas y efectos adversos en la madre o el feto (partos prematuros, hipertensión preeclampsia, bajo peso al nacer).

Aunque no existe evidencia concluyente de que el consumo de alcohol menor a 15 unidades por semana tiene efectos adversos sobre el crecimiento del feto y en los niveles de coeficiente intelectual en la infancia, la mujer embarazada debe ser cuidadosa acerca de la cantidad de alcohol que consume y limitarlo.

Recomendaciones

- El exceso de alcohol tiene efecto adverso en el feto. Por lo tanto se sugiere que la mujer embarazada limite su consumo a ocasiones esporádicas en cantidad no más de una unidad estándar por día.

Evidencia

El tabaquismo se ha asociado a un incremento en el riesgo de mortalidad perinatal, muerte súbita infantil, ruptura prematura de membranas, embarazo ectópico, placenta previa, parto prematuro, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer y el desarrollo de labio o paladar hendido; por lo cual debe ser evitado.

Recomendaciones

La mujer embarazada debe ser informada acerca de los riesgos específicos por el tabaco durante el embarazo. Hacer énfasis en los beneficios de suspender el tabaquismo; ofrecer intervención para suspender el tabaquismo. Las intervenciones que parecen ser efectivas incluyen consejos por médicos, sesiones de grupo y terapia de adicciones (basado en manuales de auto ayuda).

Evidencia

Se ha encontrado asociación entre depresión prenatal y depresión postparto. No existe evidencia suficiente para asociar la depresión y ansiedad con parto pre término. No se ha demostrado diferencia significativa entre mujeres embarazadas que han recibido cursos sobre depresión postnatal y las que no, en la disminución de la depresión post natal.

Recomendaciones

En etapas tempranas del embarazo, preguntar si se ha tenido enfermedades psiquiátricas.

Las mujeres que han tenido en el pasado una historia de trastornos serios psiquiátricos, deben ser referidas a psiquiatría durante el periodo prenatal.

2. Para el establecimiento del diagnóstico clínico

Evidencia

Muchos programas de cuidados prenatales se basan en sistemas formales de calificación de riesgo obstétrico intentando detectar condiciones que aumentan la probabilidad de resultados adversos de la gestación.

Desafortunadamente ninguno de estos sistemas ha probado ser efectivo; solo del 10 al 30% de las pacientes identificadas como “de alto riesgo” realmente presentan resultados adversos.

Se han identificado factores de riesgo para resultados adversos del embarazo que son modificables como:

- a) Exposiciones laborales a tóxicos, químicos, incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas y enfermedades infecciosas.
- b) Factores de riesgo para enfermedades infecciosas
- c) Enfermedades hereditarias
- d) Automedicación
- f) Historia de abuso sexual, físico o emocional
- m) Abuso de sustancias (alcohol, cocaína, etc.)
- g) Factores de riesgo para parto pre termino, bajo peso al nacer, enfermedades hipertensivas del embarazo
- h) Factores de riesgo para malformaciones y otros resultados adversos.
- i) Trabajar más de 36 horas por semana, o 10 horas por día
- j) Posición de pie por tiempo prolongado (más de 6 hrs por turno)
- k) Levantar objetos pesados
- l) Excesivo ruido
- m) Inadecuada nutrición
- n) Tabaquismo
- o) Combinados (más de 4 horas de pie por turno, estrés mental, trabajo en ambiente frío, ruido intenso).

Las mujeres que tienen un alto riesgo de las siguientes enfermedades infecciosas pueden requerir pruebas adicionales en la semana 28 de la gestación.

- a) Susceptibilidad a rubéola, varicela, sarampión.

- b) VIH de la paciente y su pareja, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS)
- c) Conducta de riesgo para ETS (gonorrea, clamidia, sífilis)
- d) Abuso de sustancias (incluyendo drogas intravenosas).

Recomendaciones

- Independientemente de la edad gestacional en la primera consulta, se debe identificar los factores de riesgo para resultados adversos del embarazo. Identificar los que son modificables y dar indicaciones precisas.
- Los factores de riesgo no modificables y que incrementan significativamente la probabilidad de resultados adversos expresarán la necesidad de derivar a la paciente.
- La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando durante el embarazo. Debe indagarse la ocupación de la mujer embarazada e identificar a las que tienen riesgo por exposición laboral.
- Ofrecer información de cómo reducir el riesgo de contraer infecciones por Salmonella: evitar la ingesta de huevos crudos o parcialmente cocidos o alimentos que los puedan contener (mayonesa casera).
- Evitar la ingesta de alimentos parcialmente cocidos, especialmente aves.
- El médico familiar y enfermera materno infantil, desde la primera consulta, deben aconsejar a las pacientes el lavado de manos frecuente, extremar la higiene en el manejo de alimentos, así como evitar consumir alimentos callejeros.

3. *Vigilancia y seguimiento.*

Evidencias

Los cuidados prenatales durante el embarazo, parto y período posnatal lo realizan varios médicos o enfermeras materno infantil (EMI) lo cual no la provee de continuidad en su cuidado. La atención prenatal debe ser de fácil acceso para todas las mujeres.

Recomendaciones

- La atención prenatal, en embarazos no complicados, debe ser realizada por la enfermera materno infantil con conocimiento de la guía.

- La atención prenatal debe ser otorgada por un pequeño grupo de personal de la salud con los cuales la mujer se sienta comfortable. Debe haber continuidad de cuidados a través del período prenatal.
- El lugar en donde se realizan las citas prenatales debe de darle confianza a la mujer embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas y el uso de drogas ilícitas.
- La atención prenatal debe ser accesible a todas las mujeres y debe ser sensible a las necesidades de las mujeres en forma individual y en la comunidad.

Evidencia

La mujer embarazada debe tener su propio registro de cuidados maternos. Esto propicia un sentimiento de control durante su embarazo y puede facilitar la comunicación entre la mujer embarazada y el personal de salud involucrado en su atención.

Recomendaciones

- Se debe estructurar un registro para cuidados prenatales. Los servicios de maternidad deben tener un sistema por el cual la mujer embarazada tenga sus propias notas médicas.
- La enfermera materno infantil otorgará la atención prenatal en embarazadas con mínima probabilidad de resultados adversos del embarazo
- El médico familiar identificará aquellos factores que incrementan significativamente el riesgo de resultados adversos para enviar a las pacientes a segundo nivel.
- Las pacientes con factores de riesgo que puedan continuar su atención en Medicina Familiar serán vigiladas estrechamente y capacitadas para reconocer síntomas y signos de alarma, y decidir el momento de acudir a urgencias.

2.3 MARCO EMPÍRICO

La mortalidad materna es un evento centinela que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. El índice de muerte materna vinculado al aborto clandestino es 2,95 veces más elevado que el de embarazos que llegan al parto. Se ha reportado además que cerca del

10% de las muertes maternas ocurren más allá que los 42 días del puerperio como lo plantea la OMS, por lo que algunas definiciones se extienden más allá del puerperio tardío e incluyen hasta un año post-parto.

La Organización panamericana de la salud (OPS) señala que de 133 millones de embarazos que ocurren a nivel mundial, 14 (10.5%) fueron de madres adolescentes (entre 15 y 19 años), el mayor porcentaje de estas se ubican en países como África, América Latina y el caribe, siendo esta condición un factor de riesgo para presentar parto pretérmino. (Chira y Sosa, 2015).

Diversos estudios muestran que son variados los factores de riesgo obstétrico que pueden presentarse en mujeres embarazadas causando alteraciones en el embarazo, parto y puerperio, como el realizado por Tapia y Col. (2015), realizan un estudio con adolescentes en la Ciudad de México sobre Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas en un hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto, posparto y puerperio, cuyo resultados mostraron que la mayoría de las adolescentes presentaron bajo riesgo en las distintas etapas evaluadas asociado a un nivel socioeconómico, la ocupación y el nivel de escolaridad. Por otro lado, Domínguez-Anaya (2011) en un estudio sobre adolescentes embarazadas, estimó las complicaciones en este grupo de edad y concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años.

Távora-Orozco L y Col. (2016) desarrollaron un estudio observacional, analítico y transversal sobre características maternas de la preeclampsia y eclampsia en hospitales de Perú y las repercusiones de las madres y sus recién nacidos, se encontró que el estado civil de las mujeres embarazadas (solteras) aumentaba la posibilidad de sufrir de este tipo de alteraciones con relación a las gestantes casadas, experimentando desprotección social y familiar.

Otro estudio realizado en el Centro Médico La Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social por Villanueva (2008) en el que comparó la exposición a agentes patógenos vaginales de embarazadas entre las 26 y 36 semanas de embarazo, con y sin amenaza de trabajo de parto prematuro, reveló exposición al menos a un agente patógeno en 62.85% de las primeras, en comparación con 9.37% de las segundas, con una razón de momios de 6.7 (IC 95%; 3.06-14.66). La exposición al menos

a un agente patógeno induce 16.35 veces más riesgo de parto prematuro en comparación con las mujeres de flora vaginal normal.

Un estudio realizado por Calderón y Col. (2005) en el Hospital Regional I del Instituto Mexicano del Seguro Social en Querétaro. Se encontró que las infecciones de las vías urinarias se presentaron en el 53% de los casos y 31% de los controles (OR: 1.6 y $P < 0.05$) siendo esto un factor de riesgo estadísticamente significativo de parto pretérmino.

En el estudio realizado por Morgan y Col. (2010), evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a los controles prenatales (CPN) (< 0.05) que los pacientes de 0 a 3 CPN, presentan 26.3% en el grupo de casos y 3.8% en el grupo de controles con un OR: 9.135; $P: 0.0000$ IC 95% (3.513 - 23.7), y en los pacientes de 4 a 6 CPN, presentan 58.7% en el grupo de los casos y 21.2% en los controles con un OR: 5.275; $P: 0.0000$ IC: 95% (2.94 - 9.46), y en los pacientes de 7 a más CPN, con un OR: 0.058 $P: 0.0000$, concluyendo que entre menos controles prenatales es más el riesgo de parto pretérmino, lo cual se entiende porque la frecuencia y calidad del control prenatal permite hacer una evaluación integral de la salud materna y fetal que puede contribuir a la detección de factores que incrementan el riesgo.

En el mismo estudio se observa la frecuencia de anemia (< 11 gr/dl) fue de 21.3% en los casos ($n = 160/748$) y de 19.7% en los controles ($n = 149/755$) (OR: 1.11; IC 95%: 0.8-1.4; $P: 0.4653$), encontrándose que las participantes con concentración de $Hb < 11$ gr/dl (anemia) se presentan con 41,3% en el grupo de los casos y 28.1% en los controles con un (OR: 1.79; IC 95%: 1.021-3.150; $P: 0.0407$) mostrando una asociación positiva entre la presencia de anemia y la presentación de un parto pretérmino de 2,87 (IC 95% 1.08 - 7,69).

Los factores de riesgo y complicaciones relacionadas con el embarazo son la causa número uno de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial. La mayor parte de las muertes maternas ocurren debido a cinco complicaciones obstétricas: hemorragia, sepsis, abortos inducidos inseguros, hipertensión durante el embarazo, partos obstruidos, procesos infecciosos obstétricos; mientras que la vasta mayoría de muertes maternas ocurren en países en

desarrollo, esto no significa que solo las mujeres de estos países generan complicaciones médicas durante o después del embarazo. (Ordaz K., 2010).

Las mujeres de cualquier país y de cualquier tipo de población pueden presentar complicaciones, pero es menos probable que las mujeres de los países en desarrollo obtengan tratamiento rápido adecuado, por lo que es más probable que mueran. Las complicaciones que causan las muertes maternas durante el embarazo, parto o puerperio no siempre son atendidas eficazmente, las muertes maternas derivadas de estas complicaciones si son prevenibles. El reto es aumentar las posibilidades de atención de estas complicaciones a través de intervenciones dirigidas a extender la cobertura de atención obstétrica esencial, ayudar a las mujeres y sus familias a reconocer los signos de peligro, promover la búsqueda de atención oportuna y calificada, facilitar el acceso a servicios que brinden una atención humanizada y calificada (García R., 2012).

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Este apartado muestra el abordaje metodológico utilizado en el proyecto “Identificación de factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Urbano Sahuaro de Hermosillo, Sonora”

Diseño del estudio

El tipo de estudio fue descriptivo y transversal, la población son mujeres embarazadas usuarias del Centro de Salud Sahuaro, la muestra se determinó a partir del flujo que éstas embarazadas mostraron al acudir a consulta prenatal durante los meses de enero, febrero y marzo de 2016 y se conformó por 145 gestantes.

Criterios de inclusión

Mujeres embarazadas, usuarias del Centro de Salud Sahuaro, que acudieron a control prenatal y que aceptaran participar en el estudio.

Criterios de exclusión

Mujeres no embarazadas, no usuarias del Centro de Salud, que no aceptaran participar en el estudio.

Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección titulado “Clasificación de riesgo obstétrico”, validado y utilizado por la Secretaría de Salud, ofrece posibilidad de registrar la calificación de cinco valoraciones de riesgo obstétrico con variables que permitieron clasificar el nivel de riesgo obstétrico que presentaba la gestante. En el primer apartado contempla la ficha de identificación que contienen datos sociodemográficos, en el segundo se consideran los antecedentes personales patológicos, mientras que en el tercero los antecedentes ginecobstétricos, existe otro dirigido al embarazo actual y uno más al examen clínico anormal. Cada una de las variables contenidas en los diversos apartados se le asigna una puntuación que va de 1 a 3 puntos (excepto la variable: 2 o más cesáreas, correspondiente al apartado de antecedentes ginecobstétricos con un valor de 4), considerándose para la

calificación la sumatoria de las variables de los cinco apartados, que permiten clasificar de bajo riesgo la puntuación < 5 puntos, y de alto riesgo > 6 puntos. El formato de valoración da la posibilidad de realizar a las mujeres embarazadas varias mediciones en distintos momentos durante su período de gestación.

Procedimiento

El trabajo de campo se desarrolló en dos fases:

La primera fase se enfocó en la recolección de la información en mujeres embarazadas que acudían a la consulta prenatal, a través de una entrevista estructurada minutos previos a la consulta prenatal, en el módulo de atención y control prenatal a fin de identificar factores de riesgo obstétrico, utilizando el “Cuestionario de riesgo obstétrico” proporcionada por el Centro de Salud Sahuaro

La segunda fase inició con la captura de la información recolectada en el programa estadístico ya mencionado, así como la elaboración e implementación de un programa de educación a la salud enfocado en la promoción de la salud, prevención de complicaciones obstétricas, utilizando como base las evidencias y recomendaciones de la “*Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*” de la Secretaría de salud, consistente en la impartición de charlas sobre temas relacionados con el embarazo y sus complicaciones, prácticas de autocuidado prenatal, entre otros, que les proporcionaran las herramientas para identificar oportunamente signos de alarma que representan riesgos obstétricos que ponen en peligro la vida de la madre y el hijo.

El propósito de dicho programa fue brindar información a las mujeres embarazadas que les permitiera reconocer los signos de peligro, que las orientara a decidir cuándo hay que pedir ayuda y a sobretodo buscar la atención adecuada en un establecimiento de salud que reuniera las condiciones mínimas indispensables para su atención como lo plantea el catálogo de “*Por una maternidad sin riesgos. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna.*” de Ransom y Yinger (2002). El programa se impartió en sesiones semanales, (miércoles), en el que participaron 50 mujeres en promedio, dando inicio en el mes de marzo, en un horario que las participantes propusieron.

Análisis estadístico

La captura de datos se llevó a cabo en el programa estadístico IBM SPSS versión 20 durante los meses de abril, mayo del mismo año 2016, para el procesamiento de datos se empleó la estadística descriptiva que permitió la caracterización de los sujetos del estudio, a través de frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión.

Consideraciones éticas legales

De acuerdo a lo señalado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SS, 1987) en el artículo 13, se establece que prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Del artículo 14, fracción V, VI, y VIII y artículo 18, se obtendrá el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación.

Por lado los principios planteados en la declaración Helsinki de la Asociación médica mundial que menciona que, aunque el objetivo principal de la investigación sea generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener prioridad sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación y que la participación de las personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación debe ser voluntaria.

Las intervenciones de enfermería en este caso en particular son consideradas sin riesgo dado que fueron de carácter educativo para fortalecer las conductas promotoras de salud de las mujeres embarazadas.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 145 mujeres embarazadas, a las cuales se les realiza una valoración que permita identificar la presencia de riesgo obstétrico, minutos previos a la consulta prenatal en el Centro de Salud Urbano Sahuaro, utilizando el instrumento “Cuestionario de riesgo obstétrico” (CRO) de la Secretaría de Salud, obteniendo los siguientes datos:

TABLA 1
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

VARIABLES	<i>fr</i>	%
Edad		
18 y menores	32	22.1
19 – 25	66	45.5
26 – 30	21	14.5
31 – 35	20	13.8
36 – 40	4	2.8
40 y mayores	2	1.4
Escolaridad		
Analfabeta	3	2.1
Sabe leer y escribir	5	3.4
Primaria	9	6.2
Secundaria	65	44.8
Bachillerato	34	23.4
Profesional	29	20
Estado civil		
Con pareja	101	69.7
Sin pareja	44	30.3
TOTAL	145	100

Fuente: CRO

n= 145

En la tabla 1 de datos sociodemográficos se observó que, del total de mujeres embarazadas que participaron en el estudio el 22.1% tiene 18 años y menos de edad, mientras que el 51% de ellas solo cursaron el nivel básico de escolaridad (primaria y/o secundaria). Respecto al sí cuentan con pareja o no el 30.3% expreso no contar con su pareja que pudiera apoyarlas durante el período del embarazo, parto y puerperio.

TABLA 2

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

VARIABLES	si		no	
	fr	%	fr	%
Tuberculosis pulmonar	0	0	145	100
Diabetes Mellitus	6	4.1	139	95.9
HAS Crónica	4	2.8	141	97.2
Cirugía Pélvica/Uterina	37	25.5	108	74.5
Enfermedades Inmunológicas	0	0	145	100

Fuente: CRO

n= 145

En cuanto a los antecedentes personales patológicos las participantes en el estudio comentaron que habían tenido cirugía pélvica/uterina el 25.5%, mientras que solo el 6.9% presentaban una enfermedad crónica no transmisible como la diabetes mellitus o hipertensión arterial.

TABLA 3

SIGNOS QUE PRESENTARON LAS MUJERES EMBARAZADAS DURANTE LA VALORACIÓN

SIGNOS		<i>fr</i>	%
Edemas en miembros pélvicos	Si	15	10.3
	No	130	89.7
Sangrados tras vaginales	Si	4	2.8
	No	141	97.2
Anemia	Si	9	6.2
	No	136	93.8
Presión arterial	Si	6	4.1
	No	140	96.6
Cefalea	Si	30	20.7
	No	115	79.3
Ardor al Orinar	Si	9	6.2
	No	136	93.8
Crisis convulsivas	Si	0	0
	No	145	100
Mal nutridas/obesidad	Si	15	10.3
	No	130	89.7

Fuente: CRO

n = 145

La tabla 3 muestra los signos de alarma o riesgo obstétrico que con mayor frecuencia se observaron en las mujeres embarazadas participantes en el estudio. El síntoma que mayormente manifestaron las gestantes fue la cefalea con un 20.7%, seguida de edema en miembro pélvicos y la mala nutrición (obesidad) con un 10.3% en ambos, disuria y anemia la presentaron con un 6.2%.

TABLA 4

ANTECEDENTES GINECOBISTETRICOS

VARIABLES	sí		no	
	fr	%	fr	%
Infertilidad	1	0.7	144	99.3
Primigestas o multigestas (> de 3 embarazos)	81	55.9	64	44.1
Aborto previo	17	11.7	128	88.3
Cesárea previa	36	24.8	109	75.2
Dos o más cesáreas	16	11	129	89
Período intergenésico corto (< 2 años)	7	4.8	138	95.2
Óbito (1)	1	0.7	144	99.3
Pérdida repetida de la gestación (< de 2)	0	0	145	100
RN Muerto a la 1er. Semana de VEU	0	0	145	100
Con peso menor de 2500 gr.	4	2.8	141	97.2
Con peso mayor de 4000 gr.	3	2.1	142	97.9

Fuente: CRO

n= 145

De los antecedentes ginecobstétricos, las gestantes que participaron en el estudio revelan que el 55.9% de ellas son primigestas o multigestas de > de 3 embarazos, así mismo a 24.8% les habían practicado al menos una cesárea y solo el 4.9% había tenido productos de menos de 2500gr. o mayores de 4000gr.

TABLA 5

EMBARAZO ACTUAL

VARIABLES	<i>si</i>		<i>no</i>	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Preclampsia en embarazo anterior	3	2.1	142	97.9
Con peso mayor de 80 kg. (IMC > 30 Kg/m ²)	29	20	115	79.3
Con peso menor de 40 kg.	0	0	145	100
Talla < de 1.50 m.	1	0.7	144	99.3
Duda FUM	1	0.7	144	99.3
Sin inmunización antitetánica	45	31	100	69
Grupo sanguíneo RH negativo	0	0	145	100
HB < 10 mg/dl	0	0	145	100
VDRL +	2	1.4	143	98.6
IVU	9	6.2	136	93.8
Embarazo múltiple	0	0	145	100

Fuente: CRO

n= 145

Sobre el embarazo que cursan plantearon el 2.1% que habían presentados preeclampsia durante el embarazo anterior, el 20 % presentan obesidad (IMC >de 30 mgs/mts²) y el 31% de las participantes en el estudio no se habían aplicado la vacuna antitetánica.

TABLA 6

EXAMEN CLÍNICO ANORMAL

VARIABLES	<i>si</i>		<i>no</i>	
	<i>fr</i>	%	<i>fr</i>	%
Exploración de mamas (anormal), mastopatía fibroquística, fibroadenoma mamario, cáncer	0	0	145	100
Exploración de pelvis (anormal), malformación, condiloma gigante, tumoraciones	0	0	145	100
Exploración cervical (Papanicolaou o colposcopia anormal)	0	0	145	100
T/A mayor de 130/90	0	0	145	100
Confirmación de FUM	0	0	145	100
FCF < 120 lpm	0	0	145	100
FCF > 160 lpm	0	0	145	100
Variaciones mayores de 25 lpm sin actividad uterina	0	0	145	100

Fuente: CRO

n= 145

En la tabla se observa que, al practicarles el examen clínico al total de mujeres embarazadas participantes en el estudio, no se observó ningún tipo de alteración considerada en este rubro.

TABLA 7

CLASIFICACIÓN GLOBAL Y POR RUBRO

VARIABLES	<i>Bajo riesgo 0 -5 puntos</i>		<i>Alto riesgo > 6 puntos</i>	
	<i>fr</i>	<i>%</i>	<i>fr</i>	<i>%</i>
Clasificación global	100	69	45	31
Antecedentes personales patológicos	143	98.6	2	1.4
Antecedentes ginecobstetricos	128	88.3	17	11.7
Embarazo actual	143	98.6	2	1.4
Examen clínico anormal	145	100	0	0

Fuente: CRO

n= 145

La tabla muestra que del total de mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal entre los meses de enero, febrero y marzo de 2016 y que aceptaron participar en el estudio, el 69% es clasificada como de bajo riesgo por presentar una calificación de 0-5 puntos mientras el resto (31%) mostró una puntuación de > 6 puntos que las identifica como de alto riesgo obstétrico, resultados de la aplicación del cuestionario de factores de riesgo obstétrico de la Secretaría de Salud.

TABLA 8

CLASIFICACIÓN DE RIESGO OBSTÉTRICO POR EDAD

EDAD (en años)	Clasificación de Riesgo Obstétrico				Total	
	Bajo riesgo		Alto riesgo		fx	%
	fx	%	fx	%		
18 y menos	26	17.9%	6	4.1%	32	22.1%
19 – 25	48	33.1%	18	12.4%	66	45.5%
26 - 30	14	9.7%	7	4.8%	21	14.5%
31 - 35	10	6.9%	10	6.9%	20	13.8%
36 - 40	2	1.4%	2	1.4%	4	2.8%
41+	0	0%	2	1.4%	2	1.4%
Total	100	69%	45	31%	145	100%

Fuente: CRO

n=145

La tabla muestra que, del total de la población de mujeres gestantes participantes, el grupo de jóvenes son las que presentan mayor riesgo obstétrico, bajo y alto, el 33.1 % y el 12.4 % respectivamente, mientras que las mujeres adolescentes (22.1 %) el bajo y alto riesgo estuvo presente en el 17.9% y 4.1 % respectivamente.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran un aspecto importante a considerar, la edad de las mujeres embarazadas, el 22.1 % de la muestra seleccionada fueron adolescentes de 18 años y menos de las cuales solo el 4.2 % presentaron alto riesgo obstétrico, mientras que el 95.8% de éstas fueron consideradas con bajo riesgo, condición que coincide con lo planteado por Tapia y cols. (2015) en un estudio sobre Perfil obstétrico de adolescentes embarazadas de un hospital público, desarrollado en la Ciudad de México, menciona que la mayoría de los adolescentes que participaron en el estudio se clasificaron como bajo riesgo obstétrico, asociado a factores sociales como la pobreza más que con la simple edad materna.

Respecto al nivel de escolaridad se observó que el 51 % de las participantes en el estudio solo cuentan con el nivel básico o menos de educación lo cual según Tapia y cols. es una limitante para tener conocimiento de su cuerpo y de los hechos básicos de la reproducción, así como la falta de conocimientos de medidas de prevención del embarazo y/o cuidado del mismo.

Del estado civil de las mujeres embarazadas, los resultados del estudio muestran que el 30.3 % no tienen pareja, al respecto Távara-Orozco y col. (2005), en un estudio sobre características maternas de la preeclampsia y eclampsia, encontraron que en las mujeres embarazadas solteras aumentaba la posibilidad de presentar riesgo obstétrico con relación a las gestantes casadas, lo que indica que a la desprotección social y familiar en dichas mujeres, se le añade el estrés y quizás la violencia, situación existente en el contexto latinoamericano.

Dentro de los signos de alarma que presentaron las mujeres embarazadas, el ardor al orinar podría sugerir infecciones urinarias y que a diferencia de lo encontrado por Calderón y Col. (2005) en un estudio sobre presencia frecuente de infecciones en vía urinarias en mujeres embarazadas (el 53% de los casos), los resultados del estudio muestran que solo 6.2 % presenta esta situación.

Es importante señalar que, del grupo en estudio, el 20 % de las gestantes presentan un peso mayor de 80 Kg ($IMC > 30Kg/Mts^2$), resultado de hábitos alimenticios inadecuados en

algunas de ellas y que contribuye a deteriorar su nivel de salud. Más de la mitad de las gestantes (55.9%) son primigestas y/o multigestas de > de tres hijos y de estas últimas casi el 25% tienen cesárea previa, lo cual las coloca en un nivel de vulnerabilidad alto para presentar alguna complicación durante el embarazo, parto y puerperio que ponga en peligro su salud y la de su hijo.

Aunque el embarazo es una situación fisiológica, también un proceso potencialmente de riesgo a lo largo su desarrollo, independientemente de la edad de las mujeres gestantes y es clasificado como de bajo, medio y alto riesgo, este último se puede entender como gestación en la que la madre y el hijo se encuentran en mayor riesgo de presentar signos de alarma que ponen en peligro sus vidas. El estudio consideró a aquellas mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal, un porcentaje significativo (22.1 %) de éstas eran adolescentes (18 años y menos), por lo que un aspecto importante a considerar en los resultados es la relación del riesgo obstétrico alto y la edad de las mujeres embarazadas, observándose que en esta población estudiada las mujeres jóvenes (19 a 25 años) son las mayormente afectadas por esta condición, lo cual no tiene correspondencia con lo planteado por otros investigadores como Domínguez-Anaya que concluye que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años.

CONCLUSIONES

En las últimas décadas la muerte materna toma importancia en los esquemas de salud, en nuestro país y a nivel mundial. No obstante las repercusiones sociales, económicas y políticas que este hecho representa, el enfoque para tratar de resolverlo continúa siendo básicamente médico, es decir considerando las causas clínicas y sin tomar en cuenta otros determinantes que pueden estar vinculados, en particular, los de tipo social y económico. En la actualidad se cuenta con evidencia de que las muertes maternas son el resultado de un conjunto de problemas sociales, económicos, biológicos y logísticos de los servicios de salud. Que muchas veces ocurren por la falta de acceso a los beneficios de la medicina moderna o por una aplicación deficiente de los conocimientos y tecnologías disponibles en el manejo del embarazo, del parto o del puerperio. Esta multiplicidad de factores de riesgo asociados a ellas no sólo hace complejas las acciones del sector salud dirigidas a acabar con las muertes maternas, sino que, además, dificultan los resultados esperados.

En cuanto a las mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Sahuaro, se observó que, de las participantes en estudio, las mujeres jóvenes (19 a 25 años) son las que presentan mayor riesgo obstétrico y no las madres adolescentes (18 años y menos) que formaban parte de la población estudiada.

Es importante señalar que entre menos controles prenatales se realicen las mujeres durante el embarazo es mayor el riesgo obstétrico que puedan presentar, lo cual se entiende porque la frecuencia y calidad del control prenatal permite hacer una evaluación integral de la salud de la madre y el hijo, que puede contribuir a la detección temprana de factores que compliquen el embarazo, parto y puerperio, poniendo en peligro la vida del binomio madre e hijo.

Es necesario proporcionarles información sobre el embarazo y sus complicaciones, para que sean capaces de identificar los factores de riesgos durante el embarazo, parto y puerperio y las consecuencias que estos tienen para su salud y la de su hijo.

Es necesario que la información sobre riesgo obstétrico la reciban no sólo quienes presentan problemas durante el embarazo, sino cualquier mujer que se encuentre en estado de gestación, como medida preventiva y así contribuir a la disminución de la morbimortalidad materno infantil.

Es conveniente considerar no sólo el enfoque biomédico, sino tomar en cuenta los factores sociales y económicos de las madres embarazadas, ya que la mayoría cuentan con pocos recursos, aunado a las escasas oportunidades laborales, que con el embarazo se limitan todavía más, favoreciendo con esto un círculo vicioso cada vez más arraigado de pobreza.

Un elemento importante a considerar para la reducción de la morbimortalidad materna es la comprensión y consideración de los determinantes sociales para la salud que impactan en la salud materna y se asocian a la aparición de riesgos obstétricos en la mujer embarazada.

RECOMENDACIONES

- Es muy importante la impartición de charlas sobre planificación familiar durante la consulta externa, así como impartir programas de educación sobre salud reproductiva en preparatorias, para poder prevenir embarazo en adolescentes.
- Que el consultorio rosa no solo sea por las tardes sino también por las mañanas para evitar que las mujeres embarazadas tengan que asistir en un horario en donde las condiciones de clima les dificulten el traslado al centro de salud.
- Aceptar a toda mujer embarazada que no cuente con algún tipo de seguro médico o que no pertenezcan al sector o área de afluencia, para atender a la mayor población de embarazadas posible y disminuir el número de embarazos sin vigilancia médica.
- Crear grupos de auto ayuda de embarazadas que sirva para monitorearlas periódicamente y para ofrecerles herramientas de autocuidado que les permita identificar factores de riesgo que pongan en peligro su salud y la de su hijo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, S.S. (2012). Una estrategia para la disminución de la mortalidad materna. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(2), 281-289. Recuperado en 05 de mayo del 2016, Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138600X2012000200015&lng=es&tlng=es.
- Álvarez, T. M., Álvarez, S, S., Pérez, G. RG. & Ramos del V.I. (2010). Evaluación de la atención médica para la reducción de la Mortalidad Materna. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, 90-98.
- Beckmann, C.R. & Ling, F.W. (2010). *Obstetricia y ginecología*. 6ta.ed., España: Lippincott Williams & Wilkin.
- Calderón J, Vega G, Velasquez J, Morales & Vega A. (2005). Factores de riesgo materno asociados al parto pretérmino. *Revista Médica del IMSS*, 34-36.
- Chamy, P. Verónica, C., Felipe, B., Pablo, R., Matías, & Leighton V, (2009). Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 74(6), 331-338.
- Chira, J.L & Sosa, J.L. (2015). Factores de riesgo para parto pretermino en gestantes del Hospital Provincial Docente Belén de Lambayeque. *Rev. Salud & Vida Sipanense* 2 (2). ISSN 2313-0369.
- Domínguez-Anaya, R. & Herazo Beltrán M. (2011) Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo. Cartagena (Colombia) 2009. Estudio de corte transversal. *Revista Colombiana de Ginecología y obstetricia*. Vol. 62 (2). 141-147.
- Freyermuth, G., Luna M. & Muños J.A. (2015). Indicadores 2013. Objetivo de desarrollo del milenio 5: Avances en México. Observatorio de mortalidad materna en México/CIESAS. ISBN 978-607-96775-2-7.
- García, R., Llera, A., Pacheco, A., Delgado, M. & Gonzalez, A. (2012). Resultados maternos-perinatales de pacientes con preeclampsia. *Cubana Obstet Ginecol*, (38), p.4-9.
- Guía de Práctica clínica para el Control Prenatal con Enfoque de Riesgo. México: Secretaria de Salud; 2009. Recuperado en agosto de 2015, Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf
- Morgan F, Cinco A, Douriet F, Báez J, Muñoz J. & Osuna I. (2010). Factores sociodemográficos y obstétricos asociados con nacimiento pretérmino. *Rev Mex Ginecol Obstet* (78): 103-109. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2010/FEBRERO/Femego%202.6%20FACTORES.pdf> [Accessed 13 Jun. 2016].

- Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Recuperado en agosto 2015, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5276550&fecha=05/11/2012.
- Observatorio de mortalidad materna en México (2013). Indicadores de mortalidad materna. [online] Disponible en: <http://omm.org.mx/index.php/indicadores-nacionales/indicadores> [Consultado 9 Feb. 2016].
- Ordaz, K. (2010). Factores de riesgo asociados con mortalidad materna en el estado de Morelos, México. Morelos, pp.357-364.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). Mortalidad materna. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consultado 6 Abril. 2016].
- *Organización Mundial de la Salud. (2015). Mortalidad materna. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/> [Consultado 6 Abril. 2016].
- Pacheco J. (2006) Preeclampsia/eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Acta Med Per.2006;23(2):100-11.
- Ransom, E. & Yinger (2002) Por una maternidad sin riesgos. Cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna. Population Reference Bureau (PRB)
- Ruiz, M. (s/f) *Retos de la mortalidad maternal en México*. Sociedad mexicana de Salud Pública. México, DF. Recuperado en agosto de 2016 de: http://salud.edomexico.gob.mx/cevece/doc/Resultados/3_MM.pdf
- Tapia, M., Lossi, S., Pérez, C. & Jiménez, M. (2015) Perfil obstétrico de mujeres embarazadas en hospital público: riesgo al inicio del trabajo de parto, parto y puerperio. Rev. Latino-am. Enfermagem, 23 (5): 829-36. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00829.pdf
- Távora, L., Orderique, L. & Zegarra, T. (2016). Repercusiones maternas y perinatales de la violencia basada en género. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, [online] (1), pp.10-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3234/323428183002.pdf> [consultado 3 enero. 2016].
- Villanueva, L. Contreras A, Pichardo, M. & Rosales J. (2008) Perfil epidemiológico del parto prematuro. Rev Mex Ginecol obstet [fecha de acceso 2011]; 76(9):542-8. Disponible en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/gineco/2008/septiembre2008/Ginecol-542-8.pdf>

APENDICES

ANEXO 1
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Hermosillo, Sonora a 01 de agosto de 2015

CENTRO DE SALUD URBANO SAHUARO

PRESENTE.

Por medio de este conducto nos dirigimos a usted para solicitar la autorización para desarrollar un proyecto de investigación llamado "*Identificación de factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de salud Urbano Sahuaro*" como parte de las actividades que desempeñaremos durante nuestro servicio social como pasantes de la Licenciatura en enfermería de la Universidad de Sonora, en esta institución, el cual iniciaremos en el mes de agosto de 2015 al 31 de julio de 2016.

Sin otro particular y esperando contar con su apoyo, le enviamos un cordial saludo

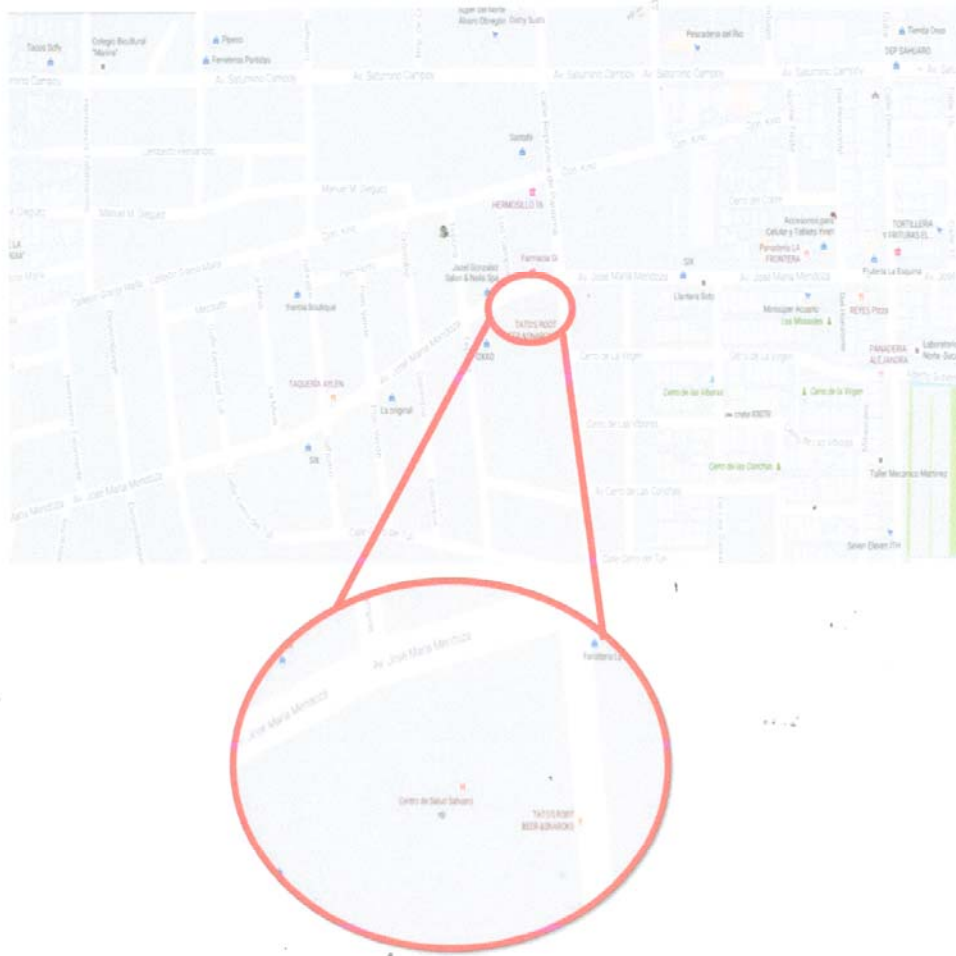
ATENTAMENTE

JESUS ANTONIO CRUZ QUINTERO

LUIS ARTURO MALDONADO LÓPEZ

ANEXO 2

UBICACIÓN DEL CENTRO DE SALUD URBANO SAHUARO



ANEXO 3



CUESTIONARIO DE FACTORES DE RIEGO OBSTÉTRICO

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

FICHA DE IDENTIFICACIÓN	PUNTUACION	CALIFICACION			
EDAD (MENOR 15 O MAYOR 40)	1				
ESCOLARIDAD (ANALFABETA)	1				
ESTADO CIVIL (SOLTERA)	1				
ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS					
TUBERCULOSIS PULMONAR	3				
DIABETES MELLITUS	3				
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	3				
CIRUGÍA PÉLVICA UTERINA	3				
ENFERMEDADES INMUNOLÓGICAS	3				
ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS					
INFERTILIDAD	2				
PRIMIGESTA O MULTIGESTA	2				
ABORTO PREVIO	2				
CESARÍA PREVIA	2				
DOS O MÁS CESARIAS	4				
PERIODO INTERGENECICO MENOR A DOS AÑOS	3				
ÓBITO (1)	2				
PERDIDA REPENTINA DE LA GESTACIÓN	3				
RN MUERTO PRIMERA SEMANA VEU	2				
CON PESO MENOR A 2500 GR	2				
PESO MAYOR A 4000GR	2				
EMBARAZO ACTUAL					
PRECLAMPSIA EMBARAZO ANTERIOR	2				
CON PESO MAYOR DE 80 KG	2				
CON PESO MENOR A 40 KG	3				
TALLA MENOR A 1.50 MT	2				
DUDA DE FUM	1				
SIN TDPA	1				
GRUPO SANGUÍNEO NEGATIVO	3				
HB 10 MG /DL	3				
VDRL	3				
IVU	3				
EMBARAZO MÚLTIPLE	3				
EXAMEN CLINICO ANORMAL					
EXPLORACIÓN DE MAMAS	3				
EXPLORACIÓN DE PELVIS ANORMAL MALFORMACIÓN, CONDILOMA GIGANTE	3				

EXPLORACIÓN CERVICAL	3					
T/A MAYOR A 130 / 90	3					
CONFIRMACIÓN FUM	3					
FCF <120 LPM	3					
FCF >160 LPM	3					
VARIACIONES MAYORES DE 25 LPM EN ACTIVIDAD UTERINA	3					
TOTAL						
BAJO RIESGO	0-5					
ALTO RIESGO	> 6					



MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA



SONORA
SALUD EN ORDEN

D.G.I.S. _____

UNIDAD _____

LOCALIDAD _____

MUNICIPIO _____

JURISDICCIÓN SANITARIA _____

ENTIDAD _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

EXPEDIENTE _____
 NOMBRE _____
 EDAD _____ Años TALLA _____ Cm.
 DOMICILIO _____
 CURP _____

ANTECEDENTES
 GESTA _____ PARA _____ CESÁREAS _____
 USO PREVIO DE ANTICONCEPTIVOS: TIPO _____
 HABITO TABAQUICO SI NO
 FECHAS: ÚLTIMA MENSTRUACIÓN: _____
 (calmesaño) APLICACIÓN TTD: PRIMERA _____ SEGUNDA _____
 PROBABLE DE PARTO: _____
 REFUERZO _____

INTEGRANTE DE: FAMILIA OPORTUNIDADES, SEGURO POPULAR

No. Tarjeta _____

LA FAMILIA DECLARA PERTENECER A UNA ETNIA INDIGENA
 SI NO

CONTROL PRENATAL

FECHA DE INICIO DE CONTROL: _____

SEMANAS DE GESTACIÓN: _____

TRIMESTRE: _____

FECHA GESTACION	SEMANAS DE PESO (kg)	TENSION ARTERIAL	FONDO UTERINO	FRECUENCIA CARDIACA FETAL	SIGNOS Y SINTOMAS DE ALARMA	MEDICAMENTOS	ANALISIS CLINICOS	EXAMEN GENERAL DE ORINA	MINIS-TRACION ACIDO FOLICO	AYUDA ALIMEN-TARIA	OBSERVACIONES

ENFERMEDADES PRESENTES:

BAJA: MOTIVO Y FECHA



TARJETA DE CONTROL DE LA MUJER EMBARAZADA Y EN LACTANCIA



SIS-SS-38-P

SONORA
SALUD EDUCACIÓN
FORJER

D.G.I.S.

UNIDAD _____ LOCALIDAD _____ MUNICIPIO _____ JURISDICCIÓN SANITARIA _____ ENTIDAD _____

DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA Y DEL PRODUCTO DEL EMBARAZO QUE ESTUVO EN CONTROL PRENATAL
(Datos que deben consignarse independientemente del lugar de la atención)

ATENCIÓN DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> EUTÓCICO <input type="checkbox"/> DISTÓCICO VAGINAL <input type="checkbox"/> CESÁREA <input type="checkbox"/> ATENDIDO: _____ COMPLICACIONES: _____ ABORTO <input type="checkbox"/>		FECHA DE NACIMIENTO (DÍA, MES Y AÑO) _____ PRODUCTO: NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> MUERTE FETAL <input type="checkbox"/> SEMANAS DE GESTACIÓN _____ PESO AL NACER: _____ g. TALLA: _____ cm. SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> INICIO ALIMENTACIÓN AL SENO MATERNO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE OBTENCIÓN DE LOS DATOS DE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA (DÍA / MES / AÑO): _____		
ATENCIÓN EN EL PERÍODO DE LACTANCIA		FECHA DE INICIO DE CONTROL:		
ENFERMEDADES PRESENTES:	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA	MEDICAMENTOS	AYUDA ALIMENTARIA	OBSERVACIONES
PESO (kg.)	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES
BAJA: MOTIVO Y FECHA	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES	OBSERVACIONES GENERALES

SSS/HISTORIA CLINICA PERINATAL SIMPLIFICADA

N° H. C. _____

NOMBRE _____ EDAD años _____ años menor de 15 mayor de 35

DOMICILIO _____ ALFABETA si no

LOCALIDAD _____ TEL. _____ ESTUDIOS ning. prim. sec. univ. años aprob. ESTADO CIVIL unión libre casada soltera otro

ANTECEDENTES PERSONALES

FAMILIARES no si diabetes hipertensión TBC pulmonar gemelares otros _____

PERSONALES no si diabetes hipertensión crónica cirugía pélvico-uterina Infertilidad TBC no si

OBSTETRICOS

gestas abortos vaginales nacidos vivos viven fin anterior embarazo mes _____ año _____

partos cesáreas nacidos muertos muertos 1° sem. después 1° sem. RN con mayor peso _____ g

ninguno o más de tres partos algún RN menor de 2500g gemelares

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR _____ kg TALLA (cm) _____ EPO. FUM. _____

GRUPO Rh + - sensible no si FUMA no si cigarrillos por día _____

HOSPITALIZACION no si TRASLADO no si lugar: _____

EX. CLINICO normal si no EX. MAMAS normal si no EX. ODONT. normal si no PELVIS normal si no PAPANIC. normal si no EXPL. VAG. NORMAL si no E.G.O. NORMAL si no VDRL - +

fecha de la consulta 1/____/____ 2/____/____ 3/____/____ 4/____/____ 5/____/____ 6/____/____ 7/____/____ 8/____/____ 9/____/____

semanas de amenorrea _____ peso (kg) _____ tensión arterial max/min (mm Hg) _____

alt. uterina / present. pubis fondo / Cef./Pelv./Tr. / mov. fetal / F.C.F. (lat./min.) / GANANCIA DE PESO NORMAL SI/NO / ALTURA UTERINA NORMAL SI/NO

PARTO ABORTO

ORIGEN _____ en el hosp. si no con carne si no INGRESO _____ día _____ mes _____ año _____ temperatura _____ °C

EDAD GEST. _____ sem. menor 37 mayor 41 PRES. cef. pelv. tran. TAMAÑO FETAL acorde si no INICIO esp. Ind. ces. elec. MEMBRANAS esp. Int. hora _____ minut. _____ día _____ mes _____ fecha ruptura _____

ninguna emb. múltiple hipert. previa preeclampsia eclampsia cardiopatía diabetes Infec. urinaria otras Infec. parasitosis R.C.I.U. amen. parto prem. desprop. cef. pelv. hemorragia 1er trim. hemorragia 2do. trim. hemorragia 3er. trim. anemia crónica rot.pre.memb. Infec. puerp. hem. puerp. otras

TRABAJO DE PARTO

hora _____ tensión arterial max/min (mm Hg) _____ contracciones frec./10 min. / dur/seg. _____ altura var. posic. _____ F.C.F. (latidos/minuto) _____ F.C. mat. (latidos/minuto) _____ dilat. cerv. _____ meconio

PATOLOGIAS

ninguna emb. múltiple hipert. previa preeclampsia eclampsia cardiopatía diabetes Infec. urinaria otras Infec. parasitosis R.C.I.U. amen. parto prem. desprop. cef. pelv. hemorragia 1er trim. hemorragia 2do. trim. hemorragia 3er. trim. anemia crónica rot.pre.memb. Infec. puerp. hem. puerp. otras

TERMINACION espont. forceps cesárea otra hora _____ min. _____ día _____ mes _____ año _____ NIVEL DE ATENCION 3° 2° 1° domic. otro N° H. C. RN _____

INDICACION PRINCIPAL DE CESAREA Y/O INDUCCION DEL PARTO _____ ATENDIO Médico Enf. aux Partera Trad. otro nombre RN _____

MUERTE Intraut. no emb. si EPISIOTOMIA no si ALUMB. espont. no si PLACENTA compl. no si PARTO no si NEONATO no si nombre _____

DESGARROS no si MEDICACION EN PARTO ning. anest. reg. anest. gen. analges. tranquil. ocitoc. antibiot. otra

RECIEEN NACIDO

SEXO f m PESO AL NACER _____ g menor 2500 g PER. CEF. _____ cm menor de 27 g TALLA _____ cm EDAD POR EX. FISICO _____ sem. PESO E.G. _____ g adeo. peq. gde. APGAR. 1° minuto _____ 5° _____ 6 o menor REANIM. RESPIR. no si VDRL + - TAMIZ C T mascara tubo

PUERPERIO

horas o días post parto o aborto 12 Hrs. 24 Hrs. 7° Día temperatura _____ pulso (lat./min.) _____ tensión arterial max./min. (mm Hg) _____ invol. uterina _____ características de loquios _____

EXAMEN FISICO

normal anormal ninguna otros SDR infecciones otras memb. hialina hemorragia defectos cong. sind. aspirat. hiperbilirrub. neurológicas apnea otras hematol. metab./nutric.

ALIMENTACION pecho mixto artificial PESO AL EGRESO _____ g

EGRESO R.N. hora _____ día _____ mes _____ sano traslado con patol. fallece ALIMENTO pecho mixto artificial PESO AL EGRESO _____ g

EGRESO MATERNO día _____ mes _____ año _____ sana con patol. fallece traslado

ANTICONCEPCION condon D.I.U. referida pildora otro ligadura tubaria ritmo

Responsable: _____ Responsable: _____

Observaciones: _____

Camel Perinatal

Este carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con usted y entéguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

ESTABLECIMIENTO _____

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____



Usted va a ser Madre y es importante que recuerde:

- El embarazo no es una enfermedad, pero exige la vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.
- Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.
- Cumpla las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

La lacta de cuajado puede ser causa de enfermedad en su hijo.

Debe brindarse todo el amor, desde EL EMBARAZO.

Recuerde que el niño alimentado a pecho raramente enferma.

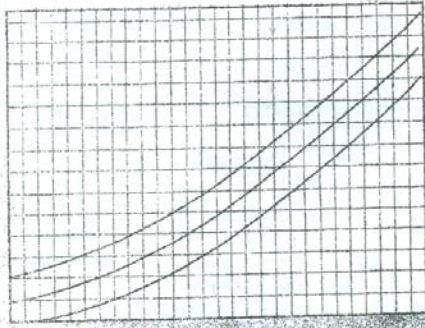
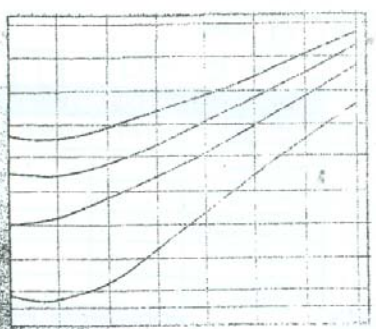
El tabaco y el alcohol son perjudiciales para la madre y el niño.

Cuide su higiene personal y evite los exesos físicos.

Usted debe acudir inmediatamente a la Institución de Salud si presenta:

- Signos del comienzo del parto, cualquiera que sea la edad del embarazo.
- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en las piernas, las manos o la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolor de cabeza continuo, si tiene problemas de visión o le zumban los oídos.

Haga llegar este mensaje a toda embarazada que usted conozca.



Camel Perinatal



Secretaría de Salud Pública

Paquete de servicios de prevención y promoción de la salud

Registro de seguimiento de las acciones

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

Consulta de primera vez durante el embarazo

Instrucciones

22. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
23. Marca con una paloma (✓) las acciones realizadas.
24. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Importante: Recuerda registrar en el expediente clínico los resultados y/o hallazgos de las acciones realizadas y elabora la nota médica correspondiente. Si tiene duda de cómo realizar una acción, consulta el "Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud".

Nombre del Paciente:

No. de Expediente:

No.	Acciones	Acción	fecha	Acción	fecha	Acción	fecha	Acción	fecha
1	Confirma embarazo								
2	Elabora Historia Clínica Perinatal y Carnet Perinatal								
3	Identifica riesgos y refiere a la embarazada, en su caso								
4	Valora y controla peso y tensión arterial								
5	Promueve salud bucodental								
6	Indica estudios de laboratorio (Sífilis, BH, QS, EGO, completo, tipo sanguíneo y RH)								
7	Aplica vacuna Td, Influenza estacional e investiga aplicaciones de vacuna SR								
8	Administra complementos nutricionales								
9	Previene y detecta ITS y VIH/SIDA, brinda tratamiento de ITS y refiere casos de VIH/SIDA								
10	Orienta y promueve la participación paterna								
11	Prevén, detecta y refiere casos de violencia familiar y de pareja								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable

Unidos logramos más



Instrucciones

- 28. Escribe el nombre del paciente y su número de expediente.
- 29. Marca con una paloma (✓) las acciones realizadas.
- 30. Escribe la fecha en la columna correspondiente (día/mes/año).

Importante: Recuerda registrar en el expediente clínico los resultados y/o hallazgos de las acciones realizadas y elabora la nota médica correspondiente. Si tiene duda de cómo realizar una acción, consulta el "Manual del Paquete Garantizado de Servicios de Promoción y Prevención para una Mejor Salud"

Nombre del Paciente:

No. de Expediente:

No.	Acciones	Acción	fecha	Acción	fecha	Acción	fecha	Acción	fecha
1	Elabora o actualiza Historia Clínica Perinatal								
2	Promueve alojamiento conjunto y lactancia materna								
3	Examina heridas quirúrgicas								
4	Vigila sangrado obstétrico								
5	Detecta HTA y edema								
6	Verifica presencia de fiebre								
7	Maneja y refiere oportunamente complicaciones								
8	Ofrece métodos de planificación familiar								
9	Proporciona capacitación a la madre sobre cuidados de recién nacida/o								
10	Promueve la participación paterna en el cuidado de recién nacida/o, planificación familiar y estimulación temprana								
11	Promueve la detección de violencia familiar o de pareja, detecta y refiere casos								

(día/mes/año)	Observaciones

Nombre y firma del responsable

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar el presente documento, acepto participar de manera voluntaria en el proyecto de investigación: **Identificación de factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que acuden a consulta prenatal al Centro de Salud Urbano Sahuaro**, la recolección de la información se llevará a cabo del 01 de octubre de 2015 al 31 de marzo de 2016, mismo que será desarrollado por pasantes de licenciatura en enfermería de la Universidad de Sonora.

Entiendo que el objetivo es identificar factores de riesgo obstétrico en mujeres embarazadas que sirva de base para implementar un programa de educación encaminado a prevenir complicaciones durante su embarazo y alumbramiento, como parte de las actividades desarrolladas durante el servicio social.

Se me ha informado que mi participación es de manera voluntaria y que podré dejar de participar en dicho proyecto en el momento que desee o me convenga, por lo que no estoy obligado a permanecer hasta su conclusión.

De igual manera me han informado que en todo momento se respetará mi individualidad y que la información que resulte de la investigación jamás será publicada en ningún medio.

También estoy enterado que los resultados obtenidos, de ser mi interés, podré solicitarlos, y, que en caso de surgir alguna duda durante el desarrollo de la investigación con quien debo acudir para resolver estas será con los pasantes de la licenciatura de enfermería.

Nombre de la participante

Nombre del pasante de enfermería

Fecha _____

ANEXO 5

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN A LA SALUD DESARROLLADAS CON LAS MUJERES EMBARAZADAS

ACTIVIDADES	<i>fr</i>	%
Vacuna del Tdpa aplicada a las 20 SDG		
Sí	100	69.00
No	45	31.00
Prueba rápida VH y VDRL		
Positiva	3	2.1
Negativa	141	97.2
Negación al tomársela	1	.7
Nº de asistencia a platicas Prenatales		
Sí	54	37.2
No	91	62.8
Asistencias al dentista		
Sí	76	52.4
No	69	47.6
Referencia a segundo nivel de atención		
Sí	62	42.8
No	83	57.2

Fuente: Elaboración propia

N= 145

ANEXO 6

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD MATERNA
DIRIGIDO A MUJERES EMBARAZADAS CENTRO DE SALUD URBANO SAHUARO

TEMA	DESCRIPCIÓN GENERAL	FECHA		
		Marzo	Abril	Mayo
Embarazo	Etapas de gestación y cambios fisiológicos en el embarazo	02/03/16		11/05/16
Signos de alarma	Etapas, signos de alarma y qué hacer cuando se presente.		13/04/16	
Lactancia materna	Técnica, métodos y etapas de la lactancia en el puerperio.		20/04/16	
Preclamsia	Desarrollo, prevención y como llevar un embarazo lo mejor posible	23/03/16		
Vacunas	Esquema de vacunación e importancia			04/05/16
Nutrición	Alimentación y nutrientes esenciales.			18/05/16
Cuidados RN en el Hogar	Cuidados dentro de los primeros días de vida, factores de riesgo y alimentación.	09/03/16		25/05/16

ANEXO 8
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	FECHA															
	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.
Elaboración de Proyecto		■	■													
Subirlo a la plataforma de servicio social y esperar aprobación			■													
Solicitud de autorización para realizarlo y capacitación manejo de instrumento			■	■												
Recolección de la información					■	■	■	■								
Captura de datos SPSS y elaboración de programa de educación a la salud materna								■	■	■						
Implementación de Programas a mujeres embarazadas participantes en el programa								■	■	■	■					
Procesamiento de datos											■	■	■			
Elaboración de tesis e informe de servicio social												■	■	■		
Presentación de examen profesional															■	■

ANEXO 9

EVIDENCIAS FOTGRÁFICAS







