



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL
ESTADO DE MORELOS



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONTROL PRENATAL TARDÍO Y COMPLICACIONES
EN EL EMBARAZO, HOSPITAL COMUNITARIO
PUENTE DE IXTLA

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

L. E. AÍDA GISELA GÓMEZ GILES

DIRECTOR DE PROTOCOLO:
M. EN C. PAOLA ADANARI ORTEGA CEBALLOS

CUERNAVACA, MORELOS. NOVIEMBRE DE 2018.

Dedicatoria

A Dios, más que dedicatoria es agradecimiento por haberme dado la fortaleza y sabiduría para poder terminar éste objetivo de superación profesional.

A mis padres Marcos y Consuelo por todo su apoyo, consejos, enseñanzas y valores que me han brindado a lo largo de mi vida, lo cual me ha permitido ser una persona de bien.

A mi hija Regina Gisselle, mi fortaleza y motivación de ser mejor cada día, todos mis sacrificios y esfuerzos son por ti mi amor, quiero que te sientas orgullosa de mí y superes todo lo que yo pueda lograr.

A mi hija Carla, aunque aún estas en mi vientre también eres mi fuente de inspiración para todo bien, espero no haberte causado estrés por la realización de este trabajo mi amor, te espero con ansias...

A Carlos Villegas mi compañero de vida, gracias por todo tu apoyo incondicional, gracias por creer en mí cuando yo sentía que no podía, gracias por todo tu amor, cariño, paciencia y comprensión, te amo mucho.

A mis hermanos, principalmente a Nadia y Lalo quienes me apoyaron y siguen haciéndolo en todo momento, espero lo que realizo sea de motivación para ustedes y sigan creciendo profesionalmente.

Por último pero no menos importante quiero dedicar y agradecer a mi tutora la M. en C. Paola A. Ortega que siempre me apoyo y motivo a culminar mi trabajo, nunca se dio por vencida conmigo. A ti también Irma Pérez, mi compañera y sobre todo amiga, gracias por todo, no tengo palabras para describir el gran ser humano que eres, te quiero mucho y agradezco a Dios tu presencia en mi vida.

Índice

Resumen	4
Summary.....	5
Introducción	6
CAPITULO 1. GENERALIDADES	8
Planteamiento del problema	8
Pregunta de Investigación.....	9
Justificación	10
Objetivos	11
Objetivo General.....	11
Objetivos específicos	11
Antecedentes	12
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	14
Marco Conceptual	14
Teoría de enfermería.....	26
Teoría del déficit de autocuidado.....	26
Marco referencial	35
Bases legales	38
CAPITULO III. MÉTODOS	39
Tipo de Estudio	39
Población:	44
Variables	39
Tiempo/espacio.....	45
Instrumento.....	45
Análisis de datos.....	45
Consideraciones éticas.....	46
Criterios de inclusión.....	46
Criterios de exclusión.....	46
Criterios de eliminación	46
Bibliografía.....	48
Anexos.....	50

Resumen

Introducción: las complicaciones durante el embarazo representan problemas no solo de tipo de salud sino también socioeconómicas que afectan a la familia, la sociedad y a los servicios de salud principalmente en los costos de la atención. **Objetivo:** Identificar la asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo de la población que se atiende en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla durante los meses de octubre a diciembre de 2018. **Material y métodos:** se realizará una investigación cuantitativa, de tipo observacional, analítico y transversal. La población está constituida por gestantes que acudirán al servicio de toco cirugía solicitando atención médica. Para la recolección de datos se diseñó un instrumento de 43 preguntas, considerando datos sociodemográficos, datos del embarazo y su atención así como datos referentes a la institución que proporciona el servicio. Se realizará de manera anónima y previa autorización de la participante firmando carta de consentimiento o asentimiento, respetando los principios éticos. El análisis se realizará a través del programa estadístico STATA v. 14, usando medidas de frecuencia y asociación. **Resultados esperados:** se ha observado en otros estudios que el 53% de la población que acude a control prenatal tardío tiene una edad de 20 a 29 años, el 41% con estudios de secundaria incompleta, 64% viviendo en unión libre, 69 % dedicadas al hogar, el 83% con un ingreso menor o igual a un salario mínimo. Se espera que el 58% presente alguna complicación como amenaza de aborto, hipertensión, diabetes gestacional, patología placentaria y amenaza de parto pretérmino.

Palabras clave: atención prenatal, gestante, complicaciones, cuidado.

Summary

Introduction: Complications during pregnancy represent not only health problems but also socioeconomic problems that affect the family, society and health services mainly in the costs of care. **Objective:** To identify if there is an association between late prenatal control and the presence of pregnancy complications in the population served in the Puente de Ixtla Community Hospital during the months of October to December 2018. **Material and methods:** a quantitative, observational, analytical and transversal research. The population is constituted by pregnant women who will go to the surgery service requesting medical attention. For the collection of data, an instrument of 43 questions was designed, considering sociodemographic data, pregnancy data and its attention as well as data referring to the institution that provides the service. It will be done anonymously and with the previous authorization of the participant signing a letter of consent or assent, respecting the ethical principles. The analysis will be carried out through the statistical program STATA v. 14, using measures of frequency and association. **Expected results:** it has been observed in other studies that 53% of the population that attends to late prenatal control has an age of 20 to 29 years, 41% with incomplete secondary education, 64% living in free union, 69% dedicated at home, 83% with an income less than or equal to a minimum wage. It is expected that 58% present some complication such as threatened abortion, hypertension, gestational diabetes, placental pathology and threatened preterm delivery.

Keywords: prenatal care, pregnancy, complications, care.

Introducción

En la actualidad la salud materno infantil se contempla como una prioridad de orden mundial, la situación de salud nos muestra el desarrollo de la población de un país. La OMS recomienda la implementación de programas y políticas que incluyan intervenciones universales y específicas para cada contexto para mejorar el uso y la calidad de la atención prenatal.

Todos los días, aproximadamente 830 mujeres mueren por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto. En el 2015 a nivel mundial, murieron aproximadamente 303 000 mujeres y niñas adolescentes por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Ese mismo año, se registraron 2,6 millones de muertes intrauterinas. Casi todas las muertes maternas (99 %) e infantiles (98 %) ocurrieron en países de ingresos bajos y medios. Estas muertes maternas podrían haberse evitado si las embarazadas o las adolescentes hubieran podido acceder a una atención prenatal de calidad. El 60 % (1,46 millones) de las muertes fetales ocurrieron durante el período prenatal y se debieron principalmente a infecciones maternas no tratadas, hipertensión y crecimiento fetal deficiente. (Alkema, 2015)

El control prenatal es uno de los servicios de promoción a la salud que se usan más a nivel mundial, es parte esencial del cuidado de la madre y del futuro recién nacido. La OMS y la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención a la mujer durante el embarazo parto y puerperio recomiendan que el inicio del control prenatal se realice dentro de las 12 primeras semanas de gestación. La OMS enfatiza la importancia de la primera visita, donde se le debe dedicar más tiempo por ser la consulta donde se realiza una evaluación de la mujer. Los objetivos del control prenatal son disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, prevenir riesgos potenciales para la gestación, detectar y tratar precozmente los trastornos a lo largo del embarazo e identificar factores de riesgo. (Vázquez, 2017)

La atención temprana del embarazo permite identificar y tratar a tiempo enfermedades que compliquen la gestación, en Venezuela, un estudio realizado por Furzan y equipo determino que la falta de control prenatal aumento 3 veces más el riesgo de tener un

evento perinatal adverso en comparación con las mujeres que llevaron un control prenatal. (Furzán, 2010)

La importancia del inicio de control prenatal temprano aporta beneficios para la nutrición así como la identificación y tratamiento temprano de complicaciones comunes del embarazo señaló Antonio Baena Rivero y colaboradores en México. (Baena, 2012)

En el país, se realizó un estudio por Pérez y colaboradores que demostró que el control adecuado y de inicio en el primer trimestre del embarazo impacta en la prevención del síndrome de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer y prematuridad. Además se puede evitar el parto prematuro y por consiguiente el bajo peso al nacer del recién nacido. Y por el contrario, la falta de control prenatal conlleva a partos distócicos que culminan en cesáreas y aumento en los costos de atención. (Pérez, 2005)

El propósito principal del presente estudio tiene la finalidad de identificar si existe una asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en la población atendida en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, como aporte adicional se identificarán las causas por las cuales la embarazada acude a control prenatal de manera tardía, cuáles son las complicaciones frecuentes del embarazo así como identificar los factores que se asocian entre el control prenatal tardío y las complicaciones, lo cual brindará elementos para que enfermería pueda plantear intervenciones apropiadas, que busquen motivar a la mujer que al sospechar un embarazo se realice la confirmación y tenga un inicio precoz del control de su embarazo, así como realizar una adecuada educación para la salud con la finalidad de que la embarazada pueda identificar oportunamente señales que puedan complicar su embarazo.

CAPITULO 1. GENERALIDADES

Planteamiento del problema

En México, el 6 de enero de 1995 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana NOM 007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido, en donde se definen los criterios y procedimientos para la atención, los cuales han dado resultados favorables mas no suficientes, la principal causa de muerte infantil en México son las originadas en el periodo perinatal, seguidas de las anomalías congénitas, en el caso de la mortalidad materna, las principales causas son la enfermedad hipertensiva del embarazo y las hemorragias en el embarazo y parto. (Aguirre, 2009)

En el estado de Morelos, la muerte fetal ha ido disminuyendo considerablemente según los datos estadísticos de INEGI, en el año 2000 se reportaron 427 muertes fetales, en el año 2005 se reportaron 302, en el año 2015 310 y para el año 2016, se reportaron 237 muertes fetales. (INEGI, 2016)

Cabe señalar que de todas las muertes fetales que se presentaron en el país, el 12.43% de las gestantes no acudió a ninguna cita de control prenatal.

En lo referente a la muerte materna en el estado de Morelos según los datos estadísticos de INEGI se ha comportado de la siguiente manera, en el año 2000 se reportaron 17 muertes maternas, en el año 2005 se reportaron 23, en el año 2015 10 y para el año 2016, se reportaron 16 muertes maternas. (INEGI, 2016)

En el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, se presentan frecuentemente complicaciones en el embarazo, principalmente la amenaza de aborto y parto pretermino por infecciones de vías urinarias o vaginales. Por tal motivo es importante conocer la asociación que existe entre el control prenatal tardío y las complicaciones durante el embarazo de la población de influencia del Hospital Comunitario Puente de Ixtla.

Pregunta de Investigación

¿Existe asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo, en la población que se atiende en el Hospital Comunitario Puente de Ixtla?

Justificación

El presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo de determinar la asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones durante el embarazo. Las complicaciones durante el embarazo representan problemas no solo de tipo de salud sino también socioeconómicas que afectan a la familia, la sociedad y a los servicios de salud principalmente en los costos de la atención.

Los beneficios que aporta esta investigación son variados, a la gestante si se incluye a tiempo al control prenatal, recibirá educación para prevenir o identificar a tiempo enfermedades que puedan complicar el embarazo y parto, en el producto ayudará a su crecimiento y desarrollo, tratando de lograr un embarazo de término, que culmine con un parto vaginal eutócico y un recién nacido con peso adecuado, de esta manera disminuyendo la tasa de morbi-mortalidad materno infantil que son objetivos del desarrollo sostenible. A nivel familiar con el embarazo o parto sin complicaciones se puede evitar el ausentismo laboral así como el descuido de posibles dependientes de la gestante, disminuyendo también los costos que genera el tener un familiar hospitalizado. En cuanto a los beneficios que ofrece un embarazo sin complicaciones a nivel institucional encontramos menos consultas de urgencias, menos partos quirúrgicos, menos días de estancia hospitalaria y tratamientos que a los servicios de salud generan grandes costos de atención.

Al conocer dicha asociación entre el control prenatal tardío y las complicaciones, se pueden hacer mejoras en el programa de control prenatal, haciendo conciencia a los trabajadores de la salud de su importancia y sobre todo informar a la población sobre los beneficios que tiene el control prenatal oportuno, identificando a tiempo problemas que al no ser atendidos pueden poner en riesgo la vida del binomio madre e hijo.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones durante el embarazo en la población atendida en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla.

Objetivos específicos

- Identificar causas del control prenatal tardío mediante la aplicación de una encuesta a embarazadas atendidas en el Hospital comunitario Puente de Ixtla.
- Describir las complicaciones frecuentes del embarazo mediante la consulta del expediente médico de las participantes en la investigación.
- Identificar factores asociados entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones durante el embarazo en la población atendida en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla.

Antecedentes

En un estudio realizado por Mejía y su equipo en Manizales y Cali, Colombia, denominado Factores de Servicios de Salud y Satisfacción de Usuarias Asociados al Acceso al Control Prenatal, cuyo objetivo fue describir los factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias que se asocian con el acceso al control prenatal determinaron que el acceso tardío y la baja adherencia al control aumentan las tasas de mortalidad y morbilidad materno-perinatales, generando un mayor uso de los servicios de salud y elevando innecesariamente los costos de atención. (Mejía, 2014)

Antonio Baena Rivero y colaboradores en su investigación titulada: Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documentada, realizada en el 2011 y publicada en el 2012 en México, la cual tuvo como objetivo identificar las complicaciones clínicas maternas asociadas con la gravidez materna, señala la importancia del inicio del control prenatal temprano aporta beneficios para la nutrición así como la identificación y tratamiento temprano de complicaciones comunes del embarazo. (Baena, 2012)

En un estudio realizado en Ciudad Madero, Tamaulipas por Pérez y colaboradores, titulado impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal, concluyeron que el control prenatal adecuado, es decir con más de 5 consultas y de inicio en el primer trimestre del embarazo, impacta en la prevención del síndrome de dificultad respiratoria, bajo peso al nacer y prematuridad. Además de que si se identifican a tiempo problemas infecciosos en la gestante y son tratados, se puede evitar el parto prematuro y por consiguiente el bajo peso al nacer del recién nacido. La falta del control prenatal conlleva a partos distócicos que culminan en cesáreas y al aumento en los costos de la atención del parto y del recién nacido. (Pérez, 2005)

Furzan y equipo, realizaron un estudio en Venezuela en el año 2010, denominado embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso, determinaron que la falta de control prenatal aumento 3 veces más el riesgo de tener un evento perinatal adverso en comparación con las mujeres que llevaron un control prenatal y recomiendan un cuidado

prenatal especializado para la adolescente y un tratamiento enérgico de las complicaciones gestacionales y del parto. (Furzán, 2010)

Un estudio realizado en el Hospital Civil de Guadalajara en México, titulado factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo sociodemográficos, obstétricos y perinatales que con más frecuencia se asocian a muerte fetal en embarazos mayores de 27 semanas, determinó que la muerte fetal se asocia con un control natal deficiente, si se mejora este factor de riesgo se pueden disminuir otros factores asociados como son las complicaciones durante el embarazo. Las gestantes con un control prenatal deficiente (2 o ninguna consulta), tienen 3.94 veces más riesgo de presentar muerte fetal tardía en comparación con las embarazadas que llevan a cabo su control prenatal eficiente de acuerdo a este estudio. (Panduro, 2011)

En un estudio realizado en Perú con el título de Ética en el control perinatal en relación a la mortalidad materna en el Perú, realizado por Bobadilla y equipo, determinaron que existe asociación entre una pobre cobertura de la primera atención en el primer trimestre de gestación y una alta razón de mortalidad materna. Que la falta de control prenatal es el más grave factor de riesgo, la gestante acude a los servicios de salud solo para la atención del parto, sin contar con información que le permita identificar complicaciones del embarazo que puedan conducir a una muerte materna. La atención temprana permite identificar y tratar a tiempo enfermedades que complican el embarazo. (Bobadilla, 2012)

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

Marco Conceptual

EMBARAZO

Es un estado fisiológico de duración media de 280 días, contados desde el primer día de la última regla (FUR). El período gestacional se expresa en semanas, con una FPP (fecha probable de parto) a las 40 semanas. El indicador clínico más fiable de la edad gestacional es una FUR exacta. Utilizando la regla de Nagele, la fecha estimada de parto se calcula restando tres meses desde el primer día de FUR y añadiendo una semana. (Ahuet, 2003)

El diagnóstico de embarazo ha sufrido importantes cambios en los últimos años, gracias sobre todo, a la evolución de las pruebas complementarias, que permiten un diagnóstico precoz y de mayor seguridad. El diagnóstico del embarazo se basa en una serie de síntomas subjetivos, signos hallados durante la exploración y en pruebas complementarias y de laboratorio.

Diagnóstico clínico:

A. Síntomas.

a. Amenorrea. La ausencia de menstruación de 10 o más días después de la fecha probable de su aparición, en una mujer sana, en edad reproductora y con ciclos regulares y espontáneos, hace pensar en un posible embarazo, aunque en el diagnóstico diferencial existen procesos que cursan con retraso menstrual como la anovulación psicógena o emocional (producida por miedo al embarazo), cambios ambientales y enfermedades crónicas.

b. Trastornos digestivos. Náuseas con vómitos o sin ellos, muy frecuentes en el primer trimestre, sobre todo por las mañanas, suelen aparecer a las 6 semanas de amenorrea y desaparecer espontáneamente a las 12-14 semanas. Otros como sialorrea, dispepsia, estreñimiento, meteorismo, anorexia, aversión a determinados alimentos y al tabaco, apetito caprichoso y antojos.

c. Trastornos urinarios. El crecimiento uterino ejerce cierta presión sobre la vejiga urinaria, puede dar lugar a una micción frecuente, que va desapareciendo a medida que el fondo uterino se desplaza de la pelvis, reapareciendo al final de la gestación cuando la cabeza fetal desciende en la pelvis.

d. Otros síntomas. Fatiga y fácil cansancio, alteraciones en el olfato, trastornos del sueño, irritabilidad, cambio del carácter, tristeza, melancolía o euforia, vértigos y lipotimias.

e. La percepción de movimientos fetales. A través de ligeros movimientos en su abdomen alrededor de la 16-20 semanas de amenorrea.

B. Signos.

a. Modificaciones de las mamas. Molestias y tensión. A finales del primer trimestre la areola aumentará su pigmentación, las glándulas sebáceas areolares se hacen más activas y los pezones más prominentes y sensibles.

b. Aumento de la pigmentación cutánea y estrías abdominales. Habituales pero inconstantes como el aumento de pigmentación de la línea alba (línea media del abdomen) o de la cara (cloasma).

c. Elevación de la temperatura basal. El ascenso térmico persistente desde la fase secretora del período menstrual faltante, es un signo de presunción que requiere el registro diario de la temperatura basal.

d. Modificaciones del cuello uterino. Hacia la 6-8 semanas el cuello se ablanda y aparece un color azulado cianótico en el cuello y parte superior de la vagina.

e. Crecimiento uterino. Hacia la 12 semana se empieza a palpar el útero a través de la pared abdominal, por encima de sínfisis púbica. El crecimiento abdominal suele ser menos evidente en la nulípara (mayor tonicidad de las paredes abdominales) que en la multípara.

f. Alteraciones de tamaño, forma y consistencia del útero. De gran valor diagnóstico los signos uterinos mediante el tacto vaginal combinado.

C. Pruebas de laboratorio.

La presencia en el suero materno de la hormona gonadotrófica corial (HCG) y su eliminación por orina es la base del diagnóstico en el laboratorio de la gestación

Diagnóstico de certeza:

- A. Identificación del latido cardiaco fetal
- B. Percepción de movimientos fetales activos.
- C. Identificación ultrasónica de partes fetales.

Consulta prenatal

La asistencia al embarazo comienza en la consulta prenatal. La primera consulta debe realizarse lo más precozmente posible en el transcurso de las 12 primeras semanas de gestación, idealmente antes de la 10ª semana. Por ello es adecuado ante toda amenorrea de más de diez días de evolución solicitar una prueba de embarazo. La primera visita es la de mayor duración, debiendo favorecer un clima de diálogo y confianza con los futuros padres.

Los objetivos que se persiguen mediante el control prenatal son:

- Disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal.
- Prevenir los riesgos potenciales para la gestación.
- Detectar y tratar precozmente los trastornos acontecidos a lo largo de la gestación.
- Identificar los embarazos que presentan factores de riesgo, facilitando la asistencia obstétrica adecuada.

Primera consulta prenatal. Durante la misma se realizarán las siguientes acciones.

A. Historia clínica. Se elabora mediante anamnesis, de la forma más completa posible. Todos los datos recogidos ayudan a individualizar la asistencia a la gestante. Se incluirán los siguientes contenidos:

a. Filiación. Nombre y apellidos, domicilio, teléfono, edad, condiciones de vida, actividad laboral, nivel cultural y socioeconómico.

b. Antecedentes familiares y de la pareja. Hijos y parientes de primer grado: padres y hermanos. Información sobre las enfermedades que puedan ser transmitidas o repercutan sobre la descendencia (defectos congénitos, enfermedades hereditarias, síndrome de Down, incidencia de neoplasias).

c. Antecedentes personales.

- Enfermedades actuales (HTA, cardiopatías, diabetes mellitus, epilepsia, tromboembolismo, enfermedad renal, endocrinopatías, enfermedades hematológicas, neurológicas, aneurismas cerebrales, enfermedades psiquiátricas, respiratorias crónicas, hepáticas, enfermedades autoinmunes con repercusión sistémica, exposición o enfermedades de transmisión sexual).

- Enfermedades infecciosas (herpes simple tipo II, estreptococo beta-hemolítico).

- Intervenciones quirúrgicas sobre todo las intervenciones sobre el aparato genital así como transfusiones sanguíneas recibidas.

- Alergias conocidas a medicamentos o de otro tipo.

- Hábitos tóxicos (tabaco, alcohol, drogas y estimulantes) hay que indagar la duración e intensidad de los mismos.

- Tratamientos crónicos o habituales.

- Estado vacunal con especial atención a vacunación de tétanos y rubeola.

d. Antecedentes obstétricos-ginecológicos.

- Edad de la menarquía o primera menstruación.

- Fórmula menstrual (FM: días de duración/intervalo).
- Alteraciones menstruales (dismenorreas e intensidad de las reglas).
- Irregularidad o no de las menstruaciones previas al embarazo.
- Patología ginecológica y mamaria.
- Fecha de la última citología.
- Anticoncepción.
- Fórmula obstétrica (FO: GAPV gestaciones, abortos, partos, hijos vivos).
- FUR (fecha de última regla, el primer día de la última regla).
- FPP (fecha probable de parto).
- EG (edad gestacional).

e. Antecedentes reproductivos.

- Esterilidad o infertilidad previa.
- Abortos (EG, tipo de aborto espontáneo o diferido, si se realizó legrado y si presentaron complicaciones).
- Embarazos extrauterinos (ectópicos).
- Curso de embarazos y partos previos, complicaciones durante los mismos (pre-eclampsia, partos prematuros especificando las semanas de gestación, muertes perinatales) y tipo de parto (eutócico, instrumental o Cesárea). Sexo y peso de los recién nacidos, tipo de lactancia, curso del puerperio y estado actual de los niños.
- El desarrollo normal de los embarazos y partos previos, con nacimientos de niños sanos, es un criterio de buen pronóstico para el embarazo actual.

f. Factores sociodemográficos.

g. Hábitos higiénico-dietéticos.

h. Síntomas asociados a la evolución del embarazo actual.

B. Exploración física general, ginecológica y mamaria.

a. Talla y peso. IMC: índice de masa corporal.

b. TA.

c. Observación de extremidades inferiores. Edemas o varices.

d. Exploración física de las mamas.

e. Exploración genital interna. Se observará mediante espéculo la vagina y el cuello del útero que muestran un color azulado-violáceo a partir de la 6^a-8^a semana por la congestión venosa de los tejidos.

f. Exploración genital externa. Destacar patología vulvar, secreciones vaginales que según su aspecto puede orientarnos a patologías y si hay signos de inflamación.

g. Citología. Si no se ha realizado en los dos años previos.

C. Pruebas de laboratorio. Analítica a solicitar:

a. Estudio analítico básico.

- Biometría hemática .

- Química sanguínea .

- Grupo ABO y Coombs indirecto: con independencia del grupo sanguíneo y factor Rh, si la mujer es Rh negativa y la prueba es negativa se debe repetir en la 28 semanas de gestación y si sigue siendo negativo administrar inmunoprofilaxis anti D.

- Analítica básica de orina. • Urocultivo.

b. Determinación de serología.

- Rubeola.
- Sífilis: VDRL-RPR.
- VIH: previo consentimiento oral informado.
- Hepatitis B (HbsAg), sólo a gestantes con factores de riesgo: exposición laboral a sangre humana, pareja/conviviente portador de hepatitis B, ADVP, pacientes y trabajadores en instituciones de enfermos mentales, reclusas y personal de instituciones penitenciarias, receptores de transfusiones o hemoderivados de forma repetida, viaje a zona de alta incidencia). Si es negativo se repetirá en III Trimestre.

D. Pruebas complementarias.

a. Ecografía del primer trimestre. Entre la 11 a 13+6 semanas de gestación. Puede ser practicada vía abdominal o transvaginal.

Objetivos de la exploración ecográfica:

- Identificar el número de embriones En caso de gestación múltiple, diagnóstico de cigosidad
 - Identificación del latido cardiaco embrionario
 - Estimación de la edad de gestación.Utilizando la longitud cráneo-nalga (CRL). El error de la ecografia es de ± 1 semana
 - Detección y medida de la translucencia nucal (marcador de cromosomopatía fetal)
 - Observación de la morfología embrionaria
 - Identificar la existencia de patología uterina.
- b. Cribado de los defectos congénitos. El objetivo es identificar a las gestaciones con alto riesgo de anomalías congénitas fetales y utilizar, si son aceptados por la mujer, los procedimientos de diagnóstico prenatal más adecuados. Los defectos congénitos susceptibles de cribado prenatal son:

- Anomalías estructurales.
- Cromosomopatías.
- Técnicas invasivas

E. Reforzar quimioprofilaxis con ácido fólico durante el embarazo.

F. Asesoramiento e información.

a. Alimentación. La dieta debe ser completa y variada. La ganancia de peso normal al final del embarazo oscila entre 11 y 14 Kg, y tiende a ser menor cuanto mayor es el IMC previo. Se recomienda una ganancia de peso mínima durante el embarazo de 7 kg.

b. Higiene, vestido, calzado.

- Cuidar la higiene personal.

- Extremar la limpieza de la boca.

- Utilizar ropa cómoda y holgada.

c. Trabajo. Puede desempeñar su labor habitual siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva hasta el octavo mes de gestación que debe reducir la actividad física. No es aconsejable que esté expuesta a radiaciones o maneje productos tóxicos.

d. Deportes. Se aconseja el paseo, la natación y los ejercicios aprendidos en los cursos de educación maternal. No se recomiendan los deportes de riesgo, violencia, de competición o que causen fatiga.

e. Viajes. No es aconsejable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios. Al final de la gestación evitar los viajes largos. No están contraindicados los viajes en avión.

f. Relaciones sexuales. No es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, adoptar posiciones que resulten cómodas. Se deben evitar las relaciones sexuales cuando exista hemorragia genital, amenaza de parto pretérmino o rotura de la bolsa de las aguas.

g. Cambios esperados.

- Más sensible y emotiva, en ocasiones cansada y fatigada.
- Las mamas aumentan de tamaño, el pezón más sensible y puede aparecer leche antes de terminar el embarazo. No es aconsejable la manipulación del pezón.
- Náuseas y vómitos sobre todo por la mañana generalmente durante los tres primeros meses.
- Los ardores frecuentes debido a la relajación del esfínter esofágico.
- Estreñimiento y hemorroides, frecuentes. Dieta rica en fibra y líquidos. ç

Consultas prenatales sucesivas

La frecuencia de las consultas sucesivas dependerá de las necesidades individuales de cada mujer y los factores de riesgo asociados. La mujer con complicaciones médicas u obstétricas del embarazo requerirá una vigilancia más estricta, determinado por la naturaleza y gravedad del problema. Se acompaña de mejores resultados perinatales la realización entre 7 y 10 consultas durante el embarazo. El número ideal de consultas es difícil de establecer pero se acepta que con menos de 5-6 visitas, es difícil considerar que un embarazo está bien controlado. Una mujer con un embarazo que evoluciona sin complicaciones, acudirá a la consulta con la siguiente periodicidad:

Periodicidad

- Hasta semana 36 Cada 4 - 6 semanas
- 37 - 40 semanas Cada 1 - 2 semanas
- Después de la 40 semana 1 - 3 veces/semana

Auscultación fetal. En cada consulta, a partir de la 16^a-20^a semanas de gestación. Debe ser un latido rítmico y con una frecuencia entre 120-160 latidos por minuto.

Movimientos fetales. En cada consulta a partir de la 22ª semana de gestación. Maniobras de Leopold. En cada consulta a partir de la 28ª semana de gestación. Son las palpaciones abdominales para determinar la presentación, situación y posición del feto.

Ecografías. La recomendación es realizar durante un embarazo de curso normal tres exploraciones ecográficas. La mujer debe recibir información sobre la modalidad y objetivos de la exploración ecográfica que se realiza en cada momento del embarazo.

Ecografías en el embarazo:

- Primera Ecografía 12ª semana (11 a 13+6) Ecografía del I trimestre
- Segunda ecografía 20ª semana (18 a 21+6) Ecografía del II trimestre
- Tercera ecografía 32ª semana (32 a 34+6) Ecografía del III trimestre

El control prenatal de inicio tardío es cuando la mujer embarazada concurre por primera vez a la consulta habiendo cumplido ya su tercer mes de embarazo.

PRINCIPALES COMPLICACIONES DEL EMBARAZO

Aborto: Expulsión o extracción de su madre de un embrión o de un feto de menos de 500 gramos de peso (aproximadamente 22 semanas completas de embarazo) o de otro producto de gestación de cualquier peso o edad gestacional absolutamente no viable (por ejemplo, huevo no embrionado, mola hidatidiforme, etc), independientemente de si hay o no evidencia de vida o si el aborto fue espontáneo o provocado.

Clasificación

- Amenaza de aborto: el síntoma más habitual es el sangrado vaginal casi siempre indoloro o acompañado de un leve dolor hipogástrico.
- Aborto temprano: ocurre antes de las 12 semanas
- Aborto tardío: es el que tiene lugar con 12 o más semanas de gestación.

- Aborto inevitable: el aborto es inminente, el sangrado y el dolor aumentan y el cérvix se dilata. Pueden visualizarse restos ovulares a través del orificio cervical o vaginal si la expulsión del producto ya se ha iniciado.
- Aborto completo: expulsión completa del tejido embrionario.
- Aborto incompleto: expulsión parcial de los productos de la concepción.
- Aborto retenido: muerte “in utero” del embrión o feto antes de las 22 semanas de gestación, con retención de la gestación por un periodo prolongado de tiempo.
- Aborto séptico: los datos clínicos habituales incluyen fiebre, escalofríos, mal estado general, dolor abdominal y sangrado vaginal, con frecuencia de aspecto purulento.
- Aborto de repetición o recurrente: se refiere a aquella situación en la que se han producido al menos 2 abortos consecutivos o más de 2 alternos. (Vázquez, 2017)

Placenta previa.

Se presenta a través de hemorragia vaginal en diferente cuantía. Hemorragia típicamente de sangre roja e indolora que comienza de forma insidiosa. No es raro que se presenten varios episodios durante el embarazo.

Rotura prematura de membranas.

Pérdida de líquido por vagina antes del inicio del parto con o sin signos de infección. La rotura prematura de membranas predispone al parto pretérmino, siempre aumenta el riesgo de infección en la mujer o el neonato, al igual que el riesgo de presentaciones fetales anormales y de desprendimiento de placenta. (MSD, 2018)

Amenaza de parto pretérmino.

Sensación de dinámica en gestante con edad gestacional entre 23 y 37 semanas con modificación del cuello uterino. Es una de las principales razones por las cuales los bebés nacen discapacitados o mueren.

Diabetes gestacional.

La diabetes mellitus constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo, con una incidencia de 1% y hasta un 12%. Es un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones en la madre y en la descendencia. Repercute sobre la gestante aumentando el riesgo de infecciones urinarias, candidiasis vaginal, polihidramnios, estados hipertensivos del embarazo y prematuridad. Sobre el feto y el neonato malformaciones y/o abortos, crecimiento intrauterino retardado, macrosomía, miocardiopatía hipertrófica, inmadurez fetal. (Vázquez, 2017)

Pre eclampsia – eclampsia.

Es la principal causa de mortalidad materna y perinatal, retardando el crecimiento intrauterino y bajo peso al nacer. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes primigestas, diabéticas, embarazo múltiple, embarazo molar, polidramnios, obesidad, macosomía fetal, pacientes de bajo nivel socioeconómico y en gestantes con antecedentes familiares y personales de preeclamsia.

Teoría de enfermería

Teoría del déficit de autocuidado

Conceptos y principales definiciones

Dorothea Orem etiquetó su teoría de déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por las siguientes teorías relacionadas:

1. La teoría del autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Los principales conceptos de las teorías de Orem son:

AUTOUIDADO: Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcionales y del desarrollo. (Orem D. E., 2001)

CUIDADO DEPENDIENTE: Cuidado que se ofrece a una persona que, debido a la edad o a factores relacionados, no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

REQUISITOS DE AUTOUIDADO: Un requisito de autocuidado es un consejo formulado y expresado sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

1. El factor que se debe controlar para que se mantenga un cierto aspecto del funcionamiento y desarrollo humanos en las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar personales.
2. La naturaleza de la acción requerida. (Orem D. E., 2001)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES:

Los objetivos requeridos universalmente que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tienen sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen ocho requisitos comunes para los hombres, las mujeres y los niños:

1. El mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
3. El mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
4. La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación.
5. El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
6. Mantenimiento de un equilibrio ente la interacción social y la soledad.
7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal. (Orem D. E., 2001)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

1. Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo.
2. Implicación en el autocuidado.
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano. (Nursing: Concepts of Practice, 1980)

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO EN CASO DE DESVIACIÓN DE SALUD

Estos requisitos de autocuidado existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos y aun diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no sólo afectan a una estructura específica y a los mecanismos patológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado, los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estados anormales de salud, los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidados dependientes de la persona. La complejidad del cuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

NECESIDADES DE AUTOCUIDADO TERAPÉUTICO

Las necesidades de autocuidado terapéutico están constituidas por el conjunto de medidas de cuidado necesarias en ciertos momentos o durante un cierto tiempo para cubrir todas las necesidades conocidas de autocuidado de una persona. Según las condiciones existentes y las circunstancias, se utilizarán métodos adecuados para:

- Controlar y dirigir factores identificados en las necesidades, cuyos valores son reguladores de funcionamiento humano (suficiente aire, agua y comida).

- Cubrir el elemento de actividad de la necesidad (mantenimiento, promoción, prevención y provisión). (Orem D. E., 2001)

La necesidad terapéutica de autocuidado en cualquier momento describe los factores del paciente o el entorno que hay que mantener estables dentro de una gama de valores o hacer que lleguen a esa gama para el bien de la vida, salud o bienestar del paciente, y tiene un alto grado de eficacia instrumental, derivada de la opción de las tecnologías y las técnicas específicas para utilizar, cambiar o de alguna manera controlar al paciente o los factores de su entorno.

ACTIVIDAD DE AUTOUIDADO

Se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras, o que están madurando, que les permite conocer y cubrir sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano. (Orem D. E., 2001)

ACTIVIDAD DE CUIDADO DEPENDIENTE

Actividad de cuidado dependiente se refiere a la capacidad adquirida de una persona para conocer y satisfacer la demanda de autocuidado terapéutico de la persona dependiente y/o regular el desarrollo y el ejercicio de la actividad de autocuidado dependiente.

DÉFICIT DE AUTOUIDADO

El déficit de autocuidado es una relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéuticas de autocuidado y la actividad de autocuidado, en la que las capacidades de autocuidado constituyentes y desarrolladas de la actividad de autocuidado no son

operativas o adecuadas para conocer y cubrir algunos o todos los componentes de la necesidad terapéutica de autocuidado existente o proyectada. (Orem D. E., 2001)

ACTIVIDAD ENFERMERA

Es la capacidad desarrollada por las personas formadas como enfermeras que les da poder para ser representantes como enfermeras y, dentro del marco de una relación interpersonal legítima, para actuar, saber y ayudar a las personas implicadas en esas relaciones a cubrir sus necesidades terapéuticas de autocuidado y a regular el desarrollo o el ejercicio de la actividad de su autocuidado. (Orem D. E., 2001)

DISEÑO ENFERMERO

Se trata de una actividad profesional desarrollada tanto antes como después del diagnóstico y la prescripción enfermera, a partir de los juicios prácticos de reflexión sobre las condiciones existentes, para sintetizar los elementos de una situación concreta de relaciones ordenadas a unidades operativas de estructura. El objetivo del diseño enfermero es ofrecer guías para alcanzar los resultados necesarios y previstos en la producción de la enfermería hacia el logro de las metas enfermeras; estas unidades conjuntas constituyen la pauta que guía la producción de la enfermería. (Orem D. E., 2001)

SISTEMAS ENFERMEROS

Son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas del autocuidado de sus pacientes, para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes. (Orem D. E., 2001)

MÉTODOS DE AYUDA

Un método de ayuda, desde una perspectiva enfermera, es una serie secuencial de acciones que, si se lleva a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los

métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro.
- Guiar y dirigir.
- Ofrecer apoyo físico o psicológico.
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar. (Orem D. E., 2001)

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Hace referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o la actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas. Se han identificado diez factores:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de salud.
- Modelo de vida.
- Factores del sistema sanitario.
- Factores del sistema familiar.
- Factores socioculturales.
- Disponibilidad de recursos.
- Factores externos del entorno.

Utilización De Pruebas Empíricas

Dorothea Orem, afirmó que la enfermería es una misión práctica, pero una misión práctica realizada por personas con conocimiento especializado de enfermería teórica, con capacidades desarrolladas para aplicar este conocimiento a situaciones concretas de la

práctica de enfermería. La provisión de la atención enfermera se produce en situaciones concretas. A medida que las enfermeras intervienen en situaciones de la práctica enfermera, utilizan sus conocimientos de la ciencia enfermera para dar significado a las características de la situación, hacer juicios sobre qué puede y debe hacerse y diseñar e implementar sistemas de cuidados enfermeros. Desde la perspectiva de la Teoría del déficit de autocuidado (TEDA), los resultados enfermeros deseados incluyen satisfacer la demanda del autocuidado terapéutico del paciente y/o regular y desarrollar la actividad de autocuidado del paciente. (Raile Alligood Martha, 2011)

Principales Supuestos

Los supuestos básicos de la teoría general se formalizaron a principios de la década de 1970 y se presentaron por primera vez en la escuela de enfermería de la Marquette University en 1973. Orem identifica cinco premisas en la teoría general de la enfermería:

1. Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza.
2. La actividad humana, el poder de actuar de la manera deliberada, se ejercita en forma de cuidado por uno mismo y por otros para identificar las necesidades y realizar los estímulos necesarios.
3. Los seres humanos maduros experimentan privaciones en forma de limitaciones de la acción en el cuidado de uno mismo y de los demás, haciendo de la sostenibilidad de vida los estímulos reguladores de las funciones.
4. La actividad humana se ejercita descubriendo, desarrollando y transmitiendo, maneras y medios para identificar las necesidades y crear estímulos para uno mismo y para otros.
5. Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan las responsabilidades para ofrecer cuidado a los miembros del grupo que experimentan las privaciones, con el fin de ofrecer estímulos requeridos, deliberados, a uno mismo y a los demás.

Afirmaciones Teóricas

Se expresa mediante tres teorías:

Teoría de los sistemas enfermeros: Señala que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tiene necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar el autocuidado dependiente, y para familias u otros grupos multipersonales.

Teoría del déficit de autocuidado: La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas que precisan de la enfermería se asocian a la subjetividad de la madurez y de las personas maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos. También tienen limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa la relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en término de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudarán a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

Teoría del autocuidado: El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por sí solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y

la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina. El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medio ambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan objetivos, los métodos y los resultados del cuidado de los otros. (Orem D. E., 2001)

Marco referencial

Diferentes estudios han abordado la problemática del control prenatal, como el caso de Jaramillo y cols.18, que realizaron un estudio de casos y controles titulado Factores asociados con parto pretérmino en el tercer nivel de atención en salud en Manizales, en el año 2006 incluyendo 464 pacientes con el fin de identificar los factores obstétricos para parto prematuro, dentro de los cuales se encontró la no realización de control prenatal, con Odds Ratio (OR) de 5.19. Otros factores fueron el antecedente de parto pretérmino, preeclampsia, ruptura prematura de membranas y embarazo múltiple. (Jaramillo, López, & Aragón, 2006)

En un estudio realizado por Ahumada y Alvarado, titulado Factores de riesgo de parto pretérmino en un hospital, cuyo objetivo de estudio fue determinar los factores de riesgo de parto pretérmino, por medio de caso-control retrospectivo, derivando los siguientes odds radio como resultado: embarazo gemelar actual (OR 2,4), control prenatal insuficiente, es decir menos de 6 controles (OR 3,2), control prenatal nulo (OR 3,0), antecedente de parto pretérmino (OR 3,7) y preeclamsia (OR 1,9), concluyendo que los factores de riesgo para el nacimiento pretérmino son el antecedente de parto pretérmino, la preeclamsia, el no tener ningún control prenatal y haber tenido un control prenatal insuficiente. La prevalencia de parto pretérmino en esta investigación fue de 7.4%. (Ahumada Barrios & Alvadado, 2016)

El estudio de investigación realizado por Tipiani y Tomatis, titulado El control prenatal y el desenlace materno perinatal, cuyo objetivo fue evaluar la influencia del control prenatal sobre la morbimortalidad maternoperinatal, determinaron que 25,3 % de la población estudiada tuvieron un control prenatal inadecuado o intermedio. Las embarazadas con control prenatal inadecuado tuvieron un riesgo 6 veces superior para tener un recién nacido prematuro y 4 veces para un recién nacido con peso bajo al nacer. Encontraron también que cuanto menor es el número de controles prenatales, menor es el peso al nacer y mayor la incidencia de prematuridad. (Tipiani & Tomatis, 2006)

Otro estudio relacionado a la investigación realizado en Chile por Mendoza y colaboradores, titulado Influencia de la adolescencia y su entorno en la adherencia al control prenatal e impacto sobre la prematuridad, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal, halló que los factores asociados a la mala adherencia al control prenatal son la edad materna 13-19 años, escolaridad < 11 años, el estado civil soltera, carencia de esposo o compañero permanente, carencia de seguridad social en salud y antecedente de gravidez ≥ 2 gestaciones. Además de que la mala adherencia al control prenatal se asoció con prematuridad y/o bajo peso al nacer y con mortalidad neonatal. (Mendoza, 2015)

En el 2010, en Colombia, Moya y colaboradores publicaron un artículo titulado Ingreso temprano al control prenatal en una unidad materno infantil. El estudio determinó que el 81% de las participantes iniciaron controles prenatales en el primer trimestre del embarazo, reflejando que las embarazadas tienen mayor conciencia y tienden a iniciar a temprana edad gestacional el control prenatal, como respuesta a las múltiples estrategias realizadas por el sistema de salud con el propósito de detectar y controlar tempranamente los factores de riesgo del embarazo. Además el estudio demostró que con un número suficiente de controles prenatales y efectuados en forma precoz las pacientes pueden ser identificadas tempranamente con alguna complicación y de esta manera se llega a disminuir en forma importante la mortalidad perinatal. (Moya Plata, Guiza Salazar, & Mora Merchán, 2010)

En Perú, Barreto realizó un estudio titulado Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclampsia severa: un estudio caso control, el objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a la preeclampsia severa en el Instituto Materno Perinatal y cuantificar su impacto en diferentes resultados perinatales, encontró dos factores considerados significativos, el primero, el control prenatal inadecuado con valor de OR de 1, 56 y la primiparidad con un valor de OR de 1, 59. Además la preeclampsia severa estuvo asociada con mayor riesgo de cesárea, prematuridad, bajo peso al nacer, muy bajo peso al nacer,

pequeño para la edad gestacional, depresión al nacer y muerte neonatal comparadas con las madres que no presentaron esta condición. (Barreto, 2003)

Una investigación publicada en Colombia por Barrera, en 2016, sobre la descripción de factores posiblemente asociados al parto pretérmino con una muestra de gestantes adolescentes de un hospital local, arrojó una prevalencia de 6.1%, con una media de edad 17.3 ± 1.76 años; con edad gestacional entre 22-37 semanas. Se identificaron asociadas al parto pretérmino la infección de vías urinarias, vaginosis, anemia y preeclampsia. En cuanto a los controles prenatales, un 40% asistió de 0 a 3 controles, 33.3% asistió de 4 a 6 controles y 26.7% asistió de 7 a 9 controles, reconociéndose la baja asistencia a controles como principal factor junto a hemorragia, preeclampsia y bajo nivel de escolaridad. Dicho investigador señala que previamente se había demostrado la relación entre ausencia de controles prenatales y parto pretérmino, bajo el enfoque en que el momento de la gestación en que se inician los controles y el número de ellos se han asociado con menos complicaciones, aunque no se demuestra que ellos reduzcan la incidencia de parto pretérmino, sugiriendo la importancia de reforzar la vigilancia sobre la cantidad y calidad de las consultas. (Barrera, 2016)

En Perú, Solórzano Chávez, realizó el estudio Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2013. Entre los principales resultados se encuentra ser adolescentes (OR: 3,16) o tener edad ≤ 25 años (OR 2,45), el periodo intergenésico corto (OR: 4,81), número inadecuado de consultas de control prenatal (OR 3,76), y el inicio tardío del control prenatal (OR 3,81) fueron identificados como factores de riesgo para la morbilidad materna extrema. Además de que se sugiera orientar las políticas de salud hacia los determinantes de estos componentes, poner mayor énfasis en la población joven, educándolos y previniendo embarazos no deseados, fortaleciendo los programas de planificación familiar y sensibilizar a la población sobre la importancia del control prenatal. (Solórzano, 2013)

Bases legales

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que la ley protegerá la organización y el desarrollo de la familia, que toda persona tiene el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada solo el número y el espaciamiento de sus hijos. (Camara de Diputados, 2015)

La Ley General de la Salud en su artículo 3º, Fracción IV señala que es materia de salubridad general la atención materno-infantil. En artículo 6, establece que la atención materno-infantil tiene carácter prioritario y una de sus acciones es la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio. (Secretaria de Salud, 2015)

La Norma Oficial Mexica 007-SSA2-1993, establece los criterios mínimos para la atención médica durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido sano. (Diario Oficial de la Federación, 2012)

CAPITULO III. MÉTODOS

Tipo de investigación

Cuantitativo

Diseño de la investigación

Observacional analítico transversal.

Definición de variables

DEPENDIENTE: Complicaciones en el embarazo

INDEPENDIENTE: Control prenatal tardío

Tabla de operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION	VALORES/CATE	CUALITATIVA/
TIPO	CONCEPTUAL	GORIAS	CUANTITATIVA
Complicaciones en el embarazo Dependiente	Son los problemas de salud que se presentan durante el embarazo y pueden afectar la salud de la madre, el producto o ambos.	Si No	Cualitativo nominal dicotómica
Control Prenatal tardío Independiente	Es cuando la mujer embarazada acude por primera vez a la consulta después de las 12 SDG	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Edad Independiente	Tiempo que ha vivido una persona	12-45 años	Cuantitativa discreta
Lugar de residencia Independiente	Lugar en el que vive, donde tiene su domicilio.	Puente de Ixtla Amacuzac Otro	Cualitativa Nominal politomica

Último grado de estudios Independiente	Máximo nivel de estudios completado por la población	Nunguno Primaria Secundaria Preparatoria Carrera técnica Licenciatura	Cualitativa Nominal politomica
Estado civil Independiente	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltera Casada Unión libre Viuda Divorciada Separada	Cualitativa Nominal politomica
Ocupación Independiente	Se refiere a lo que la persona se dedica, a su trabajo, empleo, lo que le demanda cierto tiempo	Ama de casa Estudiante Comerciante Empleada Otra	Cualitativo nominal politomica
Número de embarazos Independiente	Número de veces que ha estado embarazada, incluyendo el actual.	1-12	Cuantitativa discreta
Semanas de gestación de embarazo Independiente	Número de semanas de embarazo al momento de la aplicación del cuestionario.	4-42	Cuantitativa discreta
Semanas de embarazo al saber que estaba embarazada Independiente	Número de semanas cuando supo que estaba embarazada	4-20	Cuantitativa discreta

Inicio del control prenatal Independiente	Número de semanas de embarazo cuando acudió por primera vez a atención del embarazo.	4-4 Nunca acudió	Cualitativa nominal dicotómica
Dependientes de la embarazada Independiente	Número de personas que necesitan de su atención o cuidado.	0-10	Cuantitativa discreta
Conocimiento de señales de alarma Independiente	La embarazada conoce las molestias que constituyen una emergencia y por lo cual deberá acudir oportunamente al servicio de urgencias.	Si No	Cualitativo nominal dicotómica
Presencia de signos y síntomas de alarma. Independiente	Presencia de signos y síntomas que ponen en riesgo la vida de la embarazada y el producto.	Si No	Cualitativo nominal dicotómica
Presencia de complicaciones Independiente	Presencia de un problema de salud durante el embarazo que pueden afectar la salud de la madre, el producto o ambos.	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de complicación	Clasificación de la complicación o problema de salud durante el embarazo.	Anemia Amenaza de aborto Amenaza de parto prematuro	Cualitativa nominal

Independiente		Parto prematuro Aborto Preeclamsia Eclampsia Hemorragias Diabetes gestacional Malformación congénita Otra	
Atención de complicaciones Independiente	La mujer embarazada acude para recibir atención médica por la presencia de un problema de salud que puede afectar su salud, el producto o ambos.	Si acudió a atender complicación No acudió a atender complicación	Cualitativa nominal dicotómica
Tratamiento Independiente	Son los medios que se utilizan para aliviar o cuidar una enfermedad.	El que le receto el medico El que le recomendó algún familiar El que usted considero adecuado El que le había recetado el medico anteriormente	Cualitativa nominal politomica

No atención de complicaciones	La mujer no embarazada acude para recibir atención médica por la presencia de un problema de salud que puede afectar su salud, el producto o ambos.	<p>Porque no lo creyó importante</p> <p>Porque no sabía que tenía que acudir a consulta prenatal</p> <p>Porque le quedan lejos los servicios de salud</p> <p>Porque tiene otros dependientes que no puede dejar</p> <p>Porque la tención no le satisface</p> <p>Porque no tiene seguro popular</p> <p>Porque no tenía dinero</p> <p>Porque no le dan permiso</p> <p>Otro</p>	Cualitativa nominal politomica
Independiente			
Presencia de enfermedades asociadas a complicaciones	Enfermedades que pueden complicar el embarazo u aumentar el riesgo.	<p>Infecciones de vías urinarias</p> <p>Infecciones vaginales</p>	Cualitativa nominal
Independiente			
Estudios de laboratorio y gabinete realizados	Exámenes que permiten consolidar un diagnóstico. Los de laboratorio requieren	<p>Sangre</p> <p>Orina</p> <p>Ultrasonografía</p>	Cualitativa nominal

Independiente	algún tipo de secreción del cuerpo como orina y sangre. Los de gabinete no necesitan ningún tipo de secreción.		
Calidad de la atención recibida Independiente	Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado	Excelente Buena Regular Mala Deficiente	Cualitativa nominal politomica
Sentimiento ante el embarazo Independiente	Estado de ánimo o disposición emocional ante el embarazo	Alegría Tristeza Enojo Decepción No sintió nada	Cualitativa Nominal
Distancia de los servicios de salud Independiente	Intervalo de tiempo de casa a la institución de servicios de salud	0-30 minutos 31-60 minutos Más de una hora	Cualitativa nominal politomica

Población y muestra

La población participante en este estudio estará constituida por 92 embarazadas que acudirán al servicio de tococirugía para su atención en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, éste hospital atiende a toda embarazada que solicite atención, indiferente de la edad gestacional de su embarazo.

Se realizará un muestreo aleatorio con un intervalo de confianza al 95%.

Tiempo/espacio

La aplicación del instrumento de recolección de datos se realizará de noviembre a diciembre de 2018, en el Hospital Comunitario de Puente de Ixtla, Morelos.

Instrumentos de recolección de datos

Se diseñó un instrumento para la obtención de datos, el cual fue validado por un comité de expertos en obstetricia; incluyendo los elementos que se pretenden medir en el estudio, el cual será de manera anónima, con 43 preguntas y se encuentra estructurado por tres apartados:

Primer apartado: proporciona datos sociodemográficos.

Segundo apartado: datos referentes al embarazo y su atención.

Tercer apartado: incluye preguntas relacionadas a la institución que proporciona los servicios de salud, dirigido a la población embarazada que acude al servicio de tococirugía

Descripción de las técnicas

La información se obtendrá a través de un cuestionario.

Análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo de las variables complicaciones del embarazo y el control prenatal tardío, obteniendo medidas de frecuencia: media y proporciones. Se realizará un análisis bivariado entre las complicaciones del embarazo y el control prenatal tardío, así como el resto de las covariables.

Posteriormente se realizará un análisis multivariado para identificar la asociación entre las complicaciones del embarazo y el control prenatal tardío a través de la razón de momios con IC 95%. Se realizará una base de datos en Microsoft Excel, el análisis se efectuará mediante el paquete estadístico STATA v.14.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Embarazadas que se soliciten consulta al servicio de tococirugía del Hospital Comunitario de Puente de Ixtla.
- Embarazadas que acepten participar en el estudio.
- Embarazadas que firmen la carta de consentimiento y asentimiento en caso de menores de edad

Criterios de exclusión

- Embarazadas que no acepten participar en el estudio.
- Embarazadas que no firmen la carta de consentimiento y asentimiento en caso de menores de edad.
- Embarazadas con discapacidad mental

Criterios de eliminación

- Embarazadas cuyo instrumento contenga menos del 90% de la información requerida.

Consideraciones éticas

Se realizó una carta de consentimiento informado así como carta de asentimiento informado para las participantes menores de edad, en estos documentos se explica cuál es el objetivo del estudio, el procedimiento a realizar, los beneficios y riesgos de la participación en la investigación, la confidencialidad del estudio así como datos del

investigador, la participación será voluntaria, sin ninguna compensación monetaria. El consentimiento será leído en voz alta y se entregará por escrito, la participante y un testigo firmarán el consentimiento informado antes de iniciar la entrevista, respetando la confidencialidad la entrevista se realizará en un espacio donde solo se encuentre la investigadora y la embarazada. En cualquier momento la participante podrá abandonar la entrevista o salir del estudio. Para asegurar el anonimato de las participantes, no se registrará el nombre, a cada cuestionario se le asignará un número de folio del 1 al 92. El consentimiento se elaboró respetando los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía, justicia, veracidad y confidencialidad.

Limitaciones

Una limitación de este estudio es que la población estudiada solo será la que solicita atención al servicio de tococirugía del hospital comunitario de Puente de Ixtla, no toma en cuenta la población que se atiende en el medio privado, en otras instituciones de salud o con medicina tradicional como las parteras. Otra limitación en cuanto el diseño del estudio es que no es adecuado para el estudio de enfermedades que se presentan con poca frecuencia en la población o que son de corta duración, debido a que sólo captaría información sobre un número reducido de individuos que las padezcan.

Bibliografía

- Aguirre, A. (2009). La mortalidad infantil y la mortalidad materna en el siglo XXI. *Papeles de población*, 75-99.
- Ahuet, A. R. (2003). *Ginecología y obstetricia aplicadas*. México: Manual Moderno.
- Ahumada Barrios, M., & Alvadado, G. (2016). *Scielo*. Recuperado el 18 de Agosto de 2018, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02750.pdf
- Alkema, L. (2015). Nivel mundial, regional y nacional y las tendencias de la mortalidad materna entre 1990 y 2015, con proyecciones basadas en escenarios a 2030: un análisis sistemático de la mortalidad materna ONU Estimación Grupo Interinstitucional. *The Lancet*, 462-474.
- Baena, R. A. (2012). Complicaciones clínicas del embarazo en adolescentes: una investigación documental. *Aten Fam*, 82-85.
- Barrera, S. L. (2016). *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*. Retrieved from <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/769/1295>
- Barreto, S. (2003). Factores de riesgo y resultados perinatales en la preeclamsia severa: un estudio caso control. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 116-120.
- Bobadilla, L. C. (2012). Ética en el control perinatal en relacion a mortalidad materna en el Perú. *Revista ANACEM*, 23-28.
- Camara de Diputados*. (2015, marzo). Retrieved marzo 15, 2015, from <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Diario Oficial de la Federación*. (2012, noviembre 05). Retrieved marzo 10, 2015, from http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550
- Furzán, J. A.-B. (2010). Embarazo en adolescentes y resultado perinatal adverso: un análisis multivariado de factores predictivos de riesgo. *Gaceta Medica Caracas*, 119-126.
- INEGI. (2016). *Instituto Nacional de Estadística y Geografía*. Retrieved marzo 10, 2015, from <http://www.inegi.org.mx/>
- Jaramillo Prado, J. J., López Giraldo, I., & Aragón Gómez , F. (2006). *Scielo*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000200002
- Jaramillo, P. J., López, G. I., & Aragón, G. (2006). *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 57 No. 2*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342006000200002

- Mejía, P. T. (2014). Factores de los servicios de salud y satisfacción de usuarias asociados al acceso del control prenatal. *Revista hacia la promoción de la salud*, 84-98.
- Mendoza, T. L. (2015). *Scielo*. Retrieved Agosto 18, 2018, from https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262015000400005&script=sci_arttext&tlng=en
- Moya Plata, D., Guiza Salazar, I., & Mora Merchán, M. (2010, Junio). *Scielo*. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- MSD, M. (2018). *Manual MSD Versión para profesionales*. Retrieved Julio 0, 2018, from <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/anomal%C3%ADas-y-complicaciones-del-trabajo-de-parto-y-el-parto/rotura-prematura-de-membranas-rpm>
- OMS. (2015). Retrieved Abril 10, 2015, from http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/es/index.html
- OMS. (2018). *Organización Mundial de la Salud*. Retrieved julio 3, 2018, from http://www.who.int/topics/maternal_health/es/
- Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts of Practice. In D. E. Orem, *Nursing: Concepts of Practic*. St Louis: Mosby.
- Panduro, B. G. (2011). Factores de riesgo prenatales en la muerte fetal tardía, Hospital Civil de Guadalajara, México. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* , 167-174.
- Pérez, T. G. (2005). Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Revista Medica del IMSS*, 377-380.
- Raile Alligood Martha, A. M. (2011). Modelos y teorías en enfermería. Barcelona, España: Elsevier.
- Secretaria de Salud*. (2015). Retrieved marzo 10, 2015, from http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Solórzano, C. L. (2013). *Cybertesis UNMSM*. Retrieved from <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4167>
- Tipiani, O., & Tomatis, C. (2006). El control prenatal y el desenlace materno perinatal. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 247-252.
- Vázquez, L. J. (2017). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Alcalá, Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

FACULTAD DE ENFERMERÍA

MAESTRIA EN ENFERMERÍA

El presente cuestionario es de manera anónima, los datos obtenidos del mismo serán utilizados con fines estadísticos.

Favor de anotar en el renglón la respuesta a las preguntas abiertas y marcar con una X la respuesta correcta a las preguntas de opción múltiple.

FECHA:_____

FOLIO_____

1) ¿Cuántos años cumplidos tiene?_____

2) ¿En dónde vive usted?_____

3) ¿Cuál es su último grado de estudios? (terminado)

1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Carrera técnica
5. Bachillerato
6. Licenciatura

4) ¿A qué se dedica usted?

1. Ama de casa
2. Estudiante
3. Comerciante
4. Empleada

5. Otra, especifique _____
- 5) ¿Cuál es su estado civil actual?
1. Soltera
 2. Casada
 3. Unión libre
 4. Viuda
 5. Divorciada
 6. Separada
- 6) Actualmente, ¿con quién vive?
1. Con su pareja
 2. Padres
 3. Sola
 4. Otro _____
- 7) ¿De quién recibe apoyo económico?
1. Pareja
 2. Padres
 3. Algún otro familiar
 4. Amistades
 5. Propio
 6. Otro _____
 - 7.
- 8) ¿Cuál es su ingreso promedio mensual?
1. Menos de 1000 pesos
 2. De 1000 a 1999 pesos
 3. De 2000 a 2999 pesos
 4. De 3000 a 3999 pesos
 5. Más de 4000 pesos
- 9) ¿Cuántos dependientes tiene? (si es el caso)

1. Cero
2. Uno a dos
3. Tres a cuatro
4. Cinco a seis
5. Más de siete

10) Número de embarazos _____ Número de partos _____
Número de cesáreas _____ Número de abortos _____

11) ¿Cuántas semanas de gestación tiene actualmente?

1. De 1 a 12
2. De 13 a 24
3. De 25 a 30
4. De 31 a 37
5. 38 o más

12) ¿Cuál es su última fecha de menstruación?

13) ¿Cuántas semanas de embarazo tenía cuando supo que estaba embarazada?

1. Menos de 12 semanas de gestación
2. Más de 12 semanas de gestación

14) ¿Ha acudido a consulta prenatal?

1. Si
2. No

15) ¿Cuántas semanas de gestación tenía cuando acudió por primera vez a consulta prenatal?

1. De 1 a 12 semanas
2. De 13 a 25 semanas
3. De 26 a 36 semanas
4. Más de 36 semanas

16) Si no ha acudido a control prenatal o acudió de manera tardía, es decir después de la semana 12 de embarazo ¿por qué motivo?

1. Porque no lo cree importante
2. Porque no sabía que estaba embarazada
3. Porque no sabía que tenía que acudir a consulta prenatal
4. Porque le quedan lejos los servicios de salud
5. Porque tiene otros dependientes que no puede dejar
6. Porque la atención no le satisface
7. Porque no tiene seguro popular
8. Porque no tiene dinero para acudir
9. Porque no le dan permiso en su trabajo
10. Porque su pareja no le da permiso
11. Otro _____

17) ¿En las consultas de control prenatal le han informado sobre las señales de alarma?

1. Si
2. No

18) Marque con un X las que señales de alarma que conoce

Sangrado transvaginal		Dolor de espalda		Salida líquido por vagina	
Dolor de estomago		Visión borrosa		No percibir movimientos fetales	
Dolor de cabeza		Dolor de cabeza		Nauseas	
Zumbido de oidos		Mucha sed		Hinchazón	
Dolor en el vientre		Vómito		Cansancio	

19) ¿Ha presentado alguna señal de alarma, en este embarazo?

1. Si
2. No

20) Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, usted ¿acudió a los servicios de salud para atenderse?

1. Si
2. No

21) ¿Recibió tratamiento?

1. Si
2. No

22) ¿Qué tratamiento tomo?

1. El que le receto el medico
2. El que le recomendó algún familiar
3. El que usted considero adecuado
4. El que le había recetado el medico anteriormente

23) ¿Cedió su padecimiento con el tratamiento?

1. Si
2. No

24) En caso de que haya presentado alguna señal de alarma y no acudió a los servicios de salud, ¿Por qué motivo no lo hizo?

1. Porque no lo creyó importante
2. Porque el problema desapareció
3. Porque le quedan lejos los servicios de salud
4. Porque no le satisface la atención
5. Porque se atendió en medio particular
6. Porque no tenía dinero para acudir a consulta
7. Porque no tiene seguro popular

8. Porque tiene otros dependientes que no puede dejar
9. Porque no le dan permiso en su trabajo
10. Porque tomo lo que le sugirió algún conocido
11. Porque tomo lo que le habían recetado anteriormente
12. Otro _____

25) Se ha realizado estudios para identificar complicaciones durante el embarazo como:

1. Laboratorio (sangre, orina)
2. Ultrasonografía
3. Ambos

26) Ha presentado alguna complicación durante este embarazo como:

Anemia		Amenaza aborto		Amenaza parto pretermino	
Hemorragias		Hipertensión		Diabetes gestacional	
Preeclamsia		Eclampsia		Malformación congénita	
Aborto		Parto pretermino		Otro:	

27) En caso de presentar alguna complicación, ¿esto le representó un problema?

1. Si
2. No

28) Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, ¿qué problema de representó?

1. Problema económico
2. Problema con sus dependientes
3. Problema con su trabajo
4. Problema con su pareja
5. Problema con su familia
6. Problema emocional

29) Ha presentado enfermedades infecciosas en este embarazo:

Infección de vías urinarias	
Infecciones vaginales	

30) ¿Recibió tratamiento para dichas infecciones?

1. Si
2. No

31) ¿Consume ácido fólico, sulfato ferroso u otros suplementos para embarazadas?

1. Si
2. No

32) ¿A qué edad gestacional comenzó a consumirlos?

1. Antes del embarazo
2. Primer trimestre del embarazo
3. Segundo trimestre del embarazo
4. Tercer trimestre del embarazo

33) Si no consume suplementos, ¿por qué motivo no los consume?

1. Porque no lo creyó importante
2. Porque no sabía que tenía que consumirlos
3. Porque le quedan lejos los servicios de salud
4. Porque tiene otros dependientes que no puede dejar
5. Porque no tiene seguro popular
6. Porque no tenía dinero
7. Porque no le dan permiso en su trabajo para acudir a consulta para solicitarlos
8. Otro _____

34) ¿Cómo se sintió cuando supo que estaba embarazada?

1. Alegre
2. Triste
3. Enojada
4. Decepcionada
5. No sintió nada

35) ¿Cómo reacciono su pareja al saber que estaba usted embarazada?

1. Alegre
2. Triste
3. Enojado
4. Decepcionado
5. No le dijo nada

36) ¿Planifico este embarazo?

1. Si
2. No

37) Si la respuesta anterior fue no, ¿utilizaba algún método de planificación familiar?

1. Si
2. No

38) ¿Cómo considera la calidad de la atención recibida en sus consultas de atención prenatal?

1. Excelente
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Deficiente

39. ¿A qué distancia en tiempo le queda su centro de salud más cercano?

1. 0-30 minutos
2. 31-60 minutos
3. Más de una hora

40. ¿Cómo llega a su centro de salud?

1. Caminando
2. En ruta
3. En taxi

41. Motivo de consulta:

42. Diagnóstico al ingreso (consultado en el expediente clínico):

43. Diagnóstico de egreso (en caso de tenerlo al momento de la aplicación del cuestionario y consultado del expediente clínico):

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INTRODUCCION/OBJETIVO: Estimada usuaria de los Servicios de Salud, se le invita a participar en una investigación que lleva por título Control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo. La investigación es realizada por la estudiante de maestría Aída Gisela Gómez Giles, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, con el propósito de identificar si existe asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones durante el embarazo en la población atendida en el Hospital Comunitario Puente de Ixtla, los meses de octubre a diciembre de 2018. Se encuestaran a todas las embarazadas que soliciten atención en la unidad de tococirugía de este hospital.

PROCEDIMIENTO: Si usted acepta participar en el estudio, ocurrirá lo siguiente, se le solicitará su colaboración para el llenado de un cuestionario y dar su permiso para usar los datos de forma anónima, se le harán preguntas sobre aspectos socioeconómicos, preguntas sobre la atención de su embarazo y otras más relacionadas con la institución que proporciona el servicio. El tiempo requerido para el llenado del cuestionario es de aproximadamente 15 minutos.

BENEFICIOS: Usted no recibirá un beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo usted estará colaborando con la población para realizar estrategias que mejoren la atención proporcionada de los Servicios de Salud.

CONFIDENCIALIDAD: Toda la información que usted proporcione para el estudio será de carácter confidencial y de manera anónima, se utilizará solamente por la responsable de la investigación y no estará disponible para otros propósitos.

RIESGOS POTENCIALES/COMPENSACIÓN: No existen riesgo por participar en la investigación, dado que no se lleva a cabo ningún procedimiento invasivo. Si alguna de las preguntas le causa incomodidad, usted tiene el derecho de no contestarla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio y tampoco implicará un gasto para usted.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de

retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o no en el estudio no afectará de ninguna manera la atención recibida en los Servicios de Salud.

CONTACTO: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto a la investigación, puede comunicarse por favor con la investigadora responsable del proyecto: Aída Gisela Gómez Giles al número de teléfono celular 734 1120982 o en la dirección electrónica gomgil@hotmail.com. Si usted acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre del participante: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

Nombre de Testigo: _____

Firma: _____ Fecha: _____ Día / Mes / Año

Relación con el participante

CARTA DE ASENTIMIENTO

Mi nombre es Aída Gisela Gómez Giles, estudio la Maestría en Enfermería en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Actualmente, realizó un estudio para conocer acerca de la asociación entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo y para ello quiero pedirte que me apoyes.

El objetivo de este estudio es determinar la asociación que existe entre el control prenatal tardío y la presencia de complicaciones en el embarazo de la población atendida en el Hospital Comunitario Puente de Ixtla.

Tu participación en el estudio consiste en contestar un cuestionario, la participación es voluntaria, es decir, aun cuando tu papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puede decir que no. es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en algún momento dado ya no quieres continuar en el estudio no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que me proporciones me ayudará a lograr el objetivo del estudio. Esta información será confidencial, esto quiere decir que no le diré a nadie tus respuestas. Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Si quiero participar" y escribe tu nombre en el renglón de adelante. Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), ni escribas tu nombre.

Si quiero participar.

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento:

Fecha: ____ de _____ de 2018.