



Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería



Escuela de Enfermería
Facultad de Medicina

UCV

INFORMACION QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO QUE PUEDEN INDUCIR AL PARTO PREMATURO Y QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO “DR. ARMANDO CASTILLO PLAZA” ANTIMANO – CARACAS 3ER TRIMESTRE DEL AÑO 2006.

Autora:

T.S.U. Graterol P. Luzmar S.

Tutora:

Mgs. Aura Pérez E

Caracas, Marzo de 2007.

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

**INFORMACION QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS ACERCA DE LOS
FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO QUE PUEDEN INDUCIR AL
PARTO PREMATURO Y QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL
AMBULATORIO “DR. ARMANDO CASTILLO PLAZA” ANTIMANO –
CARACAS 3ER TRIMESTRE DEL AÑO 2006.**

*(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito parcial para
optar al Título de Licenciada en Enfermería)*

Autora:

T.S.U. Graterol P. Luzmar S.

C.I: 13.851.487

Tutora:

Mgs. Aura Pérez E

Caracas, Marzo de 2007.

DEDICATORIA

DIOS.... Desde pequeña comencé a aprender de Ti... El tiempo transcurrió y como una hermosa amistad, entre altos y bajos, aquí, en mi vida, siempre estas Tu... Y ahora en este paso más de mis alcances terrenales no te has ausentado... Continuas siendo el amigo, apoyo y ternura que inseparablemente permanece.

A Ti es a quien debo el mayor agradecimiento por este logro... Por la vida, por la profesión que me ayudas a amar cada día porque entiendo que haces de mí un instrumento para transmitir Tu amor a cada paciente... Por guiar cada uno de mis pasos, por darme salud y vitalidad, por cada uno de los profesores y compañeros que en mi camino estuvieron...

A mis Padres, por su amor y comprensión para conmigo siempre... Gracias Mami por aquel día que me ayudaste a decidir ser Enfermera.

Luzmar Sabrina Graterol Peña

AGRADECIMIENTO

A DIOS..... Sobran las Palabras.....

A los bebés... Quienes fueron la inspiración para la elaboración de este trabajo... Quienes me hacen sentir madre todos los días...

A las madres y las que están por serlo... Su valioso aporte servirá de base para ayudar a que muchas gestaciones lleguen a feliz término...

A la Profesora Aura Pérez... Tutor del Trabajo Especial de Grado, por su apoyo, ánimo, interés y entrega en la enseñanza....

Al Profesor Jaime Garrido... Gracias por su paciencia, comprensión e invaluable contribución en la elaboración de este trabajo.

A la Profesora Matilde Ortega... Por su disposición, consejo y sabio aporte en el desarrollo de esta investigación.

A la Profesora Evelia Figuera... Por su admirable labor y guía cuando lo necesité.

A todos los Profesores de la UCV... Alma Mater de la enseñanza, formadores de Profesionales, orgullos de nuestro país...

A todos los que colaboraron.... Personal Enfermería, Médico, del Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño” y del Ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza”.

DEDICATORIA

DIOS.... Desde pequeña comencé a aprender de Ti... El tiempo transcurrió y como una hermosa amistad, entre altos y bajos, aquí, en mi vida, siempre estas Tu... Y ahora en este paso más de mis alcances terrenales no te has ausentado... Continuas siendo el amigo, apoyo y ternura que inseparablemente permanece.

A Ti es a quien debo el mayor agradecimiento por este logro... Por la vida, por la profesión que me ayudas a amar cada día porque entiendo que haces de mí un instrumento para transmitir Tu amor a cada paciente... Por guiar cada uno de mis pasos, por darme salud y vitalidad, por cada uno de los profesores y compañeros que en mi camino estuvieron...

A mis Padres, por su amor y comprensión para conmigo siempre... Gracias Mami por aquel día que me ayudaste a decidir ser Enfermera.

Luzmar Sabrina Graterol Peña

AGRADECIMIENTO

A DIOS..... Sobran las Palabras.....

A los bebés... Quienes fueron la inspiración para la elaboración de este trabajo... Quienes me hacen sentir madre todos los días...

A la Profesora Aura Pérez... Tutor del Trabajo Especial de Grado, por su apoyo, animo, interés y entrega en la enseñanza....

A todos los Profesores de la UCV... Alma Mater de la enseñanza, formadores de Profesionales, orgullos de nuestro país...

A todos los que colaboraron.... Personal Enfermería, Medico, madres y futuras madres del Ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza”.

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	pp. iii
AGRADECIMIENTO	iv
LISTA DE CUADROS	viii
LISTA DE GRAFICOS	ix
APROBACIÓN DEL JURADO	x
RESUMEN	xi
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO	
I EL PROBLEMA	
Planteamiento del problema	4
Objetivos de la investigación	6
Justificación de la investigación	7
II EL MARCO TEORICO	
Antecedentes	9

	Bases Teóricas	13
		
	Sistema de Variables	79
		
	Definición de Términos Básicos	82
		
III	DISEÑO METODOLÓGICO	
		
	Tipo de Estudio	83
		
	Diseño de la Investigación	84
		
	Población y Muestra	85
		
	Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos.....	87
	Procedimientos para la Recolección de Información	88
		
	Procedimientos para la Validación y Confiabilidad	89
		
IV	PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	
	Presentación y Análisis de Datos	91
		
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	
	Conclusiones	148

.....	
Recomendaciones	151

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
.....	153

LISTA DE CUADROS

pp.

CUADRO

- 1.- Relación porcentual sobre las respuestas dadas por las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir al parto prematuro, dimensión : antecedentes personales..... 92
- 2.- Relación porcentual sobre las respuestas dadas por las embarazadas acerca de los factores de riesgos del embarazo que pueden inducir al parto prematuro, dimensión: riesgos gestacionales 110

LISTA DE GRÁFICOS

pp.

GRÁFICOS

- 1.- Relación porcentual sobre las respuestas dadas por las embarazadas acerca de los factores de riesgos del embarazo que pueden inducir al parto prematuro, dimensión: antecedentes personales..... 93
- 2.- Relación porcentual sobre las respuestas dadas por las embarazadas acerca de los factores de riesgos del embarazo que pueden inducir al parto prematuro, dimensión: riesgos gestacionales 111

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

INFORMACION QUE POSEEN LAS EMBARAZADAS ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL EMBARAZO QUE PUEDEN INDUCIR AL PARTO PREMATURO Y QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL AMBULATORIO “DR. ARMANDO CASTILLO PLAZA” ANTIMANO – CARACAS 3ER TRIMESTRE DEL AÑO 2006.

Autor: Graterol P. Luzmar

S

Tutor: Aura Pérez

Escalante

Año: 2006

RESUMEN

La presente investigación es parte de la preocupación acerca de la información que manejan las mujeres embarazadas sobre factores de riesgo del embarazo, diseñado por la autora, tomando en consideración las necesidades de información de la población (200) mujeres embarazadas en el Ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza”. Esta investigación esta conformada por cinco capítulos. En el primero encontramos el origen y justificación del problema. En el segundo se presenta el marco teórico referido a los antecedentes de la presente investigación y las teorías establecidas en función de la misma. En un tercer capítulo se define metodológicamente la investigación, la misma es de tipo descriptiva, prospectiva y transversal, se utilizó una muestra que estuvo conformada por 60 usuarias de la consulta prenatal del centro de salud estudiado. Para la recolección de información, se empleo un instrumento tipo cuestionario, estructurado en dos partes, con un total de veintiocho (28) ítems de selección múltiple, la primera parte indaga información con relación a los antecedentes personales, la segunda sobre los factores de riesgos gestacionales. El cuarto capítulo esta referido a la definición del tipo de análisis a utilizar y los resultados, los cuales se presentan en cuadros y gráficos. Finalmente el quinto capítulo muestra las conclusiones y recomendaciones de la investigación; el análisis final arrojo resultados significativos, expresado por el alto porcentaje de respuestas incorrectas, aspecto que se considero para la sugerencia al personal de enfermería el desarrollo de estrategias de educación para la salud que ofrezcan soluciones al individuo, familia y comunidad.

INTRODUCCION

El conocimiento integral de las implicaciones de una vida sana, hoy día corresponden a un aspecto de salud integral al Individuo, el cual esta condicionado por factores de tipo social, cultural, político, económico, ambiental y por acciones provenientes de sectores como educación y salud entre otros. De allí la imperiosa necesidad de integrar esfuerzos y concretarla en áreas prioritarias en busca de un mayor impacto del bienestar de la población.

En este contexto, la autora de la presente investigación, se plantea como objetivo general determinar la información que poseen las mujeres embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir al parto prematuro, tomando en consideración las necesidades de la misma.

La inquietud que motivo la investigación, fue el alto porcentaje de neonatos prematuros con múltiples complicaciones por la incidencia de estos factores de riesgos en las embarazadas, registrado en los últimos cinco años, datos observados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”, Parroquia Antímano, Caracas, Distrito Federal, por la autora de esta investigación como trabajadora de dicha Unidad Neonatal.

Los datos obtenidos, se refuerzan a través de una revisión bibliográfica que le dio sustento técnico y facilito el procesamiento, análisis y presentación de los resultados. Con el desarrollo del estudio, la participación Profesional de Enfermería como agente de cambio, resalta la importancia de las actividades docentes como aporte que responda a las necesidades y problemas de salud de la comunidad, estableciendo para ello objetivos claros y precisos acordes con

los estilos, condiciones y modo de vida, que faciliten su participación e integración en el fortalecimiento de la atención integral en salud.

El contenido de la investigación, se presenta en cinco capítulos, en el primero se hace referencia al planteamiento, objetivos y justificación de la investigación, el segundo aporta los antecedentes y sustentación teórica, se hace reseña sobre la mujer, el embarazo y el parto prematuro, los antecedentes prenatales como factores de riesgo durante el embarazo y los riesgos gestacionales del mismo, la Teoría de Betty Neuman, así como la operacionalización de la variable en estudio.

En el tercer capítulo se expone el diseño metodológico de la investigación, se describe el instrumento de recolección de datos, la población en estudio y se detalla la manera en que se realiza la recolección de datos, para ser presentada en el cuarto capítulo, a través de la tabulación y el análisis.

Finalmente, se presenta el capítulo cinco, donde se muestran las conclusiones y recomendaciones de la investigación realizada, además de las referencias bibliográficas y anexos respectivos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El embarazo es un periodo en la vida de muchas mujeres, en el que se efectúan cambios, no solo de tipo fisiológico, sino social, económico y familiar. Al respecto, Gomella, T (1999) define el embarazo como:

El periodo que transcurre desde la concepción hasta el parto que abarca aproximadamente 40 semanas. Durante este tiempo, el cuerpo de la madre experimenta cambios fisiológicos impresionantes que constituyen la reacción adaptativa del cuerpo a las necesidades crecientes del feto (Pág. 649)

Dependiendo de la evolución del embarazo y la presencia o no de factores de riesgo en la madre se puede determinar si el feto que viene en camino tiene altas o bajas probabilidades de nacer a término o prematuro.

Godoy, R. (2004), en el libro “El prematuro regresa al hogar” explica que pueden existir factores de riesgo anteriores al embarazo y otros durante el mismo que igualmente condicionan el feliz termino de este. La presencia de estos factores de riesgo en la mujer, predisponen el nacimiento prematuro del bebe representando esta una desventaja considerable por su inmadurez fisiológica, lo que conlleva muchas veces a complicaciones que pueden desencadenar en la muerte del recién nacido y/o de la madre.

El desconocimiento de los factores de riesgo prenatales representa un problema de salud pública, debido a que la incidencia de la misma afecta

significativamente a la población tanto materna como neonatal e infantil y esta ligado íntimamente a los factores ambientales y condiciones socioeconómicas de la población.

Las altas tasas de morbi-mortalidad son mas frecuentes en los países en vías de desarrollo y esto depende de diferentes factores, como lo son: culturales, sociales, económicos, ecológicos, biológicos entre otros. En el contexto de las sociedades, llama la atención como se han ido incrementado los problemas que derivan de la carencia de conocimiento relacionado con los riesgos prenatales, en este sentido es preocupante como la población infantil por su misma naturaleza es susceptible a los efectos de estos riesgos.

Los riesgos prenatales que pueden inducir a un parto prematuro, son múltiples e influyen en el embarazo de diferentes maneras. Cada mujer tiene un desarrollo gestacional distinto, directamente relacionado con los antecedentes personales y con los riesgos presentes durante su embarazo. Estos pueden ser el que la mujer tenga: una enfermedad hereditaria, antecedentes de parto prematuro o abortos, anomalías uterinas, un cuerpo extraño in útero, sea adolescente o añosa, un nivel socioeconómico bajo, hábitos nocivos. Así mismo que presente metrorragia, traumatismo, esfuerzo físico excesivo, placenta previa, infección vaginal o urinaria, entre otras.

En la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, durante el tercer semestre del año 2006, se ha observado que el 83% de los ingresos de los recién nacidos fueron prematuros, es decir, recién nacidos con diagnósticos de síndrome de distres respiratorio (SDR), bajo peso al nacer, insuficiencia respiratoria, sepsis neonatal, enterocolitis necrotizantes, entre otras.

El 78% de estos ingresos procedieron de la Parroquia Antímano, la cual esta muy cercana a dicho hospital. Este sector está conformado por varios barrios ubicados en su mayoría a lo largo de cerros y montañas, en casas de bloque rojo, otras de madera, cartón piedra y hojas de latón. Gran parte del sector no cuenta con los servicios básicos como agua potable, luz, gas y teléfono. El agua suele ser almacenada en pipotes o tanques. El transporte hacia las zonas altas es locomoción rústica y motos, siendo las calles asfaltadas hasta ciertos puntos, donde continúa carretera de tierra. El drenaje de aguas negras y la disposición de basura son mayormente insalubres.

En este trabajo de investigación, tomando en cuenta la estadística manejada en La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales del Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño, se indaga acerca de la importancia de determinar cual es la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que generan desventajas para el neonato, pudiendo inducir a un parto prematuro, ya que la(el) enfermera(o) cuenta con los recursos necesarios para determinar la información que tienen estas mujeres acerca de los antecedentes personales y riesgos gestacionales del embarazo.

Por lo antes expuesto, se plantean las siguientes preguntas que orientan el curso de esta investigación:

- ¿Que información poseen las embarazadas acerca de los antecedentes personales como factores de riesgo durante el embarazo que pueden inducir al parto prematuro?
- ¿Qué información poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgos gestacionales que pueden inducir al parto prematuro?

Para dar respuesta a estas interrogantes se plantea la siguiente investigación para determinar ¿Cuál es la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir al parto prematuro y que asisten a la consulta prenatal del ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza”?

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

Determinar la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir al parto prematuro y que asisten a la consulta prenatal del ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza” Antímano – Caracas.

Objetivos Específicos

- Identificar la información que poseen las embarazadas sobre los antecedentes personales como factores de riesgo durante el embarazo que pueden inducir al parto prematuro.
- Identificar la información que poseen las embarazadas sobre los factores de riesgos gestacionales que pueden inducir al parto prematuro.

Justificación

En los últimos años se ha destacado que Enfermería ha avanzado en cuanto a las investigaciones, tomando un lugar importante dentro del equipo de salud. Estos conocimientos le permiten concebir al enfermo ampliamente en el mundo que le rodea. Desde el punto de vista teórico esta investigación se justifica por la ampliación de conocimientos básicos en la práctica de enfermería, en la atención a las usuarias embarazadas ante la necesidad de responder con mayor eficacia a los requerimientos presentes y futuros que plantea nuestra profesión.

Actualmente se hace cada día mas vigente la tarea de efectuar una revisión científica del papel educativo que desempeña la (el) enfermera(o) de atención comunitaria en la orientación de la comunidad donde se acentúan más la presencia de los factores de riesgo prenatales.

Anteriormente se menciona que la mayoría de los ingresos de recién nacidos prematuros a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales proceden de la parroquia Antímano; esta situación genero inquietud y motivó a la elaboración de un cuestionario dirigido a las embarazadas provenientes de este sector, para determinar sus conocimientos sobre los factores de riesgo que pueden presentarse antes del embarazo y durante el mismo y que representan una alta probabilidad de tener un parto prematuro.

Dicho estudio se considera necesario y relevante porque estimula la participación de la embarazada en la determinación de la información que maneja acerca de los factores de riesgo en su embarazo y así promover el

interés en conocerlos y finalmente promover el nacimiento de un bebé a término y sano.

Por otro lado, la ejecución y puesta en práctica de la investigación será de gran importancia para las(os) enfermeras(os), que realizan labores comunitarias porque podrán disponer de la información necesaria a través de los resultados obtenidos en este estudio, los cuales servirán de base para motivar y profundizar sobre el tema en futuras investigaciones, la posibilidad de mejorar su praxis profesional mediante el mejoramiento del ejercicio de su rol educativo, permitiendo la integración de sus roles asistencial-docente, con la finalidad de contribuir a la promoción de la salud y a la satisfacción de las usuarias mediante la prestación de una atención de enfermería de calidad.

Esta investigación es importante para la institución porque promoverá un alerta que incida futuramente en la disminución de ingresos de recién nacidos pretérmino a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales procedentes de la parroquia Antímano.

Los logros que se quieren alcanzar con esta investigación son estimular sobre el estudio de este tema, además de agregar conocimientos dentro del cuerpo de la enfermería sobre los factores de riesgo prenatales como una importante y rica experiencia de formación.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En el presente capitulo se desarrolla el sustento teórico del estudio, a través de los antecedentes, bases teóricas, sistema de variables, operacionalización y la definición de términos básicos.

Antecedentes de la Investigación

Rincones, S. Salazar, M y Vallenilla, C (2002) elaboraron una investigación titulada “Cuidados de enfermería en la promoción del autocuidado para lograr una conducta de bienestar en las gestantes que asisten al Control Prenatal del Centro Integral de Salud “Las Casitas”, Barcelona, Estado Anzoátegui”. La investigación tuvo como objetivo principal determinar los cuidados de enfermería en la promoción de autocuidado para lograr una conducta de bienestar en las gestantes que asisten al control prenatal de dicho ambulatorio.

El estudio se sustento teóricamente en los planteamientos fundamentales acerca de los cuidados y teóricamente en los planteamientos fundamentales acerca de los cuidados y el desarrollo de los procesos de promoción de autocuidado, enfatizando los aspectos sobre la variable calidad de los cuidados, en la promoción del autocuidado. El universo de esta investigación estuvo representado por 124 mujeres embarazadas de la Consulta Prenatal del Centro Integral “Las Casitas” y las cinco (5) enfermeras que laboran en dicho centro. La muestra del estudio estuvo conformada por 50 embarazadas que acuden a la consulta prenatal, lo cual representa el 40% de la población objeto d estudio.

En el caso de las enfermeras se tomó la totalidad de las mismas. Para la recolección de los datos se utilizó una guía de observación aplicada a las enfermeras del centro de salud referido y un cuestionario suministrado a la muestra de pacientes. Los resultados de la investigación permitieron concluir que el proceso educativo para la promoción del autocuidado presenta fallas significativas en relación a la mayoría de los aspectos que conforman la enseñanza teórica y práctica.

De acuerdo con lo expresado anteriormente se tomo como antecedente este trabajo de investigación, ya que es de gran importancia, pues el mismo indaga en la promoción de autocuidado para lograr una conducta de bienestar en las gestantes que asisten al control prenatal y evidencia que esta promoción de información se hace necesaria pues un gran porcentaje de las mismas desconoce estas medidas lo que representa un riesgo para el embarazo.

Por otro lado, Aguilera, A. Ortiz, M y Pérez, A (2002) realizaron un estudio titulado “Factores socioculturales de las adolescentes embarazadas que asisten a la Consulta Prenatal del Ambulatorio “Dr. Fritz Petersen” de San José de Guanipa en el primer trimestre del año 2001”. Esta investigación se realizo a través del tipo de investigación descriptiva, tuvo como propósito determinar los factores socioculturales de las adolescentes embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Ambulatorio “DR Fritz Petersen”. Para la recolección de información se utilizo la técnica de entrevista y como instrumento fue utilizado un cuestionario de selección múltiple, aplicada a una muestra de adolescentes embarazadas que acudieron a la consulta.

El análisis de datos obtenidos arrojó los siguientes resultados: jóvenes entre 9 y 19 años de edad, de estrato social bajo, con inicio precoz de la función sexual, pertenecientes a familias disfuncionales en mas de 85%, bajo nivel de

escolaridad, no consumen drogas, no bebidas alcohólicas, sin embargo, menos de 35% manifiesta consumir ocasionalmente bebidas alcohólicas. El estado civil predominante es la soltería, el mayor porcentaje de las entrevistadas refirió no tener pareja, lo que permite inferir disfunción en los nuevos grupos familiares e incremento de la pobreza. Manifestaron iniciar la práctica sexual con sus parejas por motivos como del grupo de amigos o de su pareja y en más del 40% lo hizo por curiosidad.

Los métodos de anticoncepción conocidos por ellas son el coito interruptus y el preservativo o condón. En mas de las tres cuartas partes profesa la religión católica, las mujeres embarazadas como antecedentes en el grupo familiar son numerosas, es decir, se repite el episodio de embarazos en adolescentes de generación en generación.

El trabajo de investigación citado guarda relación con la investigación ya que se evidencia que un gran porcentaje de mujeres adolescentes embarazadas desconocen varios factores socioculturales que representan riesgos para el embarazo. Se relaciona con la investigación porque uno de los ítemes acerca de los factores de riesgo que se tratan es la adolescencia y algunos otros factores que en el citado antecedente se indagan, los cuales la mayoría de las mujeres participantes de la investigación desconocen.

Así mismo, Chauran, N. Loreto, C. Yépez, L y Pérez, A (2002) hicieron un estudio titulado “Educación para la salud proporcionada por las enfermeras a las embarazadas en la consulta prenatal de los Ambulatorios del Distrito Sanitario N° 4 del Distrito Freitas, Estado Anzoátegui”. Las dimensiones estudiadas fueron hábitos higiénicos dietéticos, nutrición materna, estilo de vida, cuidados del recién nacido y lactancia materna.

La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. La muestra estuvo constituida por ocho (8) T.S.U en enfermería. La recolección de los datos fue mediante una guía de observación de preguntas dicotómicas (SI-NO) de 35 ítemes.

La validez y confiabilidad fueron demostradas por juicio de expertos. Los análisis estadísticos utilizados en dicha investigación fueron: distribución de frecuencia y porcentaje de respuestas analizadas por ítemes. Los resultados demostraron que el 38% de las gestantes no reciben orientación sobre los hábitos higiénicos, el 52% sobre nutrición materna, el 53% sobre hábitos de alcohol y tabaco, el 57,14% sobre los cuidados del recién nacido y el 50% sobre la lactancia materna, la educación para la salud proporcionada por la enfermera en la consulta prenatal de los Ambulatorios del Distrito Sanitario N° 4 del Distrito Freites, Estado Anzoátegui, no se brindó en un 100%.

Se trata este estudio como antecedente ya que demuestra y justifica la importancia de dar una adecuada información porque permite a las mujeres tener conocimiento sobre la salud y los factores de riesgo del embarazo proporcionando las herramientas necesarias para poder enfrentar y actuar ante alguna situación adversa que se presente durante el desarrollo del mismo, promoviendo así una gestación a feliz término.

Bases Teóricas

Información

Terry, G (1999) en su libro “Principios de Administración” define información como “un proceso mediante el cual se reduce la incertidumbre a lo desconocido y aumenta el conocimiento con respecto a algo” (Pág. 124). Así mismo Robbins, S. (1996) expresan que la información es:

Un conjunto organizado de datos, que constituyen un mensaje sobre un determinado ente o fenómeno el cual proporciona significado o sentido a las cosas, e indica mediante códigos y conjuntos de datos los modelos del pensamiento humano y por tanto, procesa y genera dicho conocimiento. (Pág. 231)

De esta manera se entiende que la información influye positivamente en las decisiones a tomar; así mismo influye en el campo de la salud, ya que una de las labores mas importantes de la enfermería es impartir educación para la salud, porque a través de ella se pueden prevenir, controlar y detectar a tiempo alteraciones que pueden aparecer en el organismo humano. Además a través de la información se puede lograr mejorar o modificar conductas establecidas y obtener un máximo aprendizaje para ayudar a los usuarios de los diferentes establecimientos de salud a alcanzar un nivel optimo del mismo.

Dentro de estos establecimientos de salud a nivel ambulatorio se encuentra la consulta prenatal, la cual comprende medidas estandarizadas de prevención, control y tratamiento ante los factores de riesgo que pudieran intervenir durante el desarrollo del embarazo a nivel de todo el territorio nacional. El objetivo de la consulta prenatal es controlar el embarazo desde la

concepción hasta el momento del parto, a fin de prevenir y detectar a tiempo los factores de riesgo que pudieran intervenir durante el desarrollo del mismo y así reducir al máximo la morbi-mortalidad materna y fetal durante el proceso de gestación.

Dentro de las actividades que se llevan a cabo en una consulta prenatal, se pueden nombrar las siguientes:

- Actividades Asistenciales: como la realización de ecosonogramas, toma de citologías y otras pruebas diagnosticas para determinar la existencia de enfermedades, tales como los laboratorios (exámenes de sangre, orina y heces).
- Actividades Docentes: consisten en orientar a la paciente a la promoción de la salud, así como la supervisión y evaluación de las normas, pautas y procedimientos propios del campo de la enfermería en esta área.
- Actividades Administrativas: son las que se llevan a cabo con la finalidad de analizar, coordinar y administrar a nivel de salud, para realizar el diagnostico de los factores de riesgo presentes en un embarazo lo mas pronto posible para recomendar las acciones necesarias a tomar, así como establecer prioridades y estrategias.
- Actividades de Investigación: la importancia de este tipo de actividades radica en fomentar la realización de proyectos de investigación para así realizar programas de medidas certificadas para fortalecer la implementación de las mismas.

Embarazo

La gestación o embarazo es el proceso en el que crece y se desarrolla el feto en el interior del útero. Se considera que el embarazo comienza una vez que el óvulo, es fecundado por el espermatozoide. Termina con el parto, en el que nace el bebé.

Existe la discusión de si el embarazo se inicia en el momento de la [nidación](#) o en el de la concepción. Es un error común, ya que los meses de embarazo se suelen contar desde la nidación, y la mujer empieza a tener los primeros síntomas en esta misma etapa. Pero el verdadero embarazo da comienzo justo en el momento en el que se produce la fecundación. En los seres humanos dura de 38 a 40 semanas pudiendo extenderse a 42 a partir del fin de la última regla o 38 semanas a partir del día de la fecundación. Por lo común se asocia a 9 meses.

Dentro del útero, el bebé está flotando en el líquido amniótico, y a su vez el líquido y el niño están envueltos en la bolsa amniótica, que está pegada al útero. En el cuello del útero, se forma un tapón durante el embarazo para evitar que salga el líquido. Y como barrera al ingreso de cuerpos extraños; lo que facilita mucho las relaciones sexuales durante el embarazo, que siguen erotizando a la pareja. Mientras permanece dentro, el feto obtiene nutrientes y oxígeno y elimina los desechos de su metabolismo a través de la placenta. La placenta está pegada al útero y está unida al bebé por el cordón umbilical, por donde recibe alimento.

De acuerdo a su desarrollo, el embarazo se suele dividir en tres etapas de tres meses cada una, con el objetivo de simplificar la referencia a los diferentes estados de desarrollo del feto. Durante el primer trimestre el riesgo de

aborto es mayor (muerte natural del embrión o feto). Durante el segundo trimestre el desarrollo del feto puede empezar a ser monitoreado o diagnosticado. El tercer trimestre marca el principio de la viabilidad, que quiere decir que el feto podría llegar a sobrevivir de ocurrir un nacimiento temprano natural o inducido. Dada esta posible viabilidad, diversas definiciones legales y culturales de la vida definen al feto en el tercer trimestre como una persona con estatus propio.

Factores de riesgo

Diversos factores aumentan la posibilidad de que una mujer tenga un embarazo de riesgo, éstos varían de acuerdo al grupo étnico humano en particular. Cada riesgo en particular tiene consecuencias sobre la madre y/o el feto. Algunos de ellos son:

- Antecedentes Personales
 - o Enfermedades hereditarias
 - Anemia
 - Diabetes mellitus
 - o Parto prematuro anterior
 - o Aborto anterior
 - o Anomalías uterinas
 - o Cuerpo extraño in útero
 - o Edad < 18 años y Edad > 40 años (35 si es primípara)
 - o Bajo Nivel Socioeconómico
 - o Hábitos nocivos (drogas, alcohol y tabaco)

- Riesgos Gestacionales
 - o Inasistencia al control prenatal
 - o Traumatismos
 - o Trabajo físico forzado
 - o Metrorragia
 - o Placenta Previa
 - o Desprendimiento Previo de Placenta (DPP)
 - o Ruptura Prematura de Membranas (RPM)
 - o Embarazo Múltiple
 - o Malformaciones congénitas
 - o Macrosomia fetal
 - o Oligohidramnios
 - o Polihidramnios
 - o Infecciones vaginales
 - o Infecciones urinarias
 - o Enfermedades sistémicas graves
 - Hipertensión Arterial (HTA)
 - Hipotiroidismo
 - Preeclampsia y Eclampsia
 - Diabetes Gestacional

Con la presencia de factores de riesgo pueden surgir complicaciones o problemas imprevistos, que deben ser atendidos pronta y profesionalmente, para evitar colocar a la madre o al producto, en situación de muerte. Los factores preconcepcionales tienen un papel importante, en aquellas mujeres que enfrentan un embarazo solas, o sin empleo teniendo que trabajar, haciendo que no asista a sus controles prenatales, conduciéndola a un estado emocional

depresivo, pudiera llevarle al consumo de alguna droga que aun afecte mas el embarazo.

Parto Prematuro

El parto prematuro es el parto que tiene lugar antes de las 37 semanas de gestación. (La mayoría de los embarazos dura de 38 a 42 semanas, y la fecha del parto normal es 40 semanas después del primer día de su último período menstrual). El parto prematuro puede ocurrirle a cualquier mujer entre las semanas 20 y 37 de gestación. Sólo aproximadamente la mitad de las mujeres que tienen un parto prematuro pertenece a un grupo de riesgo conocido. Los recién nacidos prematuros tienen un riesgo mayor de necesitar hospitalización, tener problemas de salud a largo plazo y morir, comparado con los bebés nacidos a término.

El parto prematuro a veces puede impedirse con una combinación de medicamentos y reposo. Cada vez es más frecuente poder demorar el parto lo suficiente para transportar a la mujer a un hospital equipado con una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) y administrarle un medicamento que acelera el desarrollo de los pulmones del feto.

Godoy, R. (2004) señala que algunas de las señales del parto prematuro son:

- Contracciones que hacen que el abdomen se endurezca mucho cada 10 minutos o con más frecuencia.
- Cambio en el color del flujo vaginal, o sangrado de la vagina.

- La sensación de que el feto está empujando hacia abajo. A esto se le llama: presión pélvica.
- Dolor débil en la parte baja de la espalda.
- Cólicos como si se tuviera la menstruación.
- Dolor gastrointestinal con o sin diarrea.

Ante estos signos y síntomas la embarazada debe: beber 2 o 3 vasos de agua o jugo (no café ni gaseosas), descansar recostada sobre el lado izquierdo por una hora, si los síntomas empeoran, van y vienen o no desaparecen después de una hora, ir al hospital. Si los síntomas desaparecen, descansar el resto del día. Aunque sólo tenga uno de los síntomas la mujer debe acudir al hospital.

Los recién nacidos antes de término tienen un riesgo muy alto de sufrir problemas cerebrales y otros problemas neurológicos, respiratorios y digestivos, e incluso de morir durante los primeros días de vida. Lamentablemente, también corren el riesgo de sufrir un retraso en su desarrollo y tener problemas de aprendizaje en la escuela, lo que demuestra que los efectos del nacimiento prematuro pueden ser devastadores durante toda la vida del niño. Cuanto más tiempo antes de término nazca el bebé, más problemas es probable que tenga.

Bereck, J y Hillanrd, P. (1997) exponen que “todas las mujeres embarazadas corren el riesgo de tener un parto prematuro” (Pág. 59). Aproximadamente el 50 por ciento de los partos prematuros antes de las 37 semanas de gestación. Por esta razón, es muy importante que todas las mujeres embarazadas conozcan los factores de riesgo, los síntomas de parto prematuro y qué hacer si sospechan que pueden estar teniendo uno. Esto puede ayudar a prevenir el parto prematuro tomando conciencia de los síntomas

y siguiendo algunas instrucciones sencillas. La clave para prevenir un nacimiento prematuro es buscar ayuda médica de inmediato si existen señales del mismo.

Anemia

El estado de anemia leve ya existente no es obstáculo para el embarazo, un 20% de las mujeres pueden estar algo anémicas antes de concebir. La forma más común de anemia se debe a la pérdida de sangre durante la menstruación, y es una anemia por deficiencia de hierro (cuando el nivel de hemoglobina es inferior a 12,8 g/100 ml de sangre). Por tanto, antes de concebir sería conveniente que la mujer consulte al médico, quien podrá corregir fácilmente la anemia por deficiencia de hierro con un tratamiento específico o aumentar la ingestión de alimentos ricos en hierro.

Jansen, J y Castro, J (1998), en su libro "Fisiopatología Clínica", expresan que

Hay diferentes formas de anemia producida por padecimientos que van desde trastornos del corazón, enfermedad de los riñones, del hígado, de la tiroides, trastornos de la coagulación, leucemia, problemas de la plaquetas, enfermedades hereditarias como la hemofilia y disminuida ingesta de hierro con la dieta, solo para nombrar unas pocas que si pueden ser de riesgo para un embarazo (Pág. 99).

La anemia por pérdida de sangre es común en la mujer de edad reproductiva, ya sea por el parto o por sangrados menstruales abundantes.

Los síntomas usuales son fatiga, cansancio rápido o "falta de aire" al hacer ejercicio, pica (deseo compulsivo de comer hielo, arcilla o almidón,

frecuentemente encontrados en anemia por deficiencia de hierro) y síncope (frecuentemente acompañado al ejercicio). Signos comunes son la "palidez" de la piel, de la matriz de las uñas, de las encías y la conjuntiva del ojo y a menudo el paciente refiere sentirse débil y con "palpitaciones", mareos, desmayos, dolor de cabeza, irritabilidad, vértigo y ruidos en los oídos (tinnitus) se pueden presentar si la anemia es más severa.

La pérdida crónica de sangre puede ser debida a sangrado menstrual abundante, úlceras en el estómago, hemorroides, tumores gastrointestinales y trastornos del aparato digestivo que interfieren con la absorción de vitaminas y minerales esenciales. Si la anemia es causada por deficiencia de hierro o ácido fólico puede traer consecuencias graves para con el feto, ya que el mayor porcentaje de ellos nacen con defectos neurológicos por lipo, raquio, mielo o meningocele.

Diabetes Mellitus

Jansen, J y Castro, J (1998), en su libro "Fisiopatología Clínica" definen la diabetes como:

Síndrome orgánico multisistémico que tiene como característica el aumento de los niveles de glucosa en sangre o hiperglucemia, resultado de defectos en la secreción de insulina, en su acción o ambos. Se trata de una compleja enfermedad en la que coexiste un trastorno global del metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. Es multifactorial por la existencia de múltiples factores implicados en su patogénesis. (Pág. 167)

La diabetes se caracteriza por un complejo mecanismo fisiopatológico, cuyo rasgo principal es el déficit relativo de producción de insulina y una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la

insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida, y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada diabetes del adulto, diabetes relacionada con la obesidad y diabetes no insulino dependiente. Varios fármacos y otras causas pueden, sin embargo, causar este tipo de diabetes. Es muy frecuente la diabetes tipo 2 asociada a la toma prolongada de corticoides, frecuentemente asociada a la hemocromatosis no tratada.

Ramos, J. (2000) también describe que los síntomas que presenta una persona que padece esta enfermedad son: “poliuria, polidipsia y polifagia, vaginitis en mujeres, pérdida de peso a pesar de la polifagia, aparición de glucosa en la orina, ausencia de la menstruación en mujeres, aparición de impotencia en los hombres, dolor abdominal, fatiga o cansancio” (Pág. 154). El diagnóstico se basa en la medición única o continua (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico:

- Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria, Polidipsia, Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl (11.1mmol/L)
- Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl (7.0mmol/L).
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa). La medición en plasma se hace dos horas posteriores a

la ingesta de 75g de glucosa en 30ml de agua; la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 200mg/dl.

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la tipo 2, como en la gestacional, el objetivo del tratamiento es restaurar los niveles glucémicos normales, entre 70 y 105 mg/dl. En la diabetes tipo 1 y en la diabetes gestacional se aplica un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos de la insulina. En la diabetes tipo 2 puede aplicarse un tratamiento sustitutivo de insulina o análogos, o bien, un tratamiento con antidiabéticos orales. Para determinar si el tratamiento está dando resultados adecuados se realiza una prueba llamada hemoglobina glucosilada (HbA1c ó A1c).

Un amplio estudio denominado “DDCT” demostró que buenos resultados en la A1c durante años reducen o incluso eliminan la aparición de complicaciones tradicionalmente asociadas a la diabetes: insuficiencia renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía periférica, entre otros. Un tratamiento completo de la diabetes debe de incluir una dieta sana y ejercicio físico moderado y habitual. Asimismo conviene eliminar otros factores de riesgo cuando aparecen al mismo tiempo como la hipercolesterolemia.

Para conseguir un buen control de la Diabetes Mellitus, en todos los tipos de ésta, es imprescindible la Educación Terapéutica en Diabetes que, impartida por profesionales sanitarios específicamente formados en Educación Terapéutica en Diabetes (médicos o enfermeros/as-Educadores Terapéuticos en Diabetes), persigue el adiestramiento de la persona con Diabetes y de las personas cercanas a ella, para conseguir un buen control de su enfermedad, modificando los hábitos que fuesen necesarios, para el buen seguimiento del tratamiento (Dieta + Ejercicio Físico + Tratamiento medicamentoso-si precisa-).

Abortos anteriores

Con el antecedente de una pérdida reproductiva el riesgo de abortar un embarazo siguiente es de 19%; 35% con dos y 47% con tres abortos sucesivos. Existe una probabilidad de 85% de que el aborto siguiente sea de la misma etiología en el subgrupo de abortos con muerte embriofetal precoz.

Las pacientes con metrorragia del primer trimestre tienen un riesgo dos veces mayor de presentar un recién nacido prematuro y 1.6 veces mayor de tener un recién nacido de bajo peso al nacer.

San Martín, R y Sedano, M (1999) definen el aborto como “la interrupción del embarazo que resulta en la expulsión de un feto inmaduro, no viable. El límite de la viabilidad es un concepto dinámico, desplazándose a edades gestacionales cada vez menores, producto de los avances en cuidados intensivos neonatales” (Pág. 187). Por convención se considera aborto a un feto que pesa menos de 500 grs. o de una edad gestacional menor a 22 semanas de amenorrea.

El proceso reproductivo humano aparece a simple vista como altamente ineficiente. En parejas sanas que buscan embarazarse, la tasa de concepción por ciclo es de 25% en los tres primeros ciclos, disminuyendo significativamente en los ciclos siguientes. Luego de la concepción existen pérdidas en el período pre-implantacional, post-implantacional (embarazo bioquímico), y en los períodos embriogénico y fetal (aborto clínicamente reconocido), lo que en conjunto representa, para algunos, una tasa de aborto de hasta un 48%. Dado que cerca del 70% de los abortos espontáneos obedecen a aberraciones genéticas, se puede entender este delicado proceso reproductivo como un mecanismo de selección natural.

En la actualidad, no se cuenta, sin embargo, con una metodología satisfactoria, ni con resultados concordantes al interior de una misma metodología, que permitan tener una estimación cuantitativa confiable acerca de la ocurrencia porcentual de abortos precoces o subclínicos, en una población representativa de la mujer normal.

La futura madre puede tener gran parte de culpa en algunos abortos espontáneos ya que ejerce conductas que suelen considerarse como factores de riesgo como tabaquismo, ingesta de alcohol, drogas y cafeína. El estrés ya que aumenta la tasa de prolactina y ésta, a su vez, inhibe la secreción de progesterona y algunos medicamentos. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los abortos espontáneos se producen por causas externas a las propias mujeres embarazadas. A veces, en los habituales chequeos tras el aborto, no se detecta ninguna causa que lo explique. Si esto es así, los siguientes embarazos se suelen suceder sin ninguna anomalía.

Si la mujer ha presentado aborto (s) debes avisar a su médico antes de quedar embarazada, pues tendrá que recibir una atención especial antes y durante la gestación al considerarlo un embarazo "de alto riesgo", ya que este antecedente puede agravar el curso satisfactorio del período gestacional, incrementando el riesgo de aborto o parto prematuro, situación ante la cual el ginecólogo diseñará un plan especializado para que el embarazo llegue a buen término.

Anomalías Uterinas

Oyarzún, E y Serán, A (1994), en su texto "Aborto precoz, infección y shock séptico" exponen que las anomalías uterinas

Son una patología congénita debido a un defecto del desarrollo, fusión ó canalización de los conductos de Müller en cualquier etapa del desarrollo embrionario. Se puede asociar a otras malformaciones genitales, urológicas ó rectales. Excepcionalmente puede tratarse de una alteración adquirida y estos casos son debidos fundamentalmente a la exposición in útero al dietilestilbestrol. (Pág. 332)

La mayoría de las malformaciones del aparato reproductor femenino afectan al útero, y por ello se habla de malformaciones Müllerianas, aunque a veces tienen su origen en anomalías mesonéfricas ó Wolfianas. Se dice que existen anomalías uterinas en 0,1% a 2% de las mujeres, en el 4% de las estériles y en el 1% de las infértiles, las malformaciones genitales no siempre son detectadas.

Las anomalías uterinas podrían clasificarse de la siguiente manera:

- Agenesias o hipoplasias uterinas parciales
- Ausencia de vagina con útero normal.
- Ausencia de cuello con útero y vagina normales.
- Caemos uterinos rudimentarios con trompa y vagina normales.
- Ausencia exclusiva de trompas.
- Combinaciones de las anteriores.
- Útero unicorne, Útero didelfo, Útero bicorne, Completo, Parcial, Útero septo, Completo (hasta el cervix), Parcial o subsepto, Útero arcuato.

Las anomalías en los órganos reproductores femeninos, como el útero bicorne o un cuello uterino débil que no puede sostener al feto en desarrollo

(cuello incompetente), aumentan el riesgo de aborto. En consecuencia, puede ser necesario practicar intervenciones quirúrgicas, ecografías o radiografías para detectar estas alteraciones, si una mujer ha tenido varios abortos, estas pruebas se realizan antes de que vuelva a quedar embarazada.

Otra anomalía uterina que puede presentarse es la presencia de miomas durante el embarazo, según Arias, F. (1994) en su “Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo” explica que

Los miomas, más comúnmente llamados fibromas, son tumores benignos del útero. Están formados por un tejido muscular parecido al de la pared uterina, pero que pierde el control de su crecimiento. En consecuencia crece en forma desmedida formando un tumor o bulto que puede ser del tamaño de una arveja al de una pelota de fútbol. (Pág. 345)

Continúa exponiendo que de los miomas existen tres tipos que se diferencian entre sí por su ubicación en la zona del útero, los miomas subserosos, intramurales y submucosos. De los cuales el submucoso es el que representa riesgo para el embarazo. La implantación del óvulo fecundado en una superficie endometrial miomatosa, raras veces evoluciona favorablemente porque el mioma no tiene las secreciones necesarias para alimentar al embrión en los primeros días.

En los casos que la implantación se produce con éxito a veces puede complicar el crecimiento del saco gestacional y ser causa de una interrupción durante el primer trimestre de la gestación. A veces es necesario el adelantamiento del parto para evitar complicaciones más importantes.

Por otra parte es común la presencia de tumor fibroide (fibroma), San Martín, R y Sedano, M (1999) refieren que los fibromas (formaciones no cancerosas) en el útero, que son mas frecuentes en mujeres mayores, pueden

aumentar el riesgo de un parto prematuro, la incidencia de problemas durante el parto, una presentación anormal del feto, una localización anormal de la placenta (placenta previa) y abortos repetidos.

Cuerpo extraño in útero

Los Dispositivos Intrauterinos (DIU) son dispositivos pequeños y flexibles hechos de metal y/o plástico que previenen el embarazo al insertarse en el útero a través de la vagina. Casi el 15 por ciento de las mujeres en edad reproductiva—aproximadamente 160 millones de mujeres—actualmente usa DIU.

Si una mujer que usa el DIU no menstrúa en un mes, se debe determinar si está embarazada y si lo está, si el embarazo es ectópico. Si el óvulo se ha implantado debidamente en el útero, la mujer debe decidir si quiere continuar con el embarazo. No hay pruebas de malformaciones congénitas cuando ocurre la concepción durante el uso de un DIU.

Si el DIU sigue colocado, se debe extraer para que el embarazo prosiga sin riesgo. La extracción se debe realizar cuidadosamente. Si la mujer tiene menos de 13 semanas de embarazo y si los hilos se ven, debe hacerse examinar por un médico ginecobstetra capacitado para realizar la extracción.

Si no se ven los hilos o si el embarazo ha pasado de las 13 semanas y si el DIU no se puede extraer, se le debe decir a la mujer que corre un riesgo mayor de abortar, de tener un parto prematuro y de contraer una infección uterina. Si todavía desea que su embarazo continúe, debe ser examinada frecuentemente para determinar si hay complicaciones, como una infección. De

no ser visible se recomienda realizar un examen ultrasonográfico y estimar la posibilidad de retirarlo bajo visión directa.

Hábitos Nocivos

La dependencia a las drogas o sustancias psicoactivas (SPA) se ha convertido en uno de los problemas más comunes del mundo contemporáneo, debido quizás a que día tras día se comprueba que no sólo se trata de un problema relacionado con zonas marginales sino que afecta a toda la sociedad y, de forma cada vez más progresiva y dramática, a dos grupos poblacionales: niños y jóvenes.

Muchas personas parecieran no tener claro que alcohol y tabaco son SPA, que aunque legales y socialmente aceptadas, lo son, y que los niños y jóvenes son una población en riesgo debido a que en estas edades es cuando inician el consumo o se sienten atraídos por él. Cuando se habla de drogas o SPA, generalmente se tiende a pensar en la marihuana, la cocaína, el bazuco, la heroína, el éxtasis, y no en el tabaco y el alcohol.

Las drogas o SPA, según Baldivieso, L. y Perotto, C. (1993) en el “Manual de Prevención contra las Drogas: Quiero Llegar a Ser Alguien” especifican que “son sustancias químicas o naturales que alteran el estado normal del cuerpo, del cerebro y de la mente, es decir, que alteran lo que las personas piensan, sienten, la manera en que se comportan y experimentan las vivencias”. (Pág. 177).

Dependiendo del uso que los seres humanos le den, la droga puede producir alteraciones en el sistema económico, sanitario, político, jurídico y moral

de una sociedad. Para evitar la confusión entre las drogas y los medicamentos, en los manuales psiquiátricos se les llama a las drogas sustancias psicoactivas.

Por otra parte, desde hace miles de años la humanidad ha utilizado la fermentación o destilación de diferentes sustancias para obtener el etanol, un tipo de alcohol que se usa con fines embriagantes y asociado, en muchas ocasiones, a ritos o ceremonias especiales. El etanol es el único de los alcoholes que puede ingerirse de forma moderada sin riesgo de envenenamiento o de efectos irreversibles como la ceguera, producida por el metanol o el alcohol de cocina.

Al ser ingerido, el alcohol produce sensación de bienestar, disminución de las inhibiciones emocionales, altera los sentidos y la coordinación del cuerpo, también hace que el dolor y el frío no se sientan normalmente, disminuye el autocontrol, la capacidad de razonamiento, el juicio y el análisis.

Las consecuencias orgánicas de abusar del alcohol son las lesiones hepáticas y cerebrales, riesgo de contraer algún tipo de cáncer, úlcera en el estómago y desgaste muscular. Las mujeres embarazadas pueden tener hijos con retraso mental y bajo peso.

Al eliminar el autocontrol, las personas se pueden volver agresivas o pueden empezar actuar en forma irreflexiva. Al disminuir la capacidad de memoria, análisis y juicio, desaparece la capacidad para hablar coherentemente, manejar un auto, tomar decisiones apropiadas y caminar normalmente. Uno de los mayores riesgos del uso frecuente del alcohol es volverse alcohólico. Es decir, sentir una imperiosa necesidad de beber sin poder controlar la cantidad y sin poder determinar cuándo dejar de beber.

Otra sustancia nociva es el tabaco. En el texto “La promoción de comportamientos saludables” de Murphy, E. (2005), está definido el tabaco como “una sustancia extremadamente tóxica que se extrae de las hojas de tabaco. La nicotina del tabaco se consume en forma de cigarrillo u hojas picadas para fumar en pipa o masticar”. (Pág. 28). El tabaco es una planta originaria del continente americano. Según observó Cristóbal Colón, los indígenas del Caribe fumaban el tabaco valiéndose de una caña en forma de pipa llamada tobago, de donde deriva el nombre de la planta. Al parecer le atribuían propiedades medicinales y lo usaban en sus ceremonias.

Las consecuencias del consumo del tabaco sobre el organismo dependen de las sustancias químicas contenidas en la hoja de tabaco y que son las que aparecen en el humo tras la combustión, son 3 principalmente: La nicotina, el monóxido de carbono y gases irritantes. Estas consecuencias son que los fumadores se someten ellos mismos a un mayor riesgo de muerte o enfermedades, fumar aumenta considerablemente la probabilidad de padecer cáncer pulmonar, enfermedades del corazón y enfermedades respiratorias, el cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte entre fumadores.

Fumar está asociado a otras enfermedades como la bronquitis y la porosidad de los huesos (osteoporosis). Los fumadores tienen un estado físico general inferior a de el no fumador. Se sabe que el tabaco es nocivo debido a que el porcentaje de nicotina que contiene puede llegar hasta del 10%. Además, el humo del tabaco contiene otras sustancias igualmente dañinas, como el benzopireno, que es cancerígeno.

Baldivieso, L. y Perotto, C. (1993), explican que algunas enfermedades consecuencia del consumo del tabaco son: “bronquitis crónica, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, boca y laringe, trastornos vasculares y cerebrales

como la trombosis y el infarto cerebral, y enfermedades del corazón como el infarto” (Pág. 182). Numerosos estudios han puesto de manifiesto que el tabaquismo materno afecta de forma importante al crecimiento fetal, que se expresa en una reducción del peso del recién nacido en unos 200 gramos en promedio. También está comprobado el aumento del número de abortos espontáneos, partos prematuros y de complicaciones durante el embarazo y parto.

Todos los puntos antes citados, exponen claramente las múltiples razones por las cuales el consumo de drogas como el alcohol, tabaco y cigarrillos es altamente nocivo para el ser humano. Es por esa razón que la mujer, como el ser que lleva en su vientre una nueva vida, debe evitar las mismas, puesto que su consumo, no solo afecta gravemente su organismo y el de los que le rodean, sino también el de la criatura que en un futuro pudiera concebir.

Embarazo en adolescentes

Los adolescentes llegan a ser fértiles aproximadamente 4 o 5 años antes de ser emocionalmente maduros, estos crecen rodeados de una cultura donde compañeros, televisión, cine, música, y revistas transmiten frecuentemente mensajes manifiestos o secretos en los cuales las relaciones sexuales sin estar casados (especialmente aquellas que involucran a adolescentes) son comunes, aceptadas y, a veces, esperadas.

Normalmente no se ofrece en el hogar, la escuela o la comunidad educación sobre el comportamiento sexual responsable e información clara específica sobre las consecuencias del intercambio sexual (incluyendo el

embarazo, enfermedades de transmisión sexual y efectos psico-sociales). Por lo tanto, gran parte de la "educación sexual" que los adolescentes reciben viene a través de filtros desinformados o compañeros sin formar.

Los adolescentes que escogen ser sexualmente activos se limitan frecuentemente en sus opciones anticonceptivas a la información de sus compañeros, influencias paternas, financieras, culturales, y políticas así como también a su propio desarrollo que está limitado (pues es antes físico que emocional). También refiere que hay un comportamiento reproductivo de riesgo en la población adolescente, ya que madurar tempranamente e iniciar las relaciones sexuales a los 15 años no usa anticonceptivos exponiéndose a embarazos no deseados de alto riesgo y enfermedades de transmisión sexual, así mismo las oportunidades de orientación, educación y servicios para una sexualidad sana y responsable están muy restringidas.

Acota Deschamps, (2000) refiere que “el embarazo en la adolescencia ocurre sobre todo en aquellos que están menos preparados para afrontar los problemas y riesgos que este suceso acarrea” (Pág. 18). Un hecho íntimamente ligado al embarazo en adolescentes es la inadecuada información sexual.

Por otro lado, autores como Dickens y Allison (2001) al extenderse en consideraciones sobre la situación de la adolescente embarazada, plantean que este problema representa en parte “el fracaso de la sociedad, el hogar, la escuela, la iglesia y las autoridades sanitarias, en la prevención de una enseñanza sexual” (Pág. 245). El desfase biológico, psicológico y social señalado en las situaciones antes mencionadas, es a lo que Dickens llama “la vulnerabilidad social de la adolescente”. Por lo tanto se puede decir que el embarazo en las adolescentes constituye un problema de alto riesgo, sobre todo

en las jóvenes por debajo de los 19 años, considerando que las mayores de 19 tienen patrones de respuesta al embarazo.

Acota Deschamps, (2000) también expresa que:

El embarazo en la adolescencia es un fenómeno antiguo pero un problema nuevo, un problema propio del cambio social. Es ahora que es visto o padecido como problema. Antes cuando la esperanza de vida era tan corta y la mortalidad infantil tan elevada, las uniones tempranas tenían lógica social, era muy bienvenida y aceptada. La sociedad moderna hoy no acoge de la misma manera el embarazo de una adolescente. (Pág. 3).

La edad de la mujer se relaciona estrechamente con el riesgo durante el embarazo. Las niñas de 15 años y menos tienen mas probabilidades de desarrollar preeclampsia (una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada, proteínas en la orina y retención de líquidos durante el embarazo) y eclampsia (convulsiones producidas por la preeclampsia) también tienen mas probabilidades de tener hijos de bajo peso al nacer o desnutridos.

Edad materna avanzada

La edad materna avanzada condiciona un mayor riesgo de determinadas anomalías cromosómicas en el feto, particularmente las trisomías autonómicas y más específicamente la trisomía 21 o síndrome de Down. El riesgo es específico para cada edad y se incrementa hasta los 46 años. Los niños afectados nacen con diferentes grados de retraso mental y defectos físicos. A los 25 años, una mujer tiene una probabilidad de aproximadamente 1 en 1.250 de tener un bebé con síndrome de Down; a los 30 años, de 1 en 1.000; a los 35, de 1 en 400; a los 40, de 1 en 100; a los 45 de 1 en 30 y a los 49, de 1 en 10

Bereck, J y Hillanrd, P. (1997) sugieren que “aproximadamente el 10 por ciento de los embarazos reconocidos en las mujeres de entre 20 y 30 años de edad termina en aborto espontáneo” (Pág. 76). Esta cifra aumenta aproximadamente al 20 por ciento en el caso de mujeres de entre 35 y 39 años de edad y aproximadamente al 50 por ciento entre los 40 y 44 años. El mayor riesgo de aborto espontáneo relacionado con la edad se debe, al menos en parte, a la mayor incidencia de anomalías cromosómicas.

Las mujeres de más de 35 años tienen más probabilidades que las mujeres más jóvenes de tener un problema algunos problemas, como alta presión arterial, diabetes y problemas renales y cardíacos, pueden afectar al embarazo. Abortos espontáneos, embarazos extrauterinos, nacimiento de los bebés muertos y defectos congénitos son algunas complicaciones y problemas graves, cuyos riesgos de ocurrencia aumentan estadísticamente a partir de los 35 o 40 años. Por ejemplo, una diabetes mal controlada puede contribuir a defectos congénitos y aborto espontáneo mientras que una alta presión arterial mal controlada puede retrasar el desarrollo del feto.

Algunas de las complicaciones más comunes entre las mujeres de más de 35 años son: diabetes gestacional, problemas en la placenta, parto prematuro y nacimiento sin vida. Las posibilidades que una mujer tiene de quedar embarazada y, posteriormente, llevar a buen término dicho embarazo, declinan considerablemente a partir de los 35 años, en forma independiente de su historial reproductivo.

Otro punto que debe ser considerado en relación con la edad en que la mujer da a luz por primera vez tiene que ver con el incremento del riesgo de padecer cáncer de mama que implica la avanzada edad de la madre. La

explicación del vínculo que existe entre el cáncer de mama y la edad en que la mujer tiene a su primer hijo puede hallarse en las palabras del zoólogo australiano Austad. S, en su libro “Por qué envejecemos” explica:

Las hormonas femeninas (los estrógenos y la progesterona) incrementan el riesgo de padecer cáncer de mama al provocar una proliferación de aquellas células que revisten ciertos conductos de los pechos (llamados conductos galactóforos) durante la última parte del ciclo menstrual, cuando el organismo femenino se prepara para el embarazo. (Pág. 98).

Continúa exponiendo que una de las explicaciones que se dan a este punto es que en aquellos países en donde las mujeres han obtenido significativos avances en la lucha por la igualdad en el trabajo y en la vida en general, son avances que inciden en un retraso en la edad en que las mujeres dan a luz por primera vez, por tanto, las tasas de cáncer femenino aumentan y son cada vez más similares a las de sus compañeros, los varones.

Es por estas y otras razones que el embarazo en edad avanzada representa un riesgo para el mismo y por desconocimiento de estos, muchas mujeres mayores de 35 años suelen llevar embarazos sin control, aumentando la posibilidad de que pudieran presentarse y no llegar a un feliz término de la gestación.

Nivel Socioeconómico

Herrera, M, Carlos H y Moreno, D. (2001) explican, “referente a la atención prenatal y la influencia del nivel socioeconómico bien canalizados a tiempo, disminuyen el riesgo de muerte, tanto materna como perinatal y favorece una adecuada atención del parto” (Pág. 116). Las mujeres suelen tener

a la disposición por los organismos públicos, la oportunidad de llevar a cabo su control prenatal, el seguimiento del embarazo hasta el parto.

Tomando como referencia el estudio realizado en Paraguay por Sierra, A. Lemus, O y Fuentes, L. (2004),

Del total de nacimientos ocurridos en el período marzo de 1999 a febrero de 2002, en 94.2 por ciento de ellos, sus madres concurren al control prenatal por lo menos una vez, lo cual se considera estadísticamente significativo, ya que este tipo de control es más generalizado en madres con nivel de instrucción superior (99.4 por ciento), de acuerdo al nivel socioeconómico, solamente el 6.7 por ciento del nivel más bajo se hicieron controles del embarazo en el sector privado. (Pág. 23)

Resaltan que 3 de cada 10 mujeres de 15 a 19 años de edad nunca acudió a ningún control prenatal, esta misma relación se da en madres que residen en la región de más escasos recursos económicos o que solo hablan guaraní en la casa. La situación es más desfavorable en mujeres sin educación o que apenas terminaron el segundo grado del nivel inicial, donde 2 de cada 6 mujeres con estas características nunca fue a un control prenatal.

En la parroquia de Antímamo, donde se está llevando a cabo este estudio, la mayoría de los barrios pertenecientes a la misma y las personas que allí residen pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. Las casas están ubicadas en una zona montañosa, la cual solo es accesible a las partes altas por medio de transporte público rústico o motos, lo cual representa un factor de riesgo para las embarazadas que viven en la misma y deben trasladarse por estos medios a diario, a causa de la incomodidad, vibraciones, saltos y balanceos que se suscitan por el mal estado de las calles de los barrios.

Respecto a la ubicación de las viviendas y el transporte, inciden negativamente en el curso del embarazo, puesto que estas condiciones de vida

y las distancias entre las casas y los centros de salud donde se brinda el control prenatal, se hacen largas y tediosas, lo que promueve la inasistencia a dichos controles.

Por otra parte, las condiciones de las casas no son siempre las mejores, muchas están estructuradas en materiales como madera, cartón piedra y hojas de latón, sin contar con los servicios públicos básicos como son: agua potable, electricidad, gas, recolectores apropiados para los desechos y tuberías de aguas servidas. Esto conlleva al almacenamiento, uso y consumo inapropiado de agua, así como a la acumulación de desechos por tiempo prolongado, trayendo esto como consecuencia la proliferación de moscas, zancudos, roedores e infecciones que pueden afectar considerablemente el desarrollo óptimo de un embarazo.

Tomando en cuenta estos puntos (entre de tantos otros que podrían citarse) el nivel socioeconómico incide significativamente en el aumento de la presencia de factores de riesgo, pues es lo que se ha observado a través de los años y la experiencia ya que están dadas las condiciones para que muchas embarazadas residentes de estos lugares desistan o no asistan nunca al control prenatal, presentan abortos, embarazos en adolescentes, presencia de infecciones vaginales y urinarias, enfermedades hereditarias y otros factores de riesgos que pueden inducir a un parto prematuro.

Control Ginecológico

Según Rock, J y Muller, S (2003) en su texto “Ginecología Clínica” el control ginecológico comprende “la evaluación integral de la paciente para el descarte de la presencia de alteraciones en su organismo, con énfasis en el

aparato genital, constituido por la Vulva, la Vagina, el Cuello y Cuerpo uterino, las Trompas y los Ovarios". (Pág. 143)

El objetivo del control prenatal es mejorar la salud de la madre y el niño previniendo o detectando problemas del embarazo y promoviendo actividades saludables. De las muchas actividades que se realizan durante las consultas y que se solicitan como pruebas o análisis complementarios, sólo unas pocas están claramente comprobadas que mejoran la salud. Estas son entonces las actividades que todas las mujeres deben recibir, prevención de la anemia, diagnosticar la hipertensión (presión arterial alta) provocada por el embarazo, diagnóstico y prevención de infecciones.

Durante el control prenatal se intentará despistar aquellas infecciones que pueden ocasionar enfermedad severa a la madre y al niño y para las cuales exista una solución efectiva durante el embarazo, sífilis, HIV o SIDA, infecciones urinarias asintomática lo que puede ocasionar problemas en el embarazo: parto prematuro, tener un niño con peso bajo, así como recibir la vacuna antitetánica y determinar el grupo sanguíneo y factor Rh..

En la consulta se cumple con varias actividades importantes, según la edad gestacional de la embarazada, en la primera consulta que es la de mas larga duración, y se realiza de manera conjunta, médico-enfermera se abre la Historia Clínica, (datos de afiliación, antecedentes familiares, antecedentes personales, posible exposición a Rx. y fármacos, antecedentes ginecolobstétricos, edad menarquia, embarazos anteriores, métodos anticonceptivos, esterilidad previa, fecha última regla, fecha probable parto y edad gestacional). Exploración general (peso, talla, T.A, exploración obstétrica). Se dan recomendaciones terapéuticas y educación sanitaria.

Por otra parte se le solicita un perfil hematológico completo (Bioquímica, Grupo sanguíneo y Rh, Antirubeola, Toxoplasmosis, HB SAg, Urocultivo, V.I.H, Tests de Coobs, Curva de glicemia. En la segunda visita se mide peso, T.A., edemas, interrogatorio sobre evolución, medición de la altura uterina, latidos fetales y educación sanitaria.

En la 20/22 semana se debe llevar a cabo la tercera visita a la consulta prenatal y así continuamente hasta la 28va semana donde se comprueban los movimientos fetales y se realizan recomendaciones terapéuticas, las cuales continúan prácticamente bajo el mismo patrón si el embarazo transcurre sin anormalidades.

Para que el control prenatal cumpla con el requerimiento de ser "precoz" la primera atención debe darse en el primer trimestre de embarazo, es decir antes de las 12 semanas de gestación y así evitar consecuencias como el parto prematuro y muchas otras.

Traumatismos

Los traumatismos pueden ser causados por caídas, movimientos bruscos, golpes o accidentes. Algunos de estos incidentes pueden causar traumatismo uterino y desencadenar en un parto prematuro y hasta la muerte del feto. El traumatismo uterino esta definido por Scorpio, R y Esposito, T (1992) como “aquellas lesiones que pueden aparecer en la mujer embarazada que ha sufrido un traumatismo y que son propias de su estado grávido”. (Pág. 147). Los aspectos más relevantes se detallaran en la atención y valoración de la mujer víctima de un traumatismo estando embarazada por especialistas obstetras.

El traumatismo uterino es más frecuente a partir del tercer mes de gestación, cuando el útero sobrepasa la protección que le ofrece la cintura pélvica y sobre todo durante el tercer trimestre. El útero es un órgano que sufre grandes modificaciones a lo largo de la gestación, pasa de 7 cm. y 70 gr. a 36 cm. y 1 kg. y su flujo sanguíneo aumenta de 60 ml/min. a 600ml/min. Los traumatismos uterinos pueden, por tanto, dar lugar a graves hemorragias maternas. Si la mortalidad en la madre se sitúa en torno al 10%, en el feto las consecuencias son mucho más dramáticas, ya que la mortalidad llega al 100%.

La rotura uterina puede ser intraperitoneal, extraperitoneal o de la porción intravaginal, colpoaporrexia. Los signos clínicos presente en estos casos pueden ser: signos de irritación peritoneal, reconocimiento de partes fetales a la exploración del abdomen materno, la metrorragia cuando está presente es escasa, los datos más llamativos son los debidos al shock hemorrágico. El estado clínico materno puede verse agravado por la presencia de una coagulación intravascular diseminada, ya que el útero es un órgano rico en activador del plasminógeno. En estos casos de rotura uterina suele ser necesario someter a la madre a una laparotomía urgente para evitar su muerte por shock hemorrágico.

El problema más frecuente asociado con el traumatismo uterino son las contracciones uterinas. Su intensidad y frecuencia van a estar relacionadas con la gravedad de la lesión uterina y con la edad gestacional.

Así mismo puede presentarse el Abruption Placentae y la gravedad de este cuadro depende del porcentaje de superficie placentaria desprendida, que cuando es mayor del 40% representa un elevado riesgo de muerte fetal. Según Scorpio, R y Esposito, T (1992) “es la lesión específica más frecuente en la gestante que ha sufrido un traumatismo, después de las contracciones uterinas.

Se presenta en el 2% al 4% de los accidentes leves y hasta en el 38% de los traumas severos". (Pág. 186). Es, por tanto, la mayor causa de mortalidad fetal, exceptuando la muerte materna.

Los síntomas clínicos presentes en este cuadro son los siguientes: metrorragia, pérdidas vaginales de líquido amniótico, aumento de la actividad uterina, contracciones, dolor abdominal y dolor provocado al palpar el útero, signos de hipovolemia materna desproporcionados con el grado de hemorragia vaginal visible, tamaño uterino mayor al que corresponde con su edad gestacional y signos de sufrimiento fetal.

Ante los signos de sospecha de desprendimiento placentario, la ecografía no siempre permite demostrar un hematoma retroplacentario o subcoriónico. La monitorización fetal mediante tocografía externa es el método más útil para diagnóstico, al ser el medio más eficaz para demostrar la existencia de sufrimiento fetal. El tratamiento puede promover el adelanto del parto (parto prematuro), pero estará determinado por el grado de desprendimiento, la presencia de sufrimiento fetal, la madurez fetal y las repercusiones maternas.

Automedicación

El embarazo representa un problema terapéutico único porque hay dos pacientes, la madre y el feto. Una enfermedad materna puede beneficiarse con un tratamiento farmacológico particular que puede afectar en forma adversa el bienestar fetal. Aunque la mayoría de los médicos coincidirán en que el beneficio de la madre es la primera consideración, existe el deseo obvio de prevenir todo impacto iatrogénico importante sobre el feto. Por lo tanto, con frecuencia el tratamiento farmacológico administrado durante el estado de

embarazo será diferente del utilizado en el estado de no embarazo. Este principio se aplica tanto a la elección de los fármacos como a las dosis de éstos.

La edad promedio de la menarquia ha disminuido, la edad de la concepción ha aumentado y la mejor atención médica ha llevado a una supervivencia más prolongada y a un mejor control de las enfermedades en las mujeres afectadas por una variedad de problemas médicos. Las terapéuticas inevitables por padecimientos crónicos se ajustan más a normas de seguridad que las medicaciones consideradas banales como analgésicos, suplementos vitamínicos, antibióticos, entre otros

Es necesario considerar que los cambios fisiológicos propios de la gestación y la lactancia pueden afectar los parámetros farmacocinéticos de los medicamentos, alterando su eficacia y su toxicidad, tanto para la madre como para el feto.

Los cambios fisiológicos y hormonales que se producen durante el embarazo pueden alterar la absorción, la transferencia, la excreción y el metabolismo de cualquier fármaco. Cambios que son graduales, acentuándose en el tercer trimestre del embarazo y volviendo a los valores basales unas semanas después del parto. La disminución gradual de las proteínas plasmáticas y del aumento del agua orgánica total a medida que avanza el embarazo, trae como consecuencia un aumento del volumen de distribución de los fármacos y cambios en la tasa de unión a proteínas.

Casi todos los fármacos son transferidos de una manera relativamente rápida a través de la llamada barrera placentaria (que no es tal pues a través de ella pasan tanto nutrientes como fármacos y tóxicos). Una sola dosis de un fármaco administrada por inyección intravenosa rápida a la madre puede tener

poco o ningún efecto farmacológico sobre el feto. Sin embargo, cuando una mujer embarazada toma dosis repetidas de un fármaco, es probable que la relación entre la concentración fetal y la materna del fármaco libre se aproxime a uno. Esto será así toda vez que el pasaje transplacentario del fármaco ocurra por difusión pasiva, y sea rápida en comparación con la eliminación del fármaco.

Gleicher N y Elkayam U (2000) en su libro “Principios de la atención médica. Tratamiento de las complicaciones Clínicas del embarazo” refieren que

Los fármacos administrados durante el embarazo pueden afectar al embrión o al feto: mediante un efecto letal, tóxico o teratogénico, por constricción de los vasos placentarios, mediante producción de hipertensión uterina severa, indirectamente al producir alteración del medio interno de la madre. Cualquier fármaco capaz de causar anomalías en el desarrollo del feto o del embrión se considera teratogénico. (Pág. 211).

El período de mayor riesgo es el primer trimestre ya que, durante esta fase, tiene lugar la formación de la mayoría de los órganos. Hay pocos fármacos teratogénicos para los que se haya demostrado una relación causa-efecto concluyente. La teratogénesis espontánea se sitúa en alrededor de 4,4% de los nacidos. Aún así se desaconseja la utilización de fármacos durante el primer trimestre del embarazo, a menos que sean indispensables. Y antes de establecer una indicación se deben sopesar los riesgos de los mismos con los posibles beneficios.

Según Serrano J, Serrano M y Rodríguez J (1991) “La automedicación consiste en tomar medicinas que no han sido prescritas por nuestro médico” (Pág. 28). La disponibilidad de medicamentos que no exigen receta médica, la falta de tiempo para todo y el hecho de que todo el mundo parece saber cómo tratar sus dolencias esta disparando el fenómeno de la automedicación.

Tomando en cuenta la influencia de la administración de fármacos durante el embarazo, podemos decir que esta puede incidir negativamente en el desarrollo y feliz termino y obtención de un bebe sano por el desconocimiento de las consecuencias que algunos de ellos pueden producir, llegando inclusive a las malformaciones fetales, parto prematuro y hasta la muerte del feto.

Esfuerzo físico excesivo

Durante el embarazo se puede desarrollar el trabajo habitual, siempre que no cause una fatiga excesiva, hasta el octavo mes de gestación; a partir de este momento se debe reducir la actividad física, siendo recomendable el descanso laboral en las últimas semanas de gestación. No es aconsejable que en sus actividades cotidianas la embarazada maneje artículos muy pesados, realice tareas que requieran de mucha fuerza física ni la manipulación de productos tóxicos o exposición a radiaciones.

Matveev, L. (1983) en su texto llamado “El deporte y el embarazo” refiere que “durante el embarazo la mujer sana tiene una tolerancia menor al esfuerzo físico” (Pág. 58). Es conveniente entonces realizar un ejercicio físico moderado, aconsejándose los paseos, la natación y los ejercicios aprendidos en los cursos de educación maternal. No es recomendable la práctica de deportes violentos, la competición o que produzcan fatiga.

Por otra parte, si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir los hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestos o esforzados para la embarazada. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultar incómodo; por lo que es prudente adoptar posiciones más cómodas y que no ameriten movimientos

bruscos, ya que esto pudiera desencadenar signos y síntomas de trabajo de parto, conllevando a un posible parto prematuro.

La embarazada debe evitar las relaciones sexuales cuando exista hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro o rotura de la bolsa de las aguas.

Se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 3 últimas semanas del embarazo. Así mismo, los ejercicios abdominales y todos aquellos que requieran un esfuerzo físico exagerado, deberán esperar un tiempo para así evitar complicaciones.

Metrorragia y Amenaza de aborto

Antes de las 20 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después, el feto se considera viable, es decir que podría sobrevivir fuera del útero materno. La hemorragia tras las 20 semanas se conoce como metrorragia y las causas principales proceden de la placenta. Rock, J y Muller, S. (2003) describen que “en el desprendimiento de placenta del útero se producirá hemorragia, la sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero” (Pág. 190).

La metrorragia es la presencia de una cuantía variable de sangre que puede estar o no acompañada de dolor cólico hipogástrico en una gestación potencialmente viable. De cada 5 mujeres embarazadas, 1 a 2 presentará sangrado genital en la primera mitad del embarazo. De éstas, la mitad tendrá una pérdida reproductiva (aborto). Al momento de presentación es posible

verificar si se trata de una gestación potencialmente viable (amenaza de aborto), ó de una gestación no viable (huevo anembrionado o muerte embriofetal), en que el aborto (expulsión de feto y/o placenta) aún no se ha consumado, lo que plantea estrategias de manejo diferentes.

Según San Martín, R y Sedano, M (1999) la metrorragia es “el sangrado genital de cuantía variable, con o sin dolor cólico hipogástrico (semejante a dolor de menstruación), no hay historia de eliminación de tejido ovular o fetal ni de pérdida de líquido amniótico en el mismo” (Pág. 194).

El presentar signos y síntomas de metrorragia en el embarazo, lo designa como un embarazo de alto riesgo y que en la mayoría de los casos, con los cuidados necesarios se puede evitar desencadenar en un parto prematuro.

Síntomas presuntivos de embarazo (gestosis) pueden o no estar presentes. Al examen físico la paciente se encuentra en buenas condiciones generales, afebril, y con un examen abdominal sin hallazgos significativos. En la especuloscopia se observa sangre que escurre a través del cérvix uterino. Al examen pélvico bimanual se constata un cuello uterino con el os interno cerrado y un útero globuloso, aumentado de tamaño consistente con la amenorrea, y sensibilidad uterina escasa o ausente. Un examen físico acucioso (sin obviar especuloscopia) permite diagnosticar causas ginecológicas generales que se pueden presentar en el curso de un embarazo y se trata según la etiología encontrada.

Metrorragia disfuncional: Con el antecedente de un período de amenorrea previo puede confundirse con amenaza de aborto. La hemorragia puede ser abundante pero usualmente es indolora. En estas pacientes anovulatorias se encontraran antecedentes de episodios previos similares y al

examen físico estigmas de anovulación (dependiendo del tiempo y severidad del caso). No hay síntomas ni signos de embarazo. Un test de embarazo negativo descarta la posibilidad de una complicación de la gestación.

Embarazo ectópico: debe ser considerado en toda paciente en edad fértil que se presente con metrorragia y dolor. El cuadro clásico es poco frecuente por lo que es necesario un alto índice de sospecha. El diagnóstico se basa en la clínica, la ultrasonografía ginecológica y la medición de sub unidad beta-HGC.

Mola hidatiforme: presentan metrorragia en la primera mitad del embarazo en más de un 95% de los casos. Ocasionalmente la eliminación de tejido molar característico (vesículas) sugiere el diagnóstico. Al examen pélvico puede detectarse un útero aumentado de tamaño, mayor al esperado para esa edad gestacional (50% de los casos), y la presencia de quistes tecaluteínicos en las regiones anexiales (30% de los casos). Hiperémesis, pre-eclampsia antes de las 20 semanas e hipertiroidismo pueden estar presentes. El diagnóstico clínico presuntivo no es confirmado en más de un 50% de las ocasiones.

La ultrasonografía ante la sospecha clínica (y en toda paciente con metrorragia de primera mitad) orienta fuertemente al diagnóstico. Del total de pacientes con mola hidatiforme un 10 % de los diagnósticos se realiza exclusivamente por anatomía patológica (enviar siempre todo tejido a estudio).

Placenta Previa

Sinobas, O. (1987) define la placenta previa como “implantación y desarrollo de la placenta en el segmento inferior del útero” (Pág. 11).

De acuerdo a su ubicación se clasifica en:

1. Placenta previa total: el orificio cervical interno está cubierto completamente por la placenta.
2. Placenta previa parcial: el orificio cervical interno está cubierto parcialmente por la placenta.
3. Placenta previa marginal: el borde de la placenta está próximo al orificio cervical interno pero no alcanza a cubrirlo.
4. Placenta previa de inserción baja: el borde placentario se encuentra a unos 3cm del orificio cervical interno, pudiendo ser palpado digitalmente a través del cérvix.

Aproximadamente el 0,5% de todos los partos presentan placenta previa. En ultrasonografías rutinarias realizadas entre las 16 y 20 semanas de gestación la incidencia es de 4 a 6%. Esta diferencia se explica debido a la formación del segmento uterino. El signo cardinal de una placenta previa es la hemorragia, que usualmente es indolora, roja, de comienzo insidioso, de magnitud variable y repetitiva. El sangrado genital está presente en el 80% de los casos; un 10 a 20% se presenta con hemorragia asociada a dinámica uterina y un 10% permanece asintomática, siendo el diagnóstico un hallazgo ultrasonográfico.

Un tercio de las pacientes sangra antes de las 31 semanas de gestación, otro tercio entre las 32 y 36 semanas y el tercio restante lo hace después de las 36 semanas. Cuanto más precoz es el inicio del sangrado, mayor es el riesgo perinatal. Generalmente no hay sufrimiento fetal a menos que la magnitud de la hemorragia comprometa hemodinámicamente a la madre. No

hay alteraciones en la contractilidad uterina o de existir dinámica uterina el útero debe relajar bien entre contracciones.

Si la hemorragia es severa y la paciente ha perdido un 30% o más de su volemia, se encuentra hipotensa, en shock y con sangrado vaginal profuso se considera un evento catastrófico en que el plan de acción está orientado a soporte vital e interrupción inmediata por cesárea, independientemente de la edad gestacional, de la condición fetal o del tipo de placenta previa. Si la hemorragia es moderada, la paciente ha perdido entre 15 y 30% de su volemia, presenta hipotensión supina, y sangrado genital de moderada cuantía. La estrategia de manejo en la paciente con sangrado moderado depende de la edad gestacional y de la evaluación de madurez pulmonar fetal.

Botella L, (1991) comenta que “en embarazos de más de 36 semanas, luego de confirmado el diagnóstico de placenta previa y la edad gestacional se debe proceder a la interrupción por cesárea” (Pág. 56).

Si el embarazo es menor a 36 semanas se toma conducta expectante, hospitalizando a la paciente, se debe considerar el uso de tocolisis con beta adrenérgicos si existe actividad uterina asociada a sangrado vaginal. Bajo las 34 semanas está indicada la inducción de madurez pulmonar con corticoides (betametasona 12 mg im cada 24 horas por 2 veces. Entre las 34 y 36 semanas realizar amniocentesis para verificar madurez pulmonar fetal.

En hemorragia leve la conducta es expectante en gestaciones de menos de 36 semanas. En casos seleccionados es planteable un manejo ambulatorio. Se favorecerá suplementación con hierro, evitar la constipación, control clínico y ultrasonográfico seriado. En pacientes con placenta previa total o parcial, se

plantea la interrupción por cesárea entre las 36-37 semanas, previa confirmación de madurez pulmonar.

En casos de placenta previa de inserción baja o marginal que ha dejado de sangrar se puede esperar el inicio espontáneo del trabajo de parto. En caso de placenta previa asintomática la conducta depende del tipo de placenta previa. Con placenta previa oclusiva (total o parcial) se debe efectuar cesárea electiva a las 37 semanas, previa verificación de madurez pulmonar.

Desprendimiento Previo de Placenta (DPP)

Gómez R, Oyarzún E y Vargas J (1992) “Ecografía Transvaginal en el Diagnóstico de Placenta Previa” la definen como “la separación accidental de la placenta después de las 20 semanas y antes del nacimiento del feto”. (Pág. 23). Su incidencia es de aproximadamente 1% de los partos. Suele suceder a raíz de traumatismos, descompresión brusca del útero, rotura prematura de membranas y consumo de cocaína. El síndrome hipertensivo del embarazo se asocia a las formas graves de desprendimiento en un 45% de los casos, así como el tabaquismo en la embarazada se asocian a mayor incidencia de DPP, lo que plantea la posibilidad de un mecanismo isquémico a nivel decidual como factor involucrado.

El DPP representa un factor de riesgo para inducir al parto prematuro dependiendo de la gravedad del cuadro clínico y edad gestacional. Por lo general, el cuadro clínico que se presenta es sangrado genital presente en el 78% de los casos; es sangre oscura, de inicio súbito y de cuantía variable (lo que no guarda necesariamente relación con la gravedad del cuadro). Dolor uterino es un hallazgo frecuente. Hipertonía y polisistolía uterina se encuentran en un 20%.

La hemorragia oculta con hematoma retroplacentario trágicamente lleva en ocasiones a un diagnóstico tardío, asociándose a formas graves de DPP. Coagulación Intravascular Diseminada (CIVD) es una complicación grave pero infrecuente, limitada a los casos de desprendimiento masivo, en general asociados con muerte fetal.

El DPP con feto vivo representa las formas leve y moderada que constituyen el 80% de estos. Dichos casos generalmente son desprendimientos que comprometen menos del 25% de la superficie placentaria y las posibilidades de un parto vaginal con buen resultado son muy buenas.

En gestaciones entre las 32 y 36 semanas, con madurez pulmonar comprobada, está indicada la interrupción del embarazo. Considerar manejo expectante, con tocolisis e inducción de madurez pulmonar, con vigilancia estricta de la condición fetal, si existe inmadurez pulmonar fetal (32-34 semanas), o en gestaciones bajo 32 semanas si el feto es viable está indicada la interrupción por cesárea sin demora (a menos que el parto sea inminente).

En DPP con feto muerto indica gravedad del cuadro, el desprendimiento placentario es superior al 50%, las pérdidas de sangre son de alrededor de 2500 ml y la posibilidad de CIVD es de un 30%. Se debe favorecer un parto vaginal expedito, iniciando la inducción del parto mediante amniotomía seguido de la administración de oxitocina. Previo a la inducción del parto se debe evaluar y compensar desde el punto de vista hemodinámico y hemostático.

Ruptura Prematura de Membranas (RPM)

La RPM, es una emergencia obstétrica, sea cual fuere el tiempo gestacional. Carrillo, F y Olimpia V (1998) en su libro "Factores de riesgos para la ruptura prematura de membranas".exponen que la RPM "es la ruptura de las membranas por lo menos una hora antes de iniciado el trabajo de parto, cuando se habla de un embarazo a término (a partir de las 37 semanas). En un embarazo pretérmino, en cualquier momento". (Pág. 22).

Se puede hablar de un periodo de latencia, que es el periodo que transcurre entre la ruptura y el inicio del trabajo de parto, este es muy variable. Se dice que es una RPM prolongada, cuando es de 24 horas.

La incidencia es de 10 % de todos los embarazos y de un 5% cuando es una RPM prolongada. Se puede clasificar en: -artificial o provocada y espontánea o natural. Los riesgos de presentar una RPM son todos los cuadros de infección posibles; si el parto no se ha producido se tiene una corioamnionitis; salpingitis, pelviperitonitis y sepsis. Así como la inmadurez en los embarazos pretérminos, infección fetal cuando la bolsa está rota en más de 6 horas y- los accidentes en el parto como prolapsos de cordón o de miembros superiores o inferiores fetales, en ambos casos hay un incremento de la morbi mortalidad.

Las RPM suelen producirse por traumatismos, generalmente externos, que producen cambios bruscos de movimientos fetales y del útero mismo, aplastamiento, estiramientos o modificaciones en su estructura (caídas, estornudos fuertes, coito), infecciones locales, se asocia generalmente a multigestas, y deficiencia de vitamina C y cobre.

Ante la presencia de estos signos y síntomas se debe hacer un buen interrogatorio, ante el antecedente referido por la madre de haber amanecido mojada, con un líquido con un olor parecido al hipoclorito de sodio (es muy parecido al olor de semen). Lo importante es tratar de saber cuanto líquido aproximadamente ha perdido. Examen físico, con la observación de la vulva para ver si realmente sale líquido o no, sino sale se puede ejercer una presión o pujo leve de la madre. No se debe hacer el “tacto”, porque se puede producir una mayor infección. Si no sale líquido, se efectúa la especuloscopia y se observa el cuello para verificar si sale o no líquido, entre otras pruebas.

La conducta ante la sospecha o certeza de una infección es interrumpir el embarazo y evacuar al producto, realizando una antibiótico terapia. Si la paciente ha presentado fiebre, entonces ese embarazo debe ser interrumpido, sea cual sea el pronóstico fetal y si no hay signos clínicos de una infección y se supone por la edad gestacional una inmadurez, se debe estar expectante

Embarazo Múltiple

En el género humano, lo normal es concebir los hijos de a uno, un embarazo de más de un embrión se lo considera fuera de lo habitual y está encuadrado dentro de los embarazos de alto riesgo, por que se apartan de lo normal. Esto no significa que tenga que complicarse siempre, pero tienen mayor frecuencia de asociarse a algunas enfermedades del embarazo.

Cherney, A (1999) en “Diagnostico y Tratamiento Gineco-Obstétrico” explica que “uno de cada 80 embarazos es un gemelar doble (mellizos), uno de cada 8.000 es gemelar triple (trillizos), uno de cada 1.000.000 es gemelar

cuádruple (cuatrillizos)” (Pág. 32). Estos números han ido variando debido a tratamientos de estimulación de la ovulación y embarazos mediante técnicas de fertilización asistida, por lo cual actualmente la aparición de embarazos múltiples es cada vez mayor. Existen factores hereditarios que se transmiten sólo por vía materna, o sea que solamente los antecedentes de embarazos múltiples de la mujer son los que cuentan.

Se ha demostrado que cuando la mujer se embaraza por primera vez después de los 30 años tiene mayores posibilidades de embarazos múltiples y se desconoce por cuál mecanismo se produce. También quedar embarazada en el mes siguiente a la suspensión de pastillas anticonceptivas anovulatorias aumenta los riesgos de embarazo múltiple.

Cherney, A (1999) explica que “en los casos de embarazos dobles hay dos mecanismos. El primero para los gemelos idénticos (monocigóticos) y el segundo para los mellizos” (Pág. 132). Los gemelos, se produce después de la fecundación, no se sabe exactamente el porqué, la primera célula se divide en dos células que continúan independientemente su desarrollo dando como resultado dos embriones, que tienen características físicas, emocionales, y sexo idéntico, ya que comparten la misma carga genética. Además comparten la misma placenta. Estos casos son los menos frecuentes (30%), y los que pueden complicarse con mayor frecuencia.

Los mellizos tienen el parecido habitual entre dos hermanos, y pueden ser de distinto sexo. Son dos óvulos que son fecundados por dos espermatozoides, resultando dos embarazos simultáneos, pero con su propia placenta, lo que disminuye alguno de los riesgos del embarazo gemelar. Son los más frecuentes (70%). En general se diagnostica porque el tamaño del útero es mucho mayor en los embarazos múltiples, y a veces la embarazada presenta

muchos más síntomas de los habituales (especialmente náuseas y/o vómitos). Esto último se comprende sabiendo que dos placentas forman muchas mas hormonas que una, y los síntomas se deben a las hormonas placentarias.

Actualmente se realizan ecografías desde embarazos muy tempranos, motivo por el cual el diagnóstico es muy precoz. Es muy raro escuchar que los padres se enteran del embarazo gemelar en el momento del nacimiento. La complicación mas frecuente según Rock, J y Muller, S. (2003) en su libro "Ginecología Clínica" es el parto prematuro "normalmente la duración de un embarazo único es en promedio de 40 semanas, en los casos de embarazos dobles la duración promedio es de 37 semanas. No existen estadísticas comprobables en los casos de más de dos bebés". (Pág. 232).

Además del parto prematuro hay mayores riesgos de pre-eclampsia o hipertensión inducida por el embarazo, que se presenta con una frecuencia del doble comparado con los embarazos únicos. También aparece más precozmente y a veces es más difícil de controlar mediante los medicamentos que se usan habitualmente. El bajo peso al momento de nacer es otra de las complicaciones más comunes de los embarazos múltiples. Aproximadamente el 50% de los embarazos dobles presentan esta complicación.

El bajo peso tiene su explicación, ya que deben compartir el flujo de alimentos que reciben del útero materno. Sin embargo tienen la característica que después del nacimiento aumentan de peso mucho más rápido que los recién nacidos que nacen con pesos acordes a su edad gestacional. Lo fundamental es el diagnóstico precoz de un embarazo múltiple.

De ahí en adelante el médico se encargará de asesorar a la paciente respecto de los beneficios de una dieta adecuada, una vida sin excesos de

actividad física y conocer cuáles son los síntomas y signos que preceden a las complicaciones posibles. La vía del nacimiento dependerá de la evolución de todo el embarazo, y de la posición en la que se encuentran los bebés en el momento que se desencadene el trabajo de parto.

Hay mayor frecuencia de partos mediante operación cesárea que en los embarazos únicos. La causa más frecuente es que uno o los dos bebés se ubiquen en posición podálica (de cola). Existe consenso internacional que el parto en presentación podálica es de mayor riesgo por traumatismos obstétricos para los bebés que nacen en esta posición. En los partos normales el mecanismo es idéntico al del embarazo único. Por lo general son bebés de tamaño menor, por lo que el parto en sí es mucho más sencillo, y el segundo nace a los pocos minutos del primero.

Malformaciones Congénitas

Las anomalías genéticas constituyen el 90% de los abortos precoces espontáneos. Aunque los padres posean un cariotipo normal, el feto puede, sin embargo, presentar un anormal emparejamiento de sus cromosomas: trisomía, monosomía, triploides, etc. El cuerpo de la mujer rechaza entonces al embrión como si se deshiciera de un cuerpo extraño en forma de aborto o durante la gestación después de las 20 semanas. Este proceso no merma en absoluto la capacidad de desarrollar futuros embarazos con toda normalidad.

Podemos decir entonces que las malformaciones congénitas ocupan un lugar preponderante dentro de la patología humana, tanto por su relativa frecuencia como por las repercusiones estéticas, funcionales, psicológicas y sociales que implican. Al respecto, Almaguer, P y Fonseca, M (2002) señalan

que “la incidencia a nivel mundial de defectos congénitos al nacimiento oscila 25-62 por 1000 recién nacidos, la incidencia de desordenes congénitos severos que pueden causar la muerte prematura o enfermedades crónicas a lo largo de la vida es de 43 x 1000 recién nacidos” (Pág. 8).

Es difícil calcular la frecuencia global de las malformaciones congénitas, ya que existen variaciones relacionadas a las diferencias étnicas de grupos humanos, así como las características geográficas de los países. El conocimiento de que las malformaciones congénitas constituyen un problema de gran repercusión en los países subdesarrollados hace necesario determinar todos aquellos factores de riesgo y trastornos perinatales asociados con defectos congénitos que nos permite conocer, valorar, agotar los recursos diagnósticos y proporcionar información necesaria y asimilable a la población en riesgo y de esta manera incidir en el riesgo de recurrencia en la prevención de las mismas.

Macrosomía Fetal

Modanlou H, Dorchester W, Thorosina A y Freeman R (1995) “Macrosomia maternal, fetal and neonatal implications” exponen que “la macrosomía fetal actualmente debe ser definida como el feto grande para la edad de gestación (> percentil 90) en base al incrementado riesgo perinatal que presenta”. (Pág. 65)

Tradicionalmente, la macrosomía fetal ha sido definida por un peso arbitrario al nacer, tal como 4 000, 4 100, 4 500 ó 4 536 gramos. El parto de estos fetos grandes ocasiona traumatismo tanto en la madre como en el feto. Históricamente, la macrosomía fetal ha estado asociada a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, dos veces mayor que la de la población general. Los análisis de estadística vitales han demostrado un

incremento del peso al nacer a través del tiempo, siendo este incremento mayor en los países industrializados.

El peso al nacer $> 4\,000$ g que representa aproximadamente al 5% de todos los nacimientos ha sido considerado en la mayoría de los estudios como sinónimo de macrosomía fetal. Por otro lado, el feto grande para la edad de gestación (GEG) que representa al 10% de la población general de recién nacidos ha recibido hasta el momento poca atención por parte de los investigadores; es decir, un 5% de los fetos grandes no son clasificados en la actualidad como macrosómicos y no se benefician del enfoque de riesgo perinatal. Por lo tanto, la definición más correcta de macrosomía es la de considerar la edad gestacional y el percentil los cuales tienen significativo mayor riesgo perinatal que los fetos de tamaño normal.

Kliegman, R y Gross T (2000) explican que “dentro de los factores asociados a esta mayor incidencia se señalan la mayor edad de la madre, obesidad materna pre-embarazo, resistencia a la insulina y el incremento en la incidencia de diabetes gestacional” (Pág. 112). Este trastorno del metabolismo fetal es clínicamente importante debido a que se asocia a un significativo incremento de la morbilidad materna y morbi-mortalidad fetal. Se asocia con un aumento de las tasas de parto prematuro, inducción de trabajo de parto, parto operatorio, detención de la progresión del trabajo de parto, desgarros perineales mayores (III y IV grado), daño al nervio pudendo y hemorragia postparto.

Asimismo, los recién nacidos macrosómicos se encuentran en mayor riesgo de distocia de hombro, fractura de clavícula, lesión de plexo braquial y asfixia perinatal. Cabe notar que la tasa, así como el tipo de morbilidad neonatal, varía de acuerdo al criterio diagnóstico empleado. Por este motivo, Modanlou H,

Dorchester W, Thorosina A y Freeman R (1995), señalan la importancia de sub clasificar a los recién nacidos macrosómicos en tres categorías.

En el caso de recién nacidos entre 4000 y 4499 g observaron un significativo aumento en el riesgo de *complicaciones asociadas al parto*, mientras que los recién nacidos entre 4500 y 4999 g presentaron mayor riesgo de *morbilidad neonatal*. Por el contrario, un peso de nacimiento mayor a 5000 g sería un importante factor predictivo de riesgo de *mortalidad neonatal*.

Oligohidramnios

Oligohidramnios es un término médico que significa "poco líquido amniótico". Spong C (2001) explica que esta condición afecta a aproximadamente el 8 por ciento de los embarazos y puede desarrollarse en cualquier momento durante el mismo, aunque es más común en el último trimestre. Aproximadamente el 12 por ciento de las mujeres cuyos embarazos se prolongan dos semanas después de la fecha prevista para el parto, desarrolla oligohidramnios debido a que los niveles de líquido amniótico bajan en forma natural. El oligohidramnios se diagnostica mediante ultrasonido.

La causa conocida más importante del oligohidramnios en la primera etapa del embarazo son los defectos de nacimiento en el bebé (que con frecuencia afectan a los riñones u otras partes del tracto urinario) y la ruptura de las membranas. El efecto del oligohidramnios en el bebé depende de la causa, la etapa del embarazo en la que se produce, y del nivel de líquido amniótico. Durante la primera mitad del embarazo, el oligohidramnios está asociado con defectos de nacimiento en los pulmones y extremidades y aumenta el riesgo de aborto espontáneo, nacimiento prematuro y nacimiento sin vida.

Cuando el oligohidramnios se produce durante la segunda mitad del embarazo, se asocia con el crecimiento insuficiente del feto. Cerca del parto, puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Aún no se conocen bien las causas del oligohidramnios. La mayoría de las mujeres embarazadas que desarrollan la condición no tienen factores de riesgo identificables. Una de las cosas que el médico debe controlar es el tamaño de su abdomen y la cantidad de líquido amniótico que tiene en el interior del útero. Si desarrolla un problema, este tomará las medidas necesarias para evitar otras complicaciones para la madre y su bebé.

Las mujeres que tienen un riesgo mayor de desarrollar oligohidramnios incluyen aquellas con alta presión arterial, diabetes, lupus y problemas de la placenta. El tratamiento, si es indicado, puede incluir el reemplazar el líquido amniótico con un sustituto artificial una vez la mujer está en el trabajo de parto. Si es diagnosticado un oligohidramnios, es importante que la madre se alimente bien, beba suficientes líquidos (preferiblemente agua), descanse más, evite fumar y llame a su médico de inmediato si presenta señales del parto prematuro.

Polihidramnios

Aproximadamente el 2 por ciento de las mujeres embarazadas tiene demasiado líquido amniótico (polihidramnios). Esta condición se diagnostica mediante ultrasonido. La mayoría de los casos son leves y producto de una acumulación gradual de líquido durante la segunda mitad del embarazo. Aproximadamente en la mitad de los casos, el polihidramnios desaparece por sí solo. Pero algunos casos comienzan ya a las 16 semanas del embarazo y suelen desembocar en un parto muy prematuro.

La principal causa del polihidramnios es un defecto congénito del sistema nervioso central, el tracto gastrointestinal, la vejiga y los riñones. Smith C. (1999) “Valoración del líquido amniótico” refiere que “el polihidramnio puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, incluida la ruptura prematura de las membranas, nacimiento prematuro, accidentes del cordón umbilical, desprendimiento de la placenta, poco crecimiento del bebé y nacimiento sin vida” (Pág. 181).

Aún no se conocen bien las causas del polihidramnios. Aproximadamente dos tercios de las mujeres embarazadas que desarrollan la condición no presentan factores de riesgo identificables. Las mujeres con diabetes crónica tienen un riesgo mayor de desarrollar polihidramnios, aunque parecen tener menos complicaciones derivadas de él que las no diabéticas. Ante la sospecha de esta patología, el médico someterá a la embarazada a pruebas adicionales y a un seguimiento especial durante todo su embarazo. El tratamiento, si está indicado, puede consistir en eliminar parte del líquido amniótico o utilizar medicamentos para reducir los niveles de líquido.

Infecciones Vaginales

Es muy frecuente que durante el embarazo la mujer se preocupe por la aparición de mayores secreciones vaginales y piense que sea una infección que pueda afectar a su bebé. A pesar de ser desagradable para la embarazada y la pareja, este flujo es normal durante el embarazo, especialmente durante el último trimestre de la gestación y no debe ser causa de preocupación.

Normalmente durante todo el embarazo hay un aumento en las secreciones vaginales provocado especialmente por la elevación de las hormonas placentarias. En general se caracteriza por ser un flujo blanquecino,

con poco olor, líquido, muy similar al que muchas mujeres tienen en el período premenstrual.

Gilles, G. (2002) en “Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecología” expone que:

Las infecciones vaginales o vaginitis son un conjunto de enfermedades infecciosas e inflamatorias que afectan la mucosa vaginal y el cuello del útero. Varían con la edad debido a los cambios hormonales y a la actividad sexual, además de que son frecuentes y recurrentes. (Pág. 118)

La flora bacteriana protectora de la vagina contiene muchos microorganismos, particularmente lacto bacilos o bacilos de Doderlein que desempeñan un papel crucial para mantener la acidez característica de la vagina. Dentro de la flora vaginal normal también está presente un hongo llamado Candida Albicans, que vive en simbiosis junto con otros microorganismos. Bajo ciertas condiciones o factores, estos microorganismos proliferan, con lo cual se desencadena una infección vaginal.

Por esta razón, es muy importante mantener la zona genital limpia y seca, usar solamente ropa interior de algodón, evita la ropa ajustada y los jeans y ropa de gimnasia de materiales sintéticos. Así mismo, evitar el uso de tampones, ya que se pueden introducir gérmenes indeseables en la vagina, causantes de infecciones vaginales serias, con riesgos de infección intrauterina, así como de jabones desodorantes o muy perfumados, baños de espuma y desodorantes femeninos. No deben realizarse duchas vaginales a menos que estén indicadas por el médico, y solo con equipos descartables.

Si aparece un flujo vaginal amarillento, verdoso o espeso con mal olor o acompañado de ardor, picazón, enrojecimiento de la zona genital, puede deberse a una infección que requiera de un tratamiento específico. La embarazada debe consultar enseguida con el médico para un correcto diagnóstico. En los casos de infecciones por hongos como la candida albicans (candidiasis), es importante tratarlas antes del parto para evitar contagiar al recién nacido.

La infección vaginal se sospecha que cada vez tiene más protagonismo en provocar rotura temprana de membrana y el parto espontáneo. En realidad se trata de la vaginosis, que no es una infección propiamente dicha, sino una modificación patógena de la flora vaginal.

Gilles, G. (2002) menciona que “es importante la detección precoz y control de este trastorno, debido a que puede desencadenar complicaciones del embarazo, como el parto prematuro” (Pág. 120). Su desarrollo a veces depende de factores como la promiscuidad sexual y una inadecuada higiene durante el embarazo.

Es más frecuente en poblaciones de bajos recursos económicos y educacionales y en los extremos de las edades de las mujeres que conciben, 18 y 40 años. En las jóvenes por cuestiones educacionales, y en las mayores que ya han pasado por varios partos, debido a una mayor predisposición, ya que el cuello del útero no es tan continente y favorece la aparición de infecciones.

Infecciones Urinarias

Para los médicos el parto pretérmino representa una complicación de salud perinatal muy importante, ya que la prematuridad es la causa principal de los problemas de salud, e incluso de mortalidad, después del parto. Sin

embargo, el control prenatal y la intervención a tiempo del parto prematuro a cargo de instituciones y profesionales especialmente preparados disminuye notoriamente los riesgos.

Uno de los factores que puede llevar a esta complicación del embarazo, explica Votta, R. (2000) que “es la infección urinaria, la cual afecta a un gran porcentaje de embarazadas, por lo cuál, el diagnóstico, tratamiento y conducta obstétrica son de fundamental importancia” (Pág. 103).

El aumento de la progesterona en el embarazo hace que disminuya la presión media contráctil del uréter favoreciendo la entrada de gérmenes que pueden causar infección urinaria. Para detectarla, es importante prestar atención a los síntomas clínicos tales como: ardor o dolor al orinar, orinar seguido, sensación de seguir orinando, dolor de espalda a la altura de los riñones. Para confirmar un diagnóstico, es fundamental, realizar un análisis de orina y un urocultivo.

El urocultivo se indica ante la sospecha de una infección urinaria y es muy importante ya que su resultado nos confirma la existencia de la misma y además determina cuál es, específicamente, el origen de la infección para indicar el tratamiento adecuado. La técnica de recolección de orina para el urocultivo debe ser minuciosa, se debe retener orina durante 3 a 4 horas, realizar el lavado de genitales externos y colocación de un tapón vaginal, todo este proceso debe ser efectuado con previa higiene de manos evitando la manipulación de los elementos a utilizar, descartar el primer chorro de orina y recolectar el resto en un frasco estéril descartando el último chorro, también, para evitar posible contaminación de orina.

El tratamiento para la infección urinaria en el embarazo está indicado por el medico obstetra, el cuál, para seleccionar el antibiótico, se basa en que el germen que esté causando la infección, resultado que surge del urocultivo, sea sensible al antibiótico y que no dañe al embrión o feto de acuerdo a la semana de gestación. Ante cualquier síntoma de los descritos o ante cualquier duda durante el embarazo la mujer debe consultar al médico.

Hipertensión

La hipertensión forma parte de las alteraciones vasculares, así se denomina el aumento de la presión sanguínea. Un aumento de la cifra menor, la presión diastólica, es motivo de preocupación para los médicos, ya que corresponde a la medida del bombeo cardíaco en reposo.

Si padece la mujer padece de hipertensión, es recomendable que hable con su doctor antes de quedar embarazada. Posiblemente le indique un cambio de fármacos y le haga un seguimiento de su estado renal, pero, con una atención correcta, no hay ninguna razón que le impida tener un embarazo y un parto normales, aunque puede que ingrese antes de tiempo en el hospital. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión la atenderán en un centro de día, donde controlarán su presión.

Es necesario entonces que la mujer se controle el embarazo, porque sin el control debido la hipertensión se puede terminar en graves consecuencias. Ahora bien, en algunos casos más severos se recomendará el ingreso. A veces incluso será necesario avanzar el parto, mediante cesárea, a causa de la presión de la sangre materna en el bebé. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia, una afección muy seria.

La presión arterial normalmente desciende en el primer trimestre del embarazo, llegando incluso a valores de 15 mm. Hg. por debajo de los niveles previos al embarazo. Estas fluctuaciones tensionales suceden tanto en pacientes normotensas como en aquellas hipertensas crónicas. La hipertensión arterial durante el embarazo puede ser definida sobre la base de la presión arterial absoluta, la presión arterial media ó una elevación de la misma durante el segundo trimestre del embarazo, tomando como referencia la presión arterial basal en el primer trimestre.

Es fundamental la confirmación de los registros de la presión arterial en por lo menos dos oportunidades separados por un intervalo de 4 hrs. La posición de la paciente debe ser la misma durante los registros a fin de obviar los cambios tensionales, a veces, significativos que se producen en la presión acostada ó durante el decúbito lateral izquierdo.

Paller, M. (1998) "Hypertension in Pregnancy" explica que "las alteraciones hipertensivas durante el embarazo son una importante causa de muerte materna y morbilidad fetal en todo el mundo" (Pág. 211). Las pacientes embarazadas hipertensas están predispuestas al desarrollo de complicaciones potencialmente mortales; desprendimiento de placenta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, insuficiencia hepática y renal.

El número de mujeres que presentan hipertensión en el curso del embarazo puede estimarse en alrededor del 10%, con incidencias hasta del 20 % si la paciente es nulípara. A su vez, la prevalencia de hipertensión crónica en los embarazos difiere según la etnia y el área geográfica que se considere entre el 1 y el 5%.

Si durante el embarazo se desarrolla hipertensión atenderán a la embarazada en un centro diurno donde controlaran su tensión arterial. Ahora bien, en algunos casos más severos se ingresara a la paciente. A veces incluso será necesario avanzar el parto antes de que haya alcanzado el tiempo adecuado, mediante cesárea, a causa de la presión de la sangre materna en el bebe. Un aumento de la presión arterial al final del embarazo puede ser síntoma de pre-eclampsia.

La embarazada hipertensa a diferencia de incrementar el ejercicio se le propone mantener una actividad moderada y aumentar sus tiempos de reposo, incluso con periodos de siesta acostada sobre el lado izquierdo, porque tanto boca arriba como sobre el lado derecho, el útero grande comprime la vena cava y dificulta la buena circulación de la sangre. El reposo, mejora los edemas y ayuda a una correcta distribución del líquido corporal.

Una dieta rica en frutas y verduras, variada, sin embargo no se incluye la reducción calórica, salvo en casos muy concretos y bajo estricta supervisión del médico y el dietista. Así mismo la sal, sólo se restringe en aquellas gestantes hipertensas conocidas que ya respondieron a la reducción de sal en la dieta previamente, o en casos de insuficiencia renal o cardiaca. De lo contrario no se restringe la sal (dentro de un uso moderado de la misma).

Hipotiroidismo

Durante el embarazo, la fisiología tiroidea de las mujeres experimenta cambios bien definidos, incluyendo la duplicación de las concentraciones de la globulina transportadora de tiroxina debido al incremento de las concentraciones de estradiol del 30 al 40%. Estos cambios resultan en un significativo incremento en el pool de tiroxina total, primariamente durante el primer trimestre. Este

incremento puede ser condicionado ampliamente por estimulación tiroidea inducida por la gonadotrofina coriónica humana, desde un ligero incremento en la tiroxina libre y una reducción en el tirotrofina que ocurre en la semana 9 a 12 de gestación.

En general, sin embargo, la concentración de tirotrofina permanece dentro del rango normal por el resto de la gestación, a pesar del incremento del requerimiento en levotiroxina estimado en 30-50%. Además, es conocido que la mujer gestante es la única fuente de suministro al feto de hormonas tiroideas desde la concepción hasta aproximadamente la semana 13 de gestación cuando la función tiroidea fetal se ha desarrollada. Dado a que es posible la asociación de entre hipotiroidismo gestacional y deterioro del desarrollo intelectual y cognitivo del niño, así como también del incremento de la muerte fetal en mujeres con elevadas concentraciones de tirotrofina

Es el estado patológico en el que existe una producción insuficiente de las hormonas tiroideas, es decir de Tiroxina (T4) y Triyodotironina (T3). No es frecuente la presencia de un embarazo en una mujer hipotiroidea no tratada.

Comúnmente esas pacientes cursan con hiperprolactinemia y por lo tanto, con ciclos anovulatorios y amenorrea. Según Casey. M, Dashe. S, Wells. E, y McIntire D (2006) "los embarazos tienen mayor riesgo de aborto espontáneo y parto pretérmino, así como de presentar problemas perinatales como lo son el Bocio y Cretinismo verdadero. Por lo general el pronóstico es bueno con tratamiento" (Pág. 221). El Bocio endémico puede ser una importante causa de hipotiroidismo neonatal y su tratamiento es con suplemento de todo en la dieta de la embarazada.

Los síntomas de hipotiroidismo en la paciente embarazada no difieren de los encontrados fuera del embarazo: sentir frío, dolor muscular y de las articulaciones, debilidad, letárgica, fatiga, uñas frágiles, caída del cabello, piel seca, engrandecimiento de las tiroides, periodos menstruales mas abundantes, olvido, estreñimiento, latidos cardiacos mas lentos y aumento de peso.

Pre-eclamsia y Eclamsia

Los factores de riesgo de pre-eclamsia, pueden dividirse en preconcepcionales o crónicos y vinculados con el embarazo. La unidad fetoplacentaria contiene antígenos paternos que son extraños para la madre huésped. El principal apoyo para esta hipótesis proviene de estudios epidemiológicos, según Alvarado, S y Córdova, M. (1999) “demostraron el impacto de un cambio de compañero, el efecto protector de la exposición a los espermatozoides y la mayor incidencia de pre-eclamsia después de inseminación por donador, gestaciones con donación de oocitos o ambas”. (Pág. 344).

Así, el efecto protector de la multiparidad se pierde con un cambio de compañero. La duración de la cohabitación sexual es una determinante importante como factor de riesgo. Se ha señalado en varios estudios según Alvarado, S y Córdova, M (1999) que la inseminación artificial por donador causa un incremento sustancial (casi el doble) de pre-eclamsia. También los embarazos por donación de oocitos se vinculan con una mayor incidencia de pre-eclamsia”. (Pág. 383).

Así mismo, Contreras, F. Fouilioux, C. Betancourt. M, Colmenares Y. y Velasco M (2001) señalan que “se ha visto que en las mujeres primigestas la susceptibilidad es 6-8 veces mayor que en las multíparas”, (Pág. 120). Se sabe

que las madres que tuvieron pre-eclamsia en el primer embarazo tienen un riesgo sustancialmente mayor de presentarla en uno posterior.

El riesgo de pre-eclamsia de embarazos posteriores es mas alto cuando la enfermedad es mas intensa, más temprana o se vincula con un menor peso al nacer. Los autores antes mencionados, exponen que “ser hija de madre pre-eclamtica, aumenta el riesgo de padecer pre-eclamsia” (Pág. 123). El antecedente familiar de pre-eclamsia se vincula con un riesgo triple de padecerla y cuádruple de que sea en la forma grave.

Se han relacionado innumerables patologías con el desarrollo de pre-eclamsia, tanto genéticas, ambientales o vinculadas con el comportamiento. Entre ellas se incluyen hipertensión arterial, obesidad, aumento en la resistencia a la insulina, diabetes, niveles elevados de testosterona, raza negra y trastornos tromboembólicos. A mayor presión arterial pregestacional, mayor riesgo de pre-eclamsia; la posibilidad de presentar pre-eclamsia agregada es particularmente mayor en mujeres con hipertensión grave de larga duración y en aquellos con enfermedad cardiovascular o nefropatías previas.

La obesidad, la resistencia a la insulina y la intolerancia a la glucosa tienen fuerte vínculo con la hipertensión no gestacional, no se conoce por completo el mecanismo exacto por el que la obesidad, la resistencia a la insulina o ambas, se asocian con mayor posibilidad de pre-eclamsia.

Sibai, B y Velasco, J. (1994) definen eclampsia en “El Síndrome de HELLP: Una complicación de la Pre-eclampsia” como el “cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de un síndrome convulsivo generalizado y complejo durante la segunda mitad del embarazo ó las primeras 48 horas del puerperio, en una paciente con signos de pre-eclampsia.” (Pág. 254).

La eclampsia puede presentarse en los períodos anteparto, Intraparto, postparto y tardía postparto. De acuerdo con el curso clínico y la severidad del compromiso neurológico existen tres categorías: *Eclampsia Típica*; Convulsiones tónicoclónicas, generalizadas y complejas, autolimitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes dos horas de la crisis.

Eclampsia Atípica, cuadro neurológico que aparece antes de la semana 24 del embarazo, o después de 48 horas postparto, sin signos de inminencia previos a la crisis. *Eclampsia Complicada* cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan de accidente cerebrovascular, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan un compromiso neurológico persistente, manifestado por focalizaciones, estado eclámpico (3 o más convulsiones), coma prolongado.

Sibai, B y Velasco, J. (1994) también explican que “el estudio de imágenes neurodiagnósticas está indicado en los casos de eclampsia complicada y tardía postparto (Pág. 258). Se debe realizar tomografía axial computarizada o resonancia nuclear magnética. En los cuadros clínicos de eclampsia atípica debe descartarse la presencia de: hemorragia subaracnoidea, trombosis de senos subdurales, intoxicación hídrica, epilepsia y neurosis conversiva.

Se debe recordar que durante el estado postictal el compromiso fetal es muy importante por el periodo transitorio de apnea materna. Preferiblemente el feto debe ser reanimado in útero. Durante el período de impregnación con magnesio, no deben realizarse estímulos dolorosos a la paciente tales como venoclisis, toma de laboratorios, colocación de catéter vesical.

Después de realizar la reanimación intrauterina, es necesario definir el bienestar fetal y descartar la presencia coincidente de abrupcio placentae, que indicaría la terminación inmediata del embarazo mediante cesárea. Sin embargo, el momento ideal para terminar el embarazo, es posterior a la recuperación del estado de conciencia materno y la estabilización de las cifras tensionales. No olvidar, que salvo casos excepcionales, la eclampsia es multisistémica y debe siempre valorarse el compromiso hemodinámico, hematológico y hepatorrenal.

Diabetes Gestacional

Burton, B (1997) en su libro “La Nutrición y el Embarazo” manifiesta que la diabetes gestacional es una forma de diabetes inducida por el embarazo:

No se conoce una causa específica de la enfermedad pero se cree que las hormonas del embarazo reducen la capacidad que tiene el cuerpo de utilizar la insulina, hormona que convierte el azúcar en energía. El resultado es un alto nivel de azúcar en la sangre. La incidencia de la diabetes gestacional es de un dos o un tres por ciento de las mujeres embarazadas. (Pág. 247)

Los factores de riesgo para sufrir diabetes gestacional son: poseer una historia familiar de diabetes tipo 2, edad de la mujer (a mayor edad mayor riesgo), raza (son más propensas afroamericanas, nativas, norteamericanas e hispánicas), obesidad, diabetes gestacional en otro embarazo, haber tenido en un embarazo previo un niño con más de 4 kilos y fumar dobla el riesgo de diabetes gestacional.

El tratamiento se centra en mantener el nivel de azúcar en sangre en los rangos normales y puede incluir: dieta especial, ejercicio, control diario del nivel de azúcar en sangre e inyecciones de insulina. A menudo, la diabetes

gestacional puede ser tratada con dieta y ejercicio. Si este tratamiento no resulta, se procederá a la administración de insulina.

Si tiene diabetes la mujer debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedar embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posible. Es probable que necesite una mayor cantidad de insulina durante el embarazo y en la consulta se hará un seguimiento detallado de la cantidad que precise en cada momento, pues puede variar. También es probable que la mujer deba acudir con mayor frecuencia al hospital para realizar las pruebas prenatales y poner un especial cuidado en la dieta.

Hay mujeres a quienes se les diagnostica diabetes gestacional, la cual se desarrolla durante el embarazo y suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente.

Modelo Teórico de Enfermería

Teoría de Betty Neuman: Modelo de los Sistemas.

Neuman apoya la intervención precoz cuando se sospecha o se identifica la presencia de un agente estresante, las intervenciones se llevan a cabo e base al grado de reacciones posibles o reales, los recursos objetivos y resultados previstos y los identifican tres (3) niveles de intervención.

- Prevención Primaria: es la que se realiza cuando se sospecha o se identifica la presencia del factor estresante, en ese momento la reacción no ha tenido lugar pero se conoce el riesgo.

- Prevención Secundaria: abarca las intervenciones o tratamientos indicados después que se hayan producido los síntomas.

- Prevención Terciaria: se produce después de la fase de tratamiento activo o de la prevención secundaria. El objetivo es mejorar la resistencia.

Persona: los modelos de los sistemas de Neuman presentan al paciente como persona en su totalidad, esto es como una mezcla de interrelaciones entre los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, evolutivos y espirituales.

Salud: equipara la salud al bienestar y define salud o bienestar como la situación en la cual todas las partes y subpartes se encuentran en armonía con el paciente en su totalidad.

Es por ello que la teoría de Betty Neuman se encuentra fuertemente relacionada con la presente investigación, ya que la prevención juega un papel importante para evitar la incidencia de complicaciones de cualquier proceso, en este caso, el conocer la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo en el embarazo e inducen al parto prematuro, sirve de herramienta para identificar los que mayormente afectan a la población en estudio y desarrollar actividades para disminuir dicha incidencia, en base a los datos obtenidos con la presente investigación.

En cuanto a la persona, esta teoría coincide con el trato del paciente en una forma integral, en este caso se toma en cuenta a la embarazada de una manera integral. En lo que a salud se refiere, Betty Neuman aplico la prevención y la armonía en su totalidad. Para el desenvolvimiento de un embarazo feliz y a termino es necesario prevenir y detectar a tiempo cualquier factor que pudiera intervenir y de esta manera llegar al objetivo deseado: un parto a termino y un bebe y madre sanos.

Sistema de Variables

Variable

Información que poseen las mujeres embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que inducen al parto prematuro y que asisten a la consulta prenatal.

Definición Conceptual

Según Villatoro, P y Silva, A. (2005), la información “es un fenómeno que proporciona significado o sentido a las cosas e indica mediante códigos y conjuntos de datos, los modelos del pensamiento humano, por tanto, procesa y genera el conocimiento humano”. (Pág. 110)

Definición operacional

Con la información que las mujeres manejan acerca de los factores de riesgo que pueden presentar como antecedentes de un embarazo o riesgos gestacionales, se obtiene una importante herramienta para posteriormente desarrollar acciones que permitan prevenir y/o disminuir las consecuencias negativas que estos pueden ejercer sobre el feto y/o la madre, ya que estas pueden ser de menor o mayor gravedad.

Operacionalización de Variables

Variable: Información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir a un parto prematuro y que asisten a la consulta prenatal.

Definición operacional Con la información que las mujeres manejan acerca de los factores de riesgo que pueden presentar como antecedentes de un embarazo o riesgos gestacionales, se obtiene una importante herramienta para posteriormente desarrollar acciones que permitan prevenir y/o disminuir las consecuencias negativas que estos pueden ejercer sobre el feto y/o la madre, ya que estas pueden ser de menor o mayor gravedad.

DIMENSION	INDICADORES	SUB-INDICA
Antecedentes Personales: Es la información manifestada por las embarazadas acerca de la salud, aspecto obstétrico y social como factores de riesgo	Salud Trata de la información que tienen las embarazadas sobre aquellas enfermedades que padecidas antes del embarazo pueden representar un riesgo para un parto prematuro. Obstétricos Es la información	• Enfermedades hereditarias • Parto prematuro previo • Aborto(s) anterior(es) • Anomalías Uterinas • Cuerpo extraño in útero • Hábitos Nocivos • Edad • Nivel socioeconómico

anteriores al embarazo y que pueden inducir a un parto prematuro. Riesgos Gestacionales Trata de la información que poseen las embarazadas acerca de los cuidados prenatales, factores ginecobstétricos y las patologías infecciosas y no infecciosas como factores de riesgo que presentes en el embarazo pueden inducir a un parto prematuro.	que poseen las embarazadas acerca antecedentes parto prematuro y aborto(s), anomalías uterinas y cuerpo extraño en el útero como factores de riesgo obstétrico para un embarazo actual. Sociales Información que tienen las embarazadas acerca de los hábitos nocivos, edad y nivel socioeconómico, como factores de riesgo sociales que pueden inducir a un parto prematuro en un embarazo. Cuidados Prenatales Es la información que poseen las embarazadas acerca de la asistencia al control, traumatismos, automedicación y trabajo físico forzado como factores de riesgo que pueden llevar al parto prematuro en un embarazo. Ginecobstétricos Trata de la	• Asistencia al control • Traumatismos • Automedicación • Trabajo físico forzado • Metrorragia • Placenta Previa • Desprendimiento Previo de Placenta • Ruptura Prematura de Membranas • Embarazo Múltiple • Malformación Congénita • Macrosomía Fetal • Oligohidramnios • Polihidramnios • Infección Vaginal • Infección Urinaria • Enfermedades Sistémicas Graves
--	--	--

	información que manejan las embarazadas acerca de la metrorragia, placenta previa, desprendimiento prematuro de membranas, embarazos múltiples, malformación congénita, macrosomía fetal, oligo y polihidramnios como factores que pueden interferir en un embarazo y llevarlo al parto prematuro. Patologías Infecciosas Se refiere a la información que manejan las mujeres embarazadas acerca de las infecciones bacterianas y virales como factor de riesgo durante el embarazo. Patologías Infecciosas no Información que manifiestan las mujeres	
--	---	--

	embarazadas acerca de las enfermedades que son de riesgo para la madre y/o el feto al padecerlas durante el embarazo.	
--	---	--

CAPITULO III

DISEÑO METODOLOGICO

En función de las características derivadas del problema de investigación y de los objetivos delimitados. En el diseño metodológico del presente estudio se introducirán las estrategias básicas y los procedimientos mas apropiados para recopilar, presentar y analizar datos con la finalidad de cumplir con el propósito de la investigación planteada.

Tipo de Estudio

La investigación realizada es de tipo descriptiva, cuyo propósito es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación. El estudio descriptivo definido por Méndez (1995) “identifica características del universo de investigación, señala formas de conductas y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación”. (Pág. 176).

Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, L (1998), refieren que esto se orienta a determinar las propiedades importantes de las personas, grupos o fenómenos con base en el análisis de las informaciones obtenidas en el objeto estudiado.

La investigación planteada pretendió determinar la realidad actual con relación a la información que poseen las embarazadas con respecto a los factores de riesgo del embarazo existentes antes o durante el mismo y que pueden inducir a un parto prematuro.

Diseño de la Investigación

De acuerdo al diseño de la investigación, se trata de un estudio no experimental, según Balestrini, M (2001) lo expresa así “donde se observan los hechos estudiados tal como se manifiestan en su ambiente natural” (Pág. 132); se estudio la variable antes mencionada tal y como se presento en su contexto natural para luego describirla.

Igualmente cabe citar a Pólit, D y Hungler, B (1994), quienes señalan que el diseño de la investigación se refiere al “...plan general para responder a las preguntas que se investigan y probar las hipótesis, indica las estrategias que se adoptaran para obtener información precisa, objetiva y con significado...” (Pág. 234). En este sentido, el estudio planteado se refiere a un diseño de investigación de campo. Así mismo entre las razones que plantean para emprender una investigación no experimental mencionan principalmente que por tratarse de investigaciones con seres humanos, estos poseen un gran numero de características que no son en si susceptibles a manipulación experimental.

Otra razón importante, es la siguiente, para que una investigación sea realmente experimental se necesita cumplir con tres condiciones esenciales que son: manipulación, control y aleatoriedad y esta investigación no cumple con estas condiciones. El motivo primordial, es que los objetivos de esta investigación, no ameritan un diseño experimental ya que consisten en determinar la información que poseen las embarazadas con respecto a los factores de riesgo del embarazo antes o durante el mismo que pueden inducir a un parto prematuro.

El diseño de la investigación también es de campo, a lo que Balestrini (1998) señala que “en los estudios de campo, el investigador usa la selección de

sujetos y la medición de condiciones existentes en las situaciones de campo, como un método de determinar correlaciones”. (Pág. 119).

Según el Manual de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (1998) define investigación de campo como:

La que se caracteriza por la recolección de los datos por parte del investigador en el mismo lugar donde ocurren los acontecimientos, con la finalidad principal de explicar sus causas o efectos, entender su naturaleza o predecir su ocurrencia, gracias al análisis sistemático de un problema determinado. (Pág. 12).

Con base a lo expuesto el diseño es de campo, porque se realizara en el ambiente natural donde se desenvuelven las mujeres embarazadas que asisten a la consulta en el ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza” en Antímano - Caracas. Así también se desea recolectar la información a través de la aplicación una prueba de conocimiento para ellas, en dicha consulta prenatal, donde se manifiestan los eventos, es decir donde ellas asisten a controlar su embarazo.

Población

En una investigación la búsqueda de datos apropiados permite conocer ciertos problemas en cuanto a conocimientos lo cual permiten que sean resueltos, estas informaciones son obtenidas por un conjunto de individuos de los que se desea conocer algo de una investigación.

Tamayo, M y Tamayo (2000), afirman que “población es la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una

característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación.” (Pág. 114).

La población_esta conformada por 200 mujeres embarazadas que asisten a la consulta prenatal en el ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza” ubicado en la parroquia Antímamo, Caracas, en el tercer trimestre del año 2006.

Muestra

La muestra_es un subconjunto de la población y según Pineda E; Alvarado, C y Canales, F (1994), “la muestra es el conjunto o parte del universo o población en que se llevara a cabo la investigación con el fin posterior de generalizar los hallazgos al todo” (Pág. 108). Por lo cual la muestra representa una parte determinante de la población la cual posee todas las características para ser investigada en determinado momento.

En este estudio por tratarse de una población amplia, la muestra esta conformada 60 mujeres, todas embarazadas, que asisten a la consulta prenatal del ambulatorio “Dr. Armando Castillo Plaza” ubicada en Antímamo Caracas.

Según la Universidad Nacional Abierta (1991), “el muestreo aleatorio simple, es aquel en que todos y cada uno de los elementos de la población, tienen la misma probabilidad de estar incluidas en la muestra escogida”. (Pág. 281).

El método aplicado en esta investigación fue el cuestionario tipo examen. Según Balderas, M (1985) refiere que “el cuestionario es un

instrumento para la recolección de información, que es llenado por el encuestado”, (Pág. 192).

El instrumento estará conformado por ítemes que provienen de la matriz de la variable de estudio. En función a lo expuesto por el autor esto permitirá recoger los datos en forma directa de la realidad, mediante el trabajo concreto del investigador y su equipo de trabajo. El método e instrumento utilizado, se le aplicara a la muestra que se seleccione de la población.

Tomando en cuenta lo expuesto por Tamayo, M y Tamayo (2000), que plantean “la recolección de datos depende en gran parte del tipo de investigación y del problema planteado para la misma y puede efectuarse desde la simple ficha bibliográfica, observación, entrevista, cuestionario”. (Pág.132).

En función de los objetivos de esta investigación y de la variable de estudio, para la recolección de información se utilizara el método de cuestionario, estructurado por veintiocho (28) preguntas con cinco (5) alternativas para seleccionar una. Según Pineda, E: Alvarado, E. y Canales, F. (1998) “el cuestionario es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso destinado a la obtención de un conjunto de respuestas sobre un problema en estudio” (Pág. 100)

El procedimiento para la recolección de la información

Para realizar esta investigación se hicieron observaciones directas por la misma investigadora, en la unidad objeto de estudio, a través del instrumento (cuestionario) para registrar el conocimiento que poseen las embarazadas

acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir a un parto prematuro. Las instrucciones para su aplicación se llevaron a cabo con exactitud.

Según Tamayo, M y Tamayo (2000) “se debe explicar aquí, el procedimiento, lugar y condiciones de la recolección de datos. Esta sección es la expresión operativa del diseño de investigación la especificación completa de cómo se hará la investigación.”(Pág. 124). Se procedió a aplicar el instrumento que utilizo para registrar los datos obtenidos de las observaciones realizadas por los investigadores en la unidad objeto de estudio.

Básicamente consiste en la observación de la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgo del embarazo que pueden inducir a un parto prematuro, con cinco alternativas posibles. El guión contiene una introducción donde se explica como se realizaron las observaciones y esta dividido en dos partes o secciones, que son los componentes más importantes que debe conocer la mujer embarazada: los antecedentes personales como factores de riesgos y riesgos gestacionales el embarazo. Estas secciones son:

- Antecedentes personales: Son todos aquellos factores que están presentes antes de que la mujer quede embarazada y que representan un riesgo para el mismo, afectando a la mujer o al feto. Contiene los items del 1 al 9.
- Factores de riesgos gestacionales: son todos aquellos factores que pueden afectar a la mujer o al niño durante la gestación. Contiene del ítem 10 al 28.

El instrumento se aplicó en un lapso de una semana y las observaciones se realizaron solo en el turno de la mañana a sesenta mujeres que conformaron la totalidad de la muestra.

Validez

Hernández, S, Fernández, C y Baptista, L. (1998), afirman que la validez es entendida como el “grado en que un instrumento mide lo que se pretende medir” (Pág. 211) se determinó a través, de la concordancia del contenido del instrumento con la definición operacional de la variable, sus indicadores y subindicadores. La validez se realizó a través de la técnica de juicios de expertos quienes recibieron copia del instrumento y de los primeros capítulos de la investigación, con el objeto de ser evaluado para determinar si podía ser aplicado. En este caso los expertos y especialistas fueron del área ginecobstetricia, neonatología, enfermería en neonatología, y otros expertos del área, que avalaron la validez del instrumento en cuanto al contenido.

Confiabilidad

La confiabilidad del instrumento se determinó analizando, si realmente, este arroja datos que correspondan a la realidad que se pretende conocer, o sea, su exactitud de la medición. Tamayo, M y Tamayo (2000), plantean en su obra que “antes de realizar la investigación es conveniente y necesario para la efectividad de la misma cuestionar la calidad del instrumento que se ha diseñado y se piensa aplicar”. (Pág. 149)

Hernández, S, Fernández, C y Baptista, L. (1998) afirman que “la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados”. (Pág. 143). En el ambulatorio “Humberto Fernández Morón” de Las Adjuntas Caracas, se realizó la aplicación de la prueba piloto; obteniéndose resultados satisfactorios que corroboraron su confiabilidad.

La prueba piloto se realizó a un total de quince (15) mujeres de la consulta prenatal, por representar el 25% del número total de la muestra que se estudia en esta investigación. Para que la muestra fuera representativa ya que plantean Tamayo, M y Tamayo (2000) refiriéndose a la prueba piloto que “este estudio o preinvestigación debe realizarse en una pequeña muestra la cual debe darnos confiabilidad, es decir, debe ser lo mas representativa posible a muestra definitiva de la población de la investigación”. (Pág. 142)

Se aplicó el cuestionario al grupo de mujeres y los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente por el coeficiente Alpha de Cronbach, el cual arrojó un resultado de 0,81238 que indica la confiabilidad del instrumento.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

Una vez aplicados los instrumentos a la población objeto de estudio, los datos obtenidos fueron tabulados mediante una estadística tipo descriptiva mediante cuadros estadísticos y gráficos, representados por frecuencias y porcentajes.

De esos resultados se hizo un análisis explicativo descriptivo, el cual permitió en gran medida emitir juicio cualitativo y así establecer conclusiones y recomendaciones pertinentes en función de los objetivos previamente establecidos.

CUADRO N° 1

Información que poseen las embarazadas acerca de las Enfermedades Hereditarias (Anemia) como antecedente de riesgo del embarazo. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Asistir al medico a ver si esta bien	24	40
b) Ingerir muchas frutas rojas y anaranjadas	12	20
c) Quedarse tranquila, eso pasa solo	11	18
d) Colocarse más maquillaje	0	0
e) Ir a la playa a broncearse un poco	13	22
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de las Enfermedades Hereditarias (Anemia), según las respuestas de las encuestadas veinticuatro (24) es decir, el 40%, indicó que ante la anemia debe asistir al médico a ver si esta bien, doce (12), es decir 20%, indicó que debe ingerir muchas frutas rojas y anaranjadas, once (11), o sea 18%, indicó que se quedaría tranquila ante los signos de anemia y trece (13), 22%, indicaron que debían ir a la playa a broncearse un poco.

Estos resultados permiten visualizar la poca información de las embarazadas acerca de la anemia y sus manifestaciones, ya que solo el 40% de las encuestadas respondió acertadamente.

De lo observado, se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planeación de las acciones educativas que se puedan impartir a la población, tomar en cuenta el deficiente conocimiento que tienen estas mujeres acerca del reconocimiento de la anemia como un riesgo del embarazo que puede inducir al parto prematuro.

CUADRO N° 2

Información que poseen las embarazadas acerca de las Enfermedades Hereditarias (Diabetes M) como antecedente de riesgo del embarazo. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Quizá estoy embarazada	19	32
b) Probablemente yo tenga diabetes	20	33
c) Las pastillas anticonceptivas me caen mal	0	0
d) Debo hacer ejercicios y tomar mucha agua	21	35
e) He comido mucho últimamente	0	0
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de las Enfermedades Hereditarias (Diabetes Mellitus), según las respuestas de las encuestadas diecinueve (19) es decir, el 32%, indicó que ante la diabetes mellitus quizá estaba embarazada, veinte (20), es decir 33%, indicó que probablemente tenga diabetes y veintiuno (21), o sea 35%, indicó que debe hacer ejercicios y tomar mucha agua.

Estos resultados arrojados por la aplicación del instrumento permiten evidenciar la poca información de las embarazadas acerca de la diabetes mellitus y sus manifestaciones, ya que solo el 33% de las encuestadas respondió correctamente. En vista de los resultados, se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planeación de las acciones educativas que se puedan impartir a la población, tomar en cuenta el deficiente conocimiento que tienen estas mujeres acerca del reconocimiento de la diabetes mellitus como un riesgo del embarazo que puede inducir al parto prematuro.

CUADRO N° 3

Información que poseen las embarazadas acerca del Parto Prematuro previo como antecedente de riesgo del embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Asistir disciplinadamente a mi control prenatal	17 8	28 14
b) Quedarme tranquila, esas cosas no se repiten	11	18
c) Mantenerme en reposo y dormir todo el embarazo	10 14	17 23
d) Hacer ejercicios para fortalecer mis músculos		
e) Comer bastante para que el bebe crezca rápido		
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca del parto prematuro previo como antecedente de riesgo del embarazo, según las respuestas de las encuestadas diecisiete (17) es decir, el 28%, indicó que ante un parto prematuro anterior debe asistir disciplinadamente al control prenatal, ocho (8), es decir 14%, señaló que debe quedarse tranquila, pues esas cosas no se repiten, once (11), o sea 18%, indicó que se quedaría en reposo y dormiría todo el embarazo si ha tenido un parto prematuro anterior a su actual embarazo, diez (10), 17%, indicaron que debían hacer ejercicios para fortalecer sus músculos y catorce (14), 23% refirieron que debían comer bastante para que el bebe creciera rápido ante este factor de riesgo.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen poca información acerca del parto prematuro previo como antecedente de riesgo en un actual embarazo, ya que solo el 28% de las encuestadas respondió acertadamente. Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el deficiente conocimiento que tienen estas mujeres acerca del parto prematuro previo a un embarazo como un riesgo de un embarazo actual que pueda inducir al parto prematuro.

CUADRO N° 4

Información que poseen las embarazadas acerca del Aborto (s) Anterior (es) como antecedente de riesgo para el embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Si sangro por la vagina, tengo dolor menstrual y/o fiebre	25	42
b) Que no me duela la cabeza ni se me hinchen las manos	21	35
c) Si tengo flujo transparente muy abundante	14	23
d) Que el ombligo no se me este brotando	0	0
e) Que la barriga me vaya creciendo bien redonda	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca del aborto(s) previo(s) como antecedente de riesgo del embarazo para parto prematuro, veinticinco (25) es decir, el 42%, indicó debe estar atenta al sangrado vaginal, dolor menstrual y fiebre como un posible aborto, veintiuna (21), es decir 35%, indicó que debe estar atenta a los dolores de cabeza y manos hinchadas como posibles señales de aborto y catorce (14), o sea 23%, indicó que debe vigilar si tiene flujo transparente y muy abundante como señales de algún posible aborto.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas manejan poca información acerca de los signos y síntomas de un posible aborto y que si lo han tenido antes, deben estar aun mas atentas en un nuevo embarazo, ya que solo el 25% respondió correctamente.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto como uno de los mas importantes y en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento.

CUADRO N° 5

Información que poseen las embarazadas acerca de las Anomalías Uterinas como antecedente de riesgo para el embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Ir a un rezandero para que me diga como estoy	11	18
b) Comprar unas duchas vaginales y colocarme una cada mes	9	15
c) Buscar un espejo y chequear como se ven mis genitales	8	14
d) Ir a la consulta ginecológica 1 vez por año y hacerme 1 ecosonograma	17	28
e) Hacerme el autoexamen de los senos y sentir si tengo tumores	15	25
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de las Anomalías Uterinas, según las respuestas de las encuestadas once (11) es decir, el 18%, indicó que para saber si su útero estaba bien para un embarazo debía asistir al rezandero, nueve (9), es decir 15%, indicó que debía comprar duchas vaginales y colocárselas mensualmente, ocho (8), o sea 14%, indicó que verificaría con un espejo como se verían sus genitales para saber si su útero estaba bien y quince (15), 25%, indicaron que debían hacerse el autoexamen de los senos y sentir si tenían tumores para saber si su útero estaba bien.

Estos resultados permiten visualizar la poca información de las embarazadas acerca de la necesidad y manera de saber como se encuentra su útero antes de salir embarazada y que es una afección que puede llevar al parto prematuro en un futuro embarazo.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe recalcarse que para saber que su útero esta bien, debe asistir a la consulta ginecológica una vez al año y realizarse un ecosonograma.

CUADRO N° 6

Información que poseen las embarazadas acerca de los Cuerpos Extraños In Útero como antecedente de riesgo para el embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Caminar bastante para que se me salga solo	13 0	22 0
b) Pedirle a mi pareja o una amiga que me lo quite	12	20
c) Halarme los hilos del aparato y sacármelo por si acaso	22	36
d) Asistir pronto al ginecólogo por si acaso	13	22
e) Esperar hasta que me venga la regla		
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a las respuestas correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de los Cuerpos Extraños In Útero, según las respuestas de las encuestadas trece (13) es decir, el 22%, indicó que si tiene un Dispositivo Intrauterino (DIU) caminaría bastante para que se le salga solo, doce (12), es decir 20%, indicó que se halaría los hilos del aparato y se lo sacarla por si acaso, veintidós (22), o sea 36%, indicó que debe asistir prontamente al ginecólogo por si acaso y un 22% señalo que debe esperar a que le venga la regla para actuar.

Dichos resultados expuestos en la aplicación del instrumento permiten evidenciar la poca información de las embarazadas acerca de la postura que deben tomar ante la sospecha de un embarazo si tienen el DIU colocado, ya que solo el 22% de las encuestadas respondió correctamente. En vista de los resultados, se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, enseñarles que lo correcto ante esta situación es asistir al médico lo mas pronto posible, ya que tenerlo puesto en un embarazo es un riesgo que puede inducir al parto prematuro.

CUADRO N° 7

Información que poseen las embarazadas acerca de los Hábitos Nocivos como antecedente de riesgo para el embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Bañarme y ponerme crema en la piel todos los días	0	0
b) No tener hábitos como: fumar, beber o drogarme	42	70
c) Evitar teñirme el cabello	5	8
d) Dejar de tomar bebidas cítricas o agrias	9	15
e) Eliminar de mi dieta todas las grasas	4	7
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de la información que poseen sobre los hábitos nocivos como antecedente de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas cuarenta y dos (42) es decir, el 70%, respondió correctamente, cinco (5), es decir 8%, señaló que debe evitar teñirse el cabello para que en un futuro embarazo no corra riesgo de un parto prematuro, nueve (9), o sea 15%, indicó que no debía tomar mas bebidas ácidas ni cítricas para evitar un parto prematuro un futuro embarazo y cuatro (4), 7%, indicaron que debían eliminar de la dieta todas las grasas para que en un futuro embarazo no tuviera riesgo de un parto prematuro.

Al visualizar los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un alto porcentaje de información acerca de los hábitos nocivos como antecedente de riesgo para un parto prematuro en un futuro embarazo, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe reforzar ese conocimiento.

CUADRO N° 8

Información que poseen las embarazadas acerca de la Edad como antecedente de riesgo para el embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) 15 y 40 años	0	0
b) 19 y 35 años	23	38
c) 35 y 45 años	0	0
d) 25 y 35 años	13	22
e) 15 y 32 años	24	40
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca de la edad como antecedente de riesgo del embarazo para parto prematuro, veintitrés (23) es decir, el 38%, indicó que la edad adecuada para tener hijos oscila entre 19 y 35 años, trece (13), es decir 22%, indicó que oscila entre 25 y 35 años y veinticuatro (24), o sea 40%, indicó oscila entre 15 y 32 años.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas manejan poca información acerca de la edad adecuada para decidir tener hijos.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para evitar riesgo de parto prematuro en un futuro embarazo.

CUADRO N° 9

Información que poseen las embarazadas acerca del Nivel Socioeconómico como antecedente de riesgo del embarazo para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Mejorar la circulación de la sangre durante el embarazo	13	22
b) Provocar que se adelante el parto	29	48
c) Ayudar a que nazca un bebé más desarrollado	13	22
d) Preparar a la embarazada a que tenga un parto sin dolor	0	0
e) Desarrollar los músculos de las piernas por el ejercicio	5	8
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca del Nivel Socioeconómico, según las respuestas de las encuestadas trece (13) es decir, el 22%, indicó que vivir en una situación económica baja y por ende subir muchas escaleras a lo alto del barrio mejora la circulación de la sangre en el embarazo, veintinueve (29), es decir 48%, indicaron que las condiciones de vivir en lo alto de un barrio y condición económica baja puede provocar que se adelante el parto, trece (13), o sea 22%, indicó que esta forma de vida prepara a la embarazada a que tenga un parto sin dolor y cinco (5), 8%, indicaron que ayuda a desarrollar los músculos de las piernas por el ejercicio.

Estos resultados permiten visualizar que 48% de las embarazadas reconocen que la condición económica y por ende, ubicación de sus casas, medios de transporte público y de servicios básicos representan un riesgo para una embarazada pudiendo llevar al parto prematuro.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe recalcarse que según la ubicación y condiciones socioeconómicas donde se desenvuelva la embarazada, puede representar un factor de riesgo para el embarazo y que puede inducir a un parto prematuro para reforzar el conocimiento que ellas poseen.

CUADRO N° 10

Información que poseen las embarazadas acerca de la Asistencia al Control Prenatal como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Preguntarle a mis amigas que han estado embarazadas	18	30
b) Mirar programas de TV del embarazo y los bebes	0	0
c) Asistir a la consulta prenatal cuando me toque ir	30	50
d) No debo hacer nada, pues es un proceso natural	0	0
e) Comprar revistas que hablen del embarazo	12	20
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de la asistencia al control prenatal como antecedente de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas dieciocho (18) es decir, el 30%, indicó que preguntarle a las amigas que han estado embarazadas como ir desarrollándose el propio embarazo es la mejor opción de obtener información, treinta (30), es decir 50%, señaló que asistir a la consulta cuando le corresponda ir para saber como es la evolución de su embarazo es la mejor opción y doce (12), o sea 20%, indicó que comprar revistas que hablen del embarazo es la mejor opción para informarse de lo que a su presente embarazo respecta.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen información acerca del medio por el cual deben buscar la información de su embarazo. Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el reforzar el conocimiento que ya tienen estas mujeres acerca del medio por el cual obtener información del desarrollo de su embarazo para evitar riesgos que pudieran llevar al parto prematuro.

CUADRO N° 11

Información que poseen las embarazadas acerca de los Traumatismos como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Llegar a casa y guardar reposo en cama	13	22
b) Chequearme con el médico que todo esté bien	28	46
c) Colocarme pañitos de agua tibia en la barriga	0	0
d) Ir al medico solo si me sale un morado	19	32
e) Bañarme con agua tibia y un chorrito de alcohol	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de los traumatismos como factor de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas trece (13) es decir, el 22%, respondió que llegar a casa y guardar reposo en cama después de una caída era la mejor opción, veintiocho (28), es decir 46%, señaló que debe chequearse con el medico para no correr riesgo de que algo ande mal, diecinueve (19), o sea 32%, indicó que iría al medico solo si le salía un hematoma.

Tomando en cuenta los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un bajo porcentaje de información acerca de la conducta que deben seguir para evitar un parto prematuro ante un accidente en un embarazo, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe hacer énfasis en este aspecto de la educación a impartir.

CUADRO N° 12

Información que poseen las embarazadas acerca de la Automedicación como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Tomar infusiones de hiervas y ponerme Vic-Vaporub	7	11
b) Asistir al médico a que me mande algún medicamento	10	17
c) Tomarme 2 Atamel con un té caliente	13	22
d) Ir a la playa para que se me quite el malestar	0	0
e) Tomarme 1 Atamel con una manzanilla caliente	30	50
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca de la automedicación como riesgo del embarazo para parto prematuro, siete (7) es decir, el 11%, indicó que la debe tomar hiervas e infusiones ante un malestar de gripe, diez (10), es decir 17%, indicó que debe asistir al medico a que le indique un medicamento, trece (13), o sea 22%, indicó que se tomaría 2 atamel con te, treinta (30) que se tomaría uno solo con manzanilla.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas manejan poca información acerca del riesgo que representa automedicarse durante el embarazo.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para evitar riesgo de parto prematuro en el embarazo.

CUADRO N° 13

Información que poseen las embarazadas acerca del Trabajo Físico Forzado como factor de riesgo gestacional para el parto premat. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Le cuento a mi médico para que me diga que hacer	25	41
b) Continúo trabajando para ejercitar mis músculos	13	22
c) Trabajo más esforzadamente como toda una mujer sana	10	17
d) Trabajo hasta que me den los dolores de parto	0	0
e) Trabajo mis 8 horas diarias y descanso bastante en las noches	12	20
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca del trabajo físico forzado, según las respuestas de las encuestadas veinticinco (25) es decir, el 41%, indicó que le diría a su medico el exceso de trabajo que tiene para que le aconseje que hacer, trece (13), es decir 22%, indicaron que continuarían trabajando a pesar del esfuerzo físico en el trabajo para desarrollar sus músculos, diez (10), o sea 17%, indicó que trabajarla esforzadamente como lo hace una mujer sana y doce (12), 20%, indicaron que trabajarían sus 8 horas diarias laborales y descansarían bastante en las noches.

Estos resultados permiten visualizar que las embarazadas tienen un mediano conocimiento de que el trabajo físico forzado representa un riesgo para una embarazada pudiendo llevar al parto prematuro.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe recalcar que el exceso de esfuerzo físico mientras se esta embarazada, puede representar un factor de riesgo para el embarazo y que puede inducir a un parto prematuro para reforzar el conocimiento que ellas poseen

CUADRO N° 14

Información que poseen las embarazadas acerca de la Metrorragia como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Asistir al médico para que me chequee el médico	30	50
b) Acostarme y relajarme, eso es normal que pase	6	10
c) Colocarme un tampax mediano	0	0
d) Si sangro más de 5 días, ir al médico	24	40
e) Ponerme toallitas diarias hasta que ya no manche más	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de la metrorragia como riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 30 es decir, el 50%, indicó que si presenta signos y síntomas de metrorragia debe asistir al médico para chequearse que todo este bien, 6 , es decir 10%, acostarse y relajarse es la mejor opción y 24, o sea 40%, indicó que iría al médico solo si presentaba esos signos y síntomas por cinco días.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen poca información acerca de la conducta que deben seguir ante la presencia de los signos y síntomas de metrorragia en el embarazo.

Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el reforzar el conocimiento que ya tienen estas mujeres acerca la metrorragia para evitar riesgos que pudieran llevar al parto prematuro.

CUADRO N° 15

Información que poseen las embarazadas acerca de la Placenta Previa como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Debo ir a mi consulta y hacerme un eco transvaginal	26	44
b) Tener bastantes relaciones sexuales para expandir la vagina	9	15
c) Hacer ejercicios moderados todos los días	14	23
d) Comer mucha grasa para que el bebé salga sin problemas	0	0
e) Tomar mucho líquido para humedecer bien el parto	11	18
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de la placenta previa como factor de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 26 es decir, el 44%, respondió ir a la consulta y hacerse un ecosonograma transvaginal era la mejor opción, 9, es decir 15%, señaló que tendría bastantes relaciones sexuales para que no existan obstáculos al momento del parto, 14, o sea 23%, indicó que haría ejercicios moderados todos los días y 11 es decir, 18% tomaría mucho liquido para humedecer bien el parto y no existan obstáculos en ese momento..

Tomando en cuenta los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un bajo porcentaje de información acerca de la Placenta previa como riesgo para un parto prematuro, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe hacer énfasis en este aspecto de la educación a impartir.

CUADRO N° 16

**Información que poseen las embarazadas acerca del Desprendimiento
Previo de Placenta como riesgo gestacional para el parto prematuro.
Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito
Capital. 3er trimestre 2006.**

Alternativa	F	%
a) Acostarme y relajarme para que se me pase	8 42	13 70
b) Irme inmediatamente a la emergencia y que me vea el médico	0	0
c) Colocarme unos pañitos de agua tibia para relajarme	10	17
d) Tomarme una manzanilla caliente y esperar un rato	0	0
e) Pedirle a algún allegado que me sobe la barriga		
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca del desprendimiento previo de placenta como riesgo del embarazo para parto prematuro, es decir, el 13%, indicó debe acostarse y relajarse ante los signos y síntomas de un desprendimiento previo de placenta, 42, es decir 70%, indicó que debe asistir al médico inmediatamente, 10, o sea 17%, indicó que se tomaría una manzanilla caliente y esperaría.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas manejan información acerca del riesgo que representa presentar signos y síntomas de desprendimiento previo de placenta durante el embarazo.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para reforzarlo y así evitar riesgo de parto prematuro en el embarazo.

CUADRO N° 17

Información que poseen las embarazadas acerca de la Ruptura Prematura de Membranas como riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Acostarme y subir los pies	20	33
b) Colocarme un tampax grueso	0	0
c) Tener mas cuidado de no orinarme encima	8	13
d) Ir al médico de inmediato	32	54
e) Hacerme un lavado con una ducha vaginal	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

e acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca la ruptura prematura de membranas, según las respuestas de las encuestadas 20 es decir, el 33%, indicó que se acostaría y subiría los pies, 8, es decir 13%, indicaron que tendrían cuidado de no orinarse encima y 32, o sea 54%, indicó que iría al medico de inmediato.

Estos resultados permiten visualizar que las embarazadas tienen un moderado conocimiento de que presentar signos y síntomas de ruptura prematura de membranas representa un riesgo para una embarazada pudiendo llevar al parto prematuro y deben asistir inmediatamente al medico.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe reforzarse que este factor de riesgo para el embarazo puede inducir a un parto y así disminuir la incidencia del parto prematuro.

CUADRO N° 18

Información que poseen las embarazadas acerca del Embarazo Múltiple como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) 1 fetos	7	11
b) 2 fetos	12	20
c) 3 fetos	12	20
d) 4 fetos	16	27
e) 5 o más	13	22
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes al embarazo múltiple como riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 7 es decir, el 11%, indicó que un embarazo de 1 solo feto no representa un riesgo para un parto prematuro, 12 , es decir 20%, dice que 2 fetos es la mejor opción, 12 dicen que 3 fetos, 16 dicen que 4 fetos y 13, o sea 22%, indicó que 5 o mas fetos es la opción correspondiente a correr riesgo para embarazo que pueda presentar un parto prematuro.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen poca información acerca de la cantidad de fetos que representan un factor de riesgo para el parto prematuro en un mismo embarazo.

Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el reforzar el conocimiento que ya tienen estas mujeres acerca de que solo un feto no representa en si mismo un riesgo que pudieran llevar al parto prematuro, pero mas de uno ya lo es.

CUADRO N° 19

Información que poseen las embarazadas acerca de la Malformación Congénita como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Mandarme a sacar el bebé rápidamente	0 26	0 44
b) Vigilar si presento síntomas de que voy a parir antes de tiempo	9	15
c) Ingerir antibióticos para que se me quite la infección	14	23
d) Tomar vitaminas para que el bebé mejore pronto	11	18
e) Cuidar que la gente no se vaya a burlar de el bebé		
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de la malformación congénita como factor de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 26 es decir, el 44%, respondió mandar a sacarse el feto era la mejor opción, 9, es decir 15%, señaló que tomaría antibióticos para que se le quitara la infección, 14, o sea 23%, indicó que tomaría vitaminas para que el bebe mejorara pronto y 11 es decir, 18% cuidaría de que la gente no fuera a burlarse del bebe.

Tomando en cuenta los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un bajo porcentaje de información acerca de la conducta que deben seguir para evitar un parto prematuro ante la malformación congénita en un embarazo, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe hacer énfasis en este aspecto de la educación a impartir.

CUADRO N° 20

Información que poseen las embarazadas acerca de la Macrosomía Fetal como factor de riesgo gestacional para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Hacer ejercicios para que el bebé baje de peso	0	0
b) Estar orgullosa de que tendré un bebesote	14	23
c) Disminuir las grasas y la leche de las comidas	16	27
d) Asistir a las consultas para chequear su crecimiento	28	47
e) Pesarme todos los días a ver si subo de kilos	2	3
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca de la macrosomía fetal como riesgo del embarazo para parto prematuro, 14 es decir, el 23%, indicó que estaría orgullosa de tener un bebe grandote, 16, es decir 27%, indicó que disminuiría la leche y las grasas de las comidas, 28, o sea 47%, indicó que asistiría a las consultas para chequear el crecimiento de su bebe y 2, es decir, 3% se pesaría todos los días para ver si sube de peso.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas manejan medianamente la información acerca del riesgo que representa presentar un embarazo con un feto macrosómico.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para reforzarlo y así evitar riesgo de parto prematuro en el embarazo.

CUADRO N° 21

Información que poseen las embarazadas acerca del Oligohidramnios como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Esperar a que al final del embarazo tenga más líquido	13	22
b) Orinar mucho porque entre menos líquido mejor	0	0
c) Comer bien, tomar mucho líquido y vigilar si se adelanta el parto	28	46
d) Dormir mucho y mantenerme tranquila y relajada	19	32
e) Caminar con frecuencia para que el líquido llegue rápido al bebé	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca del oligohidramnios, según las respuestas de las encuestadas 13 es decir, el 22%, indicó que esperaría al final del embarazo para tener mas liquido, 28, es decir 46%, indicaron que comerían bien, tomarían mucho liquido y vigilarían si se les adelantaba el parto ante la falta de liquido y 19, o sea 32%, indicó que caminarían frecuentemente para que el liquido llegase rápidamente al feto.

Estos resultados permiten visualizar que las embarazadas tienen un moderado conocimiento de que presentar signos y síntomas de oligohidramnios representa un riesgo para una embarazada pudiendo llevar al parto prematuro y deben asistir inmediatamente al medico.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe reforzarse que este factor de riesgo para el embarazo puede inducir a un parto y así disminuir la incidencia del parto prematuro.

CUADRO N° 22

Información que poseen las embarazadas acerca del Polihidramnios como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Sentirme orgullosa de pensar que tendré un bebe grandote	0	0
b) Tomar menos líquidos para que no crezca tanto	13	22
c) Hacer ejercicios para que disminuya el tamaño	21	35
d) Ir al control y preguntar al médico si eso es normal	26	43
e) Preguntar a mis amigas a ver si creen que es muy grande mi barriga	0	0
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes al polihidramnios como riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 13 es decir, el 22%, indicó que se sentiría orgullosa de tener un bebe grandote, 21 , es decir 35%, dice que tomaría menos líquidos para que la barriga no le crezca tanto es la mejor opción, 21 dicen que harían ejercicios para que disminuya el tamaño y 26 dicen que ir al control y preguntar al medico si eso es normal, es la opción correspondiente para evitar correr riesgo para embarazo que pueda presentar un parto prematuro.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen poca información acerca del polihidramnios como factor de riesgo para el parto prematuro en un embarazo.

Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el reforzar el conocimiento que ya tienen estas mujeres acerca de que el polihidramnios representa un riesgo que pudieran llevar al parto prematuro.

CUADRO N° 23

Información que poseen las embarazadas acerca de las Infecciones Vaginales como factor de riesgo gestacional para el embarazo. Consulta Prenatal Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Desaparece y se seca la vagina	11	18
b) Se pone como clara de huevo	14	23
c) Se vuelve amarillo o verdoso, huele mal e irrita	0	0
d) Es blanquecino y abundante	20	34
e) Deja de oler y se pone espeso	15	25
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de las infecciones vaginales como factor de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 11 es decir, el 18%, respondió que el flujo se secara y desapareciera de la vagina era la mejor opción, 14, es decir 23%, señaló que el flujo se pone como clara de huevo ante una infección vaginal, 20, o sea 34%, indicó que el flujo se pone blanquecino y abundante y 15 es decir, 25% dicen que el flujo en una infección vaginal deja de oler y se pone espeso.

Tomando en cuenta los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un bajo porcentaje de información acerca de las características que toma el flujo vaginal ante una infección y así con ese conocimiento evitar un parto prematuro en un embarazo, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe hacer énfasis en este aspecto de la educación a impartir.

CUADRO N° 24

Información que poseen las embarazadas acerca de las Infecciones Urinarias como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Se van las ganas de ir a orinar	6	10
b) La orina se pone muy clara y huele a caramelo	11	18
c) Uno orina poco pero mucha cantidad de orina	14	23
d) Hay ardor para orinar y al orinar hay necesidad de orinar más	13	22
e) La orina se pone de color naranja y es abundante	16	27
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca de las infecciones urinarias como riesgo del embarazo para parto prematuro, 6 es decir, el 10%, indicó que ante una infección urinaria se van las ganas de ir a orinar, 11, es decir 18%, indicó que la orina se pone muy clara y huele a caramelo, 14, o sea 23%, indicó que hay ardor para orinar y al orinar hay necesidad de orinar mas y 16, es decir, 27 explican que la orina se pone de color naranja y abundante.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas no manejan la información acerca de los signos y síntomas de una infección de orina y del riesgo que representa presentar un embarazo.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para reforzarlo y así evitar riesgo de parto prematuro en el embarazo.

CUADRO N° 25

Información que poseen las embarazadas acerca de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo gestacional para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Las muelas	8	13
b) El estómago y la garganta	0	0
c) La yema de los dedos	32	53
d) La cabeza y la vista	20	34
e) El brazo y los dedos del lado derecho	0	0
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

De acuerdo a los resultados correspondientes a la información que poseen las embarazadas acerca de la hipertensión arterial, según las respuestas de las encuestadas 8 es decir, el 13%, indicó que debe estar atenta si le duelen las muelas, 32, es decir 53%, indicaron que estarían pendientes si les dolían las yemas de los dedos, 20, es decir, y 34% estaría atenta si le doliera la cabeza y la vista.

Estos resultados permiten visualizar que las embarazadas tienen un moderado conocimiento de que presentar signos y síntomas de hipertensión arterial representa un riesgo para una embarazada pudiendo llevar al parto prematuro y deben asistir inmediatamente al medico.

De esta forma en un futuro, en las acciones educativas que se puedan impartir a la población, debe reforzarse que este factor de riesgo para el embarazo puede inducir a un parto y así disminuir la incidencia del parto prematuro.

CUADRO N° 26

Información que poseen las embarazadas acerca del Hipotiroidismo como factor de riesgo gestacional para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Anormales, hay que visitar al médico para un chequeo	22	36
b) Normales, todas las embarazadas sienten eso	19 0	32 0
c) Peligrosos, quiere decir que va a abortar	19	32
d) Presentes solo en las mujeres gordas y jóvenes	0	0
e) Que aparecen si se vive en lugares muy altos		
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Con respecto a los resultados correspondientes al hipotiroidismo como riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 22 es decir, el 33%, indicó los signos y síntomas que se le presentaron en la encuesta son anormales en una embarazada y debe visitar al medico inmediatamente, 19 , es decir 32%, dice que esos signos y síntomas son normales e todas las embarazadas y es la mejor opción y 19 dicen que solo en las mujeres gordas y jóvenes se presentan esos signos y síntomas de riesgo para embarazo que pueda presentar un parto prematuro.

Con los resultados arrojados, podemos concluir que las embarazadas poseen poca información acerca del hipotiroidismo como factor de riesgo para el parto prematuro en un embarazo.

Se debe tomar en cuenta para un futuro seguimiento de esta investigación, en la planificación de la información que se pueda impartir a la población, el reforzar el conocimiento que ya tienen estas mujeres acerca de que el hipotiroidismo porque este representa un riesgo que pudieran llevar al parto prematuro.

CUADRO N° 27

Información que poseen las embarazadas acerca de la Preeclampsia y Eclampsia como factor de riesgo gestacional para parto premat. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

<i>Alternativa</i>	<i>F</i>	<i>%</i>
a) Me pongo muy gorda, he sufrido antes de la tensión alta y me duele la cabeza	22	36
b) Se me cae el cabello, se me parten las uñas y me da tos	0	0
c) Me da mucho frío, gripe y diarrea	15	26
d) Me da calor, sudo mucho y me canso rápido	23 0	38 0
e) Me salen manchas en la cara y las manos		
<i>Total</i>	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados expuestos por las embarazadas acerca de la preclampsia y eclampsia como factor de riesgo del embarazo para el parto prematuro, según las respuestas de las encuestadas 22 es decir, el 36%, respondió que debe medirse la tensión arterial con frecuencia si se pone muy gorda, ha sufrido antes de la tensión alta y le duele la cabeza, 15, es decir 26%, señaló que se le diría la tensión arterial con frecuencia si le da mucho frío, gripe y diarrea y 23, o sea 38%, indicó que lo haría si le da mucho calor, suda mucho y se cansa rápido.

Tomando en cuenta los resultados arrojados, se concluye que las embarazadas poseen un bajo porcentaje de información acerca de los signos y síntomas que deben tomar en cuenta para medirse la tensión arterial con frecuencia y así con ese conocimiento evitar un parto prematuro en un embarazo consecuencia de la aparición de preclampsia y eclampsia, por lo que en futuro seguimiento de esta investigación se debe hacer énfasis en este aspecto de la educación a impartir.

CUADRO N° 28

Información que poseen las embarazadas acerca de la Diabetes Gestacional como factor de riesgo gestacional para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

Alternativa	F	%
a) Hacer muchos ejercicios para quemar grasas	3	5
b) Quitar de mi dieta las grasas y las cosas dulces	18	30
c) Tomar muchas infusiones que me limpien el organismo	0	0
d) Ir al médico a que me chequee y me mande dieta y ejercicios	23	38
e) Trotar todos los días, 2 horas diarias mínimo	16	27
Total	60	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Las respuestas de las embarazadas encuestadas arrojaron los siguientes resultados, correspondientes a la información que poseen acerca de la diabetes gestacional como riesgo del embarazo para parto prematuro, 3 es decir, el 5%, indicó que si ha tenido un bebe macrosómico anteriormente y actualmente esta embarazada debe hacer muchos ejercicios para quemar grasas ante los signos y síntomas de una diabetes gestacional, así mismo, 18, es decir 30%, indicó que sacaría de su dieta las grasas y los dulces, 23, o sea 38%, indicó iría al medico a que la chequeen y 16, es decir, 27 explican que trotarían por lo menos 2 horas diarias ante los signos y síntomas de la diabetes gestacional.

Con estas respuestas podemos deducir que las embarazadas no manejan la información acerca de los signos y síntomas de una diabetes gestacional y del riesgo que representa presentarla en un embarazo.

Se hace necesario entonces, de continuarse con esta investigación, que se tome en cuenta este punto en el cual las embarazadas necesitan adquirir conocimiento para reforzarlo y así evitar riesgo de parto prematuro en el embarazo.

GRAFICO N° 1
Información que poseen las embarazadas acerca de las
Enfermedades Hereditarias (Anemia) como antecedente de
riesgo del embarazo. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

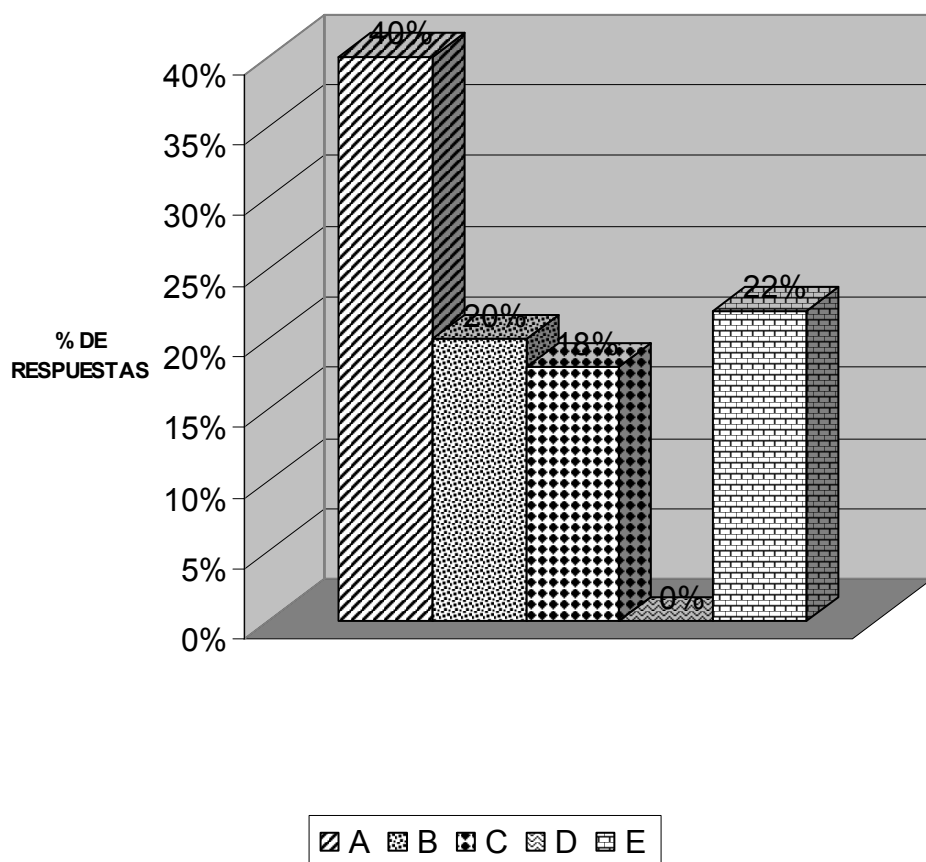


GRAFICO N° 2
Información que poseen las embarazadas acerca de las
Enfermedades Hereditarias (Diabetes M) como antecedente de
riesgo del embarazo. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

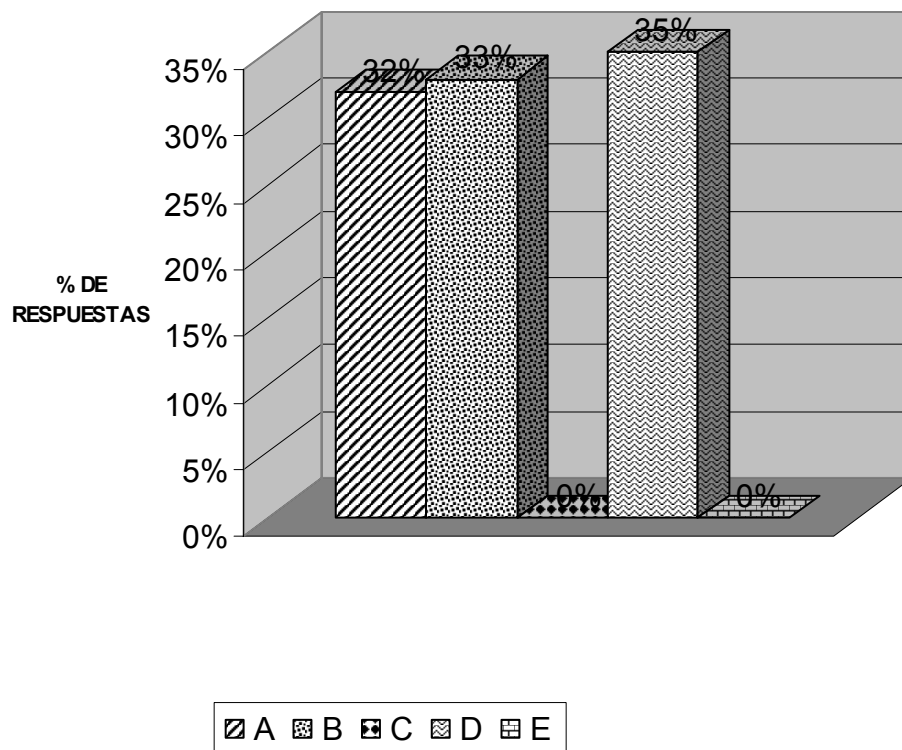


GRAFICO N° 3
Información que poseen las embarazadas acerca del parto
prematureo previo como antecedente de riesgo del embarazo
para parto prematureo. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

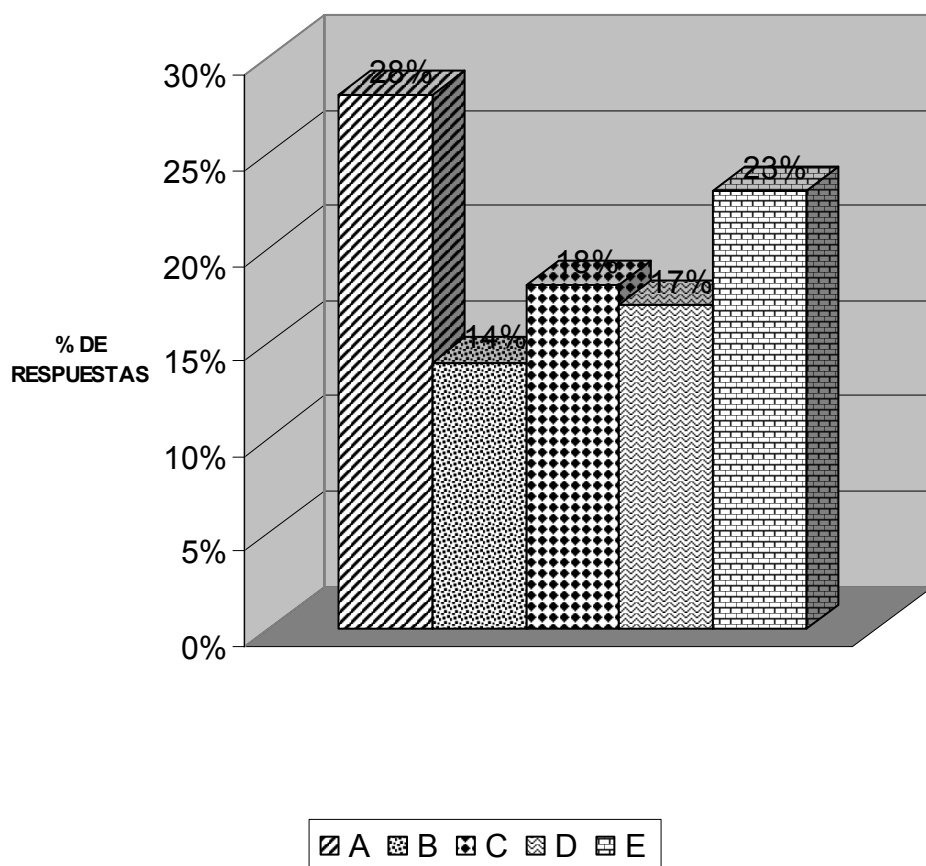


GRAFICO N° 4
Información que poseen las embarazadas acerca del aborto
(s) anterior (es) como antecedente de riesgo para el embarazo
para parto premat. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando
Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

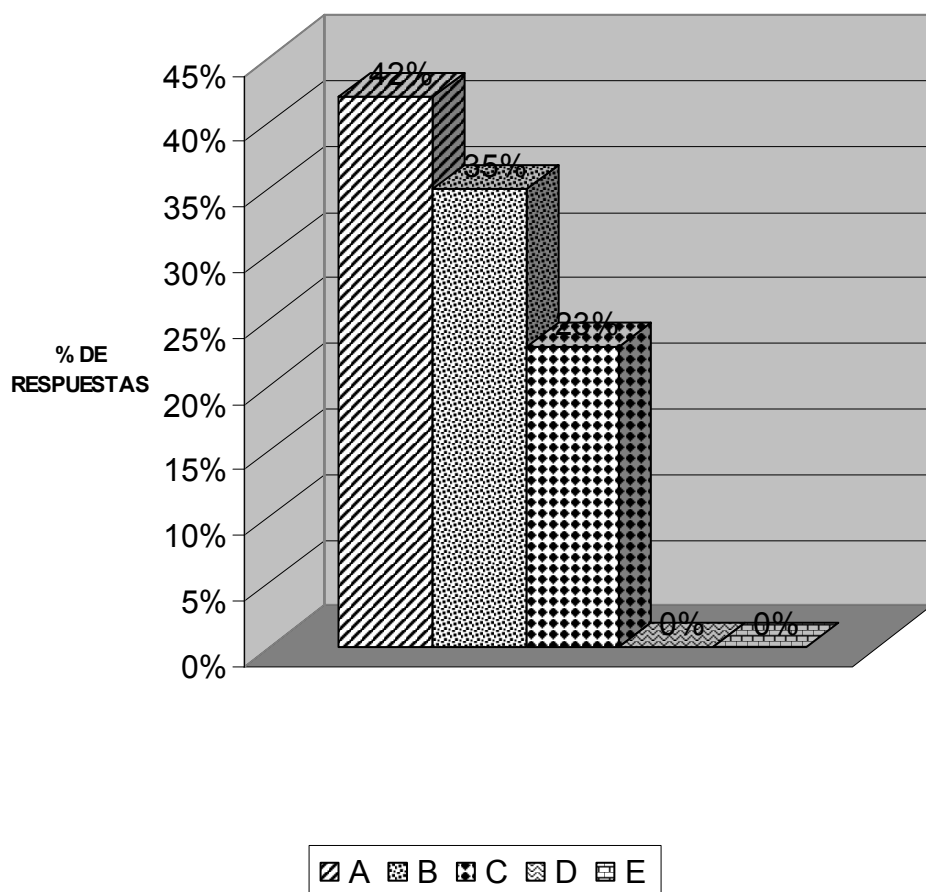


GRAFICO N° 5
Información que poseen las embarazadas acerca de las
Anomalías Uterinas como antecedente de riesgo para el
embarazo para parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb.
"Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

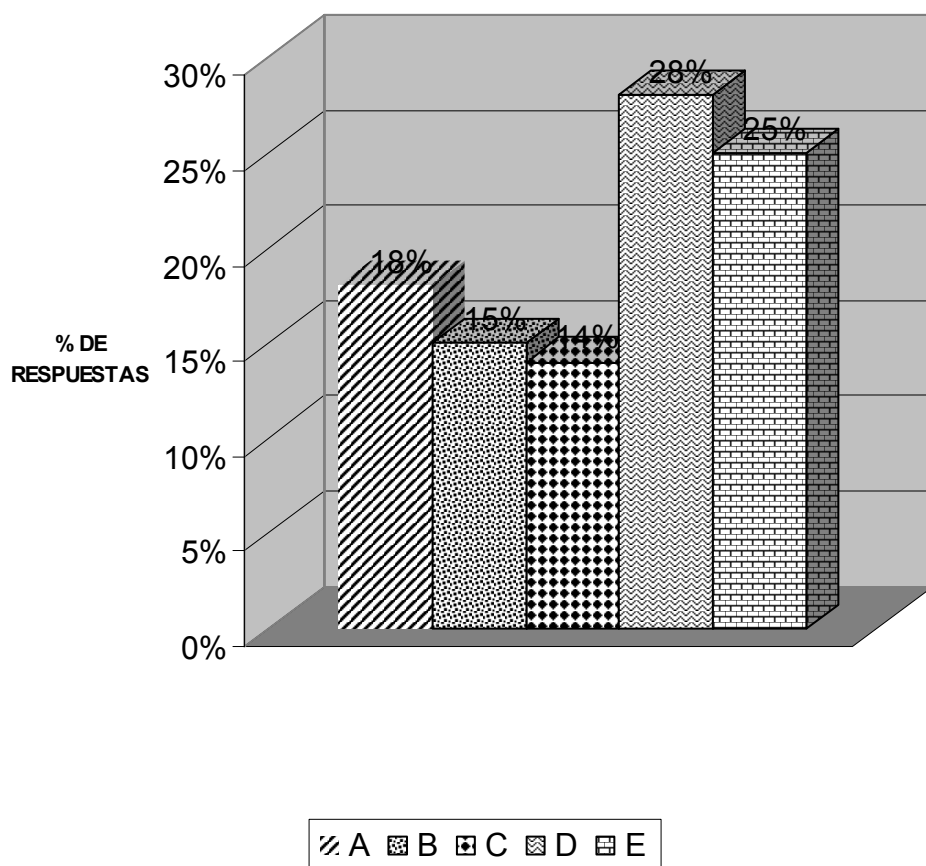


GRAFICO N° 6
Información que poseen las embarazadas acerca de los
Cuerpos Extraños In Utero como antec. de riesgo para el
embarazo para parto premat. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

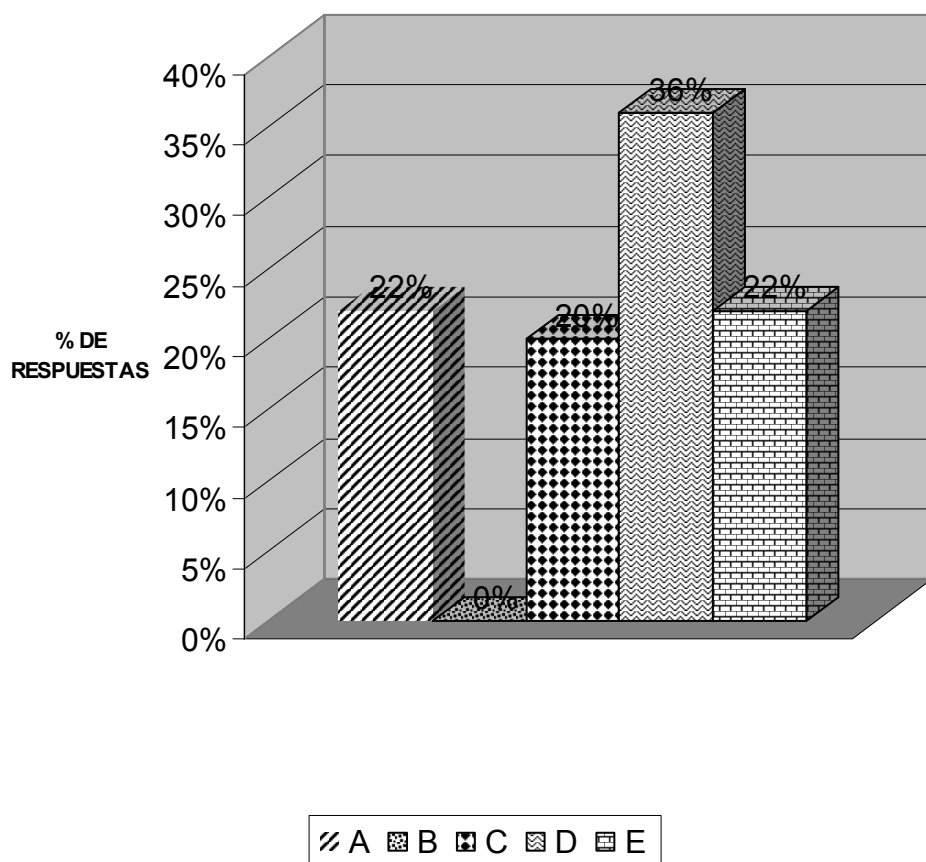


GRAFICO N° 7
Información que poseen las embarazadas acerca de los
Hábitos Nocivos como antecedente de riesgo para el
embarazo para parto premat. Consulta Prenatal del
Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito
Capital. 3er trimestre 2006.

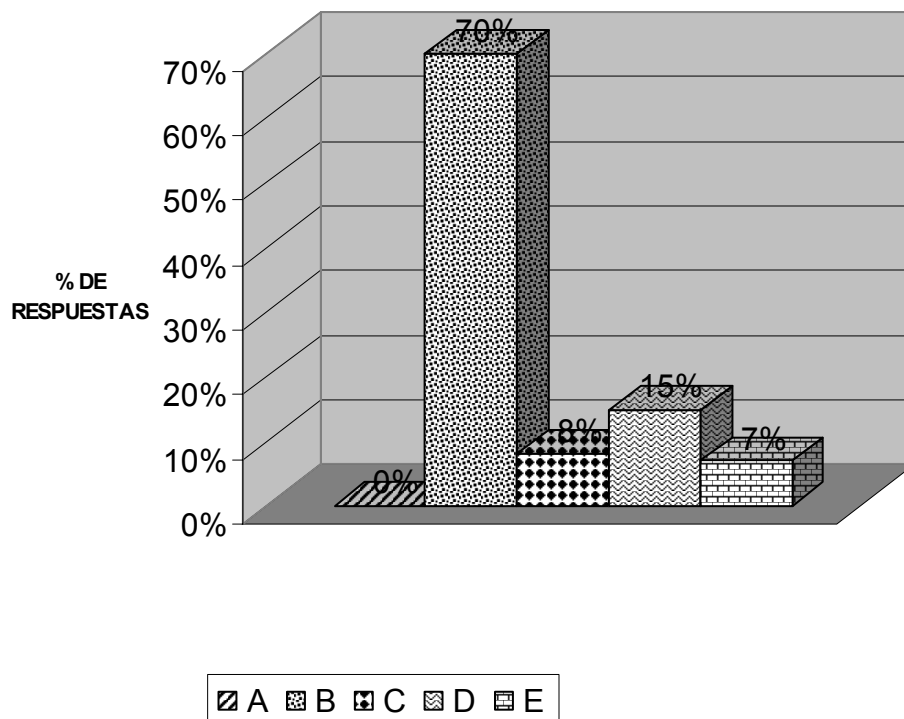


GRAFICO N° 8
Información que poseen las embarazadas acerca de la Edad
como antecedente de riesgo para el embarazo para parto
premature. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando
Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

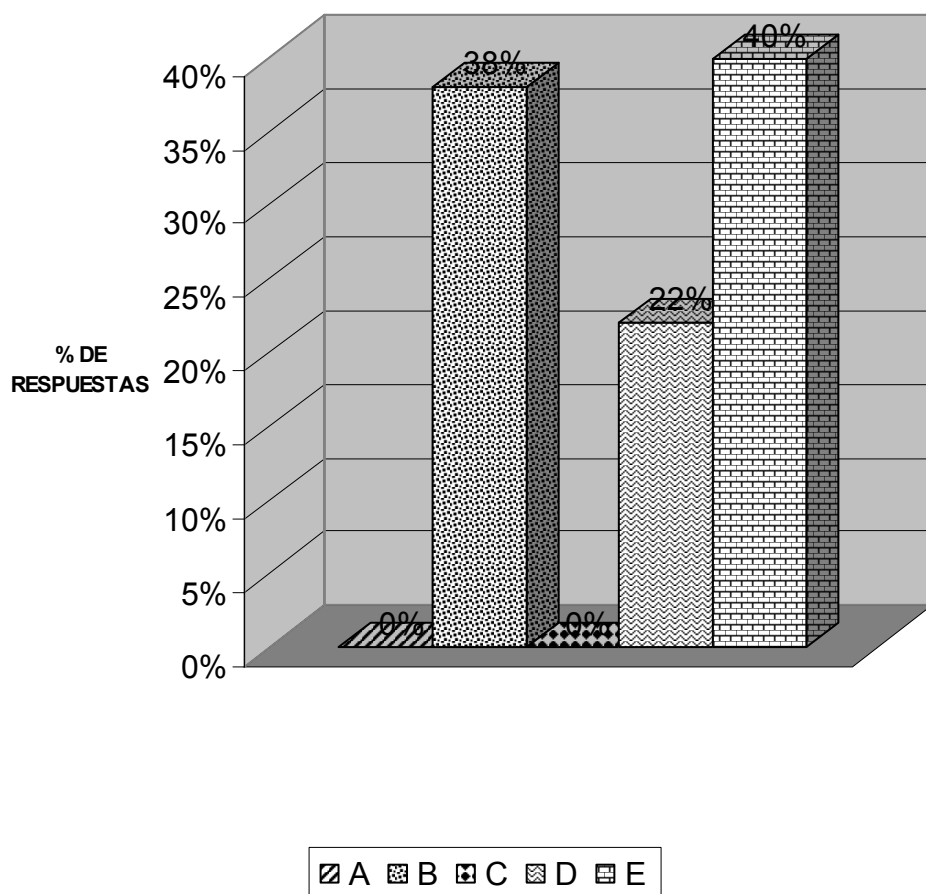


GRAFICO N° 9
Información que poseen las embarazadas acerca del Nivel
Socioeconómico como antecedente de riesgo del embarazo
para el parto premat. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

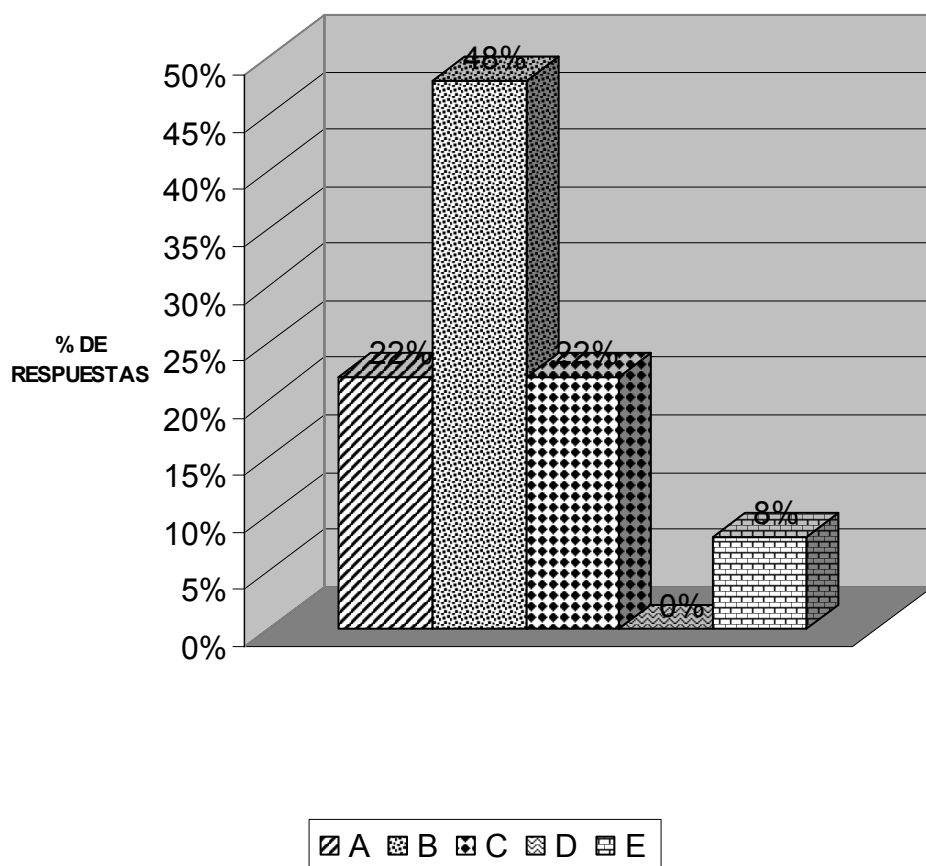


GRAFICO N° 10

Información que poseen las embarazadas acerca de la Asist. al Control Prenatal como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

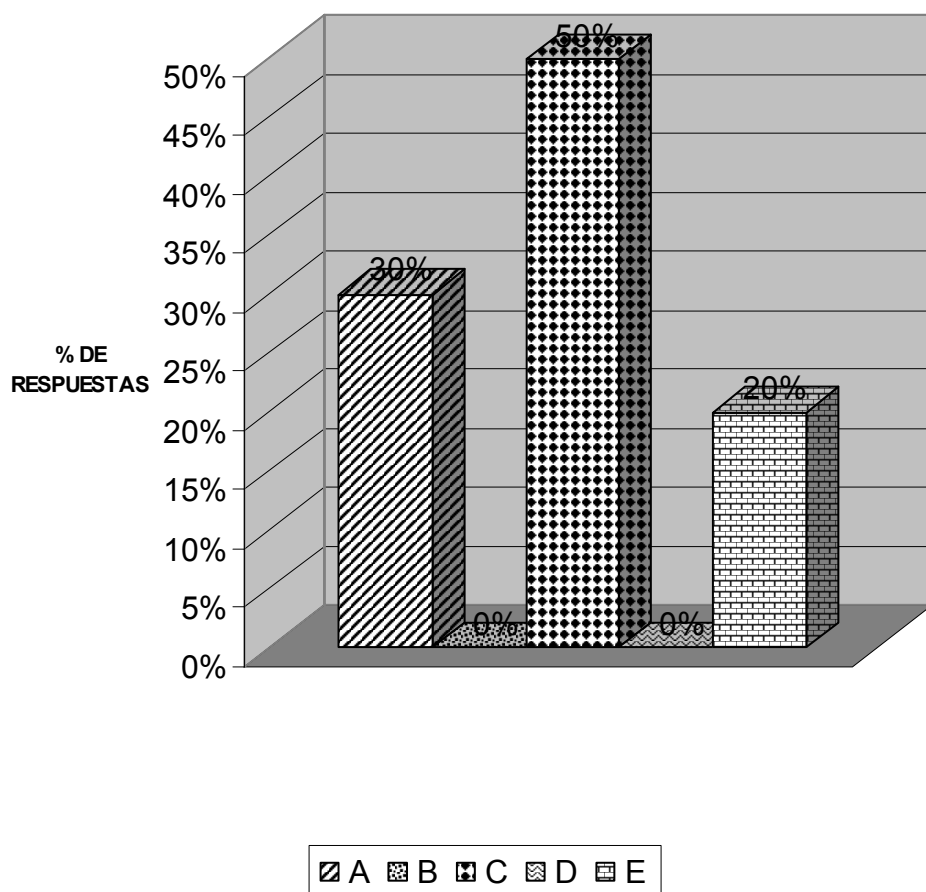


GRAFICO N° 11
Información que poseen las embarazadas acerca de los
Traumatismos como factor de riesgo gestacional para el parto
prematureo. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando
Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

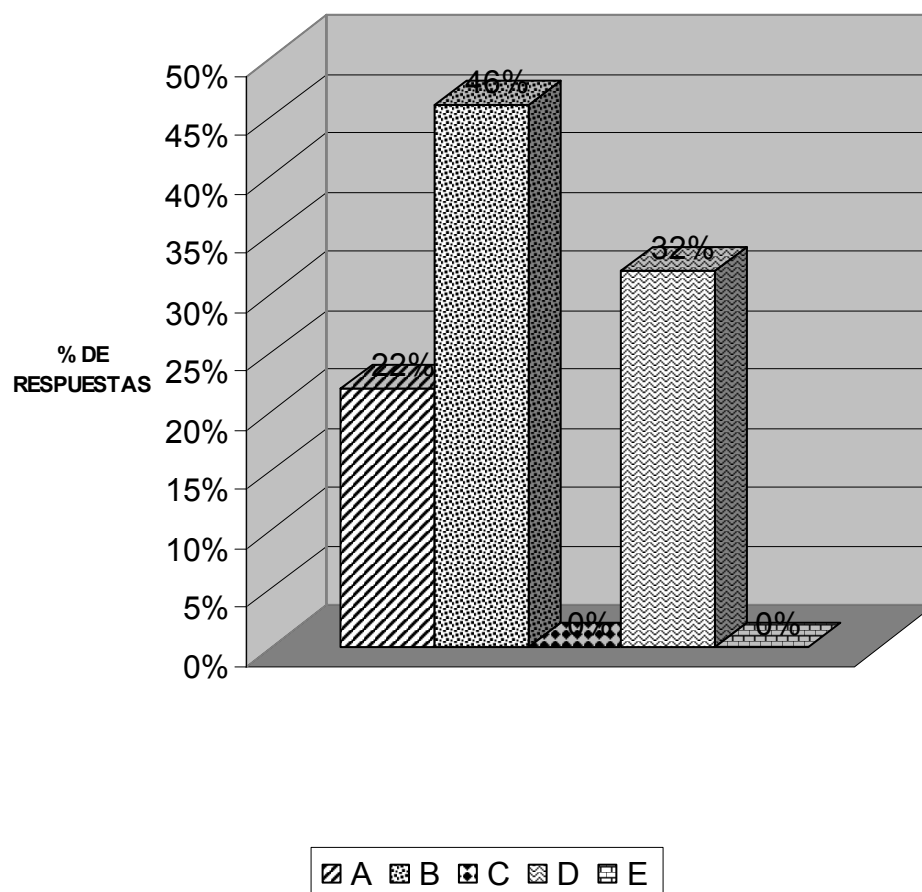


GRAFICO N° 12
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Automedicación como factor de riesgo gestacional para el
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

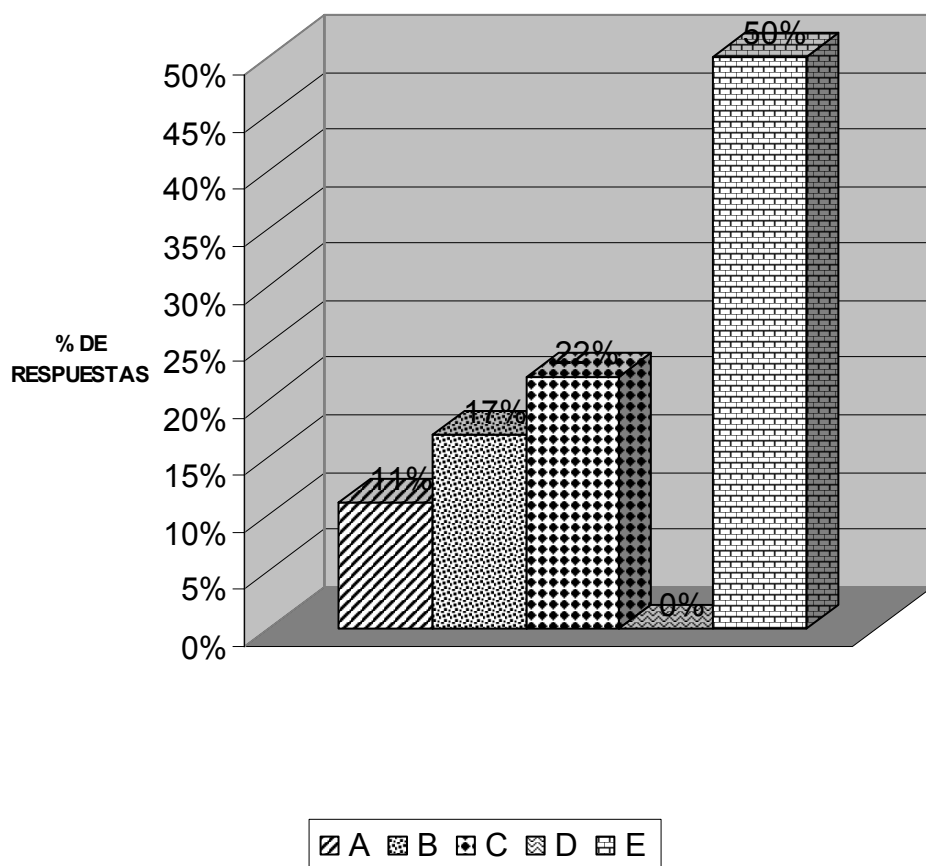


GRAFICO N° 13
Información que poseen las embarazadas acerca del Trabajo
Físico Forzado como factor de riesgo gestacional para el parto
premat. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando
Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

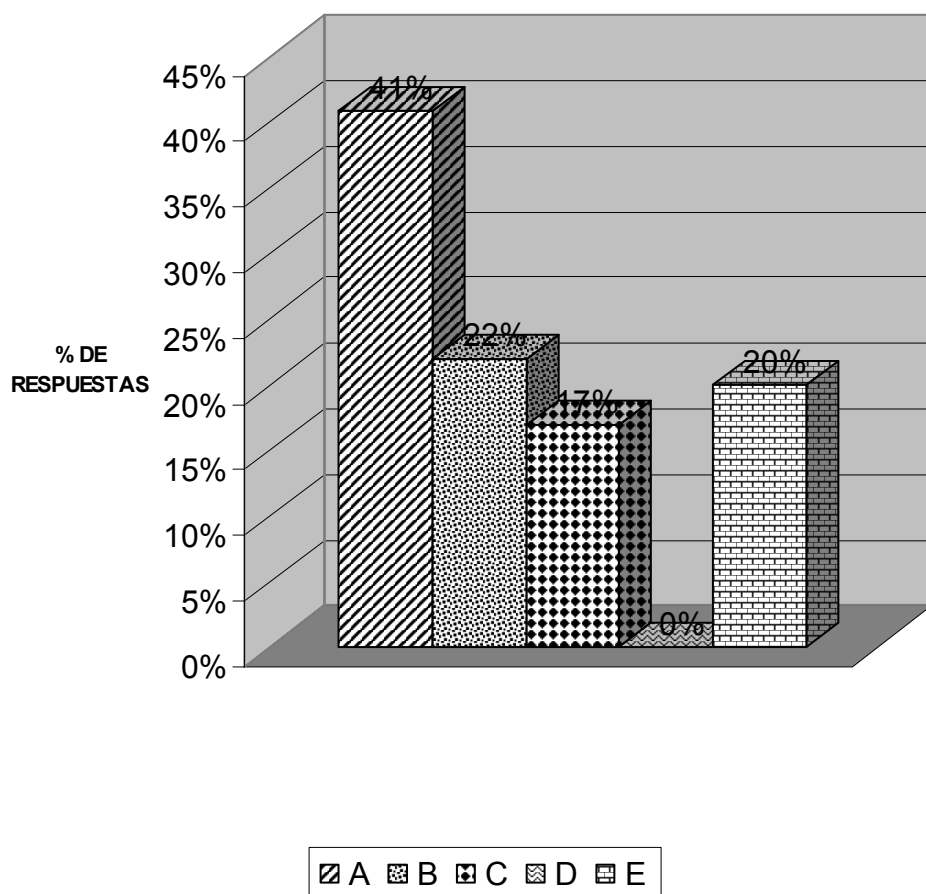


GRAFICO N° 14
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Metrorragia como factor de riesgo gestacional para el parto
premature. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando
Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

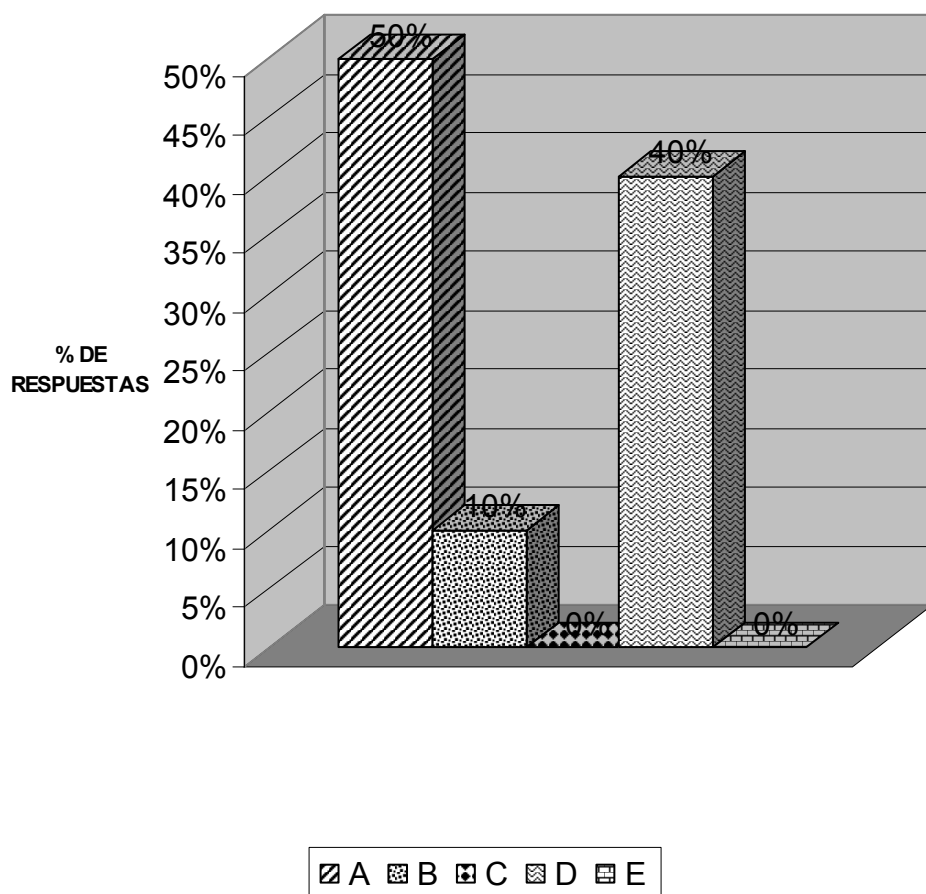


GRAFICO N° 15
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Placenta Previa como factor de riesgo gestacional para el
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

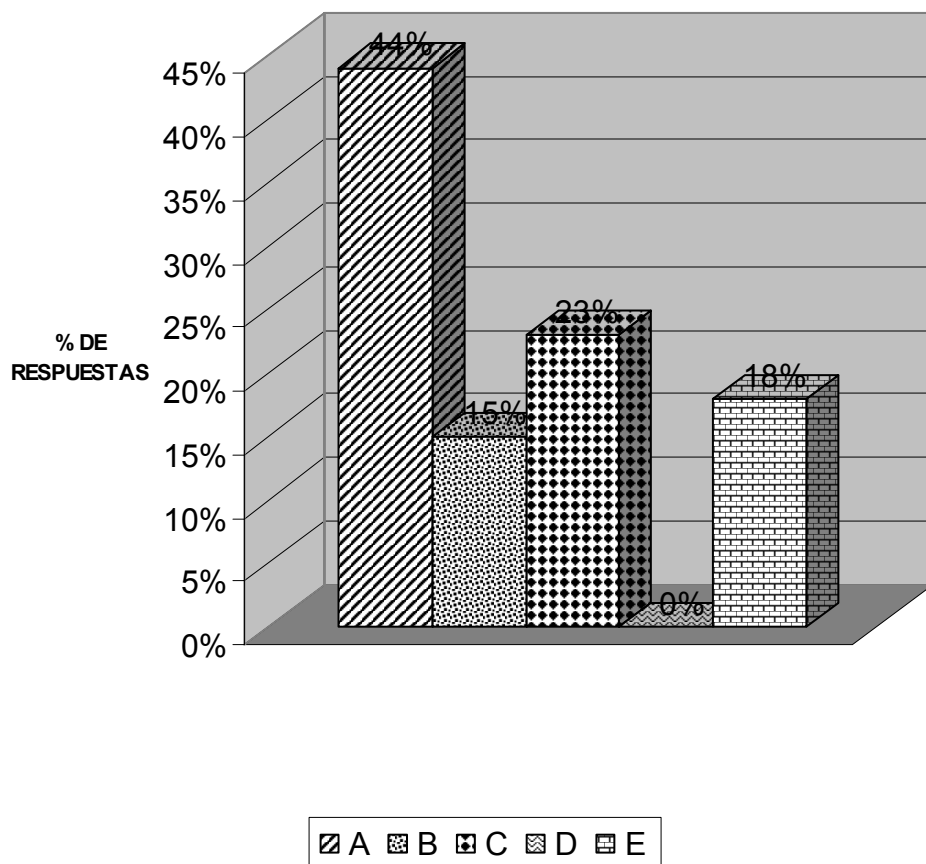


GRAFICO N° 16
Información que poseen las embarazadas acerca del
Desprendimiento Previo de Placenta como riesgo gestacional
para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

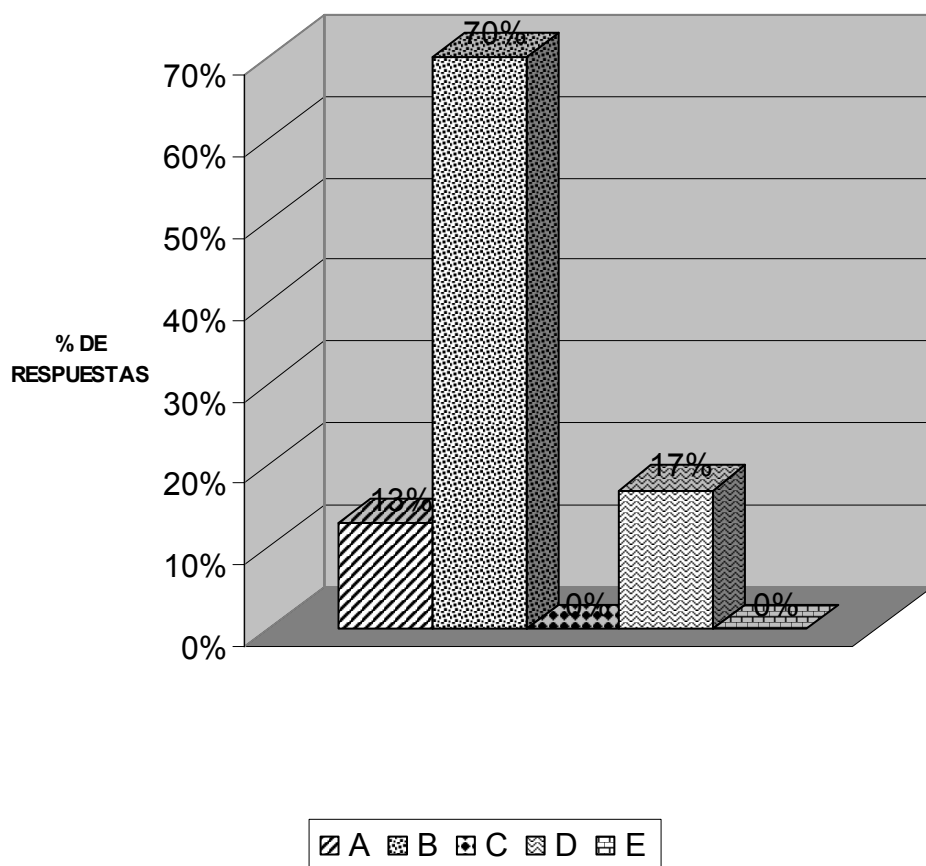


GRAFICO N° 17
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Ruptura Prematura de Membranas como riesgo gestacional
para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

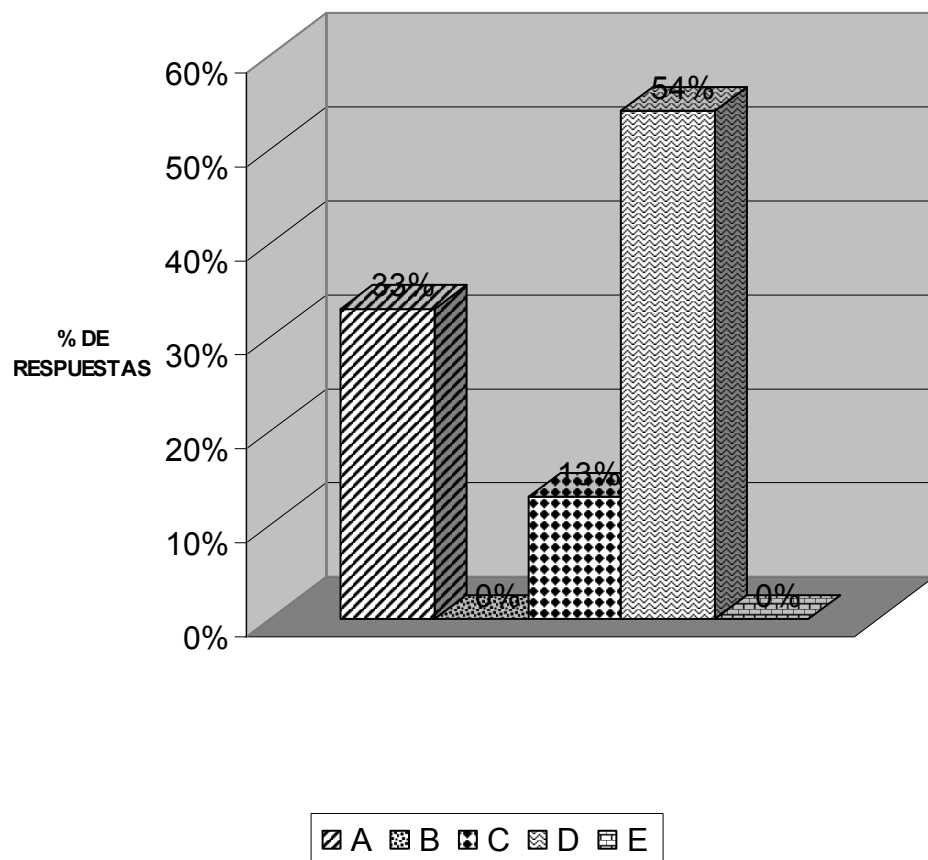


GRAFICO N° 18
Información que poseen las embarazadas acerca del
Embarazo Múltiple como factor de riesgo gestacional para el
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

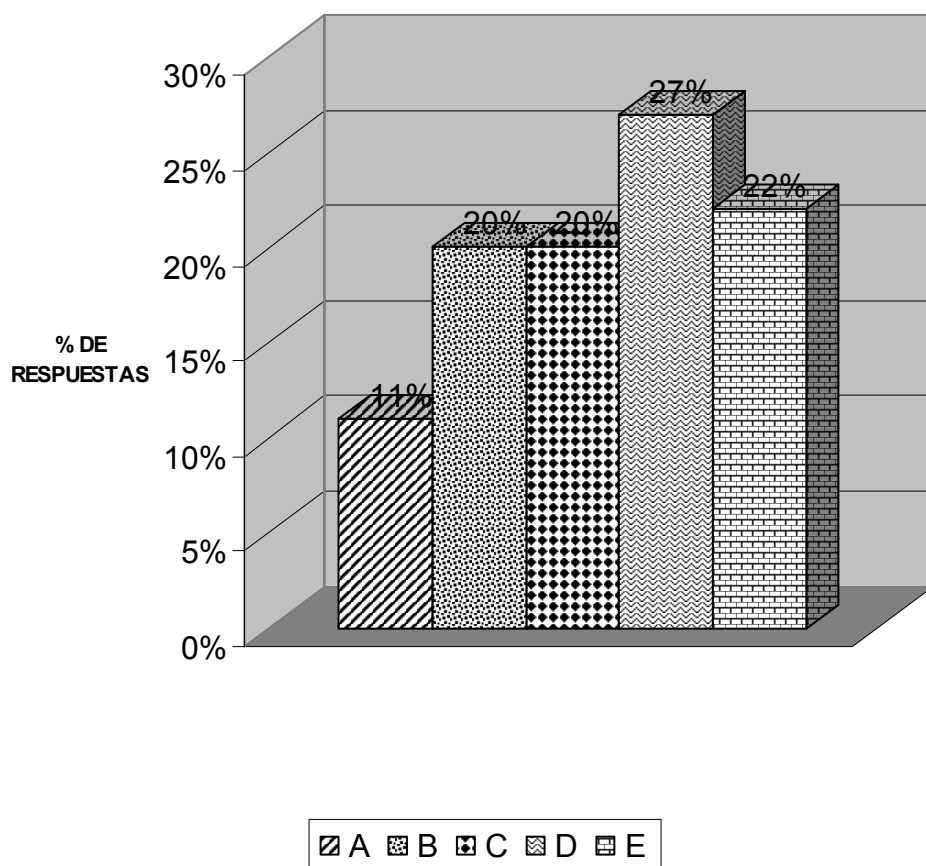


GRAFICO N° 19
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Malformación Congénita como factor de riesgo gestacional
para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Amb. "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

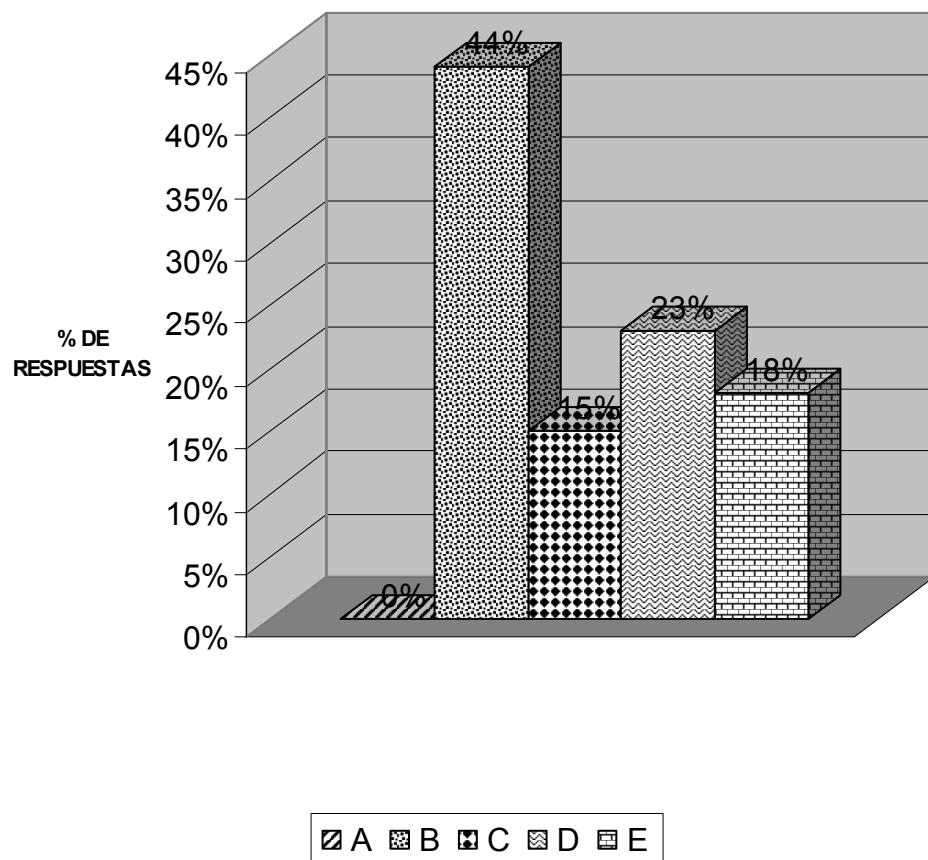


GRAFICO N° 20
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Macrosumía Fetal como factor de riesgo gestacional para
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

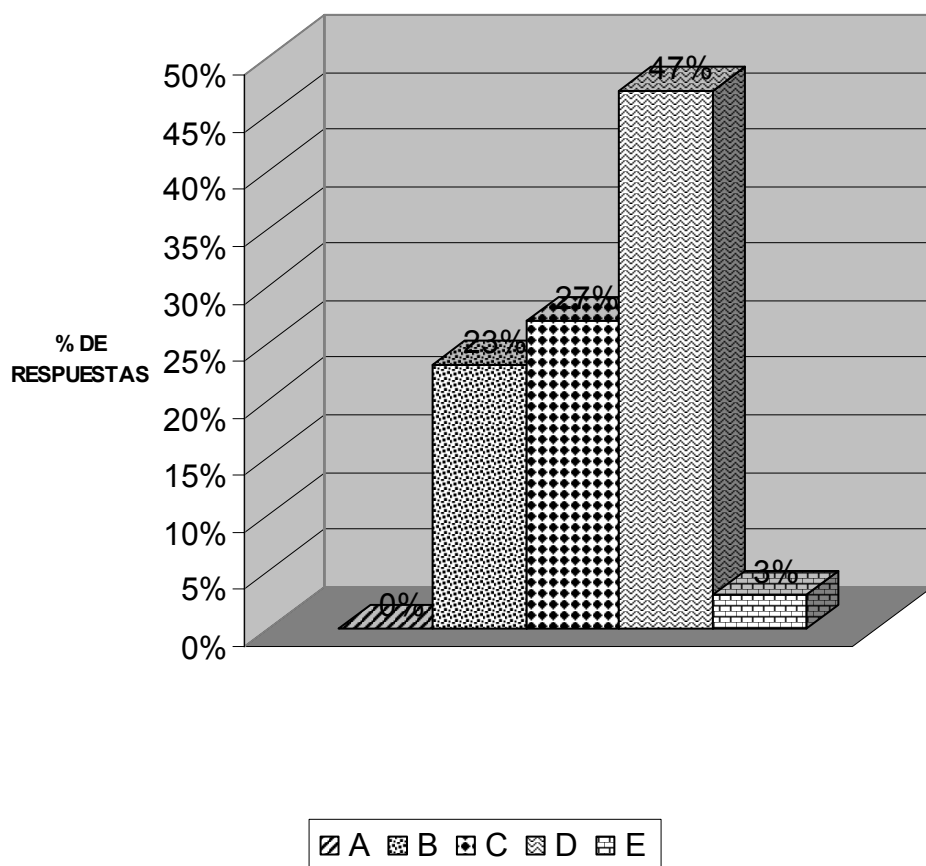


GRAFICO N° 21
Información que poseen las embarazadas acerca del
Oligohidramnios como factor de riesgo gestacional para el
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

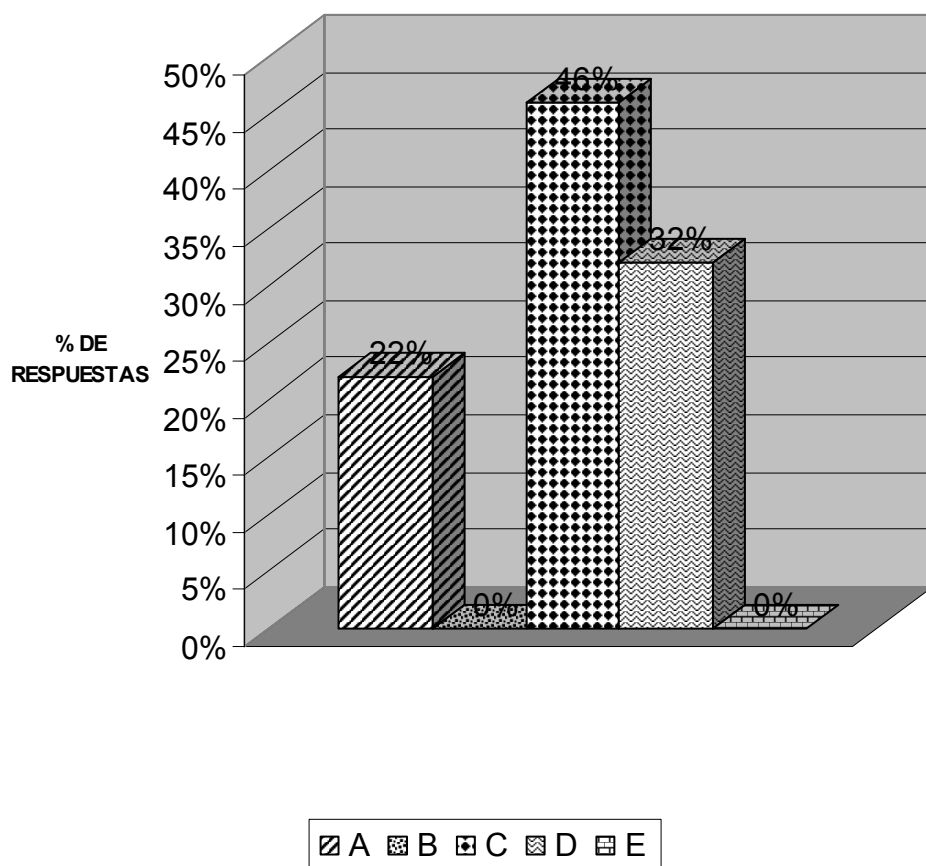


GRAFICO N° 22

Información que poseen las embarazadas acerca del Polihidramnios como factor de riesgo gestacional para el parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

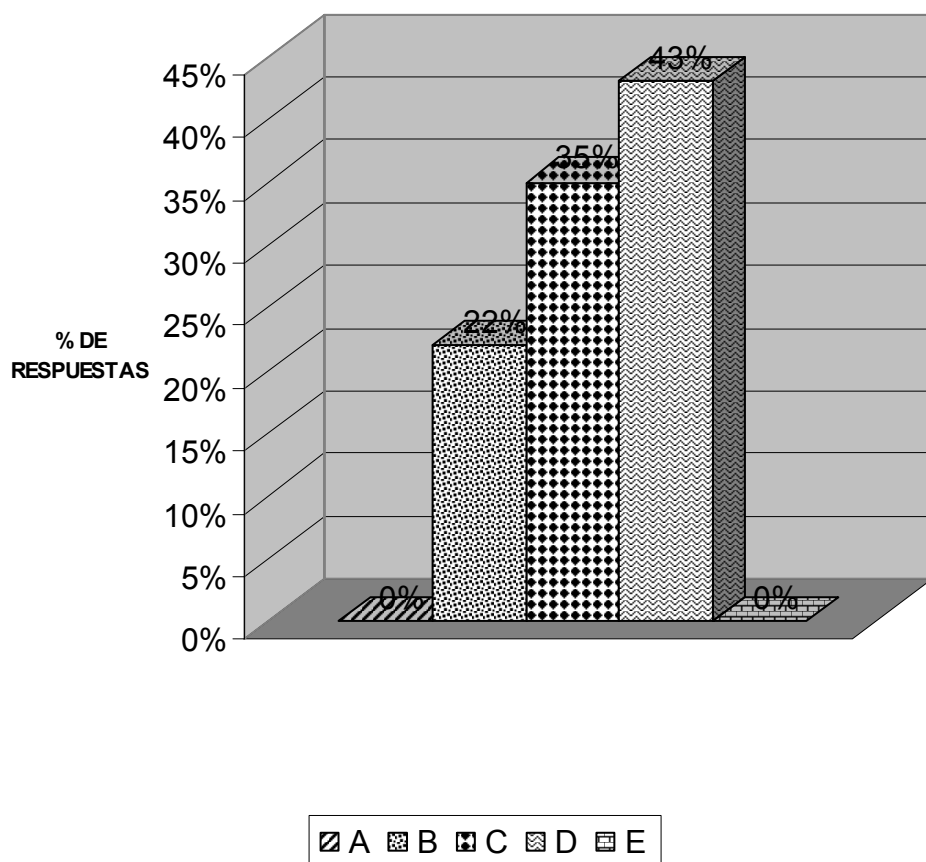


GRAFICO N° 23

Información que poseen las embarazadas acerca de las Infecciones Vaginales como factor de riesgo gestacional para el embarazo. Consulta Prenatal Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

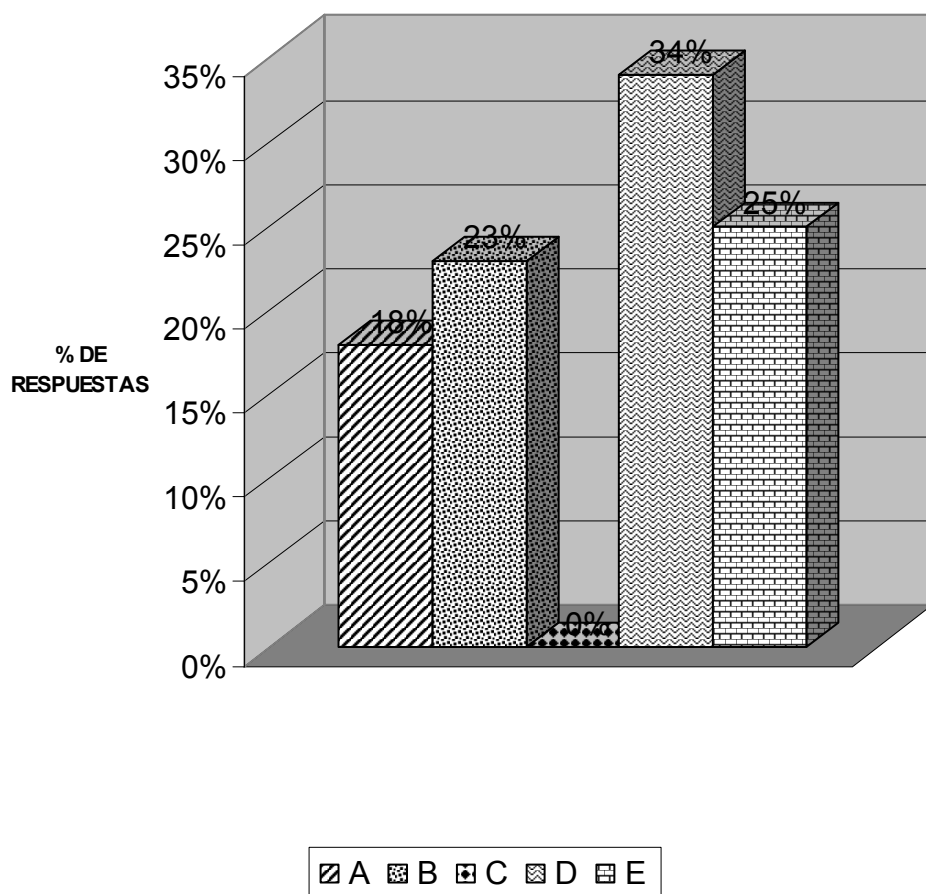


GRAFICO N° 24
Información que poseen las embarazadas acerca de las
Infecciones Urinarias como factor de riesgo gestacional para
el parto prematuro. Consulta Prenatal Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

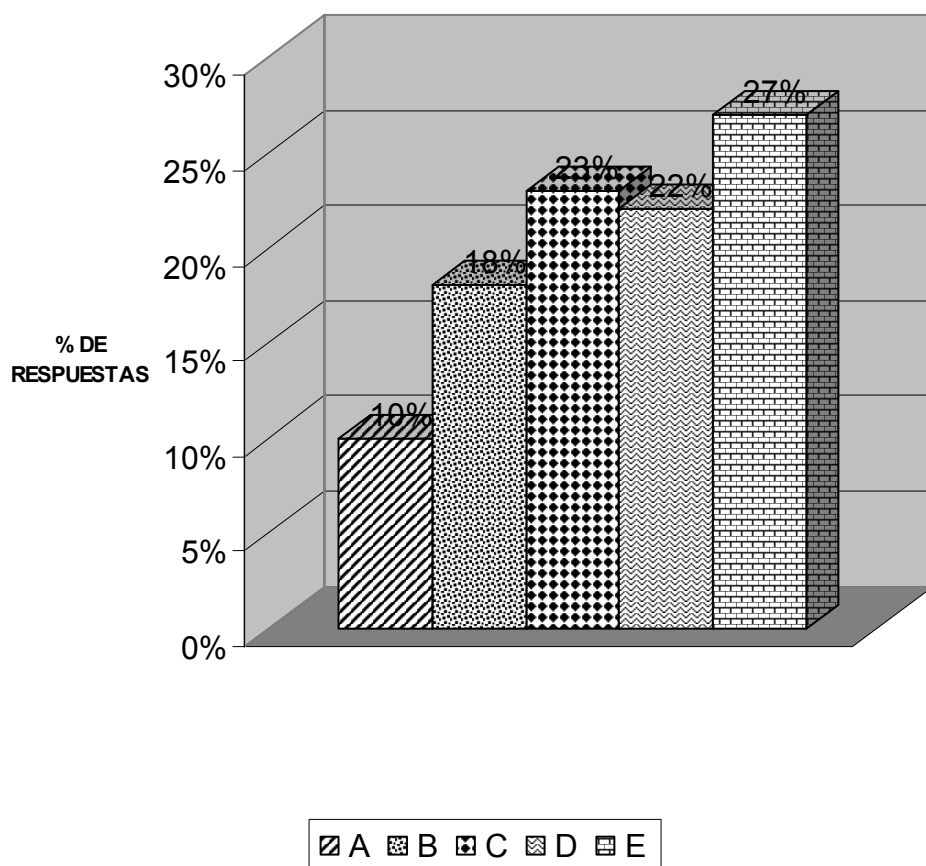


GRAFICO N° 25
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Hipertensión Arterial como factor de riesgo gestacional para
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

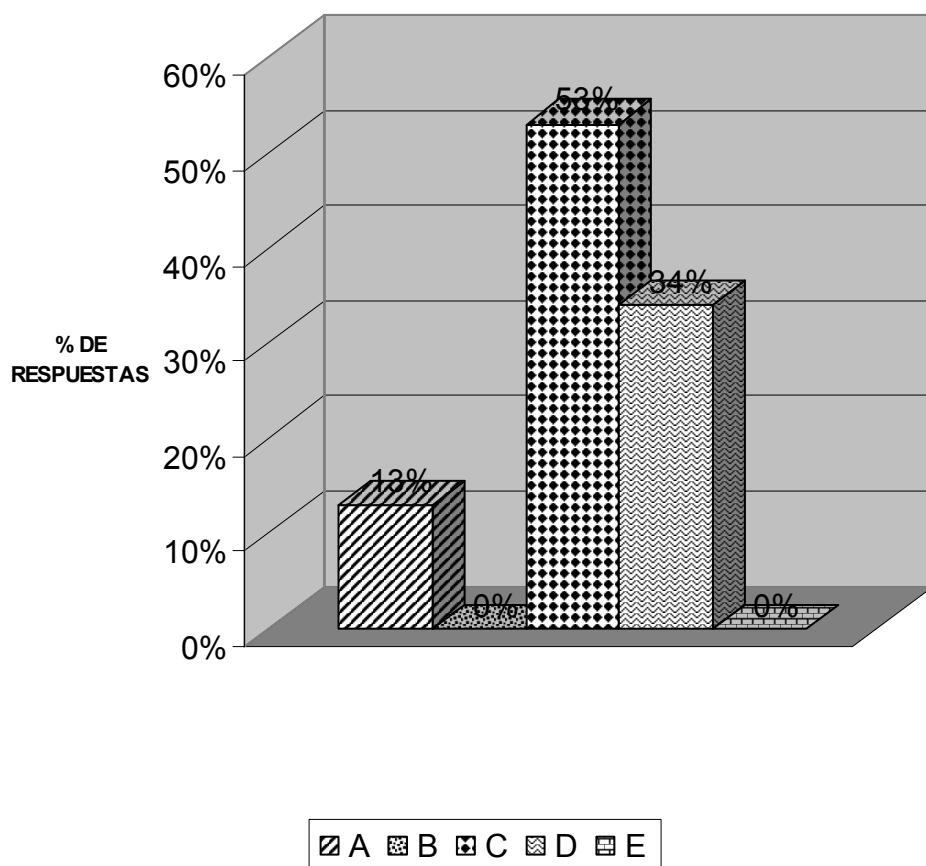


GRAFICO N° 26

Información que poseen las embarazadas acerca del Hipotiroidismo como factor de riesgo gestacional para parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr. Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er trimestre 2006.

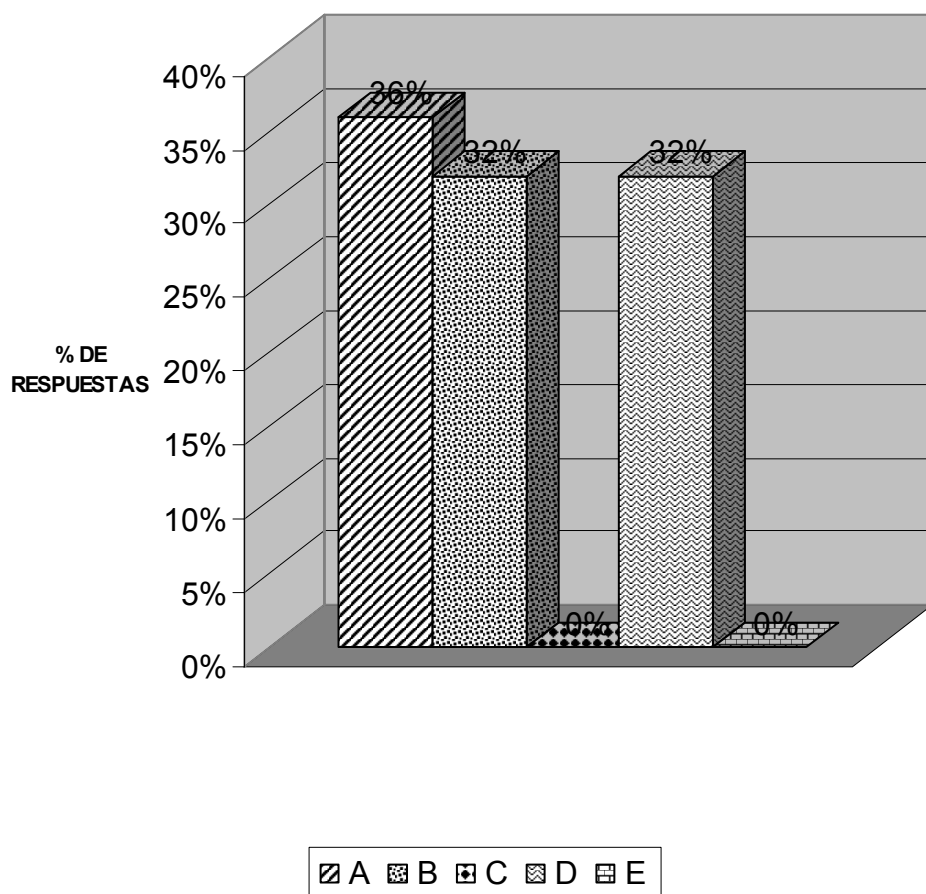


GRAFICO N° 27
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Preeclampsia y Eclampsia como factor de riesgo gestacional
para parto premat. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.

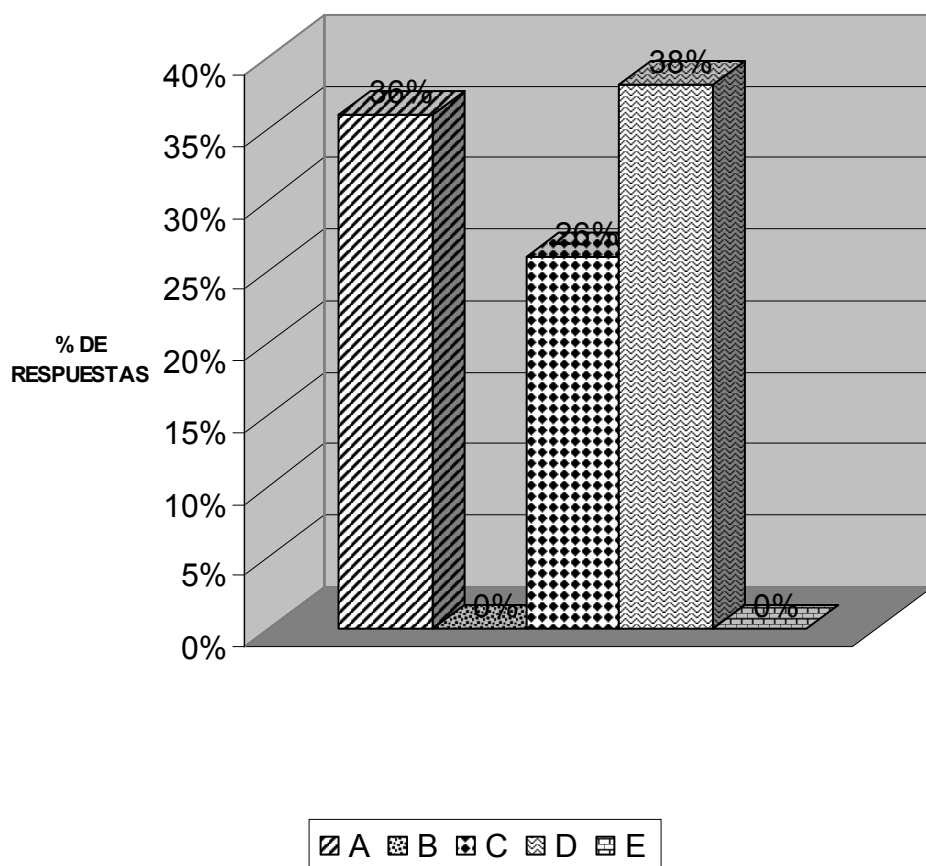
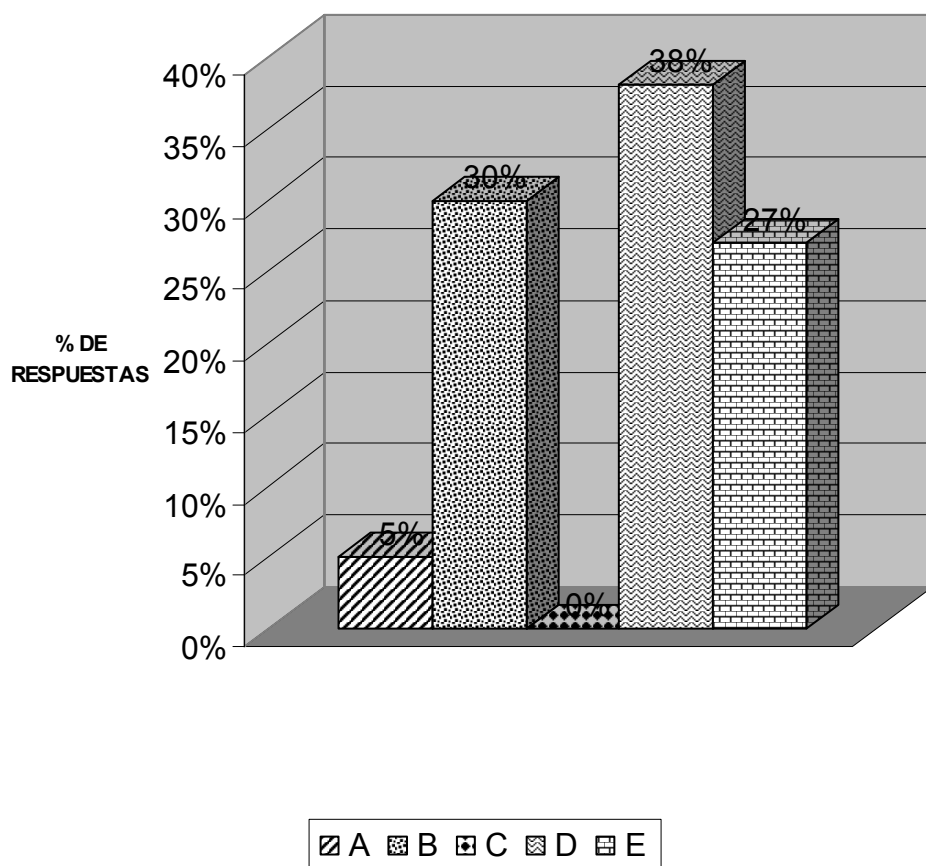


GRAFICO N° 28
Información que poseen las embarazadas acerca de la
Diabetes Gestacional como factor de riesgo gestacional para
parto prematuro. Consulta Prenatal del Ambulatorio "Dr.
Armando Castillo Plaza". Caracas, Distrito Capital. 3er
trimestre 2006.



CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Los factores de riesgo del embarazo son todos aquellos agentes que se encuentran latentes a ejercer algún efecto negativo sobre el mismo, trayendo como consecuencia, el llevar a cabo una gestación de “alto riesgo”, durante la cual existen limitaciones y la mujer no puede desenvolverse con la misma libertad que si llevara un embarazo normal. Muchos de estos factores intervienen y traen como consecuencia el parto prematuro, que no es más que el nacimiento del bebé antes de las 37 semanas de gestación, lo cual incide negativamente en su normal desarrollo luego del nacimiento.

Debido a que en el Hospital “Dr. Miguel Pérez Carreño”, en el área de Cuidados Intensivos Neonatales (UTIN) se observó que en el tercer trimestre del año 2006, muchos neonatos ingresaban por presentar Prematuridad, se decidió iniciar este trabajo de investigación donde se planteó como objetivo general el determinar la información que las embarazadas poseían acerca de los factores de riesgos que pueden inducir a un parto prematuro, de donde, a su vez, se derivan dos objetivos específicos: identificar el conocimiento que poseen estas embarazadas acerca de los antecedentes personales y de los riesgos gestacionales como factores riesgosos que pueden inducir a un parto prematuro.

De acuerdo a estos objetivos de la presente investigación y los resultados de la aplicación del instrumento, se puede concluir que en cuanto a los antecedentes personales como factores de riesgo del embarazo que

pueden inducir al parto prematuro, el mayor porcentaje de resultados acertados en cuanto a la opción correcta, se obtuvieron solo en un ítem (N° 7) respecto a los hábitos nocivos como riesgo para el parto prematuro, en el resto de los ítems, el porcentaje de respuestas correctas fue menor al 50%, lo que arroja como resultado que la mitad o menos de las embarazadas encuestadas desconocen la información necesaria acerca de los antecedentes personales como factores de riesgo que pueden llevar a un embarazo al parto prematuro.

Así mismo, con respecto al objetivo referido a los riesgos gestacionales como factores que pueden llevar un embarazo al parto prematuro, de diecinueve (19) ítems que se incluyeron en la encuesta para medir dicha información manejada por las embarazadas, solo dos presentaron un mayor porcentaje de respuestas correctas en comparación con las incorrectas (17 ítems), el ítem N° 16 referido al Desprendimiento Previo de Placenta y el N° 17, la Ruptura Prematura de Membranas (RPM), cada uno con 70% y 54% respectivamente de respuestas correctas. Todas las demás presentan porcentajes de respuestas correctas igual o menores al 50%.

Estos resultados ponen en evidencia que la información que poseen las embarazadas acerca de los factores de riesgos gestacionales que pueden llevar un embarazo a un parto prematuro, es deficiente. La obtención de estos resultados explica la cantidad de ingresos de recién nacidos prematuros a la Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital mas cercano al ambulatorio donde se realizo dicha encuesta. Por ende, esta valiosa información se convierte en una herramienta, en base a los datos obtenidos, que despierta el incentivo de tomar acciones en pro de la disminución de la incidencia de este fenómeno que se ha ido incrementando en los últimos años, beneficiando así a dichas instituciones.

Para llegar a obtener este significativo aporte de información, se utilizó un cuestionario, diseñado por la autora, el cual fue validado y posteriormente entregado al 25% de las embarazadas que asisten a la consulta prenatal del ambulatorio objeto de estudio (Ambulatorio Dr. Armando Castillo Plaza), el cual ellas llenaron, con muy buena disposición por ser parte de la investigación que la autora previamente les había presentado.

La situación entonces, es preocupante, puesto que la muestra estudiada es parte de una población joven y altamente reproductiva, por lo que se hace evidente la importancia de esta investigación, en primer lugar para la comunidad y las embarazadas que desconocen todos aquellos elementos que, interviniendo en su embarazo, pueden desencadenar acontecimientos que compliquen el feliz desarrollo del mismo, llegando inclusive hasta la muerte del feto y/o la madre.

Por otra parte, la exploración de este acontecimiento deja un importante precedente para el personal de salud, especialmente el profesional de Enfermería que se hace presente cada vez mas en el campo de la investigación científica, para continuar profundizando en el tema hasta alcanzar el objetivo máximo de todo personal de la salud: llevar prevención para disminuir la incidencia del problema, así como el tratamiento para el alivio y salud de los afectados por el mismo.

Recomendaciones

Con la elaboración de este trabajo de investigación, se formulan las recomendaciones siguientes:

- A pesar de que la investigación consistió solo en recolectar la información de las embarazadas acerca de la información que ellas poseen sobre los factores de riesgo del embarazo que pueden llevar a un parto prematuro, se espera que el incentivo y preocupación que nació a raíz de la elaboración de este estudio, lleve a acciones concretas donde se le imparta la información y ayuda que estas mujeres necesitan para disminuir las posibilidades de que estos riesgos aparezcan en su proceso y lo compliquen.
- Por otra parte, asumir el reto que supone crear un plan de acción en pro de impartir la información que estas embarazadas requieren, tomando en cuenta los resultados arrojados por esta investigación.
- El Profesional de Enfermería, del área ambulatoria, comunitaria y de atención directa en el hospital, en base a sus roles de investigador y docente, ejecutar acciones que enriquezcan el conocimiento de las embarazadas, como aporte de un grano de arena ante tantas gestiones que el equipo de salud en conjunto puede lograr en pro de la madre y el futuro bebé.
- Es indispensable que los objetivos y estrategias que puedan utilizarse en un futuro para la ejecución de acciones educativas y

docentes dirigidas a esta población, estén basadas en las necesidades reales que se reflejan en los resultados que arrojó esta investigación, de esta manera, los puntos críticos de las necesidades de dicha población estarán lo mas cubiertas posibles.

- Adecuar los procedimientos y estrategias a utilizar en la implementación acciones educativas para integrar a todo el equipo de salud disponible en la fomentación de esta importante información y así disminuir la presencia de riesgos en el embarazo, por ende, la incidencia de partos prematuros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOTA, DESCHAMPS (2000) **"The Pregnancy"**, Mac Graw Hill, Washington DC. USA.

ARIAS, F (1994) **"Guía Práctica para el Embarazo y el Parto de Alto Riesgo"**. 2a Edición. Editorial Mosby/Doyma. Madrid.España

AUSTAD, S. (2002), **"Porque Envejecemos"**. Editorial Piado. Sydney, Australia

ALMAGUER, P. FONSECA, M. (2002) **"Comportamiento de algunos factores de riesgo para malformaciones congénitas"**. Policlínica Docente Octavio de la Concepción y de la Pedra Cienfuegos. Cuba. 1998-2002

ARIAS, M. TORRES, R, PEREZ, V Y MILIAN V. (2001) **"Factores prenatales relacionados con la prematuridad"**. Rev. Cubana Pediatría.

BALESTRINI, M. (2001). **"Cómo se elabora el Proyecto de Investigación"**. Venezuela: Consultores Asociados. Servicio Editorial.

BALDIVIESO, L. y PEROTTO, C. (1993). **"Manual de Prevención contra las Drogas: Quiero Llegar a Ser Alguien"**. La Paz. Bolivia.

BELLOCH, A., SANDIN, B. RAMOS, F.(1995): **"Manual de psicopatología."** Editorial McGraw-Hill. Madrid, España.

BERECK, J Y HILLARD, P.(1997) **"Ginecología de Novak"**. 12va Edición. Editorial interamericana Mac Graw Hill. Washington DC. USA.

BOTELLA L, (1991) **"Placenta Previa en Tratado de Ginecología. Patología Obstétrica"**. Editorial Científico Médica, Monterrey México

BRYAN, N. (1994). **"Introducción a la Inmunohematología"**. Editorial Saundas. W.B. USA.

CANALES, F., ALVARADO, E. PINEDA, E. (1994). **"Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo del Personal de salud"**. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. México: UTEHA. Noriega Editores.

CARRILLO, F Y OLIMPIA V (1998) **“Factores de riesgos para la ruptura prematura de membranas”**. Tesis Doctoral. Facultad de Biología. Universidad de la Habana, Cuba.

CASEY. M, DASHE. S, WELLS. E, Y MCINTIRE D (2006) **“Subclinical Hyperthyroidism and Pregnancy Outcomes”**. Editorial St. Thomas. Atlanta USA.

CHERNEY, A. (1999). **“Diagnostico y Tratamiento ginecobstétrico”**. 7ma Edición. Editorial El Manual Moderno. Boston. USA.

CLINICAS OBSTETRICAS Y GINECOLOGICAS (1999). México, Mac Graw Hill Interamericana.

CLOHERTY, J. (2000) **“Manual de Cuidados Neonatales”**, Editorial Masson, Boston, USA.

CONTRERAS, F. FOUILLIOUX, C. BETANCOURT, M. COLMENARES Y VELASCO, M. (2002) **“Endotelio y Trastornos Hipertensivos del Embarazo”**. **Revista de la Facultad de Medicina**.

DICKENS Y ALLISON (2001), **“Embarazo y Adolescencia”** , Editorial El Manual Moderno, Miami.

GARCÍA ROLLÁN, M. (1990) **“Alimentación humana. Errores y sus consecuencias”**. Ediciones Mundi-Prensa. Madrid, España..

GILLES, G. (2002) **“Enfermedades infecciosas en Obstetricia y Ginecología”**. Editorial Científico-Técnica. La Habana. Cuba.

GLEICHER N Y ELKAYAM U.(2000) **“Principios de la Atención Médica. Tratamiento de las Complicaciones Clínicas del Embarazo”**. 3era Edición. Editorial Panamericana.

GODOY, R,(1994) **“El Prematuro Regresa al Hogar”**. Editorial Mac Graw Hill. Caracas Venezuela.

GOMELLA, Tricia (1999) **“Neonatología”**. Editorial Medicina Panamericana, New York, USA.

GÓMEZ R, OYARZÚN E Y VARGAS J (1992) **“Ecografía Transvaginal en el Diagnóstico de Placenta Previa”**. Editorial El Manual Moderno. Boston. USA.

HERNANDEZ, S., FERNÁNDEZ, C Y BATISTA, L. (2002). **“Metodología de la Investigación”**. Tercera Edición, Editorial Mc Graw Hill.

HERRERA, M. CAMPOS, H. Y MORENO, D. (2001) **“Atención Prenatal y Nivel Socioeconómico”**. Editorial Señora Guaraní. Concepción. Paraguay.

JANSEN, J. Y CASTRO, J. (1998) **“Fitopatología Clínica”** 5ta Edición. Editorial Atheneu. Sao Pablo. Brasil.

KELINGER, F. (1982) **“Investigación del Comportamiento Técnicas y Metodologías”**. Editorial Interamericana. California. USA.

KLIEGMAN, R Y GROSS T (2000) **“Perinatal Problems of the Obese Mother and Her Infant”** Editorial Masson. Boston. USA.

LABRADOR, F. J. y CRESPO, M. (1993): **“Estrés, Trastornos Psicofisiológicos”**. Madrid: Eudema.

MARTINEZ, M. GLEZ, G. SERRANO, S. PEREZ, R. Y GOMEZ, M. (1999). **“Ganancia de Peso: relación con el peso del recién nacido”**. Rev. Cubana Obstet Ginecol 1999.

MATVEEV, L.(1993) **“Fundamento del Entrenamiento deportivo”**. Editorial Raduga, Moscú, Rusia.

MENDEZ, C (2001) **“Metodología, Diseño y Desarrollo del Proceso de la Investigación”** 3era Edición. Editorial Mac Graw Hill. Bogota. Colombia.

MODANLOU H, DORCHESTER W, THOROSINA A Y FREEMAN R (1995) **“Macrosomia Maternal, Fetal and Neonatal Implications”**. Editorial Piado. Sydney. Australia.

MURPHY, E.(2005) **“La promoción de comportamientos saludables”**. Editorial Mac Graw Hill, México.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (OMS) (1999). Departamento de Coordinación Regional de Control de Estudios Epidemiológicos. Caracas Venezuela.

OYARZÜN, E Y SERÁN, A (1994),” **“Aborto precoz, infección y shock séptico”**, Mac Graw Hill Interamericana, Mexico.

PALLER M. (1998), **“Hypertension in Pregnancy”**. Editorial El Manual Moderno. Miami.

POLIT, D y Hungler, B., (2002) **“Investigación Científica en Ciencias de la Salud”**. Sexta Edición. Editorial Mc Graw Hill México.

RAMOS, J. (2000) **“Manual Practico de Diagnóstico y Tratamiento”**. 20va Edición. Editorial Artes Médicas. Ríos de Janeiro. Brasil.

ROBINS, S, (1996) **“Fundamentos de Administración, concepto y aplicaciones”**. Editorial Mac Graw Hill México.

ROCK, J. Y MULLER, S. (2003) **“Ginecología Clínica”**. Editorial Mosby. Illinois. USA.

SABINO, C. (2000). **“Proceso de Investigación”** Editorial PANAPO. Caracas, Venezuela.

SAMPIERI, R, FERNANDEZ, C Y BAPTISTA, P. (1998). **“Metodología de la Investigación”**. 2da Edición. Editorial Mac Graw Hill. México.

SCORPIO, R Y ESPOSITO, T (1992) **“El Embarazo y sus Complicaciones”**, Edit. Continental, Mexico.

SERRANO J, SERRANO M y RODRIGUEZ J (1991), **“Fármacos y la Medicina Natural”**, Edit. CEPAL, Santiago de Chile.

SIBAI, B Y VELASCO, J. (1994) **“El Síndrome de HELL: Una Complicación de la Preeclampsia”**. Editorial Limusa. México

SIERRA, A. LEMUS, O. Y FUENTES, L. (2004). **“Influencia del Nivel Socioeconómico en el desarrollo del Embarazo”**. Editorial Siglo Veintiuno. Madrid. España.

SINOBAS, O. (1987) **“Gestorragias: Placenta previa en Obstetricia y Ginecología”**. Editorial El Estudiante de Medicina. La Habana, Cuba.

SMITH C.(1999) **“Valoración del líquido amniótico”**. Editorial El Manual Moderno. Miami. USA.

SPONG C (2001). **“Preterm premature rupture of fetal membranes complicated by oligohydramnios”**. Editorial Raduga. Moscú. Rusia.

TAMAYO M. Y Tamayo. (2001). **“El Proceso de la Investigación Científica”**. Editorial Limusa, México.

TAMEZ, R. (2002), **“Enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales”**, Editorial Medica Panamericana, Río de Janeiro, Brasil.

TERRY, G. (1999). **“Principios de Administración”**, Editorial Continental, México.

TORRES, J. VALERO, F. XERCAVINS. MONTOSA, J. (1995) **“Conducta Que Debe Seguirse Ante el Diagnostico Perinatal de Riesgo Congénito”**. Editorial Masson. Boston. USA.

VILLATORO, P. Y SILVA, A (2005) **“La Era de la Información, Economía, Sociedad y Cultura”**. Editorial CEPAL. Santiago de Chile.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**

**CUESTIONARIO PARA DETERMINAR LA INFORMACION QUE POSEEN
LAS MUJERES EMBARAZADAS ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO
DEL EMBARAZO Y QUE ASISTEN A LA CONSULTA PRENATAL DEL
AMBULATORIO “DR. ARMANDO CASTILLO PLAZA” ANTIMANO –
CARACAS 1ER TRIMESTRE DEL AÑO 2007.**

Autora:
Graterol P. Luzmar S.

Caracas, Marzo de 2007.

CUESTIONARIO

Apreciada Señora:

El cuestionario que tiene en sus manos esta diseñado con la finalidad de contribuir con una investigación en la cual se desea medir el conocimiento que posee acerca de los factores que puedan estar presentes antes o durante un embarazo.

Agradeciendo su sinceridad en la respuesta a cada pregunta, quedo de usted,

Luzmar Graterol

Encierra en un círculo la respuesta que consideres correcta. Solo hay una respuesta correcta para cada pregunta.

EJEMPLO:

X.-) Cuanto es dos por tres?

- a) Uno
- b) Tres
- ☒ c) Seis
- d) Cinco
- e) Siete

1.-) Si usted presenta palidez en la piel, las unas y los labios así como mareos repentinos, debe:

- a) Asistir al medico a ver si esta bien
- b) Ingerir muchas frutas rojas y anaranjadas
- c) Quedarse tranquila, eso pasa solo
- d) Colocarse más maquillaje
- e) Ir a la playa a broncearse un poco

2.-) Estar pasada de peso, orinar con frecuencia y tener familia diabética indica que:

- a) Quizá estoy embarazada
- b) Probablemente yo tenga diabetes
- c) Las pastillas anticonceptivas me caen mal
- d) Debo hacer ejercicios y tomar mucha agua
- e) He comido mucho últimamente

3.-) Si tuve un parto prematuro antes y estoy embarazada otra vez, debo:

- a) Asistir disciplinadamente a mi control prenatal
- b) Quedarme tranquila, esas cosas no se repiten
- c) Mantenerme en reposo y dormir todo el embarazo
- d) Hacer ejercicios para fortalecer mis músculos
- e) Comer bastante para que el bebe crezca rápido

4.-) Si tuve algún aborto(s) antes de este embarazo, debo estar atenta a:

- a) Si sangro por la vagina, tengo dolor menstrual y/o fiebre
- b) Que no me duela la cabeza ni se me hinchen las manos
- c) Si tengo flujo transparente muy abundante
- d) Que el ombligo no se me este brotando
- e) Que la barriga me vaya creciendo bien redonda

5.-) Es importante que mi útero esté bien para un embarazo y si quiero saber como estoy debo:

- a) Ir a un rezandero para que me diga como estoy
- b) Comprar unas duchas vaginales y colocarme una cada mes
- c) Buscar un espejo y chequear como se ven mis genitales
- d) Ir a la consulta ginecológica 1 vez por año y hacerme 1 ecosonograma
- e) Hacerme el autoexamen de los senos y sentir si tengo tumores

6.-) Si tengo puesto “el aparato”, pero creo que puedo estar embarazada, debo:

- a) Caminar bastante para que se me salga solo
- b) Pedirle a mi pareja o una amiga que me lo quite
- c) Halarme los hilos del aparato y sacármelo por si acaso
- d) Asistir pronto al ginecólogo por si acaso
- e) Esperar hasta que me venga la regla

7.-) Aunque no esté embarazada, debo cuidar mi organismo para cuando decida tener un bebé y eso implica:

- a) Bañarme y ponerme crema en la piel todos los días
- b) No tener hábitos como: fumar, beber o drogarme
- c) Evitar teñirme el cabello
- d) Dejar de tomar bebidas cítricas o agrias

e) Eliminar de mi dieta todas las grasas

8.-) La edad ideal para tener bebés oscila entre:

- a) 15 y 40 años
- b) 19 y 35 años
- c) 35 y 45 años
- d) 25 y 35 años
- e) 15 y 32 años

9.-) Estar embarazada y vivir en lo alto del barrio, tener poco dinero, usar los jeeps y subir escaleras todos los días, pudiera:

- a) Mejorar la circulación de la sangre durante el embarazo
- b) Provocar que se adelante el parto
- c) Ayudar a que nazca un bebé más desarrollado
- d) Preparar a la embarazada a que tenga un parto sin dolor
- e) Desarrollar los músculos de las piernas por el ejercicio

10.-) Para estar bien informada de cómo me va en mi embarazo y todo lo que debo hacer en esos 9 meses, debo:

- a) Preguntarle a mis amigas que han estado embarazadas
- b) Mirar programas de TV del embarazo y los bebés
- c) Asistir a la consulta prenatal cuando me toque ir
- d) No debo hacer nada, pues es un proceso natural
- e) Comprar revistas que hablen del embarazo

11.-) Si estoy embarazada y sufro una caída, pero no fue mucho, debo:

- a) Llegar a casa y guardar reposo en cama
- b) Chequearme con el médico que todo esté bien
- c) Colocarme pañitos de agua tibia en la barriga
- d) Ir al médico solo si me sale un morado
- e) Bañarme con agua tibia y un chorrito de alcohol

12.-) Si durante mi embarazo siento malestar de gripe, puedo:

- a) Tomar infusiones de hierbas y ponerme Vic-Vaporub
- b) Asistir al médico a que me mande algún medicamento
- c) Tomarme 2 Atamel con un té caliente
- d) Ir a la playa para que se me quite el malestar
- e) Tomarme 1 Atamel con una manzanilla caliente

13.-) Si trabajo 8 horas diarias, teniendo que hacer alguna fuerza y estoy embarazada:

- a) Le cuento a mi médico para que me diga que hacer
- b) Continúo trabajando para ejercitar mis músculos
- c) Trabajo más esforzadamente como toda una mujer sana
- d) Trabajo hasta que me den los dolores de parto
- e) Trabajo mis 8 horas diarias y descanso bastante en las noches

14.-) Si estoy embarazada y de repente sangro un poco sin dolor ni molestias, debo:

- a) Asistir al médico para que me chequee el médico
- b) Acostarme y relajarme, eso es normal que pase
- c) Colocarme un tampax mediano
- d) Si sangro más de 5 días, ir al médico

e) Ponerme toallitas diarias hasta que ya no manche más

15.-) Para asegurarme de que mi bebé no tendrá obstáculos para salir en el parto, yo:

- a) Debo ir a mi consulta y hacerme un eco transvaginal
- b) Tener bastantes relaciones sexuales para expandir la vagina
- c) Hacer ejercicios moderados todos los días
- d) Comer mucha grasa para que el bebé salga sin problemas
- e) Tomar mucho líquido para humedecer bien el parto

16.-) Si estoy embarazada y repentinamente comienzo a sentir un peso hacia la vagina, cierto dolor y presión debo

- a) Acostarme y relajarme para que se me pase
- b) Irme inmediatamente a la emergencia y que me vea el médico
- c) Colocarme unos pañitos de agua tibia para relajarme
- d) Tomarme una manzanilla caliente y esperar un rato
- e) Pedirle a algún allegado que me sobe la barriga

17.-) Si después de los 5 meses de embarazo comienzo a botar mucho líquido con un poco de sangre por la vagina, debo:

- a) Acostarme y subir los pies
- b) Colocarme un tampax grueso
- c) Tener mas cuidado de no orinarme encima
- d) Ir al médico de inmediato
- e) Hacerme un lavado con una ducha vaginal

18.-) ¿De cuantos bebés puedes estar embarazada para que no sea un riesgo de que nazcan antes de tiempo?

- a) 1 fetos
- b) 2 fetos
- c) 3 fetos
- d) 4 fetos
- e) 5 o más

19.-) Si durante la consulta prenatal el médico me dice que mi bebé viene con malformaciones, debo:

- a) Mandarme a sacar el bebé rápidamente
- b) Vigilar si presento síntomas de que voy a parir antes de tiempo
- c) Ingerir antibióticos para que se me quite la infección
- d) Tomar vitaminas para que el bebé mejore pronto
- e) Cuidar que la gente no se vaya a burlar de el bebé

20.-) Si en la consulta prenatal el médico me dice que mi bebé esta creciendo más de la cuenta, yo debo:

- a) Hacer ejercicios para que el bebé baje de peso
- b) Estar orgullosa de que tendré un bebesote
- c) Disminuir las grasas y la leche de las comidas
- d) Asistir a las consultas para chequear su crecimiento
- e) Pesarme todos los días a ver si subo de kilos

21.-) Si en la consulta el médico me dice que tengo poco líquido amniótico, yo debo:

- a) Esperar a que al final del embarazo tenga más líquido

- b) Orinar mucho porque entre menos líquido mejor
- c) Comer bien, tomar mucho líquido y vigilar si se adelanta el parto
- d) Dormir mucho y mantenerme tranquila y relajada
- e) Caminar con frecuencia para que el líquido llegue rápido al bebé

22.-) Si mi barriga se ve demasiado grande para los meses de embarazo que tengo debo:

- a) Sentirme orgullosa de pensar que tendré un bebe grandote
- b) Tomar menos líquidos para que no crezca tanto
- c) Hacer ejercicios para que disminuya el tamaño
- d) Ir al control y preguntar al médico si eso es normal
- e) Preguntar a mis amigas a ver si creen que es muy grande mi barriga

23.-) En el embarazo, pueden ocurrir infecciones vaginales y uno se da cuenta porque el flujo:

- a) Desaparece y se seca la vagina
- b) Se pone como clara de huevo
- c) Se vuelve amarillo o verdoso, huele mal e irrita
- d) Es blanquecino y abundante
- e) Deja de oler y se pone espeso

24.-) Las infecciones urinarias se pueden detectar porque:

- a) Se van las ganas de ir a orinar
- b) La orina se pone muy clara y huele a caramelo
- c) Uno orina poco pero mucha cantidad de orina
- d) Hay ardor para orinar y al orinar hay necesidad de orinar más
- e) La orina se pone de color naranja y es abundante

25.-) Si he sufrido de Hipertensión Arterial y estoy embarazada debo estar muy atenta si me duelen:

- a) Las muelas
- b) El estómago y la garganta
- c) La yema de los dedos
- d) La cabeza y la vista
- e) El brazo y los dedos del lado derecho

26.-) Sentir frío, dolor muscular, debilidad, fatiga y flojera en el embarazo son síntomas:

- a) Anormales, hay que visitar al médico para un chequeo
- b) Normales, todas las embarazadas sienten eso
- c) Peligrosos, quiere decir que va a abortar
- d) Presentes solo en las mujeres gordas y jóvenes
- e) Que aparecen si se vive en lugares muy altos

27.-) Si estoy embarazada, debo medirme la tensión con frecuencia si:

- a) Me pongo muy gorda, he sufrido antes de la tensión alta y me duele la cabeza
- b) Se me cae el cabello, se me parten las uñas y me da tos
- c) Me da mucho frío, gripe y diarrea
- d) Me da calor, sudo mucho y me canso rápido
- e) Me salen manchas en la cara y las manos

28.-) Si he tenido un hijo igual o mayor a 4 kilos de peso y estoy embarazada otra vez, debo:

- a) Hacer muchos ejercicios para quemar grasas
- b) Quitar de mi dieta las grasas y las cosas dulces
- c) Tomar muchas infusiones que me limpien el organismo
- d) Ir al médico a que me chequee y me mande dieta y ejercicios
- e) Trotar todos los días, 2 horas diarias mínimo