



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

"FACTORES QUE SE RELACIONAN CON LA RESOLUCION DEL EMBARAZO EN LAS MUJERES BAJO CONTROL PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD RURAL CONCENTRADO ZIMAPAN, HIDALGO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A
VICTORIA DIAZ VILLEDA
No. CUENTA: 96713554



DIRECTOR DEL TRABAJO ASESOR: MCE: HUGO TAPIA MARTINEZ

ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
[Signature]

MEXICO, D. F.

SECRETARIA DE SALUD
JUNIO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	1
1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMA	3
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2 JUSTIFICACIÓN	5
3 OBJETIVOS	6
3.1 OBJETIVO GENERAL	6
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
4 MARCO TEORICO	6
4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ZIMAPÁN	6
4.2 CONTROL PRENATAL BAJO EL PROGRAMA ARRANQUE PAREJO	8
4.2.1 Concepto de Control Prenatal	9
4.2.2 Programa Arranque Parejo (PAP)	9
4.2.2.1 Salud Reproductiva	10
4.2.2.2 Justificación, Objetivos, Misión y Visión	11
4.2.2.3 Estrategias	13
- Componentes Sustantivos	
4.2.2.4 Ejecución del PAP en el Municipio de Zimapán	16
4.2.3 Factores de riesgo sociales, económicos y culturales	19
4.2.4 Factores de riesgo materno-fetales	20
4.2.5 Factores institucionales	22
4.2.5.1 Recursos	22
4.2.5.1.1 Humanos	22
4.2.5.1.2 Físicos	23
4.2.5.1.3 Materiales	23
5 MATERIAL Y MÉTODOS	24
5.1 TIPO DE ESTUDIO	24

5.2 POBLACIÓN	25
5.2.1. Criterios de Inclusión y Exclusión	25
5.3 VARIABLES DE ESTUDIO	25
5.3.1 “Factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo”	26
5.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	28
5.5 PRUEBA PILOTO	28
5.6 RECURSOS	29
5.6.1 Recursos humanos	29
5.6.2 Recursos materiales	29
5.6.3 Recursos financieros	29
6 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
7 RECUENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN	30
8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	86
9 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
10 BIBLIOGRAFÍA	101
11 ANEXOS Y APÉNDICES	103
11.1 ANEXOS	103
11.1.1 ANEXO A. Encuesta sobre factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán Hidalgo.	103
11.1.2 ANEXO B. CRONOGRAMA	109
11.2 APÉNDICES	110
11.2.1 APÉNDICE A. GLOSARIO	110

INTRODUCCIÓN

En el contexto de la salud la mujer embarazada mexicana, aún se aprecian injusticias al ser atendidas en las instituciones de salud pública e incluso de la misma sociedad, la cual afecta la capacidad para tomar decisiones con respecto a su salud; algunas ni siquiera se les fomenta que tienen libertad para exigir su derecho a la salud o simplemente, viven su etapa grávido-puerperal de manera deshumana. Esto es la realidad en gran parte de nuestra población, lo cual va en contra de las políticas de salud y de los programas nacionales de salud. El siguiente estudio se considera un ejemplo de la forma que en que se lleva a cabo el Programa de Arranque Parejo en la Vida programa de salud nacional en la localidad de Zimapán del estado de Hidalgo.

Esta tesis pretende contribuir en los aspectos que permitan asegurar una atención prenatal, adecuada y un parto sin complicaciones, así como un crecimiento y desarrollo del menor de 2 años, tal como lo sugiere el programa arranque parejo en la vida.

El fin de esta investigación es identificar los factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado de Zimapán; siguiendo con las bases de la investigación se presentan los objetivos específicos, que pretenden describir los factores socioeconómicos, los propios de la embarazada y los del servicio de la consulta externa. En el marco teórico se contempla el control prenatal, bajo el programa de arranque parejo, donde se describe el concepto de control prenatal, salud reproductiva, así como la justificación, misión, visión y estrategias; enseguida, se menciona la ejecución del programa arranque parejo en la vida de la localidad de Zimapán, posteriormente se describen los factores de riesgo socioeconómicos, materno

fetales, e institucionales relacionados con las mujeres que reciben atención prenatal en el Centro de Salud. Continuando con la metodología se describe el tipo de estudio y la población. Otro rubro que contempla este estudio es la recolección de la información que habla de cómo fueron obtenidos los datos. Después el recuento y presentación de la información con el sistema de paquete estadístico excel, interpretación con gráficas de barra; también se enuncia el análisis e interpretación de los resultados. Finalmente se mencionan las recomendaciones y conclusiones, para culminar con la bibliografía, anexos y apéndices.

1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DEL PROBLEMA

El Centro de Salud Rural Concentrado de Zimapán Hidalgo correspondiente a la Jurisdicción No. 5 de la Secretaría de Salud, se fundó en noviembre de 1958, cuenta entre otros programas con el de atención de la Salud Materno Infantil, hoy conocido como atención del embarazo, parto puerperio y la salud de los niños hasta los 2 años de vida, que corresponde al programa “Arranque Parejo en la Vida” cuyo propósito es mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de niños y niñas. Disminuir la mortalidad materna, neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento. Este programa se inicio en éste Centro de Salud a partir del 19 de Noviembre del 2001.

En el C. De Salud de Zimapán se ha venido observando, en los últimos años, una disminución en la consulta prenatal subsecuente, sin embargo la mayoría de la población asistida corresponde a la localidad de Zimapán. Si bien, los registros de los últimos años señalan, en el 2001 hubo 354 embarazadas de primera vez(Sistema de información en Salud para población abierta) y el 2002, 365 gestantes de primera vez y; hubo 170 partos en el 2001 y en el 2002 hubo 169 partos(SISPA), esto indica que, del 100% de las mujeres en control prenatal de primera vez, poco más del 50% de las mujeres tuvo el parto en el C. De Salud. Estos datos muestran una disminución en la resolución del embarazo en éste lugar. Más aún, hace aproximadamente 5 años la mayoría de las mujeres en vigilancia prenatal en esta comunidad se atendía el parto en el C. De S., esto ha ido cambiando, ya que varias mujeres deciden atenderse en otro lugar, a pesar que en el C. De Salud se lleva a cabo el Programa de Arranque Parejo en la Vida desde el 2001. Entonces es necesario investigar cuales son las razones o que situaciones prevalecen en las mujeres de dicha comunidad para

cambiar de decisión sobre el lugar de resolución de su embarazo. Por lo tanto, surge la siguiente presunta de investigación:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué factores se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo?

2 JUSTIFICACIÓN

Al identificar los factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Zimapán Hidalgo, se pretende implementar estrategias que conduzcan a mantener a la mayoría de las pacientes en su control prenatal y a su atención de los partos; con esto, se favorecería la atención perinatal hacia este grupo de población que constituye un ejemplo de población desprotegida de servicios de salud, no solo en esta entidad, sino a muchas otras del territorio nacional. En los registros se encuentra que en el 2001 hay 354 embarazadas de primera vez y 170 partos atendidos y en el 2002 se registran 365 gestantes de primera vez y 169 partos. Esto indica que del 100% de las mujeres en control prenatal de primera vez poco más del 50% fueron atendidas de parto en el Centro de Salud. Aunque existe la política de ampliar la cobertura de los servicios de salud por parte de la Secretaría de Salud, esta se verá obstaculizada si la gente decide simplemente no acudir; por eso, se requieren estudios que describan y analicen las características de la población, entenderlas y actuar sobre ellas, de esta manera se favorece la participación de la comunidad al involucrarlos en sus necesidades de salud. Este estudio, por lo tanto, beneficia a las mujeres gestantes de la localidad porque con los resultados, el personal de salud puede reconocer esos factores que evitan el seguimiento de la vigilancia prenatal así como la atención del parto de bajo riesgo. Para el personal de salud, especialmente enfermería, este estudio representa una oportunidad de conocer más sobre sus usuarios y podría vincularlos en sus programas para cumplir sus objetivos de manera efectiva. Para el Centro de Salud, esta investigación le beneficiará porque se conocerá la opinión de las usuarias sobre la atención que reciben, para poder hacer cambios oportunos en el sistema y otorgar mejor atención.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud de Zimapán Estado de Hidalgo.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los factores socioeconómicos que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud.
- Señalar los factores propios de la embarazada que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud.
- Enumerar los factores del servicio de Consulta Externa del centro de Salud que se relacionan con la atención prenatal hacia las gestantes de la localidad de Zimapán.

4 MARCO TEORICO

4.1 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ZIMAPÁN

La localidad de Zimapán, Estado de Hidalgo, cuenta con una población total de 38,181 habitantes, la población urbana es de 9,545 y la rural que es de 28,635. La población de Zimapán tiene la característica de migrar hacia los Estados Unidos, Distrito Federal, en busca de fuentes de trabajo; hacia la ciudad de Pachuca, México, Distrito Federal y

Querétaro para continuar sus estudios de nivel medio y superior. En cuanto a la repercusión social, la falta de integrantes de la familia durante la mayor parte del año, la madre queda como jefe de familia. El gasto familiar es muy reducido debido a la falta de ingresos de un trabajo que cuente con una jornada continua por éstas repercusiones traen consigo muchos vicios (alcoholismo, drogadicción y prostitución).

Otra característica es un alto grado de marginación, la población abierta de responsabilidad de los servicios de salud es de 23,756 y también presenta una población con estancias temporales.

Zimapán cuenta con una extensión territorial de 905.83 kilómetros cuadrados, con un clima semicálido y subhúmedo, su vegetación es característica por cactus(órganos, magueyes, cardones, mesquites, nopales, huisaches) en el valle, maíz y poco frijol, en las localidades con humedad, manzana, durazno, granada, chiles, jitomate, naranjas, mangos, higos, guayaba, alfalfa, coliflor, y en la sierra se da ciruela, pino, oyamel, encino, cedro rojo, manzana y piñón.

En los aspectos socioeconómicos, en materia educativa, el analfabetismo es de 3,139 con un 13.17800 % de la población y del alfabetismo de 20,175 con 84.6977% de la población, la escolaridad de la población adulta, los alfabetizados son de 132, primaria 296 y secundaria 248.

Dentro de las principales actividades económicas se encuentra las agropecuarias, obreros, artesanos. Operadores de transporte, protección y vigilancia, operadores de

máquinas fijas, comerciantes y despachadores , trabajadores de la educación, domésticas, oficinista, de servicios públicos, técnicos, profesionales, funcionarios y directivos, ambulantes.

Dentro de los riesgos para la salud se encuentra el mercado y locales que presentan deficiencias en el drenaje y de la red hidrosanitaria, la proliferación desmedida de fauna canina ocasionando riesgo de agresiones principalmente escolares. La contaminación de los mantos friáticos por arsénico. Las características socioeconómicas e idiosincrasia destaca la violencia intrafamiliar, el alcoholismo, drogadicción y la prostitución por el flujo constante de personas emigrantes (Diagnóstico de Salud 2003. Coordinación Municipal, Zimapán, Hgo).

Un aspecto importante es que en el año 2000 fueron cerradas las empresas mineras las cuales ocupaban una importante cantidad de empleados y obreros, lo cual repercutió en la economía de Zimapán y en su población al tener que buscar otras fuentes de empleo.

4.2 CONTROL PRENATAL BAJO EL PROGRAMA ARRANQUE PAREJO

En este capítulo se describirán los conceptos inmersos en la atención materno infantil, que retoman los programas de salud nacional en esta materia como el Programa de Arranque Parejo, se pretende por otro lado, mencionar las formas en que se lleva acabo ese programa en el Centro de Salud Rural Concentrado de Zimapán

4.2.1. Concepto de Control Prenatal

La atención materno neonatal es una disciplina de la enfermería especializada en la prestación de atención a la mujer y al feto durante la gestación y también durante el período del recién nacido. (Enf. Maternal. Nancy A. Margaret G. Phonda Kumm 1996)

El Control Prenatal tiene como objetivo conservar la salud mental y corporal de la madre, elaborando un pronóstico de los problemas y probables complicaciones del trabajo de parto y lograr un nacimiento con niños sanos en crecimiento y desarrollo procurando que la madre no presente lesiones por el embarazo, parto o cesárea (Ramírez Alonso, 2002). Por lo tanto se puede entender que el control prenatal es el conjunto de acciones que realiza el personal de salud para el cuidado de la mujer embarazada en sus aspectos corporales (físicos) y mentales (psicológicos) para propiciar un parto normal y favorecer el nacimiento de niños sanos. Este autor considera a su vez, que dentro de la consulta inicial de las embarazadas deberán tener por lo menos los exámenes de laboratorio como son Biometría hemática, Grupo sanguíneo y Rh, examen general de orina, glicemia basal, VDRL, Hepatitis “B”, VIH, un ultrasonido a la semana 16 y para detectar anomalías congénitas en la semana 20.

4.2.2 Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida

En este apartado se expondrán los aspectos más significativos del Programa Arranque Parejo en la Vida, con el fin de contar con un panorama comprensible del mismo.

El Programa nacional de Salud 2001-2006 establece como una estrategia, el Programa de Acción de Arranque Parejo en la Vida, con el propósito de lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres durante el embarazo, parto y el puerperio, así como a los niños y niñas desde su nacimiento hasta los dos años de edad (SS Programa de Arranque Parejo en la Vida, 2002). Este programa contribuirá a disminuir la mortalidad materna, así como la neonatal e infantil y permitirá prevenir los defectos al nacimiento en regiones de mayor incidencia y número de defunciones por medio de cuatro componentes estratégicos.

El programa arranque parejo a través de acciones tiene como finalidad, asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento de niñas y niños con igualdad de oportunidades desde su nacimiento hasta los dos años de vida y mejorar la salud reproductiva y lograr una equidad en las condiciones de vida de la población.

4.2.2.1 Salud Reproductiva

La salud reproductiva es considerada como el estado general físico, mental y social relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos, es decir la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar una vida sexual reproductiva, satisfactoria, saludable y sin riesgos para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. (SS El Derecho a la Libre Decisión en Salud Reproductiva. 1998).

4.2.2.2 Justificación, Objetivos, Misión y Visión

- Justificación

La mortalidad materna en México representa un problema multifactorial de salud pública de 1310 muertes maternas registradas en el 2000 el 67.3 % ocurrieron en 10 entidades del centro y sureste del país. Las principales causas de muerte materna son preeclampsia, eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y complicaciones del aborto, que en conjunto representan el 68% de las defunciones maternas, la accesibilidad a los servicios de salud es una de las principales variables que influyen en la mortalidad materna. Las causas principales de mortalidad neonatal son: hipoxia, asfixia, prematuridad, bajo peso al nacer, membrana hialina, sepsis bacteriana del recién nacido, malformaciones congénitas o algunos defectos al nacimiento. La falta de coordinación interinstitucional ha originado que no se disponga del total de la información sobre la detección de defectos al nacimiento (Hipotiroidismo congénito), la tasa de mortalidad registrada en la última década muestran tendencia descendente

La mortalidad materna e infantil son dos de los indicadores más relevantes de injusticia social e inequidad de género que afectan a las entidades con menor desarrollo socioeconómico, comunidades rurales y poblaciones indígenas. Hoy en día se registran 4 defunciones maternas y 110 muertes de niños y niñas menores de un año y la mayoría por causas prevenibles, a pesar de los avances científicos y tecnológicos en el área de la salud, aún la mortalidad materna e infantil se encuentra muy elevada en regiones de mayor pobreza y marginación en las cuales los servicios de salud presentan limitaciones técnicas y humanas, lo que propicia una baja calidad de la atención en las mujeres embarazadas,

recién nacidos, niños y niñas de 2 años. La falta de atención prenatal, la insuficiente nutrición de las mujeres y la deficiente calidad en la atención de parto, son algunos de los factores que contribuyen a incrementar el riesgo de fallecer durante el embarazo o el parto, repercutiendo en la salud de los recién nacidos o en algún padecimiento que presente discapacidad. Ante éstos desafíos, el programa de acción arranque parejo en la vida, se propone mejorar la salud perinatal y de los niños y niñas desde su gestación hasta los 24 meses de edad.

- **Objetivos**

Lograr una cobertura universal y condiciones igualitarias de atención con calidad a las mujeres en el embarazo parto y puerperio, así como a las niñas y niños desde antes de su nacimiento hasta los 2 años de edad.

Disminuir la mortalidad materna con prioridad en las regiones de mayor incidencia y número de defunciones.

Disminuir la mortalidad neonatal e infantil y prevenir los defectos al nacimiento para reducir las diferencias entre diversas regiones del país.

- **Misión**

Brindar información y servicios de salud de calidad para garantizar un embarazo saludable, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones a todas las mujeres mexicanas, así como igualdad de oportunidades de crecimiento y desarrollo a todos los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los dos primeros años de vida.

- Visión

Mujeres que con su pareja toman decisiones, responsables y disfrutan el derecho de tener una maternidad saludable, niños y niñas bien desarrollados con acceso equitativo a los servicios de salud.

4.2.2.3 Estrategias

Este programa presenta 16 acciones básicas integradas en 4 componentes así como 16 acciones de apoyo agrupadas en 4 componentes estratégicos. Este plantea la necesidad de aumentar información y acceso a los servicios de salud de calidad para la población femenina e infantil menor de 2 años para reducir los rezagos de salud que afectan a éstos grupos de población.

La red de servicios de salud incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo las parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles que serán las encargadas de llevar a cabo el control prenatal y detectar los embarazos de riesgo, que en la unidad de salud serán corroborados como riesgo obstétrico y serán referidas a un segundo nivel de atención. Otra de las estrategias es mejorar la calidad de atención de la mujer para garantizarle un embarazo saludable y un parto y puerperio seguros.

Estos hospitales cuentan con personal capacitado, sensibilizado, motivado y con capacidad técnica, equipos e insumos para la resolución de las complicaciones obstétricas que le sean referidas. Para complementar la red de servicios de salud es necesario que operen los servicios de apoyo social en forma coordinada, ya que se inician acciones desde la comunidad con la promoción entre la población de estilos de vida saludable, embarazos

planeados, derechos de una mujer embarazada para fomentar su asistencia al control prenatal, involucrando a las autoridades municipales y grupos organizados, para el caso de referencias (SS Programa de Arranque Parejo en la Vida, 2002).

- Componentes Sustantivos

- Embarazo saludable

Atención: Otorgar como mínimo de 5 consultas prenatales con calidad.

1ª. Consulta antes de la semana 12 de gestación.

2da. “ entre la 22 y 24.

3ª. “ entre la 27 y 29

4ª. “ entre la 33 a la 35

5ª. “ 38

Incluir a toda consulta prenatal, valoración de peso y talla, toma y valoración de presión arterial, revisión y valoración del fondo uterino, situación, posición y presentación fetal.

Solicitar y valorar estudios de biometría hemática, general de orina, química sanguínea, V.D.R.L. y a los positivos de sífilis y pruebas de VIH.

Dotar de micronutrientes(ácido fólico, hierro, zinc, vitamina c o suplemento alimenticio)

Aplicar toxoide tetánico y diftérico.

Complementar con orientación, con la identificación de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto, manejo de recién nacido, lactancia materna y planificación familiar.

Brindar atención prenatal con calidad a toda mujer embarazada, migrante nacional, empleando su carnet perinatal.

Proceder de igual forma a la migrante que demande la atención de parto, puerperio o de su recién nacido en servicios de salud para población no asegurada.

- Procedimiento para asegurar un parto y puerperio seguros

Vigilar el trabajo de parto con partograma.

Atender el parto eutócico.

Identificar y atender las urgencias obstétricas.

Ofertar métodos de planificación familiar post evento (parto, cesárea, aborto).

Vigilar puerperio inmediato, mediano y tardío a los 7 y 28 días.

Realizar visitas domiciliarias a mujeres que no acuden a control del puerperio tardío.

- Recién nacido sano

Valorar al recién nacido y de ser necesario reanimación neonatal avanzada.

Aplicar vitamina K y profilaxis oftálmica.

Realizar prueba de tamiz neonatal.

Vacuna con BCG y Sabin a todos los recién nacidos.

Iniciar ejercicios de estimulación temprana desde el nacimiento.

- Niñas y niños bien desarrollados

Otorgar 10 consultas mínimas desde que nace hasta los 2 años de edad.

Aplicación esquemas completos de vacunación a todos los menores de 2 años.

Administración megadosis de vitamina A y micronutrientes.

Capacitación a las madres en técnicas de estimulación temprana y en la identificación

de signos de alarma de la enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas así como desnutrición (Programa Arranque Parejo, 2002)

4.2.2.4. Ejecución del PAP en el Municipio de Zimapán

En el nivel estatal y municipal se siguen las políticas del plan nacional de salud y que se implementa el programa arranque parejo en la vida en el municipio de Zimapán, estado de Hidalgo comprendido dentro de la jurisdicción No. 5 y catalogado como municipio de alto índice de marginación, presenta características geográficas, económicas, culturales y sociales que inciden directa o indirectamente en la salud de estos grupos, lo que se traduce en la morbilidad materna, perinatal, y hasta los 2 años de edad.

Componentes sustantivos

- Embarazo saludable
 - Vigilancia de la embarazada por personal certificado.
 - Proporcionando micronutrientes (hierro, ácido fólico, vitaminas o suplemento alimenticio.
 - Detectando sífilis y VIH a todas las embarazadas.
 - Vacunación con toxoide diftérico a todas las embarazadas.
- Parto y puerperio seguro.
 - Atender con calidad y personal calificado todos los partos del municipio.
 - Atender y llevar a cabo de manera adecuada la vigilancia obstétrica.
 - Vigilar el puerperio y dar orientación para la utilización de métodos

anticonceptivos post evento obstétrico y cuidados generales del recién nacido.

Promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses.

- Recién nacido sano
 - Valorar al recién nacido y de ser necesario reanimación neonatal avanzada.
 - Aplicar vitamina K y profilaxis oftálmica.
 - Realizar prueba de tamiz neonatal.
 - Vacuna con BCG y Sabin a todos los recién nacidos.
 - Iniciar ejercicios de estimulación temprana desde el nacimiento.

- Niñas y niños bien desarrollados
 - Otorgar 10 consultas mínimas desde que nace hasta los 2 años de edad.
 - Aplicación esquemas completos de vacunación a todos los menores de 2 años.
 - Administración megadosis de vitamina A y micronutrientes.
 - Capacitación a las madres en técnicas de estimulación temprana y en la identificación de signos de alarma de la enfermedad diarreica e infecciones respiratorias agudas así como desnutrición (Programa Arranque Parejo del Municipio de Zimapán, 2002)

El control prenatal en el Centro de Salud Zimapán es llevado a cabo por médicos de

base, pasantes de medicina, enfermeras generales, auxiliares de enfermería y pasantes de enfermería en la consulta externa, utilizando como control un registro de pacientes con expediente clínico y con tarjeteros; en el servicio de urgencias, la atención obstétrica es proporcionada por el médico de guardia con el apoyo del personal de enfermería, utilizando solo una nota médica, con la cual no se lleva un buen control, ya que cuando pasan a la consulta externa las embarazadas la nota no se agrega a su expediente clínico y si es referida a segundo nivel de atención no se lleva el control de la contrarreferencia. Los exámenes de laboratorio para las embarazadas en este centro de salud son; VIH, VDRL, Grupo y Rh, EGO, BH (hemoglobina, hematocrito), que corresponden con el PAP; pero los ultrasonidos indicados, las pacientes los realizan fuera de la institución. En cuanto a la vigilancia del puerperio, se informa a la madre sobre los métodos anticonceptivos para que decidan si los aceptan o no, lo mismo ocurre con lactancia materna. No se llevan a cabo visitas domiciliarias durante el puerperio aunque lo recomienda el PAP y el CS de Zimapán; tampoco se lleva a cabo el control del niño sano hasta los dos años. Pareciera que la maternidad de las mujeres de Zimapán no ha sido influida por el PAP.

En cuanto a los componentes estratégicos: Desarrollo humano, Red social y participación comunitaria, Monitoreo y evaluación y Operación del sistema de información, únicamente se mencionan, pero no son descritos ni fomentados por las autoridades del CS Zimapán

La experiencia de la práctica profesional como enfermera en el centro de salud es que existen algunos aspectos que no se llevan a cabo, como la referencia de pacientes embarazadas que no llevaron su control prenatal en este centro canalizadas a segundo nivel

de atención , así como lo marca el programa no se lleva a cabo la reanimación avanzada por no contar con el material adecuado. También en las urgencias obstétricas se tiene un serio problema porque no se cuenta con una ambulancia las 24 horas del día para canalizar a segundo nivel las pacientes que lo requieren, en años anteriores sí se resolvía éste problema porque se realizaban cesáreas, salpingoclasias post parto y la urgencia obstétrica se atendía en este centro de salud y que actualmente solo las salpingoclasias que se realizan son programadas con personal que llega de nivel estatal. En el programa arranque parejo dice que hay una red de servicios de salud coordinada con presidencia municipal y grupos organizados pero no funcionan ya que cuando se solicitan no hay una respuesta satisfactoria.

Una de las estrategias que se proponen es que se coloquen los costos de atención del parto en lugares visibles para que todas las embarazadas se enteren del precio de la atención y ser un incentivo para que acudan a sus consultas prenatales ya que se ha visto que la mayoría de las pacientes no asisten a sus cinco consultas prenatales como lo marca la norma.

4.2.3. Factores de riesgo sociales, económicos y culturales.

Los factores sociales económicos y culturales son condicionados por el fenómeno migratorio, como lo mencionó el diagnóstico de salud, debido a la falta de integrantes familiares durante la mayor parte del año la madre se queda al cuidado de los hijos, y del sustento económico, y los ingresos que son muy bajos y las fuentes de empleo escasos, otro factor importante es el alto grado de marginación de ésta población y que por lo tanto

la población joven sale en busca de trabajo y ya no realiza estudios superiores aunado a esto la población que no sale, al no haber centros recreativos se dedican al alcoholismo por consecuencia a la violencia intrafamiliar, prostitución ocasionado por el flujo constante de emigrantes (CSRC Zimapán Hidalgo, 2003)

4.2.4 Factores de riesgo materno fetales.

Factores maternos

- Edad de la madre, es frecuente en pacientes menores de 20 años y mayores de 29 años.
- Paridad, se relaciona con el punto anterior siendo frecuente en las primigestas jóvenes que en las multiparas.
- Volúmen cardíaco materno, se menciona una correlación entre el peso del producto y el volúmen cardíaco materno.
- Talla materna, la prematurez es más frecuente en las pacientes de talla corta.

Intervalo entre gestaciones: Cuando este intervalo es menor de 2 años, igualmente se incrementa la frecuencia.

Alimentación materna: La prematurez se eleva en pacientes con déficit de aporte proteico, menos de 50 gramos en 24 horas.

Tabaquismo Es un factor comprobado y según algunos autores se puede duplicar el porcentaje de la prematurez.

Complicaciones médicas: Se incluyen todos los padecimientos que complican la gestación y que como resultado final van a producir una insuficiencia placentaria lo que traducirá en

una hipoxia crónica y un menor aporte de elementos necesarios para el desarrollo normal del producto lo que comúnmente se menciona como sufrimiento fetal crónico , en otros a pesar de ser a término el producto será de bajo peso. En caso necesario la interrupción de la gestación antes del término como indicación médica ya que es la única forma de salvar la vida de la madre o al producto o de los dos. Entre las cuales sobresalen las toxemias, nefropatías, cardiopatías, ocasionan la presencia de una hemorragia abundante y continua, como placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinsera obliga a interrumpir la gestación, en menor grado los procesos infecciosos como la hepatitis, sífilis, toxoplasmosis etc. También las patologías uterinas como miomas, pueden desencadenar el trabajo de parto.

Factores fetales

- Gestación múltiple, responsable del 11% de los partos prematuros.
- Incompatibilidad y sensibilización a RH: Por la necesidad de extraer a los productos con isoimmunización severa y evitar la muerte del mismo, cuando es viable y se han agotado todos los recursos terapéuticos.
- Malformaciones congénitas fetales.

Existen también factores ambientales como condiciones socioeconómicas deficientes, este factor esta en relación con los de la malnutrición, agregando la falta de atención prenatal, algún trabajo profesional de la madre que afecta la gestación, el clima, viajes largos (AMHGO No 3 del IMSS, 1995).

Existen complicaciones durante la primera mitad del embarazo entre las que se

encuentran el aborto, embarazo ectópico, mola hidatiforme, hiperemesis gravídica, isoimmunización materno fetal. También existen complicaciones en la segunda mitad del embarazo algunas de ellas son: placenta previa, desprendimiento de placenta normoinserta, preeclampsia, eclampsia, ruptura prematura de membranas, procidencia y prolapso de cordón umbilical, sufrimiento fetal crónico y agudo, muerte fetal intrauterina, parto prematuro, amenaza de parto prematuro, embarazo prolongado, polihidramnios, oligohidramnios. Asimismo pueden existir enfermedades intercurrentes con el embarazo, como las anemias, infecciones urinarias, diabetes mellitus, epilepsia, hipotiroidismo e hipertiroidismo, cardiopatías; enfermedades víricas como la rubéola, citomegalovirus, herpes, viruela, varicela, sarampión, parotiditis, hepatitis; enfermedades parasitarias la toxoplasmosis; infecciones por hongos como la *Candida albicans* y enfermedades bacterianas, listeriosis, tuberculosis pulmonar. Finalmente las enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidias, linfogranuloma venéreo, vaginitis bacteriana y el VIH. (Rubio, Severino, 2002) Ver el apéndice sobre el glosario.

4.2.5 Factores institucionales

Aún cuando el CS de Zimapán asume la responsabilidad de llevar a cabo el PAP en la Vida, existen factores propios de la institución para su adecuada implementación como la marginación en que se encuentra la localidad de Zimapán, el transporte para el traslado de las pacientes obstétricas y la falta de redes sociales y comunitarios. También falta coordinación por parte de autoridades institucionales, particulares y comunitarias para la promoción de estas actividades relevantes en la atención de la paciente embarazada.

4.2.5.1 Recursos

4.2.5.1.1 Humanos

Se cuenta con 4 médicos en la consulta externa 2 médicos de base, 1 médico pasante y 1 médico de contrato, así como 4 enfermeras las cuales son de base. También en el área de hospitalización se cuenta con 2 enfermeras de base una en el turno nocturno “A y otra en el turno “B”, 1 en el turno vespertino, 1 el turno matutino y 1 en el turno de urgencias y otra en el turno especial así como personal de campo que son 3, otra en inmunizaciones, un técnico laboratorista, un auxiliar administrativo, personal de intendencia, trabajo social, médico odontólogo.

Se considera que los recursos humanos son suficientes para ser un primer nivel de atención, solo que hace falta mejor distribución del personal en área de atención obstétrica para ofrecer una atención de calidad a las embarazadas de esta localidad.

4.2.5.1.2 Físicos

En el centro de salud se cuenta con 4 consultorios, una sala de urgencias, un quirófano, una sala de mujeres, una sala de parto, un laboratorio, un archivo clínico, un lugar adaptado para inmunizaciones.

Se considera que en éstos recursos solo hace falta contar con una sala de labor ya que es de suma importancia que tengan una vigilancia estrecha durante el trabajo de parto y una ambulancia para los traslados de las urgencias obstétricas y así poder proporcionar una atención integral a las solicitantes del servicio de obstetricia.

4.2.5.1.3 Materiales

En cuanto equipo el centro de salud, cuenta con una cuna térmica, dos incubadoras, una para la atención del recién nacido en sala de partos y otra de traslado, un aspirador, un tococardiógrafo, 10 equipos de parto y también equipos de parto desechables, instrumental suficiente, con 6 equipos de ropa para cirugía mayor, también se cuenta con un aparato de ultrasonido el cual no se utiliza por falta de personal capacitado, con 3 tanques de oxígeno grandes, un chico para traslado, un equipo incompleto para reanimación neonatal básica. En relación al material gastable se encuentran deficiencias como son medicamentos, entre los cuales son analgésicos, antibióticos, oxitócicos, guantes; este material se le solicita al familiar que lo compre porque no se encuentra en existencia, aún sabiendo que la población que demanda los servicios son de escasos recursos económicos.

Se puede mencionar que los recursos del CS de Zimapán pueden permitir la atención de la mujer embarazada bajo la implementación del PAP, si se considera que cuentan con personal de salud, áreas físicas y materiales. Se tiene que considerar para aseverar este comentario, que siempre han existido pocos recursos en la Secretaría de Salud y aún así se otorga la atención a los usuarios. Pero también hay que mencionar que los programas de salud nacionales como el PAP existen para brindar una mejor atención a las personas, en este caso a las mujeres embarazadas.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio correspondió a un retrospectivo, descriptivo y transversal.

5.2 POBLACIÓN.

La población la integran todas las mujeres de Zimapán que tuvieron por lo menos una consulta prenatal en el C. de Salud que son 74 y será la población de estudio, es decir no habrá muestra. Una vez aprobado el proyecto, durante la recolección de datos en el mes de febrero del 2004, la población de estudio fue de 54 personas, ya que 20 no se encontraron en su domicilio por razones, de migración, cambios de domicilio y domicilios falsos.

5.2.1 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Inclusión**

- Todas las mujeres que tuvieron su parto en lugares ajenos al C. de Salud de Zimapán Secretaría de Salud en el 2003
- Todas las mujeres de Zimapán que por lo menos tuvieron una consulta prenatal en el C. de salud.

- **Exclusión**

- Mujeres que llevaron su control prenatal en el C. de Salud pero de otra localidad ajena a Zimapán
- Mujeres que no llevaron control prenatal en el C. de Salud aunque hallan tenido su parto en este lugar.

5.3. VARIABLE DE ESTUDIO.

5.3.1. “ Factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo”

	Tipo de variable	Escala	Categoría
- Factores socioeconómicos de la mujer posparto			
Indicadores			
○ Edad	Cuantitativa	Continua	14 o menos 15-19 20-24 25-29 30-34 35 o más
○ Ingresos económicos	Cuantitativa	Continua	Menos de 1000 1000-2000 2000 y mas
○ Edo. Civil	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Unión libre Viuda
○ Escolaridad	Cualitativa	Nominal	Cero grados de estudios Primaria incompleta Primaria completa Secundaria Otros
○ Religión	Cualitativa	Nominal	Católica Protestante Otras
○ Ocupación	Cualitativa	Nominal	Hogar Obrera Doméstica Profesional
○ Información sobre los costos de la atención prenatal	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
○ Información de los costos del parto	Cualitativa	Dicotómica	Si o No

- Factores de la gestante			
o No. de Gestaciones	Cuantitativa	Discontinua	Primigesta Secundigesta Tercigesta Múltigesta
o Paridad	Cuantitativa	Discontinua	Primípara Secundípara Tercípara Múltipara
o Antecedentes de cesáreas	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
o Antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
o Intervalo inter genésico	Cuantitativa	Continua	Menos de un año 1 a 2 años 2 a 3 años 3 o más
o No. de consultas prenatales en el CS	Cuantitativa	Continua	1 2 3 4 5
o Tipo de parto	Cualitativa	Nominal	Eutócico Distócico
o Lugar de la atención del parto	Cualitativa	Nominal	Hospital Con la partera Hogar Con Médico o clínica particular Otro
o Opinión sobre la atención prenatal del C. de Salud	Cualitativa	Ordinal	Buena Regular Mala
o Opinión del antecedente sobre la atención del parto en el C. de Salud	Cualitativa	Ordinal	Buena Regular Mala
- Factores del servicio de Control Prenatal y UTQ			
o Cantidad de	Cualitativa	Dicotómica	Suficientes

recursos humanos			Insuficientes
○ Cantidad de recursos materiales	Cualitativa	Dicotómica	Suficientes Insuficientes
○ Información sobre la vigilancia prenatal	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
○ Información sobre cuidados durante el embarazo	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
○ Información del los signos y síntomas de alarma	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
○ Información educación para la salud (lactancia materna, planificación familiar, cuidados durante el puerperio y cuidados del RN.	Cualitativa	Dicotómica	Si o No
○ Costo del parto	Cualitativa	Dicotómica	Alto o Bajo
○ Trato del personal	Cualitativa	Ordinal	Bueno Regular Malo Indiferente
○ Razones para evitar, la atención del parto.	Cualitativa		

5.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un instrumento de medición llamado “Encuesta sobre factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo que consta de 27 preguntas cerradas y estructuradas de forma dicotómica, nominal, ordinal y continua y discontinua, sobre factores socioeconómicos, propios de la mujer y de los servicios del C. de Salud.

5.5 PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto del instrumento a 5 mujeres de la comunidad en 2 días con tiempo de duración de 8 horas. Esto varía por lo cerca o lejos de las direcciones de las mujeres. Sirvió también para incluir un reactivo olvidado y para agregar otro sobre las razones por las cuales no atendieron su parto en el C. de Salud. Los reactivos fueron claros por las mujeres, por lo que alcanzan confiabilidad.

5.6 RECURSOS

5.6.1 Recursos Humanos

Pasante de enfermería de nivel licenciatura, un asesor de tesis con grado de maestría y una auxiliar de enfermería para realizar las encuestas previamente capacitada.

5.6.2 Recursos materiales

Se utiliza computadora, hojas, material bibliográfico.

5.6.3 Recursos financieros

Para la realización de la investigación todos los costos fueron aportados por la pasante.

6 PLAN DE RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La recolección de los datos se llevó a cabo en los meses de enero y febrero del 2004, durante las mañanas en los diferentes días de la semana. La tesista aplicó la encuesta en la mayoría de la población de estudio; tres a cuatro encuestas por día. Una Auxiliar de Enfermería colaboró también en la aplicación del instrumento la cual fue capacitada en este

aspecto.

7 RECUENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para el recuento de la información se utilizó el programa Excel y la información se presentará en cuadros simples y gráficas de barras y de pastel.

Cuadro No.1

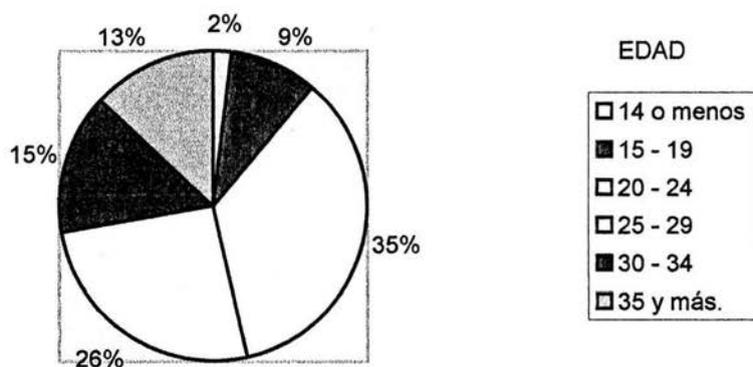
Edad

2004

Edad	Frecuencia	Porcentaje
14 o menos	1	2%
15 - 19	5	9%
20 - 24	19	35%
25 - 29	14	26%
30 - 34	8	15%
35 y más.	7	13%
Total	54	100%

"Factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo."

Gráfica No. 1
2004



Descripción: El 35% de la edad de las mujeres gestantes se encuentra entre los 20 y 24 años, en contraste solo el 2% de las mujeres tiene 14 años o menos.

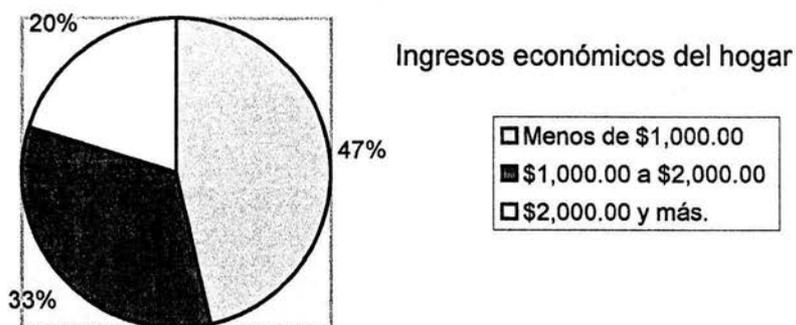
Cuadro No.2
Ingresos económicos del hogar

2004

Ingresos	Frecuencia	Porcentaje
Menos de \$1,000.00	25	47%
\$1,000.00 a \$2,000.00	18	33%
\$2,000.00 y más.	11	20%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 2
2004



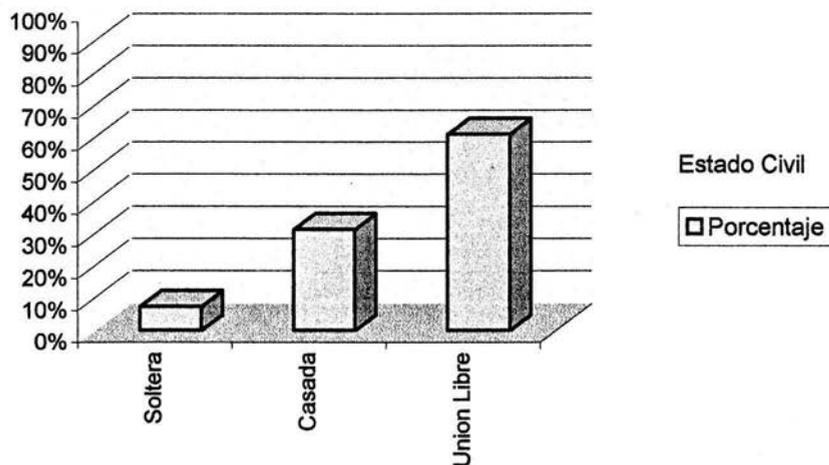
Descripción: El 47% mayor de los ingresos menores de 1000, y el 20% es de mayores ingresos.

Cuadro No.3
Estado Civil
2004

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	4	7%
Casada	17	31%
Union Libre	33	61%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 3
2004



Descripción: Considerando que el 61% del estado civil corresponde a la unión libre por consiguiente la soltería se encuentra con un 7%

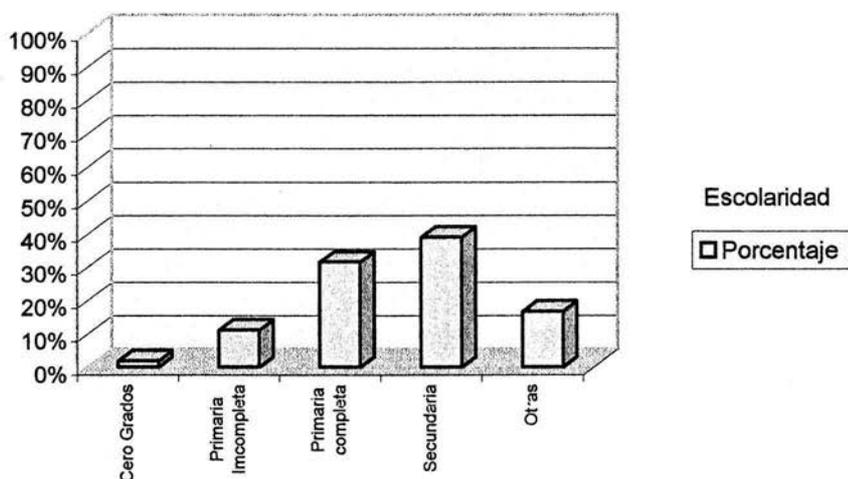
Cuadro No.4
Escolaridad

2004

Ecolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Cero Grados	1	2%
Primaria Imcompleta	6	11%
Primaria completa	17	31%
Secundaria	21	39%
Otras	9	17%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No.4
2004



Descripción: La secundaria obtiene el 39% de la escolaridad más alta, y el 2% corresponde que no saben leer ni escribir siendo éste un número muy reducido de embarazadas.

Cuadro No.5

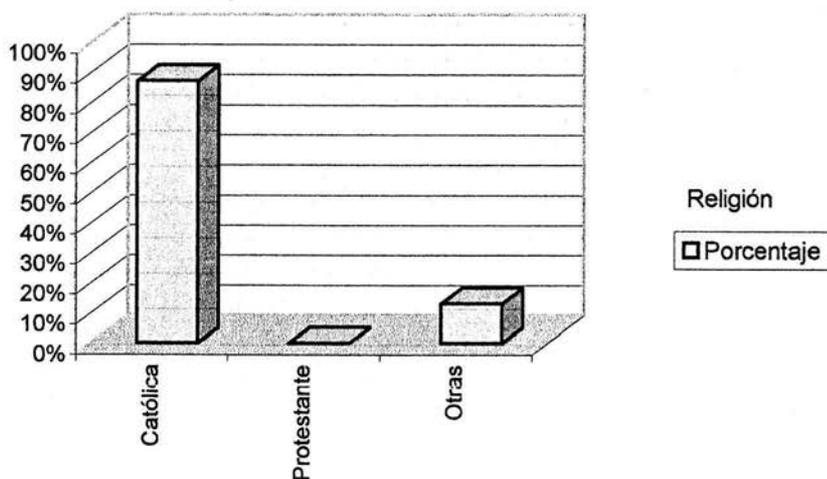
Religión

2004

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	47	87%
Protestante	0	0%
Otras	7	13%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No 5
2004**



Descripción: Las embarazadas encuestadas practican la religión católica en un 87% y en menor frecuencia otras religiones con un 13%.

Cuadro No.6

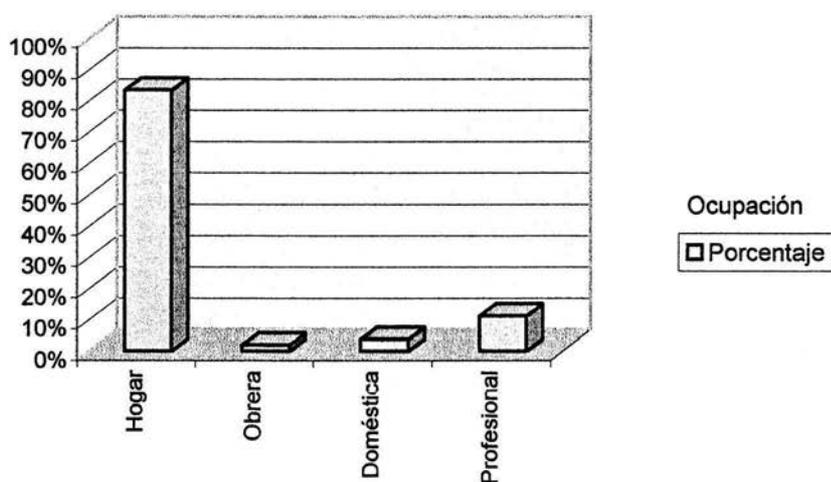
Ocupación

2004

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	45	83%
Obrera	1	2%
Doméstica	2	4%
Profesional	6	11%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 6
2004



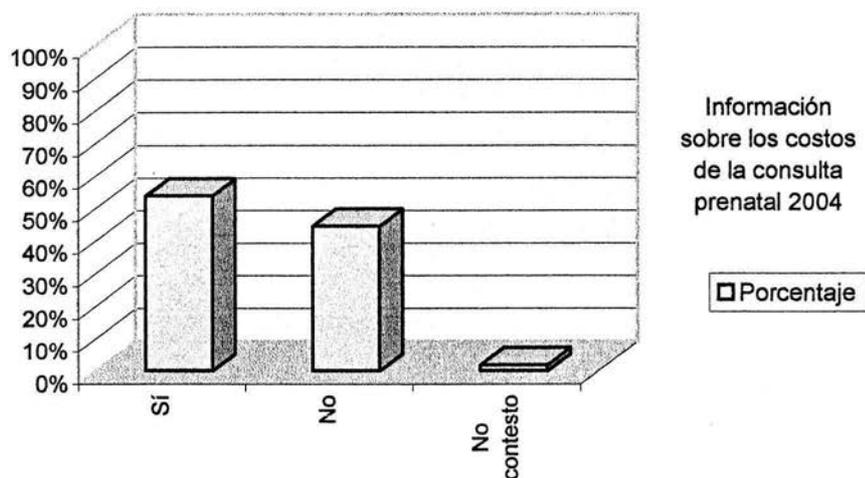
Descripción: El 83% de las mujeres encuestadas se encuentran dedicadas al hogar y solo el 2% corresponde a las que tienen una ocupación.

Cuadro No.7
Información sobre los costos de la
Consulta Prenatal
2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí	29	54%
No	24	44%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 7
2004



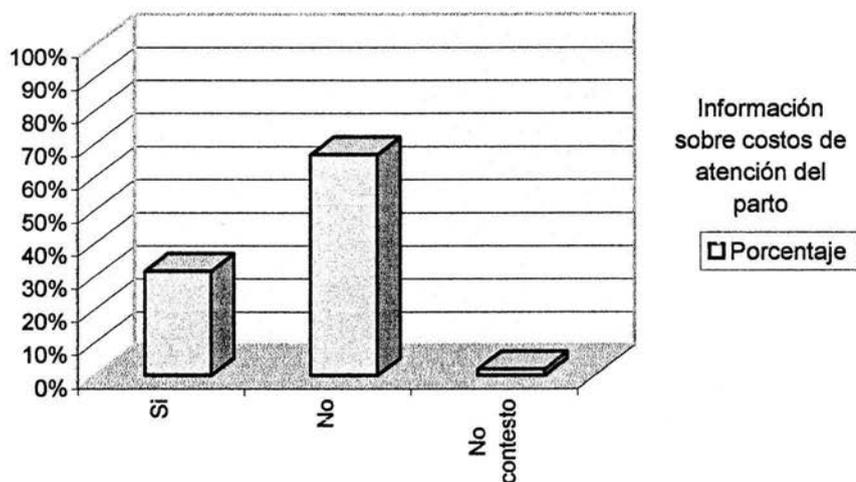
Descripción: En su mayoría las mujeres encuestadas presentan una información afirmativa sobre los costos de la consulta prenatal con un 54%, y con un 24% niegan saber del costo.

Cuadro No.8
Información sobre los costos de la
atención del parto
2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	31%
No	36	67%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 8
2004



Descripción: El 67% de las mujeres gestantes no recibieron la información de los costos de la atención de parto y el 31% si la recibieron.

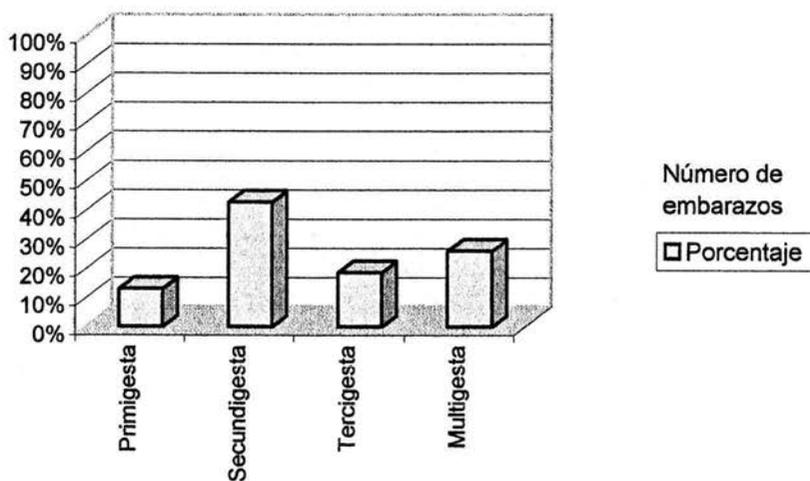
Cuadro No.9
Número de Embarazos

2004

No. de Embarazos	Frecuencia	Porcentaje
Primigesta	7	13%
Secundigesta	23	43%
Tercigesta	10	19%
Multigesta	14	26%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 9
2004



Descripción: En las embarazadas encuestadas prevalecen las secundigestas con un 43% y las de menor frecuencia con un 13% corresponden a las primigestas.

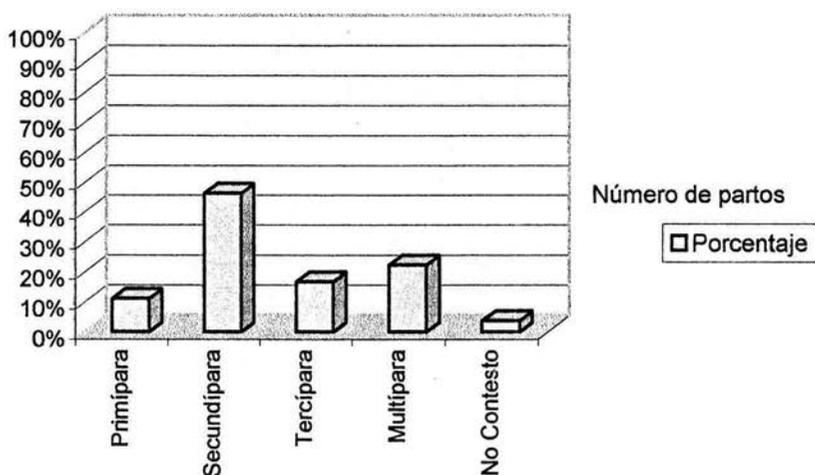
Cuadro No.10
Número de partos

2004

No. de partos	Frecuencia	Porcentaje
Primípara	6	11%
Secundípara	25	46%
Tercípara	9	17%
Múltipara	12	22%
No Contesto	2	4%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 10
2004



Descripción: Tomando en cuenta que el 46% de los partos es de las secundíparas y que en menor frecuencia son las primíparas con un 11%

Cuadro No.11

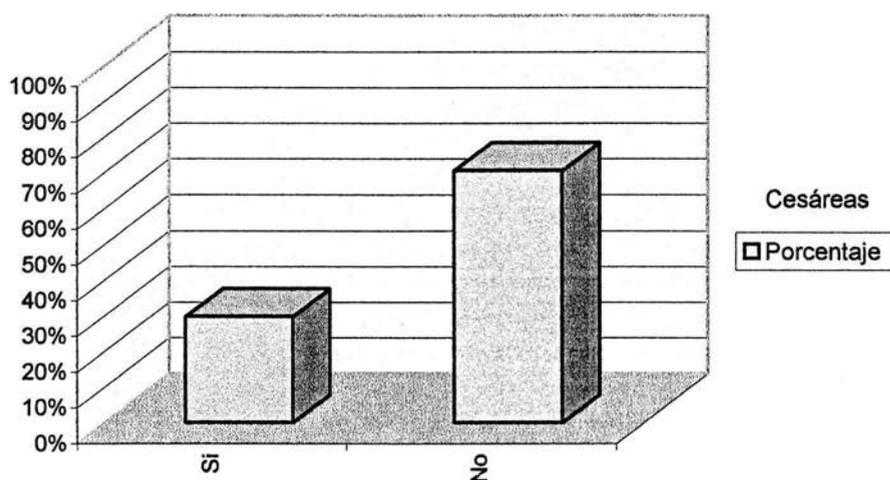
Cesáreas

2004

Cesáreas	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	30%
No	38	70%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 11
2004



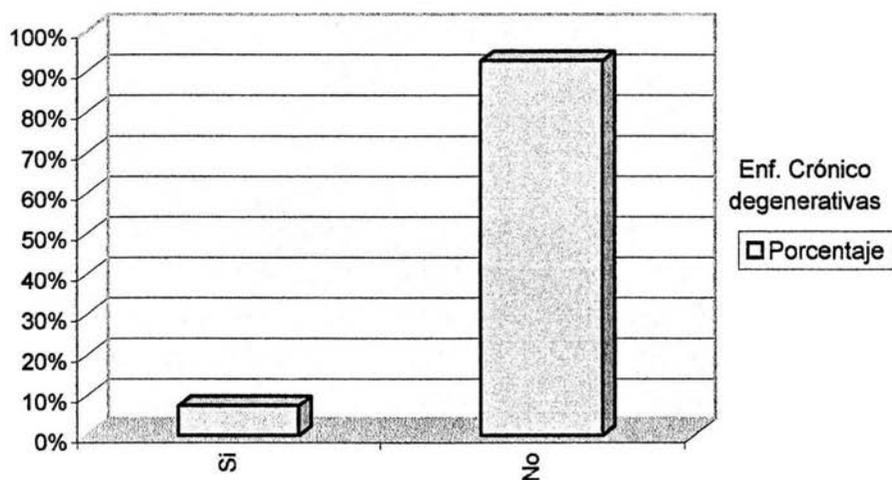
Descripción: La frecuencia del número de cesáreas es de 16 con un 30% de las mujeres que la requieren y un 38% nos indica que son partos normales.

Cuadro No.12
Enfermedades Crónico-Degenerativas
2004

Enf. Crónicas	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	7%
No	50	93%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 12
2004



Descripción: El 93% de las mujeres encuestadas no padecen enfermedades crónico degenerativas y el 7% presentan éstas enfermedades que condicionan un alto riesgo para las gestantes.

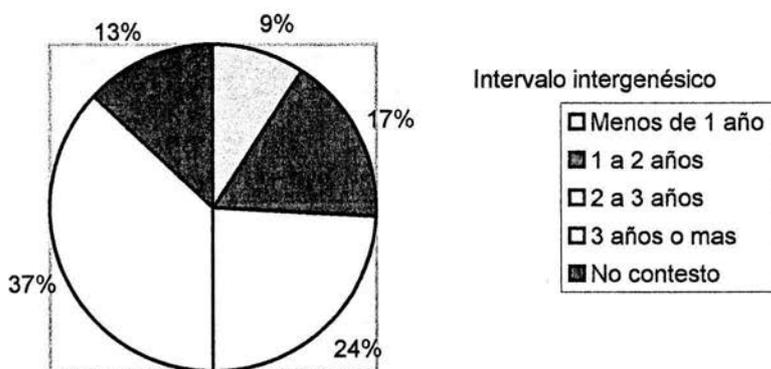
Cuadro No.13
Intervalo intergenésico

2004

Int. intergenésico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	5	9%
1 a 2 años	9	17%
2 a 3 años	13	24%
3 años o mas	20	37%
No contesto	7	13%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 13
2004



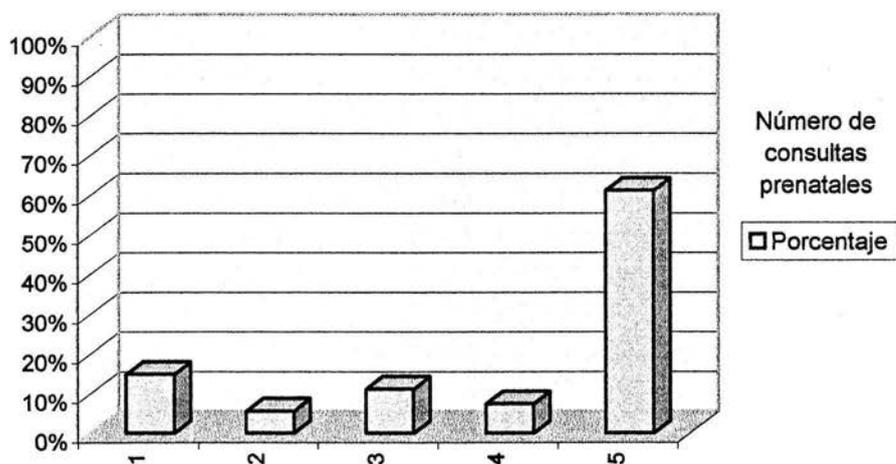
Descripción: El período de mayor significancia es el de 3 años y más con un 37% y el de menor relevancia es el de menos de un año con un 9%, tomando en cuenta que el período ideal es de 1 a 2 años

Cuadro No.14
Número de consultas prenatales
2004

No. de Consultas	Frecuencia	Porcentaje
1	8	15%
2	3	6%
3	6	11%
4	4	7%
5	33	61%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 14
2004



Descripción: La asistencia al número de consultas con un mayor porcentaje es del 61% esto quiere decir que se cumple con lo requerido en el programa siendo de menor frecuencia la asistencia de 2 consultas.

Cuadro No.15

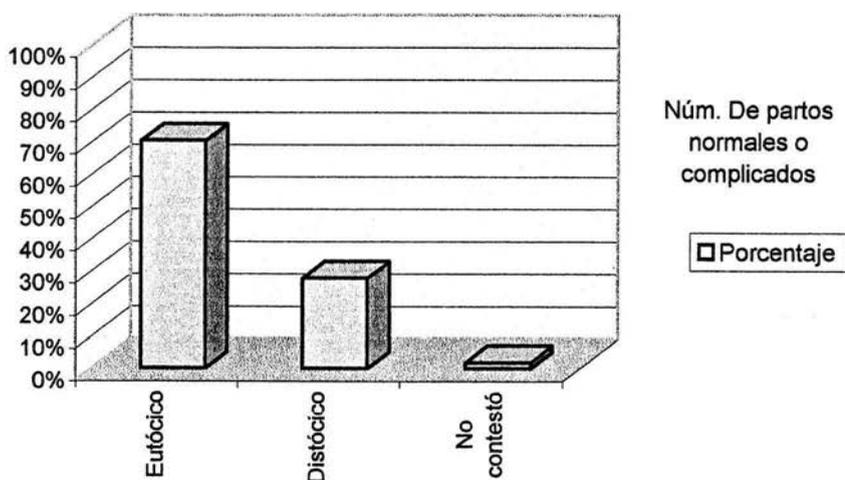
No. de partos normales o complicados

2004

No. De partos	Frecuencia	Porcentaje
Eutócico	38	70%
Distócico	15	28%
No contestó	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 15
2004



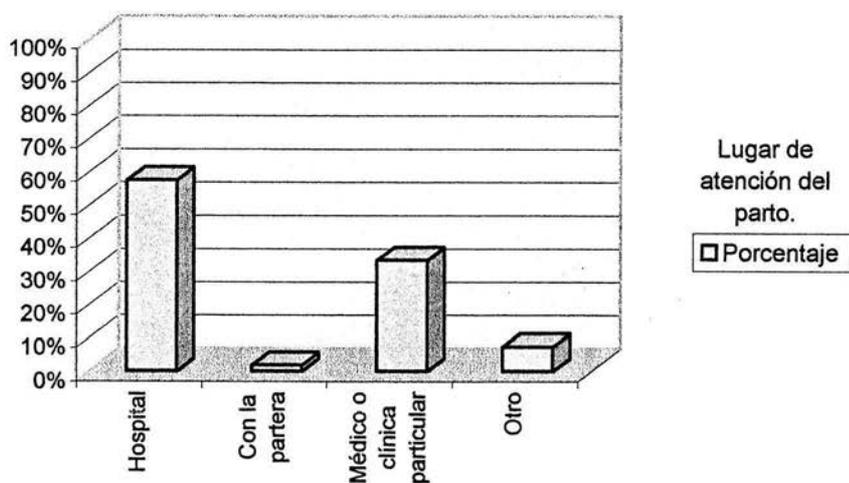
Descripción: La frecuencia mayor de los partos eutócicos presentan un porcentaje del 70% y los distócicos los encontramos con un 28% deducimos que son partos de bajo riesgo los que se atienden .

Cuadro No.16
Lugar de atención del parto
2004

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Hospital	31	57%
Con la partera	1	2%
Médico o clínica particular	18	33%
Otro	4	7%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 16
2004



Descripción: El 57% de los partos son atendidos en instituciones de salud y con una frecuencia menor por la partera, esto quiere decir que las madres gestantes están siendo atendidas en un lugar seguro y sin riesgo de presentar problemas.

Cuadro No.17

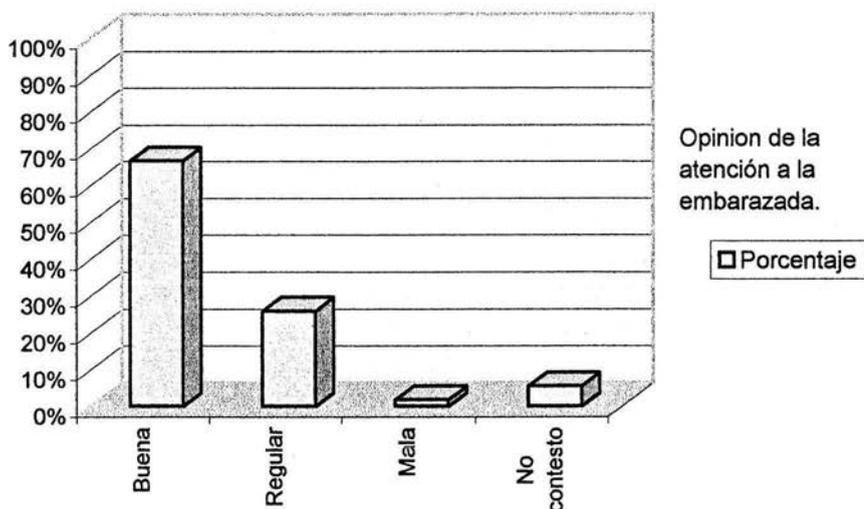
Opinión de la atención a la embarazada

2004

Opinión de atención	Frecuencia	Porcentaje
Buena	36	67%
Regular	14	26%
Mala	1	2%
No contesto	3	6%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 17
2004



Descripción: Según datos de esta encuesta, nos refiere que la opinión sobre la atención a la embarazada es buena con un 67%, sin embargo el 2% informa que es mala la atención dirigida a la mujer gestante.

Cuadro No.18

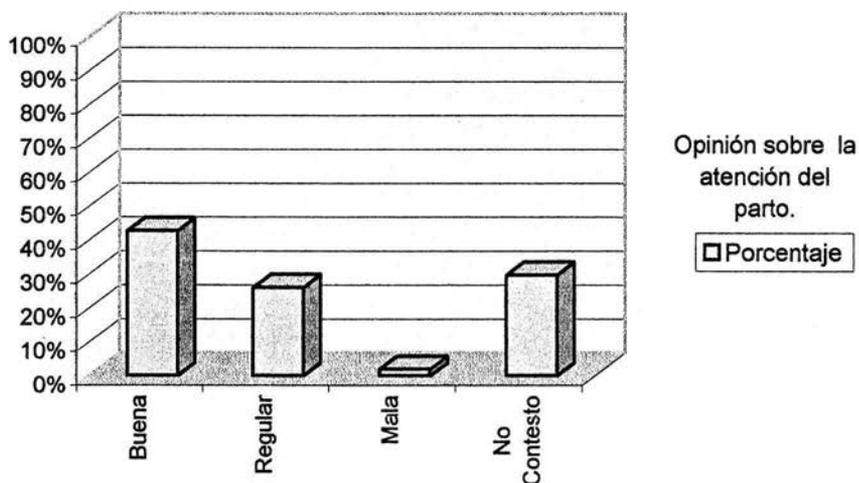
Opinión sobre la atención del parto

2004

Opinión de la atención	Frecuencia	Porcentaje
Buena	23	43%
Regular	14	26%
Mala	1	2%
No Contesto	16	30%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No 18
2004



Descripción: Se considera que existe una menor frecuencia en la mala atención de parto con un 2% y que el 43% la opinión refieren con calidad.

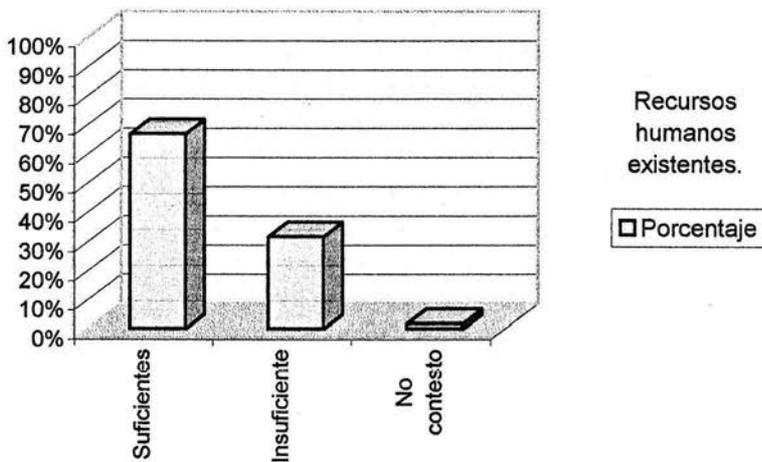
Cuadro No.19
Recursos humanos existentes

2004

Rec. Hum. existentes	Frecuencia	Porcentaje
Suficientes	36	67%
Insuficiente	17	31%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Grafica No 19
2004



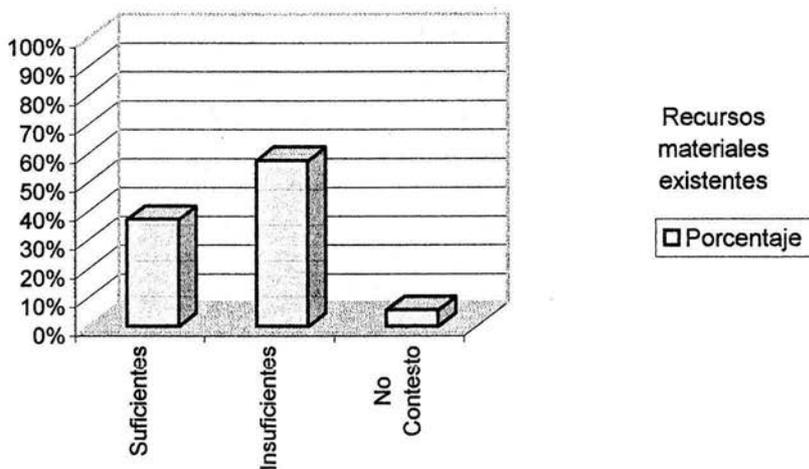
Descripción: Los recursos humanos referidos en esta encuesta son suficientes con un 67%, sin embargo el 31% del personal a cargo de ésta atención es considerada insuficiente.

Cuadro No. 20
Recursos Materiales Existentes
2004

Recursos Materiales	Frecuencia	Porcentaje
Suficientes	20	37%
Insuficientes	31	57%
No Contesto	3	6%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 20
2004**



Descripción: Dentro de los recursos materiales existentes tomamos en cuenta que aún se presentan carencias para la atención de parto en un 57%, y con una frecuencia menor de 20 y un 37% informa que la atención es suficiente con lo que se cuenta.

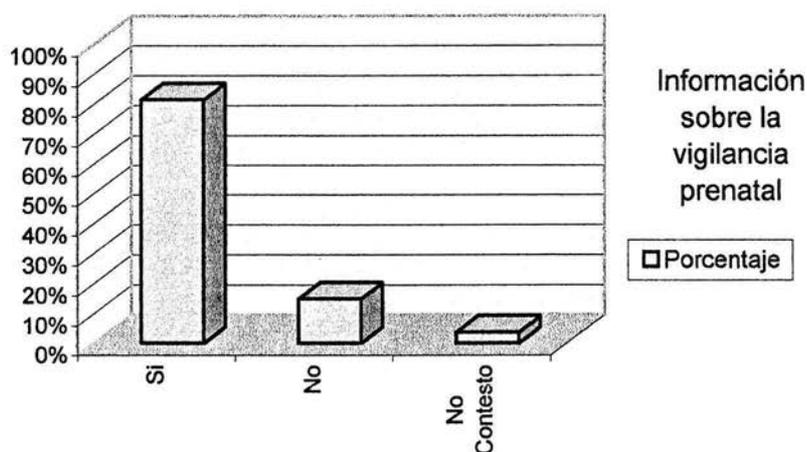
Cuadro No. 21

Información sobre la vigilancia prenatal 2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	81%
No	8	15%
No Contesto	2	4%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 21
2004



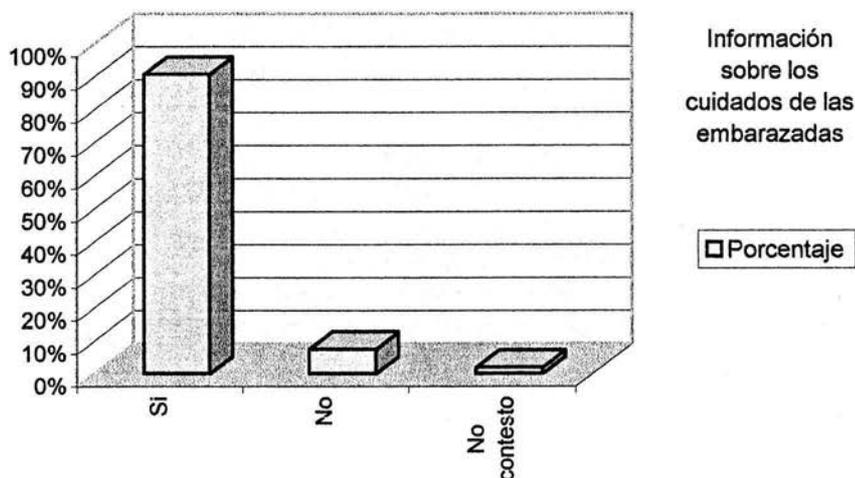
Descripción: Esta gráfica nos indica que la información proporcionada sobre la importancia del control del embarazo es del 81%, mientras que el 15% no ha recibido la información adecuada.

Cuadro No. 22
Información sobre los cuidados de las
embarazadas
2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	91%
No	4	7%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 22
2004**



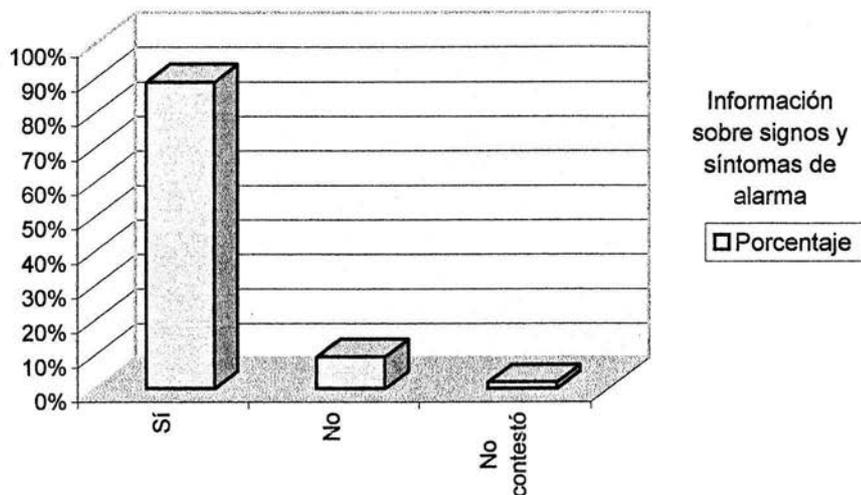
Descripción: Esta encuesta nos muestra que un 91% de las embarazadas si han recibido información indicada y la frecuencia en una minoría con un 7% no ha recibido la información sobre estos cuidados.

Cuadro No. 23
Información sobre signos y síntomas
de alarma
2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Sí	48	89%
No	5	9%
No contestó	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 23
2004



Descripción: El 89% de las mujeres en control prenatal conocen los signos y síntomas de alarma de su embarazo mientras que la frecuencia es menor en las mujeres que desconocen esta información .

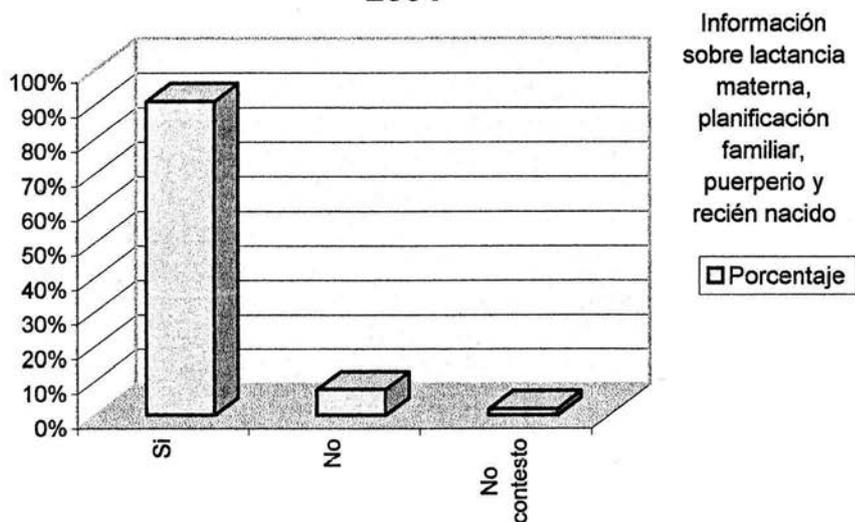
Cuadro No. 24
Información sobre lactancia materna,
planificación familiar, puerperio y
recién nacido

2004

Información	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	83%
No	8	15%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

**Gráfica No. 24
2004**



Descripción: Las embarazadas en control prenatal del centro de salud la frecuencia es mayor en conocimientos sobre estos temas con un 83% y solo el 15% desconoce dicha información

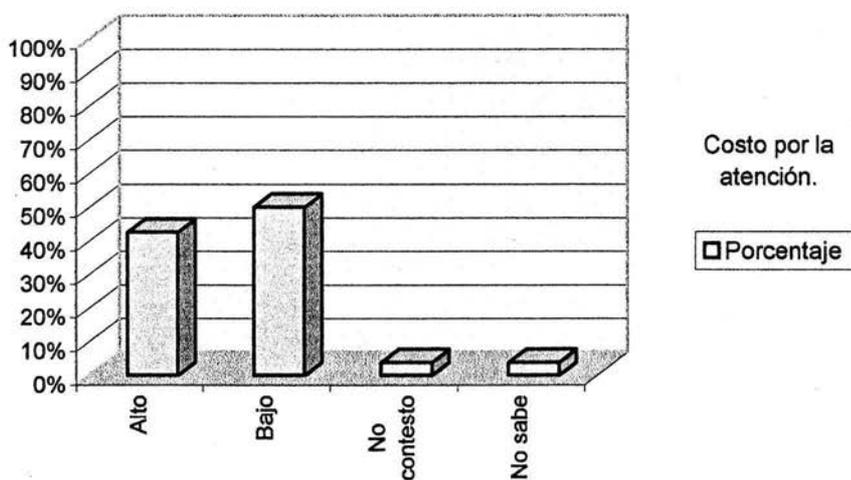
Cuadro No. 25
El costo por atención

2004

Costo	Frecuencia	Porcentaje
Alto	23	43%
Bajo	27	50%
No contesto	2	4%
No sabe	2	4%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 25
2004



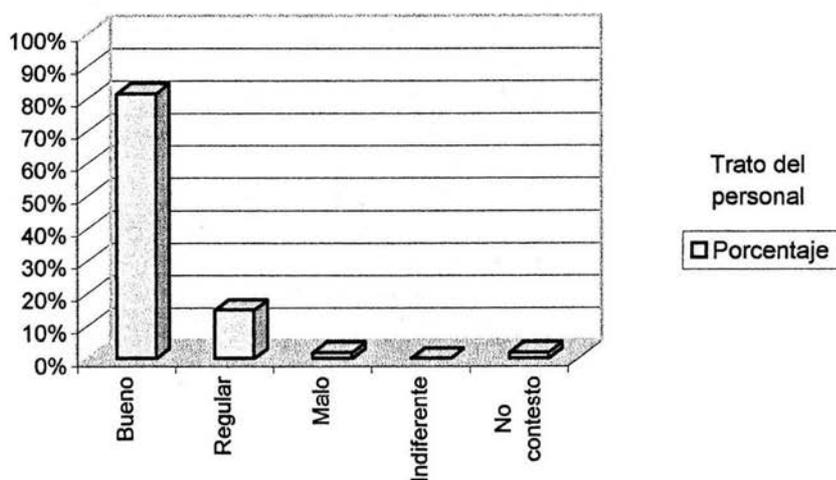
Descripción: En esta gráfica se observa que el 50% de las mujeres encuestadas considera que el costo por la atención en el centro de salud es bajo, mientras que el 43% lo encuentra alto.

Cuadro No. 26
Trato del personal
2004

Trato personal	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	44	81%
Regular	8	15%
Malo	1	2%
Indiferente	0	0%
No contesto	1	2%
Total	54	100%

Fuente: Misma del cuadro No. 1

Gráfica No. 26
2004



Descripción: El trato de personal que atiende a las mujeres en control prenatal es bueno con un 81% y el considerado en menor porcentaje con un 2% es el mal trato del personal de salud.

RESPUESTAS A LA PREGUNTA NO. 27

RAZONES POR LAS CUALES NO SE ATENDIO EL PARTO EN EL CENTRO DE SALUD.

- 1.- Porque no realizan cesáreas.
- 2.- Porque me dijeron que todavía me faltaba y ya no regrese.
- 3.- Me mandaron a Ixmiquilpan porque ya me habían hecho cesárea.
- 4.- Por ser embarazo de alto riesgo.
- 5.- Estaba en Estados Unidos y ahí me alivie.
- 6.- Me regresaron varias veces.
- 7.- Por tener embarazo de alto riesgo, presión alta y rotas las membranas, me atendí en el Seguro Social.
- 8.- No podían hacer cesárea, porque no había suficientes médicos y me mandaron a Ixmiquilpan.
- 9.- Porque me cambie de domicilio.
- 10.- Porque no operan cesáreas en el hospital.
- 11.- Porque tengo seguro.
- 12.- Porque no operan de cesáreas en el hospital.
- 13.- Porque mi bebé empezó a tener sufrimiento fetal y me trasladaron a un hospital de segundo nivel de la secretaría.
- 14.- Porque se me rompieron las membranas y me enviaron a Pachuca.
- 15.- Me regresaron y ya no volví.
- 16.- Porque venía mal mi bebé.
- 17.- Porque no me llevaron mis familiares.

- 18.- Mi familia me llevó con médico particular.
- 19.- Por presión alta.
- 20.- Porque venía por amenaza de aborto, que si me podía esperar un día, porque no te esperas otro día más a que llegue el lunes.
- 21.- Porque me regresaban seguido.
- 22.- Por escuchar a otras personas que daban mal trato.
- 23.- Emigro constantemente.
- 24.- Me atendí en el FAS (Fundación de Asistencia Social)
- 25.- Porque mi bebé estaba muy grande.
- 26.- Acudí 4 veces y que todavía me faltaba.
- 27.- Porque me regresaron varias veces y me fui al FAS.
- 28.- Por lo lejos se atendió en su casa.
- 29.- Porque no vivía aquí en Zimapán.
- 30.- Porque vivía en México.
- 31.- Más fácil y por vivir cerca de la clínica FAS y me atendió una ginecóloga.
- 32.-Me dijeron que tenía mucho agua y me mandaron a Ixmiquilpan.
- 33.- Porque en el seguro de Ixmiquilpan no me cobraron.
- 34.- En el FAS porque cobran más barato.
- 35.- Porque me dijeron que estaba muy chica de edad.
- 36.-.Por cambio de domicilio constante.
- 37.- Porque en el FAS no me regresaron.
- 38.- Porque estuve dos días internada y no me pude aliviar y me fui al médico particular y no acepte el pase a Ixmiquilpan.
- 39.- Porque ya no había servicio de cirugías y no se realizaban cesáreas.

- 40.- Que en una urgencia no hay suficiente material, ambulancia, oxigeno cuando se necesita y otras cosas.
- 41.- Porque vivía en Estados Unidos.
- 42.- Porque atienden mejor el parto en particular.
- 43.- Por cuestiones de mala información de algunas personas.
- 44.- Porque no hay material suficiente y en ocasiones el personal es insolente.
- 45.- Por no tener el equipo adecuado.
- 46.- Porque mi primer bebé nació en Arizona y el segundo nació en la clínica FAS, porque cuando llegaba a sacar ficha desde muy temprano salía hasta las doce y una de la tarde y porque en las pláticas de embarazadas se hacían ya muy tarde.
- 47.- Porque necesitaba cesárea.
- 48.- Porque mi bebé no bajo y los dolores se me quitaron y en el Centro de Salud no atienden cesáreas y decidí irme a particular, pues no espere a que se me complicara el parto.
- 49.- Atendí en clínica privada por presentar desproporción cefalopélvica y sufrimiento fetal.(respuesta de una enfermera)
- 50.- Porque se me adelanto el parto de 8 meses y me mandaron a Ixmiquilpan y de Ixmiquilpan a Pachuca por lo prematuro.
- 51.- Porque me alivio con partera.
- 52.- Bueno, para mi la razón por la que me estoy atendiendo es porque estoy bien atendida en otro lugar.
- 53.- Me atendí en el seguro.
- 54.- Porque vivía en Estados Unidos.

8 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El cuadro No. 1 referente a la edad de las mujeres encuestadas mostró que la mayoría se encuentran en edades propias para la reproducción (20 a 30 años), lo cual nos indica que el embarazo inicia en la edad adecuada, sin embargo, las que tienen más de 30 años puede repercutir en subsecuentes embarazos, como factor de riesgo.

El cuadro No. 2 en cuanto a los ingresos económicos del hogar mostró que la mayoría gana menos de mil pesos al mes, lo cual coincide con las características de la población de Zimapán en cuanto a la economía de la población vista en el diagnóstico de salud, por lo que acuden al Centro de Salud son los de bajos recursos económicos.

El cuadro No. 3 en cuanto al estado civil, la unión libre se ha estado incrementando en la localidad de Zimapán y pareciera que la gente ya no distingue la diferencia de estar casado y de la unión libre, desde el punto de vista reproductivo se aprecia la misma relación de estabilidad emocional y social en las mujeres con estado civil casados y en unión libre considerando que se debe a la migración que existe en esta localidad.

El cuadro No 4 en la educación, continua predominando el bajo nivel cultural, el analfabetismo, se identifica que la mayoría cuenta con un nivel de estudios de secundaria con un nivel medio superior, sin embargo en la mayoría sus estudios son de primaria terminada, haciendo más difícil la concientización de las actividades de protección a la salud, de prevención en el hogar y sobre todo el autocuidado personal y familiar siendo una

de las finalidades del programa arranque parejo en la vida.

El cuadro No. 5 en cuanto a la religión se presenta un porcentaje elevado de la religión católica y que en otras, tomando en cuenta que se ha recibido apoyo de algunos líderes religiosos en ciertos programas de salud como es protección a la infancia, a la embarazada y cáncer cérvico uterino y en cuanto a los avances mínimos es en planificación familiar que aún se manejan restricciones a ciertos métodos.

El cuadro No. 6 en la ocupación en su mayoría se encuentra laborando en el hogar, sin embargo las madres de familias ayudan en la economía del hogar realizando actividades como lavado de ropa, venta de tortillas, pequeñas costuras ya que éstas fortalecen la economía familiar .

El cuadro No. 7 la mayoría conoce la información sobre los costos de la consulta , por lo que no es un impedimento para que asistan a requerir el servicio de consulta de la embarazada y otro porcentaje no conocen ni en forma verbal ni escrita sabe de esta información..

El cuadro No. 8 en la información de los costos de la atención de parto contesta que desconoce el costo de la atención de este y solo una minoría se le dio esta información, lo que cuenta es la poca comunicación con la usuaria y el personal de salud, si además se toma en cuenta que se vive en una zona marginada, es primordial para la familia conocer cuanto le cuesta cada atención , así mismo la disminución del precio, o el exento en relación a su número de consultas, asistencia a pláticas, a su incorporación al club de la embarazada , que

al final de cuenta estas actividades tienen la finalidad de llevar un mejor control prenatal y la atención de un parto sin riesgo.

El cuadro No. 9 en el número de embarazos se observa mayor predominio de segundas gestas, siguiendo de importancia las multigestas con un menor porcentaje por lo que consideramos el fomento de prácticas sobre planificación familiar y la atención oportuna del control prenatal.

El cuadro No. 10 el mayor predominio es sobre el número de parto en las secundíparas y las multiparas en menor número lo cual coincide con el cuadro anterior. Y las coloca en riesgo de presentar problemas obstétricos en próximos embarazos.

El cuadro No 11 que describe el antecedente de cesáreas, mostró que prevalecen los partos normales, sin embargo las que si tienen ese antecedente no se pudieron atender en el Centro de Salud por ser un embarazo de alto riesgo y son referidas a un segundo nivel de atención, o son atendidas en otro lugar.

El cuadro No. 12 las enfermedades crónico degenerativas de las mujeres embarazadas no las presentan, por lo que disminuye el riesgo obstétrico y las que si presentan condicionan un alto riesgo para las gestantes y los recién nacidos.

El cuadro No. 13 que se refiere al intervalo intergenésico, reportó que se encuentra un intervalo de 3 años y siguiendo en frecuencia de 2 a 3 años lo que nos indica la recuperación tanto física, emocional de las mujeres, más íntegra y preparada para el

siguiente embarazo, como lo indica el programa de arranque parejo.

El cuadro No. 14 en el número de consultas, se observa que el más alto son las que han recibido 5 consultas en la atención prenatal, por lo que la mayoría de las pacientes están teniendo un adecuado control prenatal, como lo marca el programa de arranque parejo y solo faltaría que se promoviera la demanda restante que solo tienen una sola consulta.

El cuadro No 15 corresponde al número de partos normales o complicados siendo mayor en los partos eutócicos y los partos distócicos indican que no pueden ser atendidos en el Centro de Salud y ocasiona que se refieran a segundo nivel de atención.

El cuadro No. 16 es del lugar de atención del parto, en número mayor las embarazadas están siendo atendidas en lugares seguros y sin riesgo con personal capacitado en instituciones adecuadas, y el ser atendidas por médicos y en clínicas particulares, considerando que es un porcentaje mayor de ésta atención, indica que todavía falta conseguir la confianza de la paciente gestante para llevar a término su embarazo y atención de parto en instituciones de salud. Esto nos indica que las pacientes prefieren pagar más por acudir a un lugar privado que a una institución.

El cuadro No. 17 es la opinión de la embarazada sobre la atención, aunque la frecuencia es mayor con una buena opinión y la regular en este porcentaje repercute como un riesgo ya que esta no da la confianza a las solicitantes del servicio en espera de una buena atención.

El cuadro No. 18 es la opinión sobre la atención del parto, preocupantemente la mayoría la

considera buena; hacen un porcentaje considerable la atención regular y mala son factores de riesgo porque son fáciles de que se recomiende a otras embarazadas para que no acudan a atenderse en esta unidad de salud.

El cuadro No. 19 este se refiere a los recursos humanos existentes en centro de salud, la mayoría de la población demandante de embarazadas del servicio lo consideran suficientes, pero sigue siendo un número importante con el faltante de personal, lo que nos indica que falta organización en la distribución del personal para brindar una atención de calidad.

El cuadro No. 20 es para los recursos materiales existentes en esta unidad de salud y que la mayoría de la población de gestantes indica que son insuficientes lo cual quiere decir que solo se cuenta con el mínimo indispensable para la atención de las embarazadas siendo factor de riesgo importante en el cual se pone en peligro la vida del binomio siendo este un programa prioritario a nivel nacional y estatal.

El cuadro No. 21 es la información sobre la importancia del control del embarazo, con este indicador nos encontramos que sí recibieron dicha información y en mayor porcentaje las que no han recibido esta información, esto repercute en la atención durante el embarazo como un factor de riesgo ya que el programa dice que ninguna mujer embarazada debe quedar sin atención por personal capacitado.

El cuadro No. 22 es referente a la información sobre los cuidados de las embarazadas, prácticamente de la población encuestada cuenta con la información antes mencionada lo cual facilita la detección de riesgos obstétricos en el hogar, fomentando con ello el

autocuidado de la salud y solo pocas no ha recibido dicha información.

El cuadro No. 23 es la información sobre los signos y síntomas de alarma, de las gestantes encuestadas conocen esta información siendo uno de los indicadores del programa arranque parejo, evitando los riesgos obstétricos y solo un porcentaje bajo contesta que no los conoce y esto favorece que no se atiendan en el momento oportuno y se presenten problemas para su atención.

El cuadro No. 24 referente a las pláticas de lactancia materna, planificación familiar, puerperio y del recién nacido, dicha información es recibida y reconocida por las embarazadas, siendo básicas en el programa de arranque parejo y del resto de las encuestadas que no han recibido estas pláticas principalmente lactancia materna es un factor de riesgo que favorece la desnutrición del recién nacido y en cuanto a la planificación familiar el riesgo es el de presentar un embarazo antes de lo planeado.

El cuadro No. 25 Aún considerándose bajo el costo por la atención sigue siendo un riesgo porque las embarazadas no acuden por el costo alto que se realiza. En contraste un porcentaje similar lo considera alto para sus condiciones económicas en las que viven.

El cuadro No. 26 es el trato del personal, satisfactoriamente lo considera bueno sin embargo lo considera que es regular, se puede considerar que se debe a un número reducido de personal que se encuentra en contacto con las embarazadas.

Las respuestas de la pregunta número 27, de las razones por las cuales no se atendieron de

su parto en el Centro de Salud, los resultados a las contestaciones más frecuentes como son las de encontrarse en otro lugar, país o por cambio de domicilio(emigran constantemente), por la lejanía del Centro de Salud; así como presentar un embarazo de alto riesgo (las causas más frecuentes , como sufrimiento fetal agudo, hipertensión arterial, ruptura prematura de membranas; otro de los factores son las fallas en el ingreso de la mujer en el trabajo de parto, antecedentes de mala atención (porque las regresan varias veces y por escuchar a otras personas del mal servicio que proporcionan); y por decisión propia de atenderse en otro lugar; asimismo porque se convencieron de atenderse en otra institución como el Seguro Social, clínica particular y el FAS (Fundación de Asistencia Social) que es más barato; también el deseo de resolver el embarazo por cesárea; falta de apoyo familiar; falta de toma de decisión de la mujer embarazada.

9 RECOMENDACIONES Y CONCLUSIONES.

Recomendaciones.

- Siendo un primer nivel de atención se deben incrementar todas las acciones en beneficio de las embarazadas y darle prioridad por ser un municipio seleccionado por el programa arranque parejo en la vida..
- Realizar promoción sobre salud reproductiva dando a conocer los factores de riesgo promoviendo la planificación familiar en mujeres en edad fértil.
- Fomentar la utilización de alimentos de la región para mejorar su alimentación y su economía.
- Colocar en lugares visibles o informar durante la consulta externa los costos de los

servicios exentos y de bajo costo con que cuenta la embarazada.

- Durante las pláticas educativas a las embarazadas continuar fomentando la asistencia al club de embarazadas, la importancia del control prenatal.
- Mantener cursos de educación continua al personal operativo (trabajo social, laboratorio personal de recepción, enfermería, médicos) sobre relaciones humanas y laborales.
- En urgencias obstétricas realizar su referencia inmediata contando con el apoyo de directivos, coordinación, presidencias municipales y comunitarias para contar con un medio de traslado y que esto no sea un impedimento para que la paciente no se pueda enviar.
- Llevar un control estricto de las embarazadas de alto riesgo y las que tengan un factor de riesgo o más en su historia clínica perinatal, solicitarle una interconsulta en el segundo nivel para su valoración y si son varias pacientes citarlas un solo día, previa cita con el especialista.
- Continuar con una revisión más detallada en cada consulta prenatal verificando ausencia de signos de riesgo.
- Confirmar en las consultas subsecuentes si las pacientes realizan lo que se les informo en las pláticas educativas.
- Mejorar el módulo de información, promocionando los servicios con que cuenta el Centro de Salud para la atención prenatal.
- Sobre los recursos humanos se sugiere que el personal se encuentre en áreas en las cuales por su capacidad, actitud y experiencia desempeñen sus actividades con eficacia en el puesto designado.

- Se sugiere informar al directivo para que este enterado y solucione los problemas de faltante de material para que se cuente con un mínimo necesario en forma oportuna y permanente.
- Se sugiere que el área de trabajo social realice un estudio socioeconómico a todas las embarazadas para que cuando se presente la paciente para su atención sepa cuanto le va a costar el servicio médico.
- Se sugiere cambios de actitud hacia las pacientes en su primera consulta o contacto con los servicios de salud porque de ahí dependerá si continua asistiendo al Centro de Salud o no.
- Realizar visitas domiciliarias a las madres en puerperio y verificando si están ofreciendo lactancia materna exclusiva y si realizan los cuidados al recién nacido.

Concluyendo en forma general de que cada vez es más importante la práctica de obstetricia, vigilancia de la mujer en el desarrollo del embarazo en el campo preventivo, siendo su función primordial evitar que la gestación rebase los límites fisiológicos o bien se detecten alteraciones en sus fases iniciales para proporcionar un tratamiento oportuno y obtener madres y productos sanos.

Conclusiones.

Se identificaron los factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo.

Dentro de los factores socioeconómicos se señalan los siguientes

- La edad, la mayoría se encuentra entre los 20 y 30 años, pero el 28% tienen más de

30 años, lo cual aumenta el riesgo reproductivo en ellas.

- Ingresos económicos, la mayoría gana menos de mil pesos al mes, lo cual coincide con las características de la población de Zimapán, se corrobora por lo tanto que esta localidad es considerada zona cara, marginada y de difícil acceso, afecta de manera importante los problemas de salud y el sustento en la familia de la embarazada, como son la desnutrición de la madre y del producto, agregando que tienen que comprar medicamentos faltantes en la unidad de salud.
- La unión estable prevalece sobre las embarazadas que se encuentran casadas, indicando que aún viviendo en unión libre se favorece una relación e integración familiar.
- Escolaridad, el 56% tienen secundaria o bachillerato, y casi la mitad tiene primaria o menos, lo cual continúa siendo un factor de riesgo relacionados con embarazos continuos, prematuros, ya que el bajo nivel escolar se asocia con embarazos complicados, sin atención médica.
- Religión, influye en la embarazada porque si son católicos permiten su atención médica sin poner obstáculos en lo que sea necesario para su salud y en cambio otras religiones no aceptan ciertos tratamientos.
- En relación con la ocupación la mayoría de las madres gestantes solo trabajan en el hogar donde realizan todo tipo de actividades que no son reconocidas por la sociedad y que en un momento dado el riesgo en el embarazo es considerado delicado, por lo que también deben tener cierto descanso, alternado con sus actividades cotidianas.
- Sí reciben la información indicada sobre los costos de la consulta prenatal, pero los

demás usuarios no la reciben y es considerado como factor de riesgo importante porque no acuden a sus consultas por no saber cuanto les cuesta este servicio médico, considerando que son familias de bajos recursos económicos y que algunos no tienen los programas de apoyo a su economía familiar(oportunidades)

- La información sobre los costos por la atención del parto no es proporcionada a la embarazada durante contactos con los servicios de salud, siendo un factor de riesgo muy importante y grave porque al no saber acude a solicitar otros servicios que no son de esta institución donde ha llevado su control prenatal.
- Referente al número de embarazos en que solo presentan dos no existe tanto riesgo pero en las de más de tres que se presentan, sí existen factores materno fetales que ponen en peligro la vida de la madre y del producto. Por lo tanto estas pacientes deben de llevar un control estricto de su embarazo y continuar colocando la leyenda de (embarazo de alto riesgo).
- Se toma en cuenta que existe un mayor número de mujeres que tienen dos partos pero también hay primíparas y múltiparas que presentan complicaciones obstétricas y hasta muertes maternas y fetales y el programa de arranque parejo dice que toda mujer debe tener un parto sin riesgos y un recién nacido sano. Por lo tanto si presenta aunque sea un factor de riesgo enviarla a segundo nivel de atención para no exponerlas a complicaciones.
- Un antecedente obstétrico es un factor muy importante más siendo de cesárea, se debe dar importancia al estar realizando su historia clínica para que su valoración con el especialista sea óptima para la paciente y llegue a un feliz término.
- Se refleja que las detecciones de enfermedades crónico degenerativas en gran

número se encuentran controladas.

- En cuanto al periodo intergenésico el grupo de embarazadas encuestadas se encuentran en una edad adecuada para la concepción, pero existen periodos cortos y largos que favorecen que se presente problemas relacionados con la morbi mortalidad perinatal.
- El número de consultas a las que acuden las embarazadas son las consideradas en el (PAP) pero sigue siendo factor de riesgo el que hayan acudido a menos de 5 consultas ya que no se detectan riesgos ni se realizan los estudios de laboratorios completos en pocas consultas.
- En su mayoría los partos han sido eutócicos pero los partos distócicos siguen siendo factores de riesgo por lo que no se sabe si fueron en realidad valorados por el especialista para saber si pudieron haber sido normales.
- Es muy importante conocer el lugar de la atención del parto porque la mujer embarazada tiene el derecho de ser atendida por personal capacitado contando con los requerimientos para ofrecer un servicio con calidad y calidez y obtener un recién nacido sano como lo marca el (PAP) siendo un factor de riesgo que se atiendan en otros lugares, porque no se sabe si cuentan con lo necesario para su atención sin riesgos y que las madres y los recién nacidos no expongan su vida al atenderse en lugares inadecuados.
- La opinión sobre la atención de la embarazada en el Centro de Salud es buena indicando que acuden con seguridad de ser atendida y la regular y la mala ya no debe existir porque para las gestantes esta opinión es un factor de riesgo que repercute en que ya no soliciten el servicio en este Centro de Salud.

- La opinión en la atención de parto existe una buena opinión, pero otras nos dicen que es regular; se considera que la relación paciente- personal de salud no reúne las condiciones apropiadas que la usuaria espera en estos momentos tan importantes para ella, ya que en el inicio del periodo de trabajo de parto es cuando se requiere mejorar la calidad, calidez y cambios de actitud para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas de la mujer.
- Factores del servicio del control prenatal y unidad tocoquirúrgica, se consideran los recursos humanos suficientes para la atención de la usuaria solicitante esto quiere decir que se encuentra completo el personal en las diferentes áreas de trabajo.
- La deficiencia existente en los recursos materiales hace que la atención no se brinde completa como lo marca el (PAP) ya que las carencias de éste repercuten en la economía familiar, agregando que se les solicite insumos para su atención y el costo por el servicio resulta más caro de lo previsto.
- Sobre la vigilancia prenatal la información sobre los cuidados de la embarazada esta considerado que han recibido en forma general pláticas sobre este tema dándole la importancia requerida.
- Referente a los cuidados que requieren las embarazadas se encuentran informadas y que con estos favorecen y facilitan el autocuidado de su salud.
- Es de reconocer que las madres gestantes han sido informadas sobre los signos y síntomas de alarma, detectando y acudiendo en el momento preciso para su atención médica previniendo complicaciones y si las hay, enviarlas para valoración ginecológica a otro nivel.
- En cuanto a la promoción para la salud los temas que se han impartido, la mayoría

conoce la importancia de ofrecer lactancia materna al recién nacido, la planificación familiar, cuidados del puerperio y del recién nacido favoreciendo la prevención de complicaciones.

- El costo por la atención esta considerada como baja, pero un número similar la considera alta por lo que se concluye que es un factor de riesgo el saber que la atención medica se vea afectada por el costo, repercutiendo en la economía de la familia.
- Se considera que el trato del personal hacia la población de embarazadas es bueno, esto indica que se debe mejorar el trato regular para que continúen asistiendo a solicitar los servicios del Centro de Salud.
- Las razones para no atenderse el parto en el Centro de Salud en primer lugar se llega a la conclusión que una de las razones es la mala calidad en la valoración obstétrica, calidez del servicio a las gestantes en el momento de sentirse mal y decidir si estarán en observación o se ingresan para su atención, y si las revisiones son o no frecuentes, las pacientes ya no regresan para atenderse del parto.
- Otra razón es por presentar embarazos de alto riesgo ya que por ser un primer nivel de atención las pacientes se refieren a un segundo nivel, con los diagnósticos más frecuentes, como, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, desproporción cefalopélvica, cesárea previa, preeclampsia y eclampsia estas ya no acudieron al Centro de Salud porque de antemano saben que no se les resuelve el problema, solo en este caso se les envía con una referencia para asistir al hospital de segundo nivel, pero en ocasiones no se cuenta con este apoyo ya que se regresan sin contrarreferencia y se van a otro lugar para la resolución de su parto.

- Las pacientes llevan su control prenatal en este Centro de Salud pero por tener mala calidad del servicio, en el área de atención de partos, deciden su atención en otras instituciones fuera de Zimapán o en clínicas particulares.
- Otra causa es que se convencen de atenderse en otra institución (IMSS) porque no les cobran nada y en otras los costos son más baratos y en el Centro de Salud algunas pacientes los consideran altos.
- Otro punto es que la misma embarazada resuelve su problema por comodidad propia realizándose cesárea.

10 BIBLIOGRAFIA

Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del I. M. S. S. AC.
Ginecología y Obstetricia (1995)

Carpeta Atención integral. Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo.(2002)

Dx. de Salud 2003. Coordinación Municipal, Zimapán, Hgo.(2003)

Félix Alonso. (2002) Obstetricia para la Enfermera Profesional. Edito. El Manual Moderno
Mexico, D. F.

Gobierno del Estado de Hidalgo. Servicios de Salud de Hidalgo. Jurisdicción No. 5
Zimapán, Hgo. Manual de Vacunación (2002) Procedimientos Técnicos. Unidad Híbrida.
Zimapán, Hgo.

Hernández Roberto; Fernández Carlos; Baptista Pilar; (2003-1998-1991) Metodología de la
Investigación Tercera edición. Mc.Graw- Hill Interamericana. México, D. F.

Nancy A. Margaret G. Phonda Kumm (1996). Enfermería Maternal. Edito. Mc. Graw- Hill
Interamericana. México, D. F.

Secretaría de Salud. Programa de Acción. Arranque Parejo en la Vida. 1ª. Edición (2002)
Secretaría de Salud México D. F.

Secretaría de Salud. Programa de atención Salud del Niño. Diez Acciones Básicas. Consejo Nacional de Vacunación(1998) Manual de Procedimientos Técnicos.

Secretaría de Salud. El Derecho a la Libre Decisión en Salud Reproductiva. Dirección General de Salud Reproductiva. Homero No. 213- 7º Piso. Col. Chapultepec Morelos. Delegación Miguel Hidalgo. México, D. F. Primera Edición 1998.

Rubio, Severino. Ortega, Armando. González, Margarita. Vázquez, Ma. Estela. (2002) Antología obstetricia 11 SUA. UNAM. ENEO.

Rubio, Severino, González, Margarita. Ortega, Armando (2002) Antología Obstetricia 1 SUA. UNAM. ENEO.

Rubio, Severino. López Martín. "Evaluación del riesgo Perinatal, Instrumentos y Criterios de la Enfermera Profesional", ENEO/UNAM, México, Febrero (2001) (ensayo).

Secretaría de Salud. Sistema de información en Salud para población abierta. Informe de actividades de la Unidad Médica. Primer Nivel de Atención. (2001y 2002)

Secretaría de Salud. Maternidad Saludable y sin riesgos.

Tarjetero de Control del Embarazo, Parto y Puerperio del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán. (2002)

11 ANEXOS Y APÉNDICES

11.1 ANEXOS

11.1.1 ANEXO A. “Encuesta sobre factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal del Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo”.

La presente encuesta es con el fin de recolectar información para la realización de la investigación “factores que se relacionan con la resolución del embarazo en las mujeres bajo control prenatal en el centro de Salud Rural Concentrado Zimapán, Hidalgo”, con este estudio se pretende mejorar la atención prenatal y del parto en este centro de salud de las mujeres que pertenecen a esta comunidad. Usted está en plena libertad de no contestar las preguntas y/o interrumpir la encuesta si así lo decide; pero le invitamos a colaborar en responder a las preguntas dada la importancia de mejorar la salud de las mujeres en las etapas del embarazo y parto.

1.- ¿ Qué edad tiene usted?

a.-14 o menos

b.-15-19

c.- 20-24

d.-25-29

e.-30-34

f.-35 y más

2.-¿Cuáles son los ingresos económicos de su hogar al mes?

a.- Menos de 1000

b.-1000-2000

c.-2000 y más

3.-Cuál es su estado civil?

a.- Soltera

b.-Casada

c.-Unión libre

d.-Viuda

4.-¿Hasta que año estudió?

a.- Cero grados estudios

b.-Primaria incompleta

c.-Primaria completa

d.-Secundaria

e.-Otros

5.-¿Qué religión practica?

a.-Católica

b.-Protestante

c.-Otros

6.-¿Cuál es su ocupación?

a.-Hogar

b.-Obrera

c.-Doméstica

d.-Profesional

7.-¿Le informaron sobre los costos de la consulta prenatal?

a.-Si

b.-No

8.-¿Le informaron sobre los costos por la atención del parto?

a.-Si

b.-No

9.-¿Cuántas veces se ha embarazado?

a.-Primigesta

b.-Secundigesta

c.-Tercigesta

d.-Multigesta

10.-¿Cuántos partos ha tenido?

a.-Primípara

b.-Secundípara

c.-Tercípara

d.-Múltipara

11.-¿Le han practicado Cesárea?

a.-Si

b.-No

12.-¿Ha padecido o padece enfermedades crónico degenerativas como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial u otras?

a.-Si

b.-No

13.-¿Cuántos años dejó pasar entre un embarazo y otro?

a.-Menos de un año

b.-1 a 2 años

c.-2 a 3 años

d.-3 años o más

14.-¿A cuántas consultas prenatales acudió al Centro de Salud Rural Concentrado Zimapán?

a.-1

b.-2

c.-3

d.-4

e.-5

15.- ¿Su parto fue normal o tuvo complicaciones?

a.- Eutócico

b.-Distócico

16.-¿En dónde se atendió de su parto?

a.-Hospital

b.-Con la partera

c.-Con médico particular o clínica particular

d.-Otro

17.-¿Qué opina sobre la atención durante el embarazo en el Centro de Salud?

a.-Buena

b.-Regular

c.-Mala

18.- ¿Qué opinión tiene sobre la atención de su parto anterior en el Centro de Salud?

a.-Buena

b.-Regular

c.-Mala

19.- Cómo considera los recursos humanos (personal médico, de enfermería y otros) del Centro de Salud?

a.- Suficientes

b.- Insuficientes

20.-¿Cómo considera los recursos materiales (mesas, sillas, material médico, etc.) del Centro de Salud?

a.-Suficiente

b.-Insuficiente

21.-¿Recibió información sobre la importancia que tiene el control del embarazo?

a.-Si

b.-No

22.-¿Recibió información sobre los cuidados que se requieren durante el embarazo?

a.-Si

b.-No

23.-¿Se le proporcionó información sobre los signos y síntomas de alarma (acudir en caso de sangrado transvaginal, hipertensión, ruptura prematura de membranas etc.) durante el embarazo?

a.-Si

b.-No

24.-Recibió información sobre lactancia materna, planificación familiar, cuidados durante

el puerperio y del recién nacido?

a.-Sí

b.-No

25.-¿Cómo considera el costo por la atención?

a.-Alto

b.-Bajo

26.-¿Cómo considera el trato del personal hacia usted durante su estancia en el Centro de Salud?

a.-Bueno

b.-Regular

c.-Malo

d.-Indiferente

27.- ¿ Cuáles son las razones por las cuales no se atendió el parto en el Centro de salud?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

11.1.2 ANEXO B CRONOGRAMA

CONCEPTO	Septiembre				Octubre					Noviembre					Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio							
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1.- Descripción problema																																														
2.- Objetivo, hipótesis y justificación.																																														
3.- Marco Teórico																																														
4.- Diseño investigación, material y método.																																														
5.- Creación instrumentos.																																														
6.- Recolección de datos.																																														
7.- Análisis de información.																																														
8.- Recomendaciones y conclusiones.																																														

11.2 APENDICE

11.2.1 APÉNDICE A. GLOSARIO

Aborto: Es la interrupción del embarazo provocada o espontánea con expulsión o no del huevo(producto de la concepción) antes de las 20 semanas de gestación con un peso inferior de 500 gramos.

Anemia: Disminución de la cantidad de hemoglobina, asociada o no a una disminución también del número de glóbulos rojos o eritrocitos.

Amenaza de parto prematuro: Se considera como la presencia de la actividad uterina aumentada en frecuencia, intensidad y duración acompañada de modificaciones cervicales antes de la semana 37.

Asfixia perinatal: Es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.

Cardiopatías; Son las causas no obstétricas más importantes de incapacidad y muerte en embarazadas.

Citomegalovirus:Es un virus del grupo herpes y puede dañar al feto en cualquier etapa del embarazo.

Clamidias:Es una enfermedad de transmisión sexual producida por chlamydia trachomatis afectando a mujeres, varones y recién nacidos.

Diabetes mellitus: Es la anomalía heredada por mecanismos de transmisión genética desconocidos y de la alteración a la tolerancia de los carbohidratos.

Epilepsia: Es una enfermedad crónica que se caracteriza por la presencia de

convulsiones.

Eclampsia: Aparición brusca de convulsiones acompañadas de hipertensión y pérdida de conciencia, durante la segunda mitad de la gestación. Es causa de gran cantidad de muertes fetales y puede causar también muerte materna. Generalmente esta precedido por un proceso morboso llamado preeclampsia caracterizado por hipertensión, edema y albuminuria.

Hipotiroidismo: Disminución de la función normal de la glándula tiroides

Hepatitis: Es una enfermedad viral grave y cuando afecta a la mujer embarazada en los primeros meses de gestación repercute en el feto y puede producir abortos y embriopatías.

Herpes: Es una enfermedad viral que se transmite de persona a persona mediante las relaciones sexuales, infecta al producto en su paso por el canal del parto afectando todos los órganos,

Infecciones urinarias: Son infecciones del aparato urinario que representan una de las patologías más comunes de la mujer durante la gestación y si no son tratadas adecuadamente contribuyen a la morbilidad materno fetal y neonatal.

Isoinmunización materno fetal: Es la producción de anticuerpos contra un antígeno de la misma especie y esta se debe a los antígenos de los grupos sanguíneos o bien del sistema Rh siendo más frecuente la isoinmunización a grupo, pero es de menor gravedad y pasa inadvertida, mientras que la isoinmunización a Rh es más severa.

Listeriosis: Es una enfermedad producida por listeria monocitogenes bacteria grampositiva que se contagia por la ingestión de carne cruda, leche no hervida y por el contacto con animales rurales, esta infección es responsable de abortos, óbitos fetales y partos prematuros.

Linfogranuloma venéreo: Es una infección de los linfáticos progresiva, destructiva y curable, consta de 3 fases. Lesión primaria genital, transitoria, linfadenitis secundaria.

Membrana hialina: Dificultad respiratoria del recién nacido. Enfermedad que se presenta en algunos recién nacidos prematuros y que consiste en una dificultad respiratoria por falta de madurez del pulmón.

Malformaciones congénitas: Defecto anatómico debido a algún trastorno del desarrollo embrionario.

Miomas: Tumor benigno, desarrollado a expensas de fibras musculares lisas y que contienen también tejido conjuntivo en cantidades variables.

Muerte fetal intrauterina: Muerte del feto antes del nacimiento.

Mola hidatiforme: Desarrollo anormal del óvulo fecundado consistente en un edema de las vellosidades de la placenta, que forman como vesícula que contienen un líquido transparente y dan al huevo un aspecto arracimado. Esta degeneración de la placenta puede ser parcial o total. El síntoma más frecuente es la hemorragia, casi siempre hay un crecimiento exagerado del útero, superior al que correspondería por el tiempo de gestación.

Nefropatías: Son los trastornos renales más comunes y son bacteriuria asintomático, cistitis, pielonefritis aguda.

Procidencia y prolapso de cordón umbilical:

Parto prematuro: Cuando el embarazo termina entre la semana 29 a la 36 y el peso del producto va de 1000 a 2499 gramos.

Polihidramnios: Es cuando el volumen del líquido amniótico es superior a 2000 ml. en ausencia de gestación múltiple y con el embarazo cerca del término.

Preeclampsia: Se presenta en el último trimestre del embarazo, con edema, hipertensión arterial y proteinuria, con cefalea, acúfenos, fosfenos, oliguria, cristaluria,

transtornos visuales.

Placenta previa: Inserción de la placenta en la zona de la cavidad uterina situada entre el segmento interior del útero y orificio interno del cuello. Según que el borde de la placenta ocupa en parte o lo cubra totalmente, se le designará como lateral, marginal o central.

Prematurez: Son los recién nacidos que nacen antes de que sus sistemas y órganos maduren hasta el punto de funcionamiento fisiológico y son de bajo peso y tamaño para su edad gestacional.

Parotiditis: Enfermedad vírica aguda, que se caracteriza por fiebre, inflamación y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida y a veces las sublinguales o las submaxilares, el agente etiológico es el paramyxovirus, se transmite por diseminación de gotitas de saliva y por contacto directo con la saliva y por contacto directo con la saliva de una persona infectada.

Rubéola: Enfermedad infecciosa febril caracterizada por una erupción eritematosa maculopuntiforme causada por el virus de la rubéola. Los niños presentan pocos síntomas o ninguno, los adultos sufren un pródomo de 5 días constituido por fiebre ligera, cefalalgia, malestar generalizado, coriza y conjuntivitis. Es importante porque puede producir anomalías en el feto. El síndrome de la rubéola congénita afecta al 25% o más de los recién nacidos de madres que adquirieron la enfermedad durante el primer trimestre del embarazo, su transmisión es por contacto directo con secreciones nasofaríngeas.

Ruptura prematura de membranas: Es la ruptura espontánea o artificial de las membranas en embarazos mayores de 20 semanas, antes de iniciarse el trabajo de parto.

Sufrimiento fetal agudo: Situación de establecimiento brusco en la que por causas diversas, se produce una disminución de la disponibilidad de oxígeno para que el feto

pueda llevar a cabo con normalidad sus actividades metabólicas. Esta situación de compromiso fetal puede tener como consecuencia un cierto peligro para la vida del feto y su integridad neurológica. Sífilis: Es una enfermedad producida por el *treponema pallidum* y se adquiere por las relaciones sexuales y puede ser transmitida por la madre a fetos procedentes de gestaciones distintas, el *treponema* puede cruzar la placenta alcanzando al feto en cualquier momento de la gestación, pero si es diagnosticada a tiempo y es tratada adecuadamente antes de la semana 16 el recién nacido no presentara problema.

Sarampión: es una enfermedad vírica aguda, con síntomas prodrómicos de fiebre, conjuntivitis, coriza, tos y manchas de koplik en la mucosa bucal.

Tuberculosis Pulmonar: Es una enfermedad ocasionada por el *mycobacterium tuberculosis*, caracterizado por un inicio gradual de indiferencia, irritabilidad y anorexia, cefalea, vómito, convulsiones, y se transmite por contacto con secreciones nasofaríngeas, ingestión de leche cruda o productos lácteos no pasteurizados.

Toxoplasmosis: Infección parasitaria causada por el *toxoplasma gondii*, que puede presentarse en 3 formas: trofozoito o en forma proliferativa, quiste tisular y oocisto.

Varicela: Enfermedad viral infecciosa, contagiosa y confiere inmunidad permanente y absoluta caracterizada por malestar general, fiebre, erupción cutánea en todo el cuerpo inicia con manchas rojas, máculas, vesículas, pústulas y costras.

Víruela: Enfermedad viral erradicada en México.