



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN REGIONAL EN MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 80

ATENEA ABREGO REYES
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL SEGUIMIENTO DE LA
PACIENTE OBSTETRICA EN EL CONTROL PRENATAL Y SU MORBILIDAD
PERINATAL

DIRECTORA DE TESIS:
DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRO EN CIENCIAS EN FARMACOLOGÍA CLÍNICA

ASESOR
DR. RAÚL ABREGO LÓPEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN GINECO-OBSTETRICIA
IMSS MORELIA.

CIBIMI- IMSS MORELIA.

MORELIA MICHOACÁN, MÉXICO FEBRERO DEL 2014



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ATENEA ABREGO REYES

MÉDICO CIRUJANO Y PARTERO

DRA. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. EDGARDO HURTADO RODRIGUEZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACION EN SALUD

DR. RUBÉN RICARDO GARCIA JIMENEZ

DIRECTOR DE LA UNIDAD U.M.F.80

DRA. MAYRA EDITH VIEYRA LÓPEZ

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
U.M.F.80

DR. JOSÉ RAMÓN SARABIA RAMÍREZ

PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA U.M.F.80.



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. VICTOR MANUEL FARÍAS RODRÍGUEZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DR. RAFAEL VILLA BARAJAS

COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS

“DR. IGNACIO CHÁVEZ”

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1602
H GRAL REGIONAL NUM 1, MICHOACÁN

FECHA 26/12/2012

M.C. OLIVA MEJÍA RODRÍGUEZ

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN EL SEGUIMIENTO DE LA PACIENTE
OBSTRETRICA EN EL CONTROL PRENATAL Y SU MORBILIDAD PERINATAL**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2012-1602-44

ATENTAMENTE

DR.(A). MARIO ALBERTO MARTÍNEZ LEMUS

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1602

Este trabajo se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 80, del Instituto Mexicano del Seguro Social y en el Hospital General Regional No.1 Gineco-Pediatría en la Ciudad de Morelia Michoacán, México, avalado por la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Investigador Principal

Atenea Abrego Reyes

Médico Residente del Curso de Especialidad en Medicina Familiar.

Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 80

Instituto Mexicano del Seguro Social.

Director de tesis

Dra. Oliva Mejía Rodríguez

Maestra en Ciencias de Farmacología Clínica

Médico Especialista en Medicina Familiar

Coordinadora Auxiliar Médico de Investigación en Salud.

Asesor de tesis:

Dr. Raúl Abrego López

Médico especialista en Gineco-Obstetricia

Hospital General Regional No. 1 Morelia Michoacán.

Gineco-Pediatría

Colaboradores:

Dr. Javier Ruíz García

Médico Especialista en Medicina Familiar

Co-asesor estadístico:

Mat. Carlos Gómez Alonso

Coordinador Analista "A"

Centro de Investigación Biomédica

AGRADECIMIENTOS

Coordinación de Educación e Investigación en Salud UMF No.80

Coordinación Delegacional de Educación

Coordinación Delegacional de Investigación

Instituto Mexicano del Seguro Social

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Unidad de Medicina Familiar No. 80

Hospital General Regional No.1 Gineco-Pediatría

Personal Directivo y Administrativo de la UMF No. 80

Profesores Titulares de la Especialidad de Medicina Familiar.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Patricia y Raúl por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Mamá gracias por quererme, apoyarme y creer en mí.

Papá gracias por ser simplemente el mejor ejemplo de vida.

A mis hermanos Dánae y Raúl por su apoyo incondicional, por hacerme los días felices y ser un estímulo en mi vida.

A mi esposo Manuel por estar conmigo en aquellos momentos en que el estudio y el trabajo ocuparon mi tiempo y esfuerzo, gracias por darme el tiempo para realizarme profesionalmente.

A mis hijos Ana Camila Y Didier Emiliano, que con su sola sonrisa me motivan día a día a continuar, testigos silenciosos de mis luchas cotidianas en busca de un mejor futuro, a ustedes, mi esperanza, mi alegría, mi vida y la culminación de este trabajo y lo que representa.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

ÍNDICE

	Página
I. Resumen.....	9
II. Abstract.....	12
III. Abreviaturas y glosario.....	14
IV. Relación de cuadros y figuras.....	19
V. Introducción.....	22
VI. Antecedentes.....	24
VII. Planteamiento del problema.....	38
VIII. Justificación.....	41
IX. Hipótesis y Objetivos.....	43
X. Material y métodos.....	45
XI. Resultados.....	58
XII. Discusión.....	74
XIII. Conclusión.....	79
XIV. Sugerencias.....	81
XV. Referencias	83
XVI. Relación de anexos.....	90

Total de páginas: 125

I.RESUMEN.

I.RESUMEN

Impacto de una estrategia educativa en el seguimiento de la paciente obstétrica en el control prenatal y su morbilidad perinatal.

Introducción: La atención materna infantil es prioridad en los servicios de salud. La mayoría de los daños obstétricos y riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito considerando que la educación es una herramienta considerada importante para el auto cuidado de la salud.

Objetivo: Evaluar el impacto de una estrategia educativa dirigida a la mujer embarazada, así como su morbi-mortalidad perinatal.

Material y métodos: Cuasiexperimental. Se incluyeron 82 embarazadas en 3 grupos, al grupo experimental se le elaboró una estrategia educativa basada en el modelo ASSURE con temas relacionados a control prenatal, previo conocimiento del estilo de aprendizaje y estilo de vida de cada integrante mediante aplicación de test estilos de vida y Honey-Alonso con validez interna por medio de α de Cronbach. Se elaboró un examen de conocimientos, aplicado antes y después de impartir los temas de control prenatal, con la finalidad de determinar el impacto de la estrategia a nivel de conocimientos. Dicho examen se le dio validez mediante α de Cronbach. El grupo control y de referencia se apartaron hasta la resolución del embarazo y comparó con el grupo experimental determinando el impacto de la estrategia educativa mediante la forma de resolución del embarazo, la aceptación de métodos de planificación familiar, lactancia materna y complicaciones de la madre y el RN, evaluado con χ^2 .

Resultados: Aumentó el nivel de conocimientos en el grupo experimental, y con ello el autocuidado de las embarazadas. Respecto al apego de control prenatal, el grupo experimental presentó apego de 31.7%, a diferencia de grupo control y referencia (15.8%). Se logró el mayor porcentaje de partos en el grupo experimental (23.17%), a diferencia del grupo control (17.07%) y del grupo experimental (6.10%). Se logró mayor aceptación de MPF principalmente DIU, en Grupo experimental (23.2%), control (11%), referencia (13.41%). Para lactancia materna el grupo experimental 31.76% aceptantes, en grupo control 23.2% y referencia 22%.

Conclusiones: La educación en la población materna y el apego estricto al control prenatal, indudablemente mejoraron el autocuidado de las embarazadas. Se logró impactar en la forma de terminación del embarazo demostrando disminución del índice de cesáreas. Mejoró la aceptación de MPF, lactancia materna, así como disminución de complicaciones maternas y del RN.

Palabras clave: Impacto, estrategia educativa, morbilidad, embarazo, planificación familiar, lactancia materna.

II. ABSTRACT.

II.ABSTRACT

Impact of an educational strategy in monitoring obstetric patients in prenatal and perinatal mobility.

Background: Maternal childcare is a priority in health services. Most obstetric damage and health risks to the mother and child can be prevented, detected and successfully treated whereas education is considered an important tool for self-health care.

Objective: Evaluate the impact of an educational strategy for pregnant women and their perinatal morbidity and mortality.

Methods: Cuasiexperimental. 82 pregnant women were included in 3 groups, the experimental group had developed an educational strategy based on the ASSURE model with issues related to prenatal care, prior knowledge of learning style and lifestyle of each member by application of test lifestyles and Honey-Alonso with internal validity using Cronbach α . A knowledge test applied before and after delivering prenatal issues, in order to determine the impact of the level of knowledge strategy was developed. This examination was given validity by Cronbach's α . Control and reference group departed until resolution of the pregnancy and compared with the experimental group and determine the impact of educational strategy by way of termination of pregnancy, the acceptance of family planning methods, breastfeeding and maternal complications and RN, evaluated with Chi2.

Results: It increased the level of knowledge in the experimental group, and thus the self-pregnant. Regarding antenatal attachment, the experimental group showed 31.7% attachment, unlike control and reference (15.8%) group. The highest percentage of births was achieved in the experimental group (23.17%), unlike the control group (17.07%) and the experimental group (6.10%). Greater acceptance of MPF DIU was achieved mainly in experimental group (23.2%), control (11%), and reference (13.41%). For the experimental group breastfeeding acceptors 31.76% in control group 23.2% and 22% reference.

Conclusions: Education in the mother population and strict adherence to prenatal care undoubtedly improves self-care of pregnant women, thereby enabling impact, in the form of termination of pregnancy with reduced unnecessary cesareans; acceptance of MPF is improved breastfeeding and decreased maternal complications and RN.

Keywords: impact, strategy, disease, pregnancy, family planning, breastfeeding.

III. ABREVIATURAS Y GLOSARIO.

III. ABREVIATURAS

AMI.	Atención materna infantil.
ANOVA.	Analysis of variance between groups
ASI.	Approaches to Studying Inventory
ASSURE.	Nemotecnia (analizar, establecer objetivos, seleccionar, usar, Requerir, evaluar.
D.E.	Desviación estándar
GO.	Gineco-Obstetricia
HGR.	Hospital General Regional
HGSZ.	Hospital General de Sub Zona
HGZ.	Hospital General de Zona
ILP.	Inventory of Learning Processes
IMSS.	Instituto Mexicano del Seguro Social.
KR20.	Kuder Richardson 20
LASSI.	Learning and Study Strategies
MPF.	Método de Planificación Familiar
NOM.	Norma Oficial Mexicana
OMS.	Organización Mundial de la Salud
OTB.	Obstrucción Tubaria Bilateral
RN.	Recién nacido
RPM.	Ruptura prematura de membranas
SINAIS.	Sistema Nacional de Información en Salud
UCIN.	Unidad de Cuidados Intensivos de Neonatos.
UMF.	Unidad de Medicina Familiar
VDLR.	Venereal Disease Research Laboratory

GLOSARIO

Aborto: El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 21 semanas.

Anticonceptivo: Un método anticonceptivo es un procedimiento que se realiza para evitar la fecundación o concepción al tener relaciones sexuales.

Auto-cuidado: Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.

Cesárea: Es un tipo de parto en el cual se practica una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero de la madre para extraer uno o más productos.

Complicación: Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

Control prenatal: Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Diabetes: La diabetes es una enfermedad caracterizada por la producción insuficiente de insulina o por la disminución de la sensibilidad del organismo a dicha hormona.

Diseño instruccional: Es el arte y ciencia aplicada de crear un ambiente instruccional y los materiales, claros y efectivos, que ayudarán al alumno a desarrollar la capacidad para lograr ciertas tareas. El diseño instruccional es la ciencia de creación de especificaciones detalladas para el desarrollo, implementación, evaluación, y mantenimiento de situaciones que facilitan el

aprendizaje de pequeñas y grandes unidades de contenidos, en diferentes niveles de complejidad.

Educación: El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar.

Embarazo: Período de tiempo comprendido que va, desde la fecundación del óvulo por el espermatozoide, hasta el momento del parto. En este se incluyen los procesos físicos de crecimiento y desarrollo del feto en el útero de la madre.

Estrategia educativa: Son aquellas actividades conscientes e intencionales, que guían las acciones a seguir para alcanzar determinadas metas de aprendizaje.

Factor de riesgo: Es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

Hemorragia: Flujo de sangre por rotura accidental o espontánea de los vasos. La sangre puede verterse al exterior o derramarse en el interior de los tejidos o cavidades orgánicas. En el primer caso la hemorragia es externa, e interna en el segundo.

Impacto: El efecto que determinados fenómenos tienen sobre la realidad.

Infección: Invasión y desarrollo de un microorganismo, generalmente parásito (virus, bacteria, hongo, protozoo o invertebrado), en los tejidos del hospedador aun sin darse manifestaciones clínicas importantes.

Lactancia materna: La alimentación con leche del seno materno.

Morbilidad: La cantidad de individuos que son considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinados.

Mortalidad: Indica el número de fallecimientos de una población en concreto por cada 1000 habitantes, durante un período de tiempo determinado.

Parto: También llamado nacimiento, es la culminación del embarazo humano, el periodo de salida del producto del útero materno.

Preclamsia: Es definida como el incremento de la presión arterial acompañada de edema, proteinuria o ambas que ocurre después de la 20a semana de gestación.

Puerperio: Es el periodo de tiempo que se extiende desde el final del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento.

Riesgo obstétrico: Todos aquellos factores externos o intrínsecos a la mujer, que pueden propiciar alguna complicación durante la evolución del embarazo, el desarrollo del parto, del puerperio o que puedan alterar de alguna forma del desarrollo normal o la supervivencia del producto.

Salud pública: Es la actividad encaminada a mejorar la salud de la población.

Sepsis: Es el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica ante una infección grave, caracterizada por una lesión del endotelio vascular. Esta respuesta surge frente a la presencia de los microbios que producen el daño endotelial.

IV. RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS.

IV. RELACIÓN DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadro I. Características generales de los tres grupos de embarazadas.....	59
Cuadro II. Edades de las pacientes por grupos de inclusión.....	60
Cuadro III. Número de pacientes en relación a ocupación y estado civil.....	62
Cuadro IV. Antecedentes personales patológicos de las embarazadas por grupos de inclusión.....	63
Cuadro V. Tabla de validación cuestionario Honey-Alonso.....	66
Cuadro VI. Porcentajes de las principales complicaciones durante la resolución obstétrica presentes en los tres grupos.....	72
Cuadro VII. Principales complicaciones del Recién Nacido.....	73
Figura 1. Nivel de escolaridad de acuerdo al grupo de inclusión.....	61
Figura 2. Antecedentes ginecológicos en relación a número de gestas, presentados por grupos de inclusión.....	64
Figura 3. Control prenatal de acuerdo a número de consultas asistidas.....	65
Figura 4. Impacto de la estrategia educativa en la identificación de signos y síntomas de alarma obstétrica.....	67
Figura 5. Impacto de la estrategia educativa en la forma de resolución del embarazo en los tres grupos de embarazadas.....	68

Figura 6. Impacto de la aceptación de metodología anticonceptiva, representado en los tres grupos de embarazadas de acuerdo al tipo de método anticonceptivo aceptado.....	69
Figura 7. Impacto de la aceptación de lactancia materna en el posparto en los tres grupos de embarazadas.....	70
Figura 8. Comparación por grupos de embarazadas respecto a las complicaciones posparto.....	71

V. INTRODUCCIÓN

V. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna-infantil, continua siendo un problema de salud pública en México, por tal motivo el control prenatal debe considerarse como prioritario en todo servicio médico. Existen múltiples esfuerzos por diversas instituciones por lograr un bienestar en la madre y el producto, realizando estrategias encaminadas a lograr un buen control prenatal que repercuta en la disminución de mortalidad materno-infantil. La mortalidad materno infantil es un problema complejo que en el ámbito médico ha costado mucho trabajo comprender por lo cual los esfuerzos de mejora han sido fallidos.

Son múltiples los factores que influyen en los resultados no satisfactorios de las estrategias educativas hacia la mujer embarazada. Se ve influenciado tanto por aspectos sociales, económicos, demográficos, culturales, psicológicos e inclusive médicos.

Con este proyecto se pretende lograr una estrategia educativa dirigida a la mujer embarazada que repercuta en su educación mejorando su auto cuidado estableciendo un nivel de cultura en salud reproductiva que repercuta en presentes y futuros embarazos con una disminución de la mortalidad materna infantil.

El logro de dicho objetivo se realizará mediante la aplicación de la estrategia educativa del modelo ASSURE, la cual pretende mejorar el aprendizaje de la población embarazada durante su control prenatal brindando a la población a tratar temas de interés de este ciclo de su vida y hacer competente a la embarazada para el cuidado de su salud y la de su hijo.

La adherencia a dicha estrategia mejorará el control prenatal, detección oportuna de riesgos en el embarazo, disminución de complicaciones, optimizar los resultados del embarazo y por ende influye directamente en la disminución de la mortalidad materna infantil.

VI. ANTECEDENTES

VI. ANTECEDENTES

Las innovaciones ocurridas en el siglo XX en relación a los partos o cesárea, como las técnicas quirúrgicas asépticas, la anestesia confiable así como la introducción de métodos más sofisticados para detectar sufrimiento fetal agudo y crónico han permitido disminuir en forma importante la mortalidad materna y fetal¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tenido como objetivo hacer progresar las acciones de salud y del bienestar de la madre y del niño, favoreciendo el vivir en armonía, por tal motivo los servicios de salud han intentado enfocarse en el control prenatal como prioridad para lograr este objetivo. La mortalidad materna representa una problemática compleja que como médicos nos ha tomado mucho tiempo comprender. Los esfuerzos por mejorar las condiciones de la madre y el producto han llevado a desarrollar diversas estrategias enfocadas a detectar de manera oportuna los factores de riesgo de manera temprana con la finalidad de prevenir, diagnosticar y controlar posibles complicaciones en el embarazo².

La Organización de las Naciones Unidas ha reconocido que la tasa de mortalidad materna sigue siendo de interés mundial para su disminución. En México la reducción de muerte materna para 1990 ascendía 89 por cien mil nacidos vivos, disminuyendo para el año 2000 a 72.6 y a 55.6 en el 2007. Se han centrado estrategias para abatir la mortalidad materna con la atención integral del embarazo, parto y post-parto por el personal médico gineco-obstetra, médicos generales, enfermería, con el fin de asegurar la detección y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas³.

La atención materna representa aproximadamente la mitad de las intervenciones médicas realizadas en nuestro país: en el 2000 el 47.5 % fueron causas gineco-obstétricas en egresos hospitalarios, y el 45.7% cirugías obstétricas, la atención al trabajo de parto 11%; mostrando con esto la importancia en nuestro país, sumada la importancia de la mortalidad materna. Las complicaciones obstétricas ocuparon el 18º lugar como causa de mortalidad hospitalaria y el 35º sitio como causa de mortalidad general⁴.

De acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), las principales causas de mortalidad materna en México en el periodo del 2005 al 2007 fueron: primeramente la enfermedad hipertensiva del embarazo con un total de 278 muertes maternas para el 2007,

como segunda causa las hemorragias del embarazo, parto y puerperio con 267 muertes maternas, otras complicaciones del embarazo y puerperio en tercer lugar, aborto en cuarto lugar. Así mismo de acuerdo a las defunciones por muerte materna según municipio para el 2008: Ario de Rosales 2, Carácuaro 1, Coalcomán 1, Chilchota 1, Chucándiro 1, Churumuco 1, Erongarícuaro 1, Hidalgo 2, Jiquilpan 1, Morelia 4, Nocupétaro 2, Numanán 1, Ocampo 1, Pajacuarán 1, Parácuaro 3, Pátzcuaro 1, Puruandito 2, Quiroga 1, Los Reyes 1, Sahuayo 2, Salvador escalante 1, Senguio1, Tancítaro 1, Uruapan 4, Yurécuaro 1, Zamora 4, Zitácuaro 1 ⁵.

Los controles durante el embarazo son considerados como una medida sumamente importante para preservar la salud del binomio materno-fetal. Se ha logrado demostrar que el control prenatal ha contribuido a descender la mortalidad materna y perinatal. Aquellas mujeres con embarazos controlados tienen menos proporción de recién nacidos de bajo peso, que aquellas no controladas. El efecto positivo del control prenatal es evidenciado tanto en países altamente desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo. El descenso en la mortalidad materna y perinatal logrado por el control prenatal es aun demostrable, teniendo en cuenta que las mujeres provenientes de medios socio económicos bajos presentan un riesgo mayor para el parto, a la vez que constituyen un grupo que acude menos a los controles⁶.

Es importante citar algunas de las intervenciones que se deben de realizar en el servicio primer nivel, llámese, médico familiar, enfermería, trabajo social, etc.: identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso, talla, presión arterial, identificar riesgo obstétrico, valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto, estudios de laboratorio conforme lo marca la Norma Oficial Mexicana (NOM), profilaxis con hierro y ácido fólico, aplicación de vacunas correspondientes, orientación nutricional, orientación sobre lactancia materna y planificación familiar. Todo lo anterior encaminado a establecer criterios de referencia a segundo o tercer nivel, en caso de requerirlo. Se debe promover en la embarazada que debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales con una serie de actividades que incluyen identificación de signos y síntomas de alarma, medición y registro de peso y talla, toma de presión arterial, valoración de riesgo obstétrico, crecimiento uterino y estado de salud del feto, estudios de laboratorio con toma de biometría hemática, glucemia, VDRL, examen general de orina, grupo y Rh, prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico,

aplicación de dos dosis de toxoide tetánico, orientación nutricional, promoción de la lactancia y planificación familiar⁷.

La atención prenatal implica no sólo el número de visitas sino cuando fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El programa de atención prenatal, con inicios desde el primer mes de embarazo y consultas médicas una vez por mes hasta el parto permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervico-vaginales, diabetes gestacional, preeclampsia, infecciones sistémicas, y establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos⁸.

Con el objeto de prestar una adecuada y oportuna atención a la población materno infantil debe reconocerse la utilización de ciertos enfoques en los que debería basarse la investigación de los problemas de salud, así como la implementación de estrategias para su solución, con el objetivo de asegurar que todo embarazo culmine en el nacimiento de un niño sano y sin deterioro de la salud de la madre. Dentro del análisis de la salud materno infantil, se encuentran en desventaja las madres rurales, las urbano-marginales, analfabetas o con poca educación, aquellas que no conocen el uso de métodos anticonceptivos y las que inician precozmente su maternidad; estos factores podrían dar lugar a una deficiente salud materno infantil⁹.

El control prenatal debe estar dirigido a la atención y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, y detección de complicaciones futuras.

La atención materna infantil debe de ser una prioridad para los servicios de salud, su objetivo es la prevención de las complicaciones maternas en el embarazo, el diagnóstico oportuno y su atención adecuada.

Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son previsibles mediante atención prenatal temprana, sistemática y de alta calidad, que permite identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétrico y perinatal. Una muerte materna es evitable si la intervención es eficaz. Invertir en maternidad sin riesgo no solo reducirá la mortalidad y la discapacidad materna infantil, sino que también contribuirá a la mejor salud, calidad de vida, y equidad para las mujeres, sus familias y las comunidades. Las intervenciones de maternidad sin riesgo, que abarcan las estrategias de promoción a la salud, son las más

eficaces en función de costos del sector salud, particularmente en atención primaria. Proporcionar la atención prenatal de rutina en forma integral, mediante la participación del equipo multidisciplinario de las unidades de medicina familiar, aumentar su efectividad estimulando acciones que tengan impacto positivo en los resultados maternos fetales como lo son la disminución del índice de cesáreas¹⁰.

En los últimos años se ha cobrado cada vez más importancia el papel que el paciente debe ocupar en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Debe ser participe en la toma de decisiones, guiado por la información que le aporte el médico¹¹.

Cualquier mujer puede tener complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio; estas complicaciones con frecuencia pueden resultar fatales. Estas complicaciones aparecen en tres momentos: durante el embarazo, durante el parto y después del parto. Complicación se define como cualquier contratiempo, acontecimiento o accidente que ponga en peligro la vida de una mujer y/o de su producto durante el embarazo, parto o puerperio que origine secuelas graves e incluso la muerte. Las complicaciones del embarazo y el parto son causa principal de defunción y discapacidad para mujeres de 15 a 49 años; las causas obstétricas directas de estos padecimientos son la hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, parto obstruido y complicaciones relacionadas con el aborto, detrás de estas causas hay otras más complejas que ocurren en distintas etapas del proceso de atención médica: una cultura de salud pobre o nula, por lo que su familia no saben reconocer los signos de riesgo y la decisión de acudir al servicio de salud se toman tardíamente, con un consecuente retraso en su atención¹².

Las discapacidades provocadas por la maternidad han recibido poca atención porque se les oculta del conocimiento público. Muchas mujeres no reciben atención médica antes, durante o después de su embarazo. La morbilidad presente en el embarazo son aquellas afecciones o lesiones provocadas o agravadas por el embarazo o el parto, la gran mayoría surgen de complicaciones causadas directamente por el embarazo o el parto. Las discapacidades pueden venir de enfermedades agravadas por el embarazo. Pero independientemente de su origen las complicaciones son un riesgo para la madre, el feto o recién nacido así como para futuros embarazos. Tal problemática se asocia a la deficiencia de atención médica durante el parto y después del nacimiento¹³.

La mayoría de los daños obstétricos y riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos para la atención, utilizando el enfoque de riesgo y realización de actividades preventivas y eliminación de prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos¹⁴.

Hay factores que pueden disminuir el riesgo de complicaciones y muertes maternas. Muchos de estos son prevenibles ya que existen fallas en el reconocimiento y poca experiencia en el manejo de la paciente embarazada con complicaciones, de estos factores los más importantes son un adecuado control prenatal y el manejo oportuno de complicaciones¹⁵.

La adherencia adecuada al control prenatal mediante estrategias encaminadas a detectar tempranamente riesgos del embarazo, instaurar manejo adecuado, prevenir complicaciones, educar y preparar a la gestante optimizarían los resultados del embarazo logrando prevenir la mortalidad materna perinatal. Educar a la embarazada otorgando información útil mejora y facilita el control prenatal reduciendo con esto muertes evitables. El logro del objetivo consiste en preparar a la mujer para la maternidad y la crianza. Se fundamenta en la promoción de la salud. Brinda la oportunidad de hacer competente a la embarazada para cuidar su salud y la de su hijo, detectar oportunamente los riesgos, buscar la atención necesaria y fomentar hábitos y conductas saludables¹⁶.

La educación es una herramienta considerada importante para el auto cuidado de la salud. A pesar de que se han descrito varias estrategias de educación, no siempre se obtiene el resultado esperado. Los estudios que evalúan la educación en el auto cuidado de la salud en mujeres embarazadas han mostrado beneficios utilizando estrategias como la elaboración de programas de actualización y consejería personalizada que genere cultura de salud reproductiva que impacte en presentes y futuros embarazos¹⁷.

Pese a que se han conformado equipos de atención integral a la embarazada, son múltiples los factores que influyen en los resultados no satisfactorios del desenlace obstétrico; los aspectos médicos, sociales, culturales y psicológicos juegan un rol preponderante en la salud de las mujeres gestantes y en los resultados maternos perinatales¹⁸.

Los esfuerzos para mejorar las condiciones de salud de los usuarios, se han enfocado a mujeres con factores de riesgo, debido a la susceptibilidad ante las condiciones adversas

que podrían ocasionar repercusiones en la salud de largo plazo. Dentro del IMSS el programa de Salud Materno Infantil se guía por la administración de los servicios de salud y mediante el seguimiento y evaluación de los programas. De acuerdo con esta estrategia el IMSS cuenta con un programa de vigilancia materno infantil para promover atención y seguimiento tanto a la evolución de la embarazada, como el crecimiento y desarrollo de los menores, todas ellas llevadas a cabo en todas las unidades de medicina familiar, sin embargo dicha actividad se ha confirmado que no se realiza en forma integral, lo que influye en la falta de calidad esperada para la atención de esta población¹⁹.

El modelo de atención a la salud del Instituto Mexicano del Seguro Social es de carácter integral, incluyendo la prevención, curación y rehabilitación. Se ha dado mayor énfasis a la atención del daño. Esto se ha expresado de las unidades de medicina familiar del primer nivel y con frecuencia en insuficiente calidad en los servicios que otorgan. Actualmente se intenta cambiar el enfoque tradicional de los programas de salud: de la prevención de enfermedad y riesgos específicos, a la protección de la salud de grupos poblacionales, en cada uno de estos grupos, se espera mejorar su eficiencia²⁰.

Teniendo en cuenta que la educación es de gran importancia para el auto cuidado de la salud, es relevante lograr educar a la paciente logrando esto mediante aplicación de diseños instruccionales dirigidos a la población obstétrica.

TEORIAS DEL APRENDIZAJE Y DISEÑOS INSTRUCCIONALES

Durante al menos un período de sesenta y cinco años se vienen haciendo estudios sobre el cómo se logra aprender. De esta manera se han intentado describir diferentes tipos de respuestas que los organismos pueden aprender, para luego formular los principios básicos que determinan los procesos de aprendizaje. Las personas consideran que al hablar de aprendizaje únicamente se debe visualizar dentro de ese campo todo aquello que implique adquisición de conocimientos o destrezas.

En términos psicológicos, lo que se aprende no es necesariamente “correcto”, ni es necesariamente consciente o deliberado (una de las ventajas de adiestrarse en una habilidad es que se adquiere conciencia de los errores que se ha aprendido a cometer “no-conscientemente”), ni requiere acto manifiesto alguno²¹.

En el desarrollo de las teorías de aprendizaje y su conexión con el diseño instruccional, es necesario conocer sus fundamentos, por lo que es indispensable primeramente diferenciar entre una teoría de aprendizaje y un diseño instruccional:

- Una teoría es aquella que proporciona la explicación general de las observaciones científicas realizadas, explican y predicen comportamientos. Una teoría nunca puede establecerse más allá de toda duda, puede ser objeto de modificaciones.
- Un modelo es una figura mental que nos ayuda a entender las cosas que no podemos ver o explicar directamente²².

Existen diferentes teorías de aprendizaje de las cuales casi todas tienen un sustento filosófico-psicológico:

Conductismo: se basa en los cambios observables en la conducta del sujeto. Se enfoca hacia la repetición de patrones de conducta hasta que estos se realizan de manera automática.

Cognoscitivismo: se basa en los procesos que tienen lugar atrás de los cambios de conducta. Estos cambios son observados para usarse como indicadores para entender lo que está pasando en la mente del que aprende.

Constructivismo: se sustenta en la premisa de que cada persona construye su propia perspectiva del mundo que le rodea a través de sus propias experiencias y esquemas mentales desarrollados. El constructivismo se enfoca en la preparación del que aprende para resolver problemas en condiciones ambiguas²³.

La educación, como un fenómeno de transformación en la convivencia, es un ámbito relacional en el que el educando no aprende una temática, sino que aprende un vivir y un convivir, como resultado de lo cual desarrolla una forma de vivir el ser humano. La transformación en la convivencia en la que se aprende un modo de vivir no es exclusiva de los seres humanos sino una característica que se da en los mamíferos en general, y en grado mayor o menor, según la especie, en todos los animales²⁴.

Superando las divisiones de la orientación desde los puntos de vista médico, sociológico, psicológico y humanístico que favorecían la ruptura entre teoría y práctica orientadora, la denominada orientación instructiva va a tratar de relacionar el proceso orientador con los modelos generales de la instrucción. El objetivo del orientador es promover hacia el cambio, partiendo del supuesto de que el alumno quiere aprender, de que es un ser que aprende a

resolver problemas, tomar decisiones, interactuar socialmente, controlar la ansiedad y el estrés o planificar su vocación; entonces el papel del orientador será el de instruir, enseñar. La orientación instructiva sería una actividad intencional del orientador (enseñante) que trata de conseguir cambios en el aprendizaje del orientado, acordes con los objetivos que se pretendan. Estaría constituida por tres componentes:

1. Componente estructural, que abarcaría las actividades, estrategias y habilidades que han de conformar el repertorio profesional de los orientadores;
2. El componente intencional, que regula la actividad de los sujetos de la orientación.
3. El componente funcional, por el cual se consigue que tenga lugar un cambio evidente. La instrucción, en este contexto, sería un esfuerzo creativo, activo y no directivo que todo orientador hace para facilitar la consecución de los objetivos de aprendizaje deseados o planificados por el orientado mediando un proceso evaluable de cambio²⁵.

Así pues, el aprendizaje estratégico, se puede definir como las estrategias de aprendizaje conducentes a la toma de decisiones de manera consciente o inconsciente, donde el alumno elige, recupera y domina una estrategia determinada de manera coordinada, logrando aprender los conocimientos que necesita para cumplir una determinada tarea, demanda u objetivo, en función de las características de la situación educativa en que se produce la acción. No radica únicamente en ampliar el repertorio de recursos de los alumnos, sino en que reconozcan su capacidad de evocar, adaptar o crear las estrategias alternativas que atiendan las condiciones de cada situación. La experiencia señala, además, que la transmisión individual de una estrategia no tiene efectos duraderos: el niño la aplica en el momento en que le es enseñada; pero, planteada la misma tarea poco tiempo después, vuelve a desarrollarla según otras estrategias espontáneas²⁶.

Las estrategias de aprendizaje son la unidad base de análisis en el estudio. Las estrategias tienden a organizarse condicionadas por factores cuyo grado de incidencia se desconoce generando una manera peculiar de actuar de cada aprendiz sobre la construcción de su propio conocimiento. Existen tres tendencias interesadas en distintos aspectos del concepto de estilos de aprendizaje: el Learning and Study Strategies Inventory (LASSI), el Inventory of Learning Processes (ILP), el Approaches to Studying Inventory (A.S.I.)²⁷.

Las últimas investigaciones en la neurofisiología y en la psicología han dado como resultado un nuevo enfoque sobre cómo los seres humanos aprendemos: no existe una sola forma de

aprender, cada persona tiene una forma o estilo particular de establecer relación con el mundo y por lo tanto para aprender. Con respecto a este enfoque, se han desarrollado distintos modelos que aproximan una clasificación de estas distintas formas de aprender.

El término “estilo de aprendizaje” se refiere al hecho de que cada persona utiliza su propio método o estrategias para aprender. Aunque las estrategias varían según lo que se quiera aprender, cada uno tiende a desarrollar ciertas preferencias o tendencias globales, tendencias que definen un estilo de aprendizaje. Son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje, es decir, tienen que ver con la forma en que los estudiantes estructuran los contenidos, forman y utilizan conceptos, interpretan la información, resuelven los problemas, seleccionan medios de representación (visual, auditivo, kinestésico), etc. Los rasgos afectivos se vinculan con las motivaciones y expectativas que influyen en el aprendizaje, mientras que los rasgos fisiológicos están relacionados con el género y ritmos biológicos, como puede ser el de sueño-vigilia, del estudiante²⁸.

Los distintos modelos y teorías existentes sobre estilos de aprendizaje ofrecen un marco conceptual que nos permita entender los comportamientos diarios en el aula, como se relacionan con la forma en que están aprendiendo los alumnos y el tipo de acción que puede resultar más eficaz en un momento dado. Existe una diversidad de concepciones teóricas que han abordado, explícitamente o implícitamente, los diferentes ‘estilos de aprendizaje’. Todas ellas tienen su atractivo, y en todo caso cada cual la seleccionará según qué aspecto del proceso de aprendizaje le interese. Es así que se han intentado clasificar las diferentes teorías sobre estilos de aprendizaje a partir de un criterio que distingue entre selección de la información (estilos visual, auditivo y kinestésico), procesamiento de la información (estilos lógico y holístico), y forma de empleo de la información (estilos activo, reflexivo, teórico y pragmático). Debe tenerse presente que en la práctica esos tres procesos están muy vinculados. Por ejemplo, el hecho de seleccionar la información visualmente, ello afectará la manera de organizarla o procesarla. En otras ocasiones, se ha enfatizado el tipo de inteligencia de acuerdo a la concepción de inteligencias múltiples de Gardner, y en otras se tuvo en cuenta la dominancia cerebral de acuerdo al modelo Herrmann (cuadrantes cortical izquierdo y derecho, y límbico izquierdo y derecho).

Otro modelo es el de Felder y Silverman, que podríamos calificar como el modelo de las cuatro categorías bipolares, considera cuatro categorías donde cada una se extiende entre dos polos opuestos: activo/reflexivo, sensorial/intuitivo, visual/verbal y secuencial/global.

Existen otros modelos de estilos de aprendizaje que no serán desarrollados en la presente.

- Según el hemisferio cerebral: Lógico Holístico
- Según el cuadrante cerebral (Herrmann): Cortical izquierdo Límico izquierdo Límico derecho Cortical derecho
- Según el sistema de representación: Visual Auditivo Kinestésico
- Según el modo de procesar la información (Kolb): Activo Reflexivo Pragmático Teórico
- Según la categoría bipolar (Felder y Silverman): Activo/reflexivo Sensorial/intuitivo Visual/verbal Secuencial/global
- Según el tipo de inteligencia (Gardner): Lógico-matemático Lingüístico-verbal Corporal-kinestésico Espacial, Musical Interpersonal Intrapersonal Naturalista²⁹.

La aplicación de las teorías sobre los estilos de aprendizaje a distintas áreas pedagógicas (objetivos pedagógicos, inteligencia emocional, etc.) aportan una guía metodológica para la mejora de la calidad de la educación centrada en las fortalezas y debilidades de las competencias docentes y discentes.

Kolb (1976) hace una representación bidimensional de los estilos y fases del aprendizaje. Las cuatro fases se denominan: Experiencia concreta, observación reflexiva, conceptualización abstracta y experimentación activa³⁰.

Un objeto de aprendizaje, es un conjunto de recursos digitales, auto contenible y reutilizable, con un propósito educativo y constituido por al menos tres componentes internos, contenido, actividades de aprendizaje y elementos de contextualización. El diseño instruccional es el proceso sistemático de traducir los principios generales de aprendizaje e instrucción en planes para materiales y aprendizaje instruccional³¹.

Aprendizaje experiencial: Se define como la generación de una teoría de acción a partir de la propia experiencia, continuamente modificada para mejorar su eficacia. Este proceso de aprendizaje requiere:

Definir una acción basada en una teoría causa – efecto.

Evaluar o juzgar el resultado o consecuencia de dicha acción.

Reflexionar sobre el grado de efectividad de las acciones y reformular la teoría causa – efecto.

Implementar acciones con base en la reformulación. Con ello decimos que los estilos de aprendizaje se dividen en cuatro grupos:

1. HACER (activo)
2. REFLEXIONAR (reflexivo)
3. ABSTRAER (teórico)
4. DECIDIR (pragmático).

El aprendizaje experiencial es un cambio adaptativo a las características del entorno en la teoría del aprendizaje, es el aprendizaje cognitivo el que recibe la principal atención. El aprendizaje cognitivo se refiere a la interpretación y procesamiento de la información. Se relaciona con dar sentido a las cosas, lo cual implica seleccionar, interpretar y enmarcar información. Es un proceso por el cual los individuos desarrollan mapas cognitivos de su entorno. Se da sentido al entorno reconociendo los eventos que no encajan con la propia experiencia, internalizándolos y codificándolos tomando como base el propio marco de referencia. El aprendizaje experiencial se basa en la asunción de que el conocimiento se crea a través de la transformación provocada por la experiencia. La experiencia concreta es trasladada a una conceptualización abstracta la cual es testada activamente a través de nuevas experiencias³².

El modelo de aprendizaje experiencial proporciona a los diseñadores y facilitadores de cursos un instrumento útil de planificación para preparar actividades de aprendizaje eficaces. Por ejemplo, se puede comenzar con una experiencia: leer un estudio de casos prácticos, observar una demostración, escuchar una conferencia o realizar una actividad. Luego puede incitar a los participantes a una actividad de reflexión basada en la experiencia. Se pide a los participantes que anoten lo que observaron, lo que vieron o tal vez, la forma en que se sintieron. Luego puede hacer que elaboren generalizaciones o conclusiones sobre la experiencia, cómo deben o no deben funcionar las cosas, qué principio importante está funcionando aquí, por qué son importantes estos temas y otros no. Finalmente, concluye el ciclo de aprendizaje pidiendo a los participantes que apliquen esta información. En la actividad de aplicación se pregunta: "Ahora que han tenido esta experiencia, tuvieron la oportunidad de pensar en ella y de sacar conclusiones, cómo van a usar estos nuevos conocimientos, estas nuevas habilidades y aplicarlos en circunstancias relacionadas con la vida³³.

Ahora bien, la aplicación del ciclo experiencial enfocado a la población obstétrica, pretende lograr un óptimo aprendizaje mediante una experiencia vivida en este caso el embarazo. Permitiendo con esto el auto cuidado de la salud.

En la sociedad del conocimiento, la competitividad de los países depende, en buena medida, de la fortaleza de sus sistemas educativos y de su capacidad de generar y aplicar nuevos conocimientos. México debe hacer de la educación, la ciencia y la tecnología los puntales de su desarrollo. En ellas está la solución de los más acuciantes problemas nacionales; de ellas depende el incremento de la calidad de vida de la población. Dicho esto, entendemos que la educación es fundamental en las instituciones de salud, principalmente en aquellas que otorgan atención de primer nivel, por lo que se requiere determinar antes que nada el estilo de aprendizaje de la población, de acuerdo al modelo de Kolb³⁴.

Para determinar los estilos de aprendizaje se ha utilizado el CHAEA (Cuestionario Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje), el cual es una adaptación española del Learning Style Inventory (LASSI). La fiabilidad/validez de este cuestionario ha sido demostrado en la investigación realizada con una muestra de 1371 alumnos de 25 Facultades de las Universidades Autónomas y Politécnica de Madrid (Alonso, C.Mª,1994). Está basado en los cuatro estilos de aprendizaje de Kolb que a su vez responden a las cuatro fases de un proceso cíclico de aprendizaje: Activo, reflexivo, teórico y pragmático.

Este cuestionario ha sido diseñado para identificar el estilo de aprendizaje, no es un test de inteligencia, ni de personalidad, no tiene un límite de tiempo para contestar al Cuestionario y consta de 80 reactivos, de los cuales 20 es para el dominio activo, 20 para los reflexivos, 20 para teóricos y 20 reactivos con predominio aprendizaje pragmático³⁵.

Para hablar de estilos de aprendizaje, enseñar o evaluar, es importante conocer los estilos de vida que arraigan en los impulsos básicos y fundamentales del ser humano, impulsos que influyen en las decisiones y compromisos, en la concepción de la vida y en las preferencias económicas. Las preferencias arraigan en los impulsos e inclinaciones básicas del ser humano, fruto de la interacción entre componentes genéticos, neurológicos, psicológicos y el medio socio cultural³⁶.

La relación del estilo de vida, con la salud, con educación es un tema que requiere atención. Los conceptos de estilo de vida manejan estudios ligado a la idea de que correspondía a unos comportamientos voluntarios individuales. Sin embargo, en estudios más recientes ya se presta mucha atención a la posibilidad de alterar los sistemas sociales en que la persona participa, aunque siempre se mencione en el contexto sociocultural como marco de adquisición de los hábitos, es decir la educación de la gente, el mismo que es un proceso

sociocultural. Los hábitos personales son discretos y modificables que las personas pueden decidir voluntariamente la alteración o modificación de estas conductas³⁷.

Para determinar el estilo de vida de los individuos se aplica el cuestionario de autoevaluación de estilos de vida "FANTASTICO", el cual evalúa 10 campos: familia y amigos, actividad física, nutrición, tabaco, alcohol, sueño y estrés, tipos de personalidad, introspección, conducción trabajo, otras drogas. Consta de 28 reactivos tipo Likert³⁸.

La valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo. La promoción de salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidad y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. Es un concepto positivo e integral que no se preocupa por una enfermedad específica, sino por ganar en salud independientemente de que se esté sano³⁹.

No se han encontrado artículos con la aplicación del test Honey-Alonso en pacientes embarazadas, sin embargo de acuerdo a Borracci y col, realizaron un estudio prospectivo a tres grupos de estudiantes de medicina para determinar su estilo de aprendizaje y compararlo con su desempeño académico, se determinó en los estudiantes un estilo teórico reflexivo, sin lograrse demostrar una relación con el desempeño académico de alguna materia en especial⁴⁰.

Treviño y col, en el 2009 aplicaron el test de vida fantástica a pacientes sanos para relacionar estilos de vida y los factores de riesgo cardiovascular, encontrando asociación entre enfermedad cardiovascular y mayor número de factores de riesgo en el estilo de vida⁴¹.

En el 2008, Sánchez y Col, realizaron un estudio transversal donde se realizó una estrategia educativa aportando elementos mediante un taller a 98 embarazadas y lograr un aprendizaje sobre cómo detectar signos y síntomas de alarma durante el embarazo e inicio de trabajo de parto, teniendo resultados satisfactorios con nacimientos a término y pesos adecuados del RN⁴².

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

VII. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de los grandes avances de la medicina, se siguen presentando muertes por causas obstétricas. Hay factores que pueden disminuir el riesgo de complicaciones y muertes maternas. Muchas de las complicaciones son prevenibles sin embargo existen fallas en el reconocimiento y poca experiencia en el manejo de la paciente embarazada así mismo hay poco apego por parte del personal médico en la orientación y educación de la embarazada. La educación es una herramienta considerada importante para el auto cuidado de la salud. A pesar de que se han descritos varias estrategias de educación, no siempre se obtiene el resultado esperado; por ello fue necesario evaluar el impacto sobre la población de una estrategia que lograra modificar la resolución de un embarazo. La morbi-mortalidad materno-fetal está vinculada a la vía de interrupción del embarazo. La cesárea es de mayores riesgos y complicaciones médico-quirúrgicas que el evento obstétrico fisiológico.

En la actualidad, se presentan 2.1 millones de embarazos cada año, alrededor de 300 mil tienen complicaciones obstétricas. El impacto que estas complicaciones obstétricas siguen teniendo en el país es enorme ya que 30,000 mujeres quedan con secuelas obstétricas que las convierten en discapacitadas, falleciendo anualmente, 1,100 mujeres lo que provoca una secuela social de 3,000 huérfanos cada año.

No se cuentan con cifras exactas de morbilidad en la UMF, sin embargo se sabe que dentro de las causas de morbilidad se encuentran la preclampsia, infección de vías urinarias y cervico-vaginitis; todas ellas prevenibles en un primer nivel de atención.

Ahora bien de acuerdo a la integración de programas dirigido a la mujer embarazada en la UMF No. 80, en el 2011 se manejó un total de 1676 embarazadas. Dicha población a cargo de trabajo social, dio orientación sobre temas relevantes en el embarazo como lo son: control prenatal, riesgo reproductivo, planificación familiar, alimentación, parto, puerperio y cuidados del recién nacido, lactancia materna. Todos ellos otorgados únicamente dos sesiones de 40 minutos, sin otorgar una evaluación previa y una final que nos oriente que impacto tuvo en la paciente. Así mismo se desconoce resolución de su embarazo de dichas pacientes.

En el 2008 en el HGR No. 1 GO de Morelia Mich., de acuerdo al reporte de productividad en el departamento de salud reproductiva un total de 6385 cesáreas contra 5099 partos. Así mismo en el 2011, de Enero a Agosto se reporta un panorama general un total de 1478

partos y 1732 cesáreas. En el HGZ No. 8 de Uruapan Mich. Partos: 714 cesáreas 791. HGZ No. 4 de Zamora Mich., partos: 698 cesáreas 870. HGR No. 12 partos 406 cesáreas 585. HGSZ No. 7 de La Piedad Mich. Partos: 175 cesáreas 365. HGSZ No. 17 partos 218, cesáreas 217. HGSZ No. 9 Partos 88 cesáreas: 96.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es el impacto de una estrategia educativa aplicada por el investigador en el control prenatal y su morbilidad perinatal?

VIII. JUSTIFICACIÓN

VIII. JUSTIFICACIÓN

Este estudio, nos permitió influir en salud reproductiva de la paciente obstétrica durante su control prenatal, representó la oportunidad para el médico familiar de concientizar a las pacientes respecto a riesgos y complicaciones durante el embarazo, mismas complicaciones que repercutir en la vía de resolución del embarazo, influir de manera directa para frenar una cesárea innecesaria, la cual será indiscutiblemente el inicio de un riesgo reproductivo en su subsecuente embarazo, así como conocer a profundidad los riesgos inherentes a la resolución del embarazo por parto o cesárea. Mejora de la participación del médico familiar, en el control prenatal y aconsejaría en las pacientes con riesgo reproductivo y con ello optimizar la resolución del embarazo.

Así mismo nos permite conocer realidades actuales en morbilidad materno-infantil, implicaciones medico legales, conocimiento de la población en riesgo reproductivo, establecer nuevas estrategias y acciones en el control prenatal para el adecuado manejo de pacientes con riesgo. Favorece los resultados en la aceptación de la planificación familiar.

Tiene trascendencia social al incluir actividades y acciones que inciden directamente sobre los índices demográficos de natalidad, cesárea y sobre todo disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil.

A nivel institucional, es relevante ya que un embarazo complicado trae repercusiones económicas, tales como mayores gastos en materiales, equipo, insumos personal médico, tanto gineco-obstetras, como de otras especialidades, enfermeras servicios básicos, ambulancia para traslados etc. Gastos costo día-hospital por mayor estancia hospitalaria y cuando las estancias son prolongadas los gastos se multiplican, se satura el hospital, terapia intensiva, UCIN, salas de quirófano insuficientes. Todo lo anterior traducido a costos representa una verdadera catástrofe económica para cualquier país.

IX.HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.

IX. HIPÓTESIS

Una estrategia educativa dirigida a la paciente obstétrica adaptada a su estilo de aprendizaje y estilo de vida, tiene impacto en el control prenatal y la morbilidad perinatal, en pacientes adscritos a la UMF No.80.

OBJETIVOS

Objetivo General

1. - Evaluar el impacto de una estrategia educativa dirigida a la mujer embarazada en el control prenatal y su morbilidad perinatal.

Objetivos Específicos

- 1.- Evaluar el impacto de la estrategia educativa dirigida a la mujer embarazada en el nivel de conocimientos.
- 2.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la identificación de datos de alarma obstétrica por parte de la paciente.
- 4.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la forma de resolución del embarazo.
- 3.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la aceptación de metodología anticonceptiva.
- 4.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la aceptación de lactancia materna.
- 5.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la disminución de complicaciones maternas.
- 6.- Evaluar el impacto de una estrategia educativa en la disminución de complicaciones del neonato.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

X. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Población de estudio: pacientes femeninas adscritas a la UMF 80 ambos turnos con diagnóstico de embarazo en primer trimestre capturadas en los meses de Febrero a Mayo 2012.
2. Lugar de estudio: UMF 80 Morelia Michoacán para manejo y seguimiento de pacientes, HGR no. 1 servicio Gineco-Obstetricia Morelia Michoacán para recopilación de datos en resolución de embarazo del grupo de pacientes en estudio.
3. Diseño del estudio:
 - Tipo de diseño: Cuasiexperimental

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1. Criterios de inclusión:
 - mujeres obstétricas.
 - Primer trimestre de embarazo
 - Acuden a primera consulta de control prenatal
 - Adscritas a la UMF 80
 - Ambos turnos.
 - En los meses de Febrero a Mayo 2012
 - Sin control por el modulo AML.(atención materno infantil)
 -
2. Criterios de no inclusión:
 - Mujeres no embarazadas
 - Embarazo mayor de 13 semanas
 - Contaban con más de una consulta prenatal por parte de la unidad.
 - Mujeres no adscritas a la UMF 80
 - Acudieron en los meses posteriores al ya establecido (Febrero- Mayo).
 - Integradas al módulo AML.
3. Criterios de exclusión:
 - Todas aquellas mujeres que no cumplieron el 80% de asistencia a las pláticas establecidas en el temario anexo

VARIABLES:

- Variables independientes:
Estrategia educativa

- Variable dependiente:
Estilos de aprendizaje
Estilos de vida
Desenlace obstétrico (parto, cesárea)
Complicaciones en el embarazo
Anticoncepción
Lactancia materna.

OPERAZIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Variable	Definición de variable	Escala de medición	Tipo de variable	Puntos de cohorte
Estrategia Educativa	Son todas aquellas ayudas planteadas por el docente que se proporcionan al estudiante para facilitar un procesamiento más profundo de la información. A saber, todos aquellos procedimientos o recursos utilizados por quien enseña para promover aprendizajes significativos. Estrategia de ciclo experiencial de KOB: Se basa en la asunción de que el conocimiento se crea a través de la transformación provocada por la experiencia. La experiencia concreta es trasladada a una conceptualización abstracta la cual es testada activamente a través de nuevas experiencias	Instrumento de evaluación. cuestionario de conocimientos pre y post que incluyen los siguientes dominios: 1.- Control prenatal 2.-Riesgos y complicaciones del embarazo. -primera mitad del embarazo. - segunda mitad del embarazo 3.-Parto, cesárea y puerperio 4.- Planificación familiar 5.-Seno materno y cuidados del RN.	Cualitativa	Escalar

VARIABLES DEPENDIENTES:

Variable	Definición de variable	Escala de Medición	Tipo de variable	Punto de cohorte
Estilos de aprendizaje	Los estilos de aprendizaje son los rasgos cognitivos, afectivos y fisiológicos que sirven como indicadores relativamente estables, de cómo los alumnos perciben interacciones y responden a sus ambientes de aprendizaje.	Cuestionario de Honey-Alonso de estilos de aprendizaje	Cualitativa	
Estilos de vida.	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal.	Test de evaluación sobre estilos de vida FANTÁSTICO	Cualitativa.	
Desenlace obstétrico.	Final del acontecimiento del embarazo este puede ser cesárea o parto: Cesárea: Intervención quirúrgica que tiene por objetivo extraer al feto, vivo o muerto a través de laparotomía e incisión de la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas. Parto: Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término.	Cesárea: cesárea primaria (1) cesárea iterativa(2) cesárea urgencia (3) cesárea electiva.(4) Parto: Eutócico. (5) Distócico. (6)	Cualitativo	Escalar.

Complicaciones	Condiciones o procesos patológicos que surgen a lo largo del embarazo. Amenaza aborto: Sintomatología que indica que existe la posibilidad de aborto. Aborto se define como la pérdida del producto de la gestación antes de las 20 semanas de gestación o menor de 500mg de peso. Hiperémesis gravídica presencia de náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, sin causa orgánica, Infección vías urinarias en embarazo: presencia de patología en vías urinarias ya sea sintomática o asintomática durante el embarazo Cervicovaginitis: es la presencia de infección en región cervicovaginal en el embarazo. Desprendimiento prematuro de placenta: Separación de la placenta desde un sitio de implantación normal antes del nacimiento del feto. Placenta previa cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior y en ocasiones cubre parcial o totalmente al orificio cervical interno. Ruptura prematura de membranas: Es una ruptura de las membranas antes de que se inicie el trabajo de parto antes de las 37 semanas de gestación Hipertensión en el embarazo: Alteración de la presión arterial que surge debido a la presencia del embarazo Diabetes en embarazo: Es aquel tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo.	Aborto. (1). Hiperémesis gravídica (2) Infección vías urinarias (3) Cervicovaginitis (4) Placenta previa (5) Desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (6) Ruptura prematura de membranas (7) Hipertensión en el embarazo(8) Diabetes gestacional.(9)	Cualitativa	Escalar
----------------	---	--	-------------	---------

Anticoncepción	Es la regulación voluntaria del número de embarazos mediante el uso de distintos métodos,	Temporales. Hormonal oral: combinado, progestina sola. Hormonal inyectado: combinado, progestina sola. Hormonal subdérmico Parches. Dispositivo con hormonal. Definitivos: OTB Vasectomía	Cualitativas	Escalar
Lactancia materna.	Alimentación mediante la leche materna. La forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludable mediante el seno materno.	Inicio de lactancia Termino de lactancia.	Cualitativa	Nominal

TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico por conveniencia, respetando los criterios de selección, el anonimato y la confidencialidad de todos los pacientes que quisieron participar.

CÁLCULO DE LA MUESTRA.

TAMAÑO DE MUESTRA PARA POBLACION FINITA.

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2} \quad (*)$$

N es el tamaño de la muestra a obtener

N población finita o número de casos

E error de estimación que está en condiciones de aceptar

Para el caso que nos importa el total de derechohabientes embarazadas según censo de población adscrita atendidas de Febrero a Mayo 2012 de primera vez en la UMF No. 80 es de N= 4589 pacientes.

El error que estamos dispuestos a tolerar es de 11% (0.11) en error de muestreo entre entrevistar a los 4589 derechohabientes y el tamaño que arroje la fórmula de cálculo.

Sustituyendo en la fórmula * queda:

$$n = \frac{4589}{1 + 4589(0.11)^2}$$

$$n = \frac{4589}{1 + 4589(0.0121)}$$

$$n = \frac{4589}{1 + 55.5269}$$

$$n = 81.1825$$

$$n = 81$$

DESCRIPCIÓN OPERATIVA DEL ESTUDIO.

La captura de pacientes se realizó en un periodo comprendido del 01 Febrero 2012 a 30 Mayo 2012. A las pacientes que reunieron los criterios de selección y aceptaron participar en el estudio se les informó ampliamente de los beneficios que recibirían con su participación así como la libertad de abandonar el estudio sin que se afectaran sus servicios médicos recibidos del IMSS, una vez aceptado se les otorgó el consentimiento informado el cual firmaron como autorización (Anexo 1).

Fueron incluidas 85 pacientes distribuidas en tres grupos: GI (experimental) con 29 pacientes capturadas de la consulta de medicina familiar, GII (control) 28 pacientes capturadas del grupo que reúne trabajo social para consejería y GIII (referencia) con 28 pacientes, capturadas en G.O., que se presentaron como pacientes espontaneas en dicho servicio, sin control prenatal, ni pertenecientes a ningún grupo de consejería.

I. Ficha de identificación

A su ingreso fue requisitada la ficha de identificación para los tres grupos (Anexo2).

Al grupo referencia y al grupo control, se le otorgó un número de teléfono para avisar al momento de la resolución del embarazo ya que estos dos grupos se separaron para un posterior momento y no recibieron ningún tipo de pre o pos evaluación, tampoco se les dio consejería o seguimiento durante su embarazo por parte de los miembros de este estudio, solo se les pidió asistir a su control prenatal de rutina con su médico familiar.

II. Instrumentos de evaluación

Al grupo experimental, se les aplicó tres instrumentos de evaluación. En base al resultado de estos instrumentos, se elaboró una estrategia educativa, la cual se impartió únicamente al grupo experimental durante su embarazo.

Los instrumentos aplicados son los siguientes:

1. Estilos de vida. Test FANTASTICO.
2. Estilos de aprendizaje. Test Honey-Alonso
3. Cuestionario estrategia educativa. (pre y post evaluación).

III. Identificación del estilo de vida.

La identificación del estilo de vida se realizó con el cuestionario de vida FANTASTICA (Anexo 3).

La consistencia interna del instrumento fue validada por medio de α de Cronbach y se reconfirmó por el método de mitades.

IV. Identificación del estilo de aprendizaje.

Se aplicó el cuestionario Honey Alonso, se analizaron los resultados y de acuerdo a ello se diseñó la estrategia educativa. (Anexo 4).

V. Diseño de la estrategia educativa.

Se diseñó mediante el método instrucciones ASSURE. Se incluyeron 5 temas de control prenatal, cada uno con sus respectivos subtemas como son: Control prenatal y riesgo obstétrico, riesgos y complicaciones del embarazo, parto, cesárea y puerperio, planificación familiar, seno materno y cuidados del recién nacido. (Anexo 5).

Se realizó una carta descriptiva en la que se describe el contenido temático, objetivo, material de apoyo y la técnica de aprendizaje utilizada. (Anexo 6)

Se programaron 10 sesiones en aula, impartándose cada 25 días. A cada participante se le otorgó un cronograma de actividades, la cual establecía fecha, hora y lugar, así como el tema a tratar. (Anexo 7)

VI. Diseño del instrumento de evaluación.

El cuestionario para la evaluación de conocimientos se elaboró con base en el método EXHCOBA. Se formularon 34 reactivos con tres opciones de respuesta (sí, no, no sé) que evaluaron los siguientes dominios: control prenatal (7 reactivos), complicaciones primera mitad del embarazo (5 reactivos), complicaciones segunda mitad del embarazo (5 reactivos), parto, cesárea y puerperio (6 reactivos), lactancia y cuidados del recién nacido (6 reactivos), métodos de planificación familiar (5 reactivos). Dichos reactivos con opciones de respuesta falso, verdadero y no sé.

La validación del instrumento se evaluó por medio de la fórmula KR-20⁴³.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K p_i q_i}{\sigma_X^2} \right]$$

K=Número de reactivos

p=Probabilidad de asertividad

q=Probabilidad de no aciertos

σ_X^2 =Varianza de las respuestas correctas.

Las respuestas se evaluaron de acuerdo a la siguiente puntuación: por cada tres acertadas se sumó un punto, por cada respuesta incorrecta se restó un punto, y por cada respuesta no sé, ni se sumó ni se restó. (Anexo 8).

VIII. Resolución del embarazo de los tres grupos.

El impacto en el desenlace obstétrico se evaluó en los tres grupos (GI, GII, GIII) mediante la forma de terminación del embarazo y las posibles complicaciones, así como la aceptación de método de planificación familiar, las condiciones del recién nacido. La lactancia materna se evaluó mediante el número de pacientes que aceptaron otorgar el seno materno exclusivo.

Se le dio seguimiento al embarazo hasta su resolución en el servicio de Gineco-obstetricia de esta unidad, recopilando los datos de interés, tales como tipo de evento obstétrico, complicaciones durante la intervención, aceptación de metodología anticonceptiva, condiciones del producto, y lactancia materna, entre otros. (Anexo 9)

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los datos se presentan como media $\pm$ DE, para variables continuas.

Las variables discretas se presentan como frecuencias y porcentajes.

El instrumento de evaluación se validó con el coeficiente α de Cronbach.

El impacto de la estrategia educativa se evaluó mediante T de Student o Chi cuadrada de acuerdo a la variable.

Para la asociación de variables categóricas entre los grupos se utilizó Chi cuadrada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este proyecto está diseñado de acuerdo a los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos estipulados en la Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial así como en el reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la Salud en México. Reúne las disposiciones comunes de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos es una investigación con riesgo menor que el mínimo, en el cual las pacientes deberán firmar carta de consentimiento informado. La cual está basada en la carta formato de la coordinación de investigación en salud del IMSS. Éste protocolo se realizó con la aprobación previa por el comité local de ética e investigación y previo consentimiento informado por parte del paciente.

XI. RESULTADOS.

XI. RESULTADOS

Se incluyeron 85 pacientes de las cuales, se excluyeron 3 (2 pertenecientes al grupo experimental y 1 perteneciente al grupo de referencia) ya que no se presentaron a las citas acordadas.

Las 27 pacientes del grupo experimental cumplieron 100% de asistencia a las sesiones programadas. El grupo control y de referencia, cumplieron 100% con la única cita acordada en la resolución del embarazo para la recopilación de datos.

De acuerdo a las características generales de las embarazadas, los tres grupos se presentaron de manera homogénea de acuerdo a edades, así como en el número de gestas y el riesgo obstétrico. Respecto a la edad gestacional al momento de la captura, en grupo experimental y grupo control, presentaron una media de 9.86 ± 2.006 y 9.64 ± 2.360 respectivamente, denotando con ello los datos de inclusión, a diferencia del grupo de referencia, que presentó una media de 38.11 ± 2.006 , esto debido al momento de la captura de las pacientes pertenecientes a este grupo, el cual fue de manera espontánea al final del embarazo. Así mismo se denota que el grupo experimental tuvo menor riesgo reproductivo (2.59 ± 2.822), comparado con el grupo control (5.46 ± 4.686) y el de referencia (5.33 ± 4.438). (Cuadro I).

Cuadro I. Características generales de los tres grupos de embarazadas.

Características generales.	Grupo Experimental	Grupo Control	Grupo Referencia
	$\bar{X} \pm \sigma$	$\bar{X} \pm \sigma$	$\bar{X} \pm \sigma$
Edad	25.67 ± 4.682	28.82 ± 7.549	29.81 ± 5.831
Núm. Gestas	$1.67 \pm .832$	$2.18 \pm .863$	$2.22 \pm .847$
Edad gestacional al momento de captura.	9.89 ± 2.006	9.64 ± 2.360	38.11 ± 2.006
Riesgo obstétrico	2.59 ± 2.822	5.46 ± 4.686	5.33 ± 4.438

Para el grupo experimental, predominó el rango de edad de 21 a 25 años con 10 integrantes, para el grupo control y de referencia lo fue de 31 a 35 años con 8 integrantes. Con respecto a extremos de la vida, las edades cortas de 17 a 20 años fue encabezada por el grupo control, con 7 integrantes, las mujeres añosas de 36 a 42 años en mayor en el grupo control, siguiéndole el grupo de referencia, a diferencia del grupo experimental donde no hay integrantes en ese grupo de edad (Cuadro II).

Cuadro II. Edad de las pacientes por grupo de inclusión.

Rangos de edad (en años)	Grupo Experimental	Grupo Control	Grupo de Referencia
17-20	3	7	1
21-25	10	3	8
26-30	8	5	6
31-35	6	8	8
36-42	0	5	4
%	32.9	34.1	32.9
TOTAL	27	28	27

En relación al grado de escolaridad el mayor porcentaje en el grupo experimental y grupo control es para nivel secundaria, con 10(12.2%) y 11(13.41%) respectivamente, en el grupo de referencia fue para nivel preparatoria 11(13.41%); Así pues el grado más bajo de escolaridad para el grupo experimental fue la secundaria 10(12.2%) y el más alto para maestría con 1(1.22%), a diferencia del grupo control y el grupo de referencia donde el nivel más bajo de escolaridad fue primaria con 2(2.44%) y 4(4.88%) respectivamente y el más alto de licenciatura con 6(7.32%) y 5(6.2%) respectivamente (Fig.1).

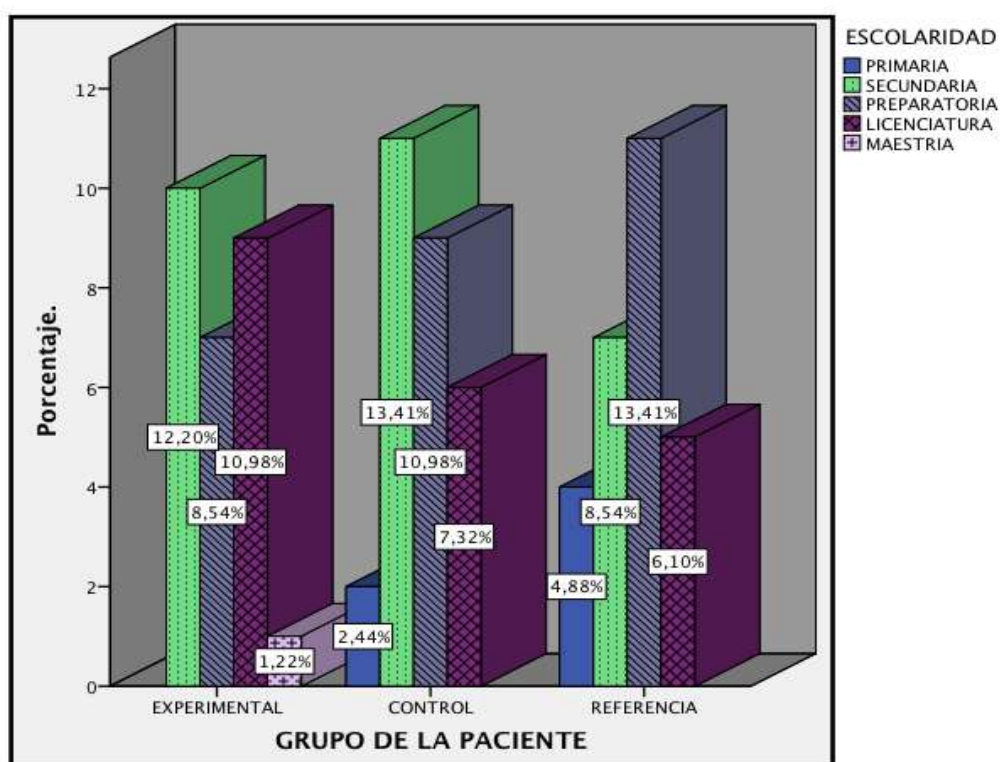


Figura 1. Nivel de escolaridad de acuerdo al grupo de inclusión

El mayor porcentaje de mujeres que laboran se encontró en el grupo experimental, con 66.6% de empleadas, a diferencia del grupo de referencia, donde las amas de casa presentaron el porcentaje más alto con 55.5%. Los tres grupos (GI, GII, GIII) presentan similitud con respecto al estado civil, ya que sus mayores porcentajes fueron para las mujeres casadas con respecto al estado soltera, unión libre y divorciada: grupo experimental 62.9%, GII 75% y grupo de referencia 74%. (Cuadro III).

Cuadro III. Número de pacientes en relación a ocupación y estado civil.

GRUPO PACIENTE	OCUPACION (%/ No. Pac.)				EDO. CIVIL (%/ No. Pac.)		
	Ama casa	Empleada	Estudiante	Soltera	Casada	U. libre	Divorciada
G. Experimental	7(25.9%)	18(66.6%)	2(7.4%)	3(11.1%)	17(62.9%)	6(22.2%)	1(3.7%)
G. Control	13(46.4%)	13(46.4%)	2(7.1%)	2(7.1%)	21(75%)	5(17.8%)	0(0%)
G. Referencia	15(55.5%)	11(40.7%)	1(3.7%)	0(0%)	20(74%)	7(25.9%)	0(0%)
	35	42	5	5	58	18	1

Respecto a sus antecedentes personales patológicos, 25(92.6%) de las pacientes del grupo experimental no tenían patología agregada, 1(3.7%) tuvo enfermedad tiroidea y 1(3.7%) cardiopatía. En el grupo control 25(89.3%) se mostró sin ninguna patología como antecedente, 1(3.6%) tenía de antecedente hipertensión arterial, 1(3.6%) algún tipo de enfermedad tiroidea y 1(3.6%) mastopatía fibroquística. En el grupo de referencia 23(85.1) se mostró sin personales patológicos, 1(3.7%) tenía hipertensión arterial, 1(3.7%) algún tipo de cardiopatía, y 2(7.4%) otro tipo de antecedentes. (Cuadro. IV)

Cuadro IV. Antecedentes personales patológicos de las embarazadas por grupos de inclusión.

Antecedentes personales patológicos		GI (No/%)		GII (No./%)		GIII (No./%)	
Patología agregada	Ninguna	25	92.6%	25	89.3%	23	85.2%
	Enfermedad tiroidea	1	3.7%	1	3.6%	0	0%
	Cardiopatía	1	3.7%	0	0%	1	3.7%
	Hipertensión arterial	0	0%	1	3.6%	1	3.7%
	Mastopatía fibroquística	0	0%	1	3.6%	0	0%
	Otras.	0	0%	0	0%	2	7.4%

En el grupo experimental, el 18.29%(15) fueron primigestas, en comparación con el grupo control y de referencia con 9.76%(8) y 8.54%(7) respectivamente. En el grupo experimental 7.32%(6) fueron secundigestas, en el grupo control 8.54%(7) al igual que en el grupo de referencia. Para las multigestas el grupo experimental lo represento un 7.32%(6), en el grupo control 15.85%(13) y grupo de referencia 15.85%(13). (Figura 2).

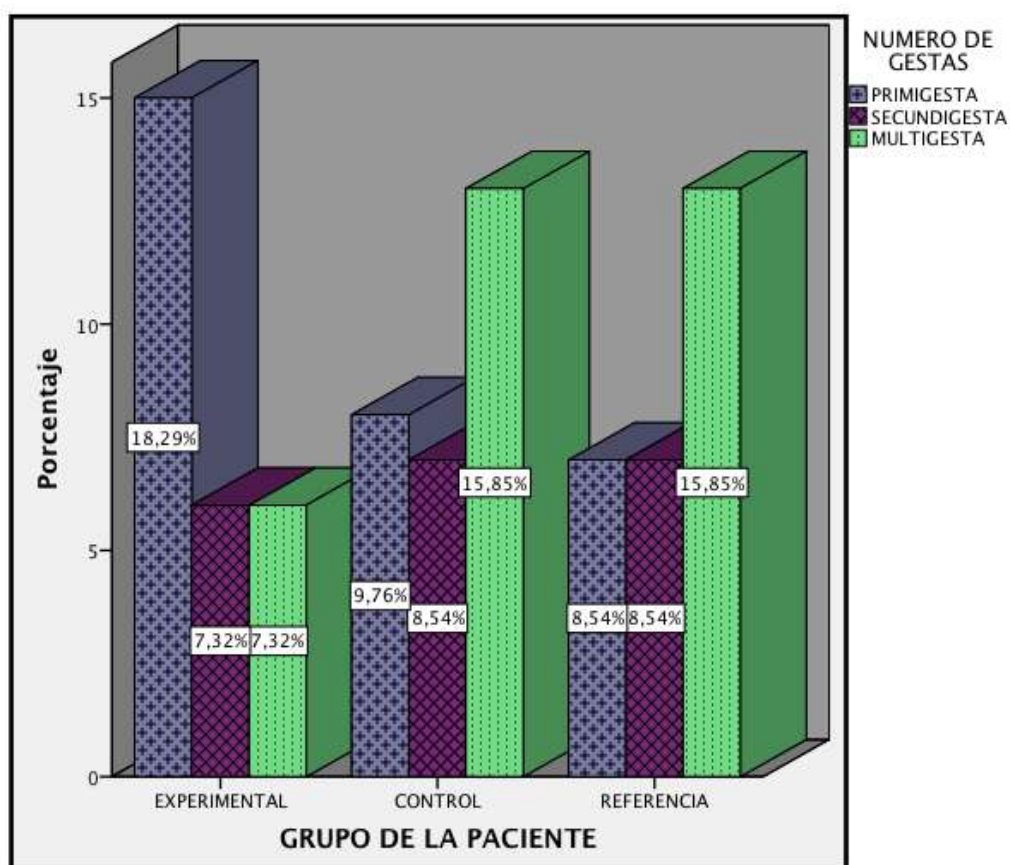


Figura 2. Antecedentes ginecológicos, en relación al número de gestas, presentado por grupos de inclusión.

El control prenatal con su médico familiar se llevó de la siguiente manera: El mayor porcentaje de control prenatal se observó en el grupo experimental con 26(31.7%), a diferencia de grupo control con 13(15.85%) y grupo de referencia con 15(15.85%), así mismo podemos ver que la mayor falta de control prenatal se presentó en el grupo control con 15(18.29%) y grupo de referencia con 14(17.07%), a diferencia del grupo experimental donde solo 1(1.22%) no tuvo control prenatal. (Figura 3).

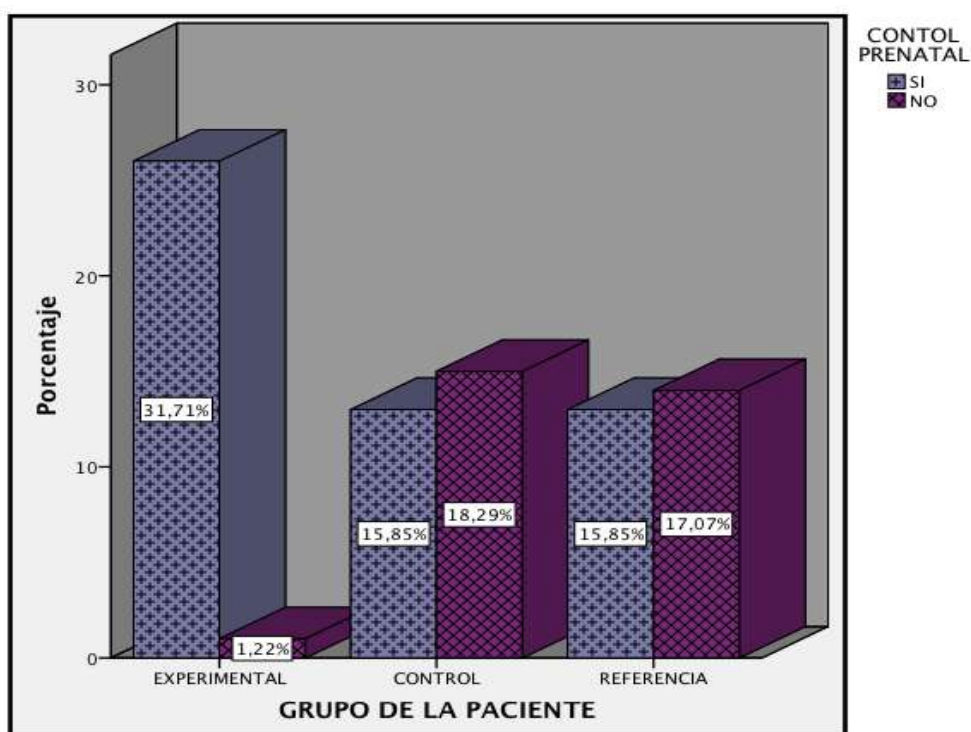


Figura 3. Control prenatal de acuerdo a número de consultas asistidas. Si (5 o más consultas asistidas) No (menos de 5 consultas).

Estilo de aprendizaje. Cuestionario Honey -Alonso

Al grupo experimental se le aplico a su ingreso el cuestionario Honey-Alonso, evaluándose la consistencia interna por medio de Alfa de Cronbach, brindándole un coeficiente de confiabilidad de 0.862, confirmándose por el método de Sperman-Brown, con 0.896 lo cual determina que el instrumento es fiable. Con el cuestionario Honey-Alonso determinamos que la población en estudio es una población teórico-reflexiva. (Cuadro V).

Cuadro V. Tabla de validación Cuestionario Honey-Alonso

Tipo de aprendizaje	Alfa de Cronbach	Coeficiente de Sperman-Brown
Activo	.513	.561
Reflexivo	.632	.712
Teórico	.735	.766
Pragmático	.683	.628
Global	.862	.896

Cuestionario de vida FANTASTICA.

La consistencia interna del instrumento evaluado por α de Cronbach obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.847 y se confirmó por el método de mitades con una puntuación global de 0.911, lo cual determina que el instrumento es fiable.

Cuestionario de conocimientos:

El coeficiente de confiabilidad de este instrumento se evaluó con la fórmula KR20 y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad de 0.7291 en la pre medición. La pos medición no se consideró necesario obtener coeficiente de confiabilidad.

Identificación de signos de alarma obstétrica.

Se utilizó Chi cuadrada para la asociación de los grupos en la identificación de signos de alarma, presentando variabilidad no natural (χ^2 de Pearson= 6.007, gr=2, sig=0.050). La razón de verosimilitud (RV= 6.527, gl=2, sig=0.038).

Con ello podemos denotar que las pacientes pertenecientes al grupo experimental lograron la identificación de signos de alarma en mayor porcentaje 23(28.05%), comparado con el grupo control 16(19.5%) y el grupo de referencia 16(19.51%). El grupo que presentó mayor número de embarazadas que no lograron identificar los datos de alarma lo fue el grupo control 12(14.6%). (fig.4)

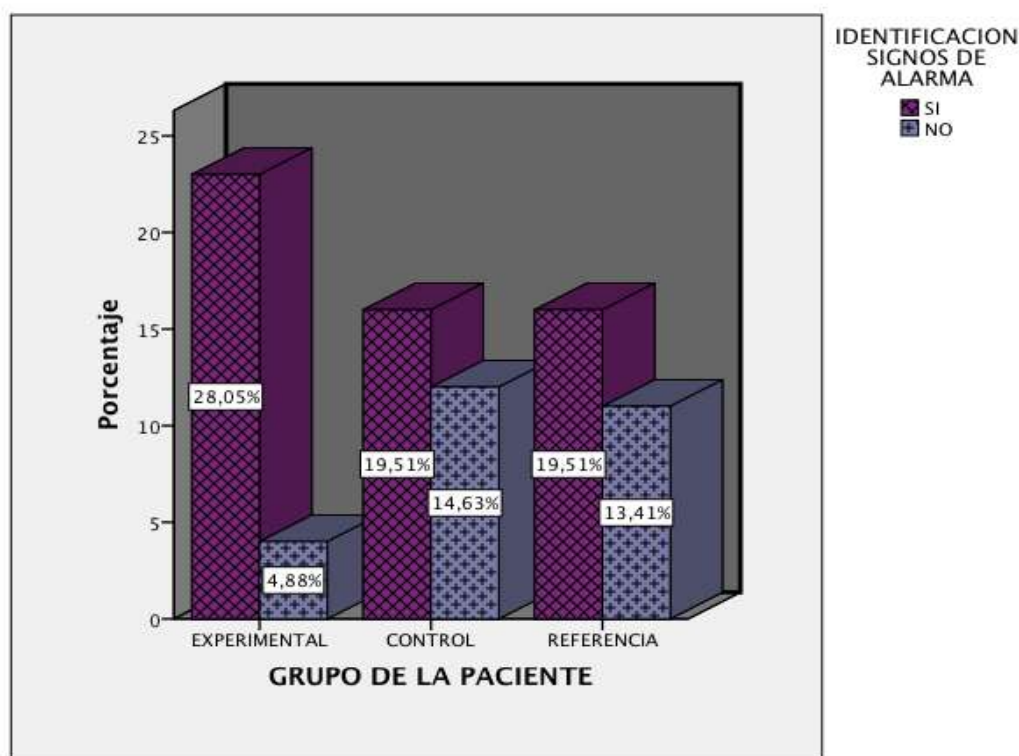


Figura 4. Impacto de la estrategia educativa en la identificación de signos y síntomas de alarma obstétricos.

Resolución embarazo

Utilizamos Chi cuadrada para contrastar o asociar dos variables categóricas, para el caso particular vemos la forma de terminación de resolución del embarazo categorizado en los

tres grupos, presentando variabilidad natural (χ^2 de Pearson=19.479, $gr=4$, $sig.=0.001$), la razón de verosimilitud ($RV=20.519$, $gl=4$, $sig.=0.000$). Con lo dicho evidenciamos puntualmente que el grupo experimental presento mayor número de partos 19(23.17%) en relación a grupo control 14(17.07%) y grupo de referencia 5(6.10%), así mismo el grupo de referencia presentó el mayor número de cesáreas 22(26.83%), siguiéndole el grupo control 12(14.63%), y el grupo experimental presento el menor número de cesáreas 8(9.76%). En el grupo control, presento 2(2.44%) de abortos, comparado con experimental y grupo de referencia donde no se presentaron 0(0%) abortos. (Fig. 5)

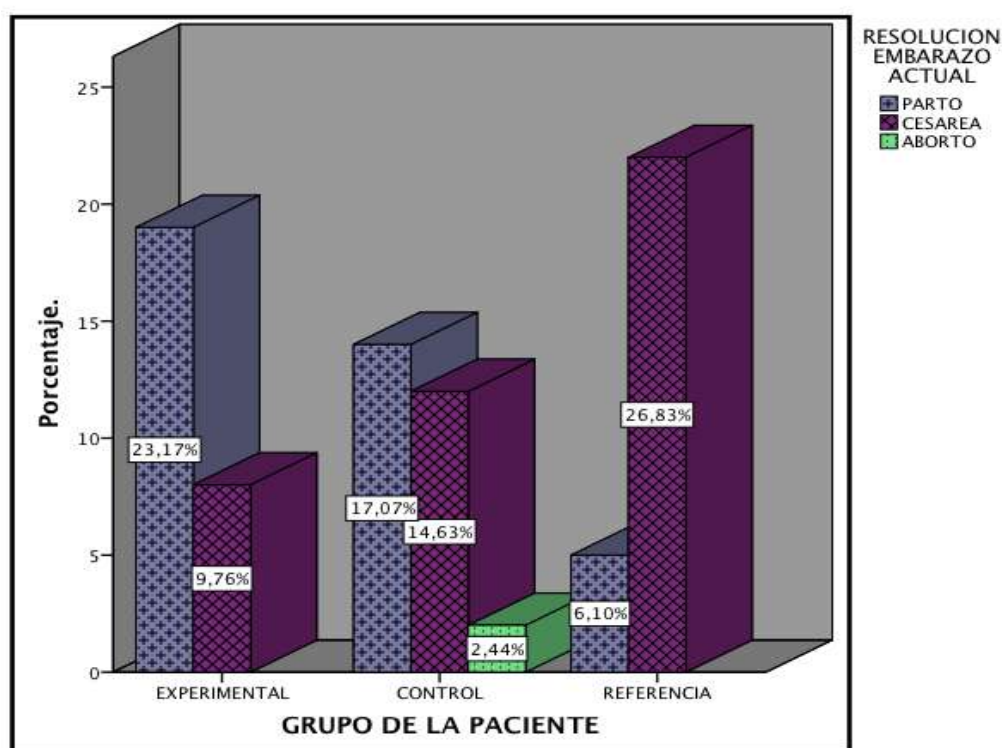


Figura 5. Impacto de la estrategia educativa en la forma de resolución del embarazo, en los tres grupos de embarazadas.

Adopción de métodos de planificación familiar

Para la asociación de adopción de métodos de planificación familiar categorizada en los tres grupos, utilizamos el estadístico Chi cuadrado. Presentó variabilidad no natural (χ^2 de Pearson=17.530, $gr=10$, $sig.=0.063$), no obstante la razón de verosimilitud que el azar no respondió ($RV= 19.192$, $gr=10$, $sig.=0.038$).

Evidenciamos que el método de planificación familiar más aceptado del grupo experimental fue el DIU aceptándolo 19(23.2%), en tanto que el grupo control 9(11%), y el grupo de referencia 11(13.41%). En el grupo control, se presentó el mayor número de pacientes que no aceptaron ningún método de planificación familiar 7(8.5%), seguido del grupo de referencia 3(3.7%), y por último el grupo experimental 1(1.22%), de los demás métodos se puede decir que no hubo frecuencias relevantes. (Fig. 6)

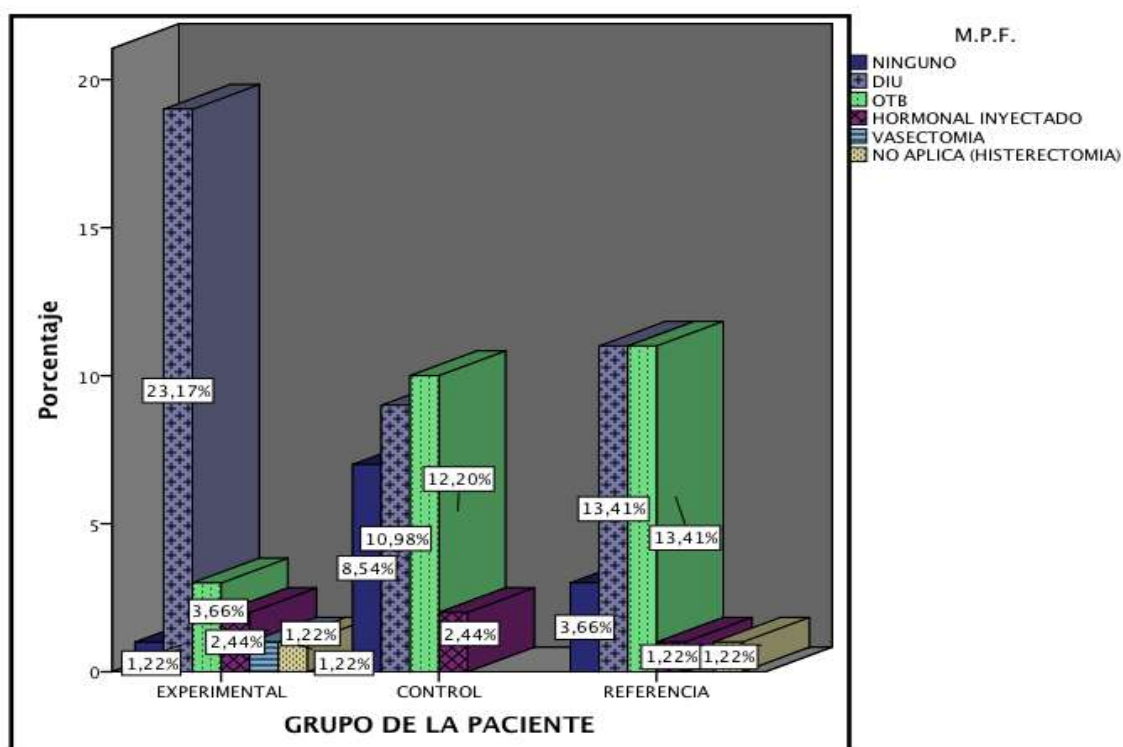


Figura 6. Impacto en la aceptación de metodología anticonceptiva, representado en los tres grupos de embarazadas de acuerdo a tipo de método anticonceptivo aceptado.

Apego a la lactancia materna

Para la variable de lactancia materna categorizada en los tres grupos de embarazadas, presentó variabilidad no natural (χ^2 de Pearson= 8.580, gr=2, sig.=0.014), y la razón de verosimilitud que el azar no responde (RV=10.688, gr=2, sig.=0.005).

El grupo experimental presentó mayor aceptación a la lactancia materna en el posparto 26(31.76%), a diferencia del grupo control 19(23.2%), y el grupo de referencia 18(22%). Así mismo evidenciamos que el grupo experimental presentó menor porcentaje de pacientes que

rechazaron la lactancia materna en el posparto 1(1.22%), el grupo control y el de referencia tuvieron igualdad de porcentajes en el rechazo de la lactancia materna 9(10.98%). (Fig.7).

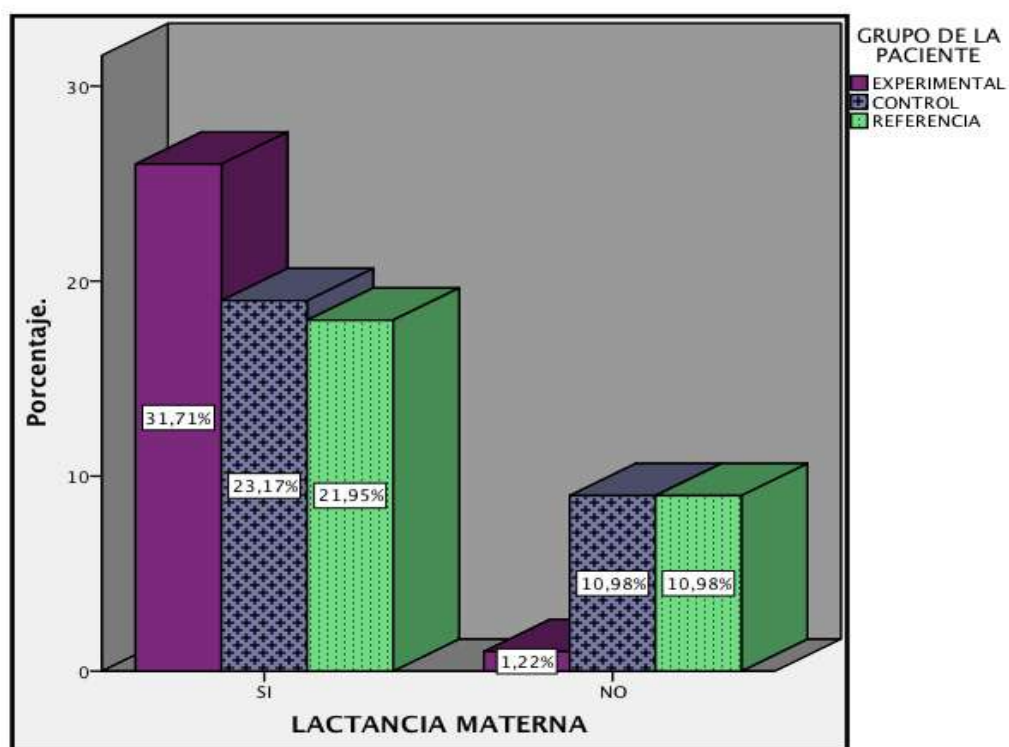


Figura 7. Impacto en la aceptación de lactancia materna en el posparto en los tres grupos de embarazadas.

Complicaciones maternas

Respecto a las complicaciones al momento de la resolución del embarazo en los tres grupos, (χ^2 de Pesaron= .592, $gr=2$, $sig.=.743$) razón de verosimilitud ($RV=.595$ $gr=2$ $sig.=.743$). Con lo anterior se denota que el grupo experimental presentó menor número de complicaciones 4(5%), respecto del grupo control 6(7.5%), y del grupo de referencia 5(6.2%). (Fig. 8)

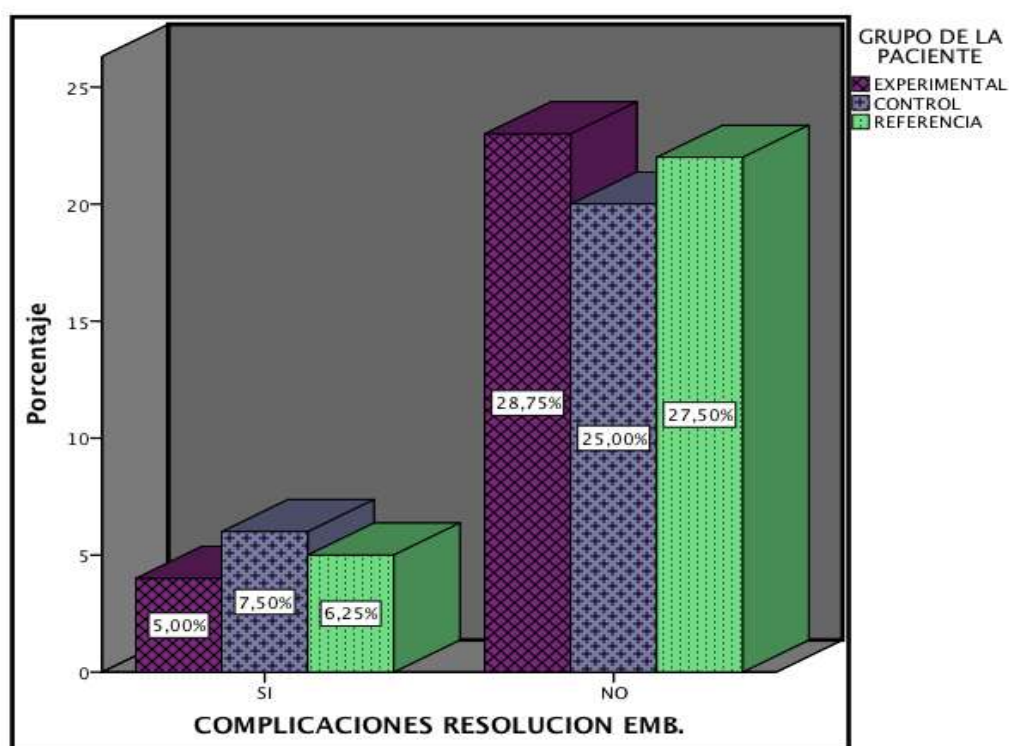


Figura 8. Comparación por grupos de embarazadas respecto a las complicaciones en el desenlace obstétrico.

En el grupo experimental se presentaron como complicación 3(20%) pacientes con ruptura prematura de membranas, las cuales se resolvieron satisfactoriamente sin complicaciones agregadas. Otra complicación presente en el grupo experimental lo fue el acretismo placentario 1(6.7%) el cual fue diagnosticado en la semana 30 de embarazo y se resolvió de manera satisfactoria con una HTA programada post-cesárea. En el grupo control como complicación de gravedad lo fue el óbito 1(6.7) sucedido en el hogar de la paciente no percatándose de uno de los principales datos de alarma como lo son la ausencia de

movimientos fetales. Una segunda complicación presente en el grupo control lo fue desgarro perianal de segundo grado 1(6.7%), dehiscencia de herida 1(6.7%), y enfermedad hipertensiva del embarazo 3(20%).

En el grupo de referencia se presentó como complicación atonía uterina 1(6.7%), concluyendo en histerectomía total abdominal, así como 3(20%) pacientes con preclamsia, requiriendo de terapia intermedia en el post-evento obstétrico, se presentó 1(6.7%) atonía uterina, la cual respondió satisfactoriamente a uterotónicos.(Cuadro VI).

Cuadro VI. Porcentajes de las principales complicaciones durante la resolución obstétrica presentes en los tres grupos.

TIPO DE COMPLICACIÓN	Grupo experimental	Grupo control	Grupo referencia
Óbito	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
Ruptura prematura de membranas	3(20%)	0(0%)	0(0%)
Acretismo placentario	1(6.7%)	0(0%)	0(0%)
Atonía uterina	0(0%)	0(0%)	1(6.7%)
Dehiscencia de herida	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
EHE/preclamsia	0(0%)	3(20%)	3(20%)
Desgarro perianal II-III grado	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
Hipotonía uterina transitoria.	0(0%)	0(0%)	1(6.7%)

Complicaciones neonatales

Respecto a las complicaciones del recién nacido, no mostró significancia estadística (χ^2 de Pearson=.377, gl=2, RV=.365). Sin embargo podemos determinar que en el grupo que presento mayor número de complicaciones fue en el grupo de referencia 7(8.75%), seguido del grupo control 5(6.25%) y, con menor número de complicaciones en el recién nacido lo presentó el grupo experimental 3(3.75%).

Las principales complicaciones de los neonatos en el grupo experimental lo fueron retraso de crecimiento intrauterino 1(6.7%), neonato potencialmente infectado 1(6.7%), correspondiente a la ruptura prematura de membranas con 10 horas de evolución; y por último prematuréz 1(6.7%), correspondiente a la segunda ruptura prematura de membranas.

Las complicaciones presentes del grupo de referencia lo fueron prematuridad 1(6.7%), cefalohematoma 1(6.7%) por trabajo de parto prolongado resuelto vía abdominal por DCP; apnea 1(6.7%) requiriendo maniobras avanzadas de reanimación, muerte perinatal 1(6.7%) correspondiente al óbito mencionado en las complicaciones maternas y, taquipnea transitoria del recién nacido 3(20%). (Cuadro VII).

Cuadro VII. Principales complicaciones del neonato.

TIPO DE COMPLICACIÓN	GI	GII	GIII
Retraso crecimiento intrauterino	1(6.7%)	0(0%)	1(6.7%)
Potencialmente infectado	1(6.7%)	0(0%)	1(6.7%)
Prematuridad	1(6.7%)	1(6.7%)	2(13.3%)
Cefalohematoma	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
Apnea	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
Muerte	0(0%)	1(6.7%)	0(0%)
Taquipnea transitoria del RN	0(0%)	1(6.7%)	3(20%)
TOTAL	3(3.75%)	5(6.25%)	7(8.75%)

XII.DISCUSIÓN

XII. DISCUSIÓN

Éste es un estudio que evalúa la intervención educativa dirigida a la mujer embarazada, aplicada por el personal médico, a diferencia de otros estudios, los cuales son realizados por personal de enfermería. El presente, tiene la finalidad de mejorar el auto cuidado de la embarazada, contribuyendo a un buen control prenatal y disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal. Sus aspectos relevantes en esta intervención fueron el haber diseñado una estrategia educativa de acuerdo al estilo de aprendizaje y los estilos de vida de las embarazadas comparada con dos grupos carentes de intervención educativa.

Dentro del objetivo principal de esta intervención fue determinar el impacto de la estrategia educativa en el control prenatal y su morbimortalidad perinatal. Que la mujer embarazada lograra identificar los datos de alarma obstétrica, mayor aceptación a métodos de planificación familiar, aceptación de la lactancia materna así como disminución de las complicaciones del neonato.

Es una intervención objetiva que refleja la necesidad de asegurar el óptimo aprendizaje con lo cual se garantiza su auto cuidado, estableciendo un nivel de cultura en salud reproductiva que influye en presentes y futuros embarazos con una disminución de la mortalidad materna infantil.

La mayoría de la población obstétrica que maneja la Unidad de Medicina Familiar No. 80, presenta un nivel de escolaridad medio bajo, así mismo su nivel de aprendizaje está basado en el estilo teórico reflexivo, por lo cual fue indispensable que la estrategias educativa que se elaboró tuviera las características teóricas reflexivas, tomando en cuenta el estilo de vida de cada una de las integrantes, esto con la finalidad de lograr una mejor adquisición de conocimiento. Si bien se sabe que no es suficiente la elaboración de estrategias educativas; es necesario asegurar el óptimo aprendizaje y el impacto logrado sobre ellas. Ahora bien, la elaboración de la estrategia educativa cumple con la meta propuesta, de lograr un impacto en el conocimiento de la mujer embarazada.

El hecho de haber obtenido mejoría en el conocimiento de las embarazadas, evidencia el impacto logrado por la estrategia educativa, lo cual modificó la resolución del embarazo con mayor número de partos, y menor número de cesáreas, así como menor número de complicaciones, el aumento en la aceptación de método de planificación familiar que para el

caso fue el DIU, la disminución de complicaciones del neonato y la aceptación de la lactancia materna exclusiva.

Considerando que la población materna es muy grande, el universo con el que se trabajó fue pequeño, motivo por el cual se obtuvieron pocos resultados satisfactorios, que evidenciaran la efectividad de la estrategia educativa aplicada.

El presente estudio coincide con otros estudios tales como el de Sánchez Jiménez y col., donde su estrategia educativa hacia las embarazadas, pudo contribuir para que las pacientes cumplieran con las recomendaciones hechas por médicos y enfermeras fortaleciendo el autocuidado y la adherencia al cuidado prenatal obteniendo así frecuencias altas de recién nacidos a término y de pesos adecuados⁴².

En el estudio realizado por Grandi y Sarasqueta, la elevada ausencia de control prenatal, tiene asociación con mayor número de complicaciones maternas y del neonato. Así mismo se coincide respecto a que hay mayor falta de control prenatal en las multigestas y con mayor número de antecedentes personales patológicos, como lo fue en el caso del grupo control y de referencia del presente estudio⁴⁶.

Con lo anterior podemos determinar que es de suma importancia orientar sobre la importancia de un adecuado control prenatal, como pilar fundamental para modificar presentes y futuras complicaciones. Con respecto al impacto de la estrategia educativa en la forma de resolución del embarazo podemos determinar que es poco lo que se ha investigado sobre la intervención del primer nivel de atención, ya que la mayoría de los estudios están encaminados a realizar estrategias donde interviene el segundo y tercer nivel.

Se coincide con lo realizado por Soto y col, los cuales también aplicaron una estrategia educativa, en donde el grupo experimental presentó 20% de partos comparando con 0% del grupo control⁴⁷. Ahora bien comparándolo con el presente estudio se puede resaltar que hay similitud ya que el grupo experimental presentó el mayor número de partos (23.17%) a diferencia del grupo de referencia que tuvo el menor número de partos (6.10%). Sin embargo es importante resaltar que el grupo experimental estaba conformado por un porcentaje alto de mujeres primigestas a diferencia del grupo de control y de referencia donde su mayor población lo integraron multigestas.

Respecto a la adopción de métodos de planificación familiar, tuvo significancia estadística a favor del grupo experimental, demostrando con esto que hubo impacto de la estrategia

educativa, logrando mayor aceptación de métodos de planificación familiar, que en este caso lo fue el DIU.

La mayor aceptación de métodos definitivos se presentó en el grupo de referencia, con 13.41% de aceptantes para OTB, sin embargo es importante señalar que en este grupo la población de mujeres eran multigestas, a diferencia del grupo experimental el cual estaba conformado en su mayoría por primigestas. A esto se deduce que era poco probable que en el grupo experimental aumentara la aceptación de métodos definitivos, por ser su primer embarazo.

En el estudio de Castañeda y col, al igual que en el presente, se determina la necesidad de reforzar el proceso educativo en salud reproductiva, ya que en su grupo de pacientes a tratar presentaron menor aceptación aquellas que tenían menos conocimientos sobre los métodos de planificación familiar⁴⁸.

El presente estudio coincide con Morán y col, donde existe una asociación entre el bajo porcentaje de mujeres que asisten a control prenatal y el rechazo de métodos de planificación familiar. Así mismo deja ver al igual que en el presente estudio que los métodos más usados por las mujeres que aun desean continuar con su paridad pero de manera espaciada fueron el DIU, y en aquellas multigestas que desean terminar la reproducción fue la OTB⁴⁹.

En este estudio coincide con el realizado por Estrada Rodríguez y col., en cuanto a que hubo mayor aceptación de lactancia materna en el posparto a favor del grupo que recibió algún tipo de intervención educativa, a diferencia de las que no la tuvieron⁵⁰. Ahora bien, en el estudio de Estrada Rodríguez se dio un seguimiento por 6 meses, para poder determinar una adecuada aceptación de lactancia materna. Con ello nos hace analizar la necesidad de haber realizado un seguimiento similar y poder determinar con mayor veracidad la aceptación de lactancia materna exclusiva.

De acuerdo al estudio realizado por Rico Venegas y col, coincide con el presente en el hecho de no haber encontrado asociación significativa del control prenatal o algún tipo de intervención educativa, con las complicaciones perinatales⁵¹, sin embargo si es importante mencionar que pese a no haber encontrado significancia estadística, se presentó menor porcentaje de complicaciones en el grupo experimental a diferencia del grupo control y de referencia. Así mismo pues, es importante recalcar que se diferencia por mucho las

complicaciones presentadas en el grupo experimental, que lograron resolverse de manera satisfactoria tanto para el producto como para la madre, a diferencia del grupo control donde desafortunadamente se presenta una complicación que involucra la morbi-mortalidad perinatal como lo fue el óbito.

Tampoco se mostró significancia estadística en cuanto al impacto de la estrategia educativa con respecto a las complicaciones del recién nacido, ya que respecto a éste aspecto los tres grupos se mostraron muy homogéneos en sus resultados. Sin embargo se presume que el grupo experimental fue el que presentó menor número de complicaciones en sus recién nacidos, respecto al grupo de referencia que presentaron más complicaciones.

Dentro de las complicaciones que se presentaron con más frecuencia fue la taquipnea transitoria del recién nacido y la prematuridad al igual que en el realizado por Sánchez Nuncio y col donde se comprueba que el control prenatal adecuado modifica la incidencia de síndrome de insuficiencia respiratoria, bajo peso al nacer y prematuridad en los neonatos⁵².

Por último se concluye que la aplicación de una estrategia educativa dirigida hacia la mujer embarazada contribuye a mejorar la morbilidad materno-infantil, considerando que la educación es una herramienta indispensable para el auto cuidado. La impartición adecuada de una estrategia educativa tiene repercusión a corto y largo plazo, disminuyendo complicaciones en el embarazo, se fomenta el auto cuidado y la nutrición perinatal, promueve la lactancia materna y el alojamiento conjunto, detectar las enfermedades preexistentes y las complicaciones durante el embarazo. Se mejora la vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal, se fomenta la detección de los defectos al nacimiento, se mejora la aceptación de anticoncepción pos-evento obstétrico, se promueve la vacunación antitetánica, se fomenta la atención del parto y se disminuyen cesáreas innecesarias.

A nivel institucional repercute a nivel económico, ya que se disminuyen gastos innecesarios tales como material, equipo, insumo de personal médico, enfermería y servicios generales, disminuye el gasto costo-día por estancia hospitalaria, se evitan el uso de terapia intensiva adulto y neonatal, y se disminuye la sobrecapacidad hospitalaria.

XIII. CONCLUSIONES.

XIII. CONCLUSIÓN

Con la elaboración de ésta estrategia educativa, se logró mejorar el nivel de conocimientos de las embarazadas, permitiendo así el impacto esperado al demostrar la relación tan fuerte que existe entre nivel de conocimientos y un buen control prenatal con la forma de resolución del embarazo, la aceptación de métodos de planificación familiar, lactancia materna y complicaciones materno-infantil.

Tuvo impacto al concientizar a la población obstétrica respecto a los riesgos y complicaciones durante el embarazo, mejorando su autocuidado y la detección oportuna de signos y síntomas de alarma obstétrica. Con ello involucrando a la mujer embarazada en su proceso diagnóstico-terapéutico. La estrategia educativa logró el impacto esperado al demostrarse la relación que existe con la forma de terminación del embarazo, logrando influir en la disminución del índice de cesáreas.

Tuvo impacto la estrategia educativa al lograr mayor aceptación de métodos de planificación familiar, predominando el dispositivo intrauterino. Se logró impactar en la aceptación de la lactancia materna, aumentando el número de aceptantes para una lactancia materna exclusiva.

Tuvo impacto la estrategia educativa al influir en la disminución de complicaciones en la madre y el recién nacido, logrando impactar con ello en la morbilidad. Así, pues con una repercusión económica a nivel institucional, al evitarse un embarazo complicado.

Con lo anterior se puede concluir que la educación es indispensable en el auto cuidado. Pese a que el control prenatal es prioridad para todos los sistemas de salud, no se logra consolidar las múltiples estrategias para su mejora. Por tal motivo es urgente la aplicación de estrategias eficaces para la mejora a la adherencia al control prenatal. La valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo.

XIV. SUGERENCIAS.

XIV. SUGERENCIAS

- 1.- Se sugiere mayor promoción para la elaboración y aplicación de estrategias educativas dirigidas hacia la población obstétrica, basados en el estilo de aprendizaje y estilos de vida.
- 2.- Se sugiere que el personal médico retome el liderazgo en el ámbito educativo, así como la participación de equipos multidisciplinarios que estimulen la promoción de acciones.
- 3.-Se sugiere que el personal de enfermería, y trabajo social participen como apoyo en la consejería de las pacientes obstétricas, no así, que se descarguen programas de atención materna liderados única y exclusivamente por el personal de enfermería o trabajo social.
- 4.- Se sugiere que el contenido temático impartido por trabajo social hacia la población obstétrica, sea modificado en cuanto a su contenido, metodología, recursos didácticos y temporalidad de impartición.
- 5.- Se sugiere mayor apoyo, promoción y difusión en el primer nivel de atención hacia la paciente obstétrica.
- 6.-Se sugiere capacitación específica a personal médico para atención exclusiva de módulos materno-infantil.

XV. REFERENCIAS.

XV. REFERENCIAS.

1. Sewell J E, Cesarean sections a brief history. National library of medicine. 1993:1-15
2. Cansino E, León H, Otálora R, Pérez G E, Sarmiento R, Yates A. Guía de control prenatal y factores de riesgo. Secretaria de Salud Bogotá:1-35
3. Freyermuth EG, Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Gobierno Federal; 2007:1-48
4. Tena TC, Lee GM, Rivera CA, Campos CM, Smeke DA, Casares QS, et al. Recomendaciones generales para mejorar la calidad de la atención obstétrica. Atención Obstétrica- CONAMED. 2003:1-51
5. Sistema nacional de información en salud. Principales causas de mortalidad materna en México 2005-2007. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/muertesmaternas/index.html> visitado el: 23 Enero 2011
6. Von Waldenfels HA, Pflanz M, Ramón J. Factores que influyen en la concurrencia al control prenatal en Montevideo; Uruguay. Rev Med Uruguay. 1992;8:61-69
7. Norma oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993 ANEXO B.54e disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html>
8. Sánchez NHR, Pérez TG, Pérez RP, Vázquez NF. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. Rev Méd Inst Mex Seguro Soc. 2005;43(5):377-380
9. Aliaga CM, Villacorta IM. Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materna infantil en madres de 15^a 19 y de 25 a 29 años. Centro de investigación y desarrollo Lima Perú. 2002:1-35
10. Cruz CP, Peralta ML, Ramírez MC, Sánchez AS, Sánchez S, Zavaleta V. Control prenatal con enfoque de riesgo. Gua de práctica clínica IMSS. 2009:2-30

11. Zornoza GV, Luengo TA, Ferrero VA, Fernández CA, González GC. Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 200 y 2006 en el Hospital de León. *Prgr. Obstet Ginecol*, 2008;51(7):404-10
12. Romero GCE. La mortalidad materna problema de salud en México. Disponible en: <http://sociales.reduaz.mx> 21 pantallas. Visitado el 20.01.12
13. Ashford L. Un sufrimiento oculto: discapacidades causadas por el embarazo y parto en los países menos desarrollados. *Boletín normativo Measure Cominication*. 2002:1-6
14. Norma oficial mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio a recién nacidos.
15. Rojas JA, Miranda JE, Ramos E, Fernández JC. Cuidado crítico en la paciente obstétrica. *Clínica e investigación ginecología obstétrica*. 2011;38(2):44-49
16. áceres FM. El control prenatal una reflexión urgente. *Revista colombiana de obstetricia y Ginecología*. 2009; 60(2):165-170
17. Solís L, Hernández JA, Quintero P, Pérez JL, Cortés D, López JC. La consejería personalizada dirigida a mujeres embarazadas disminuye el riesgo de complicaciones secundarias a hipertensión. *Revista médica del Hospital General de México*. 2009; 72(4):200-206
18. Muñoz MJ, Fernández GM, Basso GJ, Ríos FG, Pereira JM, et al. Normas de atención a la mujer embarazada. Ministerio de salud pública, 2007:1-27
19. Vega VG. Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de Medicina Familiar. *Salud Pública de México*. 1993;35(3):283-287
20. Muñoz HO. Programas integrados de salud PREVENIMSS. *Rev Med IMSS*. 2006; 44 (supl 1):S1-S2
21. Navas RJJ. Conceptos y teorías del aprendizaje. Publicaciones puertorriqueñas.1996:1-11. Disponible en: <http://www.publicacionespr.com/librospdf/0929441869.pdf> visitado el 20.09.12

22. Mengel B. Diseño instruccional y teoría del aprendizaje. Comunicaciones y tecnología educacional de la Universidad de Saskatchewan.1998:1-35
23. Baggin EC. Aportes a la teoría del aprendizaje. Grupo interamericano de reflexión científica. 2008;14(1):1-17
24. Davila YX, Maturana RH. Hacia una era pos moderna en las comunidades educativas. Revista iberoamericana de educación. 2009; 49:135-161
25. Rodríguez MML. La dimensión instructiva de la orientación: el orientador como facilitador de los procesos de aprendizaje. Revista Educar. 1985; 8:15-32
26. Huerta RM. Aprendizaje estratégico una necesidad del siglo XX. Revista iberoamericana de educación. 2007;42:1-13
27. Esteban M, Ruiz C. Estilos y estrategias de aprendizaje. Anales de psicología. 1996;12(002):121-122
28. Manual estilos de aprendizaje. Material auto-instruccional para docentes y orientadores educativos. Gobierno de la Republica.2001-2006:1-111 Disponible en: www.dgb.sep.gob.mxvisitado el:22. Enero 2012
29. Cazau P. Estilos de aprendizaje: Generalidades. CIDET educación a distancia.2002:1-6
- 30.Gallego DJ, Alonso GC. Estilos de Aprendizaje. Review of learning stiles 2008; 2(2):1-7
31. Barajas SA, Muñoz AJ, Álvarez RFJ. Modelo instruccional para el diseño de objetos de aprendizaje. Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2010:1-9
32. Centro Virtual de técnicas educativas. TEC Monterrey. Investigación e innovación educativa. http://sitios.itesm.mx/va/dide2/tecnicas_didacticas/quesontd.htm 2 pantallas. Visitado 05 enero 2012
33. Diseño de actividades de aprendizaje. Disponible en: http://info.worldbank.org/etools/GDLNtoolkit_sp/GDLNToolkit/files/module06/m6-

pantallas. visitado: 05 enero 2012

34. Secretaría de educación pública. Subsecretaría de educación media superior. Director general de bachillerato. Dirección de coordinación académica. Material auto-instruccional para docentes y orientadores educativos: Programa nacional de educación gobierno de la República. 2001-2006:1-111 Disponible en:

https://docs.google.com/document/d/1CpHdvh0Elfpq8yQwBmE5PmcjXTSZWM3Vm_BLoSWlW0g/edit?hl=en_US&pli=1 12 pantallas. Visitado 07 enero 2012

35. Estilos de aprendizaje. Disponible en: <http://emprendedores-estilosap.blogspot.mx/p/cuestionario-honey-alonso-de-estilos-de.html> 6 pantallas. Visitado: 12.09.12 09.20hrs

36. De la Torre S, Tejada FJ. Estilos de vida y aprendizaje universitario. Revista iberoamericana de educación. 2007; 44:101-131

37. Guerrero CM. Estilos de enseñanza y estilos de vida. Cuadernos de educación y desarrollo. 2010;14(02): 1-2 Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/ced/14/msgc.htm> 3 pantallas. Visitado 08 Enero 2012

38. Test de autoevaluación estilo de vida fantástica. Disponible en: www.mutualcphs.cl/biblioteca.../36-salud-integral.html Visitado 12.09.12 12.30hrs

39. Espinoza GL. Cambios del modo y estilo de vida: su influencia en el proceso salud-enfermedad. Revista cubana estomatología. 2004;41(3)

40. Borracci RA, Guthman G, Rubio M, Arribalzaga EB. Estilos de aprendizaje en estudiantes universitarios y médicos residentes. Educación médica. 2008;11(4):229-238

41. Treviño QP, Dosman GA, Uribe YL, Agredo ZRA, Jerez VAM, Ramírez VR. Estudio del estilo de vida y su relación con factores de riesgo de síndrome metabólico en adultos de mediana edad. Acta médica colombiana 2009;34(4):158-163

42. Sánchez JB, Hernández TM, Lartigue BT. Estrategia educativa de enfermería, para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Prenator reprod Humana*. 2009; 21: 167-177
43. Downie N.M. Heath R. W. Fiabilidad Validez y Análisis de cuestiones. *Métodos Estadísticos Aplicados*.1973; 3:258-269.
44. Viniegra L, García H, Briseño A, Carrillo R. et al. utilidad comparativa de 2 tipos de exámenes *Rev. Invest Clin*.1985;37:253
45. Banckhoff E, Lariazolo N, Rosas M. Nivel de dificultad y poder de discriminación del examen de habilidades y conocimientos básicos. *Revista electrónica de investigación educativa*. 2000; 2(1):11-29
46. Grandi C, Sarasqueta P. Control prenatal evaluación de los requisitos básicos recomendados para disminuir el daño perinatal. *Rev Soc Bol Ped*. 1997; 36(1):S15-S20
47. Soto LC, Teuber LH, Cabrera FC, Marín NM, Cabrera D, Costa S. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006; 71(2):98-103
48. Castaleda SC, Castro PL, Lindoro LK. Causas de no aceptación de métodos de planificación familiar en mujeres que acuden a atención puerperal en una unidad de medicina familiar. *Archivos de medicina familiar*. 2008;10(2):37-41
49. Morán C, Fuentes G, Amado F, Higareda H, Bailen R, Zárate A. La práctica de la anticoncepción posparto en hospitales del Distrito Federal. *Salud Pública México*. 1992;34(1):19-24
50. Estrada RJ, Amargos RJ, Reyes DB, Guevara BA. Intervención educativa sobre lactancia materna. *Archivo médico de Camagüey*. 2010;12(2):1-7
51. Rico V, Ramos F, Martínez. Control prenatal contra resultado obstétrico prenatal. *Enfermería global*.2012;27:399-407
52. Sánchez N. Pérez T, Pérez R, Vázquez N. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43(5):377-380

53. Guía de Práctica Clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de Salud;2008

54. Citado en: www.enplenitud.com tres pantallas. visitado 13.09.12 10:15hrs

55. Barrios A, Montes MN. Control prenatal. Revista paceña de medicina familiar.2007;4(6):128-131

XVI.ANEXOS.

(Anexo1)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Morelia, Michoacán a _____ de _____ 2011

Por medio de la presente autorizo participar en el protocolo de investigación titulado: impacto de una estrategia educativa en el seguimiento de la paciente obstétrica en el control prenatal y su morbilidad perinatal. Registrado ante el comité local de Investigación con el Número: R-2012-1602-44

El Objetivo de este estudio es evaluar el impacto de una estrategia educativa el cual influirá en el aprendizaje de las embarazadas con la finalidad de tener un control prenatal adecuado, disminución de complicaciones y por consecuente disminución de la morbi-mortalidad.

Se me ha explicado que mi participación consiste en acudir a los módulos que se otorgaran con previa evaluación y aplicación de 3 cuestionarios, así como a su término uno. El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiese ser ventajoso para mi estado, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación con mi manejo.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente, sin que afecte la atención medica que recibo del instituto .El investigador responsable se compromete a no identificarme en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio, y los datos relacionados con mi privacidad se manejaran confidencialmente. Existe el compromiso de brindarme la información actual del estudio, aunque esto pudiera cambiar mi parecer en la permanencia del estudio.

Nombre y firma del paciente

Atenea Abrego Reyes R3MF Mat: 99178764

Nombre, firma y matrícula del investigador responsable.

Números telefónicos a los cuales puedo comunicarme en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio

3132309, 3266925, cel: 4432270154

Testigos: _____

(Anexo 2)

HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO. 1. MORELIA MICHOACAN

UMF 80

INGRESO

No. orden _____

Edad _____

FECHA ____/____/____

Nombre: _____

Afiliación _____ Clínica

adscripción _____ Turno _____

No. Consultorio _____

Peso: _____ Kgs

Talla _____ Mts

TA: _____ mmHg

Peso: _____ Kgs

Talla _____ Mts

TA: _____ mmHg

Peso: _____ Kgs

Talla _____ Mts

TA: _____ mmHg

Peso: _____ Kgs

Talla _____ Mts

TA: _____ mmHg

APP.- HTAS _____ Diabetes _____ Cardiopatías _____ Cirugías _____

Otras _____

Tx. empleado: _____

AGO: Menarca _____ CM _____ IVSA _____ FUM _____

Gestas(año) ____/____ Cesárea _____ Partos _____ Aborto _____

Embarazo actual: Edad gestacional _____ Amenorrea _____ USG _____

Control prenatal No ___ Si ___ No. consultas _____

Complicaciones durante embarazo: si _____ No _____

Cual: _____

Derivada a Gineco-pediatría: si _____ No _____

Manejo _____

Platica recibida:

1ª.- Fecha _____ Tema _____

2ª.- Fecha _____ Tema _____

3ª.- Fecha _____ Tema _____

4ª.- Fecha _____ Tema _____

Como considera su embarazo:

Alto riesgo _____ bajo riesgo _____

Recibió información de atención prenatal si _____ no _____

Recibió información de riesgos y complicaciones si _____ no _____

Recibió información de riesgos de parto y cesárea si _____ no _____

Recibió información de metodología anticonceptiva si _____ no _____

Recibió información de lactancia materna y cuidados del RN

si _____ no _____

Puerperio

si _____ no _____

ANEXO 3

TEST DE AUTOEVALUACION ESTILOS DE VIDA “FANTÁSTICO”.

FAMILIA Y AMIGOS

1. Tengo con quien hablar las cosas que son importantes para mi:

Casi siempre (2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

2. Yo doy y recibo cariño:

Casi siempre (2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

ACTIVIDAD FÍSICA

3. Yo realizo actividades físicas (caminar, subir escaleras, trabajo de casa, hacer el jardín)

Casi siempre (2)

A veces (1)

Nunca (0)

4. Yo hago ejercicio en forma activa al menos 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido)

4 o mas veces por semana (2)

1 a 3 veces por semana (1)

Menos de una vez por semana (0)

NUTRICIÓN

5. Mi alimentación es balanceada

Casi siempre (2)

A veces (1)

Nunca (0)

6. A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa

Ninguna de estas (2)

Alguna de estas (1)

Todas estas (0)

7. Estoy pasado de mi peso ideal

Normal o hasta 4 kilos de mas (2)

5 a 8 kilos de mas (1)

mas de 8 kilos (0)

TABACO

8. Yo fumo cigarrillos ____

No en los últimos 5 años (2)

No en el último año (1)

E fumado en en este año (0)

9. Generalmente fumo ____ cigarrillos al dia

Ninguno (2)

De 0 a 10 (1)

Mas de 10 (0)

ALCOHOL

10. Mi número de tragos por semana es ____

0 a 7 tragos (2)

de 7 a 12 tragos (1)

mas de 12 (0)

11. Bebo mas de cuatro tragos en una ocasión

Nunca (2)

Ocasionalmente (1)

A menudo (0)

12. Manejo despues de beber alcohol

Nunca (2)

Solo una vez (1)

A menudo (0)

SUEÑO ESTRES

13. Duermo bien y me sineto descansado

Casi siempre(2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

14. Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida

Casi siempre(2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

15. Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre

Casi siempre(2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

TIPO DE PERSONALIDAD

16. Me siento acelerado/a

Casi nunca (2)

Algunas veces (1)

A menudo (0)

17. Me siento enojado/a, agresivo/a

Casi nunca (2)

Algunas veces (1)

A menudo (0)

INTROSPECCIÓN

18. Yo soy un pensador positivo u optimista

Casi siempre (2)

Algunas veces (1)

Casi nunca (0)

19. Yo me siento tenso o apretado

Casi nunca (2)

Algunas veces (1)

A menudo (0)

20. Yo me siento deprimido/a o triste

Casi nunca (2)

Algunas veces (1)

A menudo (0)

CONDUCCIÓN TRABAJO

21. Uso siempre el cinturón de seguridad

Siempre (2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

22. Yo me siento satisfecho con mi trabajo o actividades

Casi siempre (2)

A veces (1)

Casi nunca (0)

OTRAS DROGAS

23. Uso drogas como marihuana, cocaína o pasta base

Nunca (2)

Ocasionalmente (1)

A menudo (0)

24. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo usar sin receta

Nunca (2)

Ocasionalmente (1)

A menudo (0)

25. Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína

Menos de 3 por día (2)

De 3 a 6 por día (1)

Más de 6 veces por día (0)

*** resultado final multiplicar por dos.

85-100= felicidades estilo de vida fantástico

70-84=buen trabajo estas en el camino correcto

60-69= adecuado, esta bien

40-59= algo bajo, podrías mejorar

0-39= estas en la zona de peligro, pero la honestidad es tu real valor.

(Anexo 4)

CUESTIONARIO HONEY-ALONSO DE ESTILOS DE APRENDIZAJE

- Este cuestionario ha sido diseñado para identificar su Estilo preferido de Aprendizaje. No es un test de inteligencia , ni de personalidad
- No hay límite de tiempo para contestar al Cuestionario. No le ocupará más de 15 minutos.
- No hay respuestas correctas o erróneas. Será útil en la medida que sea sincero/a en sus respuestas.
- Si está más de acuerdo que en desacuerdo con el ítem seleccione 'Mas (+)'. Si, por el contrario, está más en desacuerdo que de acuerdo, seleccione 'Menos (-)'.
- Por favor conteste a todos los ítems.
- El Cuestionario es anónimo.

Muchas gracias.

+ -

- ☐☐☐☐01. Tengo fama de decir lo que pienso claramente y sin rodeos.
- ☐☐☐☐02. Estoy seguro(a) de lo que es bueno y de lo que es malo, de lo que está bien de lo que está mal.
- ☐☐☐☐03. Muchas veces hago cosas sin mirar sus consecuencias.
- ☐☐04. Normalmente, resuelvo los problemas metódicamente y paso a paso.
- ☐☐☐☐05. Creo que la formalidad corta y limita la actuación espontánea de las personas.
- ☐☐06. Me interesa saber cuáles son los sistemas de valores de los otros y con qué criterios actúan.
- ☐☐☐☐07. Pienso que actuar intuitivamente puede ser siempre tan válido como actuar reflexivamente.
- ☐☐☐08. Creo que lo más importante es que las cosas funcionen.
- ☐☐☐09. Procuro estar atento(a) a lo que sucede aquí y ahora.
- ☐☐10. Me agrada preparar mi trabajo y realizarlo con conciencia cuando tengo tiempo.
- ☐☐11. Estoy siguiendo un orden en la alimentación, en el estudio y haciendo ejercicios regularmente porque quiero.
- ☐☐12. Cuando escucho una nueva idea, enseguida, comienzo a pensar cómo ponerla en práctica.
- ☐☐13. Prefiero las ideas originales y nuevas incluso aunque no sean prácticas.
- ☐☐14. Admito y me ajusto a las normas solamente si sirven para alcanzar mis objetivos.

- ☐☐15. Normalmente me entiendo bien con personas reflexivas, y me cuesta Sintonizar con personas demasiado espontáneas e impredecibles.
- ☐☐16. Escucho con más frecuencia qué hablo.
- ☐☐17. Prefiero las cosas estructuradas antes que las desordenadas.
- ☐☐☐18. Cuando poseo cualquier información, trato de interpretarla bien antes de manifestar alguna conclusión.
- ☐☐☐19. Antes de hacer algo, estudio con cuidado sus ventajas e inconvenientes.
- ☐☐20. Me estimula el hecho de hacer algo nuevo y diferente.
- ☐☐21. siempre procuro ser coherente con mis criterios y escala de valores. Tengo principios y los sigo.
- ☐☐22. En una discusión, no me gustan los rodeos.
- ☐☐23. No me agrada involucrarme afectivamente en el ambiente de trabajo. Prefiero mantener relaciones distantes.
- ☐☐☐24. Me gustan más las personas realistas y concretas que las teóricas.
- ☐☐☐25. Es difícil ser creativo(a) y romper estructuras.
- ☐☐26. Me gusta estar cerca de personas espontáneas y divertidas.
- ☐☐☐27. La mayoría de las veces expreso abiertamente cómo me siento.
- ☐☐☐28. Me gusta analizar y escudriñar las cosas.
- ☐☐☐29. Me incomoda el hecho de que las personas no tomen las cosas en serio
- ☐☐☐30. Me atrae experimentar y practicar las últimas técnicas y novedades.
- ☐☐☐31. Soy cauteloso(a) a la hora de sacar conclusiones.
- ☐☐32. Prefiero contar con el mayor número de fuentes de información. Cuantos más datos haya reunido para reflexionar, mejor.
- ☐☐☐33. Tengo tendencia a ser perfeccionista.
- ☐☐34. Prefiero oír la opinión de los otros antes que exponer la mía.
- ☐☐☐35. Me gusta llevar mi vida espontáneamente y no tener que planearla.
- ☐☐☐36. En las discusiones me gusta observar cómo actúan los otros participantes.
- ☐☐☐37. Me siento incomodado(a) con las personas calladas y excesivamente analíticas.
- ☐☐☐38. Juzgo con frecuencia las ideas de los otros, por su valor práctico.
- ☐☐☐39. Me angustio si me obligan a acelerar mucho el trabajo para cumplir un plazo.
- ☐☐☐40. En las reuniones apoyo las ideas prácticas y realistas.
- ☐☐41. Es mejor aprovechar el momento presente que deleitarse pensando en el pasado o en el futuro.

- ☐☐☐42. Me incomodan las personas que siempre desean apresurar las cosas.
- ☐☐☐43. Apoyo ideas nuevas y espontáneas en los grupos de discusión.
- ☐☐☐44. Pienso que son más consistentes las decisiones fundamentadas en un minucioso análisis que las basadas en la intuición.
- ☐☐☐45. Detecto frecuentemente la inconsistencia y los puntos frágiles en las argumentaciones de los otros.
- ☐☐☐46. Creo que es necesario superar las normas muchas más veces que cumplirlas.
- ☐☐☐47. Frecuentemente, me doy cuenta de otras formas mejores y más prácticas de hacer las cosas.
- ☐☐☐48. En general, hablo más de lo que escucho.
- ☐☐☐49. Prefiero distanciarme de los hechos y observarlos a partir de otras Perspectivas.
- ☐☐☐50. Estoy convencido(a) de que debe imponerse la lógica y la razón.
- ☐☐51. Me gusta buscar nuevas experiencias.
- ☐☐☐52. Me gusta experimentar y aplicar las cosas.
- ☐☐☐53. Pienso que debemos ir inmediatamente al grano, al centro de las cuestiones.
- ☐☐☐54. Procuro siempre llegar a conclusiones e ideas claras.
- ☐☐☐55. Prefiero discutir cuestiones concretas y no perder tiempo con conversaciones vacías.
- ☐☐☐56. Me incomodo cuando se dan explicaciones irrelevantes e incoherentes.
- ☐☐☐57. Compruebo antes si las cosas funcionan realmente.
- ☐☐☐58. Hago varios borradores antes de la redacción final de un trabajo.
- ☐☐☐59. Soy consciente de que en las discusiones ayudo a mantener a los otros centrados en los temas, evitando divagaciones.
- ☐☐☐60. Observo que, con frecuencia, soy un(a) de los(as) más objetivos y ponderados en las discusiones.
- ☐☐61. Cuando algo va mal, no le doy importancia y trato de hacerlo mejor. ☐
- ☐☐62. Desconsidero las ideas originales y espontáneas si no las considero Prácticas.
- ☐☐☐63. Me gusta analizar las diversas alternativas antes de tomar una decisión.
- ☐☐64. Con frecuencia, miro hacia adelante para prever el futuro.
- ☐☐☐65. En los debates y discusiones prefiero desempeñar un papel secundario antes que ser el líder o el que más participa.
- ☐☐☐66. Me incomodan las personas que no actúan con lógica.

- ☐☐☐67. Me incomoda tener que planear y prever las cosas.
- ☐☐☐68. Creo que el fin justifica los medios en muchos casos.
- ☐☐☐69. Acostumbro reflexionar sobre los asuntos y problemas.
- ☐☐☐70. El trabajo consciente me llena de satisfacción y de orgullo.
- ☐☐☐71. .Delante de los acontecimientos trato de descubrir los principios y teorías en los que se basan.
- ☐☐☐72. .Con la finalidad de conseguir el objetivo que pretendo, soy capaz de herir sentimientos ajenos.
- ☐☐☐73. No me importa hacer todo lo necesario para que mi trabajo sea efectuado.
- ☐☐☐74. Con frecuencia, soy una de las personas que más anima las fiestas.
- ☐☐☐75. Me enfado frecuentemente con el trabajo metódico y minucioso.
- ☐☐☐76. Las personas creen con frecuencia que soy poco sensible a sus Sentimientos.
- ☐☐☐77. Acostumbro dejarme llevar por mis intuiciones.
- ☐☐☐78. En los trabajos en grupo, procuro que se siga un método y un orden.
- ☐☐☐79. Con frecuencia, me interesa saber lo que las personas piensan.
- ☐☐☐80. Evito los temas subjetivos, ambiguos y poco claros.

(Anexo 5)

Temas a impartir

- 1.- Control prenatal y riesgo obstétrico (al momento del captura-primer trimestre)
- 2.-Riesgos y complicaciones del embarazo.
 - primera mitad del embarazo. (Se impartirá de la semana 14 a la 18)
 - segunda mitad del embarazo (Se impartirá de la semana 19- 25)
- 3.-Parto, cesárea y puerperio. (Se impartirá de la semana 27 a 30)
- 4.- Planificación familiar (Se impartirá de la semana 31 a 34)
- 5.-Seno materno y cuidados del RN. (Se impartirá de semana 35 a 38)

(Anexo 6)
CARTA DESCRIPTIVA

FECHA	TEMA	RECURSO DIDACTICO	MODALIDAD	DURACION	PONENTE
1 ^a platica	Control prenatal	Rota folio. Marca textos. Láminas en blanco.	Lluvia ideas.	Una hora.	Residente Atenea Abrego
2 ^a platica	Riesgos y complicaciones del embarazo 1^a mitad embarazo 2^o mitad embarazo	Computadora, presentación power point, trípticos. Hojas en blanco, lápiz.	Exposición-taller	Dividida en 3 sesiones de 1 hora cada una.	Residente Atenea Abrego
3 ^a . platica	Parto, cesárea y puerperio	Presentación power point. Computadora, video.	Video-taller	Dividida en 3 sesiones de una hora cada una.	Residente Atenea Abrego
4 ^a platica.	Planificación familiar.	Rota folio, métodos anticonceptivos, cinta adherible, pizarrón.	Taller	Una hora	Residente Atenea Abrego
5 ^a platica	Seno materno y cuidados del RN	Simulación y juego	Maniquís (RN), trípticos.	Una hora	Residente Atenea Abrego

(Anexo 7)

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Integración grupal	24 de Febrero 2012	Presentación, identificación de participantes, elaboración de ficha de identificación, aplicación de test (Honey-Alonso y Vida FANTASTICA)
Control prenatal.	9 de Marzo 2012	Control prenatal y riesgo obstétrico.
Riesgos y complicaciones del embarazo	30 de marzo 2012	Complicaciones primera mitad del embarazo.
Riesgos y complicaciones del embarazo	20 de Abril 2012	Preclamsia y diabetes gestacional
Riesgos y complicaciones del embarazo	11 de Mayo 2012	Complicaciones segunda mitad del embarazo (hemorragias obstétricas).
Resolución del embarazo	8 de Junio 2012	Parto (video-taller)
Resolución del embarazo	29 de Junio 2012	Cesárea (video Taller)
Puerperio y ejercicios de relajación embarazadas	13 de Julio 2012	Puerperio, cuidados y complicaciones. Gimnasia y yoga para embarazadas (instructor).
Lactancia materna	3 de Agosto 2012	Lactancia materna, beneficios, técnica de lactancia.
Cuidados del recién nacido	31 de Agosto.	Cuidados del recién nacido, signos de alarma en el recién nacido, tamiz neonatal, cartilla de vacunación.

CUETIONARIO DE EVALUACIÓN

(pre y post evaluación)

PLATICAS CONTROL PRENATAL

Nombre: _____ Afiliación: _____

Fecha _____

1.- La mujer embarazada de debe acudir como mínimo a 2 consultas prenatales:

SI() NO() NO SE()

2.- Se pueden tener relaciones sexuales en el embarazo?

SI() NO() NO SE()

3.- El riesgo obstétrico se determina desde el primer mes de embarazo?

SI() NO() NO SE()

4.- La vacuna del Tétanos se debe aplicar en las embarazadas?

SI() NO() NO SE()

5.- Acudir a control prenatal sirve para detectar complicaciones.

Si() NO() NO SE()

6.-Las pacientes embarazadas con enfermedades crónicas son de alto riesgo.

SI() NO() NO SE()

7.-Las pacientes mayores de 35 años y menores de 16 años son de alto riesgo.

Si() NO() NO SE()

8.-La anemia afecta a madre y feto.

Si() NO() NO SE()

9.-El vómito excesivo en el embarazo es normal?

SI() NO() NO SE()

10.- Una infección de vías urinarias puede complicar mi embarazo?

SI() NO() NO SE()

11.- Puedo tener una infección vaginal si tengo prurito y dolor en las relaciones sexuales?

SI() NO() NO SE()

12.- El sangrado genital durante el embarazo requiere atención médica inmediata:

Si() NO() NO SE()

13.- La ruptura de membranas se asocia con infecciones

Si() NO() NO SE()

- 14.- La disminución o ausencia de movimientos fetales es motivo de acudir al médico:
Si() NO() NO SE()
- 15.- Síntomas visuales, auditivos, mareo, inflamación de pies, son síntomas de presión alta?
Si() NO() NO SE()
- 16.-- La hipertensión con embarazo puede complicarse.
Si() NO() NO SE()
- 17.- La diabética embarazada requiere insulina:
Si() NO() NO SE()
- 18.-Las pacientes de parto bajo riesgo se dan de alta a las 8 horas.
Si() NO() NO SE()
- 19.- Las pacientes de parto, tienen de inmediato al recién nacido a su lado?
Si() NO() NO SE()
- 20.-Las pacientes con cesárea anterior tiene riesgo de complicación.
Si() NO() NO SE()
- 21.-Las pacientes de cesáreas duran más en el hospital que las de parto.
Si() NO() NO SE()
- 22.- Las pacientes de cesárea, pueden presentar más sangrado.
Si() NO() NO SE()
- 23.- Los embarazos con gemelos y pélvicos son de alto riesgo.
Si() NO() NO SE()
- 24.- En el puerperio es normal que tenga fiebre?
SI() NO() NO SE()
- 25.-La lactancia materna protege al recién nacido de enfermedades y a la mujer le ayuda a prevenir enfermedades del seno.
Si() NO() NO SE()
- 26.- La lactancia ayuda a mantener contraído el útero y disminuir el sangrado.
Si() NO() NO SE()
- 27.- Es normal que al recién nacido le salga sangre por su ombligo?
SI() NO() NO SE()
- 28.- Debo llevar al médico a mi niño si está muy amarillo?
SI() NO() NO SE()
- 29.- Es normal que ni niño defeque cada vez que come?
SI() NO() NO SE()
- 30.- Las evacuaciones del recién nacido son negras?

SI() NO() NO SE()

31.- Los métodos anticonceptivos son temporales y definitivos.

Si() NO() NO SE()

32.- La paciente con más de una cesárea es candidata para OTB, (obstrucción tubaria bilateral.)?

Si() NO() NO SE()

33.-El dispositivo intrauterino (DIU), es método anticonceptivo temporal.

Si() NO() NO SE()

34.-Despues del parto o cesárea, puede aplicarse cualquier método anticonceptivo.

Si() NO() NO SE()

FIRMA PACIENTE_____ MEDICO _____

ANEXO 9

HOJA DE RECOPIACION DE DATOS.

Nombre: _____

Afiliación: _____

Edad: _____

Fecha: _____

Servicio: _____

DATOS DE LA MADRE:

Resolución del embarazo: () A. Vía abdominal () B. Vía vaginal.

Complicaciones: () A. SI () B. NO

En caso de parto; Especificar tipo de complicación. _____

Diagnóstico a su ingreso: _____

Diagnóstico a su egreso: _____

En caso de cesárea; motivo de la cesárea. _____

Diagnóstico a su ingreso: _____

Diagnóstico pre-operatorio _____

Diagnóstico pos-operatorio: _____

Aceptación de método de planificación familiar: () A. SI () B. NO

Tipo de método otorgado.

Semanas de gestación al momento de la resolución del embarazo: _____

Se inició lactancia materna temprana: () A. SI () B. NO

En caso de que no; cual fue la causa: _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

Fecha resolución del embarazo: _____ Hora: _____

Sexo: () A. Femenino () B. Masculino

Condiciones del producto: () A. Vivo () B. Muerto.

Peso al nacer: _____ Talla: _____ APGAR: _____

En caso de que se especifique: Silverman-Andersen: _____

Edad gestacional por Capurro: _____

Tipo de maniobras de reanimación: _____

Complicaciones del RN (Diagnostico): _____

Derivado a:

() A. Alojamiento Conjunto.

() B. Cunero patológico.

☐ C. Incubadora

☐ D. UCIN.

Malformaciones congénitas:

☐ SI. CUALES _____ ☐ NO

A su egreso se otorgó esquema de vacunación, BCG, hepatitis B, vitamina A:

☐ SI ☐ NO. Motivo: _____

Se realizó tamiz neonatal:

☐ SI ☐ NO. Motivo: _____

CAPTURA DE DATOS REALIZADA POR: _____

TEMARIO DESARROLLADO

CONTROL PRENATAL:

El Control Prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos que tienen como fin la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar complicaciones de la madre y el producto. Entendiendo así, que el control prenatal son una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

Tiene como objetivo identificar de manera temprana factores de riesgo maternos y fetales, precisar con mayor exactitud la edad gestacional, diagnosticar la condición fetal y vigilar su desarrollo, y por último diagnosticar la condición materna, así como educar a la pareja.

Este se lleva a cabo a través de las visitas con el médico familiar durante el embarazo. Como mínimo cinco consultas de atención prenatal, determinado por la OMS: Primera visita en el primer trimestre de la semana 1 a 12. Segunda visita: de la 22 a la 24 semana; Tercera visita: de la 27 a la 29 semana, Cuarta visita: de la 33 a la 35 semana y última visita: de la 38 a la 40 semana.

En fase temprana del embarazo toda mujer debe recibir información escrita acerca del número probable, tiempo y contenido de las citas prenatales asociadas con diferentes opciones de cuidados. La paciente debe fijar la hora de su cita con su médico o enfermera materno infantil⁵³.

Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo.. El énfasis de la precocidad de la primera consulta es mayor a medida que los procedimientos de laboratorio y paraclínicos permiten certificar el diagnóstico de embarazo a edades más tempranas y que los conocimientos y tecnologías colaboran en despistar patologías poco aparentes, y se amplía la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones. Así se podrá realizar acciones oportunas tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional, indicar restricción de los esfuerzos físicos, de la

exposición a tóxicos ambientales, reducción o supresión del hábito de fumar, del consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos y drogas no esenciales.

Es importante recalcar que idealmente la preparación para un buen estado de salud y por consiguiente un buen embarazo se debe iniciar previo al estado grávido, tal es el caso de la ingesta de ácido fólico. La suplementación con folatos debe iniciarse por lo menos un mes antes de embarazarse y mantenerse hasta las 12 semanas de gestación. El efecto protector se obtiene con la ingesta regular del ácido fólico. En pacientes de bajo riesgo o sin antecedentes de recién nacidos con defectos del tubo neural, se administra 1mg por día de ácido fólico además de una dieta completa. En pacientes de alto riesgo o con antecedentes de recién nacidos con defectos de tubo neural, se administran 5mg por día de ácido fólico además de una dieta completa.

La asistencia preconcepcional puede reducir significativamente la incidencia de defectos congénitos⁵⁴.

Acciones y procedimientos que se realizara a toda mujer embarazada:

- Medición peso/talla materna:

Evalúa el estado nutricional de la embarazada ayuda en el seguimiento del incremento de peso durante el embarazo.

- Determinación de la presión arterial: En cada consulta otorgada se determinará la presión arterial con el fin de detección de hipertensión inducida por el embarazo.

- Examen clínico general: Evalúa el estado general de la embarazada y su adaptación a la gestación. Permite detectar alteraciones que pueden afectar a la madre y al feto. Examen de mamas: Identifica anormalidades anatómicas, nódulos. Seguimiento de los cambios durante el embarazo. Examen ginecológico: Detectar precozmente vulvovaginitis, infecciones de transmisión sexual y/o cáncer cervico-uterino. Tratar y evitar complicaciones. Primer trimestre del embarazo.

- Inspección odontológica

- Determinación de la edad gestacional: Permite buen control del embarazo. Permite evaluar ganancia de peso materno y crecimiento fetal. Permite evaluar la fecha probable del parto.

- Diagnóstico de vitalidad fetal: Percepción movimientos fetales (primípara entre las 18 a 20 semanas), orientar que permite vigilar el estado del feto. Auscultar fetocardia.

- Evaluación del crecimiento fetal: Determinar altura uterina y variaciones por encima percentil 10 o 90. Identificar macrosomía fetal. Identificar retardo de crecimiento in útero.

- Diagnóstico de la presentación fetal:

Identificar presentación fetal anormal a partir de la semana 28 de gestación., - Orientar a la paciente sobre posibilidad de parto por cesárea.

- Clasificación de la embarazada según su riesgo:

Clasificar en cada control. Enseñar a la gestante a identificar signos de complicación. Evaluar manejo en primer nivel de atención o caso necesario transferir.

1. Embarazo de bajo Riesgo. Es el embarazo que tiende a ser normal, en una mujer que no tiene factores de riesgo que hagan peligrar la salud de ella, ni de su bebé.

2. Embarazo de alto riesgo: es aquella que tiene factores agregados que ponen en riesgo la salud de la madre y el bebé

Indicación de hierro y ácido fólico:

- Prevención y tratamiento de la anemia gestacional. Idealmente durante todo el embarazo y la lactancia.

Aclarar efectos colaterales y como resolverlos.

- Indicación de toxoide tetánico. Informar importancia e inocuidad para el feto. Completar esquema de vacunación⁵⁵.

RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL EMBARAZO:

Las complicaciones del embarazo y el parto son una de las principales causas de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años). Las discapacidades provocadas por la maternidad pueden perjudicar gravemente la calidad de vida, la fertilidad y la productividad de la mujer mucho después del embarazo y el parto. Todas las mujeres embarazadas, aun las sanas, enfrentan algún riesgo de complicaciones que pueden provocar la muerte o discapacidades serias si no se las trata satisfactoriamente. La misma ayuda que puede salvar las vidas de estas mujeres puede contribuir a evitar el sufrimiento de las mujeres que sobreviven y también el de los recién nacidos.

Durante el embarazo pueden surgir complicaciones que pongan en riesgo el bienestar materno y del producto.

Primer trimestre del embarazo:

Amenaza de aborto o aborto: Sintomatología que indica que existe la posibilidad de aborto. Aborto se define como la pérdida del producto de la gestación antes de las 20 semanas de gestación o menor de 500mg de peso.

Este puede ser espontáneo: el que se presenta sin intervención, y; el inducido: donde hay un intento deliberado de acabar con la gestación.

Existen múltiples factores que intervienen en un aborto estos pueden ser factores fetales, maternos y ambientales. Dentro de los factores fetales se encuentran malformaciones del embrión, anomalías placentarias; dentro de los maternos la causa más frecuente es debida a infecciones como rubeola, citomegalovirus, herpes simple, toxoplasmosis. Alteraciones anatómicas del útero, DM2.

Cuando existe amenaza de aborto se puede presentar sangrado transvaginal, dolor abdominal, en región lumbo-sacra tipo cólico. El sangrado puede ser escaso, persistente a lo largo de varios días o presentarse de manera intermitente. El sangrado puede ser Rojo brillante u oscuro., el cérvix está cerrado y no hay expulsión de tejido o restos ovulares.

Cuando esto es diagnosticado primeramente se debe acudir a revisión médica para determinar si es manejo hospitalario o en casa. Posterior a ello reposo, evitar ejercicio en casa y relaciones sexuales.

Se considera que un aborto es inevitable cuando el orificio cervical interno está dilatado, y la paciente presenta contracciones uterinas y hemorragia vaginal y hay expulsión de restos ovulares.

infecciones urinarias en el embarazo: La infección de vías urinarias es una de las complicaciones médicas más frecuentes en el embarazo; los cambios fisiológicos asociados al embarazo predisponen al desarrollo de complicaciones que pueden afectar significativamente a la madre y al feto. Estas incluyen la Bacteriuria Asintomática (BA), la cistitis Aguda y la pielonefritis Aguda. A pesar del desarrollo de nuevos antibióticos la infección de vías urinarias continúa asociándose a morbi-mortalidad elevada a nivel materno y fetal. La relación que existe entre infección de vías urinaria, parto pre término y bajo peso al nacer es muy grande. La infección de vías urinarias es muy frecuente en la mujer debido a la estructura anatómica, así mismo las modificaciones que se presentan en el embarazo. El mayor riesgo a que se enfrenta una embarazada en presencia de Infecciones del tracto urinario es la posibilidad de realizar una pielonefritis aguda. Especial atención merece la Bacteriuria Asintomática, cuya evolución natural sin tratamiento predispone a pielonefritis en un 13 a 65 % de los casos. Se caracteriza por aparición de síntomas circunscritos solo a la vejiga como poliaquiuria, urgencia miccional, disuria y molestia supra

pública. Al examen físico solo se caracteriza por dolor supra pública al tacto. La orina suele ser turbia, fétida y veces sanguinolento.

Cervicovaginitis: Las infecciones cervico-vaginales son padecimientos frecuentes en las mujeres, las cuales cuando se asocian a embarazo predisponen a infecciones en el puerperio o en el recién nacido. Las fuentes de contagio pueden ser relaciones sexuales, aseo anal inadecuado, contacto con toallas y sabanas contaminadas, contacto con sanitarios sucios, mala higiene íntima. Las manifestaciones pueden ser flujo vaginal de mal olor, comezón, irritación vulvar, dolor en las relaciones sexuales, ardor al orinar. Es conveniente acudir con el médico para determinar si existe o no cervico-vaginitis, e iniciar manejo médico y farmacológico. Cambiando principalmente los estilos de higiene personal.

Hiperémesis gravídica: presencia de náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, sin causa orgánica, asociados con pérdida de peso (>5% del peso corporal) y deshidratación. Su origen no se conoce. Es más frecuente en primigestas. Para su diagnóstico es necesario descartar otras posibles enfermedades.

Su tratamiento consiste en medicamentos para disminuir los vómitos, dar alimentación especial a la paciente comida fría, no condimentada, sin grasa, dieta fraccionada (comidas escasas y frecuentes, ingestión de vitaminas.

En caso de no tener control, se valorara la hospitalización.

Segundo trimestre del embarazo:

Placenta previa: Es cuando la placenta se implanta en el segmento uterino inferior y en ocasiones cubre parcial o totalmente al orificio cervical interno. Las causas reales no se conocen, pero se ve influenciado cuando hay una implantación tardía del huevo, disminución de la capacidad del endometrio, alteraciones en la vasculatura endometrial y decidua provocadas por tumores, cicatrices y trastornos circulatorios. Otros factores asociados son la edad materna avanzada, la multiparidad, embarazos múltiples, periodo inter-genésico corto. La asociación de cesárea anterior y placenta previa es muy alta ya que existe 4 veces mayor riesgo cuando existe este antecedente.

Se manifiesta con sangrado transvaginal de variable magnitud durante la segunda mitad de la gestación, es repentino, indoloro aunque en presencia de contracciones uterinas. Es

importante tener valoración y atención médica de inmediato para realizar US, corroborar diagnóstico y ver las condiciones del desprendimiento, y así poder normar conducta.

Desprendimiento prematuro de placenta: Separación de la placenta desde un sitio de implantación normal antes del nacimiento del feto. Los signos y síntomas que caracterizan esta patología son hemorragia vaginal con sangrado rojo oscuro, irritabilidad uterina, dolor en parte baja del abdomen o dorso, contracciones uterinas intensas, sufrimiento fetal. Se debe tener en cuenta que en un 25% de los casos la hemorragia no es visible, es decir que es interna, se requiere revaloración médica inmediata para determinar el estado del feto, y la madre, toma de US y laboratorios, realizar exploración vaginal y determinar manejo.

Ruptura prematura de membranas: Es una ruptura (apertura) de las membranas (bolsa amniótica) antes de que se inicie el trabajo de parto. Si la RPM ocurre antes de las 37 semanas de gestación, se denomina ruptura prematura de membranas pre término (RPMP). Puede ser causada por un debilitamiento natural de las membranas o por la fuerza de las contracciones. Antes de llegar a término, la RPM suele ocurrir debido a una infección en el útero, infecciones de transmisión sexual como clamidia y la gonorrea, parto prematuro previo, hemorragia vaginal, el tabaquismo durante el embarazo. La RPM es un factor que causa complicaciones en un tercio de los nacimientos prematuros. Un riesgo significativo de la RPMP es que es muy probable que el bebé nazca durante la semana posterior a la ruptura de membranas. Otro riesgo importante de la RPM es el desarrollo de una infección grave de los tejidos de la placenta, llamada corioamnioitis, la cual puede resultar muy peligrosa para la madre y el bebé. Otras complicaciones que pueden ocurrir con la RPM incluyen el desprendimiento de la placenta (separación prematura de la placenta y el útero), la compresión del cordón umbilical, el parto por cesárea y la infección posparto. La RPM se manifiesta con salida de líquido transvaginal evidente.

Hipertensión en el embarazo: Alteración de la presión arterial que surge debido a la presencia del embarazo. Es un padecimiento que puede afectar a todos los órganos y aparatos del organismo, especialmente hígado, pulmones, riñón, cerebro y sistema cardiovascular. Esta se divide en:

- Hipertensión gestacional donde solo hay elevación de las cifras tensionales.

- Preclamsia: elevación de cifras TA y alteraciones laboratorio(Proteinuria)
- Eclampsia: se agregan convulsiones
- Síndrome de HELLP: falla en hígado y sangre.

Existen múltiples factores que condicionan a la hipertensión gestacional como son el primer embarazo, antecedentes familiares, edades maternas extremas, que ya exista HAS previa, DM2, embarazo múltiple, etc. Todas las manifestaciones de la hipertensión pueden constreñir los vasos sanguíneos del útero que suministran oxígeno y nutrientes al feto. Esto puede retrasar el crecimiento del feto. La hipertensión también aumenta el riesgo de desprendimiento prematuro de la placenta de la pared uterina antes del parto. Cuando es grave puede provocar hemorragia abundante y shock, situaciones peligrosas para la madre y el bebé. Se recomienda a las mujeres embarazadas informar siempre cualquier hemorragia vaginal a su médico de inmediato. Si bien todas las mujeres que padecen hipertensión durante el embarazo están expuestas al riesgo de padecer estos problemas, el riesgo es mayor en las mujeres con preclamsia, incluidas aquellas que padecen hipertensión crónica acompañada de preclamsia.

La preclamsia puede en raros casos evolucionar rápidamente y convertirse en una condición potencialmente letal, eclampsia, que provoca convulsiones y estado de coma. En cada consulta prenatal, se mide la presión arterial y se realiza un análisis de orina para detectar la presencia de proteínas. De esta manera, es posible diagnosticar y tratar la preclamsia antes de que evolucione y se convierta en eclampsia. Cuando sospecharemos de hipertensión en el embarazo: cuando se presente elevación de la TA después de las 20 semanas de gestación (más de 30mmHg en la sistólica y 15mmHg en la diastólica, de las cifras que usualmente presenta), alteraciones cerebrales o visuales (cefalea, visión borrosos, acufenos y fosfenos), epigastralgia (dolor abdominal), nausea, vomito, edema pulmonar (manifestado por dificultad respiratoria), edema de extremidades. Es importante que todas las mujeres embarazadas comiencen el cuidado prenatal de manera temprana y lo continúen durante todo el embarazo. En cada chequeo médico del embarazo, se revisará su peso, presión arterial y orina para evaluarla en busca de preclamsia. Las mujeres embarazadas deben seguir una dieta saludable y tomar vitaminas prenatales con ácido fólico, disminuir los alimentos procesados, los azúcares refinados y evitar la cafeína, el alcohol y cualquier medicamento no recetado por un médico. La única forma de curar la preclamsia es con la salida del feto. Si el producto está lo suficientemente desarrollado (por lo regular 37 semanas

o después), es posible extraer el producto para que la preclamsia no empeore. Puede recibir medicamentos para ayudar a inducir el parto o puede necesitar una cesárea. Si el bebé no está totalmente desarrollado y tiene preclamsia leve, la enfermedad con frecuencia puede manejarse en casa hasta que el bebe tenga una buena probabilidad de sobrevivir después del parto. Con la indicación de controles continuos por el médico para verificar la presión arterial y que tanto la madre como él bebe estén en buenas condiciones, medicamentos para el control de la presión arterial.

Diabetes y embarazo:

Es aquel tipo de diabetes que se desarrolla durante el embarazo. Ocurre cuando la secreción de insulina no es suficiente para cubrir las demandas aumentadas de insulina en el embarazo. Una razón importante para reconocer la enfermedad precozmente es que induce una secreción fetal excesiva de insulina, que puede producir macrosomía fetal (niños grandes) y aumentar el riesgo de traumatismo en el parto y la necesidad de practicar una cesárea.

Los factores de riesgo son antecedentes familiares de diabetes, obesidad y edad superior a 30 años.

Generalmente, la diabetes gestacional no presenta síntomas característicos por lo que no existen criterios universalmente aceptados para su diagnóstico. Es recomendable realizar pruebas de diagnóstico selectivo en mujeres embarazadas con valores de glucemia en ayunas normales entre las 24 y 28 semanas de gestación, La diabetes gestacional se define con la presencia de dos valores cualquiera de los siguientes: 1 h > 190 mg/dl, 2 h > 165 mg/dl, y 3 h > 145 mg/dl. La diabetes gestacional se trata con dieta; si la glucosa en ayunas permanece elevada, debe iniciarse tratamiento con insulina: tras el parto, la tolerancia a los hidratos de carbono suele volver a la normalidad, aunque el 30% o más de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan diabetes mellitus en los 5 años siguientes al embarazo.

En toda embarazada diabética se debe de suspender los medicamentos hipoglucemiantes debido a que atraviesan la barrera placentaria.

PARTO, CESÁREA Y PUERPERIO:

Parto: Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenados al final de la gestación, que

Tienen por objeto la expulsión del producto mismo de la gestación, la placenta y sus anexos a través de la vía natural (o canal del parto). Según la edad de la gestación en que ocurre el parto se clasifica:

- PARTO INMADURO.- entre las 20 a las 28 semanas
- PARTO PRETERMINO O PREMATURO:- Entre las 28 y las 36 semanas.
- PARTO DE TERMINO:- Entre las 37 y 40 semanas.
- PARTO POSTERMINO.- Después de la semana 42 en adelante. Por la su forma de inicio.-
- ESPONTANEO.- Cuando se desencadena el trabajo de parto en forma normal acorde con los mecanismos fisiológicos materno-gestación.
- INDUCIDO.- Cuando se utiliza alguna técnica médica como sería la Maduración Cervical usando Prostaglandinas PG2alfa, o Inducción con medicamentos oxitócicos.

El parto se encuentra dividido en tres periodos: periodo de dilatación, periodo de expulsión, periodo de alumbramiento. Se considera que se ha iniciado el parto cuando se cumplen estas tres condiciones.

Preparativos para el parto durante el periodo de dilatación: Asepsia, rasurado, enema, colocación de una vía de perfusión intravenosa, tactos vaginales, seguimiento de la dinámica uterina. Posteriormente se pasa a la paciente a sala de expulsión se coloca en posición, se realiza lavado de la zona, y posteriormente atención del parto. En ocasiones se realiza episiotomía para ampliar el canal del parto.

Cesárea: Parto a través de una incisión realizada en las paredes del abdomen y del útero. Esta se realiza cuando por causas de la madre o del bebe no se puede extraer por parto eutócico.

Las cesáreas se dividen en cesáreas programadas y cesáreas de urgencia en la cesárea programada se realiza su planeación en fecha y hora previo al trabajo de parto. En la última como su nombre lo dice implica una resolución de urgencia, que evitar problemas de la salud del feto y la madre

El puerperio es el periodo que comienza desde el nacimiento del producto y termina cuando el aparato genital femenino ha regresado a sus condiciones normales fuera de la gravidez tales como la involución uterina (el útero regresa a su tamaño normal) mediante contracciones uterinas que al generar dolor reciben el nombre de entuertos. También hay modificaciones en el cuello vaginal y vulva, peritoneo y pared abdominal regresando

gradualmente a su forma y tamaño normal. Inicia con la secreción láctea para el inicio de la lactancia materna.

En la primera semana posterior al parto hay salida transvaginal de sangrado, llamado loquios es importante en esta situación vigilar su estado: que no huela mal o que presente restos ovulares.

Pérdida de peso.

PLANIFICACION FAMILIAR:

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. Tiene como objetivo brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

CLASIFICACIÓN

Métodos anticonceptivos temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonal subdérmico.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

Métodos anticonceptivos permanentes

- a) Oclusión tubaria bilateral.
- b) Vasectomía.

HORMONALES ORALES: Consiste de hormonas sintéticas similares a las de las hormonas sexuales producidas por el ovario, los estrógenos y la progesterona. Se usan en una combinación de dosis que inhiben la ovulación. Tienen un índice de seguridad de 98-99%. Estos son métodos temporales y se dividen en dos tipos:

Combinados de estrógenos y progestina. Indicado antes del primer embarazo, en el intervalo inter genésico, en el pos-aborto inmediato, en el postparto pos cesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando. Contraindicado en la lactancia los primeros 6 meses posparto, en embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido tromboembolia incluyendo tromboembolia de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática. Tener o haber tenido cáncer de mama o de cérvix, tumores hepáticos.

- Progestina sola: Indicado para mujeres edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas, antes del primer embarazo, en el intervalo inter genésico, en el posparto o pos-cesárea con o sin lactancia, en el pos-aborto inmediato. Contraindicado en embarazo o sospecha de ello, cáncer de mama o cérvix, tumoraciones hepáticas.

Hormonal inyectado: Métodos temporales de larga acción. Estos se dividen en:

Combinados de estrógenos y progestina. Indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas. Antes del primer embarazo, en el intervalo inter genésico y en el posparto, pos cesárea o pos-aborto. Contraindicado en lactancia, embarazo o sospecha de ello, cáncer de mama, cérvix o hepático, tromboflebitis.

Hormonal subdermico: Método anticonceptivo temporal, de acción prolongada que se inserta sub dérmicamente y consiste en un sistema de liberación prolongada que se inserta sub dérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética (no contiene estrógeno).

DIU: El DIU es una pieza pequeña de plástico que se pone en el útero para impedir que una mujer quede embarazada.

El DIU impide que el esperma del hombre llegue al óvulo de la mujer. Los DIU contienen cobre o una hormona para ayudar a su funcionamiento. Hay dos tipos de DIU.

Ambos tipos funcionan bien.

- Un DIU (hormonal) dura hasta 5 años. Después de unos meses, las mujeres tienen menos períodos y períodos menos intensos que antes, con menos cólicos. Los períodos incluso pueden desaparecer.

- El otro DIU (de cobre) puede usarse hasta 10 años. Las mujeres que usan este DIU pueden tener sangrados y cólicos más intensos durante sus períodos, pero ningún efecto secundario de las hormonas.

Métodos de barrera: Diafragma, capuchón cervical, condón femenino, condón masculino. Estos ya no son considerados como método de planificación familiar.

Oclusión tubaria bilateral: Método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. Está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, con paridad satisfecha, razones médicas, retardo mental. Contraindicado en enfermedad inflamatoria pélvica activa, embarazo o sospecha de embarazo, en el posparto cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia. En adherencias uterinas.

Vasectomía: Es un método anticonceptivo definitivo para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

Brinda una protección anticonceptiva mayor al 99%. Indicado en hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones: fecundidad satisfecha, razones médicas, retardo mental. Contraindicado en criptorquidia bilateral (no descienden los testículos a las bolsas escrotales), antecedentes de cirugía escrotal o testicular, disfunción eréctil.

LACTANCIA MATERNA Y CUIDADOS DEL RECIEN NACIDO.

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda el calostro (la leche amarillenta y espesa que se produce al final del embarazo) como el alimento perfecto para el recién nacido, y su administración debe comenzar en la primera hora de vida. Se recomienda la lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida. Después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años. Entre todos los beneficios que brinda la leche materna al RN, también brinda beneficios a la madre en el puerperio inmediato, debido a que al dar seno materno hay estimulación hormonal la cual actúa directamente en la contracción uterina, ayudando a evitar sangrados post parto y una involución uterina más rápida. (OMS. Leche materna)

La lactancia materna es una de las formas más eficaces de asegurar la salud y la supervivencia de los niños. La administración de alimentos que no consistan exclusivamente en leche materna durante los primeros seis meses de vida contribuye a más de un millón de muertes infantiles anuales. Los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Un apoyo adecuado a las madres y a las familias para que inicien y mantengan la lactancia materna podría salvar la vida de muchos pequeños. La OMS fomenta activamente la lactancia materna como la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños pequeños. En este documento se exponen sus múltiples beneficios y cómo la ayuda a las madres puede aumentar la lactancia materna en todo el mundo.

La leche materna brinda a su bebe protección contra infecciones, alergias, trastornos intestinales. Además de proporcionar seguridad emocional por la íntima relación que establecen madre e hijo (a), un adecuado desarrollo físico porque contiene en cantidades apropiadas, todos los nutrientes que el niño necesita para crecer sano y fuerte. Ayudará a fortalecer el vínculo afectivo madre niño, contrae el útero y facilita de esta manera su recuperación, disminuir la frecuencia de cáncer de mama y ovarios.

Otra de las ventajas es que la leche materna es más económica, se ahorra tiempo pues no hay que prepararla, está a la temperatura adecuada por lo que no hay que calentarla.

Cuidados del recién nacido: Pasado el período inmediato de transición el RN permanece junto a su madre en puerperio. Este período tiene una gran importancia desde el punto de vista educativo y preventivo. La madre se encuentra en una condición única para interesarse

y captar conocimientos y contenidos educativos que le facilitarán el cuidado posterior de su hijo.

- **Alimentación natural.**

- **Aspecto del meconio y deposiciones de transición.** Las deposiciones de los primeros días van cambiando de color, consistencia y frecuencia. El meconio, que al comienzo es de color café verdoso muy oscuro, casi negro, va cambiando a un color café más claro. Entre el 3^{er} y 4^o día las deposiciones adquieren el típico color amarillo oro de la alimentación al pecho. A partir del 2^o y 3^{er} día es frecuente que el niño obre cada vez que es colocado al pecho con bastante ruido, expulsando deposiciones semilíquidas y espumosas.

- **Color de piel.** En las primeras 24 h y después de las primeras dos horas de vida es normal que los niños tengan un color más rosado o rojo. Es frecuente que las manos y los pies estén fríos y de color algo azulado. Al segundo o tercer día aparecen a menudo manchas eritematoso papulares, a las cuales se les ha mal llamado eritema tóxico. Este tiene intensidad variable con una distribución irregular de preferencia en tronco y extremidades. Ocasionalmente, alguna de las pápulas presentan una pequeña pústula en el centro. El aseo con un jabón neutro disminuye la intensidad de este eritema.

- **Ictericia.** La madre debe saber que este es un fenómeno que ocurre en diverso grado en la mayoría de los recién nacidos durante los primeros días de vida. Que no es una enfermedad y que solo en casos excepcionales es patológica. Sin embargo, es también importante que sepa que excepcionalmente la ictericia puede ser intensa y que las cifras de bilirrubina pueden llegar a cifras potencialmente peligrosas. Por esta razón debe explicársele cuando es conveniente que acuda para evaluar la ictericia.

- **Comportamiento y reflejos.** Tanto la posición y tono del recién nacido como los movimientos reflejos, son hechos que no son familiares para la madre primigesta. Le llama la atención especialmente el reflejo de Moro que se produce con muy variados estímulos. Todos estos hechos serían muy anormales en un adulto o niño mayor y es necesario explicárselos y tranquilizarla.

- **Efectos hormonales.** Hormonas de la madre relacionadas con la gestación permanecen circulando en el recién nacido durante los primeros días y provocan frecuencia un aumento de tamaño mamario. Esto ocurre en ambos sexos, alrededor del 5^o día en que aparece secreción láctea, que se constata comprimiendo el nódulo mamario. Ocasionalmente en las niñas puede aparecer una pseudo-menstruación. Son fenómenos normales que desaparecen espontáneamente.

- **Evolución del peso.** En los primeros días, es fisiológico que se produzca una pérdida de

peso. Este es un hecho fisiológico dentro de cierto margen. Se acepta como normal un descenso entre el 7 y 10% del peso de nacimiento. Este se recupera alrededor del séptimo día. Cuando al décimo día no se ha logrado esto, requiere especial refuerzo de la lactancia y evaluar la necesidad de dar relleno según la importancia de la baja de peso y las condiciones clínicas del niño.. Los niños de menos de 3 kg. en general bajan menos, y los de más de 4 kg. pueden bajar más y demorarse más en recuperar su peso de nacimiento. Es importante conocer esta variabilidad para no apurarse en indicar un relleno.

- **Cuidado del ombligo.**

El cordón umbilical sufre una gangrena seca, la cual es más rápida mientras más contacto con el aire éste tiene. Al cabo de 5 a 10 días éste se desprende. La humedad prolonga este proceso, por lo que se debe postergar el baño hasta dos días después que éste ha caído. El ombligo es una potencial puerta de entrada para infecciones, por esto se debe cuidar su aseo con alcohol u otro antiséptico local en cada muda. Es normal que en la base del ombligo haya cierta humedad y secreción amarillo-fibrinosa. No es normal que haya secreción purulenta o enrojecimiento alrededor de él, lo que debe hacer sospechar de una infección. Con frecuencia se presenta una hernia umbilical que se hace más apreciable después que ha caído el cordón. En la gran mayoría de los casos ésta no requiere tratamiento y desaparece espontáneamente antes de los 4 años.