



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA
2005-2007**

Tesis para optar el título de maestro en salud pública.

Exposición a agresiones en el segundo trimestre de embarazo, Consulta Externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio 2007.

Autora: Lic. Nadelska María Jaime Siu.

Tutora: Alice Pineda.

MSc. Epidemiología.

MSc. Desarrollo rural.

Bluefields, RAAS, Febrero 2008.

Índice

-DEDICATORIA.....	ز
-AGRADECIMIENTO.....	زز
-RESUMEN.....	ززز
I. INTRODUCCIÓN.....	1 - 2
II. ANTECEDENTES.....	3
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	6
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	7 - 21
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22 - 28
VIII. RESULTADOS.....	29 - 30
IX. DISCUSIONES DE RESULTADOS.....	31 - 33
X. CONCLUSIONES.....	34
XI. RECOMENDACIONES.....	35 - 36
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	37 - 38
ANEXOS.....	39 - 59

Dedicatoria

A Dios y la Virgen Madre.

A mi madre, hijos, y esposo, por su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A todos los dirigentes de la salud que realizaron este proyecto, y me dieron la oportunidad de ser parte de el.

Al CIES por aceptar el proyecto y mandarnos a sus mejores docentes.

A todas aquellas madres que colaboraron para la recolección de la información de este estudio investigativo.

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en embarazadas del segundo trimestre de embarazo, que asistieron a consulta externa del Hospital Ernesto Sequeira Blanco, en el periodo de estudio fue Mayo – julio del 2007. El universo del estudio fueron 83 consultas, para la muestra se omitieron las consultas subsecuentes, quedando 63 las cuales se utilizaron como muestra para el estudio. Según sus características demográficas la mayoría eran del área urbana, ama de casa, acompañadas, con un hijo, con un nivel educativo de secundaria, la mayoría no utiliza el camión de la basura, y tienen animales mascotas dentro de sus hogares.

Con relación a las agresiones sociales, toman cafeína, la violencia que más sufre la mayoría la económica, sumándole que la mayoría son amas de casa, ellas son totalmente dependientes del esposo económicamente. Refieren no tener problemas para recibir atención médica, por el apoyo de la casa materna, cursan un embarazo deseado en su mayoría. No han ingerido nada para abortar, no realizaron actividades preconcepcionales, sin obviar la importancia que esta representa para evitar malformaciones, abortos, deficiencias y discapacidades al bebé, con parto institucional. Y no consumen medicamento sin prescripción médica en su mayoría.

Al investigar sobre los factores biológicos de las embarazadas tienen una talla normal, están en edad fértil las mujeres y la mayoría de los hombres, son mayores de 35 años. Intervalo intergenésico es corto, no muy frecuente, pero se encontraron factores de riesgo como: multíparas, abortos, muerte perinatal, cesáreas anterior, hipertensión arterial. Todos estos factores de riesgo son importante conocerlos antes de llegar al término del embarazo, para poder prevenir que se repitan en el embarazo actual.

I. INTRODUCCIÓN

Existe una tendencia al incremento de agresiones tanto a las mujeres embarazadas, como de estas al futuro bebe por nacer. De acuerdo con el modelo de análisis del curso de capacitación sobre prevención prenatal de discapacidades para mediadores en coordinación general de Hans Lohuis, y Hortencia Bustos, segunda edición 2002, resulta imprescindible valorar los diferentes tipos de agresiones que la propia mujer embarazada sufre por parte de la pareja o de otros familiares, así como las agresiones que sufre el futuro bebe por nacer.

Hay una gran preocupación a nivel mundial por la atención a una maternidad segura. La conferencia internacional sobre la maternidad sin riesgo, llevada a cabo en Nairobi, en 1987, convocada por OPS / OMS, con una iniciativa mundial para una maternidad segura donde se contempla el desarrollo de una reducción de la mortalidad materna en las Américas, aprobado en septiembre de 1990; en el que se suscribe compromisos de reducir las tasas de mortalidad, por los Ministerios de Salud de América.

Esta iniciativa esta basada en la preocupación de que cada año mueren 585,000 mujeres por causa relacionadas con el embarazo, parto y posparto, proceso que se percibe como saludable y normal (1).

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha venido ajustando sus políticas y estrategias en función de beneficiar a los grupos mas desprotegidos y vulnerables de la población, siendo las mujeres, niños y adolescentes quienes tienen mayor riesgo de enfermar y morir (2).

En Nicaragua las altas tasas de mortalidad materna constituyen uno de los principales problemas de salud publica, y tienen como propósito el reto que constituye alcanzar; una maternidad segura requiere de un mejoramiento continuo de atención a las mujeres embarazadas, para esto es imprescindible el uso permanente y aplicación correcta de las normas de atención prenatal (3).

Promover a los individuos y a las comunidades con la información que necesitan las embarazadas para evitar practicas erradas y promover cuidados básicos apropiados, las personas que asisten a las mujeres durante el embarazo tienen la oportunidad de educarlos sobre el cuidado de la salud, además pueden ofrecerles información sobre ingerir hierro y acido fólico sobre el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la malaria y asegurarse de que sabrán detectar y tratar las complicaciones inherentes de su estado (4).

Al nacimiento de un niño la pareja entra en una nueva etapa de vida, irreversible que se caracteriza por responsabilidades abrumadoras (5).

En énfasis de la tensión se pone en los aspectos preventivos educación y motivación de la mujer cuidados médicos inmediatos, solicitud de estudios o de la opinión de un experto o citas mas frecuentes para revisión (6).

Todas estas acciones nos ayudarán para que las embarazadas conozcan sobre los riesgos que puedan sufrir durante el periodo del embarazo, que son perjudiciales para su salud y la del futuro bebé, por esta razón es de importancia conocer, cuáles son las agresiones a las que se exponen las embarazadas de la ciudad de Bluefields y tener base en las orientaciones que se les darán en consejerías de controles prenatales.

II. ANTECEDENTES

En la Región Autónoma Atlántico Sur, el Ministerio Gubernamental “Mi Familia” solo atienden casos de reclamos sobre manutención familiar y casos sobre niños con problemas sociales.

En la Institución “La Comisaría De La Mujer, La Niñez Y La Adolescencia” los registros que llevan en la actualidad son las estadísticas en general de los casos de violencia intrafamiliar hacia la mujer.

En el Hospital regional Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad e Bluefields, se registran para el año 2006 con 1,518 nacidos vivos; 9 casos de mortalidad infantil entre los 7 días hasta los 11 meses, 23 óbitos, 20 mortalidad neonatal precoz, 92 abortos, 83 bajo peso al nacer, 38 prematuros, 240 nacimientos por cesárea.

Se registran para el año 2007, con 1,598 nacidos vivos; 6 casos de mortalidad infantil entre los 7 días hasta los 11 meses, 28 óbitos, 11 mortalidad neonatal precoz, 126 abortos, 85 bajo peso al nacer, 44 prematuros, 537 nacimientos por cesárea, entre el año 2006-2007 se registran 44 nacimientos con mal formaciones congénitas. Con tasa de mortalidad perinatal de 23.98, tasa mortalidad fetal de 17.22, tasa de mortalidad neonatal precoz 6.88, tasa de mortalidad neonatal temprana 0.63.

III. JUSTIFICACIÓN

Como prioridad del Ministerio de Salud, se han formulado diversas estrategias y políticas dirigidas a la atención Integral de maternidad segura, y así influir en producir acciones de prevención sencillas e inmediatas evitando en lo posible que la mujer embarazada se exponga a agresiones que puedan perjudicar su salud y el buen desarrollo del bebe, evitando posibles discapacidades, por esta razón se apoyo un proyecto para formación de mediadores de prevención prenatal de discapacidades impartido en la ciudad de Bluefields en el año 2002 – 2003, de donde surge la idea de realizar este estudio promover la calidad de atención en los controles prenatales es de importancia investigar las agresiones a que se están exponiendo nuestras embarazadas, y según los resultados de esta investigación realizar intervenciones en los distintos puntos claves de atención a adolescentes y mujeres en edad fértil y embarazadas en sus controles prenatales realizados en puestos de salud, centros de salud, consulta externa del hospital, y las consultas de empresas medicas y privadas, para la reducción de discapacidades, morbilidades, y mortalidad perinatal.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La pregunta del estudio es la siguiente:

¿Cuáles son las exposiciones a agresiones en el segundo trimestre de embarazo, consulta externa del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields-RAAS, Mayo- Julio del 2007?

Otras Preguntas del estudio son:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las embarazadas?
2. ¿Cuáles son las agresiones sociales a las embarazadas?
3. ¿Cuáles son las agresiones por factores biológicos?

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Describir exposiciones a agresiones en el segundo trimestre de embarazo, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields-RAAS, Mayo- Julio del 2007.

5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las características sociodemográficas de las embarazadas.
2. Identificar las agresiones sociales a las embarazadas en su segundo trimestre.
3. Reconocer las agresiones por factores biológicos

VI. MARCO DE REFERENCIA

El termino de violencia no fue utilizado por que violencia esta mas dirigido a actos violentos, cometidos en el hogar entre miembros de una familia, siendo un grave problema de todas las sociedades y sus victimas sufren principalmente problemas psicológicos para toda la vida y el termino agresiones que mencionamos en esta investigación son aquellas acciones, actitudes personales y sociales, que muchas veces pasan desapercibidas o simplemente por las condiciones y estilo de vida, son difíciles de evitar que sucedan, ya esa por desconocimiento o simplemente el hecho de no darle importancia al riesgo eminente; de deficiencia y discapacidades.

El término de discapacidad, esta categoría se refiere a actividades complejas e integradas, reflejas las consecuencias de una deficiencia. Hace referencia a toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad considerada normal para el ser humano. Es una limitación del desempeño normal de un individuo en las actividades de una vida diaria. (7)

El presente estudio está desarrollado para conocer el tipo de agresiones al que se exponen las embarazadas, que pueden causar alguna deficiencia o discapacidad, mortalidad y morbilidad a los niños/as por nacer, de esta manera iniciar un proceso de promoción educativa hacia las mujeres en edad fértil, y embarazadas en las Unidades de Salud, interviniendo eficazmente en aquellas causas que sean posibles de eliminar causando generando cambios en las orientaciones que se brindan en los Centros de Salud; orientadas a la prevención de discapacidades y deficiencias.

Y el término “deficiencia” en esta categoría se refiere a las funciones propias de cada parte del cuerpo, la definición esta dirigida a la exteriorización de una enfermedad y de un traumatismo, o a la consecuencia del daño. (8)

De las 500,000 muertes maternas que ocurren cada año, la mayoría ocurren en los países de desarrollo, y mueren alrededor de 8.1 millones de recién nacidos, la mitad de ellos durante el primer mes de vida y gran parte en los primeros días.

La maternidad segura tiene como objetivo asegurar que todas las mujeres tengan acceso a los cuidados maternos básicos, incluyendo atención Prenatal, promoción de la

Salud e información sobre señales y síntomas de complicaciones (9).

Y sobre los factores de riesgo siendo esta característica asociada a una mayor probabilidad de sufrir un daño (10)

Entre los principales factores de riesgo que condicionan a la elevada mortalidad y morbilidad materna e infantil se encuentran los factores socio económicos inadecuadas condiciones de higiene, alto riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico, y los factores relacionados con una deficiente calidad de atención (11)

Los cuidados preconceptionales son los que realiza la pareja que desea un embarazo previo a la concepción del mismo, estos controles preconceptionales se realizan con el objetivo de corregir conductas y factores de riesgo sexual y reproductivo o patológico que puedan alterar la evolución normal de futuro embarazo, se tiende a considerar sobre hechos importantes a tener consideración antes de embarazo, mientras que la misma se resuelve instruir sobre métodos anticonceptivos en un periodo preparatorio para el embarazo, ya que condiciona la salud de la madre y el futuro bebe, y elegir el momento oportuno (12).

Existen en el mundo alrededor de 600 millones de personas con discapacidades. Actualmente, según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, en América latina y el caribe habría 83 millones de personas con discapacidades. Un 40% de estas fueron afectadas desde la etapa Prenatal y/o al momento del nacimiento, se estima además que los niños menores e 5 años con alguna discapacidad, un 70% es atribuible a factores genéticos y problemas al nacer.

Este porcentaje es mucho mayor si, además de las deficiencias visibles al nacer, se contabiliza el gran número de bebés que revelan su discapacidad recién después de algunos años. Son niños y jóvenes con problemas de retraso en el desarrollo físico, intelectual y emocional.

De cada 100 nacimientos, 7 bebés nacen con una deficiencia que pueden resultar en una discapacidad ¡para toda su vida!

En el informe “La salud en las Américas 2001”, la Organización Panamericana de la Salud, informa que la muerte materna y de recién nacidos están fuertemente asociadas con ciertos factores; desconocimientos y niveles educativos bajos, desnutrición materna del hijo o hija en gestación, infección (ovular, fetal y neonatal), ruptura prematura de membrana, prematuridad, hipertensión crónica o inducida por el embarazo, parto distócico. Mucho de estos factores causan bajo peso al nacer, muerte perinatal, trastorno del crecimiento y desarrollo, secuelas neurológicas, correlacionándose varias de estas causas generando discapacidad.

Bajo peso al nacer

El 10% de los recién nacidos al momento del parto; son de bajo peso. Consideramos que es debido a la crisis socioeconómica, en muchos países de la región, la situación empeora ultimadamente, la falta de alimentación adecuada al bebé intrauterino puede causar varias deficiencias, y discapacidades; retardo del crecimiento intrauterino, prematuridad, alteraciones del desarrollo psicomotor y aumenta la mortalidad.

Causas de las deficiencias y discapacidades

Hasta el día de hoy no se cuenta con todas las respuestas explicativas deseadas y esperadas que respondan las causas de las deficiencias y discapacidades, la información científica ya revela; que las discapacidades de nacimiento pueden ser causadas por diferentes factores.

Discapacidad por causas ambientales

Para la comprensión de los factores ambientales que inciden en discapacidades, considero la categoría ambiental como el entorno en el que juegan múltiples factores, como: los provenientes del contexto social y cultural.

Discapacidad por causas sociales

Las causas ambientales que pueden contribuir a la multi causalidad de muchas discapacidades: la violencia, la pobreza, mala nutrición, servicios y prácticas de salud deficitarias, mitos y creencias.

1. Violencia contra Las Mujeres

Se sitúa en todo tipo de situaciones sociales y económicas, y esta profundamente enfatizada en la cultura de tal punto que millones de mujeres la consideran un modo de vida, por ello, cada vez más, se reconoce y acepta la violencia por motivos de género, es un problema de salud pública y una grave conculcación de los derechos humanos.

A nivel mundial, una de cada cuatro mujeres ha sido objeto de maltrato durante la gestación, considerando la violencia en salud reproductiva en mujeres pueden repercutir; en embarazos no planificados, acceso restringidos a la información sobre planificación familiar y anti conceptivos, abortos realizados en malas condiciones o lesiones a causa de un aborto después de un embarazo no deseado, complicaciones de frecuentes embarazos de alto riesgo, infección de transmisión sexual incluido el SIDA, problema ginecológico permanente, problema psicológico que afecta la condición general de la embarazada y de su bebé intrauterino.

La violencia contra las mujeres es una forma de relación social que atraviesa los mas diversos espacios cotidianos: familia, escuela, trabajo, calle, servicios de salud; es una expresión de poder hacia las personas que se consideran mas vulnerables de la sociedad: mujeres y niñas. La violencia considerada como agresión física, psicológica y sexual en diferentes etapas de ciclo vital, redundando muchas veces en la perdida de auto estima y autonomía lo que conlleva, a su vez, a que no siempre puedan por si misma tomar sus propias decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Muchas mujeres aceptan que ser "víctimas" es parte "de ser mujer". (13)

Agresiones psicológicas

Es claro que la vida no comienza con el nacimiento; el verdadero nacimiento inicial es la fecundación. Sin embargo, el interés por el conocimiento de las influencias emocionales sobre el bebé intrauterino durante el embarazo solo tiene algunos años.

La ciencia ha desarrollado diversas teorías sobre la vida psicológica prenatal. A partir de los años 60, distintos neurólogos empezaron a investigar y a proporcionar pruebas fisiológicas de que el bebé intrauterino es un ser que oye, percibe y siente; fue así como se pudo establecer que podía escuchar estímulos provenientes del exterior desde el sexto o quinto mes. El hecho que el bebé intrauterino reciba información sensorial y muestre un tipo de respuesta nos remite un nivel de aprendizaje, digno para ser tomado en cuenta para comprender que estamos frente a un ser humano en posesión de los requisitos básicos del aprendizaje.

Se demuestra que fuertes impactos emocionales en la madre condicionan cambios en la composición química del medio interno. De algún modo estas variaciones al bebé intrauterino, determinando en él distintos efectos: aceleración del ritmo cardíaco, irritabilidad, hiperactividad e hipertonicidad, facilidad para el llanto, trastornos del sueño, dificultades de alimentación, trastornos gastrointestinales, insuficiente aumento de peso.

Así mismo, también el desequilibrio mental de la madre incluye la posibilidad de conducta de riesgo para su embarazo: mala alimentación, alcohol, drogas, medicamentos no indicados, tabaco, falta de adecuada protección frente a accidentes y despreocupación para realizar controles médicos. El sentimiento de rechazo hacia el niño y la consecuente angustia, miedo o depresión suelen ser la causa de estas actitudes. Por otro lado, se ha determinado que el estrés materno determina mayor posibilidad de complicaciones durante el embarazo.

Estudios recientes reportan correlación entre estrés materno y autismo. El bebé intrauterino adquiere la categoría de un delicado receptor y, quizás ejecutor, que capta innumerables y variados estímulos, al mismo tiempo que complica su sistema psicológico.

El estado emocional y mental de la madre influye de manera directa sobre los sistemas inmunológicos. Por eso las relaciones de pareja y en familia, el ambiente de trabajo, y las relaciones interpersonales, la aceptación o rechazo del embarazo y, en general, todo aquello que constituye la vida psicoafectiva de la madre repercute de manera positiva o negativa sobre los sistemas corporales de defensa del bebe intrauterino.

Existen muchas otras agresiones socioculturales que pueden provocar discapacidad o deficiencias en el bebe por nacer: pobreza, falta de atención médica adecuada, falta de políticas públicas adecuadas de salud y de educación, mitos y creencias, tipo de trabajo, factores socioeconómicos, analfabetismo.

2. Pobreza y malas condiciones laborales

En el contexto productivo cada vez son más frecuentes las familias dirigidas por mujeres debido a la ausencia del hombre en la casa, significando mayor carga de trabajo, largas jornadas y tareas pesadas.

En el sector productivo las políticas laborales en muchas ocasiones no se cumplen, habiendo aceptación de largas jornadas, condiciones peligrosas, presiones emocionales y físicas, incapacidad para negociar transferencia personal aun en el proceso del embarazo, en estas circunstancias el limitado acceso a la educación y la pobreza muestran fuertemente sus interrelaciones e inciden en la toma de decisiones.

3. Mala nutrición y bajo peso del recién nacido

La mujer embarazada que se alimenta insuficiente o inadecuadamente el hijo intraútero, no puede desarrollarse en forma apropiada, vale señalar que los hijos que nacen con bajo peso o prematuros son sensibles a desarrollar, entre otros problemas, Dificultad de aprendizaje y también se clasifican como deficiencias.

Los servicios de salud con práctica de baja calidad y calidez, reflejan inequidad y son factores que se convierten en riesgo y peligro para la atención de las mujeres embarazadas.

Muchos progenitores y sus familias no siempre están preparados para recibir a un nuevo miembro. En el escenario más positivo, la noticia de un embarazo planeado o casual puede ser un motivo para recibir manifestaciones de alegría, solidaridad, y apoyo en casa y el trabajo entre familiares y amigos, quienes comparten los momentos de felicidad de los futuros padres; pero el escenario negativo puede ser motivo de lo contrario. En la mayoría de las ocasiones, el embarazo no planeado es visto como tropiezo y muchas veces es el origen de una serie de problemas o situaciones de tensión, ya que por sus consecuencias no solamente afecta las condiciones personales de la pareja y de la familia, sino también conlleva complicaciones negativas sobre su economía. Por lo general la responsabilidad de la planificación de los embarazos recae sobre la mujer; mientras el hombre se desentiende del tema. Casi siempre, la mujer es quien debe cuidarse de no embarazarse, independientemente de las circunstancias de relación con el hombre. En parejas donde la mujer sufre de una situación de violencia, ésta puede ser un riesgo para la gestación y el desarrollo del feto.

Planificar los embarazos es fundamental para prevenir las discapacidades. Por tal motivo este tema entra en la agenda de prenatal, y es considerado de incumbencia de la familia y de la sociedad. Prenatal propone la aceptación del embarazo como primera condición para que el ambiente en el que se desarrollará el embarazo sea emocional, física y comunitariamente lo más adecuado posible a la realidad de la gestante y su familia. Una gestación aceptada garantiza, en primer lugar un proceso de involucramiento y autocuidado de la mujer gestante y, luego, el involucramiento, participación y cuidado de su familia. En caso de no haberse planificado el embarazo, la aceptación por parte del progenitor requiere muchas veces de un proceso más largo. La corresponsabilidad en la gestación no siempre es aceptada y positiva; por ello, es de mucha importancia incluir a los hombres en los programas relacionados con salud reproductiva y regulación de la fecundidad. (14)

Estilo de vida y comportamientos.

Automedicación: durante una visita medica de preparación para el embarazo, debemos preguntar a la mujer sobre la automedicación, incluyendo el uso ocasional de medicamentos de venta libre para el dolor de cabeza o el resfrió.

Las familias muchas veces utilizan la quema como medio de eliminación de la basura esta practica no solo afecta el ambiente con el calentamiento global, las mujeres embarazadas les puede producir fatiga dolor de cabeza enfermedades pulmonares, perdida del conocimiento, muerte. Al bebé retardo del crecimiento intra útero, alteraciones en el desarrollo mental, peso bajo, parto prematuro. (15)

Presencia cotidiana de mascotas: indagar si la pareja tiene animales como gatos, cerdos, que puedan ser agentes de transmisión de enfermedades peligrosas y enfrentar una posible discapacidad. Es fundamental informar a las parejas sobre los posibles riesgos y cuidados necesarios. (16)

Una cultura tan rica como la de nuestros pueblos rodea la comprensión, aceptación y vivencias de la gestación, como trabajadores de la salud es necesario influir en construir una cultura de prevención prenatal, negociando con el encuentro intercultural. (17)

Agresiones por drogas sociales

Muchos de agresiones que sufren los bebés intrauterino están ligadas al uso de drogas muchas de ellas llamadas de aceptación social, de las cuales constituyen agentes teratogenos, algunos como parte de nuestros malos hábitos cotidianos, provocando en los recién nacidos condiciones negativas como retardo del crecimiento intrauterino y sobre todo presencia del síndrome de abstinencia en el bebé al momento del nacimiento. Esta problemática tan importante y tan difusa y los conocimientos son limitados, y las consultas médicas generalmente son muy vagas, y pocos claras y las madres por temor o vergüenza se niegan a informar.

Alcohol; es una droga psico-activa que altera la mente y degenera progresivamente varios tejidos del organismo, en gestantes alcohólicas, la consecuencia es un bebé con síndrome alcohólico fetal; su incidencia a escala mundial, es de 1.9 por cada 1,000 nacimientos. Con respecto a la consecuencia de la ingesta moderada de alcohol durante la gestación, Hanson y colaboradores; encontraron, las que consumieron diariamente entre 30 y 60 ml. de alcohol absolutos (2 a 4 cervezas, 240 a 480 ml. De vino de mesa, y 60 a 120 ml. de alcohol) durante el primer trimestre tuvieron rasgos y signos congruentes con síndrome alcohólico fetal, siendo las primeras manifestaciones clínicas, retardo del crecimiento intrauterino y postnatal, dismorfismo craneofacial, alteraciones neurológicas, dependencia al alcohol.

El retraso del crecimiento es muy frecuente especialmente del perímetro craneal, mientras que la talla se afecta más que el peso, el dismorfismo esta caracterizado por; fisuras palpebrales pequeñas, raíz nasal plana, hipoplasia malar, labio superior fino y con menor frecuencia anomalías articulares estrabismos micrognatia y labio hendido.

Como hallazgo clínico en el síndrome alcohólico fetal podemos mencionar;

- A) Alteraciones en el crecimiento del bebé: retraso del crecimiento prenatal y postnatal, disminución del tejido adiposo, cognición, retraso psicomotor y mental, hiperactividad, hipotonía.
- B) Alteraciones en la coordinación motora del bebé: problemas del lenguaje, problemas de comportamiento, dismorfismo facial, microcefalia, fisuras palpebrales pequeñas, ptosis, hipoplasia maxilar, labio superior fino, nariz corta antevertida, micrognatia, esqueléticas, dislocación congénita de la cadera, anomalías en la posición del pie, alargamiento, terminal de la falange, anomalía en los surcos palmares, anomalías de la columna vertebral cervical.
- C) Alteraciones cardíacas del bebé: anomalías del tabique interventricular, anomalías del tabique ínterauricular.

- D) Otras posibles alteraciones en el bebé: labio hendido, miopía, estrabismo, epicanthus, sordera, orejas prominentes, anomalías de la caja torácica, hemangiomas, hipoplasia de labios menores, dientes pequeños con pérdidas de esmalte, hidronefrosis, hernia.

Tabaco: los efectos que el tabaco produce en la mujer embarazada en relación con la cantidad de cigarrillos que consume, y si lo hace durante todo el periodo gestacional o en solo parte de los, algunos hallazgos clínicos hallados con la exposición intrauterina al tabaco son:

- A) Alteraciones en el embarazo: abortos espontáneos, partos prematuros, ruptura prematura de membrana, mortalidad perinatal, placenta previa, retardo del crecimiento intrauterino, hipoxemia fetal.
- B) Alteraciones en el crecimiento: ligero retardo psicomotor con dificultad a las matemáticas y lectura, déficit de atención, comportamiento desadaptativo, temblores finos, hiperactividad de los reflejos motores.
- C) Anomalías congénitas: paladar hendido, anomalías del tubo neural, deficiencia congénita de extremidades.

Cafeína: en cantidades moderadas el café ingerido a modo de costumbre social y familiar, no significa riesgo materno-fetal, en todos los casos parece que los riesgos tienen relación con ingesta de 150 mg. por día o más que corresponde al consumo de 6 a 8 tazas diarias, se han reportado anomalías como anomalías de nacimiento, partos pretérmino, bajo peso al nacer, y abortos espontáneos. (18)

Las agresiones biológicas son, discapacidades por causas genéticas: en vista que en la gran mayoría de los casos, en nuestros países, (todavía) no tenemos las posibilidades para interferir sobre los factores genéticos, nos limitamos a factores sobre los que sí podemos influir.

Agresiones por enfermedades no infecciosas de la madre.

Diabetes sacarina de la gestante: se trata de una enfermedad metabólica crónica, caracterizada por un déficit de insulina pancreática en la circulación, lo que motiva una hipoglucemia (aumento de los niveles de azúcar en la sangre) con aumento del catabolismo de las proteínas y las grasas. Sin duda, existe la necesidad de contar con índices y mediciones más precisos para identificar mecanismos teratogenos en el embarazo de la diabética. Algunos de los signos mas comunes de embriopatía diabética incluyen: anomalías de la columna, CIV, transposición de los grandes vasos, anomalías del corazón, riñones y genitales externos, macrosomía, holoprosencefalia (falta de división de la frente en hemisferios), meroanencefalia, agenesia sacra.

Hipertensión inducida por el embarazo, (HIE) o preeclampsia. En termino genérico que se utiliza para describir una enfermedad de la mujer embarazada que se caracteriza por el desarrollo recurrente, de acumulación de líquidos en el tejido intersticial (edema), presión arterial elevada (hipertensión) y excreción de grandes cantidades de proteínas por la orina (proteinuria). Este proceso se presenta después de 20 ó 24 semanas de la gestación. La causa de este problema permanece desconocida a pesar de las múltiples investigaciones y de los libros dedicados a esta entidad.

Incidencia: la HIE es un problema importante de salud pública del que no se conoce con precisión su incidencia real.

Consecuencias: de su fisiopatología se sabe que afecta conjuntamente a la madre y al feto, siendo una de las causa de morbilidad y mortalidad fetal. La HIE es la causa única más común de muerte materna en el embarazo tardío, particularmente en los países del tercer mundo. Es la causa primordial de las muertes perinatales; además esta asociada a retardo en el crecimiento intrauterino y alteraciones conductuales en los infantes sobrevivientes. Otras causas: existen muchas otras causa biológicas que pueden causar embarazos complicados y por tanto discapacidades; edad materna mayor a 35 años, que reporta

relación con el apareamiento de anomalías como el síndrome de Down, o tendencias a desarrollar complicaciones durante el embarazo como HIE o preeclampsia, edad paterna mayor, edad materna menor a 20 años, tiempo corto entre un embarazo y otro (intervalo intergenésico), embarazo múltiple, estado nutricional deficiente de la madre, malos resultados obstétricos y perinatales en embarazos anteriores.

Características básicas del paciente: (talla, peso y edad ginecológica), La talla del paciente tiene relación con la proporción en el diámetro céfalo pélvico. Una talla pequeña (menor a 145 cm) requiere especial atención para evitar los traumatismos obstétricos durante el parto. De ser el caso la pareja debe estar informada de esta condición de riesgo materno.

Las mujeres excedidas de peso deben obtener ayuda (para bajar de peso) antes de quedar embarazadas. Según estudios recientes publicados por la “American Medical Association” (Asociación Americana de Medicina) las mujeres con exceso de peso tienen entre dos y cuatro veces, más probabilidades de tener un bebé con un defecto del tubo neural, que las mujeres que presentan un peso correspondiente a su talla. La edad ginecológica de la paciente debe valorarse frente al riesgo obstétrico y a la luz de las tendencias de peligro frente a discapacidad. Una edad ginecológica menor de tres años es un factor negativo.
(19)

Los antecedentes médicos con un buen control previo a la concepción buscan identificar factores que puedan constituir. Un riesgo del bebé frente a discapacidad.

Inmunizaciones previas, indagar sobre vacunación materna contra rubéola, varicela, hepatitis B, tétanos. Grado de inmunidad contra infecciones como la rubéola, citomegalovirus, toxoplasma, hepatitis B, varicela, sífilis.

Periodos menstruales: interesa el autoconocimiento de la mujer y de su pareja respecto del tema, fortaleciendo el conocimiento de los días fértiles del ciclo para planear un embarazo. Ello ayudara posteriormente a garantizar información confiable para el cálculo de la edad gestacional.

Los miembros de la pareja deben conocer su factor RH. En caso de incompatibilidad será necesario proporcionarles toda la información que les permita evaluar los posibles riesgos. Resultado de embarazos previos; en casos de embarazos difíciles o que presentaron complicaciones sobre todo en el tercer trimestre, es necesario evaluar con la pareja los riesgos de una nueva gestación.

Métodos anticonceptivos hormonales o mecánicos, la pareja debe estar informada de los cuidados temporales, posteriores a la suspensión del método, que se deben llevar para el embarazo, de desearlo.

Antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, indagar sobre ITS en los dos miembros de la pareja, permite orientar sobre los riesgos de estas infecciones y la salud de un bebé intraútero, así como plantear la corresponsabilidad de la pareja sobre la base de comportamientos responsables y seguros en su vida sexual.

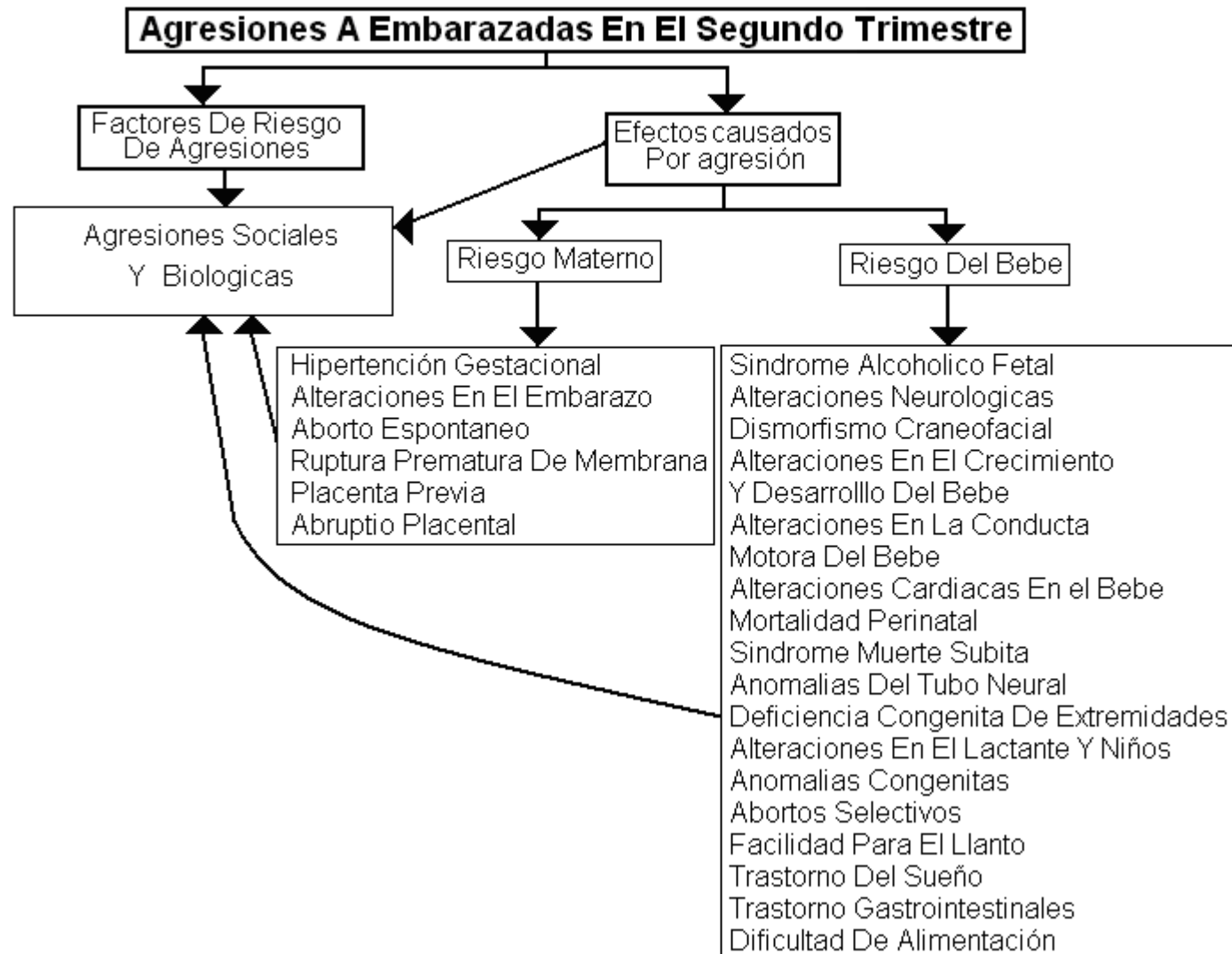
Riesgos obstétricos; aquí toma importancia el intervalo intergenésico, edades de riesgo obstétrico, hipertensión, diabetes materna, epilepsia materna, antecedentes de preclampsia, placenta previa, partos prematuros, muertes fetales y neonatales, abortos espontáneos a repetición, hijos nacidos con RCIU, entre otros los mas relevantes.

Datos familiares; la historia genética materna y paterna permite construir escenarios de riesgos, frente a la concepción de un bebé, si la historia genética parental reporta antecedentes de enfermedades hereditarias, de anomalías cromosómicas, de posibles mutaciones genéticas por exposición a teratogenos, características de tendencia étnica, antecedentes familiares de discapacidad mental o desarrollo anormal, etc.

El conocimiento de factores genético de riesgo; y su prevalencia o ausencia generacional ayuda a determinar la posible ausencia o presencia de los riesgos y puede orientar a definir los exámenes necesarios para reconocer la potenciabilidad real del riesgo, considerar la posibilidad de un consejo genético, fortalecer el conocimiento de la pareja, sobre su propio genoma y de su aporte genético a la creación de un nuevo ser.

Enfermedades diagnosticadas; control de infecciones buco dentales, con lo cual se previene problemas dentales durante el embarazo. Las enfermedades maternas mas frecuentes son la hipertensión crónica, la diabetes millitus y la anemia. Es importante descartar patologías como útero anexial y carcinoma de mamas, que durante el embarazo podrían presentar complicaciones y demandar tratamientos que afecten al bebé intraútero y pongan en riesgo la vida materna. (20)

Modelo Explicativo Del Estudio



VII. DISEÑO METODOLÓGICO

Área de estudio

Se investigo sobre las agresiones que se exponen las embarazadas de una manera indirecta y pueden afectar el crecimiento y desarrollo normal del feto.

El estudio

El tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, sobre agresiones sociales, y por factores biológicos, se seguirá el modelo de variables e indicadores en su mayoría especificados en el curso de capacitación sobre prevención prenatal de discapacidades para mediadores. (21)

Universo y Muestra:

Total de consultas a embarazadas 269 de ellas 84 fueron consultas del segundo trimestre de embarazo, excluyendo las subsecuentes, quedaron un total de 63 embarazadas que fue la muestra.

Marco muestral:

Consulta externa del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.

La unidad de análisis:

Serán las embarazadas que participen en el estudio.

Unidad de observación:

Embarazadas entre el segundo trimestre que asistan a consulta externa del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.

Variables:

Agresiones sociodemográficas:

Lugar de residencia
Ocupación.
Nivel de educación
Estado civil actual.
Numero de habitantes en el hogar.
Numero de cuartos.
Eliminación de desechos sólidos.
Numero de animales domésticos.

Agresiones sociales.

Alcohol
Tabaco
Café
Violencia.
Falta de atención medica,
Trabajo con esfuerzo físico.
Embarazo actual deseado.
Suministro medicamentos para interrumpir el embarazo.
Actividades preconcepcionales.
Atención del parto anterior.
Consumo de medicamentos sin prescripción medica.
Tinturarse el cabello.

Agresiones Por Factores Biológicos:

Talla

Edad de la madre.

Edad del padre.

Intervalo inter genésico.

Embarazo múltiple.

Múltipara.

Antecedentes de abortos.

Antecedentes de muerte perinatal.

Antecedentes personales.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento.		Adolescentes Adultas Edad mayor de 35
Lugar de residencia	Lugar donde vive		Urbana Rural
Ocupación	Trabajo que desempeña por medio del cual puede recibir una remuneración salarial.		Ama de casa Estudia Trabajo reenumerado
Nivel Académico	Conocimiento de enseñanza alcanzada.	0 grado 1ro -6to gdo 1er -5to año 1er -5to año	Analfabetas Primaria Secundaria Universitaria
violencia	Relación social de agresión hacia la mujer embarazada y al futuro bebé por nacer.		Psicológica Física Económica
Falta de atención medica.	Inaccesibilidad de atención de salud requerida.		Si No
Trabajo con esfuerzo físico	La aceptación de largas jornadas, condiciones peligrosas, presiones emocionales y físicas, durante el proceso del embarazo.		Si No
Embarazo actual deseado	Satisfacción personal de la condición del embarazo.		Si No

Suministro de medicamentos para interrumpir el embarazo	Decisión personal de ingerir algún tipo de medicamento comercial, o de origen natural para impedir el desarrollo del crecimiento fetal.		Si No
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	ESCALA	INDICADOR
Actividades preconcepcionales	Preparación de actividades previo al evento del embarazo para garantizar una concepción satisfactoria.		Si No
Antecedentes personales	Relación de posible riesgo de complicaciones durante el embarazo y parto, para la madre y/o el Bebé.	TBC pulmonar Diabetes Hipertensión Preeclampsia/eclampsia Cirugía reproductiva Infertilidad VIH Cardiopatías Condición medica grave	Si No

Criterios de Selección:

Criterios de inclusión: Se incluyo en el estudio todas las embarazadas del segundo trimestre que asistieron a consulta externa del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.

Criterios de exclusión: Todas las embarazadas que no cumplan estos criterios, aquellas que ya se les halla aplicado la encuesta en su cita anterior y las que no aceptan ser parte del estudio.

Fuente y obtención de los datos:

Fuente primaria a embarazadas del segundo trimestre.

Técnicas e instrumentos: La técnica de investigación encuesta su instrumento el cuestionario.

Procesamiento de la Información: Se proceso por medio del programa “Epi Info, versión 3.3.2 del 2005”

Análisis de datos: El análisis de datos se realizo por medio de una descripción exhaustiva de los datos obtenidos en la encuesta realizada a las embarazadas de consulta externa y así poder demostrar con los resultados, cuales son las agresiones al bebé que se exponen las embarazadas de nuestra región y de esta manera poder orientar actividades y estrategias de intervención y prevención de discapacidades, mas dirigidas a los riesgos eminentes a que se están sometiendo que son perjudiciales tanto para la salud de la Mujer Embarazada y del futuro Bebé por nacer de esta manera influir directa e indirectamente para disminuir las muertes perinatales, morbilidades y discapacidades en los Recién Nacidos.

Cruce de variables:

Agresión por violencia- edad.

Embarazo deseado – edad.

Embarazo deseado – escolaridad.

Embarazo deseado – estado civil

Tipo de parto – edad

Tipo de parto – escolaridad

Consumo de medicamento sin prescripción medica en el embarazo - escolaridad.

Intervalo intergenésico – edad.

Intervalo intergenésico – estado civil.

Trabajo de campo o terreno:

Se solicito formalmente al equipo de dirección del Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, la autorización para el desarrollo y realización de la investigación.

Aspectos éticos:

La encuesta fue realizada por personal capacitado de la maestría de salud pública, garantizando privacidad y será completamente anónima.

VIII. RESULTADOS

1. Se encuestaron a 63 embarazadas del segundo trimestre de las cuales el 71%(45) son del área urbana, 84%(54) ama de casa, 43%(27) son analfabetas y de primaria, seguido del 40%(25), secundaria, 53%(34) acompañadas.

(Ver anexo tabla número 1, 2, 3, 4).

El 64%(40) no viven en hacinamiento, 56%(35) no utilizan el camión de la basura 88%(53) tienen mascotas en sus hogares.

(Ver anexo tabla número 5, 6, 7).

2. En relación a las agresiones sociales el 52%(33) consumen cafeína, 97%(61) no consumen alcohol ni tabaco durante el embarazo, ante un 3%(2) que consumen alcohol y tabaco, 100%(63) reciben atención medica sin problema, 84%(53) no realizan trabajo con esfuerzo físico, 98%(62) no realizan actividades preconcepcionales.

(Ver anexo tabla número 8).

El 78%(49) no tienen agresiones por violencia, seguido del 22%(14) que si reciben agresiones por violencia, relacionándolas con la edad fértil 13%(6) es física 11%(5) es psicológica y económica. En edad mayor de 35 años ,60%(3) sufren violencia económica. (Ver anexo tabla número 8, 9).

El 75%(45) deseaba el embarazo, 28%(18) no lo deseaba, entre ellas el 28%(13) son de edad fértil, 25%(3) adolescentes, según escolaridad 43%(3) son analfabetas, 40%(8) de primaria no desean el embarazo, 60%(3) no deseaba el embarazo.

(Ver anexo tabla número 8, 10, 11, 12).

El 59%(37) fue parto institucional, entre las adolescentes 8%(1) realizo parto institucional al igual que el domiciliar, entre las de edad fértil 72%(33) utilizo parto institucional, las de edad mayor de 35 años 80%(4) fue parto institucional, 82%(9) son universitarias con parto institucional.

(Ver anexo tabla número 13, 14, 15).

84%(53) no consumió medicamentos sin prescripción medica, 16%(10) si consumió medicamentos sin prescripción medica entre ellas9%(2) son universitarias, 16%(4) de secundaria.

(Ver anexo tabla número 8, 16).

3. Según las agresiones por factores biológicos el 92%(48) tienen buena talla, 73%(46) no hay riesgo por la edad de la madre, pero el 78%(49)si hay riesgo por la edad del padre,30%(19) son multíparas, 8%(5)tienen antecedentes de abortos, 6%(4) muerte perinatal, 8%(5) padecen de hipertensión arterial, 17%(11) tienen cesaría anterior, 40%(25) tiene intervalo intergenésico corto de las cuales 46%(21) son de edad fértil, 20%(1)de edad mayor de 35 años, 65%(13) casadas.

(Ver anexo tabla número 8, 17, 18, 19)

IX. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. los resultados obtenidos de las 63 embarazadas del segundo trimestre, En su mayoría del área urbana se les facilita el acceso a los controles prenatales. Las ama de casa, a pesar de ser un factor que garantice el mejor cuidado del bebé al nacer, son totalmente dependientes del esposo para la economía familiar. Siendo la mayoría con bajo nivel académico, disminuye el nivel de comprensión sobre la importancia de los controles prenatales y los cuidados de antes, durante y después del embarazo. La mayoría tienen una relación de pareja de acompañado siendo inestable socialmente.

A pasar que la mayoría respondió, no vivir en hacinamiento, hay un grupo representativo que si, sumándole la existencia de animales domésticos, y que la mayoría no utiliza el camión de la basura. Por su estado inmunológico disminuido por el embarazo, aumenta el riesgo de enfermarse, al quemar la basura el humo es perjudicial tanto para la madre con daños reproductivos, como para el bebé con mal formaciones y enfermedades, la presencia de animales aumenta el riesgo de transmitir enfermedades peligrosas a las embarazadas como toxoplasmosis entre otros afectando directamente al bebé con mal formaciones, óbitos, y la morbilidad y mortalidad.

2. La agresiones sociales en embarazadas del segundo trimestre son consumen cafeína durante el embarazo el consumo habitual no representa gran riesgo solo en cantidades mayores a 150 mg, consumen alcohol y fuman, un pequeño grupo con mayor riesgo de presentar deficiencia y discapacidades al nacer el bebé.

La falta de atención médica, por apoyo de la casa materna y gestiones locales no resulto factor de riesgo un este grupo encuestado.

Realizan trabajo con esfuerzo físico, como la mayoría son amas de casa probablemente subestimen su trabajo y no lo ven riesgoso. A pesar de todas las actividades que realizan, No contamos con agua potable para lavar, cocinar, limpiar la casa, bañar a los niños, tienen que jalar agua, atender a la familia. Siendo este un ejemplo del riesgo al peligro que se someten las embarazadas en el hogar.

Las actividades preconcepcionales, no es una cultura presente en nuestra realidad de darle importancia a la preparación de ser padre de un recién nacido con el menor riesgo de sufrir alguna deficiencia, discapacidad, enfermar o morir al nacer.

Las Agresiones por violencia económica, generan preocupación de no saber como suplir las necesidades básicas del bebé y sus hermanos influye en su estado emocional y de alimentación por no poder comprar lo necesario para su nutrición. Las Agresiones por violencia física, los golpes el dolor las secuelas influyen en u estado de animo, riesgos de abortos, nacimientos prematuros, muertes perinatales. Las que sufren violencia psicológica esta predispuestas a disminuir el sistema inmunológico del bebé, cundo la madre se expone a sustancias toxicas alcohol, descuido personal, desinterés de ir a los controles prenatales, desinterés por alimentarse produciéndole al bebé deficiencia de aprendizaje, y bajo peso al nacer. El deseo de tener un embarazo normal influye en el buen crecimiento y desarrollo del recién nacido,

El parto domiciliario se corre el riesgo de que estas madres decidan nuevamente quedarse en casa, a pesar del riesgo del embarazo actual, la educación y negociación con ella y la familia es importante por que no todos los parto son iguales.

Se encontraron embarazadas que consumieron medicamentos para interrumpir el embarazo, práctica de riesgo, para la vida de la madre como la del bebé.

Un grupo acepto que consume medicamento sin prescripción médica durante el embarazo, exponiendo al bebé con posibles mal formaciones y hasta la muerte del bebé. Encontrándose que se tinturan el cabello durante el embarazo, los tintes contienen sustancias químicas que pueden causarles deficiencias y/o discapacidades o la muerte o perinatal

3. según las agresiones por factores biológicos, se encontraron embarazadas con talla baja, en este grupo, su riesgo de deficiencia y discapacidad se aumenta al término del embarazo.

Las madres adolescentes y mayores de 35 años, por ser de grupos de edades extremas hay mayor riesgo obstétrico mas padres mayores de 35 años y adolescentes, al igual tanto el padre como la madre en edades extremas predisponen a nacimientos de bebé con algún tipo de discapacidad o deficiencia, aumenta la probabilidad de Síndrome de Down.

Se encontraron embarazadas con intervalo intergenésico cortos, aumentan el riesgo materno y para el bebe de carencias nutricionales tanto, para el niño anterior por que es privado de seguir siendo amamantado, como para el actual por la mujer no a sido totalmente recuperado su organismo.

Entre las embarazadas se encontraron con antecedentes de aborto, muerte perinatal, cesáreas, hipertensión arterial, predisponen riesgo eminente para el embarazo actual de presentar complicaciones durante en embarazo, con perdidas fetal, nacimientos prematuros, bajo peso al nacer entre otras deficiencias, discapacidades y muerte perinatal.

X. CONCLUSIONES

1. Las características socio demográficas de las embarazadas estudiadas la mayoría son del área urbana, ama de casa, acompañadas, con un hijo, con un nivel educativo de secundaria, la mayoría no utiliza e camión de la basura, y tienen animales mascotas dentro de sus hogares.

2. Las agresiones sociales la mayoría toma cafeína, y no muy común alcohol y tabaco. , la violencia que más sufre es la económica, sin problemas para recibir atención médica, cursan un embarazo deseado, no han ingerido nada para abortar, no realizaron actividades preconcepcionales, con parto institucional, y no consumen medicamento sin prescripción médica.

3. La mayoría se las embarazadas tienen una talla normal, en edad fértil, con intervalo intergenésico corto, no muy frecuente pero se encontraron factores de riesgo como: multíparas, abortos, muerte perinatal, cesáreas anterior, hipertensión arterial y la mayoría de los hombre son mayores de 35 años.

XI. RECOMENDACIONES

Para el SILAIS:

1. Capacitar al personal con temas de prevención de deficiencias y discapacidades, Con un enfoque integral y sobre la importancia de las actividades preconcepcionales.
2. Elaborar una guía de capacitación en promoción de la importancia de promocionar, una cultura de prevención dirigida a adolescentes, familia y comunidad.

Para atención primaria:

1. Introducir en las reuniones de club de madres, temas relacionados a la cultura de la prevención de discapacidades.
2. Implementar una estrategia de promoción anual, de prevención de discapacidades.
3. Incluir en los roles de charlas y de educación permanente; temas relacionados a las actividades preconcepcionales que debe de realizar una pareja que desea un bebé y sobre la prevención de discapacidades.
4. Capacitar a los brigadistas de salud sobre las actividades preconcepcionales y prevención de discapacidades.

Para la escuela de enfermería:

1. Incluir en su plan docente, la promoción de actividades preconcepcionales en prevención de discapacidades.
2. recomiendo realizar la segunda fase el estudio, sobre las repercusiones al recién nacido.

Para el Hospital:

1. Incluir en los roles de charlas de consulta externa y sala de maternidad; temas relacionados a las actividades preconcepcionales que debe de realizar una pareja que desea un bebé y sobre la prevención de discapacidades.
2. Capacitar al personal en educación permanente sobre las actividades preconcepcionales y prevención de discapacidades.

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Plan nacional de la reducción de la mortalidad materna, prenatal e infantil, dirección de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, departamento de atención integral a la mujer, impreso en el editorial Somarriba, marzo 2000.
2. Modulo maternidad segura II, material del participante, dirección del primer nivel de atención MINSA, ASDI, OPS, UNICEF, primera edición, Managua, Nic. 2002.
3. Dr. Diony J. Fuente Cortés, MSSR. Lic. Clarisa Morales Pedroso, MSC. Etal. Modulo maternidad segura I, material del facilitador Ira. edición, Managua 2002, publicado por la agencia de los Estados Unidos
4. División de la salud de la familia Organización Mundial De La Salud, Organización Panamericana De La Salud, división y protección de la salud, maternidad segura, paquete Madre Bebé, implementado por la maternidad segura en los países, edición Managua 2002.
5. Aids Lond Ladewig, Enfermería Materno Infantil IV edición, Mc Graw Hill interamericana impreso en México, agosto 2001, Sally B. Olds RNC, MS, Pág. 296.
6. Beischer. Mackay. Colditz. Obstetricia y Neonatología III Edición, impreso en México 1997.
7. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo I, Discapacidad y Prevención Formación de Mediadores, Prenatal II edición 2002, editorial Argudo, Págs. 15 - 17, 19 – 22, 24.
8. Pernoll Benson, Pernoll Martín L. Obstetricia y Ginecología, X edición, Mc Graw Hill. Op. Cita Pág.
9. Organización Mundial De La Salud, Organización Panamericana De La Salud, división y protección de la salud, maternidad segura, paquete Madre Bebé, Op cita Pág.
10. Dr. Diony J. Fuente Cortés, MSSR. Lic. Clarisa Morales Pedroso, MSC. Etal. Modulo maternidad segura I, Op cita Pág.
11. Plan nacional de la reducción de la mortalidad materna, prenatal e infantil, dirección de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, Op cita Pág.
12. Schwarcz Ricardo, Fescina Ricardo, Duverger Carlos, Obstetricia Schwarcz-Sala-Duverger, editorial Ateneo, sexta edición, Buenos Aires, Junio 2005, Pág. 172.

13. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo II, Agresiones al Bebé por Nacer, Formación de Mediadores, Prenatal II edición 2002, editorial Argudo, Págs. 37 - 42, 44 - 49
14. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo IV, Ecología Fetal y Prevención Prenatal de Discapacidades, formación de Mediadores, Prenatal II edición 2002, editorial Argudo, Págs. 8 – 10
15. Lohuis Hans Bustos Hortencia. Talleres población general, construyendo una cultura de prevención, Op cita taller 7 Pág. 5.
16. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo IV, Ecología Fetal y Prevención Prenatal de Discapacidades, formación de Mediadores, Op cita Pág.
176. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo I, Discapacidad y Prevención Formación de Mediadores, Op cita Pág.
18. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo II, Agresiones al Bebé por Nacer, Formación de Mediadores, Op cita Pág.
19. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo IV, Ecología Fetal y Prevención Prenatal de Discapacidades, formación de Mediadores, Op cita Pág.
20. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo IV, Ecología Fetal y Prevención Prenatal de Discapacidades, formación de Mediadores, Op cita Pág.
21. Lohuis Hans Bustos Hortencia, modulo I, Discapacidad y Prevención Formación de Mediadores, Op cita Pág.

ANEXOS

Objetivo 1

Tabla N° 1

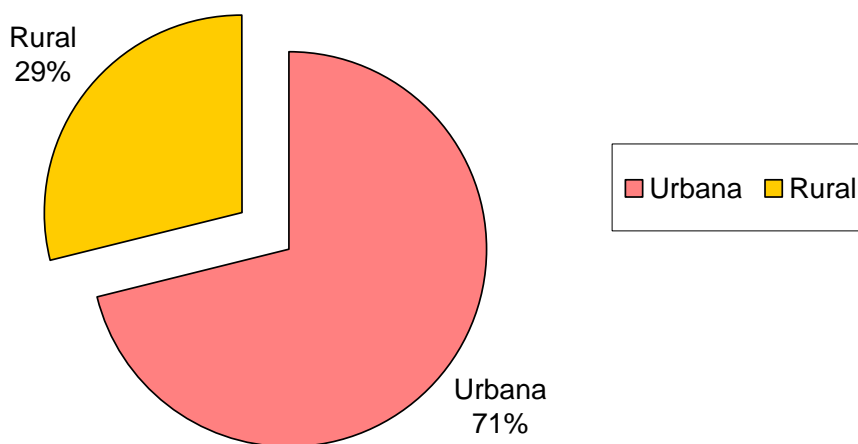
Lugar de residencia de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Lugar de Residencia	Nº	%
Urbana	45	71
Rural	18	29
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Grafico 1

Lugar de residencia de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 1

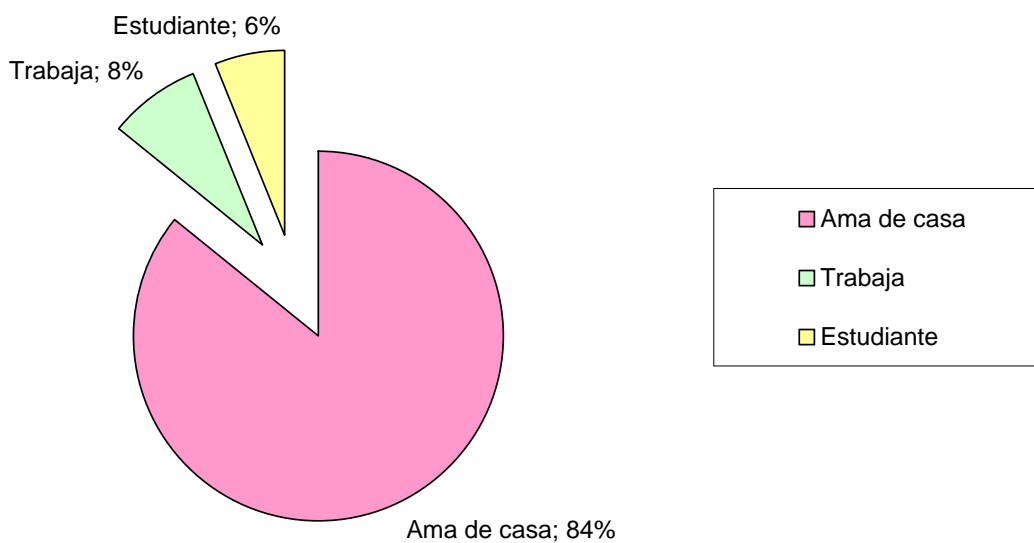
Tabla N° 2

Tipo de oficio de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Tipo De Oficio	Nº	%
Ama de casa	54	84
Trabaja	5	8
Estudiante	4	6
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Tipo de oficio de las embarazadas, segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 2

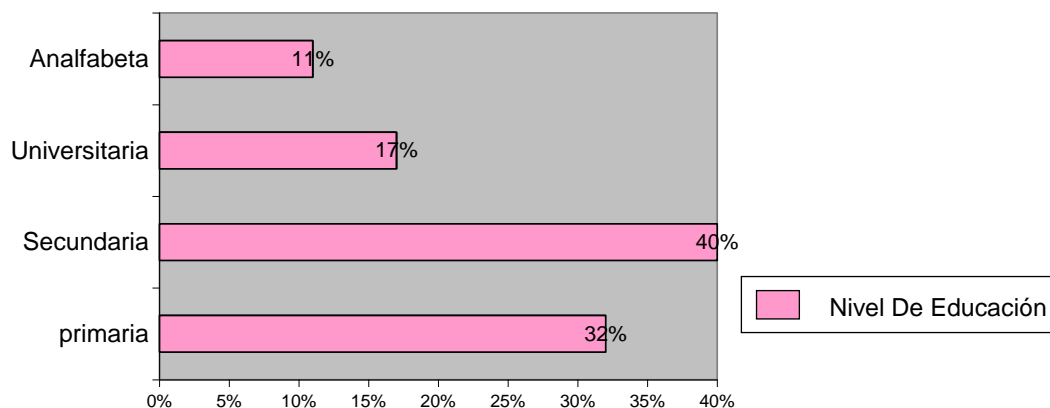
Tabla N° 3

Nivel de educación de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Nivel de educación	Nº	%
primaria	20	32
Secundaria	25	40
Universitaria	11	17
Analfabeta	7	11
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Nivel de educación de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 3

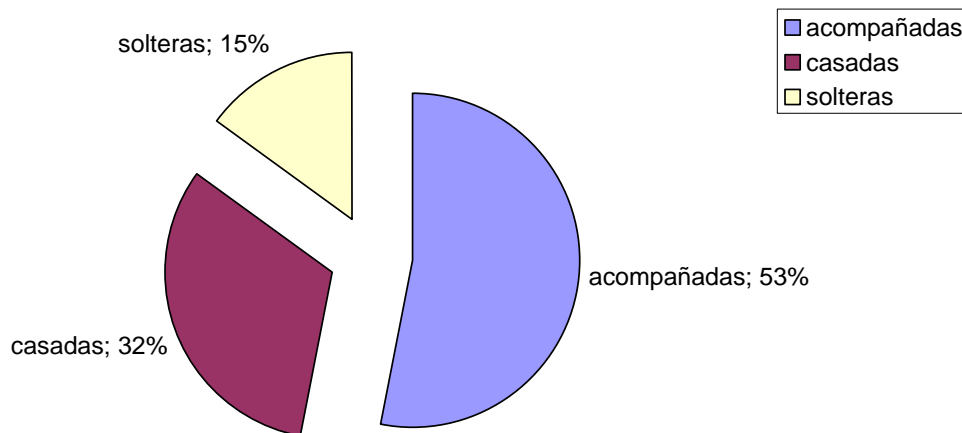
Tabla N° 4

Estado civil de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Estado Civil de las embarazadas	Nº	%
acompañadas	34	53
casadas	20	32
solteras	9	15
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Estado civil de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 4

Tabla N° 5

Existencia de hacinamiento en los hogares de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Hacinamiento	Nº	%
Si	23	36
No	40	64
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

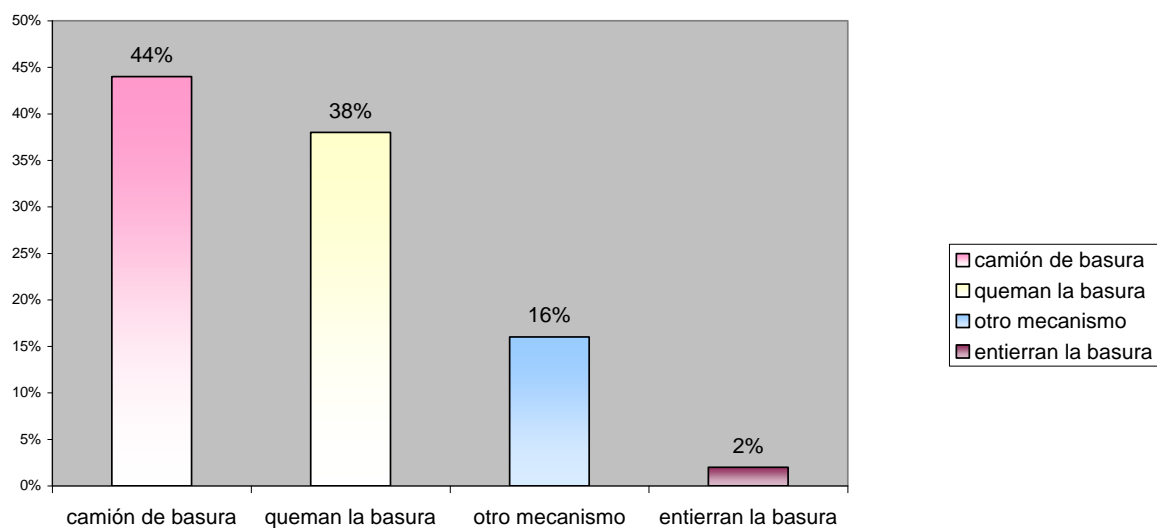
Tabla N° 6

Lugar donde eliminan los desechos sólidos las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Desechos Sólidos	Nº	%
camión de basura	28	44
queman la basura	24	38
otro mecanismo	10	16
entierran la basura	1	2
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Lugar donde eliminan los desechos solidos las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 6

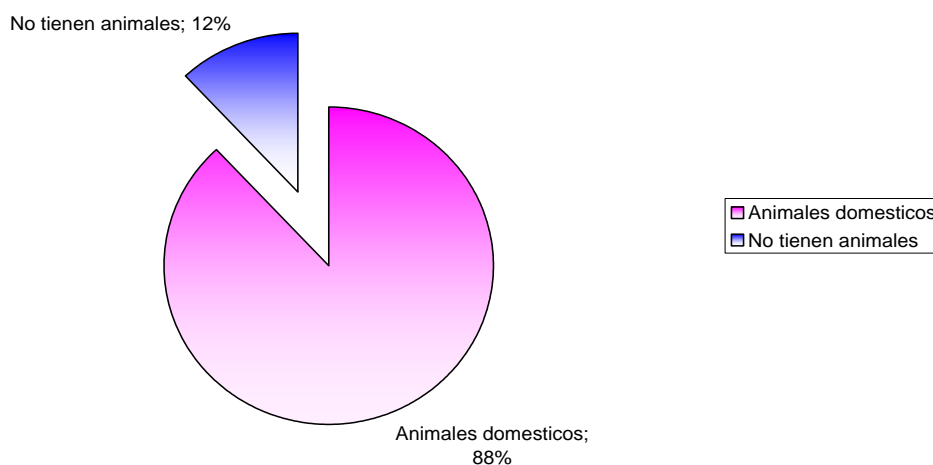
Tabla N° 7

Tipo de mascotas que conviven con las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Mascotas	Nº	%
perros	40	50
gatos	13	16
mas de tres especies	10	12
no tienen	10	12
aves	6	8
cerdo	1	2
Total	80	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Conviven con mascotas las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 7

Objetivo 2

Tabla N° 8

Agresiones sociales de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007.

Agresiones sociales	SI		NO		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
cafeína	33	52	30	48	63	100
Alcohol	2	3	61	97	63	100
tabaco	2	3	61	97	63	100
* Violencia	14	22	49	78	63	100
Falta de atención medica	63	100	0	0	63	100
Trabajo con esfuerzo físico	10	16	53	84	63	100
* Embarazo actual deseado	45	75	18	28	63	100
Suministro de medicamento para interrumpir el embarazo	2	3	61	97	63	100
Actividades preconcepcionales	1	2	62	98	63	100
* Consumo de medicamento sin prescripción medica	10	16	53	84	63	100
Tinturarse el cabello	2	3	61	97	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

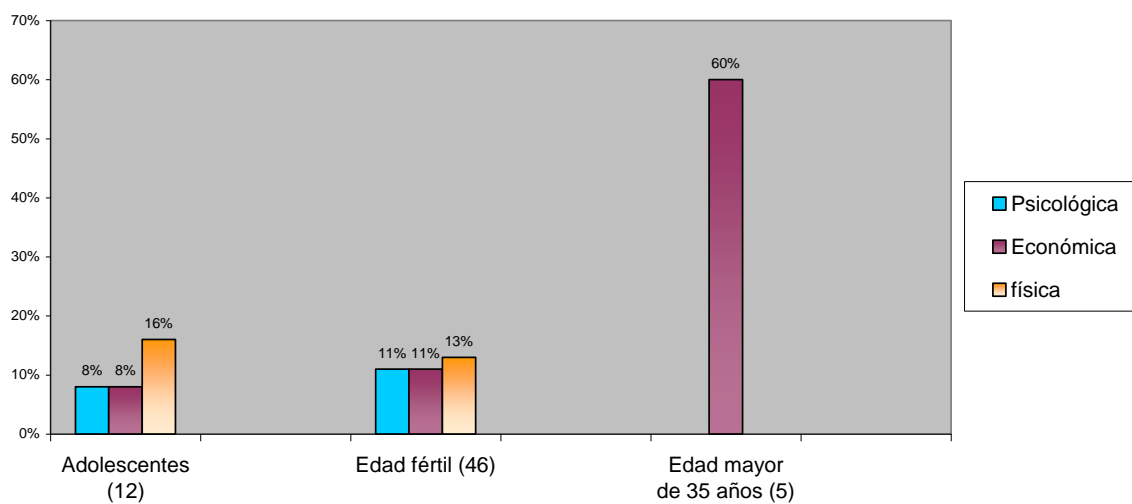
Tabla N° 9

Agresiones por violencia según edad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007.

Agresiones por Violencia	Edades					
	Adolescentes (12)		Edad fértil (46)		Edad mayor de 35 años (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Psicológica	1	8	5	11		
Económica	1	8	5	11	3	60
física	2	16	6	13		

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Agresiones por violencia según Edad de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 9

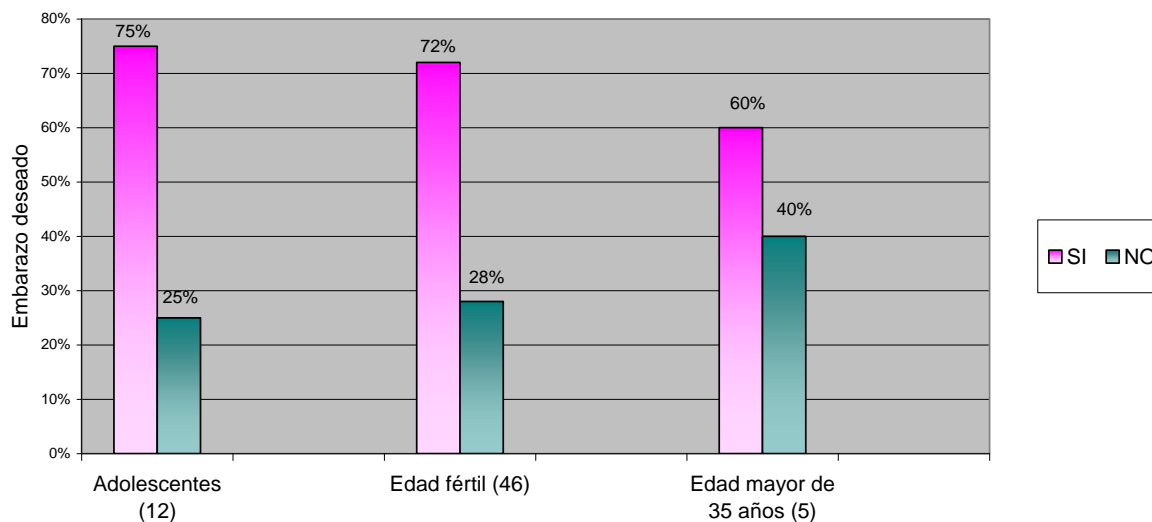
Tabla N° 10

Embarazo deseado según edad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007.

Embarazo deseado	Edades					
	Adolescentes (12)		Edad fértil (46)		Edad mayor de 35 años (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	9	75	33	72	3	60
NO	3	25	13	28	2	40

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Embarazo deseado según edad, de embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 10

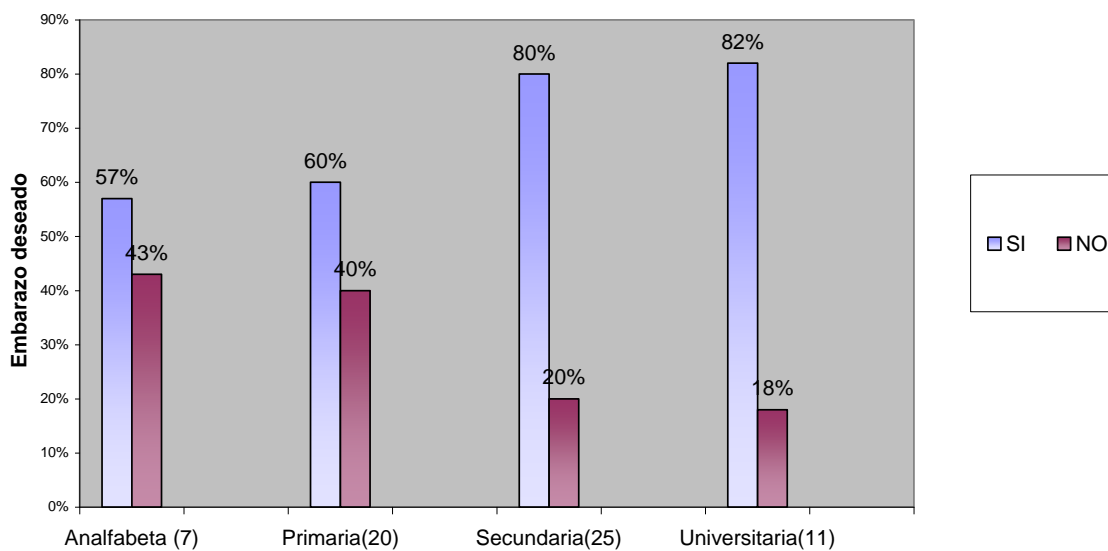
Tabla N° 11

Embarazo deseado según escolaridad de embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Embarazo deseado	Escolaridad							
	Analfabeta (7)		Primaria(20)		Secundaria(25)		Universitaria(11)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	4	57	12	60	20	80	9	82
NO	3	43	8	40	5	20	2	18

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Embarazo deseado según Escolaridad de embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente : Tabla 11

Tabla N° 12

Embarazo deseado según estado civil a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Embarazo deseado	Estado civil					
	Acompañadas (34)		casadas (20)		solteras (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	26	76	13	65	2	40
NO	8	24	7	35	3	60

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Embarazo desado según estado civil de enbarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.

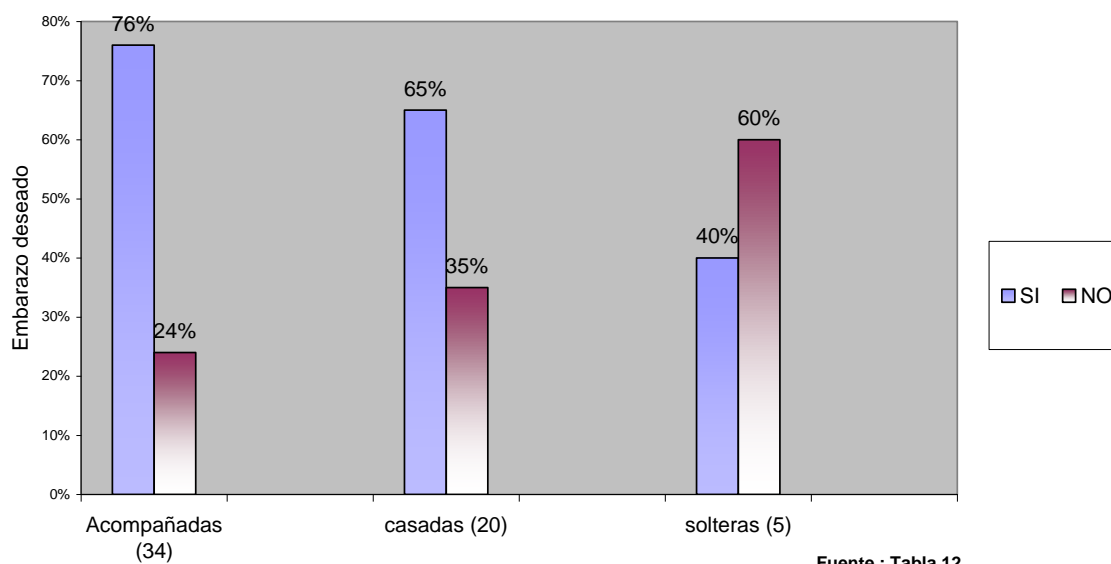


Tabla N° 13

Atención del parto anterior de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Tipo De Parto	Nº	%
Parto Institucional	37	59
No se les atendió parto anterior	21	33
Parto Domiciliar	5	8
Total	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Atención del parto anterior de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.

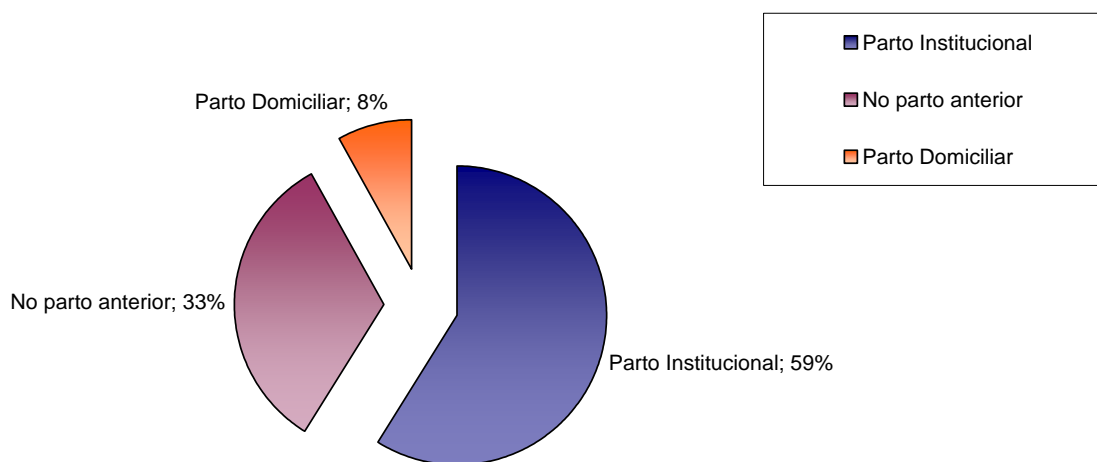


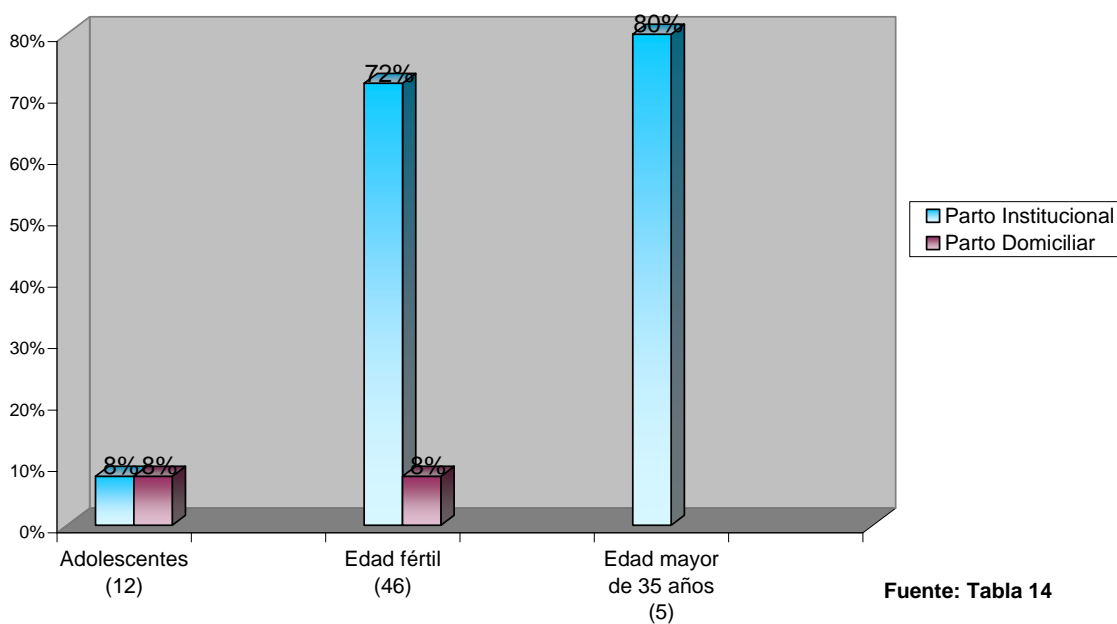
Tabla N° 14

Atención del parto anterior según edad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Tipo de parto	Edades					
	Adolescentes (12)		Edad fértil (46)		Edad mayor de 35 años (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parto Institucional	1	8	33	72	4	80
Parto Domiciliar	1	8	4	8		

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Atención del parto anterior según edad de las embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 14

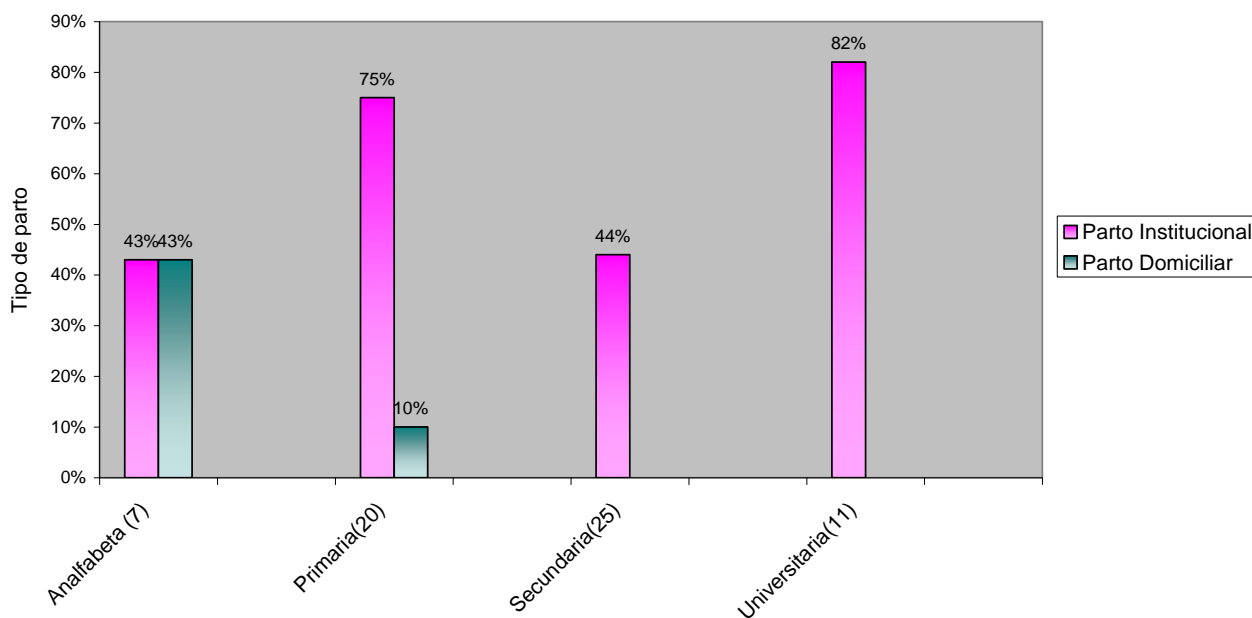
Tabla N° 15

Atención del parto anterior según escolaridad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Tipo de parto	Escolaridad							
	Analfabeta (7)		Primaria(20)		Secundaria(25)		Universitaria(11)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Parto Institucional	3	43	15	75	11	44	9	82
Parto Domiciliar	3	43	2	10				

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Atención del parto anterior según escolaridad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: tabla 15

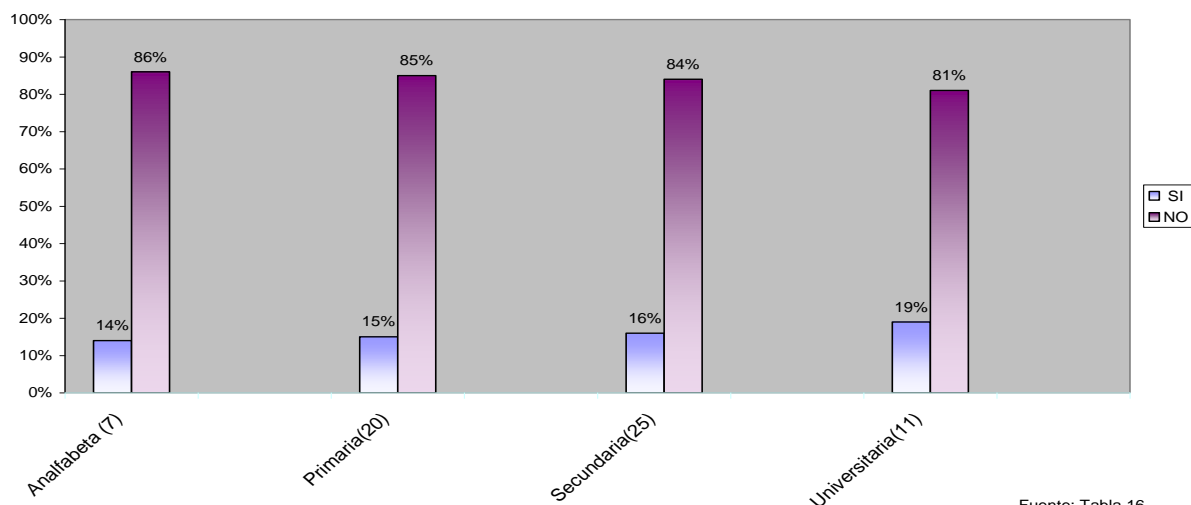
Tabla N° 16

Consumo de medicamentos sin prescripción medica según escolaridad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Consumo de medicamentos sin prescripción medica en el embarazo	Escolaridad							
	Analfabeta (7)		Primaria(20)		Secundaria(25)		Universitaria(11)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SI	1	14	3	15	4	16	2	19
NO	6	86	17	85	21	84	9	81

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Consumo e medicamento sin prescripción medica según escolaridad a embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 16

Objetivo 3

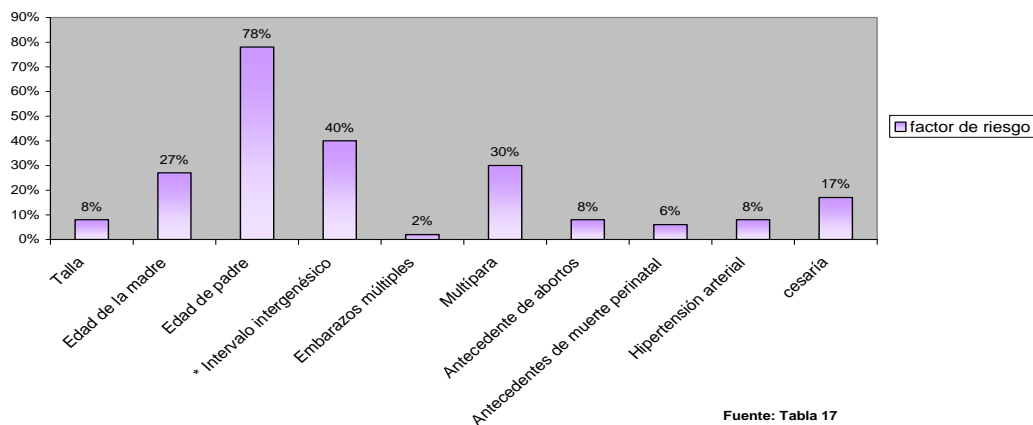
Tabla N° 17

Agresiones por factores biológicos según factor de riesgo, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007.

Agresiones por factores biológicos	Factor de riesgo		No hay riesgo		TOTAL	%
	Nº	%	Nº	%		
Talla	5	8	58	92	63	100
Edad de la madre	17	27	46	73	63	100
Edad de padre	49	78	14	22	63	100
* Intervalo intergenésico	25	40	38	60	63	100
Embarazos múltiples	1	2	62	98	63	100
Múltipara	19	30	44	70	63	100
Antecedente de abortos	5	8	58	92	63	100
Antecedentes de muerte perinatal	4	6	59	94	63	100
Hipertensión arterial	5	8	58	92	63	100
cesaría	11	17	52	83	63	100

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Agresiones por factores biológicos según factor de riesgo, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 17

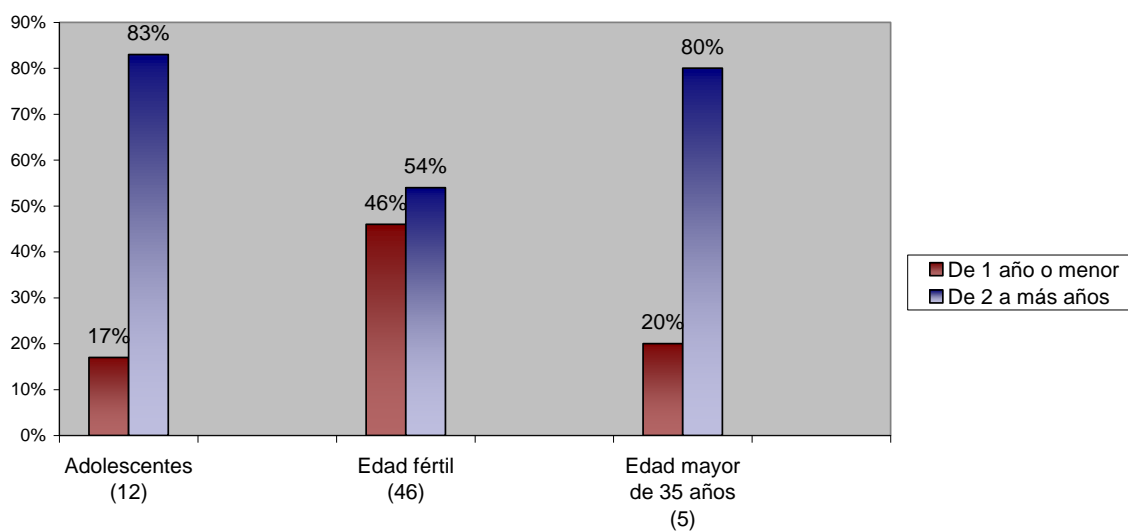
Tabla N° 18

Intervalo intergenésico según edad, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007

Intervalo intergenésico	Edades					
	Adolescentes (12)		Edad fértil (46)		Edad mayor de 35 años (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 1 año o menor	2	17	21	46	1	20
De 2 a más años	10	83	25	54	4	80

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Intervalo intergenésico según edad, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 18

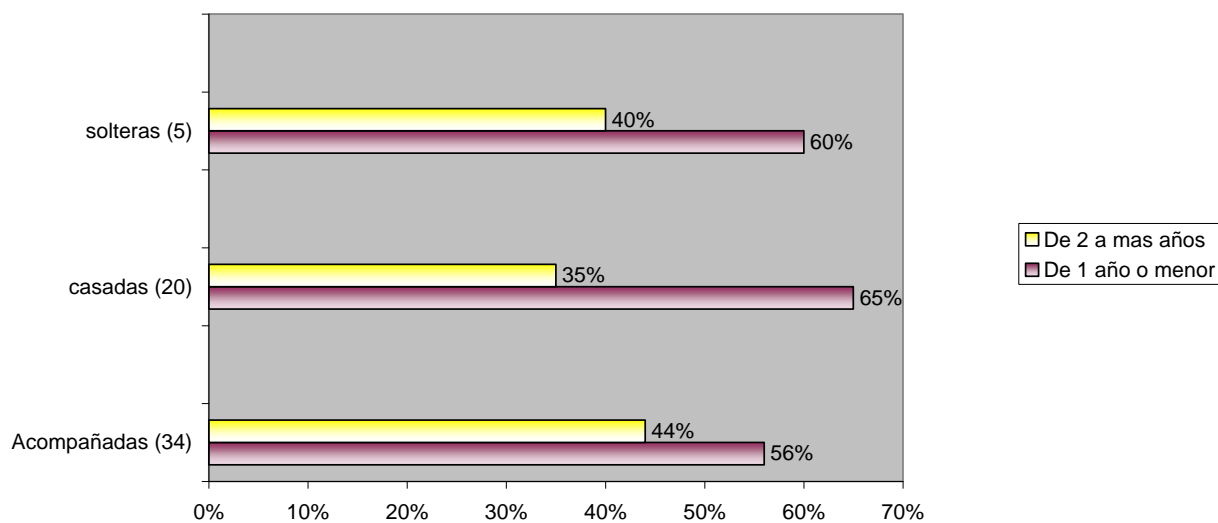
Tabla N° 19

Intervalo intergenésico según estado civil, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco, Bluefields, RAAS, Mayo- Julio, 2007.

Intervalo intergenésico	Estado civil					
	Acompañadas (34)		casadas (20)		solteras (5)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 1 año o menor	19	56	13	65	3	60
De 2 a mas años	15	44	7	35	2	40

Fuente; entrevista Mayo – Julio 2007

Intervalo intergenésico según estado civil, embarazadas entre el segundo trimestre, consulta externa, Hospital Regional Ernesto Sequeira Blanco.



Fuente: Tabla 19



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Fecha _____ Numero _____

Este cuestionario esta dirigido a embarazadas entre el III y VI mes que asistan a la consulta externa del Hospital Ernesto Sequeira Blanco de la ciudad de Bluefields, mayo – julio 2007

I. Características Demográficas:

- 1) Lugar de residencia _____
- 2) Ocupación _____
- 3) Nivel de educación. _____
- 4) Estado Civil Actual _____
- 5) Eliminación de desechos sólidos. _____
- 6) Numero de animales domésticos. _____
- 7) Numero de hijos _____

II. Agresiones Sociales

- 8) Alcohol
- 9) Tabaco
- 10) cafeína
- 11) Violencia
 - a) Violencia psicológica
 - b) Violencia física
 - c) Violencia económica
- 12) Falta de atención medica _____
- 13) Trabajo con esfuerzo físico. _____
- 14) Embarazo actual deseado. _____
- 15) Suministro medicamentos para interrumpir el embarazo. _____
- 16) Actividades preconcepcionales. _____

- 17) Atención del parto anterior. _____
- 18) Consumo de medicamentos sin prescripción medica. _____
- 19) Tinturarse el cabello. _____

Agresiones Por Factores Biológicos:

- 20) Talla _____
- 21) Edad de la madre. _____
- 22) Edad del padre. _____
- 23) Intervalo inter genésico. _____
- 24) Embarazos múltiples. _____
- 25) Multípara. _____
- 26) Antecedentes de abortos. _____
- 27) Antecedentes de muerte perinatal. _____
- 28) Antecedentes personales.

- a) TBC pulmonar
- b) Diabetes
- c) Hipertensión
- d) Preeclampsia/eclampsia
- e) Cirugía reproductiva
- f) Infertilidad
- g) VIH
- h) Cardiopatías
- i) Condición medica grave