



**Escuela de Enfermería-Sede FCM**

**Ciclo de la Licenciatura**

***TESIS FINAL***

***TEMA: CONTROL PRENATAL***

**Autora: Tapia Bernal Maribel**

Mendoza, febrero 2013

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad Nacional de Cuyo y del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, y la misma no podrá ser reproducida total o parcialmente sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela de Enfermería y/o autores del trabajo.

Integrantes del tribunal examinador:

Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2.....

Trabajo Aprobado el: ...../...../.....

*En primer lugar quiero agradecer la dedicación y apoyo brindado por la profesora de cátedra, sin la cual este trabajo no hubiese llegado a buen término.*

*En segundo lugar dar las gracias por su apoyo y ejemplo en la profesión a la Lic. Rabanal Adriana, Valeska Rojas y Natalia Liuri.*

## Índice General:

Advertencia.....	I
Aprobación.....	II
Agradecimiento.....	III
Índice General.....	IV
Índice de Tablas y Gráficos.....	V
Prologo.....	VII
Introducción.....	1
Descripción del problema.....	2
Formulación del problema.....	3
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
Justificación.....	4
Marco teórico.....	6
Diseño metodológico.....	35
Tipo de estudio.....	35
Universo.....	35
Muestra.....	36
Unidad de análisis.....	36
Variables.....	37
Técnica de recolección de datos.....	43
Presentación y análisis de datos.....	44
Conclusión.....	67
Recomendaciones.....	70
Bibliografía.....	72
Anexo N°1: Modelo instrumento de recolección de datos.....	73
Anexo N°2: Matriz de datos.....	79

<b>Índice de Tablas y Gráficos:</b>	44
Tabla n°1 Rango de edades.....	44
Gráfico 1-Porcentaje de rango de edades.....	45
Tabla n°2 Estado civil.....	45
Gráfico 2-Porcentaje de estado civil.....	46
Tabla n° 3 Situación económica.....	46
Gráfico 3- Porcentaje de situación económica.....	47
Tabla n° 4 Cantidad de embarazos.....	47
Gráfico 4- Porcentaje de cantidad de embarazos.....	48
Tabla n° 5 Abortos.....	48
Gráfico 5- Porcentaje de abortos presentes o no.....	49
Tabla n° 6 Problemas en el embarazo.....	49
Gráfico 6- Porcentaje de problemáticas en el embarazo.....	50
Tabla n° 7 Embarazo deseado.....	50
Gráfico 7- Porcentaje de embarazo deseado.....	51
Tabla n°8 Cantidad de controles.....	51
Gráfico 8- Porcentaje de cantidad de controles.....	52
Tabla n°9 Efactor de salud.....	52
Gráfico 9- Porcentaje del efector de salud.....	53
Tabla n° 10 Conocimiento sobre test de embarazo.....	53
Gráfico 10- Porcentaje conocimiento de test de embarazo.....	54
Tabla n°11 Conocimiento sobre análisis de orina.....	54
Gráfico 11-Pocentaje de conocimiento de análisis de orina.....	55
Tabla n°12 Conocimiento sobre ecografía.....	55
Gráfico 12- Porcentaje sobre el conocimiento de ecografía.....	56
Tabla n°13 Conocimiento de cantidad de controles.....	56
Gráfico 13- Porcentaje sobre cantidad de controles.....	57
Tabla n° 14 Diferentes tipos de partos.....	57

Gráfico 14- Porcentaje de dietas.....	58
Tabla n° 15 vacunación por el médico.....	58
Gráfico15- Porcentaje de vacunación.....	59
Tabla n°16 estudios de control.....	59
Gráfico 16- Porcentaje de estudios de control.....	60
Tabla n°17 ecografía.....	60
Gráfico 17- Porcentaje de ecografía.....	61
Tabla n°18 Cantidad de ecografías.....	61
Gráfico 18- Porcentaje de cantidad de ecografías.....	62
Tabla n°19 Fuente de información.....	62
Gráfico 19- Porcentaje de fuente de información.....	63
Tabla n° 20 Agentes de salud.....	63
Gráfico 20- Porcentaje de agentes de salud.....	
Tabla n° 21 Relación entre rango de edades y embarazos deseados y no deseados.....	64
Gráfico 21 Relación entre rango de edades y embarazos deseados y no deseados.....	64
Tabla n° 22 Relación entre los números de controles con la cantidad de embarazos .....	65
Gráfico 21 Relación entre los números de controles con la cantidad de embarazos.....	65
Tabla n° 23 Relación de personal de salud con el efector de salud.....	66

**Prólogo:**

Tengo el agrado de presentarles el siguiente trabajo de investigación, que pretende aportar una visión diferente en lo que respecta a la labor de enfermería, como muestra del continuo desafío de progreso de quiénes integramos ésta profesión.

El interés de esta obra, es el de proporcionar a toda persona que así lo desee; herramientas, saberes y experiencias que permitan una mejora respecto a la atención primaria de enfermería.

La investigación se ha diseñado en base a la experiencia laboral de la autora del trabajo, a partir de una problemática observada. En mi desempeño como enfermera de neonatología he detectado en muchos casos, los pocos conocimientos que tienen tanto las puérperas como las embarazadas acerca de la importancia de los controles prenatales y de los cuidados que deben tenerse durante el embarazo. Y además he podido identificar que esto no sólo se debe a un desinterés o desinformación de la madre o futura madre; sino que, lamentablemente, en muchas ocasiones tiene su origen en el propio equipo de salud, que no actúa eficiente y comprometidamente como debiera, para cuidar la salud de la madre y el niño.

Se apreciará una redacción clara, fácilmente legible y atractiva visualmente, planeado cuidadosamente como parte integral y funcional del texto que refuerzan y esclarecen los conceptos claves. El tipo de letra y los encabezados de los capítulos, gráficos y anexos hacen al texto fácil de leer y seguir.

Espero que la presente obra resulte de utilidad para quienes decidan consultarla en alguna oportunidad; y que favorezca el tan anhelado desarrollo y reconocimiento de nuestra profesión.



# **CAPITULO I**

## **Introducción**

Lo que figura a continuación es el trabajo final de investigación, cuya elaboración y aprobación es requisito para la obtención del grado de Licenciado en Enfermería.

El tema escogido fue: “El conocimiento e información que tienen las pacientes tanto embarazadas como puérperas que se encuentran internadas en el hospital Virgen la Misericordia, de la obra social OSEP”.

Esencialmente fueron dos los motivos que llevaron a la elección del tema. El primero fue lo observado desde la experiencia de la autora en el servicio de Neonatología de la obra social: muchas mujeres con escasos o nulos controles prenatales, o con controles tardíos; lo cual conlleva, no en todos, pero sí en muchos de los casos a complicaciones durante el embarazo, el parto o posparto; tales como internaciones en UCIN (Unidad de Cuidados Neonatal) ya sea por prematuridad, bajo peso, infecciones neonatales; hipertensión, diabetes e infecciones maternas, entre otras.

El segundo motivo, fue que detecté el deficiente rol de enfermería, ya que el trabajo que se desarrolla es escaso, y que se pueden mejorar desde nuestro lugar, en base a estos motivos, sigo creyendo que necesitamos más personal de enfermería que se comprometa con el trabajo que lleva a cabo.

Se tiene la convicción de que cualquiera sean las circunstancias que el futuro nos depara, el corazón de la práctica de enfermería debe y tiene que seguir siendo el mismo: los cuidados proporcionados en todos los niveles de atención por un ser humano a otro ser humano con sensatez, sensibilidad, compasión y compromiso por lo que hacemos.

## **1- Descripción del problema.**

En el hospital “Virgen de la Misericordia” de la obra social OSEP se atienden 1500 puérperas por año aproximadamente. Se trabaja con personas con diferente y variado nivel socioeconómico y cultural. Esto determina ciertas situaciones como: embarazos no deseados, embarazos no controlados o mal controlados; lo que influye directamente en el estado de salud del recién nacido y la calidad de vida de ambos.

En los últimos años se ha observado el aumento de nacimientos de bebés prematuros y de bajo peso. Esto causado por varios factores y causas, entre los que podemos nombrar hipertensión en el embarazo (pre eclampsia), diabetes gestacional, madres adolescentes, añosas, embarazos mal controlados o no controlados, infecciones, etc. Algunas de las patologías no son prevenibles, pero con un control adecuado se puede llegar a un nacimiento de término.

Los controles perinatales son realizados mayormente en los consultorios externos y en sedes en diferentes partes de la provincia, que ofrece la obra social y en otros casos por cuestiones de distancia en los centros de salud. “El control prenatal provee una oportunidad válida para que las mujeres con factores de riesgo biológico presentes, reciban asesoría y cuidados para controlarlos” (Rooney C 1992; Fiscell).

Actualmente OSEP ofrece para las embarazadas la posibilidad de realizar un curso de pre parto en las instalaciones de *HUNUC HUAR*, donde también se realizan la mayor parte de los controles obstétricos. A pesar de esto, son muy pocas las mujeres que asisten al curso y los controles son realizados de manera insuficiente, ya sea por la falta de adherencia de las gestantes a cumplimentar los mismos; o por la falta de compromiso del equipo de salud al momento de realizarlos.

## **2- Formulación del problema**

¿Qué conocimientos e información sobre el embarazo y sus controles tienen las gestantes y puérperas que se encuentran internadas en el Hospital Virgen de La Misericordia de la obra social OSEP, de Godoy Cruz Mendoza, durante el año 2012?

## **3- Objetivo General**

Identificar qué conocimientos tienen aquellas mujeres embarazadas y puérperas internadas, acerca del embarazo y la importancia de sus controles.

## **Objetivos Específicos**

- Identificar el tipo de conocimiento que poseen las embarazadas y puérperas sobre control prenatal.
- Detectar si existen factores socioculturales y económicos que influyen en las embarazadas para no acceder a información respecto de los cuidados y controles del embarazo.
- Caracterizar a la población en estudio.
- Conocer la fuente de información

#### **4-Justificación**

La experiencia de la autora en el servicio de Neonatología del Hospital Virgen de La Misericordia (ex Sanatorio Fleming), revela que de acuerdo a datos estadísticos se ha visto un incremento en el número de nacimientos de bebés prematuros o de bajo peso.

Analizando las historias clínicas e interrogando a las puérperas que concluyen su embarazo con un nacimiento pre término o con niños de bajo peso; puede observarse en muchos casos falta de controles durante el embarazo y cuidados inadecuados durante el mismo.

El interés en la realización de ésta investigación radica en poder mejorar la promoción y prevención que realiza el personal de enfermería frente a éstas pacientes para así disminuir el riesgo materno y perinatal; y concientizar a las mujeres gestantes o puérperas en la importancia del un adecuado control de su embarazo y cuidados.

Las pacientes que asisten a los controles perinatales, lo hacen en su mayoría a partir del tercer mes de gestación, detectándose allí si se trata de embarazos de alto riesgo o no, de acuerdo a los factores de riesgo presentes.

Durante la consulta el médico gineco-obstetra junto con la enfermera realizan educación específica de acuerdo al riesgo presente en el embarazo. La consulta suele ser muy breve y no se entrega a la paciente ningún tipo de información adicional ya sea con folletos u otra modalidad.

En las sedes con que cuenta la obra social en los distintos departamentos, también se presenta la misma situación.

Aquellas pacientes que cuentan con la obra social y realizan sus controles en los centros de salud, éstos suelen ser insuficientes en cantidad. Y sólo son derivados al Hospital Virgen de la Misericordia, cuando el médico obstetra detecta alguna complicación.

Como la única instancia prevista para la educación es el control con el médico obstetra, aquellas pacientes que no cumplimentan estos controles no tienen otra posibilidad de acceso a información y educación. De allí la importancia de implementar otras estrategias y momentos en los que pueda realizarse la educación, para evitar oportunidades perdidas, en cualquier otro contacto que la embarazada tenga con la obra social.

## **CAPITULO I**

### **EMBARAZO**

Definición: a partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienza a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuara durante nueve meses siguientes:

#### **PRIMER MES**

En este periodo el embrión ya presenta los brazos y piernas, lo que más se podría distinguir sería su pequeña cabeza, a partir de allí su crecimiento será constante. Sumado a ello, empieza a desarrollarse los principales órganos que le podrán ayudar a tener una buena circulación por el resto de su vida, como lo son los riñones, el hígado, el tracto digestivo y la sangre.<sup>1</sup>

El corazón, es el primero de todos los órganos que se pueden notar en la ecografía, sus latidos pueden ser escuchados. La sangre circula por un sistema cerrado de vasos aislados de la circulación sanguínea materna. Se empieza a alimentar a partir de los nutrientes de la madre.

El cordón umbilical es similar a una cuerda que conecta al feto con la placenta (órgano en forma de un pastel que crece sólo durante el embarazo). Esta contiene dos arterias y una vena que le llevan oxígeno y nutrientes al feto, y sacan los productos que el feto desecha.

---

1

(Manual Williams (obstetricia), 21 ediciones, editorial panamericana.)

Durante el primer mes se forma el tubo neural, estructura embrionaria que más tarde formará el cerebro y la médula espinal. Los defectos en el cierre del tubo neural están entre los defectos congénitos más severos y comunes en el mundo. Estos defectos son totalmente previsibles si la madre tiene un aporte suficiente de ácido fólico al momento de la formación del tubo neural. Debido a que la madre no se da cuenta que está embarazada sino que hasta días después de la formación de éste, es decir, cuando ya no hay nada que hacer, de aquí surge la importancia de que todas las mujeres en edad reproductiva, que planean embarazarse, se alimente con alimentos ricos en ácido fólico, o suplemento de este nutriente.

Al final de este mes tiene principios de encéfalo, ojos, estómago riñones vestigiales y corazón (late 60 veces por minuto aproximadamente.)

## **SEGUNDO MES**

Durante este periodo, a partir de la octava semana, al bebé en desarrollo se le llama embrión. A las seis semanas el corazón produce 140-150 latidos por minuto.

El embrión se parece cada vez más a un ser humano. Los ojos, boca y lengua, aparecen con mayor nitidez; los miembros se alargan un poco y otros brotes empiezan a surgir en sus extremidades, más tarde formará los dedos de los pies y de las manos. Es en esta etapa que se desarrollan principalmente el cerebro y médula espinal, el del tracto digestivo .En esta etapa el sistema muscular se ha desarrollado a tal grado que el feto puede mover sus brazos y voltearse ligeramente. Se forman todos los sistemas y órganos principales.



Las etapas iniciales de la placenta, la cual hace el intercambio de sustancias nutritivas que vienen del cuerpo de la madre y los productos de desecho producidos por el bebé, son visibles.

Se forman las orejas, los tobillos y las muñecas. También se forman y crecen los párpados pero aun permanecen sellados. Al final del segundo mes, el feto posee la mayoría de las características y órganos internos del futuro ser adulto y a partir de aquí hasta el nacimiento ya no se lo considera como un embrión sino como un feto. Su tamaño aproximado es de 5cm, y pesa aproximado de 2gr.

Durante este periodo la madre podrá sentir un nuevo ser dentro de ella, sentirá náuseas constantes por la doble alimentación que se estará llevando. La constante absorción de nutrientes por parte del embrión es el causante principal de los mareos, fatiga.

### **TERCER MES**

A partir de la novena semana se llama feto (que significa retoño), pues ya tiene todos los órganos que debe tener para desarrollarse.

Este período se caracteriza por la maduración de los tejidos y órganos, y el rápido crecimiento del cuerpo. Durante el tercer mes, el embrión adquiere un aspecto más humano, los dedos de las manos y pies ya tienen uñas suaves.

Para finales de este mes traga, cierra y abre los puños, las extremidades alcanzan su longitud relativa en comparación con el resto del cuerpo, aunque las inferiores son más cortas y menos desarrolladas que las superiores.

Los órganos sexuales externos se diferencian lo suficiente para poder distinguir el sexo. Los primeros 90 días del desarrollo del embrión, periodo llamado organogénesis (formación de órganos). Este período es el más importante ya que en el primer trimestre se pueden producir las malformaciones congénitas. El embrión puede moverse, patear, tragar, extender los dedos de los pies, cerrar las manos, girarla cabeza y fruncir frente. Comienza a desarrollarse la “la caja de la voz” (laringe) en la tráquea.

Nota muy importante: como este es un periodo de formación y puede dañarse si el feto es expuesto a drogas, rubéola, radiación, tabaco, y sustancias químicas y tóxicas.

## **CUARTO MES**

En el cuarto mes aparece el cabello en la cabeza y cuerpo, y las características faciales se hacen más definidos, el feto se mueve libremente dentro del útero, esto ocurre al final del cuarto mes.

La placenta pertenece a la madre y al feto, ya que durante la vida fetal, la sangre circula desde el feto hacia la placenta a través de la arteria umbilical. Es donde se produce los intercambios metabólicos.

Una vez oxigenada la placenta funciona como pulmón, produciendo oxígeno y eliminando anhídrido carbónico, la sangre vuelve al feto. La nutrición del feto se produce por medio de la vena umbilical. Se producen las osificaciones del esqueleto.

Pueden comenzar a manifestarse enfermedades propias del embarazo, pueden comenzar a partir de la semana 20, generalmente en las primerizas

como es la ECLAMPSIA (es la hipertensión durante el embarazo y se presenta con síntomas como edemas, eliminación de proteínas en orina, complicándose con convulsiones y estado de coma).

La interrupción tardía o de un parto inmaduro, casi obligado, es la hemorragia. Por ello, si se presenta esta complicación, debe guardarse reposo de inmediato y llamar al médico. El reposo y la medicación sedante de las contracciones uterinas son eficaces en la mayor parte de los casos.

## **QUINTO MES**

El crecimiento es un poco más lento durante este período, pero el feto todavía aumenta de tamaño.

Las extremidades inferiores adquieren sus proporciones relativas finales y los movimientos fetales en este lapso aumentan, comienza la formación de la sangre en la médula ósea. La piel se cubre con un material grasoso de aspecto parecido al queso, conocido como vérnix caseoso; consiste en una mezcla de secreciones grasas procedentes de las glándulas sebáceas fetales y de células epidérmicas muertas. Este vérnix protege la delicada piel del feto de las rozaduras del agrietamiento y de la induración.

En este periodo se forma la grasa parda y es el sitio de la producción de calor particularmente en el neonato. En el transcurso de este mes el feto logrará introducirse el pulgar en su boca, iniciándose el paulatino aprendizaje de un acto reflejo: la succión.

Ya es posible saber el sexo del futuro bebé.

## **SEXTO MES**

Al entrar al sexto mes el feto ya abre las manos y los ojos. De allí en adelante, se prepara para volverse un ser independiente.

Ya comienza a tener menos lugar ya que va creciendo. Las células alveolares del pulmón han comenzado a fabricar surfactante, un lípido con actividad sobre la tensión superficial que mantiene la capacidad de distensión de los alvéolos.

## **SEPTIMO MES**

El feto a partir de ésta etapa puede llorar y hacer ejercicio, además responde a la luz y al sonido. Mantienen una posición más o menos fija, los pulmones se han desarrollado lo suficiente como para realizar el intercambio gaseoso, además el sistema nervioso central ha madurado lo suficiente.

## **OCTAVO MES**

Se produce el crecimiento rápido del cerebro. El feto está demasiado grande para moverse. Los huesos de la cabeza son flexibles para que sea más fácil salir por el canal de parto.

## **NOVENO MES**

Los fetos de 35 semanas tienen una firme prensión manual y orientación espontánea hacia la luz. La circunferencia de la cabeza y el abdomen por lo regular el crecimiento se hace más lento según se acerca la fecha de nacimiento. Sus pulmones están madurados a las 38- 40 semanas el bebé está listo para nacer.

## **PARTO NORMAL**

### **PARTO:**

Ésta consiste en una serie de contracciones uterinas rítmicas y progresivas que gradualmente hacen descender al feto por el cuello uterino (parte inferior del útero) y de la vagina (canal de parto) hacia el exterior.<sup>2</sup>

### **PERIODOS DEL PARTO:**

- El primer período de trabajo de parto comienza con las contracciones y termina cuando el cuello se ha dilatado completamente 10cm.
- El segundo período, comienza con la dilatación y el borramiento del cuello y finaliza con la expulsión del niño.
- El tercer período es el intervalo comprendido entre la expulsión del producto y la placenta.<sup>3</sup>

### **INICIO DEL TRABAJO DE PARTO:**

El parto suele comenzar dentro de las dos semanas antes o después de la fecha estimada del parto. El tapón mucoso (una pequeña cantidad de sangre mezclada con mucosidad del cuello uterino) es la señal que indica que el parto está a punto de comenzar; sin embargo, este tapón puede ser expulsado por la vagina hasta 72 horas antes del inicio de las contracciones.

El parto, a veces comienza con la “ruptura de la fuente”, el niño puede romper con la cabeza el amnios y el corión, las membranas que la rodean permitiendo

---

<sup>2</sup> (www.monografias.com)

<sup>3</sup> (www.monografias.com)

al líquido amniótico su salida al exterior, lo que generalmente precipita el parto.<sup>4</sup>

### **EL PARTO NORMAL PASA POR CUATRO FASES:**

➤ **Primera fase:**

*Fase latente:* inicio de parto, dilatación de 2 a 5 centímetros; la duración de la primera fase es de 8 a 10 horas

*Fase activa:* de una dilatación de 4 a 8 cm.

*Fase de transición:* dilatación de 8 a 10 cm. Este lapso es el más doloroso y difícil para la madre. Aumenta la cantidad de hemorragia.

➤ **Segunda fase:** ocurre cuando la dilatación plena del cuello uterino y el producto está listo a desencadenar por el conducto vaginal la dilatación de la segunda fase para la nulípara suele ser de 40 a 50 minutos.

➤ **Tercera fase:** esta consiste en dos sub-fases, durante la primera ocurre separación de placenta, después de la expulsión se contrae para constituir una masa globular y firme, el útero está algo relajado.

➤ **Cuarta fase:** esta se considera de gran importancia porque se pone en observación a la madre, un examen para determinar el estado físico para luego transferirla a sala pos parto.<sup>5</sup>

### **ALUMBRAMIENTO**

Esta consiste en la expulsión de la placenta (después del nacimiento).

---

<sup>4</sup> (www.monografias.com)

<sup>5</sup> (Manual Williams (obstetricia), 21 ediciones, editorial panamericana.)

## **PUERPERIO**

Se denomina puerperio al periodo que se extiende desde la finalización del parto hasta la completa normalización del organismo femenino. Durante este periodo hay una involución de los órganos que se habían modificado para permitir el desarrollo del embarazo, particularmente el útero.

Los loquios son sanguinolentos persistentes, la cual debe disminuir al pasar las horas.

## **ATENCIÓN PRENATAL**

Para poder introducirnos de lleno al contexto de situación en cuanto a los controles perinatales e información que se brinda a las gestantes, para promover y prevenir dificultades a futuro, vamos a desarrollar como a nivel mundial este tema es de importancia y de preocupación para muchos gobiernos.

Según la UNICEF, en la actualidad la estimación de muertes maternas en el mundo es de aproximadamente 500.000 por año, esto es el resultado de numerosas causas subyacentes; la principal de ellas quizá tendrá que ver con la posición de desventaja en diferentes países y culturas.<sup>6</sup>

En la Convención que se llevo a cabo para mejorar estas cifras, y reducirlas unas tres cuartas partes desde 1990- hasta el 2015, mediante objetivos como el de proporcionar servicios apropiados en la relación del embarazo, el parto y el periodo posterior al parto. Asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

---

<sup>6</sup> [www.unicef.org.argentina](http://www.unicef.org.argentina) (" Estado mundial de la infancia 2009", cap. 1 y 2)

Además se comprometieron a “asegurar atención sanitaria prenatal y posnatal para las madres” y a “desarrollar atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres, y la educación en materia de planificación familiar”.

Cabe destacar de este informe es el de la atención continua, en la que se presta servicios esenciales a las madres, sobre todo en momentos críticos como es el de la adolescencia del periodo antes del embarazo, del nacimiento y de la fase pos- natal, en lugares que sean de fácil acceso. No obstante, puede que lo más importante para reducir la mortalidad materna y neonatal sea la atención prenatal, además de asistencia en el parto por parte del personal capacitado y la atención posnatal a las madres y sus recién nacidos.

### **AMPLIAR LA ATENCION PRENATAL**

Muchas de los problemas de salud que afectan a las mujeres embarazadas, se pueden prevenir, detectar o tratar mediante las visitas prenatales.

Estas visitas permiten llegar a las mujeres embarazadas por medio de múltiples intervenciones que pueden resultar vitales para su bienestar y el de sus bebés. Como el suplementar el hierro, ácido fólico, que previenen la anemia en las madres y el bajo peso en los recién nacidos.

UNICEF y la OMS, recomienda como mínimo cuatro visitas prenatales para poder difundir información de las posibles complicaciones durante el parto, sobre nutrición, inmunización y detectar algún otra complicación que se puede presentar.

A nivel nacional, en la Argentina el control prenatal está generalizado y prácticamente ninguna mujer llega al parto sin por lo menos haber realizado ningún control. Según el Ministerio de la salud se detecta que es más frecuente entre las adolescentes los controles prenatales insuficientes.<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> (www.ministeriodesalud.gob.ar)



Según este estudio, el 71,1% declaró haber realizado el primer control antes de la semana 12, siguiéndoles aquellas mujeres que lo han hecho entre la semana 13-20, con el 19,5%. Esto significa que la gran mayoría de las mujeres argentinas realizan sus primeros controles antes de mediar el embarazo.

Por otra parte cabe destacar que el 80% de las embarazadas tuvieron al menos 5 controles prenatales.

Una de las estrategias adoptadas para obtener estos datos en la reducción de la mortalidad materna ha sido el fortalecimiento de las estructuras de la Atención Primaria de la Salud, con el objetivo de garantizar una mayor cobertura, precocidad, periodicidad y calidad en el control prenatal y puerperal.

Con el objeto de optimizar las prestaciones de salud materno-infantil dentro del sector público, se ha implementado una estrategia de apoyo a la gestión en las provincias, a fin de mejorar la organización y la calidad de atención. Se trata de avanzar en el trabajo integrado en el que la cooperación y la innovación de intentervénir la ineficacia y la ineficiencia que presenta el sistema. Se plantearon unas metas a partir de diferentes programas:

- Integrar y articular de las áreas del nivel central involucradas directa o indirectamente con las prestaciones materno-infantiles.
- Fortalecer el primer nivel de atención para optimizar la cobertura y la calidad de las prestaciones materno-infantiles.
- Reorganizar el modelo de gestión y atención de nivel hospitalario (servicio de obstetricia, neonatología y pediatría).

## **CONCEPTO DE CONTROL PRENATAL.**

El control prenatal es el conjunto de acciones médicas asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, y para después del parto, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

En tal sentido, la atención prenatal tiene como propósito identificar condiciones de riesgo tanto para las madres como a sus niñas(os). Persigue además, favorecer la participación de las mujeres, las familias y las comunidades a las cuales pertenecen. De esta manera se logra fortalecer las relaciones de estas instancias con la red de servicios de salud. Esto quiere decir que la atención prenatal se inicia en el espacio comunitario y concluye en este mismo espacio.

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible. La captación debe hacerse en el ámbito domiciliar durante el primer trimestre de la gestación o en otros contactos con los servicios de salud para evitar oportunidades perdidas. Sólo de esta manera se asegura que la ejecución de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud- razón fundamental de esta atención sea oportuna y eficaz. Permite además, la identificación precoz de mujeres con embarazo de alto riesgo, lo que posibilita planificar en forma oportuna los requerimientos de atención obstétrica que cada caso requiera y el lugar donde esta deba recibirse.<sup>8</sup>

Durante las primeras 32 semanas, se debe realizar un control cada seis semanas:

---

<sup>8</sup> (www.hospitalsardá.com.ar)

- De la semana 32 a la 38, los controles se harán cada tres semanas.
- De la semana 39 a la 41 se harán cada semana.
- De la semana 41 o más, se deberá referirse al siguiente nivel de atención (II O III) donde se podrá brindar la atención de forma adecuada.

Debe considerarse que el mínimo aceptable en un embarazo de bajo riesgo debe ser de cinco controles prenatales.

Estos controles se acompañan con estudios complementarios:

1. Grupo sanguíneo y factor Rh
2. Hemograma completo.
3. Glucemia basal.

Entre otros controles podemos nombrar las siguientes actividades de las cuales debe informar a las embarazadas, tanto la enfermera como la obstetra a realizar durante la primera visita:

**Control riguroso de la presión arterial:** la incidencia de enfermedad hipertensiva del embarazo en la Argentina es del 4,5%, una de sus complicaciones más graves es la preeclampsia grave/eclampsia, tiene una alta tasa de mortalidad materna y perinatal si no se la detecta y trata rápidamente.

**Evaluar el estado nutricional materno y la ganancia de peso:** La mayoría de las mujeres tienen un conocimiento nutricional inadecuado y su ingreso dietario no responde a los requerimientos nutricionales del embarazo. La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores de la guía de control

prenatal. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con el bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos (Abrams, Newman, Key, y Parker, 1987). Por otra parte la ganancia excesiva durante el embarazo es el predictor de obesidad pos parto (Parham, Astrom y King 1990). Sin embargo, no hay suficiente evidencia acerca de cuál es el ingreso adecuado durante el embarazo.

Si debe informar a las pacientes es que tengan una dieta balanceada, lo que debe contener son las proteínas, calcio, hierro, ácido fólico.

**Suplementación universal con hierro:** En gran parte de nuestra población, la ingesta no alcanza para cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo. Se estima que más del 30% de las embarazadas están por debajo de los valores normales de Fe (11g/dl). Esta cifra es la considerada por la OMS para recomendar la suplementación universal a todas las embarazadas. La dosis recomendada es de 60mg diarios, y 400mg de ácido fólico, para reducir la incidencia de defectos del tubo neural del bebé.

**Diagnóstico de sífilis, chagas, toxoplasmosis, hepatitis B y HIV:** Es importante que se les informe a las embarazadas las vías de contagio de cada una de estas infecciones y la forma de evitarlo, por las posibles complicaciones que puede traer estas patologías.

**Diagnóstico de infección urinarias:** Se realiza un cultivo de orina en la primera consulta y en la semana 28. El tratamiento de infecciones urinarias evita el desarrollo de pielonefritis, y de esa manera se reduce la tasa de nacimientos pretérminos y de bajo peso al nacer.

**Vacunación antitetánica:** Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y las 30 semanas. Si la paciente hubiera recibido dosis previas, sólo se indicará una dosis de refuerzo a la semana 25, vacuna triple de adulto a celular.

**Estudio ecográfico para:** Estimar edad gestacional por biometría, evaluar crecimiento fetal, malformaciones, localización placentaria, volumen de líquido amniótico, movimientos fetales, embarazos múltiples. Se realizarán durante el embarazo normal una ecografía antes de 20 semanas y otra después de las 32 semanas.

**Pautas de lactancia materna:** Su importancia, sus diferentes fases, las propiedades, y qué ventajas tiene en cuanto a la protección del bebé, evitando enfermedades, además del vínculo materno.

Los ítems nombrados anteriormente se deben aplicar con todas las embarazadas. Es necesaria la fijación de un criterio discriminador entre el alto y el bajo riesgo, durante la primera visita, tanto a nivel individual como colectivo (población), que permita planificar, asignar los recursos, establecer prioridades y operativizar acciones específicas en la atención individual y colectiva.

El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todas las personas o colectivos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado. En algunas personas dicha probabilidad es mayor que en otras, ya sea por una predisposición genética, por las condiciones de vida en la que se interactúan elementos protectores/destructivos de la salud, por los valores, actitudes, hábitos, conductas, entre otros eventos.

## **LACTANCIA MATERNA**

La leche materna contiene todos los elementos nutritivos que necesita el bebé sano. Es el alimento producido por el organismo de la madre para el niño.

La lactancia está influenciada por lo cultural y lo social. Por esa razón es posible estimular, enseñar y ayudar a la madre amamantar desde los primeros meses de embarazo.

Los beneficios de la lactancia son: el vínculo madre- hijo es un ligazón, como resultado de una necesidad de ambos, es el mejor alimento en condiciones más seguras, el crecimiento del niño exclusivamente amamantando es normal, ya que la leche humana provee las cantidades apropiadas de TODOS los nutrientes que necesita el organismo humano en rápido crecimiento, se pueden prevenir las infecciones respiratorias, y las diarreas son menos frecuentes y más leves en el niño que es alimentado con leche materna, principalmente porque está libre de gérmenes y contiene anticuerpos (inmunoglobulinas A secretoras), macrófagos (destructores de gérmenes), lactoferrina, lisozima, y un factor bifidogénico que impide el desarrollo de la flora patógena.

### **COMO BENEFICIA AL PREMATURO.**

Debido a que los bebés prematuros no tuvieron la oportunidad de desarrollarse al máximo en el útero, son más pequeños, de bajo peso y tienen más riesgos de desarrollar problemas como los que ya hemos nombrado. Es de suma importancia que se alimenten con leche materna. Los beneficios son:

- Mejor tolerancia.
- Menor incidencia de infecciones.
- Menor incidencia de NEC.
- Mayor agudeza visual.
- Mejor desarrollo neurológico.

## CAPITULO II

### CONDICION SOCIO-CULTURAL

Los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población que determinan el estado de salud-enfermedad, así como la interpretación que dan los miembros de la comunidad.

La situación social y cultural es un factor que influye en cuanto al acceso a la atención de salud, que modifica como una persona encara de una determinada patología o situación de salud.

La población Argentina ha sufrido un deterioro gradual y constante de sus condiciones de vida. De esta manera, la pobreza, el desempleo y la desigualdad se ha convertido con el correr de los años en problemas sociales estructurales de la Argentina, y de esta manera se ve afectada la salud de nuestra población, presentándose de diversas formas como es el caso del control prenatal, y de aquellas mujeres que no logran realizarse al menos un control, que está a su vez acarrea consecuencias como:

#### **PREMATUREZ.**

La denominación recién nacido prematuro o de pretérmino, se lo describe al que nace antes de tiempo, y de bajo peso al nacer se lo aplica a un niño que nace demasiado pequeño.

En 1900 de los miles de niños prematuros, se le realizaban muy poco o casi nada de esfuerzo por rescatarlos, a medida que avanzó el siglo XX, se adquirió conciencia que estos recién nacidos requerían cuidados especiales. La prematurez se reveló como una de las causas más importantes de muerte

infantil a nivel nacional en Estados Unidos en esa época, gracias a la revisión de certificados de nacimientos de 1949.<sup>9</sup>

El parto prematuro es una de las causas más importante de morbilidad y mortalidad perinatal en la actualidad, su incidencia es aproximadamente del 8 al 10 % del total de partos.

El nacimiento prematuro es considerado una enfermedad social, lo que explicaría por qué los países “pobres” presentan cifras de incidencia superiores al 20% del total de los partos. El 50% de las anomalías neurológicas son atribuibles directamente a la prematurez, lo que ilustra la magnitud del problema.

La prematurez es un problema de salud pública creciente en la Argentina. La mitad de los niños menores de un año que mueren en nuestro país, son prematuros.

Su clasificación de bebés según su peso de nacimiento:

- Peso menor a 2500gr.= Bajo Peso
- Peso menor a 1500gr.= Muy Bajo Peso.
- Peso menor a 1000gr = extremadamente pequeños o “prematuros extremos” si además tienen una edad gestacional a 26 semanas.

## **CAUSAS DE LA PREMATUREZ**

Multifactoriales:

1. Socios económicos.

---

<sup>9</sup> (José Tapia Gonzalez 3° edición de neonatología)



2. Educativas.
3. Ambientales
4. Psicológicas.
5. Biológicas.
6. Sistemas de salud.

## **FACTORES PREDISPONENTES PARA PARTO PREMATURO.**

### **Factores de riesgo preexistente:**

- Antecedentes de partos prematuros: el riesgo es de 5 a 7 veces mayor.
- Antecedentes de fetos muertos.
- Bajo nivel socio cultural de la madre.
- Estado nutritivo deficitario y/o dieta hipocalórica.
- Adicciones por parte de la madre, como al alcohol, las drogas y el tabaco.
- Edad materna (menores de 18 años o mayores de 38), embarazo no deseado, estrés, control prenatal inadecuado o falta de control.
- Multiparidad.
- Condiciones biológicas y nutritivas de la madre no óptima.
- Anomalías estructurales uterinas como miomas, incompetencia ístmica cervicales u tumores.
- Anemias de tipo ferropénicas en el 75 % de los casos. En algunos estudios se señala que la madre anémica tendría un riesgo de 16 veces mayor de tener un parto prematuro.

- Patologías grave materna o patologías metabólicas como cardiopatías, diabetes o enfermedades de tiroides.

### **Factores de riesgo propios del embarazo:**

- Parto múltiple: la gemelación es responsable del 10% de los recién nacidos prematuros, se unen causas nutritivas y mecánicas asociadas.
- Hipertensión arterial materna: es uno de los **principales motivos** de parto prematuro y aumenta en forma importante la morbi-mortalidad perinatal. También es una de las causas del sufrimiento fetal agudo intraparto y del retardo del crecimiento intrauterino (RCIU), cuando se presenta esta patología, el obstetra debe decidir si interrumpe el embarazo en beneficio del feto y de la madre. Lo ideal sería detectar las formas más leves e iniciales de la hipertensión.<sup>10</sup>
- Embarazo sin control.
- Mal nutrición materna aguda que altera y disminuye el peso del feto al nacer.
- Infección materna virales, bacterianas o parasitarias. Es importante que durante el embarazo sean estudiados, entre otros, chlamydia, estreptococos B, Herpes, enfermedad del chagas, listeriosis, VIH, Hepatitis B.
- Alteraciones de la placenta, como placenta previa, falla de la transformación de las arterias espirales en el miometrio, hematomas subcoriónicas o retro placentarios y tumores.

---

<sup>10</sup> (José Tapia Gonzalez 3° edición de neonatología)

- **Infección intraamniótica:** es el factor común para la ruptura prematura de membranas (RPM) en partos pretérmino y el inicio de trabajo de partos. Puede ocurrir también con membranas integra.

## **HOSPITALIZACIÓN DEL PREMATURO**

Se estiman grandes gastos de la internación e intervención que tienen este tipo de pacientes, además de sus complicaciones en el momento de su recuperación en el servicio de neonatología, como las que podemos nombrar a continuación:

- **Síndrome de dificultad respiratoria o disnea:** Una condición respiratoria seria que impide que los pequeños sacos de aire de los pulmones se contraigan. Este problema afecta principalmente a aquellos bebés que nacen antes de las 34 semanas de embarazo.
- **Sangrado cerebral:** es una condición que afecta a la mayoría de los bebés nacidos antes de las 32 semana, se la denomina hemorragia intraventricular (IVH). La hemorragia puede causar presión en el cerebro y daño cerebral.
- **Conducto arterial persistente:** un problema cardiaco comúnmente observado en los bebés prematuros. Si no se trata, puede resultar en fallo o insuficiencia cardiaca.
- **Enterocolitis Necrotizante(NEC):** problemática a nivel intestinal, infección se produce debido a la inmadurez intestinal muerte celular del tejido intestinal, produciendo necrosis así a la perforación, la cual se debe intervenir de forma inmediatamente con una cirugía.
- **Retinopatía del prematuro (ROP):** es un problema de los ojos que ocurre en los bebés pretérmino y afecta los vasos sanguíneos de la

retina en desarrollo, y otro factor de riesgo es la oxigenoterapia durante la internación en servicio de neonatología. Esto es predisponerte a que estos niños presenten problema de ceguera en el futuro.<sup>11</sup>

También podemos nombrar las consecuencias que se presentan durante el desarrollo del crecimiento durante la infancia como los problemas cognitivos, visuales, auditivos o hasta parálisis cerebral

En 2010 la UNICEF desarrolló una campaña por la problemática que se presentaba, la cual consiste en la Semana del prematuro, surgió como una iniciativa para instalar a la prematurez como problemática en la agenda pública del país así como al prematuro como ser social con necesidades especiales de atención de salud y educación.

El objetivo de este proyecto es el de sensibilizar a la comunidad sobre el prematuro y sus necesidades así como para difundir estrategias de prevención de la prematurez y/o sus consecuencias en los niños nacidos de forma prematura. Cada año se realizan actividades durante una semana tanto el personal que trabajo con este tipo de pacientes (médicos neonatólogos, fonoaudiólogas, enfermeras, psicólogos, etc.)<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> (Revista "crear salud" Universidad de Córdoba, año 3, n° 3, 1999)

<sup>12</sup> (Revista "crear salud" Universidad de Córdoba, año 3, n° 3, 1999)

**La prematurez como problemática social, para cuya prevención primaria, secundaria y tratamiento se debe invertir recursos.**

**En los centros asistenciales debemos continuar con los esfuerzos para salir adelante y mejorar las condiciones de los prematuros. La capacitación del servicio y la educación permanente de todo “el equipo interdisciplinario” es el objetivo común que debemos perseguir.**

**Trabajar día a día con el fin de hacer que nuestra labor sea de excelencia redundará en beneficio directo de los niños y, por ende, de la sociedad del futuro.**

### **CAPITULO III**

#### **EDUCACIÓN Y ROL DEL EQUIPO DE SALUD**

La educación en el campo de la salud, se presenta como un instrumento para la adquisición de conocimientos y aptitudes, además de favorecer el desarrollo de facultades como la responsabilidad, la participación y la toma de decisiones con la finalidad de que el sujeto alcance el máximo grado de adaptación y de autonomía, en el proceso de salud, la capacidad de esta persona determinará la calidad de vida y la de su entorno. Por ejemplo, a menudo y frente al diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal, la persona cambia sus hábitos alimenticios.<sup>13</sup>

En la educación para salud una de las funciones atribuidas al educador es la de poder generar una conciencia crítica que derive en decisiones organizadas sobre problemas concretos que afectan a la población, a través del proceso educativo, implica el esfuerzo por desarrollar la propia conciencia. Esto quiere decir, examinar las actitudes con que se asumen las relaciones con la comunidad.

El nexo de unión entre el campo de la salud y en el campo de la educación se intensifica, influyendo directamente en las nuevas formas de atención a la salud tanto de las personas, como a nivel asistencial.

La OMS considera prioritario fomentar la educación como instrumento básico de cambio tanto nivel individual como colectivo., con el motivo de comprometer a toda la sociedad en el proceso de salud.

---

<sup>13</sup> (Atención primaria de salud, "Principios y métodos", 2° edición)

Para obtener buenos resultados primero que todo debe haber compromiso con la educación, ya que la salud exige que todo el equipo de la salud cambie radicalmente su manera convencional de pensar y de actuar.

Los puntos siguientes para tener en cuenta para el desempeño del trabajo del educador en salud:

- ✓ Lograr canalizar y conducir las situaciones conflictivas improductivas hacia un dialogo reflexivo al interior y entre el equipo de salud y las organizaciones de la comunidad.
- ✓ Fortalecer el rol del trabajador de salud en las comunidades a través de supervisores adecuada.
- ✓ Motivar a las personas que integren el equipo de salud periódicamente
- ✓ Apoyar a la formación de las personas que integran el equipo.<sup>14</sup>

Un buen conocimiento previo de la comunidad va a permitir que el trabajo de educación para salud se adapte a la realidad local, incrementado así su eficacia. De esta manera la usamos como herramientas para prevenir mayores complicaciones, y así también su costo beneficio.

Con la intención de rescatar históricamente el origen del equipo de salud, como es actualmente conocido, retrocedemos en el tiempo y conseguimos delinear tres modelos de “equipo de salud” que regían a partir del siglo XVII. Cada uno con características distintas, sin embargo con una semejanza: la preocupación con el estado de salud de la población. Se resalta que el autor no menciona el término “equipo de salud”, no obstante, al describir las etapas de formación de la medicina social, menciona un equipo que trabaja en pro o en nombre de la salud. Siendo ellas las siguientes:

---

<sup>14</sup> (Atención primaria de salud, "Principios y métodos", 2° edición)

- Medicina del Estado, desarrollada en Alemania a comienzos del siglo XVII, sobre la cual podemos delinear un “equipo de salud” constituido por médicos, con una organización administrativa central que supervisa y dirige el trabajo médico; con empleados médicos nombrados por el gobierno.<sup>15</sup>
  - Medicina Urbana desarrollada en Francia a fines del siglo XVII en el cual podemos observar un “equipo de salud” constituido por médicos, químicos y físicos.
  - Medicina de Fuerza del Trabajo desarrollada en Inglaterra en el segundo tercio del siglo XIX, sobre la cual se muestra un “equipo de salud” constituido por médicos que se ocupaban de los pobres, médicos que se ocupaban de problemas generales como las epidemias y médicos privados que se ocupaban de quien les podían pagar.

En el siglo XVIII, con el surgimiento del Hospital, como un local de cura y no más como lugar de muerte, con tratamiento medicamentoso y disciplina dentro del espacio hospitalario, fue visualizándose el surgimiento del “equipo de salud” al cual estamos más familiarizados. Este “equipo de salud” está presente en el ritual de la visita médica, el cual es seguido por toda una jerarquía dentro del hospital, sea: asistentes, alumnos, enfermeras y otros.

Consideramos que, a partir de este evento, el equipo de salud fue conformado. Estas modalidades de “equipos de salud” descritas tienen pocas semejanzas con los equipos de salud con los cuales convivimos. Estamos acostumbrados a ver un equipo constituido por médicos, enfermeros, otros profesionales de enfermería, psicólogos, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas, farmacéuticos y asistentes sociales, comúnmente denominado equipo multiprofesional o

---

<sup>15</sup> (Atención primaria de salud, "Principios y métodos", 2° edición)



interdisciplinario de salud.

La multiprofesionalidad es considerada una estrategia que orienta y posibilita el realizar una asistencia integral. Equivocadamente, la confundimos con interdisciplinariedad. La primera se refiere a la yuxtaposición de diversas disciplinas y cada profesional actúa de acuerdo con su saber especializado; el proceso terapéutico es fragmentado.

La segunda implica la interacción entre dos o más disciplinas, la cual se refleja en conceptos claves, dentro de la epistemología y en la organización de la investigación y la enseñanza.

Los primeros trabajos multiprofesionales surgieron en las décadas del 1930/40, estando relacionadas al área de la salud mental. En la década de 1960 existió un incremento cuantitativo en la fuerza de trabajo en salud. Estos factores producto de una propuesta de humanización en la atención al enfermo mental, aumento en la demanda por los servicios de salud y la incorporación de tecnologías cada vez más Complejas.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> (Atención primaria de salud, "Principios y métodos", 2° edición)

## **CAPITULO II**

### **Diseño Metodológico**

Esta es una investigación de tipo no experimental, lo que significa que se observan fenómenos tal y como se dan en un contexto para luego analizarlo en un ambiente natural.

Es también cuantitativo, por la cual contiene variables que se pueden medir.

### **Tipo de estudio**

El estudio se clasifica como transversal-descriptivo.

Transversal: ya que los datos obtenidos son recolectados en un tiempo específico durante el año 2012.

### **Proceso formal**

Deductivo: ya que se parte de una premisa general para concluir sobre un caso particular.

### **Grado de abstracción**

Aplicada, encaminada a la solución de problemas prácticos.

### **Universo**

Las pacientes embarazadas y puérperas del servicio de la maternidad del Hospital Virgen de la Misericordia, que son un total de 923 de pacientes, en el primer semestre del corriente año 2012

## **Muestra**

La muestra consiste el 10% del total de pacientes durante el tercero y cuarto trimestre del año 2012. El tipo de muestreo utilizado es el aleatorio, ya que se elige la población al azar.

## **Unidad de análisis**

Cada una de las madres internadas en el Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de maternidad, de la obra social OSEP.

## **Variables**

Variables teóricas

V. intermedias

- **Conocimiento**

**Embarazo**

V. Empíricas

Edad de las embarazadas

- 14 a 18 años
- 19 a 23 años
- 24 a 28 años
- 29 y más

Conocimientos sobre embarazo

Número de controles

- 1
- 2

- 3
- Los que sean necesarios según el embarazo.

Dieta adecuada durante el embarazo

- Dieta hipocalórica
- D. balanceada
- D. hipercalórica

Cantidad de embarazo

- 1
- 2
- 3
- Más de 3

El último embarazo, fue deseado

- Si
- No

Presentó abortos

- SI
- NO

Cuánto conoce sobre:

#### Test de embarazo

- Mucho
- Poco
- Nada

#### Análisis de orina

- Mucho
- Poco
- Nada

#### Análisis de sangre

- Mucho
- Poco
- Nada

#### Ecografía

- Mucho
- Poco
- Nada

#### Controles durante el presente embarazo

- Ninguno
- 1
- 2
- Más de 3

#### Posibles complicaciones en el embarazo

- Hipertensión
- Diabetes
- Anemia
- RPM

#### Efactor de salud

- Centro de salud
- Hospital
- Obra social
- Medicina prepaga

#### Vacunas

- Ninguna
- Tétanos
- DPT a

#### De dónde considera que ha recibido información

- Medios de comunicación
- Internet
- Personal de salud
- Otros

- **Gestantes y puérperas**

## Educación

### Grado de educación

- Primaria completo SI\_\_ NO\_\_
- Secundario completo SI\_\_ NO\_\_
- Terciario completo SI\_\_ NO\_\_
- Universitario completo SI\_\_ NO\_\_

### Estado civil

- Soltera
- Casada
- Concubinato
- otros

### Situación económica

- Trabaja
- Desocupada
- Ama de casa
- Estudia

### De cuál de los siguientes agentes de salud recibió información

- Enfermería
- Medico obstetra
- Partera
- Otro



### **Técnica de Recolección de Datos:**

Utilizamos la encuesta personal y anónima, se le explicó brevemente los objetivos de la misma.

Lo que motivó la elección de esta técnica fue la facilidad y sencillez en su aplicación tanto para la autora como para las encuestadas.

### **Instrumento de Recolección de Datos:**

El instrumento utilizado fue un cuestionario autoadministrado. Se proporciona directamente a las respondientes, quienes lo contestaron no hubo intermediarios y las respuestas las marcaron ellas.

- Veinte preguntas cerradas en relación a datos personales, la cual nos permitió detectar los factores socioculturales de las embarazadas y puérperas.
- También nos permitió identificar los conocimientos de las mismas con respecto a los cuidados y controles.
- Por último se logro detectar de donde provenía la información sobre los cuidados y controles.

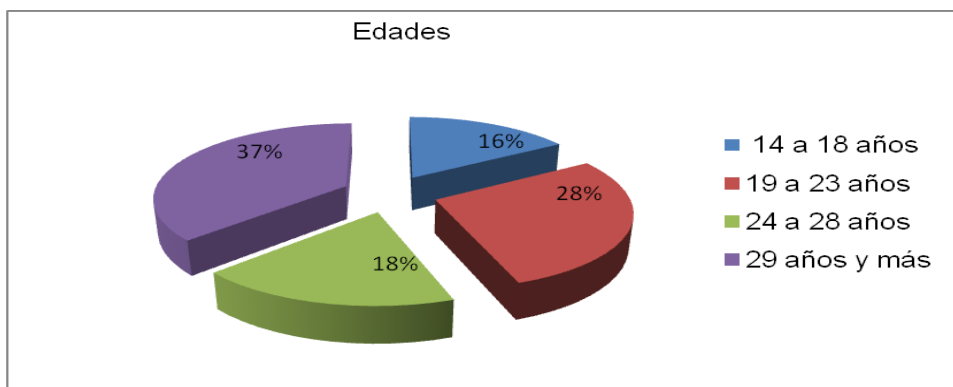
## Presentación y Análisis de los datos

TABLA N°1: Rango de edades, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

Edades	F	Fr	Fr %
14 a 18 años	15	0,16	16%
19 a 23 años	26	0,28	28%
24 a 28 años	17	0,18	18%
29 años y más	34	0,37	37%
TOTAL	92	1	100%

FUENTE: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

GRÁFICON°1



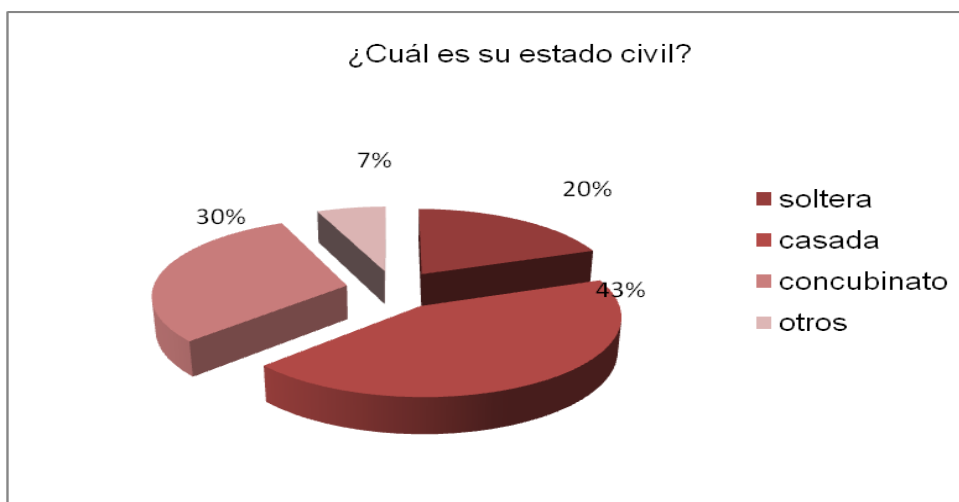
**Comentario:** Observamos que el 16 % de la población en estudio ronda entre los 14 a 18 años de edad, el 28 % de entre 19 a 23 años, continúa el 18 % de entre 24 a 28 años, y el restante 37% de 29 años y más.

TABLA N°2: Estado civil, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿Cuál es su estado civil?	F	Fr	Fr %
Soltera	18	0,20	20%
Casada	40	0,43	43%
Concubinato	28	0,30	30%
Otros	6	0,7	7%
TOTAL	92	1	100%

FUENTE: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°2**



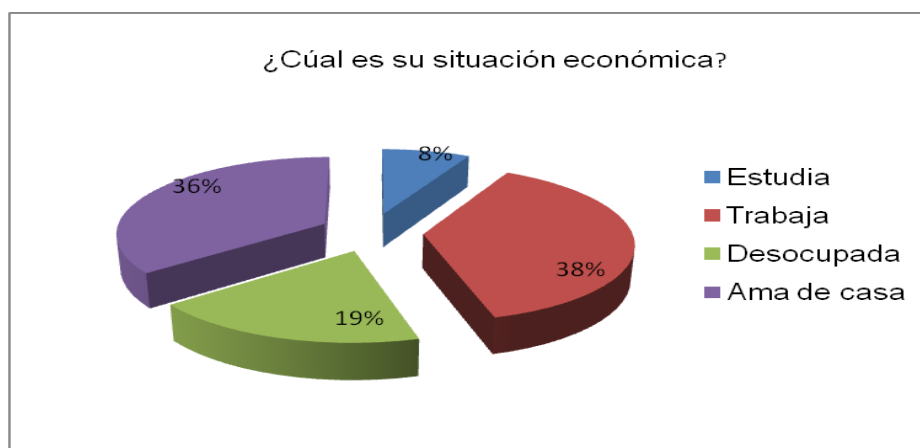
**Comentario:** El 43% de la población en estudio es casada, luego se encuentra el 30 % en situación de concubinato, el otro resto es el 20% solteras y el 7% otros.

TABLA N°3: Estado económico, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿Cuál es su estado económico?	F	Fr	Fr %
Estudia	8	0,8	8%
Trabaja	34	0,38	38%
Desocupada	17	0,19	19%
Ama de casa	33	0,36	36%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012

### GRÁFICO N°3



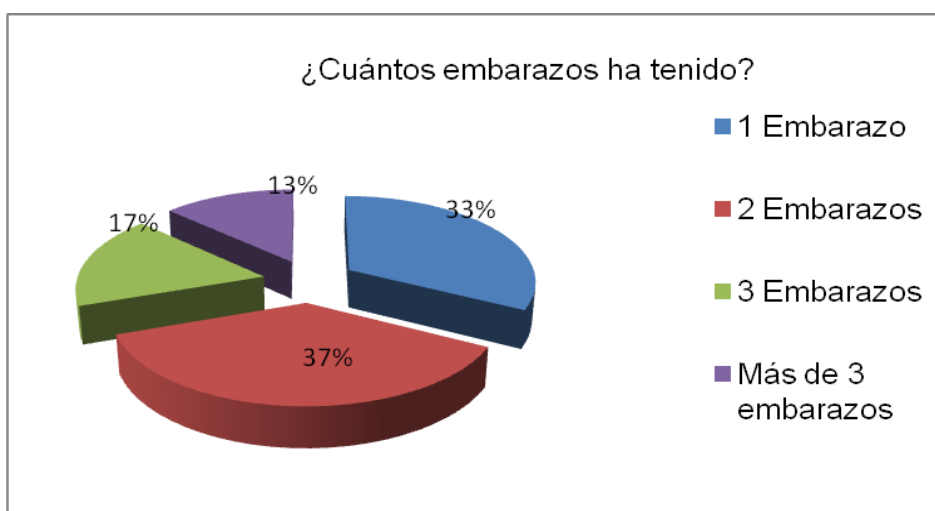
**Comentario:** Observamos que el 38% de la población trabaja, el otro porcentaje importante de mujeres 36% es ama de casa, el resto 19% está en condición de desocupación y el 8% estudia.

TABLA N°4: Cantidad de embarazos, de las púerperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿Cuántos embarazos ha tenido?	F	Fr	Fr %
1	30	0,8	33%
2	34	0,38	37%
3	16	0,19	17%
Más de 3	12	0,36	13%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°4**



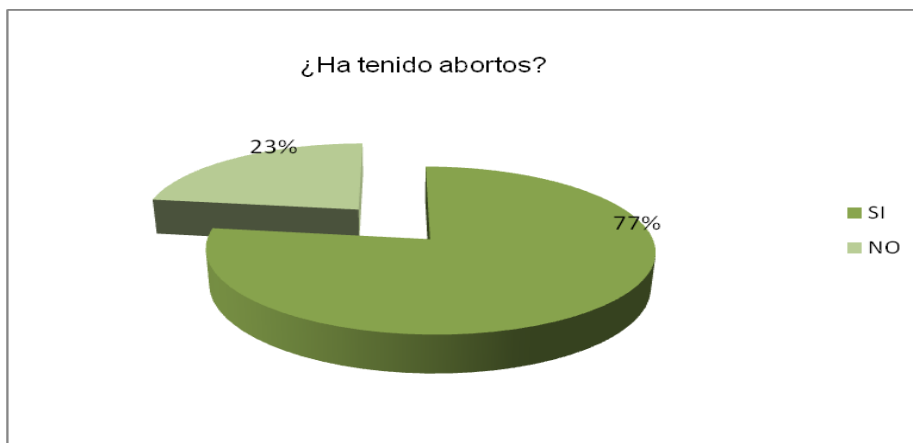
**Comentario:** En la población estudiada se puede observar que el 37% ha tenido solo 2 embarazos, el 33% sólo 1, el 17 % ha tenido 3 y el 13 % restante más de 3.

TABLA N°5: Si han presentando o no abortos, las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Ha tenido abortos?	F	Fr	Fr%
Si	71	0,77	77%
No	21	0,23	23%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRÁFICO N°5**



**Comentario:** observamos que el 77% de la población en estudio ha presentado abortos, y el resto 23 % no lo ha presentado.

TABLA N°6: Problemas durante el embarazo, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿Presento algunos de los siguientes problemas durante el embarazo?	F	Fr	Fr %
Ninguna	53	0,58	58%
Hipertensión	10	0,11	11%
Diabetes	4	0,4	4%
Anemia	8	0,9	9%
RPM	6	0,7	7%
Otros	11	0,12	12%
Total	92	1	100%

FUENTE: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

#### GRÁFICO N°6



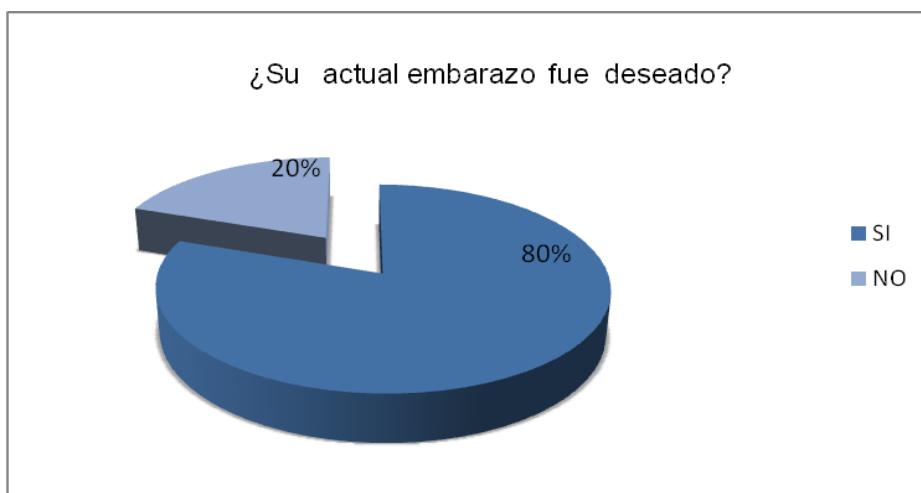
**Comentario:** Según el gráfico se observa que el 58% no ha presentado ningún tipo de problema durante el embarazo, luego el 11% ha presenta hipertensión, 9% anemia, 7% ruptura prematura de membranas (RPM), 4% diabetes y 12% otros.

TABLA N°7: Si el presente embarazo fue deseado, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Su embarazo fue deseado?	F	Fr	Fr%
Si	74	0,8	80%
No	18	0,2	20%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRÁFICO N°7**



**Comentario:** Observamos que el 80% de la población el embarazo fue deseado y el resto 20% no fue deseado.



TABLA N°8: Cantidad de embarazos, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿Cuántos controles se ha realizado en el presente embarazo?	F	Fr	Fr %
Ninguno	4	0,4	4%
1	5	0,5	5%
2	15	0,16	16%
Más de 3	68	0,74	74%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°8**



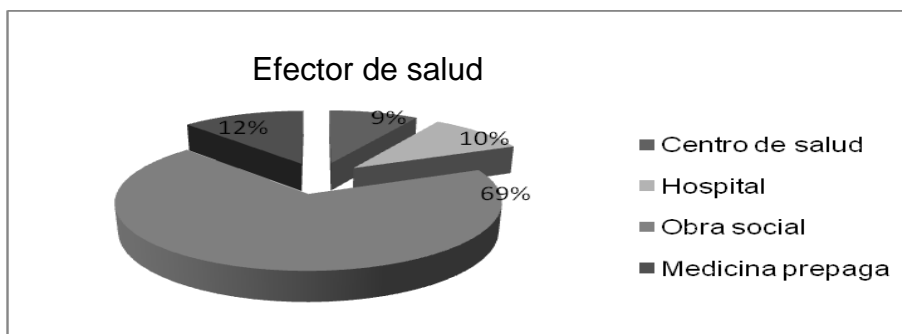
**Comentario:** Observamos que el 74% de la población en estudio se han realizados más de 3 controles, el 16% sólo 2 controles, 5% sólo 1 y el 4% restante ningún controles

TABLA N°9: Efector de salud donde se llevaron a cabo los controles, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿En qué efector de salud llevo a cabo sus controles?	F	Fr	Fr %
Centro de salud	8	0,12	12%
Hospital	9	0,10	10%
Obra social	62	0,69	69%
Medicina prepaga	11	0,9	9%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°9**



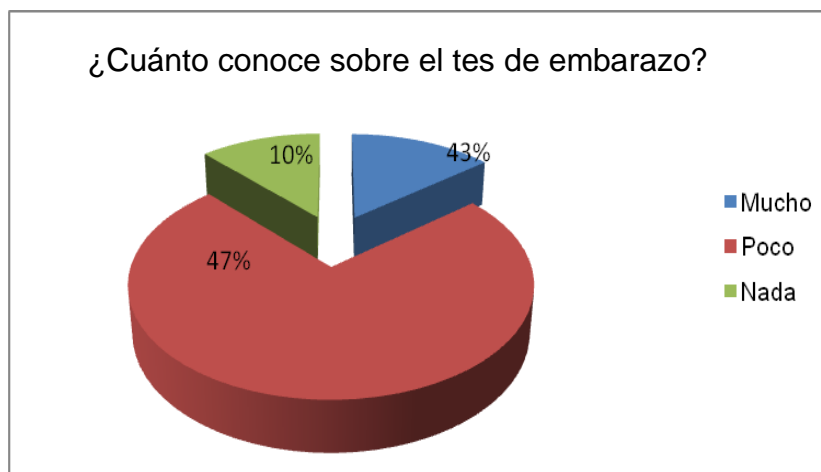
**Comentario:** Observamos en el gráfico que el 69% de la población en estudio hace uso como efector de salud la obra social, el 12% en centros de salud, y el resto 10% en el hospital público, y el 9% en medicina prepaga.

TABLA N°10: Cuanto conocen sobre el tes de embarazo, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Cuánto conoce sobre el tes de embarazo?	F	Fr	Fr%
Mucho	39	0,43	43%
Poco	43	0,47	47%
Nada	9	0,10	10%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°10**



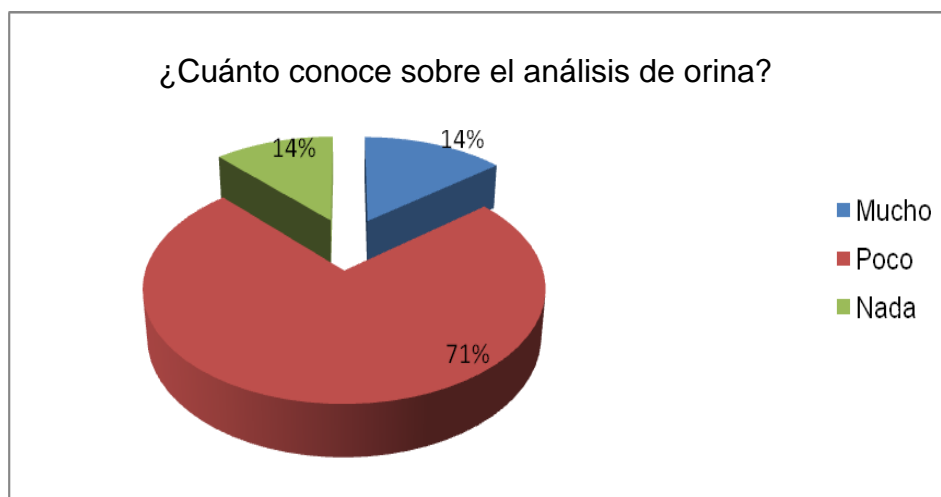
**Comentario:** Se puede observar en el gráfico que el 47% conoce poco sobre el tes de embarazo, el 43% tiene mucho conocimiento y el 10% nada.

TABLA N°11: Cuanto conocen sobre análisis de orina, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Cuánto conoce sobre análisis de orina?	F	Fr	Fr%
Mucho	13	0,14	14%
Poco	65	0,71	71%
Nada	13	0,14	14%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°11**



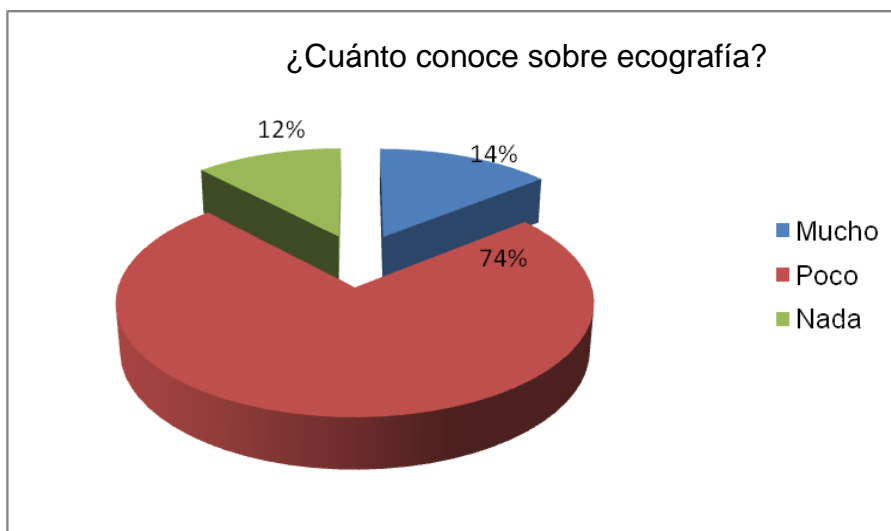
**Comentario:** Observamos que el 71% conoce poco sobre el análisis de orina, el otro 14% no conoce nada y el resto 14% conoce mucho.

TABLA N°12: Cuanto conocen sobre ecografía, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Cuánto conoce sobre ecografía?	F	Fr	Fr%
Mucho	13	0,14	14%
Poco	68	0,74	74%
Nada	11	0,12	12%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°12**



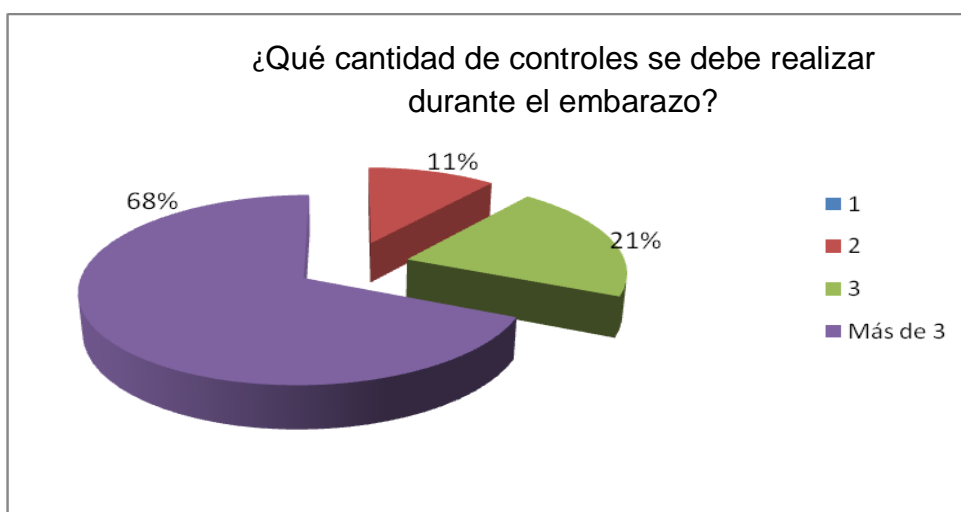
**Comentario:** Observamos que el 73% conoce poco sobre ecografía, el otro 12% no conoce nada y el 14% conoce mucho.

**TABLA N°13: Conocimiento de cantidad de controles que se deben realizar durante el embarazo, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.**

¿Qué cantidad de controles se deben realizar durante el embarazo?	F	Fr	Fr %
1	0	-	0%
2	10	0,11	11%
3	19	0,21	21%
Más de 3	63	0,68	68%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°13**



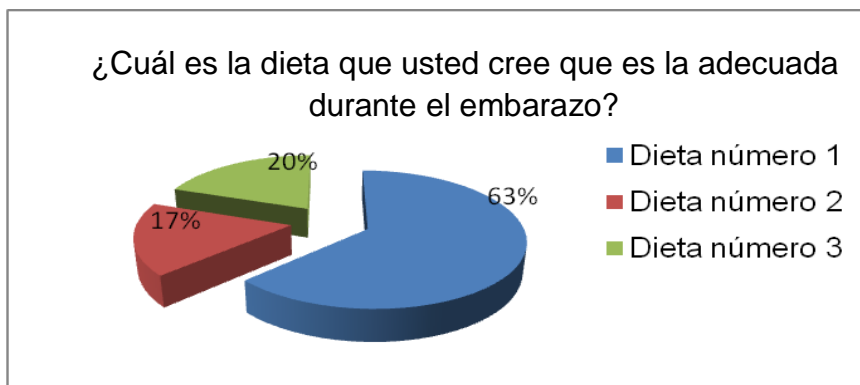
**Comentario:** Observamos que el 68% de la población considera que se debe realizar más de 3 controles durante el embarazo, el 21% sólo 3 y el 11% 2 controles.

**TABLA N°14: Dieta adecuada durante el embarazo, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.**

¿Cuál es la dieta adecuada, que considera usted que se debe realizar durante el embarazo?	F	Fr	Fr%
1-Dieta balanceada (verduras, carnes de todo tipo, legumbres, frutas y lácteos) en proporciones adecuadas.	58	0,63	63%
2-Dieta que contenga golosinas, carnes, amasados y embutidos en muchas cantidades.	16	0,17	17%
3-Dieta que contenga alimentos solo dietéticos y verduras en pocas cantidades.	18	0,2	20%
Total	92	1	100%

FUENTE: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

#### GRÁFICO N°14



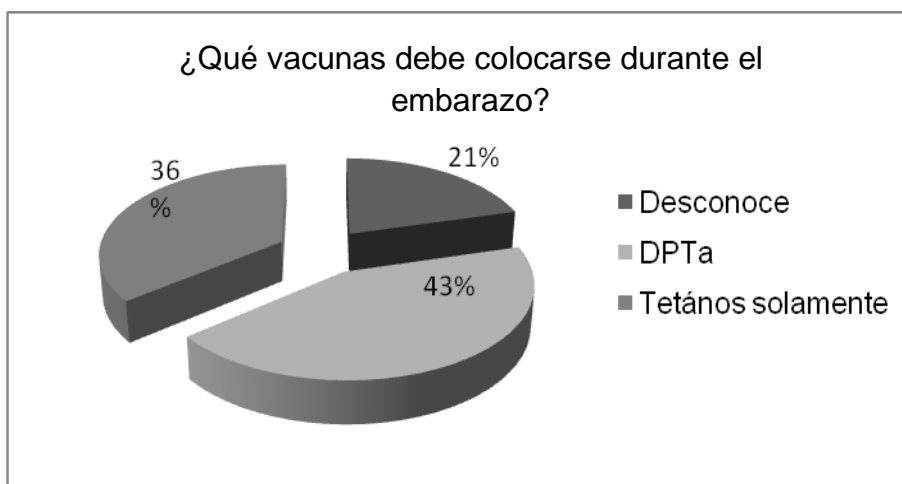
**Comentario:** Observamos que el 63% de la población ha optado por la dieta número 1, el 20% por la dieta número 3 y el 17% restante por la dieta número 2

TABLA N°15: Vacunas adecuadas en el embarazo, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Qué vacunas debe colocarse durante el embarazo?	F	Fr	Fr%
Desconoce	19	0,21	21%
DPTa	40	0,43	43%
Tétanos solamente	33	0,36	36,00%

FUENTE: Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012

### GRÁFICO N°15



**Comentario:** El 43% de la población en estudio conoce sobre la vacuna en el embarazo la más apropiada es la DPTa, el 36% contestó que sólo es la del tétanos y 21% desconoce.

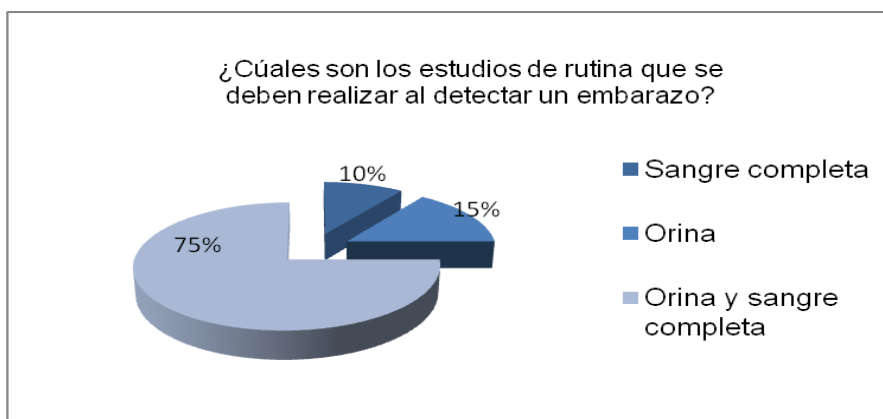


TABLA N°16: Estudios de rutina en el control del embarazo, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Cuáles son los estudios de rutina que se deben realizar cuando se detecta un embarazo?	F	Fr	Fr%
Sangre completa	9	0,10	10%
Orina	14	0,15	15%
Sangre completa y orina	69	0,75	75%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza

**GRAFICO N°16**



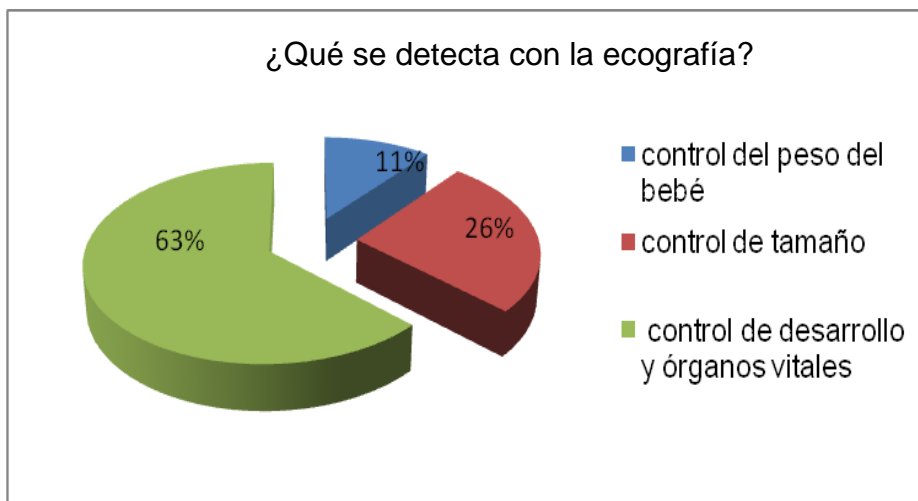
**Comentario:** Se puede apreciar que el 75% de la población conoce que los estudios de rutina concierne la orina y sangre completa, el 15% sólo el de orina y el 10% sangre completa.

TABLA N°17: Conocimiento sobre ecografía de control en el embarazo, de las puérperas y embarazadas, del Hospital Virgen de la Misericordia, del servicio de Maternidad, Mendoza Septiembre 2012.

¿Qué se detecta con la ecografía?	F	Fr	Fr%
Control del peso del bebé	10	0,11	11%
Control de tamaño	24	0,26	26%
Control del desarrollo tanto de peso como tamaño y órganos vitales	58	0,63	63%
Total	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°17**



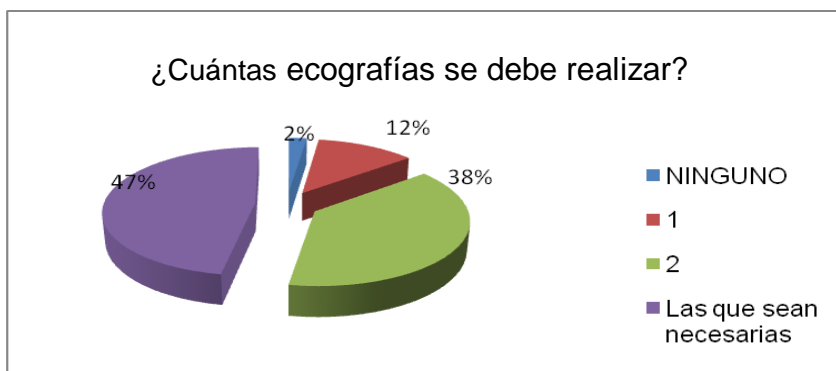
**Comentario:** Observamos que el 63% ha contestado que con la ecografía se detecta el control del desarrollo y órganos vitales, el 26% el control del tamaño y el 11% el control del peso del feto.

**TABLA N°18: Cantidad ecografías, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.**

¿Cuántas ecografías se debe realizar?	F	Fr	Fr %
Ninguno	2	0,2	2%
1	11	0,12	12%
2	36	0,38	38%
Las que sean necesarias según del estado del bebé.	43	0,47	47%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRÁFICO N°18**



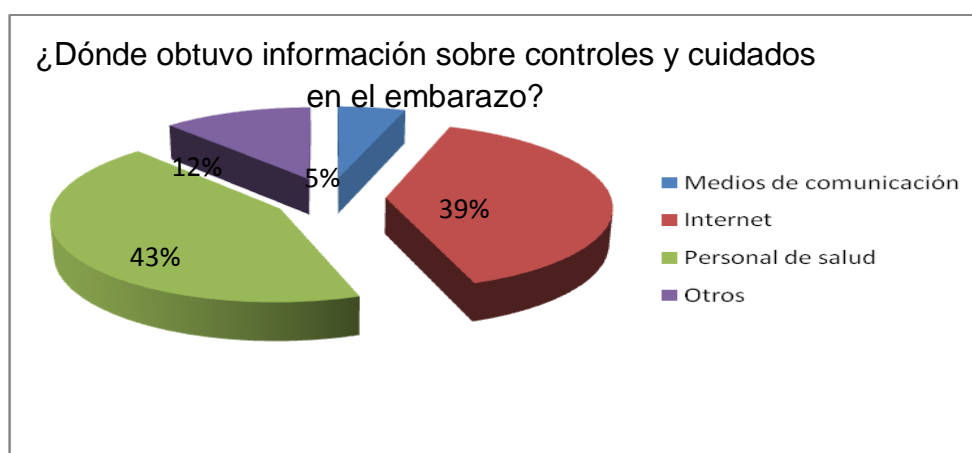
**Comentario:** Se puede observar que el 47% de la población en estudio contestó que se debe realizar las ecografías que sean necesarias para el control del embarazo, luego el 38% que contestó que sólo dos. El resto fue el 12% de un control y sólo el 2% de la opción de ningún control.

TABLA N°19: Fuente de información sobre los cuidados y controles durante el embarazo, de las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿De dónde obtuvo la información sobre controles y cuidados en el embarazo?	F	Fr	Fr %
Medios de comunicación	5	0,5	5%
Internet	36	0,39	39%
Personal de salud	40	0,43	43%
Otros	11	0,12	12%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°19**



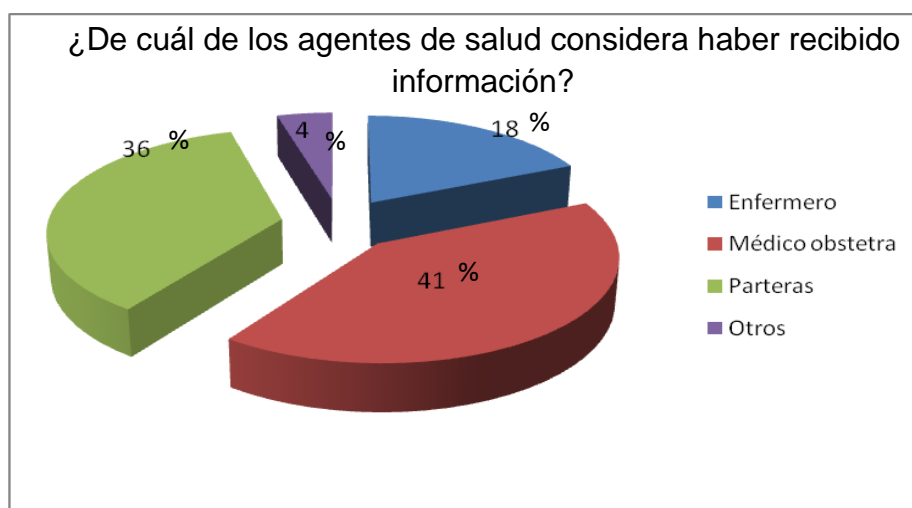
**Comentario:** El 39% de población afirma haber obtenido información de internet, el 43% del personal de salud, el 12% de los medios de comunicación y el resto 5% de otros.

**TABLA N°20:** Los agentes de salud que brindan información a las puérperas y embarazadas del Hospital Virgen de misericordia, del servicio de maternidad, Mendoza, Septiembre 2012.

¿De cuál de los agentes de salud considera haber recibido información?	F	Fr	Fr %
Enfermero/a	17	0,18	18%
Médico Obstetra	38	0,41	41%
Partera	33	0,36	36%
Otros	4	0,4	4%
TOTAL	92	1	100%

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**GRAFICO N°20**



**Comentario:** Observamos que el porcentaje del 41% de la población en estudio afirma haber recibido información de los médicos obstetras, el 18 % de las Parteras, el resto 18% del personal de enfermería, y por último, el 4 % otros

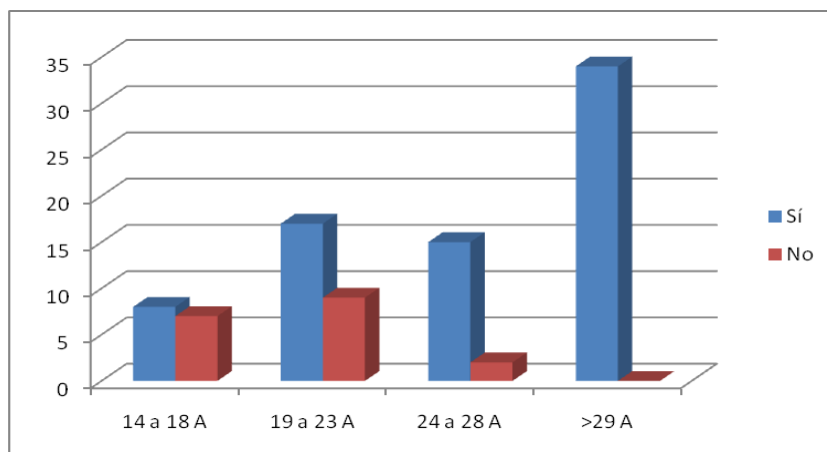
**Tabla N°21: Relación de rango de edades de las embarazadas y puérperas con los embarazos deseados o no.**

	Embarazo deseado	Embarazo no deseado
14 a 18 años	8	7
19 a 23 años	17	9
24 a 28 años	15	2
Más de 29 años	34	0

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**COMENTARIO:** El siguiente tabla nos muestra la relación que existe entre los rango de edades y embarazos deseados, es decir que mientras más aumenta las edades más incrementa el embarazos deseados.

**Gráfico N° 21**

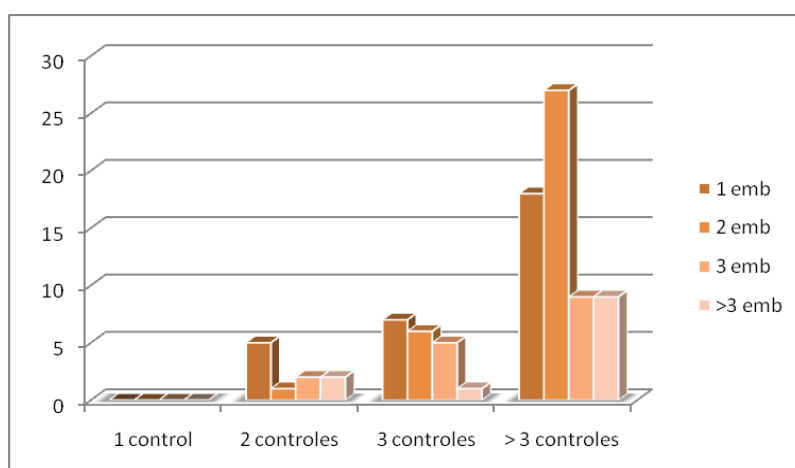


**Tabla N°22: Relación de número de controles por cantidad de embarazos de las pacientes embarazadas y puérperas del hospital Virgen de la Misericordia, OSEP.**

	1 control	2 controles	3 controles	>3 controles
1 embarazo	0	5	7	18
2 embarazos	0	1	6	27
3 embarazos	0	2	5	9
>3 embarazos	0	2	1	9

**COMENTARIO:** Se puede observar según la tabla, las dos variables, en este caso la cantidad de controles relacionada con la cantidad de embarazos, es decir que disminuya la cantidad de controles que se realizan a medida que tiene más de un embarazo.

**GRÁFICO N° 22**



**Tabla N° 23: Relación personal de salud que les hayas brindado información a las embarazadas y puérperas, con el efector de salud donde se llevaron a cabo los controles prenatales, de aquellas afiliadas de OSEP.**

	Enfermera	Medico	Partera	Otros
Centro de salud	1	5	2	0
hospital	1	4	3	1
OSEP	13	31	18	2
Medicina prepaga	2	0	8	1

**FUENTE:** Datos obtenidos por los propios autores, Mendoza 2012.

**COMENTARIO:** Podemos observar según la tabla que el personal de enfermería proporcionó solo a 13 de las pacientes encuestadas en la obra social, sólo 1 en el centro de salud y en el hospital, a diferencia de los médicos que fueron 31, luego las parteras promovieron a 18 de los casos.



## **CAPITULO III**

## **Conclusión:**

La autora ha finalizado la elaboración de la investigación habiendo podido dar cumplimiento al objetivo planteado al comienzo de la misma: identificar qué conocimientos tienen aquellas mujeres embarazadas y puérperas acerca del embarazo y la importancia de sus controles.

Con la información recolectada se logró detectar cuales son los factores socioculturales y económicos que influyen al acceso a esta información.

En relación a los factores socioculturales y económicos puede decirse que:

- El 43% de las mujeres encuestadas son casadas, y el 30% vive en concubinato.
- El 38% de las mismas trabaja, siendo su salario el único ingreso familiar.
- El 77% ha presentado abortos.

En relación a los conocimientos con respecto a los cuales se les consultó

- ✓ El 74% de la población en estudio se ha realizado más de 3 controles en su último embarazo
- ✓ El 47% afirma conocer poco acerca del test de embarazo.
- ✓ El 71% confirma conocer poco del análisis de orina.
- ✓ El 73% reconoce saber poco de la ecografía
- ✓ El 38% afirma que solo son necesarios dos controles en el embarazo.
- ✓ El 20% optó por la dieta 3, que contiene carnes, embutidos, golosinas, pocas frutas.

- ✓ En cuanto a la vacunación, el 21% desconoce qué tipo de vacuna se debe administrar en el embarazo.
- ✓ El 26% de la población en estudio, considera que con el estudio de la ecografía se controla el tamaño del bebé.

Respecto de los resultados del trabajo del equipo de salud, con distintos métodos de trabajo sobre la promoción y prevención, puede decirse que:

- ✓ Sólo el 43% de las mujeres encuestadas obtuvo información respecto del embarazo, sus cuidados y la importancia de los controles de algún miembro del equipo de salud.
- ✓ Mientras que el 57% restante afirma que la fuente de información fue internet, los medios de comunicación y otros.

Con respecto a la información aportada por el equipo de salud, puede detallarse lo siguiente:

- ✓ El 41% de las mujeres afirma que obtuvo información de los médicos obstetras.
- ✓ El 36% fue informada por la partera
- ✓ El 18% recibió información de algún enfermero/a
- ✓ Y el 4% restante por otros (agentes sanitarios)

Lo llamativo y alarmante es que a pesar de que el 69% de las encuestadas realizó sus controles prenatales en la obra social, son muy bajos los porcentajes que hacen referencia a conocimientos adquiridos por parte del personal de salud; y más aún del personal de enfermería en particular.

La información de las pacientes es escasa por lo que se puede observar en los resultados expuestos, a pesar de que se hayan realizado los controles pertinentes en su último embarazo.

En cuanto a la labor que realiza el personal de salud, es buena, pero puede mejorarse, sobre todo a lo que incumbe al personal de enfermería.

## **Recomendaciones**

Partiendo de los resultados generados en la presente investigación y agregando una renovada visión con respecto a algunos temas, la autora hace las siguientes recomendaciones:

- A la institución sanitaria de la obra social OSEP:
  - ✓ Propiciar la participación y el compromiso del personal con su trabajo, sobre todo en el área de consultorios.
  - ✓ Difundir información a través de folletería y otros medios y recursos, a los que tenga alcance el afiliado.
  - ✓ Hacer un seguimiento de aquellas pacientes que no se realizan los controles en la obra social, para informarles sobre todas las prestaciones que ofrece la misma.
  - ✓ Reforzar la capacitación del personal ingresante a la institución y hacer una adecuada selección del mismo.
  - ✓ Favorecer a aquellos profesionales que realizan promoción de los cuidados y controles del embarazo, para que continúen con éstas acciones.
  
- Al personal de enfermería:
  - ✓ Tomar conciencia que el trabajo se debe realizar con el mayor compromiso y dedicación, ya que la esencia de nuestra profesión es la

de cuidar y mantener la salud de la persona, la familia y la comunidad, contribuyendo a satisfacer sus necesidades de atención y bienestar.

- ✓ Asumir la responsabilidad de hacer el bien, protegiendo los valores más preciados; tanto de la madre, el niño por nacer y el niño nacido, que son: la vida, la salud y sus derechos.
- ✓ Salvaguardar un medio físico, social y emocional sano para la madre y el niño.
- ✓ Promover la calidad de vida del ser humano a través del cuidado y la enseñanza de acciones de auto-cuidado.
- ✓ Realizar actividades de capacitación que se ofrecen otras instituciones o en la propia obra social para el buen desempeño y desarrollo laboral.
- ✓ Plantear otras formas de trabajo en equipo, con el fin de propiciar mejoras y mayor participación de enfermería.

## **Bibliografía:**

1. [www.unicef.org.argentina](http://www.unicef.org.argentina).
2. Vea (Visión de enfermería actualizado- marzo, año 3, número 9,2007.
3. Revista “crear salud” (Universidad de Córdoba), año 3, número 3,1999.
4. Manual Williams obstetricia, 21ª edición, editorial panamericana, capítulo 21.
5. Trabajo de investigación “Prematurez en la Argentina”-su impacto en la mortalidad infantil, Dra. Celia Lomuto, año 2009.
6. Guía de atención integral de cuidados a las mujeres en período prenatal, parto y pos parto.
7. [www.sarda.org.ar](http://www.sarda.org.ar)
8. Libro de José Tapia - González, 3ª edición de neonatología.

# ÁPENDICE Y ANEXOS



## **ANEXO I**

**La presente Encuesta tiene por finalidad recolectar Información del Conocimiento que tienen las mujeres internadas, tanto puérperas como embarazadas, sobre cuidados y controles sobre el embarazo.**

**Esta información es de carácter anónimo, y se utilizará por la alumna Tapia Maribel para realizar la Tesis de Trabajo Final de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, en el año 2012.**

### **Se agradece la colaboración**

---

Marque con una cruz

#### **1 Edad.**

- a- 14-18 años
- b- 19-23 años
- c- 24-28 años
- d- 29 años y más

#### **2 ¿Cuál es su estado civil?**

- a- Soltera
- b- Casada
- c- Concubinato
- d- Otros

#### **3 ¿Cuál es su situación económica?**

- a- Estudia solamente, por lo cual depende de alguien.
- b- Trabaja
- c- Desocupada

d- Ama de casa

**4**¿Cuántos embarazos ha tenido?

a- 1

b- 2

c- 3

d- Más de 3

**5**¿Ha tenido abortos?

a-si

b- no

**6**¿Presento algunos de los siguientes problemas en el presente embarazo?

a- Ninguna

b- Hipertensión

c- Diabetes

d- Anemia

e- RPM (ruptura prematura de membranas)

f- Otros

**7**¿Su embarazo fue deseado?

a- Si

b- No

**8** ¿Cuántos controles se realizó durante el presente embarazo?

- a- Ninguno
- b- 1
- c- 2
- d- Más de 3

**9** ¿En que efector de salud llevo a cabo sus controles?

- a- Centro de salud
- b- Hospital
- c- Obra social
- d- Medicina prepaga

**10** En cuánto a métodos para detectar el embarazo, ¿Cuánto conoce sobre el Tes de embarazo?

- a- Mucho
- b- Poco
- c- Nada

**11** ¿De Análisis de orina?

- a- Mucho
- a- Poco
- b- Nada

**12** ¿Cuánto considera que conoce de ecografía?

- a- Mucho
- b- Poco
- c- Nada

**13** ¿Qué cantidad de controles se deben realizar durante el embarazo?

- a- 1
- b- 2
- c- 3
- d- +3

**14** ¿Cuál es la dieta adecuada, que considera usted que se debe realizar durante el embarazo?

- a- 1-Dieta balanceada (verduras, carnes de todo tipo, frutas, legumbres, lácteos), en proporciones adecuadas.
  
- b- 2-Dieta que contenga alimentos como golosinas, carnes, amasados, embutidos, en muchas cantidades
  
- c- 3-Dieta que contenga alimentos solo dietéticas, sólo verduras, en pocas  
Cantidades.

**15** ¿Qué vacunas debe colocarse durante el embarazo?

- a- Desconoce
- b- DPTa (triple bacteriana acelular, difteria-pertusis y tétanos)
- c- Tétanos solamente

**16** ¿Qué análisis se debe realizar como rutina cuando se detecta un embarazo?

- a- Sangre completa
- b- Orina
- c-O ambas

**17** ¿Qué se detecta con la ecografía?

- a- Control del peso del bebé
- b- Control de tamaño
- c- Control del desarrollo del bebé tanto tamaño como peso, y órganos vitales.

**18** ¿Cuántas ecografías se debe realizar?

- a- Ninguna
- b- 1
- c-2
- d- Las que sean necesarias según el estado del bebé.

**19** ¿Dónde obtuvo la información sobre cuidados y controles en el embarazo?

- a- Medios de comunicación(revistas, programas de tv)

- b- Internet
- c- Personal de salud
- d- Otros

**20** ¿De cuál de los agentes de salud considera haber recibido información?

- a- Enfermero/a
- b- Medico obstetra
- c- Partera
- d- Otros

## **ANEXO II**