



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Enfermería
Sede General Alvear

Tesis Final

“Causas que limitan el control pre natal de embarazadas”

Autor:
Rafael Morales

General Alvear, Mendoza. Octubre de 2011.

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Integrantes del Tribunal Examinador:

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

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

AGRADECIMIENTOS

Deseo hacer un agradecimiento muy especial al Servicio de Maternidad del Hospital ENFERMEROS ARGENTINOS por la colaboración prestada para la realización de este trabajo, a todo su personal y a todas aquellas personas involucradas con esta problemática, como así también a las personas que colaboraron facilitando datos estadísticos de la zona, a la Jefa del Departamento de Estadísticas que brindo todo su apoyo en forma desinteresada, y de una manera muy especial a mi familia que sin su apoyo y contención no hubiese sido posible la realización del mismo.

PROLOGO

Motivado por algunas informaciones que se referían al incremento en los embarazos adolescentes y en el aumento de fallecimientos de niños prematuros y la falta de control en los embarazos. Y viendo que a menudo llegan madres embarazadas con pocos controles de su embarazo, con problemas de posibles pérdidas, los profesionales se preguntan: ¿cuáles son los motivos por los que las madres no se realizan dichos controles?

Si es por negligencia o por motivos personales como la falta de dinero para hacerse los estudios, por estar muy alejadas de los centros de salud son algunas de las posibles respuesta a este interrogante.

De acuerdo a la encuesta se deduce que hay una gran parte de madres con poca educación, por lo que se podría pensar que no se tiene en cuenta lo que podría suceder con el embarazo al no realizarse los controles y el no controlarse sucede en las jóvenes con el primer embarazo más frecuentemente que en las que han tenido otros embarazos.

Por lo tanto se pretende en este trabajo lograr llegar a vislumbrar algunas de estas cuestiones para poder beneficiar a este grupo de población que en muchos casos es vulnerable a padecer problemas de salud.

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEO DEL PROBLEMA	2
FORMULACION DEL PROBLEMA	3
JUSTIFICACIÓN	4
OBJETIVOS	6
MARCO TEÓRICO	7
Antecedentes sobre embarazo prematuro	7
Embarazo en adolescentes	10
Factores que condicionan el embarazo en las adolescentes	11
1. Factores biológicos	11
2. Factores psicológicos	13
3. Factores culturales	13
4. Factores familiares	14
5. Factores socio-económicos	14
DISEÑO METODOLOGICO	16
REPRESENTACIÓN DE LOS DATOS	18
CONCLUSION FINAL	28
MEDIDAS CORRECTIVAS	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXO	32

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. Porcentaje por año de embarazos adolescentes	18
TABLA N° 2: Nivel de instrucción de embarazadas	19
TABLA N° 3: Situación conyugal	20
TABLA N° 4: Edad de las embarazadas	21
TABLA N° 5: Numero de embarazos atendidos	22
TABLA N° 6: N° de hijos vivos nacidos	23
TABLA N° 7: N° de hijos fallecidos	24
TABLA N° 8: Controles de embarazos realizados	25
TABLA N° 9: N° de hijos prematuros nacidos	26
TABLA N° 10: Infecciones urinarias	27
TABLA N° 11: Ingreso por grupo familiar en pesos	28

CAPÍTULO I

INTRODUCCION

En el presente trabajo se realiza un análisis de la problemática que representa para la Salud Pública, el tema del embarazo no controlado en adolescentes y no adolescentes.

Se comienza con un análisis de la situación que se ha observado en el Hospital Enfermeros Argentinos, de General Alvear, donde concurre un elevado número de embarazadas que no realizan los controles correspondientes.

Se describe la problemática y se continúa con el desarrollo del marco teórico, destacando la opinión de diversos autores respecto a ésta situación.

Posteriormente se desarrolla el diseño metodológico en el cual se describe como se obtuvieron las muestras, se conceptualizan y operacionalizan las variables. En el mismo se formula la hipótesis y finalmente se procesan los datos obtenidos de los pacientes que, luego de ser analizados, se obtienen los resultados finales.

PLANTEO DEL PROBLEMA

En la problemática de los partos prematuros y en cuanto a su consecuencia mas negativa como lo es el fallecimiento del bebe, los informes médicos han estado hablando de que uno de los mayores problemas es que las madres, primerizas o no, se presentan en el hospital los últimos días de gestación, sin haberse hecho ningún control de embarazo.

Algunas solo traen un solo control pero sin la ecografía y el electrocardiograma entre otros estudios.

Hemos podido ver jóvenes con el primer embarazo que llegan a la guardia con trabajo de parto o dando a luz en la misma guardia, sin controles y con los riesgos que esto conlleva.

Otras madres que ya han tenido varios partos, vuelven al hospital con el último embarazo sin haberse hecho ningún control, podemos deducir en estos casos, que no es porque no sepan sobre los controles, si no es porque refieren que “viven lejos” o que “no va a pasar nada”.

El mayor problema que se ve en los partos prematuros, ya sea porque se produce el parto antes de termino por cualquier problema fisiológico o porque el bebe fallece dentro del útero, sin poder lograr con la medicación que llegue a término.

Otros de los problemas son cuando la mama aborta en los primeros meses si causa aparente o porque es un problema fisiológico.

La mayor cantidad de partos prematuros están comprendidos en las jóvenes primerizas, ya que son en mayor cantidad las que no se hacen el control del embarazo que deberían hacerse por recomendación del hospital.

Hemos visto una mujer con 10 hijos que vino con el último embarazo sin ningún control, lo que motivó que se le hiciera una cesárea, ya que el medico de guardia no conocía su historia clínica y los controles que debería haberse hecho y por lo tanto no quiso correr riesgo tanto para la madre como para el bebe.

También se ha notado una mayor cantidad de mujeres con hipertensión gestacional, tanto en jóvenes como en adultas.

Como se puede ver, la cantidad de fallecimiento prematuro son por no llevar a cabo desde un comienzo de la gestación los controles pertinentes, los cuales prevendrían algunas causas que podrían perjudicar al bebe,

Por lo tanto la prevención cuenta para que ese bebe nazca bien y en termino, sin tener que lamentar consecuencias drásticas como el fallecimiento del mismo.

Seria oportuno descubrir cuales son las causas por las cuales las mujeres embarazadas que se atienden en el Hospital Enfermeros Argentinos, no se realizan los controles pertinentes.

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuales son los motivos de las embarazadas, que concurren al consultorio de obstetricia durante el periodo enero-mayo 2011 del hospital Enfermeros Argentinos, a no realizarse los controles prenatales?

JUSTIFICACION

Al comprobar con números concretos, por medio de la estadística recopilada en el Hospital Enfermeros Argentinos de General Alvear, cada vez son mas, los bebes fallecidos durante la gestación de los mismos.

La estadística locales nos indica que cada vez es mayor la cantidad de fallecimientos de bebes antes del tiempo total de embarazo.

Se genera la incógnita de cuales son las distintas causas por la que los bebes fallecen durante la gestación. Según investigaciones, la causa más notoria es que la madre padezca alguna enfermedad que pueda ser la que determine insuficiencias fetales que produzca el fallecimiento en los primeros meses o en cualquier estadio durante la gestación.

Una de las características mas notables es que las madres tienen una educación básica muy precaria (algunas solo primaria) que les impide detectar en forma precoz cualquier desorden fisiológico o anomalía en la gestación del bebe, ya que quizás les brindaron la información pero no supieron asimilarla o comprenderla.

Otra de las causas sucede en las mamas primerizas ya que no concurre a hacerse los controles como esta estipulado en las normas hospitalarias (por desconocimiento o por falta de compromiso).

Existen factores económicos y sociales que actúan como barreras de accesibilidad a los centros de atención, ya que no se consiguen o los centros de salud no cuentan con personal idóneo o su frecuencia de visitas es escasa. (Cada 15 días).

Todo esto lleva a que la embarazada concurra a ser atendida en las últimas instancias (amenaza de parto prematuro) sin los controles adecuados.

Durante un relevamiento en terreno se ha podido detectar algunas mamas que han perdido en los primeros meses de gestación uno o dos bebes antes de termino y solo le han referido que la causa de fallecimiento fue por muerte súbita.

En otras obras de investigación se nombran muchas causas que, posiblemente, determinan la muerte del bebe, pero es necesario determinar las causas de porqué en General Alvear han aumentado la cantidad de fallecimientos prematuros

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar las causas que limitan a las embarazadas a realizar los controles pre natales, con la finalidad de obtener información que permita implementar medidas correctivas.

Objetivos específicos

- Determinar que información tienen las gestantes con respecto al embarazo.
- Caracterizar a las embarazadas.

MARCO TEORICO

Antecedentes sobre parto prematuro.

Los índices de embarazo en adolescentes y de maternidad precoz varían en las distintas sociedades y guardan una estrecha relación con el grado de información sexual de los jóvenes y los distintos niveles socio-culturales y económicos.

Cada año, en los Estados Unidos quedan embarazadas 1,2 millones de adolescentes, lo que representa el 20% de nacimientos.

Alrededor de un 25% de las niñas que en este momento tienen 14 años de edad quedaran embarazadas siendo aun adolescentes, una de cada siete decidirán abortar.

La proporción de primigestas entre mujeres de 15 a 19 años disminuyo aproximadamente de un 54% en 1979 a cerca de un 40% en la actualidad la proporción de partos de adolescentes solteras de 15 a 17 años de edad se ha ido incrementando de un 17% en 1970 a un 21% en la actualidad.¹

Parto prematuro: concepto

La interrupción de la gestación antes de las 20 semanas recibe el nombre de aborto, entre la 20 y 37 de parto prematuro y de posmaduro. A partir de la semana 42, el aborto provocado o inducido, se hace en el caso de que sea no deseado, o por riesgo de que la madre pueda llegar a fallecer.

Amenaza de parto prematuro.

Las distintas situaciones que pueden presentarse en las embarazadas, están relacionadas con los cuidados y controles de cada embarazo.

Los controles y analíticas de la madre, pueden determinar cuáles son los riesgos que pueden padecer durante la gestación.

Los riesgos más comunes, son la ingesta de alcohol, fumar, tomar drogas y también medicamentos contra indicados en el embarazo.

Las distintas enfermedades padecidas por la madre, pueden ser de alto riesgo para la vida del feto, como la diabetes, sobrepeso, hipertensión, sífilis, eclampsia, varicela, sarampión, asma bronquial (hipoxia) produce partos prematuros. En las distintas situaciones de riesgo, las embarazadas podrían estar prevenidas al hacerse los controles indicados por el médico.

En dichos controles el médico determina cuales son los riesgos a los que tendrá que enfrentarse. Al hacerlo, siguiendo las prevenciones se evitan el fallecimiento de los bebés en una edad prematura.

La embarazada puede estar prevenida, si el médico le informa cuando debe concurrir a la consulta si tiene perdida sanguínea, dolores de parto prematuros, lumbalgias y calambres uterinos.

Las hipertensas deben controlarse que la tensión arterial no pase de 135 de máxima y las diabéticas que deben estar muy bien controladas que la diabetes no suba en lo posible de lo normal.

Las más riesgosas son el H.I.V., el sarampión produce el 50% de los partos prematuros, en la varicela si la gestante la contrae en el primer trimestre de embarazo, la afectación del feto se caracteriza por mal formaciones morfológicas, microcefalicas o lesiones neurológicas.

Determinantes de partos prematuros

Uno de los principales determinantes esta dado en cuestiones relacionadas con la placenta. Los problemas en la placenta provocan el 25% de los nacimientos sin vida. Uno de los problemas más comunes es el desprendimiento de la placenta. En estos casos, la placenta se desprende de forma parcial o casi total, de la pared uterina antes del parto y provoca una hemorragia intensa que puede poner en peligro la vida de la madre y del bebé.

En algunos casos, puede provocar que el feto muera debido a la falta de oxígeno. Las mujeres que fuman cigarrillos o consumen cocaína durante el embarazo corren un mayor riesgo de sufrir un desprendimiento de la placenta.

Amenaza de aborto

La amenaza de aborto se detecta por pequeñas hemorragias después de un periodo de amenorrea, que a veces coincide con la fecha de las menstruaciones anteriores; suele acompañarse de lumbalgias y calambres uterinos. Supone una situación de urgencias que debe atenderse de inmediato.

Trastornos que cursan con hipertensión

Preeclampsia y eclampsia.

La preeclampsia es un síndrome que se presenta en el embarazo y se caracteriza por hipertensión, edema y proteinuria. Suele aparecer entre la semana 20 de la gestación y el final de la primera semana después del parto.

Afecta con mayor frecuencia a las primíparas o a las mujeres con antecedentes de hipertensión o enfermedad vascular. La preeclampsia no tratada, sobre todo en mujeres con hipertensión crónica previa o inducida por el embarazo, puede evolucionar bruscamente a eclampsia con ataques compulsivos y coma.

Infecciones.

Aparentemente las infecciones que afectan a la madre, al feto o a la placenta provocan entre el diez y el 25% de los nacimientos sin vida aproximadamente. Las infecciones representan una importante causa de muerte fetal antes de las 28 semanas de embarazo.

Las mujeres con embarazo de alto riesgo (incluidas las que padecen hipertensión y diabetes) son sometidas a un estricto seguimiento en la última etapa del embarazo, por lo general a partir de las 32 semanas

aproximadamente. Mediante el monitoreo de los latidos del corazón del feto es posible determinar si tiene alguna complicación. Esto hace posible un tratamiento adecuado, y en algunos casos el parto anticipado, que puede salvar la vida del bebe.²

Embarazo en Adolescentes

La adolescencia como es bien conocido, es " un período crítico del crecimiento" en el que se experimentan notables cambios físicos, sexuales, psíquicos, cognoscitivos, hormonales, etc., que pueden poner en peligro el equilibrio psico-físico del adolescente. Es una etapa de búsqueda de la propia identidad, de frecuentes frustraciones, de inseguridad, en la que la joven trata de hallar su lugar en el mundo mediante la comprensión de su grupo de edad.

El embarazo y la maternidad durante la adolescencia es un hecho social que preocupa a la sociedad, a los sanitarios y especialmente, en el campo médico a los pediatras y obstetras, por considerarse un embarazo de riesgo elevado.

El embarazo adolescente es aquella condición de gestación que ocurre en la edad de la adolescencia, que comprende mujeres de hasta 19 años de edad, independiente de la edad ginecológica. Es una condición que mundialmente se encuentra en aumento principalmente en edades más precoces, debido a que cada vez con más frecuencia, la proporción de adolescentes sexualmente activas es mayor, dado fundamentalmente por el inicio precoz de la actividad sexual.

Silvia G. Melamedoff, en su publicación sobre "Maternidad y paternidad adolescentes" dice: "Se denomina embarazo adolescente al que ocurre durante la adolescencia de la madre...", pero también afirma que la expresión embarazo adolescente está en revisión, por ser incompleta al omitir al "padre", un actor importante en la producción del fenómeno.

Por cuestiones de practicidad y debido a que todavía no se ha desarrollado completamente el término de padre adolescente, en este trabajo tomaremos en cuenta solo a un actor, la mujer.

El embarazo adolescente se ha convertido en un problema de salud pública importante, debido a que básicamente son las condiciones socioculturales las que han determinado un aumento considerable en su prevalencia, aconteciendo con mayor frecuencia en sectores socioeconómicos más disminuidos, aunque se presenta en todos los estratos económicos de la sociedad.

Se estima que en los países en desarrollo aproximadamente el 20% a 60% de los embarazos son no deseados, y que los adolescentes generalmente tienen escasa información sobre el correcto uso de medidas anticonceptivas y sobre la fertilidad. Las pacientes adolescentes embarazadas sufren posteriormente problemas de tipo socioeconómicos, determinados por una menor educación, mayor dificultad para conseguir empleo, generalmente el abandono de su pareja y finalmente mayor pobreza en la población. En este último punto es interesante destacar que el nivel de escolaridad es inferior al de la población general, con elevados índices de deserción escolar pre y postgestacional. En un estudio nacional se determinó que el 47% de las adolescentes estudiaban al momento de la concepción, cifra que disminuyó posteriormente al 8%.

Sin embargo algunos trabajos afirman que el inicio precoz de las relaciones sexuales sin utilización de métodos anticonceptivos es un factor importante en relación con el embarazo adolescente. Desde la perspectiva familiar, se puede señalar que la desintegración familiar, la poca comunicación con los padres, la falta de enseñanza acerca de los riesgos son otras tantas variables que intervienen en su producción. También debieran remarcarse, como causas importantes del embarazo adolescente y sus consecuencias negativas, al contexto de pobreza y la falta de oportunidades vitales.³

Factores que condicionan el embarazo en las adolescentes

1. Factores biológicos: Los procesos de crecimiento y maduración sexual terminan con la menarquia, después suele haber un período más o menos variable, en el que la adolescente, en general, aún no es capaz de concebir de forma fisiológica. En la actualidad la edad de aparición de la menarquia ha

descendido, estando la media entre los 12-13 años de edad. En general son muy raros los embarazos antes de los catorce años, ya que lo frecuente es la chica, al comienzo, tenga ciclos anovulatorios. Sin embargo, una es posible la gestación antes de la menarquia, por lo menos teóricamente, pues han llegado a detectar cuerpos lúteos en muchachas que aún no habían tenido la primera menstruación y, por consiguiente, pudiera ocurrir que antes de la menarquia presenten un ciclo ovulador, existiendo así la posibilidad de fecundación antes de la fecha teórica de la primera regla.

Hay trabajos en la literatura que señalan una relación entre la edad de aparición de la menarquia y la precocidad de las relaciones sexuales, de aquí que para muchos autores la menarquia represente una fecha importante para profundizar en la educación sexual y explicar a las adolescentes todos los riesgos inherentes a las relaciones sexuales.

Por otra parte, el período entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales. Muchas sociedades en las que se ha intercalado una década entre la menarquia/espermarquia y la independencia económica y laboral, han dejado vago y ambiguo el papel de los jóvenes estableciendo expectativas poco realistas sobre su comportamiento sexual.

El uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sigue siendo bajo, pese a las numerosas campañas educativas.

Un factor que condiciona en el embarazo de las adolescentes es la frecuencia de contactos sexuales. Ha habido cambios de conducta muy notables. Una proporción muy elevada de mujeres solteras, incluyendo adolescentes, tienen contactos sexuales y parece existir una tendencia a que se produzcan con menor carga emocional hacia el compañero y a tener contactos con más de una persona antes del matrimonio. Strasburger dice que en los últimos años se experimenta un cambio en las conductas que podría ser esperanzador. El autor escribe textualmente: "No todas las mujeres menores de veinte años son sexualmente activas, muchas menos, las que se quedan embarazadas y

muchas desapruaban la actividad sexual prematrimonial y las drogas de la misma forma que lo hacen los adultos".

2. Factores psicológicos Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, los adolescentes no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación de la actividad sexual precoz, ya que la pubertad no implica madurez psicológica.

La pulsión sexual del adolescente no se puede negar, su fuerza es arrolladora e imprevisible, de aquí que con frecuencia pueda desencadenar disturbios psicológicos más o menos graves. Entre las chicas, la pulsión sexual no parece ser tan apremiante como en los chicos y generalmente origina sentimientos más vagos y difusos. La adolescente es capaz de frenar o reprimir tales impulsos sexuales, con el fin de conseguir una mejor adaptación psicosocial, de aquí que la muchacha en ocasiones los idealiza o espiritualiza.

Para la adolescente parecen ser más trascendentes las necesidades psicológicas, la seguridad, el afecto y el amor, que la propia satisfacción del comportamiento sexual. Es importante insistir en que la experiencia sexual en la joven adolescente no responde únicamente a un simple deseo de sexo, sino más bien a un interés de ser aceptada, cuidada, mimada, deseada y protegida. Por otra parte, las mujeres jóvenes con poca confianza en sí mismas, con tendencia a depender de alguien, confusas, con escasa autoestima, con insuficiente o ninguna comunicación con sus padres, en especial en lo que se refiere al sexo, están generalmente expuestas a un inicio sexual temprano y al consiguiente riesgo de quedar embarazadas. Muchas adolescentes experimentan la soledad de su aislamiento y encuentran un medio de apoyo de correspondencia emocional en las relaciones sexuales.

3. Factores culturales De todos es conocido la gran diferencia existente en los índices de escolarización entre unos y otros países. Se refiere una mayor frecuencia de embarazos en grupos sociales de menor grado cultural, aunque no exclusivo. La falta de una educación sexual adecuada contribuye en gran

medida en el aumento del número de embarazos en estas adolescentes. Así, en países donde proliferan los programas de educación sexual, como en Suecia o en los Países Bajos, y donde hay servicios especiales de anticoncepción para jóvenes, la incidencia de estas gestaciones son realmente bajas.

Por otra parte queremos resaltar la pérdida, por gran parte de la sociedad actual, de una serie de valores morales y religiosos que pueden tener igualmente influencia. Incluso, en el momento actual se cuestiona a la familia como institución y se pone en duda, con frecuencia, el valor de la fidelidad matrimonial. La adolescente, sin formación adecuada en determinados principios, en este ambiente en el que se desarrolla, se marca una idea particular sobre los medios necesarios para agrandar y tener éxito. La actividad sexual es, según su mentalidad, el camino adecuado para conseguir la popularidad y el éxito.

4. Factores familiares La existencia de factores familiares adversos parece influir en la producción de embarazo entre las adolescentes. Entre ellos hemos de tener presentes la disfunción familiar. los problemas familiares que motivan falta de comunicación con los padres, soledad, abandono, padres separados, hijas de solteras, antecedente en su madre o hermana que quedó embarazada en la adolescencia, enfermedades crónicas en progenitores, parecen aumentar la incidencia del embarazo en las adolescentes.

5. Factores socio-económicos El embarazo en la adolescente ocurre en todos los grupos socio-económicos, raciales y étnicos.

Sin embargo, no hay que olvidar que la pobreza, el hacinamiento, la delincuencia juvenil, las iniciaciones a las drogas, el alcohol, e incluso la indigencia favorecen de forma notable el incremento del índice de embarazos en las mujeres jóvenes.

La industrialización y una sociedad urbana compleja prolongan indebidamente la educación y retrasan el casamiento. Las necesidades económicas inherentes al casamiento, el hogar. etc., son factores que de alguna manera contribuyen al embarazo durante la adolescencia, ya que estas muchachas alcanzan la madurez sexual en etapa temprana y queda un vacío de cinco o diez años entre dicha madurez y la actividad sexual legitimada por el matrimonio, como ya hemos referido.

Según Klein la mayor parte de las adolescentes no comienzan su actividad sexual con la finalidad de quedar embarazadas, sino que piensan que el sexo es necesario para lograr los beneficios sociales de los contactos. El sexo se considera muchas veces como un pago necesario al varón si la mujer desea ser popular. Las mujeres sin actividad sexual y sin contactos se consideran socialmente descartadas.

El inicio temprano de las citas con compañeros del otro sexo proporciona un contacto prolongado entre adolescentes y hace difícil que eviten la actividad sexual; desgraciadamente con el tiempo dicha actividad, realizada sin tomar adecuadas precauciones anticoncepcionales, como es la regla general, suele terminar en embarazo.

Todos los autores están de acuerdo en que la propaganda que se hace del sexo, en un ambiente erotizado, es responsable directamente de la mayor libertad sexual entre los jóvenes. Nuestra sociedad proporciona un bombardeo constante de sexualidad con la televisión, la radio, la prensa escrita, etc.; el sexo se está utilizando para vender las cosas más dispares, desde automóviles hasta artículos de limpieza. Las adolescentes pueden considerar que sus vidas son tristes y aburridas en relación con la sexualidad presentada públicamente de algunos políticos, artistas, atletas, etc. Por consiguiente, no debe extrañar que estas muchachas sean atraídas hacia el sexo, con la consecuencia frecuentemente imprevista de un embarazo temprano y no deseado ni planificado.⁴

CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de Estudio:** Cuantitativo – Descriptivo

- **Área de Estudio:** Servicio de Maternidad (Pabellón D) del Hospital Enfermeros Argentinos

- **Universo y muestra:** Todos las pacientes que se internan en el Pabellón de Maternidad. En los meses de noviembre y diciembre de 2.010 y febrero y marzo de 2.011, en número aproximado de 120
 - Muestra: Aleatoria. 120

- **Variabes:**
 - Edad: grupos etarios 15-20; 21-25; 26-30; 31-35; 36-40; 41-45
 - N° de embarazos: Numero de embarazos que han tenido las pacientes y fueron atendidos en el hospital. De 0 a 8 embarazos.
 - N° de hijos nacidos vivos: cantidad de hijos vivos que ha tenido la paciente. De 0 a 8 hijos vivos.
 - N° de hijos fallecidos: cantidad de hijos que después de haber nacido han fallecido dentro de primer año.
 - Escolaridad: Primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa y secundaria incompleta.
 - Controles de embarazos: cantidad de controles que se han realizados durante el embarazo. Operacionalización: ninguno, dos controles, tres controles y todos los controles.
 - N° de hijos prematuros: Hijos nacidos antes de las 37 semanas de gestación.
 - Ocupación: Incluye que actividad laboral o no realiza la embarazada.
 - Situación conyugal: soltera, juntada, casada y separada.

- Ingreso total del grupo: incluye el ingreso total en pesos de todo el grupo familiar.
 - Antecedentes de enfermedad: nos indica si la embarazada tiene alguna enfermedad de base como DBT, HTA, etc.
 - Antecedentes de infecciones urinarias durante el embarazo: SI – NO.
-
- **Hipótesis:** la causa por la que las embarazadas no se realizan controles prenatales se debe a factores educativos y culturales.

 - **Técnicas e instrumentos de recolección de datos:** entrevista a cada una de las pacientes, y la aplicación de una encuesta estructurada.

 - **Análisis, procesamiento y presentación de datos:** se volcaran los datos obtenidos en una tabla matriz, y luego se construirán tablas univariadas o bivariadas, y se representaran los resultados en gráficos circulares o de barras, para una mejor interpretación.

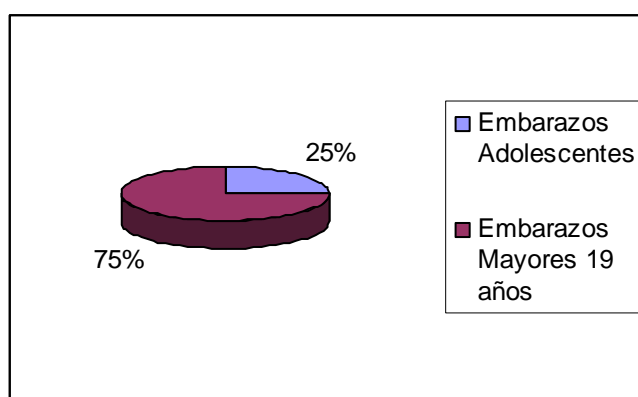
REPRESENTACIÓN DE LOS DATOS

TABLA Nº 1. Porcentaje por año de embarazos adolescentes con respecto al total de partos. Hosp. Enfermeros Argentinos de General Alvear. Año 1998-2009.

Año	Total Partos	Porcentaje Adolescente
1998	796	22%
1999	805	20%
2000	838	21%
2001	716	19%
2002	760	18%
2003	683	17%
2004	733	18%
2005	750	21%
2006	732	23%
2007	819	23%
2008	629	25%
2009	742	25%

Fuente: Base de datos departamento de estadísticas del hospital Enfermeros Argentinos. Gral. Alvear, Mendoza, 2010

GRAFICO Nº 1. Porcentaje de embarazos adolescentes en el año 2009, en el Hospital Enfermeros Argentinos. General Alvear, Mendoza.



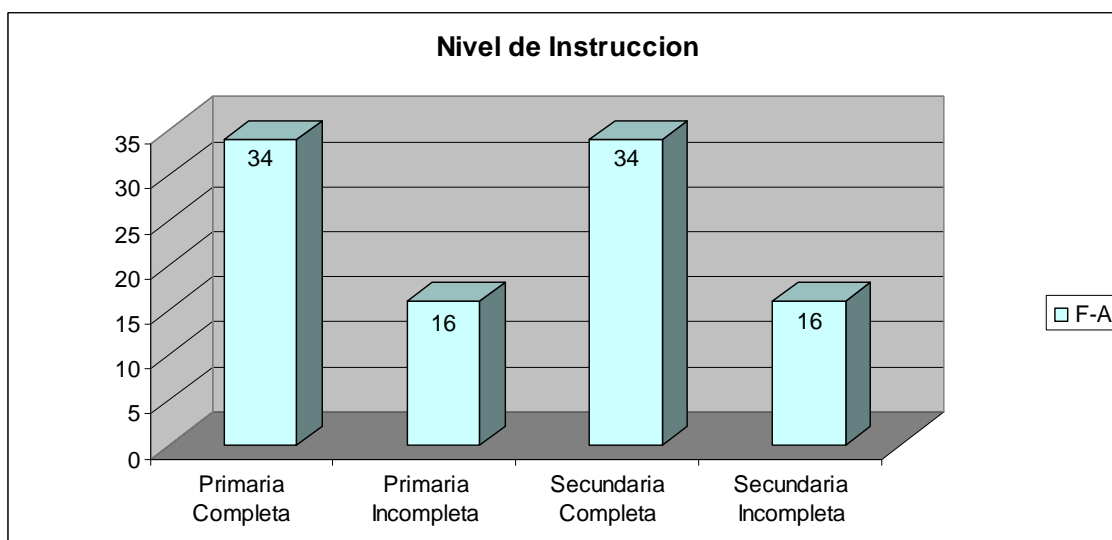
Se tomo la cantidad de embarazadas totales y los adolescentes comprendidas entre los 11 años y 19 años, lo que nos da en los últimos años un porcentaje del 25% del total de embarazadas. A su vez podemos ver que en los últimos 10 años se fue incrementando el porcentaje de embarazos adolescentes en Gral. Alvear, Mendoza.

TABLA Nº 2: Nivel de instrucción de embarazadas atendidas en Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

Escolaridad	F-A	F-R
Primaria Completa	34	34%
Primaria Incompleta	16	16%
Secundaria Completa	34	34%
Secundaria Incompleta	16	16%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO Nº 2



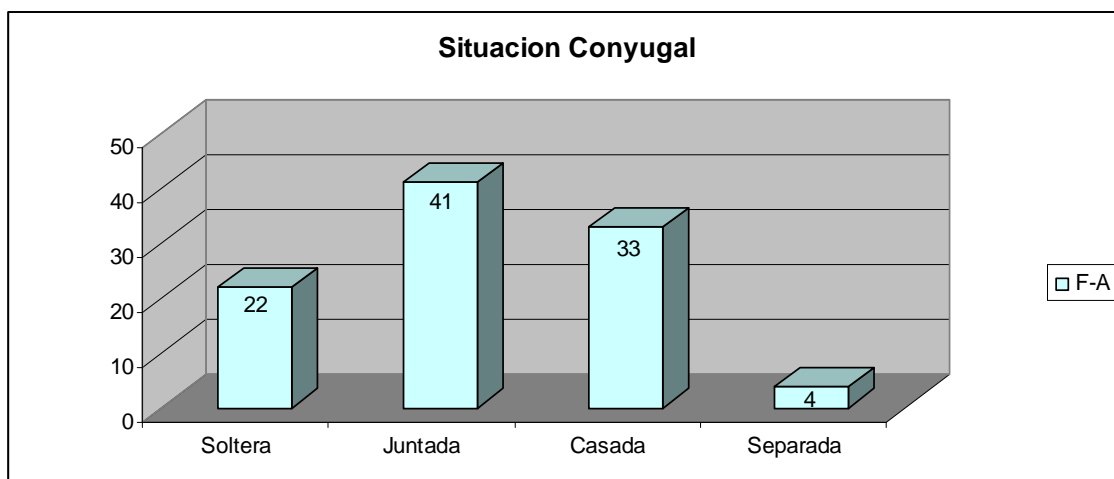
Según la encuesta realizada resulto un treinta y cuatro por ciento de las pacientes poseían estudios primarios y secundarios completos y un dieciséis por ciento estudios primarios y secundarios incompletos.

TABLA Nº 3: Situación conyugal de embarazadas atendidas en Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

Situación Conyugal	F-A	F-R
Soltera	22	22%
Juntada	41	41%
Casada	33	33%
Separada	4	4%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO Nº 3



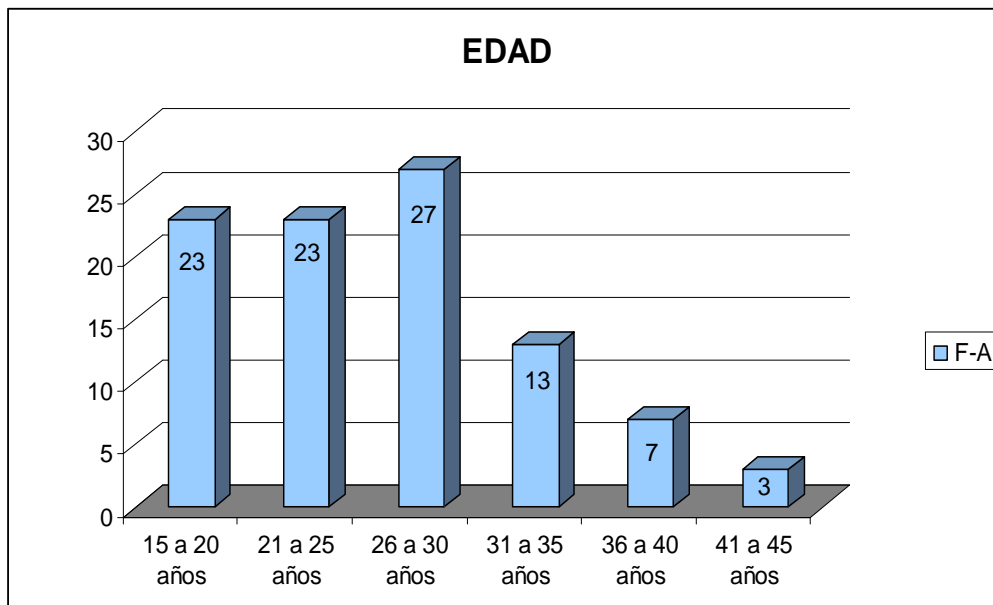
La situación conyugal de las embarazadas mostró que cuarenta y un por ciento estaba en pareja, un treinta y tres por ciento era casada, un veintidós por ciento soltera y el cuatro por ciento separada.

TABLA N° 4: Edad de las embarazadas atendidas en el Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

Edad	F-A	F-R
15 a 20 años	23	23%
21 a 25 años	23	23%
26 a 30 años	27	27%
31 a 35 años	13	13%
36 a 40 años	7	7%
41 a 45 años	3	3%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 4



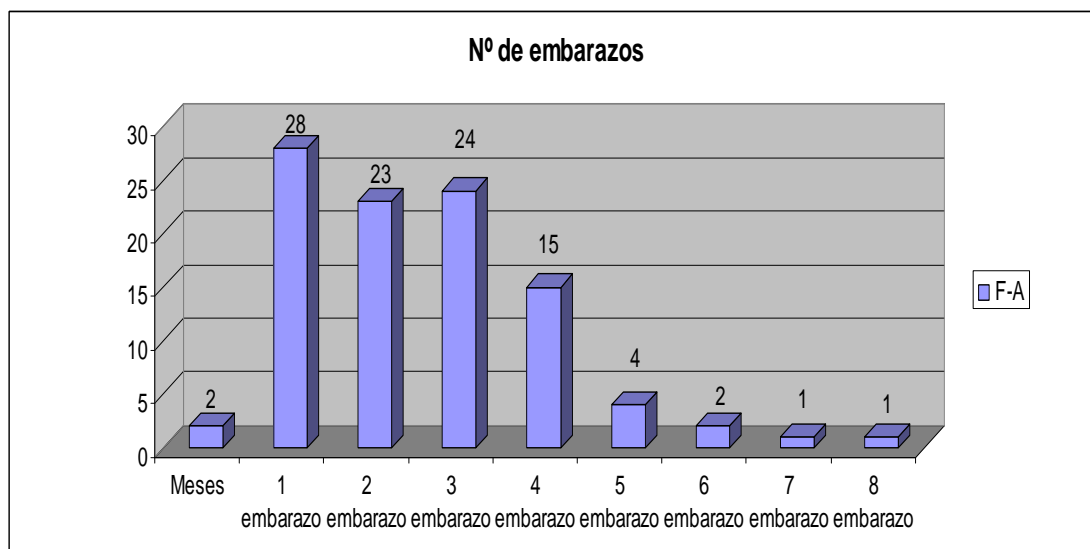
Según la encuesta la mayor cantidad de embarazo se registra entre los 26 y 30 años, viéndose también una notable cantidad de embarazos adolescentes que van desde los 15 hasta los 20 años.

TABLA N° 5: Numero de embarazos atendidos en el Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

N° de embarazos	F-A	F-R
Meses	2	2%
1	28	28%
2	23	23%
3	24	24%
4	15	15%
5	4	4%
6	2	2%
7	1	1%
8	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 5:



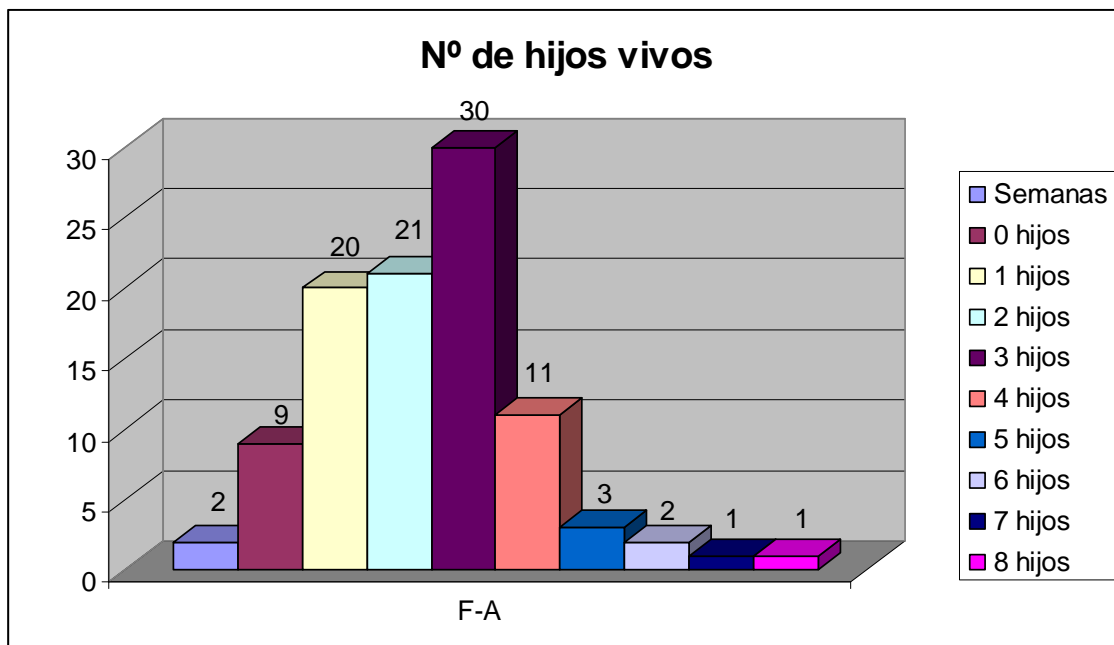
La cantidad de embarazos se encuentra relacionada con la edad y el nivel de instrucción que poseen las pacientes el rango se encuentra mas acentuado entre las pacientes de 25 a treinta años.

TABLA N° 6: N° de hijos vivos nacidos en Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

N° de hijos vivos	F-A	F-R
Semanas	2	2%
0 hijos	9	9%
1 hijos	20	20%
2 hijos	21	21%
3 hijos	30	30%
4 hijos	11	11%
5 hijos	3	3%
6 hijos	2	2%
7 hijos	1	1%
8 hijos	1	1%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 6:



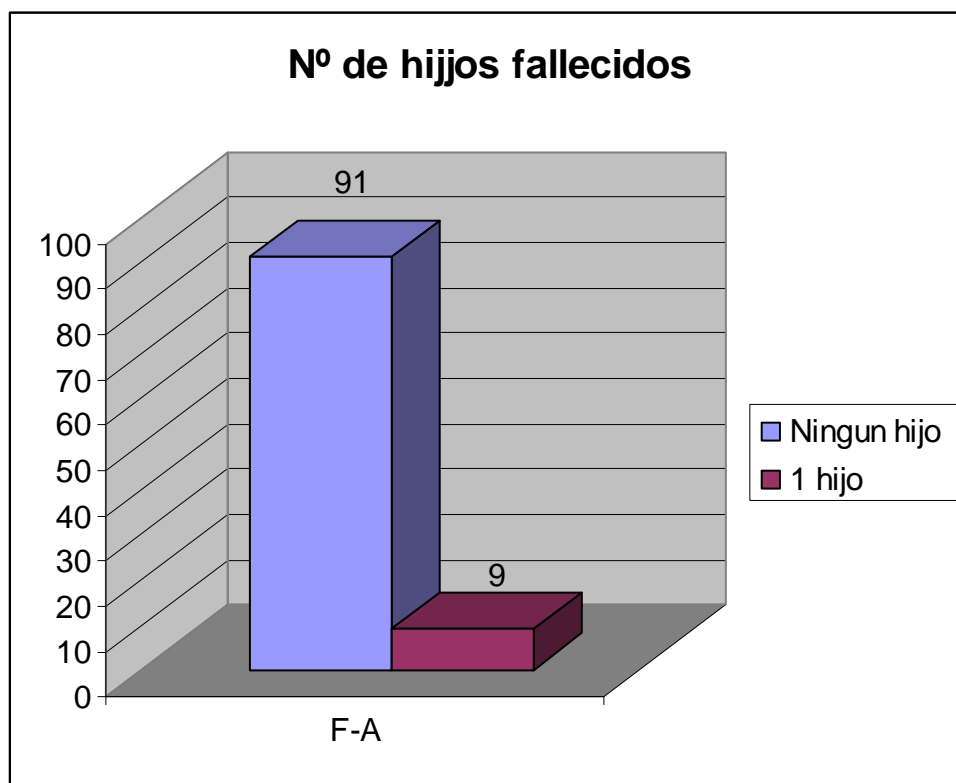
Según esta encuesta la cantidad de hijos vivos nacidos esta relacionada con los controles realizados durante los embarazos

TABLA N° 7: N° de hijos fallecidos en Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

N° de hijos fallecidos	F-A	F-R
Ningún hijo	91	91%
1 hijo	9	9%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 7:



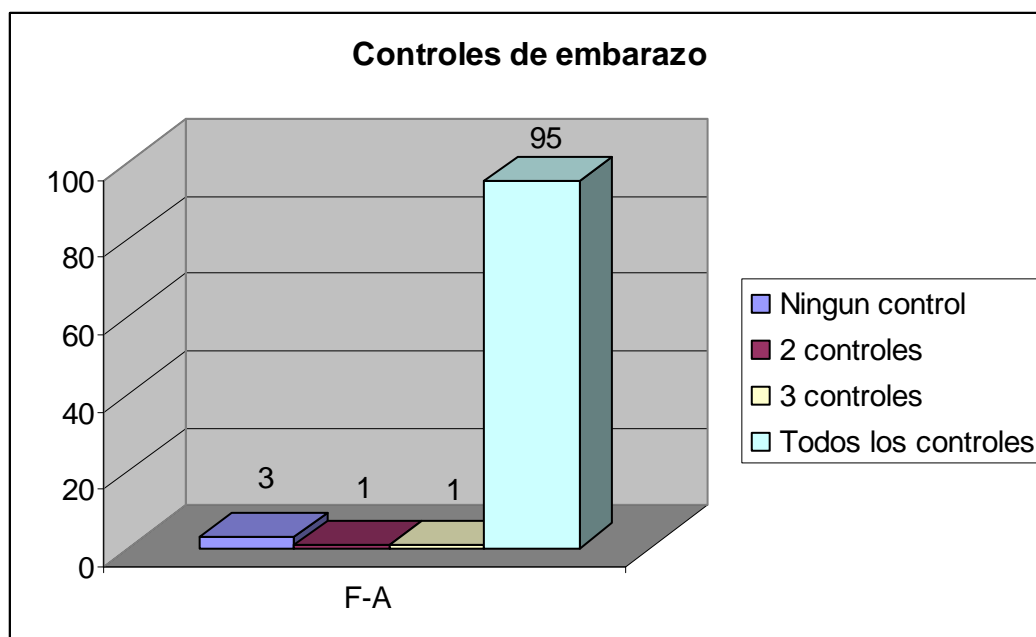
Durante el tiempo que duró la encuesta se registraron en el hospital una cantidad considerable de hijos nacidos vivos mostrando la encuesta un total del 91 % sobre cien.

TABLA N° 8: Controles de embarazos realizados en el Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

Controles de embarazo	F-A	F-R
Ningún control	3	3%
2 controles	1	1%
3 controles	1	1%
Todos los controles	95	95%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 8:



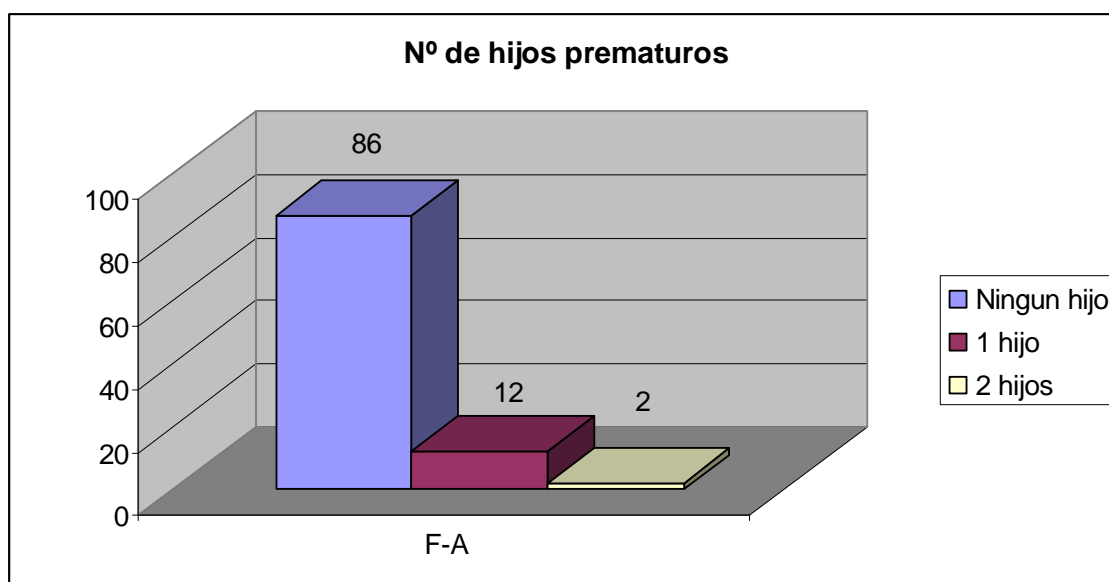
Respecto a los controles de embarazo se puede apreciar que sobre un total de 100 encuestadas un 95 % se realizó el total de los controles

TABLA N° 9: N° de hijos prematuros nacidos en el Hospital Enfermeros Argentinos, General Alvear, Mendoza 2011

N° de hijos prematuros	F-A	F-R
Ningún hijo	86	86%
1 hijo	12	12%
2 hijos	2	2%
Total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 9:



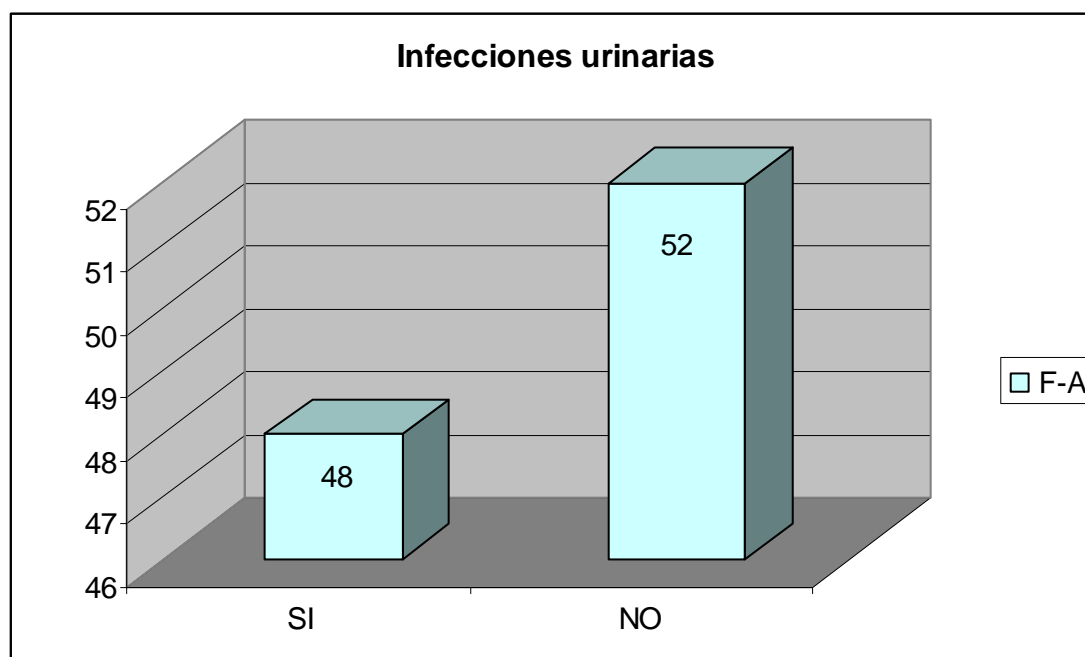
Según este registro la cantidad de de hijos prematuros que se registraron fue de un porcentaje muy bajo marcando un dos y doce por ciento del total, siendo el porcentaje mayor a la cantidad de hijos nacidos en termino.

TABLA Nº 10: Infecciones urinarias atendidas en el Hospital Enfermeros Argentino, General Alvear, Mendoza 2011

Infecciones urinarias	F-A	F-R
SI	48	48%
NO	52	52%
total	100	100%

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO Nº 10:



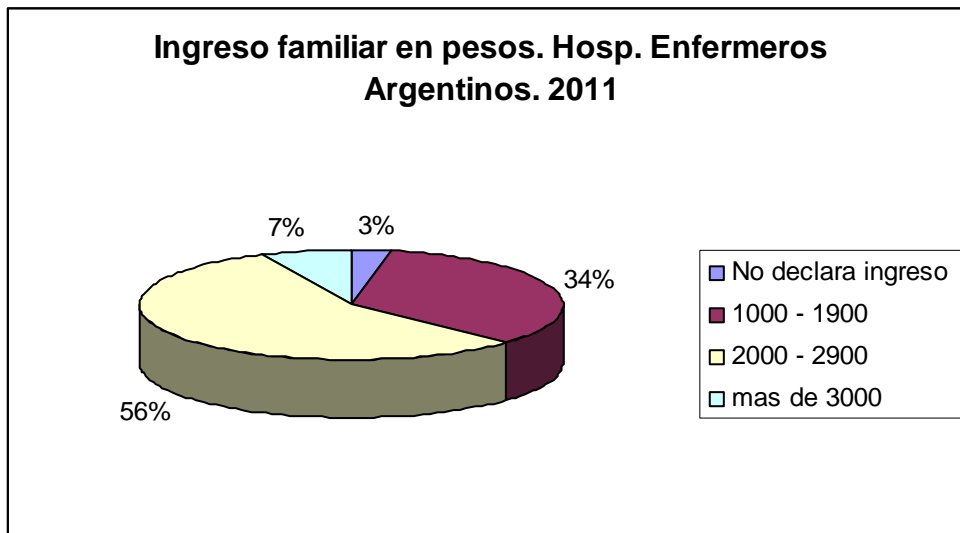
Se registro un porcentaje considerable de infecciones urinarias sin llegar a causar alarma, ya que del total de encuestadas un 48 % presento esta afección.

TABLA N° 11. Ingreso familiar en pesos. Hospital Enfermeros Argentino, General Alvear, Mendoza 2011

Ingreso	Cantidad
No declara ingreso	3
1000 - 1900	34
2000 - 2900	56
mas de 3000	7
Total	100

Fuente: Producción propia. Año 2011

GRAFICO N° 11:



Más de la mitad de las pacientes han declarado un ingreso familiar mayor a 2000 pesos. Teniendo en cuenta que la mayoría de las familias tienen en promedio 3 hijos, podemos considerar que el ingreso declarado es muy bajo para mantener una familia.

CONCLUSIÓN FINAL

Condiciones que la madre aduce a no llevar a cabo los controles de embarazo.

Al consultar con las mujeres embarazadas que se han hecho solo algún control y las que no se hacen ningún control durante los embarazos, podemos encontrar dos temas muy definidos, las que no se hacen ningún control: dicen en su mayoría que su madre y su abuela nunca se hicieron dichos controles, entonces ellas para que tendrían que hacérselos si a ellas siempre les fue bien. Las primerizas aducen que han tenido miedo de hacérselos, aunque la mayoría se han quedado embarazadas por negligencia, ya que no deseaban que ocurriera debido a que no tenían compromisos serios.

Por último, la mayoría de las mujeres no han terminado el primario, los padres no las mandaron más o no quisieron seguir estudiando con los que presumimos que el problema pedagógico es en gran manera el resultado de no saber realmente que los controles permiten llegar a buen término con cada embarazo.

Principalmente si el bebé es bien esperado con todo lo explicado llegue a la conclusión que el objetivo principal de los resultados obtenidos con la encuesta, llevada a cabo el que es en una mayoría una desinformación de las madres las que deberían saber todas las pautas y controles requeridos. Para que cada madre cometa un mínimo de errores durante la gestación, pudiendo tomar los recaudos necesarios, para que cada bebé nazca bien con el mínimo de riesgo posible en todos los casos.

MEDIDAS CORRECTIVAS

- Difundir información a la población acerca de los embarazos adolescentes a través de folletos, charlas, spot publicitarios, etc.
- Brindar asesoría interdisciplinaria a familias en riesgo.
- Brindar charlas educativo/preventivas a grupos de riesgo.
- Capacitar a los enfermeros para que tomen conciencia sobre la importancia de la educación e información que se deben dar a las embarazadas.
- Poner un taller educativo en el consultorio externo en el mismo hospital.
- Repartir folletería informativa que incluya todos los controles que se deben hacer durante el embarazo (ya que no se usa ninguno).

BIBLIOGRAFÍA

1. Raffensperger, Ellen Baily y otros. Manual de la Enfermería. Capítulos 18, 19 20, 21, 22. Editorial Océano/Centrum. Edición 2003.
2. Diez Domingo, M. Isabel; Fernandez Jiménez, J. Luis y otros. Manual de Enfermería Lexus. Capitulo 8 – Editorial Diorki. Año 2005.
3. Silvia G. Melamedoff. “Maternidad y paternidad adolescentes” Texto completo: <http://www.pagina12.com.ar/diario/psicologia/9-148148-2010-06-24.html>
4. Galdó Muñoz G..”Embarazo en la adolescencia”. Actualidad Médica, 2001; 87: 161-194

ANEXOS

Anexo 1

	HOJA N°							Fecha de recolección de dato				
	Edad	N° de embarazos	N° de hijos vivos	N° de hijos Fallecidos	Escolaridad	Controles de Embarazo	N° Hijos prematuros	Ocupación	Situación Conyugal	Ingreso total del grupo familiar	Antecedente de enfermedad (Enfermedades como DBT, HTA, etc)	Antecedente de infecciones urinarias durante el embarazo
1												SI - NO
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

Anexo 2

ENCUESTA REALIZADA SOBRE 100 MUJERES EMBARAZADAS DE DIFERENTES EDADES HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS GENERAL ALVEAR, MENDOZA, 2.010 – 2.011												
	Edad	Nº de	Nº de	Nº de hijos	Escolaridad	Controles de	Nº de hijos	Ocupacion	Situacion	Ingreso total	Antecedente	Infección
		embarazos	hijos vivos	fallecidos		embarazo	prematurados		conyugal	familiar	de enfermedad	urinaria
										DBT, HTA, etc.	si - no	
1	24	1	1	no	pc	todos		pelquera	soltera	1500	neuropatia	X
2	32	3	3	no	pc	todos	no	cocinera	casada	1500	flujo de emb	X
3	23	3	3	no	pc	3 controles	no	no	casada	1500	flujo	X
4	20	1	40 sem.	no	pc sc	todos	no	no	flia soltera	1500	No	X
5	16	5 meses	no	no	pc	ninguno		no	familia	2000	colico renal	X
6	23	3	2	no	pc	todos	si	no	casada	1500	t a baja	X
7	20	3	3	no	pi	todos	no	no	juntada	1500		X
8	18	4 meses	1	no	pc si	ninguno	no	no	juntada	1500	colico renal	X
9	40	4	3	no	pc si	todos	no	no	juntada	2000	bien	X
10	19	2	2	no	pi	ninguno	17 meses	no	juntada	2000	No	X
11	34	5	4	no	pc	todos	no	casa de flia	soltera	1600	probl columna	X
12	34	4	3	no	pc	todos	no	E. fliar	casada	3000	No	X
13	34	5	5	no	pc	todos		casa de flia	soltera	2000	anemia	X
14	29	2	2	no	pc sc	todos	no	no	juntada	2000	No	X
15	37	3	3	no	pc sc	todos	no	comercio	casada	5000	No	X
16	23	3	3	no	pc	todos	no	no	soltera	con el padre	No	X
17	43	2	2	no	pc sc	todos	no	ama de casa	casada	Finca	No	X
18	25	3	3	no	pc sc	todos	no	no	casada	2000	cesarea	X
19	27	2	2	no	pi	todos	no	no	juntada	2000	cesarea	X
20	22	2	2	no	pc	todos	no	casa de flia	casada	3000	tiorides	X

Anexo 2: continuación

ENCUESTA REALIZADA SOBRE 100 MUJERES EMBARAZADAS DE DIFERENTES EDADES HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS GENERAL ALVEAR, MENDOZA, 2.010 – 2.011												
	Edad	Nº de	Nº de	Nº de hijos	Escolaridad	Controles de	Nº de hijos	Ocupacion	Situacion	Ingreso total	Antecedente	Infección
		embarazos	hijos vivos	fallecidos		embarazo	prematurados		conyugal	familiar	de enfermedad	urinaria
										DBT, HTA, etc.	si - no	
21	15	1	1	no	pc	si	no	no	soltera	2000	No	X
22	20	1	no	1	pi	si	1	no	casada	1500	No	X
23	28	1	no	1	pi	si	1	no	casada	1800	Anemia	X
24	18	2	2	no	pc	si	no	no	juntada	2500	No	X
25	28	3	3	no	pc sc	si	1	no	casada	2300	No	X
26	24	2	3	no	pc	si	no	no	juntada	2000	No	X
27	41	2	4	no	pc	si	no	no	casada	2600	No	X
28	23	2	2	no	pc	si	no	no	soltera	1800	Tiroides	X
29	15	1	1	no	pc	si	2	no	juntada	2000	Cesarea	X
30	24	1	no	no	pi	si	no	no	casada	2800	T a alta	X
31	20	1	no	no	pc sc	si	2	no	juntada	2300	Ins. Renal	X
32	30	3	3	no	pi	si	no	no	soltera	2000	No	X
33	30	2	2	no	pc sc	si	no	no	casada	2600	No	X
34	23	1	no	no	pc sc	si	no	no	soltera	1900	No	X
35	19	1	no	no	pc sc	si	1	no	casada	2400	No	X
36	20	1	1	no	pc sc	si	no	no	juntada	2600	Colico renal	X
37	19	2	2	no	pc sc	si	no	no	soltera	2100	No	X
38	22	2	2	no	pc	si	no	no	juntada	1500	Anemia	X
39	16	1	no	no	pc	2 controles	no	no	juntada	1600	Anemia	X
40	29	4	4	no	pc si	si	no	no	separada	1000	Neuropatía	X

Anexo 2: continuación

ENCUESTA REALIZADA SOBRE 100 MUJERES EMBARAZADAS DE DIFERENTES EDADES HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS GENERAL ALVEAR, MENDOZA, 2.010 – 2.011												
	Edad	Nº de	Nº de	Nº de hijos	Escolaridad	Controles de	Nº de hijos	Ocupacion	Situacion	Ingreso total	Antecedente	Infección
		embarazos	hijos vivos	fallecidos		embarazo	prematurados		conyugal	familiar	de enfermedad	urinaria
											DBT, HTA, etc.	si - no
41	27	2	1	1	pc sc	si	1	no	juntada	1500	No	X
42	23	2	2	no	pc sc	si	no	no	juntada	No	No	X
43	26	3	3	no	pc sc	si	no	no	casada	3000	No	X
44	17	1	1	no	pc	si	no	no	soltera	2000	No	X
45	17	1	1	no	pi	si	no	no	soltera	1000	No	X
46	20	1	1	no	pc sc	si	no	no	soltera	padres	No	X
47	21	1	1	no	pc sc	si	no	no	juntada	2000	Tiroides	X
48	23	1	no	1	pc si	si	1	si	juntada	2000	T a baja	X
49	25	4	3	1	pc si	si	1	no	casada	2000	Colico hepático	X
50	32	1	1	no	pc sc	si	no	si	casada	3000	No	X
51	36	3	3	no	pc sc	si	no	no	casada	2000	No	
52	33	3	3	no	pc si	si	no	si	juntada	2500	No	X
53	27	4	3	1	pc	si	no	no	juntada	2000	tiroides	X
54	28	3	3	no	pc	si	no	no	juntada	1500	No	X
55	27	4	4	no	pc	si	1	no	separada	1600	No	X
56	26	3	3	no	pc sc	si	1	no	juntada	1500	colico hepatico	X
57	42	8	8	no	pc	si	no	no		2000	hipertension	X
58	26	3	3	no	pc	si	no	no		2000	No	X
59	38	7	7	no	pc si	si	no	no	soltera	2000	hipertension	X
60	29	1	no	1	pc sc	si	no	no	casada	1500	No	X

Anexo 2: continuación

ENCUESTA REALIZADA SOBRE 100 MUJERES EMBARAZADAS DE DIFERENTES EDADES HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS GENERAL ALVEAR, MENDOZA, 2.010 – 2.011												
	Edad	Nº de	Nº de	Nº de hijos	Escolaridad	Controles de	Nº de hijos	Ocupacion	Situacion	Ingreso total	Antecedente	Infección
		embarazos	hijos vivos	fallecidos		embarazo	prematuros		conyugal	familiar	de enfermedad	urinaria
										DBT, HTA, etc.	si - no	
61	37	4	4	no	pc sc	si	no	no	casada	1500	No	X
62	33	4	4	no	pc sc	si	no	no	casada	1500	Tiroides	X
63	29	3	3	no	pc sc	si	no	no	juntada	2000	No	X
64	39	5	5	no	pi	si	no	no	casada	2500	No	X
65	21	2	2	no	pc si	si	no	no	juntada	1500	No	X
66	19	1	1	no	pc si	si	no	no	soltera	2000	No	X
67	27	2	2	no	pc si	si	no	no	juntada	2300	No	X
68	25	3	3	no	pc sc	si	no	no	casada	1800	No	X
69	26	2	2	no	pc sc	si	no	no	casada	3000	No	X
70	24	1	1	no	pc	si	no	no	juntada	2500	No	X
71	24	4	3	1	pc sc	si	no	no	soltera	1500	Colico renal	X
72	39	3	3	no	pc sc	si	no	no	juntada	1800	T a alta	X
73	26	3	3	no	pc si	si	no	no	juntada	2300	Coloco hepático	X
74	28	2	2	no	pc sc	si	no	no	juntada	1800	No	X
75	32	2	2	no	pc si	si	no	no	soltera	2000	No	X
76	16	1	1	no	pi	si	no	no	soltera	2400	No	X
77	20	1	1	no	pc sc	si	no	no	casada	1900	No	X
78	20	4	4	no	pc	si	no	no	soltera	1600	No	X
79	25	1	1	no	pc sc	si	no	no	soltera	2550	No	X
80	28	6	6	no	pc	si	no	no	soltera	2800	No	X

Anexo 2: continuación

ENCUESTA REALIZADA SOBRE 100 MUJERES EMBARAZADAS DE DIFERENTES EDADES HOSPITAL ENFERMEROS ARGENTINOS GENERAL ALVEAR, MENDOZA, 2.010 – 2.011												
	Edad	Nº de	Nº de	Nº de hijos	Escolaridad	Controles de	Nº de hijos	Ocupacion	Situacion	Ingreso total	Antecedente	Infección
		embarazos	hijos vivos	fallecidos		embarazo	prematurados		conyugal	familiar	de enfermedad	urinaria
										DBT, HTA, etc.	si - no	
81	28	2	2	no	pc	si	no	no	casada	1500	No	X
82	32	4	4	no	pi	si	no	no	casada	2000	No	X
83	29	1	1	no	pc sc	si	no	no	casada	1500	No	X
84	19	3	3	no	pc	si	no	no	juntada	2000	hipertension	X
85	18	1	1	no	pi	si	no	no	juntada	1500	No	X
86	30	2	2	no	pc	si	no	no	juntada	2000	No	X
87	33	2	2	no	pc sc	si	no	docente	juntada	2500	hepat infantil	X
88	22	3	3	no	pi	si	no	no	juntada	2000	hipertension	X
89	35	1	1	no	pc si	si	no	comerciante	soltera	2500	No	X
90	21	1	1	no	pc si	si	no	no	juntada	2000	No	X
91	32	3	3	no	pi	si	no	no	juntada	2000	No	X
92	33	4	4	no	pi	si	no	no	juntada	1500	No	X
93	42	6	6	no	pc	si	1	no	juntada	2000	No	X
94	26	3	3	no	pc	si	no	no	juntada	2000	colico renal	X
95	28	4	4	no	pc si	si	no	no	casada	2000	No	X
96	41	4	3	1	pc	si	1	no	casada	2000	No	X
97	25	4	4	no	pc	si	no	no	juntada	2000	anemia	X
98	36	5	5	no	pc si	si	no	no	casada	2000	No	X
99	21	2	2	no	pc sc	si	no	policia	juntada	3500	No	X
100	29	3	3	no	pc	si	no	no	casada	2000	No	X