



INSTITUTO MARILLAC, AC.

INCORPORADO A LA UNAM

“NIVEL DE CONOCIMIENTO EN EL CUIDADO DEL EMBARAZO EN
MULTIGESTAS Y EN PRIMIGESTAS”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA

FLORES ADAME TANIA ESMERALDA

NIETO ALVARADO FABIOLA

VALLES PAVÓN ADRIAN ALBERTO

ASESOR

DR. IGNACIO CANCINO QUIROZ

MÉXICO., D.F. 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTO

A mis padres: Con la mayor gratitud por los esfuerzos realizados para que yo lograra terminar mi carrera profesional siendo para mí la mejor herencia.

A mi madre: Que es el ser más valioso del mundo gracias por el apoyo moral, su cariño y su comprensión que desde siempre me ha brindado, por guiar mi camino y por estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre por que ha sido para mí un hombre maravilloso y que siempre he admirado, gracias por guiar mi vida con energía esto es lo que ha hecho que sea lo que soy.

De igual manera a mis asesores M.C. Ignacio Cancino Quiroz y Lic. María del Pilar Montes Hernández por su esfuerzo, dedicación, conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigador.

INDICE

1. Introducción
2. Marco teórico.
 - 2.1. capítulo I. Atención médica.
 - 2.2. capítulo II. Ácido fólico.
 - 2.3. capítulo III Nutrición
 - 2.4. capítulo IV. Aumento de peso equilibrado.
 - 2.5. capítulo V. Signos y síntomas de alarma.
 - 2.6. capítulo VI. Higiene y vestimenta adecuada.
 - 2.7. Abstención de alcohol y tabaco.
 - 2.8. Preparación para el parto.
 - 2.8.1. Periodos de trabajo de parto.
 - 2.8.2. Técnicas de respiración para el trabajo de parto.
 - 2.9. asesoramiento a la lactancia materna.
3. planteamiento del problema.
4. Justificación.
5. objetivos: general y específico.
6. Hipótesis.
7. Material y Métodos.
 - 7.1. Tipo de estudio.
 - 7.2. Universo de trabajo.
 - 7.3. Técnicas para controlar las diferencias situacionales y estadísticas.
 - 7.4. Ámbito geográfico.
 - 7.5. Obtención de la muestra.
 - 7.6. Determinación estadística del tamaño de la muestra.
 - 7.7. Especificación de variables.
 - 7.8. Recursos materiales.
 - 7.9. Financiamiento del proyecto.
 - 7.10. Limite en tiempo de la investigación.
 - 7.11. Prueba de campo.
 - 7.12. Consideraciones éticas.
 - 7.13. Consideraciones de las normas e instructivos institucionales.
8. Resultados.
9. Discusión.
10. Conclusiones.
11. Sugerencias.
12. Bibliografía.
13. Anexos.

1. INTRODUCCIÓN.

El presente estudio se realizó en el Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada, el cual se divide en trece apartados donde está constituido por introducción, marco teórico, planteamiento del problema, justificación, objetivo, hipótesis, material y método, resultados, discusión, conclusión, sugerencias, bibliografía y anexos. Titulada nivel de conocimiento en el cuidado del embarazo en multigestas y en primigestas.

Durante el último siglo se ha conceptualizado la educación para la salud y en todas ellas se puede identificar un objetivo común el cual es la comunicación en sentido positivo, de los conocimientos, actitudes y comportamientos de la salud de los individuos, grupos y colectividades.

Se considera de gran importancia brindar educación para la salud a mujeres en etapa gestacional ya que la mortalidad materna es un problema de salud pública a pesar de que ha disminuido la tasa de morbimortalidad no se considera satisfactorio ya que más de 25,000 mujeres mueren todos los años en América latina por complicaciones durante el embarazo y el parto. En México hay alrededor de 4 millones de mujeres embarazadas cada año de las cuales solo llega al término de la gestación el 60%, los demás embarazos terminan en abortos espontáneos o abortos inducidos, las complicaciones en el embarazo de gran relevancia son: hemorragias obstétricas, enfermedades hipertensivas del embarazo, infecciones, diabetes, parto obstruido aunque la mayoría de ellas son prevenibles si el paciente recibe información de manera eficaz y adecuada para su salud según la OMS y la Secretaria de salud una de las estrategias para reducción de las complicaciones y defunciones maternas es mediante la educación y promoción a la salud durante las visitas médicas o sesiones particularmente en los centros de salud de las mujeres embarazadas.

Hay que tener en cuenta que la educación para la salud es un proceso que aborda no solamente la transmisión de la información de la salud, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y el autoestima son necesarios para adoptar medidas destinadas para mejorar los estilos de vida, pero no solo se deben enfocar en la persona ya que es necesaria la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación dirigidos a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud. Es de vital importancia realizar esta investigación ya que permitirá generar nuevos conocimientos en el área y crear alternativas que contribuyan a mejorar la atención pre hospitalaria y con ello disminuir los eventos obstétricos¹.

¹ www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/

2. MARCO TEORICO

Nivel de Conocimiento: Grado de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

En enfermería el conocimiento se basa en una ciencia que le permite al profesional enriquecer todas las prácticas que realiza, a través de conocimientos científicos que le permitirán desempeñar su trabajo de la mejor manera, siempre velando por el bienestar del usuario. Son los contenidos sabidos o conocidos que forman parte del patrimonio cultural de la humanidad. Es indispensable que el personal de enfermería tenga todo el conocimiento necesario en cuanto a los cuidados que se deben brindar a las mujeres embarazadas².

El cuidado en el embarazo: Es la acción de cuidar en la etapa de gestación que ayuda a la madre como al producto a mantenerse sanos.

La gran parte de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud. A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil.

² Burn Nancy. K Grove Susan, Investigación en Enfermería 3ª.Ed. Madrid, Barcelona. 2004

2.1. CAPÍTULO I: ATENCIÓN MÉDICA.

ATENCIÓN MÉDICA

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objeto de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

El control prenatal es un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación, ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término³.

El control prenatal tiene los siguientes componentes:

1. La identificación temprana del riesgo.
2. La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
3. Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes
4. Los objetivos generales del control prenatal son:
5. Identificar factores de riesgo
6. Diagnosticar la edad gestacional
7. Diagnosticar la condición fetal
8. Diagnosticar la condición materna
9. Educar a la madre.

Se denomina atención médica pre-natal eficiente al que cumpla con cuatro requisitos básicos de acuerdo con ellos debe ser:

1. Precoz: El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de identificar factores de riesgo, para el fomento, protección y recuperación de la salud que constituye la razón fundamental del control, para la identificación precoz de embarazos de alto riesgo
2. Periódico o Continuo: La frecuencia de los controles pre-natales varía según el riesgo que exhibe la embarazada, se recomienda cada treinta días hasta el 7° y 8° mes y luego cada quince días hasta el término del embarazo; en términos generales el número de controles de embarazo

³ Reyes y Cazorla, 1998

será mayor en aquellas pacientes que presenten factores de riesgo y menor en quienes no lo presenten.

3. Completo o Integral: Los contenidos deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
4. Extenso o de amplia cobertura: sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (ideal es que dé cobertura a todas las gestantes), se podría disminuir las tasas de morbilidad materna y perinatal.

Dentro de la atención médica se especifican como mínimo 5 consultas las cuales se debe de asistir en el periodo gestacional lo cual son:

- 1ª consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas
- 2ª consulta: entre la 22 y 24 semanas
- 3ª consulta: entre la 27 y 29 semanas
- 4ª consulta: entre la 33 y 35 semanas
- 5ª consulta: entre la 38 y 40 semanas

Las actividades que se deben de realizar durante la primera consulta son:

- Elaboración de la historia clínica
- Identificación de los signos y síntomas de alarma
- Medición y registro de peso y talla
- Medición y registro de la presión arterial
- Valoración del riesgo obstétrico
- Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- Determinación de Biometría Hemática completa, glucemia y VDRL
- Determinación de grupo sanguíneo
- Examen general de orina
- Prueba rápida de VIH
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico
- Aplicación de vacunas Td, Tdpa, influenza Orientación nutricional
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Promoción y orientación sobre planificación familiar⁴

En todas las visitas subsecuentes se deberá consignar:

- Peso y talla
- Tensión arterial
- Altura uterina

⁴ NOM 007*SSA2 1993

- Latidos cardiacos fetales
- Movimientos fetales
- Presentación fetal
- Edad gestacional
- Estudios complementarios.

2.2. CAPITULO II: ACIDO FÓLICO

El ácido fólico también se conoce como vitamina B9 o folato, como se le conoce en su estado natural. Los centros para el control y la prevención de enfermedades (*centers for disease control and prevention, CDC*) recomiendan que todas las mujeres en edad fértil (en especial, aquellas que están buscando quedar embarazadas) consuman aproximadamente 400 microgramos (0.4 miligramos) de ácido fólico todos los días. El consumo adecuado de ácido fólico antes de la concepción y al menos 3 meses después es muy importante, ya que puede reducir el riesgo de que el feto presente defectos del tubo neural donde el desarrollo de este ocurre entre las 26 y 29 días de gestación.

Los defectos del tubo neural más comunes son los siguientes:

- Espina bífida. (fusión incompleta de la médula espinal y la columna vertebral).
- Anencefalia. (subdesarrollo grave del cerebro).
- Encefalocele. (desarrollo de una protuberancia de tejido cerebral hacia la piel causado por una abertura anormal en el cráneo).

Otros defectos que podría prevenir:

- Labio leporino
- Fisura palatina
- Ciertos tipos de defectos del corazón.

En la mujer embarazada el folato crea glóbulos rojos normales y previene anemia, es esencial para la producción, reparación y funcionamiento del ADN, nuestro mapa genético y la base de las células. Así que tomar suficiente ácido fólico es especialmente importante para el rápido crecimiento celular de la placenta y del producto en desarrollo. El ácido fólico combinado con multivitaminas reduce el riesgo de preeclampsia⁵.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud

Las mujeres que toman la dosis diaria recomendada de ácido fólico, empezando al menos un mes antes de concebir y durante el primer trimestre del embarazo, reducen el riesgo que tenga defectos del tubo neural del producto un 50% a un 70%.

Alimentos contienen ácido fólico: El ácido fólico se encuentra presente en los vegetales de hoja verde oscuro, en melones, calabazas, cítricos, brócoli, espárragos, frijoles, lentejas, trigo integral, harina oscura de centeno, germen de trigo, hígado y yema de huevo.⁶

2.3. CAPITULO III: NUTRICION

Durante el embarazo, la alimentación est. directamente implicada en la correcta formación y desarrollo del feto. Por ello, debe ser variada y equilibrada y debe incluir todos los alimentos propuestos en la pirámide nutricional, para alcanzar el aporte adecuado de nutrientes.

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella como para el feto. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el producto. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematurez, inadecuaciones nutricionales de la madre y el producto.⁷

Alimentación completa:

Los grupos de alimentos que sugiere se verifique si son consumidos diariamente por la mujer embarazada para asegurar una adecuada nutrición son:

-Proteínas: Las mujeres embarazadas deberán intentar ingerir 60 a 75 gramos de proteínas diarias. La mujer debe ingerir un total de cuatro raciones de alimentos proteicos.

-Frutas y verduras: requiere la embarazada tres raciones diarias o más.

-Cereales y legumbres: de este grupo de alimentos requiere la embarazada, cinco raciones o más al día.

-Grasas: las grasas no deben aumentarse durante el embarazo, e incluso recomendamos disminuirlas. Aunque no hay ningún problema en ingerir más de alguno de los alimentos de los grupos anteriores, demasiadas raciones de grasa podrían representar demasiado peso. Pero eliminarlos por completo de la

⁶ www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol18num1/articulos/acido_folico/

⁷ www.henufood.com/nutricion-salud/consigue-una-vida-saludable/alimentacion-en-la-mujer-etapa-i-menopausi

dieta podría ser peligroso, pues es vital para el feto que está desarrollándose, además de ser necesarios para la asimilación de algunas vitaminas, e indispensables para la formación de tejidos fetales⁸.

Diversos estudios epidemiológicos demuestran que la carencia o exceso de ciertos nutrientes en la gestante, se asocian de forma evidente al desarrollo y crecimiento del feto, a tener un embarazo de riesgo y a una recuperación tardía después del parto. Durante la gestación, las necesidades nutricionales se incrementan para atender también las demandas energéticas dedicadas al desarrollo y crecimiento del feto y además, para la formación de los soportes maternos implicados en la gestación como son fisiológicos, hemodinámicos y estructurales . Por otro lado, la gestante obesa presenta mayor riesgo de padecer hipertensión, diabetes gestacional.

2.4. CAPITULO IV: AUMENTO DE PESO EQUILIBRADO

AUMENTO DE PESO

Se describe como aceptable un aumento total de peso de 10 a 12,500 kilos. El aumento de peso apropiado durante el embarazo dependerá de cuánto pesabas antes de quedar embarazada y de lo proporcionado que esté tu peso con tu altura. La relación entre el peso y la altura se expresa por medio de una cifra conocida como el Índice de Masa Corporal.

De manera orientativa y teniendo en cuenta el factor pregestacional podemos decir que las mujeres con:⁹

- Peso pregestacional normal, deben aumentar 10- 12,500 kg.
- Peso pregestacional en sobrepeso u obesidad, deben aumentar un mínimo de 7Kg.
- Peso pregestacional bajo deben aumentar más de 13kg.

Si lo consideramos trimestralmente, la ganancia de peso para una mujer con peso pregestacional normal será:

⁸ Guía completa para comer bien durante el embarazo POLA THRACE27 DICIEMBRE 2www.sabrosia.com/2013/12/guia-completa-para-comer-bien-durante-el-embarazo/.

⁹ ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 Rubio López 2001 Evaluación del riesgo perinatal. Riesgos y criterios de la enfermería profesional. Ensayo. ENEO-UNAM, México D.F. Pág 85

Semanas de embarazo kg/semana

De 1 a 12	0, 0 gr
De 13 a 15	0, 250 gr
De 16 a 18	0, 300 gr
De 19 a 22	0,350 gr
De 23 a 24	0,400 gr
De 25 a 26	0,450 gr
De 27 a 38	0,500 gr
39.....	0,250 gr
40.....	0, 0 gr

Componentes del aumento de peso en el embarazo:¹⁰

Producto de la concepción	Feto Líquido amniótico Placenta total	3400 gr 800gr 650 gr 4.850 gr
Tejidos maternos (sin tejido graso)	Líquido extracelular Útero y mamas Sangre total	1.680 gr 1.375 gr 1.250 gr 4.305 gr
Grasa corporal de la madre	Depósitos de grasa	3.345 gr
Aumento total de peso		12.500 gr

¹⁰Doring GK. Fisiología del embarazo y del feto. En: Döderleing G. Clínica obstétricoginecológica. Madrid: Alambra, 1966; t3:15-21.

2.5. CAPITULO V: SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA.

El médico y personal de enfermería deberá de informar a las mujeres embarazadas, en su propio lenguaje, los siguientes signos y síntomas de alarma que deben conocer y tener presente todas las embarazadas para que acudan inmediatamente a su unidad de salud más cercana y reciban atención oportuna.

1. Perdidas transvaginales
2. Actividad uterina antes de las 37.5 semanas de gestación
3. Síntomas de hipertensión: cefalea, visión borrosa, fosfenos y acufenos.
4. Edema de cara o manos, en los pies si es más arriba del tobillo.
5. disuria
6. dolor en el epigastrio
7. Cambios importantes de la frecuencia o intensidad de los movimientos fetales.
8. Fiebre con escalofríos¹¹

2.6. CAPITULO VI: HIGIENE Y VESTIMENTA ADECUADA.

La embarazada debe prestar mucha atención a sus costumbres higiénicas, debido al aumento de secreciones que se producen en este período y para prevenir la aparición de molestias en la piel, infecciones o cualquier otra complicación.

1. El baño o la ducha deben ser diarios. El agua no debe estar demasiado caliente para evitar molestias circulatorias. El baño no estará desaconsejado a menos que las membranas que rodean al feto ya se hayan roto o que el tapón mucoso haya sido expulsado. El único peligro durante el baño o la ducha es el riesgo a las caídas, para evitarlo la embarazada tendrá cuidado y puede utilizar superficies antideslizantes.
2. La mujer embarazada debe lavarse las manos cuando cocina y manipula alimentos crudos, antes de las comidas y cuando se cuidan animales domésticos. Si la prueba de la toxoplasmosis es negativa habrá que extremar las medidas higiénicas con respecto a los gatos.

¹¹ ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 Rubio López 2001 Evaluación del riesgo perinatal. Riesgos y criterios de la enfermería profesional. Ensayo. ENEO-UNAM, México D.F. Pág 85 -92

3. Los dientes y las encías se vuelven más sensibles, se deberán lavar después de cada comida y si es preciso utilizar cepillos, dentífricos y colutorios especiales.
4. La higiene íntima es muy importante, tanto de la región genital como de la anal. Se utilizarán jabones líquidos, neutros y no irritantes.
Los signos y síntomas al no tener una buena higiene íntima son:
 - Aumentan los fluidos y secreciones vaginales.
 - Afecta el pH.
 - Flora vaginal.
 - Prurito.
 - Ardor.
 - Aumento de la humedad.
 - Mal olor.
5. En la cara debido a un temporal desequilibrio en la pigmentación ya que aumentan las hormonas como progesterona y estrógenos, podrían aparecer cloasma, lunares y aumentar de tamaño y número. Se hace necesario utilizar cremas con filtros solares elevados y acudir al dermatólogo siempre que se de alguna anomalía destacable.
6. El cabello crece y puede ocurrir los primeros meses que el cabello se vuelva graso a causa de un aumento de la secreción sebácea, se aconsejan champús suaves y no lavarlo más de lo habitual. Pueden aparecer reacciones alérgicas en el cuero cabelludo, conviene evitar las permanentes, los tintes fuertes y cualquier producto agresivo¹².

Durante el embarazo es aconsejable que se cumplan las siguientes recomendaciones:

1. Utilizar vestidos cómodos y holgados
2. Ropa interior de algodón
3. El zapato debe de ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano
4. El uso de faja puede atrofiar la musculatura abdominal, por lo que no es necesario en caso que el médico lo aconseje.

2.7. CAPITULO VII: ABSTINENCIA DE ALCOHOL Y TABACO

Se calcula que un mayor porcentaje de las madres que consumen alcohol durante la gestación arriesgan al feto de padecer el síndrome de alcoholismo fetal. Los

¹² <http://www.medicina21.com/doc.php?apartat=Farmacia&id=1340>

neonatos muestran un patrón alterado al crecimiento, en estatura y peso. Se produce anomalías faciales especiales incluyendo fisuras palpebrales cortas, nariz respingada y labios superiores hipoplásicos, los cuales en conjunto son típicos de este síndrome. Mientras mayor sea el grado de los trastornos faciales, mayor será la probabilidad de que el niño tenga trastornos psicosociales, de conducta y neurológicos por causa del síndrome de supresión alcohólica. Además, muchos embarazos terminan en aborto o partos con feto muerto. El síndrome se puede presentar en madres con un consumo moderado de 60 a 90ml de alcohol diario, asociado a mala nutrición.

También mas adelante podrían presentar ciertos problemas de la inteligencia y del comportamiento relacionados con la impulsividad y con la incapacidad de inhibición de respuestas. La causa podría deberse a los efectos del alcohol sobre las regiones frontales subcorticales responsables de las habilidades de inhibición de conductas.

Fumar, tanto de forma activa como pasiva, es también un factor de riesgo del desarrollo prenatal, inviabilidad, prematuridad, bajo peso y sufrimiento fetal crónico son algunas de las consecuencias.

También, y a pesar de suponer un riesgo elevado, nos encontramos con mujeres que no pueden dejar de fumar durante el periodo de gestación. Según estadísticas norteamericanas más de un veinte por ciento de las embarazadas, siendo plenamente conscientes de la situación de peligro para su propia salud y especialmente para el feto, sufren recaídas o no han conseguido superar su dependencia a pesar de sus intentos repetidos de abandono¹³.

2.8. CAPÍTULO VIII: PREPARACIÓN PARA EL PARTO.

Cuando la mujer embarazada es primigesta es muy probable que se sienta abrumada por las preguntas, los miedos y simplemente, por no saber qué esperar. Muchas madres primerizas sienten que las clases de preparación para el parto realmente pueden ayudarlas a calmar sus preocupaciones, la preparación psicoprofiláctica para el parto prepara a la madre, abarca temas relacionados como son periodos de trabajo de parto, incluidas técnicas de respiración.

¹³ ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 REIMPRESIÓN 2007 OPCIT. ARENAS CAP. HERENCIA MENDELIANA Y MONOGENETICA (P. 129.) OPCIT. BURROUGSH CAP. PROBLEMAS DE SALUD QUE COMPLICAN EL EMBARAZO P.402 PÁG. 81- 82.

2.8.1. PERIODOS CLÍNICOS DEL TRABAJO DE PARTO

1. Dilatación
 - Fase latente
 - Fase activa
2. Expulsivo
3. Alumbramiento

1. PRIMER PERIODO CLINICO DE TRABAJO DE PARTO

Abarca desde el comienzo del trabajo del parto, hasta los 10cm de la dilatación del cuello borramiento al 100%

Duración: multigestas de 6 – 8 horas, primigestas 8- 12 horas

Fase latente

Desde el comienzo de las contracciones uterinas hasta los 4 cm de dilatación

Donde empieza la fase activa.

Se produce un reblandecimiento y borramiento del cuello uterino

Fase activa

Comienza desde los 4 cm de dilatación hasta la dilatación completa del cuello uterino.

2. SEGUNDO PERIODO CLINICO DE TRABAJO DE PARTO

Se inicia con la dilatación completa hasta la expulsión del feto

En este periodo es la presión ejercida por la contracción uterina se le suma la presión desarrollada por los pujos maternos

Duración

Multigesta: 30 minutos

Primigesta: 50 minutos

Mecanismo de trabajo de parto:

- Primer periodo: encajamiento e incluye flexión, orientación y asinclitismo.
- Segundo periodo: descenso e incluye la rotación interna.

- Tercer periodo: expulsión o desprendimiento y está conformada por extensión, restitución y rotación externa¹⁴.

3. TERCER PERIODO CLINICO DE TRABAJO DE PARTO

Corresponde con la expulsión de la placenta y sus membranas

Duración: de 5 a 10 minutos

2.8.2. TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN PARA EL PARTO

Las técnicas de respiración ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y parto ya que respirar correctamente también beneficia al feto, puesto que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.

En los cursos de preparación para la maternidad y paternidad se aprenden diversos ejercicios de respiración para las distintas fases del parto y que se llevan a cabo antes del alumbramiento.

1. Respiración abdominal (profunda)
2. Respiración inferior (jadeo)
3. Pujos

1. Respiración abdominal: sirve para aliviar las contracciones más intensas durante la fase de dilatación del cuello uterino: se toma aire por la nariz para que los pulmones se llenen, al tiempo que el abdomen se hincha poco a poco. Se expulsa el aire por la boca mientras se contraen lentamente los músculos del abdomen.
2. Jadeo: sirve para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y en la de expulsión: se toma aire y se expulsa de forma sucesiva en forma de jadeo o soplo. Hay tres tipos de técnicas de jadeo: nariz-boca, nariz-nariz y boca-boca, pero la más recomendada es la nariz-boca. Como este tipo de respiración es poco habitual y puede producir mareos por hiperventilación, se recomienda hacerla con los ojos cerrados y en una posición cómoda para la embarazada. Por lo general, esta técnica suele ser necesaria en los partos sin peridural, para no distender demasiado los músculos de la zona del periné.

¹⁴ www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/temas/mecanismo.pdf

3. Pujo: se realizan dos o tres inspiraciones profundas y cortas. Se mantiene la respiración al tiempo que se contraen los músculos del abdomen (inflar bien el abdomen como un globo) A continuación, se relajan los músculos del periné y se realiza el pujo. Se puede elevar la cabeza y los hombros pegando la barbilla al tórax mientras se sujetan las rodillas con las manos.

2.9. CAPITULO IX: ASESORAMIENTO A LA LACTANCIA MATERNA.

La Organización Mundial de la Salud, la UNICEF y el hospital amigo del niño y de la madre, recomiendan que todos los recién nacidos reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. Sin embargo, muchas madres de la mayoría de los países comienzan a dar a sus bebés comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el niño tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar. En ocasiones se trata de que la madre tenga un empleo fuera de su casa y desconoce cómo amamantar al mismo tiempo que continúa trabajando. A veces se trata de que no se da a la madre la ayuda necesaria, o las prácticas institucionales y los consejos que dan los agentes de salud a la madre no respaldan la lactancia.

COMPOSICION DE LA LECHE HUMANA

La leche humana es un fluido biológico muy completo que contiene carbohidratos, lípidos, proteínas (incluidas inmunoglobulinas) calcio, fosforo vitaminas, factores de crecimiento el alimento completo para el niño¹⁵.

1. PRECALOSTRO: Desde el tercer mes de gestación la glándula mamaria produce una sustancia denominada pre calostro, formado por un exudado del plasma, células, inmunoglobulinas, lactoferrina, seroalbumina, sodio, cloro y una pequeña cantidad de lactosa.
2. CALOSTRO: Es un líquido amarillento por la presencia de beta-carotenos. Tiene una densidad específica alta que lo hace espeso. Aumenta su volumen en forma progresiva a 100ml al día, en el transcurso de los primeros 3 días y está en relación directa con la intensidad y frecuencia del estímulo de succión.
3. LECHE TRANSICION: Se produce a partir entre el cuarto y del décimo día de posparto. En relación con el calostro, esta leche presenta un aumento de

¹⁵ Organización Mundial De La Salud (OMS) Beneficios De La Lactancia Materna Sep.2013

contenido de lactosa, grasas, calorías y vitaminas hidrosolubles y con una disminución en las proteínas, inmunoglobulinas y vitaminas liposolubles.

4. LECHE MADURA: Se produce a partir del décimo día con un volumen diario de 700 a 800 ml sus principales componentes son:

Agua: representa aproximadamente el 90% y depende de la ingesta de líquidos. (18)

Carbohidratos: representa el 7.3% del total de componentes de la leche. El principal azúcar es la lactosa, un disacárido compuesto de Glucosa y galactosa.

CALOSTRO

Propiedad Importancia:

- Rico en anticuerpos : protege contra la infección y la alergia
- Aumento células blancas (leucocitos): protege contra la infección
- Purgante : elimina el meconio ayuda a prevenir la ictericia
- Factores de crecimiento: ayuda a madurar el intestino previene alergia, intolerancia
- Rico en vitamina A: reduce la severidad de las infecciones previene enfermedad ocular

BENEFICIOS PSICOLÓGICOS DE LA LACTANCIA MATERNA

La lactancia materna ayuda a la madre y a su bebé a formar una relación afectiva estrecha, la cual hace que las madres se sientan profundamente satisfechas emocionalmente. El contacto estrecho inmediatamente después del parto ayuda a que esta relación se desarrolle. A este proceso se le llama vínculo afectivo.

BENEFICIOS PARA LA SALUD DEL LACTANTE

La leche materna es ideal para los recién nacidos, pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Además es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger al lactante de enfermedades frecuentes como la diarrea y la neumonía, que son las dos causas principales de mortalidad infantil

en todo el mundo. La leche materna además es fácil de conseguir y accesible, lo cual ayuda a garantizar que el lactante tenga suficiente alimento¹⁶.

BENEFICIOS PARA LA MADRE

La lactancia materna también beneficia a la madre. La lactancia exclusivamente materna suele producir amenorrea, que es un método natural (aunque no totalmente seguro) de control de la natalidad. Además reduce el cáncer de mama y ovario y ayuda a la madre a recuperar más rápidamente su peso anterior al embarazo y a reducir su peso.

10 pasos para la lactancia materna eficaz.

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupador o chupete artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica¹⁷.

¹⁶ Ch-1211 Ginebra 27 Suiza, Unicef, 1993 Sección De Nutrición

¹⁷ http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.htm

La atención a la salud perinatal incluyendo orientación pre gestacional y atención a la mujer durante el embarazo, así como la detección y atención de riesgos que puedan complicar la gestación que constituye un componente básico del programa de salud reproductiva que tiene como misión garantizar una maternidad saludable y sin riesgos a todas las mujeres y contribuir a la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

En Hospital Dr. Gustavo Baz Prada predomina la sobrepoblación en el área de gineco obstetricia, el cual se observa un índice elevado de óbitos, abortos, sufrimiento fetal y enfermedades hipertensivas del embarazo en donde los eventos obstétricos se consideran un problema de salud pública, el cual es más notorio en mujeres primigestas, donde se debe de ampliar la cobertura de información y servicios con calidad, oportunidad en la vigilancia y atención en el embarazo ,así como fortalecer estrategias basándonos en el nivel de conocimiento en los cuidados en el embarazo con especial énfasis en el enfoque de riesgo a la detención oportuna y referencias de embarazos de alto riesgo.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Las mujeres embarazadas Multigestas presentan diferente nivel de conocimiento sobre el cuidado en el embarazo en comparación con las Primigesta?

4. JUSTIFICACIÓN

El cuidado en el embarazo es uno de los elementos indispensable para prevenir y en lo posible tratar, patologías maternas que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, así como patologías propias de éste que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, por lo tanto en el presente trabajo abordamos que nivel de conocimiento tiene la mujer gestante.

En el Hospital Dr. Gustavo Baz Prada observamos una alta demanda de atención en mujeres embarazada así como la alta incidencia morbimortalidad fetal y morbilidad materna en donde la causa principal es por falta de interés y la trasmisión en el tema es deficiente hacia el cuidado de su embarazo.

5. OBJETIVOS GENERAL:

Demostrar que las mujeres embarazadas multigestas presentan mayor nivel de conocimiento sobre el cuidado en el embarazo en comparación de las primigestas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar que conocimientos tienen sobre su embarazo y cuidados prenatales las mujeres gestantes.

Identificar el interés de las mujeres gestantes sobre su cuidado durante el embarazo.

6. HIPÓTESIS.

Las mujeres embarazadas multigestas poseen mayor nivel de conocimiento en el cuidado del embarazo en relación con las mujeres primigestas.

7. MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1. TIPO DE ESTUDIO.

La presente investigación es una encuesta comparativa retrospectiva de acuerdo a la clasificación de Méndez RI, Namihira GD, en donde es descriptiva de acuerdo a su alcance, con un periodo de captación de información retrospectiva y una evolución del fenómeno de estudio transversal, este estudio es comparativo de acuerdo a la población, con la inferencia del investigador es observacional.

7.2. UNIVERSO DEL TRABAJO.

Se realiza el estudio en el Hospital Dr. Gustavo Baz Prada en el servicio de consulta externa de ginecología del turno matutino que cumplan con criterios de inclusión con la aplicación de encuestas sobre el nivel de conocimientos del cuidado en el embarazo en mujeres multigestas y primigestas.

7.3. TÉCNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE SUJETOS Y SITUACIONALES.

Las técnicas para controlar las diferencias entre sujetos de estudio son de Selección Homogénea. De acuerdo a las diferencias situacionales es aleatorización. De aquí se establecen los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión	Criterios de eliminación
<ul style="list-style-type: none">• Pacientes femeninas en edad reproductiva.• Edad: >16 y < 40 años que cursan con embarazo.• Pacientes que sepan leer y escribir• Pacientes que dieron su consentimiento informado• Ninguna paciente sin complicación durante el embarazo.	<ul style="list-style-type: none">• Pacientes femeninas• <16 a > 40 años.• Mujeres que no estén embarazadas.• Pacientes que no sepan leer y escribir.• Aquellas que no quieran formar parte de esta investigación.	<ul style="list-style-type: none">• Aquellas pacientes que no proporcionen información adecuada al momento del llenado de los cuestionarios.• Personas que proporcionen información falsa.• Por muerte.• Perdida de cuestionario.• Llenado de formato. Incompleto.

7.4. ÁMBITO GEOGRÁFICO:

Hospital "Dr. Gustavo Baz Prada, ubicado en av. Bordo de Xochiaca esq. Av. Adolfo López Mateos, Colonia Tamaulipas Municipio, Nezahualcóyotl Estado de México, CP. 57300. Inaugurado el 25 de agosto de 1987, por el c. presidente Miguel de la Madrid Hurtado, es una unidad de segundo nivel con las cuatro especialidades básicas Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Cirugía General. Algunas especialidades de apoyo como Psicología, Traumatología,

Odontología y Oftalmología. Actualmente cuenta con subespecialidades que mejoran la calidad de atención, por ejemplo cirugía general cuenta con cirugía plástica. Cirugía pediátrica maxilo-facial, además de contar con los servicios de odontología, anestesiología y endoscopia, con el propósito de cubrir las necesidades de servicio de la población abierta. Cuenta con 144 censables y 51 no censables, Localización suburbana, Estructura horizontal

7.5. OBTENCIÓN DE LA MUESTRA:

Se solicitó la autorización del hospital general Dr. Gustavo Baz Prada para efectuar la realización del trabajo de investigación y recolección de datos, la población estudiada fueron mujeres embarazadas multigestas y primigestas, la población se seleccionó mediante un muestreo no probabilístico que se llevó a cabo en el servicio de consulta externa el cual se aplica una prueba piloto al 9-11% de la población a estudiar. Para posteriormente aplicar ya como tal las encuestas y poder impartir una plática interactiva.

Las pacientes que participaron en este proyecto fueron informadas mediante una carta de consentimiento de acuerdo a lo que establece la ley general de la salud para la investigación, en esta carta se le explica del porqué de esta investigación, sus objetivos y los riesgos que pudieran llegar a tener. Se generó un instrumento el cuál se dividió en dos apartados; la primera consta de variables universales que contemplan edad, ocupación, escolaridad etc.; con la finalidad de conocer a la población con la cual estaremos en contacto. La segunda parte son variables dependientes relacionadas con el fenómeno que se quiere medir, que en este caso es el nivel de conocimiento en el autocuidado en el embarazo, consta de diez capítulos de los cuales se abordarán 23 preguntas para saber si la mujer embarazada recibió correcta información sobre su embarazo y se interesó en el tema.

7.6. DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la determinación estadística del tamaño suficiente de la muestra se consideró un $P= .09$, $q= .91$ de la población lo que dará un tamaño de 125 mujeres, lo cual 25 mujeres no cumplen con los criterios de inclusión quedando 100 mujeres.

7.7. ESPECIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable independiente: multigestas con una escala de medición nominal finita y discreta finita, que se compara con Primigesta.

Variable dependiente: nivel conocimiento del cuidado sobre el embarazo con una escala de medición nominal discreta finita.

DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Para el nivel de conocimiento se contará con los siguientes aspectos para el diseño y la construcción del instrumento:

- Atención médica.
- Ácido fólico.
- Nutrición.
- Aumento de peso equilibrado.
- Signos y síntomas de alarma.
- Higiene y vestimenta adecuada.
- Abstención de alcohol y tabaco.
- Preparación para el parto.
- Asesoramiento a la lactancia materna.

Una vez establecido el cuestionario de acuerdo a la codificación, se dará la siguiente calificación para clasificar el Nivel de conocimiento del embarazo.

- 18-14 puntos: Nivel de conocimiento alto
- 13-9 puntos: Nivel de conocimiento medio
- <8 puntos: Nivel de conocimiento bajo

7.8. RECURSOS MATERIALES:

Para la presente investigación para los recursos materiales son propios de la institución

7.9. FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO EXTERNO:

El presente estudio es autofinanciable con los propios recursos de la institución.

7.10. LÍMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACIÓN:

Inicia el 27 de septiembre del 2013 termina el 15 de septiembre 2014

7.8. PRUEBA DE CAMPO O ENSAYO QUE SE EMPLEARÁ:

Una vez elaborado el cuestionario que mida el nivel de conocimiento sobre el cuidado en el embarazo que tienen las mujeres embarazadas multigestas y primigestas se aplicará la prueba piloto para poder obtener su validez y hacer las modificaciones que fueran necesarias para poder tener listo dicho instrumento.

7.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS APLICABLES AL ESTUDIO:

El presente trabajo de investigación toma en cuenta las consideraciones bioéticas aplicables a la investigación de seres humanos. Se anexa al siguiente protocolo la carta de consentimiento informado a cada una de las encuestas.

7.10. CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA:

El presente estudio toma en cuenta la normatividad a nivel internacional en la declaración HELSINKI, a nivel nacional el presente estudio toma en cuenta la ley general de salud y a nivel institucional el presente protocolo así como la investigación estará avalada por el propio comité de investigación.

8. RESULTADOS:

Con relación a la edad 12 (12%) mujeres embarazadas corresponden a la edad de 36-40 años, 14 (14%) de 31-35 años, 13 (13%) de 26-30, 19 (19%) de 21-25, por lo tanto 42 (42%) de 16 a 20. Se trabajó con variables escalares con una distribución de frecuencia por intervalo, lo cual obtuvo las siguientes medidas de tendencia central y dispersión donde la moda es 38, la media de 31.25, mediana 19.59, rango 20 (18-38) y la desviación estándar 0.22734. (Ver tabla 1)

En la siguiente tabla se muestran los datos distribuidos entre Multigesta, Primigesta y medidas de tendencia central (Ver tabla 2)

Edad

Tabla 1

M U L T I G E S T A	DFI	FRECUENCIA	%	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
	36-40	10	10	Moda: 18 Media:27 Mediana: 26.43 R: 18 S: 7.17
	31-35	11	11	
	26-30	12	12	
	21-25	11	11	
	16-20	16	16	
P R I M I G E S T A	DFI	FRECUENCIA	%	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
	36-40	2	2	Moda: 18 Media: 21.3 Mediana: 24.73 R:18 S: 5.74
	31-35	3	3	
	26-30	1	1	
	21-25	8	8	
	16-20	26	26	
TOTAL	100	100%		

Tabla 2

G E N E R A L	EDAD DFI	Frecuencia	%	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL
	36-40	12	12	Moda: 38 Media: 31.25 Mediana: 19.59 R:20 (18-38) S: 0.22734
	31-35	14	14	
	26-30	13	13	
	21-25	19	19	
	16-20	42	42	
	TOTAL	100	100%	

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014

Con respecto al estado civil 29(29%) mujeres muestran que son solteras, 25(25%) casadas, 43(43%) de unión libre, el 3(3%) divorciadas y el 0(0%) son viudas. (Ver tabla 3).

En la siguiente tabla se muestran los datos distribuidos entre Multigesta y Primigesta. (Ver tabla 4).

Estado civil

Tabla 3

Mujeres multigestas y Primigestas	Estado civil	Frecuencia	%
	Soltera	29	29
	Casada	25	25
	Unión libre	43	43
	Divorciada	3	03
	Viuda	0	0
	Total	100	100%

Tabla 4

M U L T I G E S T A P R I M I G E S T A	Estado civil	Frecuencia	%
	Soltera	15	15
	Casada	22	22
	Unión libre	20	20
	Divorciada	3	03
	Viuda	0	0
	Soltera	14	.14
	Casada	3	03
	Unión libre	23	23
	Divorciada	0	0
	Viuda	0	0
Total	100	100%	

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

En relación a la escolaridad las mujeres primigestas y multigestas muestran que: 14(14%) cursaron primaria, el 51(51%) la secundaria, 24(24%) preparatoria, con el 9(9%) la Lic. y con un 2(2%) especialidad. (Ver tabla 5)

En la siguiente tabla se muestran los datos distribuidos entre Multigesta y Primigesta. (Ver tabla 6)

Nivel de escolaridad

Tabla 5

Mujeres multigestas y Primigestas	Escolaridad	Frecuencia	%
	Primaria	14	14
	Secundaria	51	51
	Preparatoria	24	24
	Licenciatura	9	9
	Especialidad	2	2
Total	100	100%	

Tabla 6

	Escolaridad	Frecuencia	%
M U L T I G E S T A	Primaria	10	10
	Secundaria	30	30
	Preparatoria	12	12
	Licenciatura	6	6
	Especialidad	2	2
	P R I M I G E S T A	Primaria	4
Secundaria		21	21
Preparatoria		12	12
Licenciatura		0	0
Especialidad		0	0
Total		100	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo a la ocupación el 70(70%) muestra que son amas de casa, él 7(7%) profesionistas, el 12(12%) son empleadas, el 9(9%) obreras y el 2(2%) comerciante. (Ver tabla 7).

En la siguiente tabla se muestran los datos distribuidos entre Multigesta y Primigesta. (Ver tabla 8)

Ocupación

Tabla 7

Mujeres multigestas y Primigestas	Ocupación	Frecuencia	%
	Ama de casa	70	70
	Profesionista	7	7
	Empleada	12	12
	Obrera	9	9
	Comerciante	2	2
	Total	100	100%

Tabla 8

MULTIGESTA	Ocupación	Frecuencia	%
	Ama de casa	43	43
	Profesionista	6	6
	Empleada	3	3
	Obrera	8	8
	Comerciante	0	0
PRIMIGESTA	Ama de casa	27	27
	Profesionista	1	1
	Empleada	9	9
	Obrera	1	1
	Comerciante	2	2
	Total	100	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a sus antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres embarazadas multigestas 36-40 años, 23 partos,7 cesareas,8 abortos,31-35 años,19 partos,4 cesareas,9 abortos,26-30 años,11 partos,8 cesareas,4 abortos,21-25 años,10 partos, 6 cesáreas , 3 abortos, por lo tanto de 16-20 años, 13 partos,3 cesáreas , 4 abortos.(Ver tabla 9)

Antecedentes Gineco-Obstetricos

Tabla 9

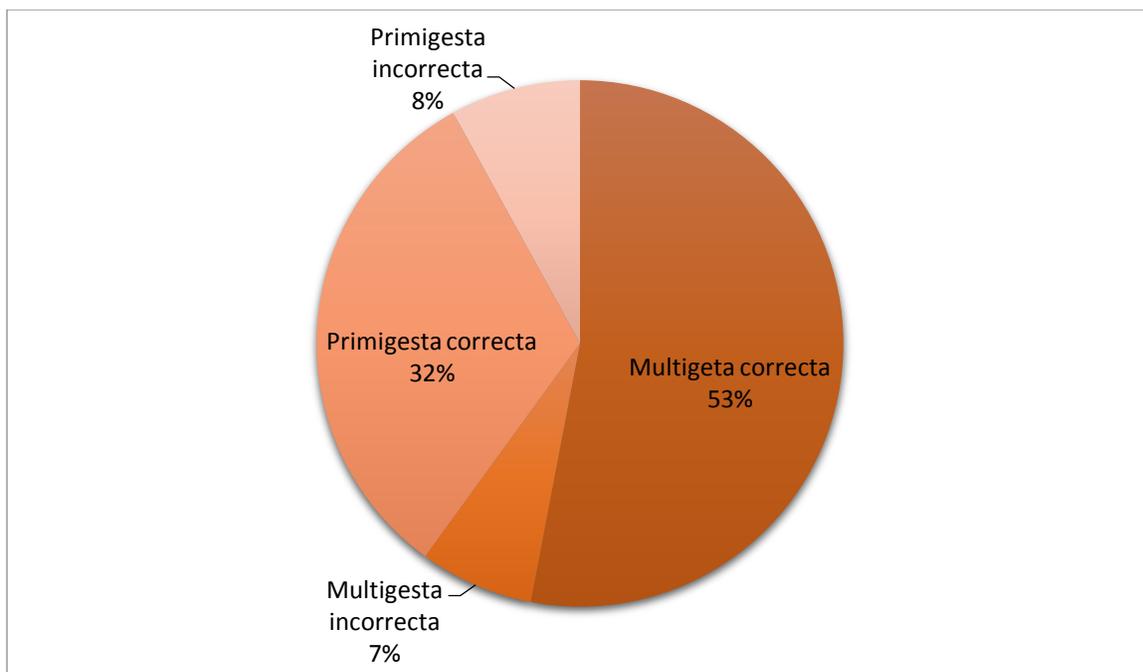
MULTIGESTA EDAD	FRECUENCIA	PARTOS	CESAREAS	ABORTO
36-40	10	23	7	8
31-35	11	19	4	9
26-30	12	11	8	4
21-25	11	10	6	3
16-20	16	13	3	4
TOTAL	60	76	28	28

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a las mujeres embarazadas encuestadas el 53(53%) fueron multigestas y el 32 (32%) primigestas que contestaron de manera correcta ¿qué es el cuidado en el embarazo? y el 07(7%) de las multigestas y el 08 (8%) de las primigestas lo hicieron de manera incorrecta. (Ver grafica 1)

Cuidado en el embarazo

Grafica 1



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a la importancia de la atención médica adecuada un 54 (54%) de las mujeres multigestas y el 30 (30%) de las mujeres primigestas lo conocen ya que un 6(6%), de las multigestas y un 10 (10%) de las primigestas lo conocen.(ver tabla 10).

Importancia sobre la atención médica en el embarazo

Tabla 10.

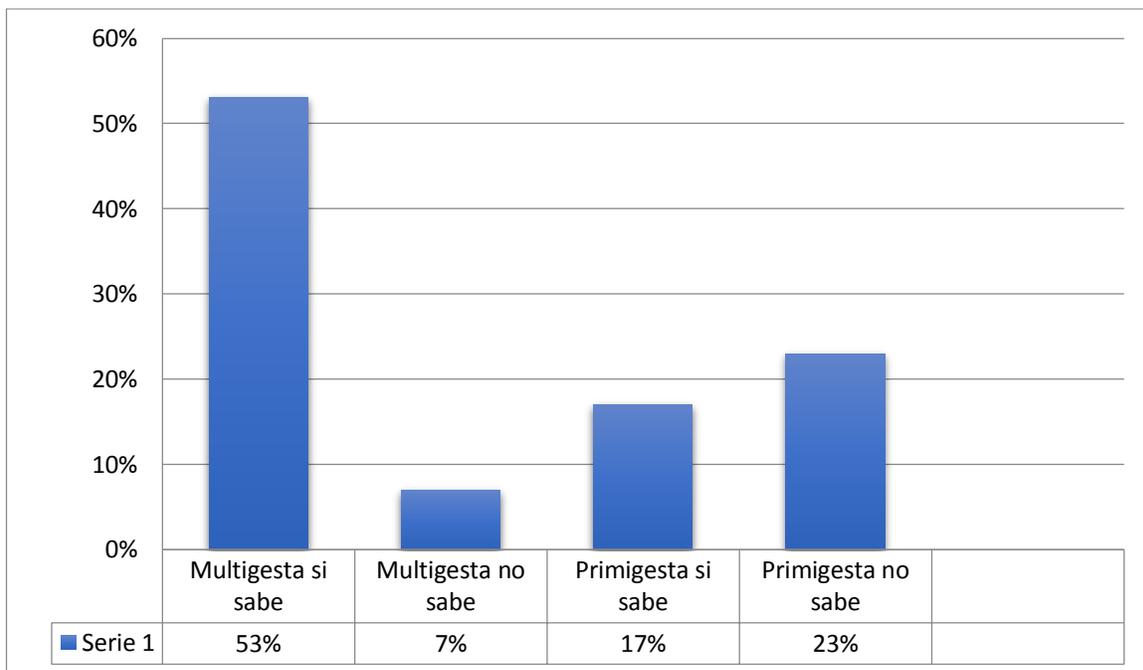
		Total	%	conocen
				54%
M U L T I G E S T A	A) Es importante ya que ayuda a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar riesgo para la madre y el bebe.	54	54	
	b) Es importante ya que ayuda a estar sanos a la madre y al bebe	5	.05	
	C) Es importantes ya que ayuda al diagnóstico y tratamiento de los factores que perjudican a la madre.	1	01	desconocen
	D) Ninguna de las anteriores.	0	0	6%
P R I M I G E S T A	A) Es importante ya que ayuda a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar riesgo para la madre y el bebe.	30	30	conocen
	B) Es importante ya que ayuda a estar sanos a la madre y al bebe.	8	.08	30%
	C) Es importante ya que ayuda al diagnóstico y tratamiento de los factores que perjudiquen a la madre.	2	02	desconocen
	D) Ninguna de las anteriores.	0	0	10%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo a las consultas mínimas se obtuvo un 53 (53%) de las mujeres multigestas y un 17(17%) de las primigestas si saben, sin embargo un 7 (7%) de las mujeres multigestas y un 23(23%) de las primigestas no saben.(ver grafica 2).

Consultas mínimas del cuidado en el embarazo

Grafica 2



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a los beneficios que otorga el consumo de ácido fólico principalmente en las primeras semanas del embarazo con un 40(40%) de las mujeres multigestas y un 11(11%) de las primigestas contestaron de manera adecuada, sin embargo un 11(11%) de las multigestas y un 29(29%) de las primigestas lo hicieron de manera no adecuada. (Ver tabla 11).

Importancia del ácido fólico en las primeras semanas del embarazo

Tabla 11.

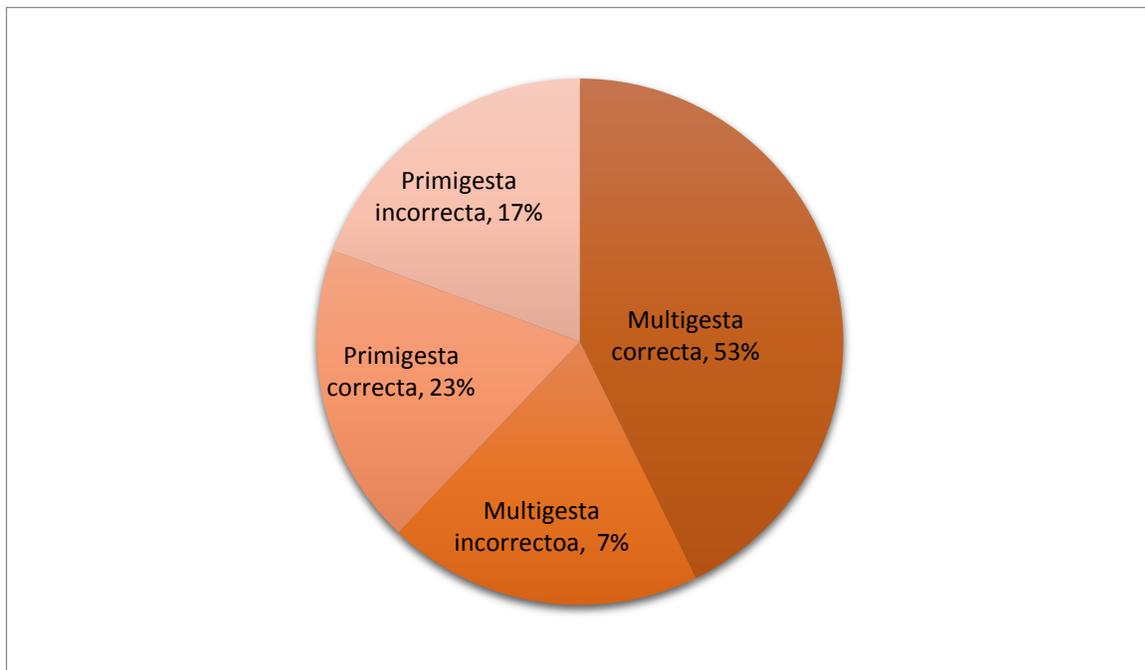
		TOTAL	%	CONOCEN
MULTIGESTA	A) Ayuda al crecimiento de los músculos y huesos bebe.	8	8	40%
	b) Ayuda a disminuir vómito, nauseas, cansancio y disminuye el sobrepeso.	1	1	
	C) Ayuda en el desarrollo del sistema nervioso central del bebé.	49	49	DESCONOCEN
	D) Todas las anteriores.	2	2	11%
PRIMIGESTA	A) Ayuda al crecimiento de los músculos y huesos bebe.	24	24	CONOCEN
	b) Ayuda a disminuir vómito, nauseas, cansancio y disminuye el sobrepeso.	3	3	11%
	C) Ayuda en el desarrollo del sistema nervioso central del bebé.	11	11	
	D) Todas las anteriores.	2	2	29%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a la alimentación adecuada en la mujer embarazada el 53(53%) de las multigestas y las primigestas 23(23%) contestaron de manera correcta, sin embargo 7(7%) de las multigestas y un 17 (17%) de las primigestas lo hicieron de manera incorrecta. (Ver grafica 3)

Cómo debe de ser la alimentación en la mujer embarazada

Grafica 3

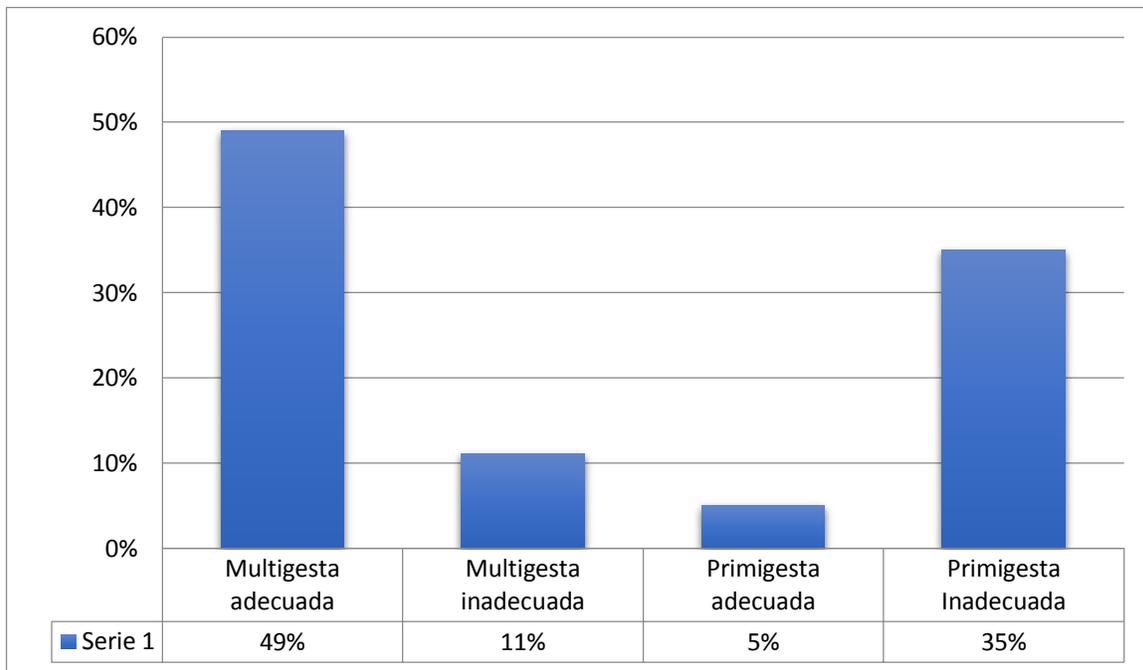


Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a los alimentos que debe ingerir la mujer embarazada 49(49%) de las multigestas y un 5 (5%) de las primigestas contestaron de manera adecuada sin embargo un 11(11%) de las multigestas y un 35 (35%) de las primigestas lo hicieron de manera no adecuada.(ver grafica 4).

Los alimentos que debe ingerir la mujer embarazada

Grafica 4.



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo con el incremento de peso en el embarazo se encontraron los siguientes datos 50(50%) de las mujeres multigestas y el 14(14%) de las primigestas contestaron correctamente mientras tanto el 10(10%) de las multigestas y el 26(26%) de las primigestas contestaron de manera incorrecta.(ver tabla 12)

El incremento de peso durante el embarazo

Tabla 12

		f	%	correcto
M U L T I G E S T A	A) 3 a 5 kilogramos	1	1	50%
	b) 5 a 8 kilogramos	3	3	
	C)) 9 a 12 kilogramos	50	50	incorrecto
	D)13 a 15 kilogramos	6	6	10%
P R I M I G E S T A	A) 3 a 5 kilogramos	4	4	correcto
	B) 5 a 8 kilogramos	9	9	14%
	C)) 9 a 12 kilogramos	14	14	
	D) 13 a 15 kilogramos	13	13	26%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto algunos signos de alarma durante el embarazo se encontraron los siguientes datos el 50(50%) de las mujeres multigestas y el 20(20%) de las mujeres primigestas contestaron adecuadamente mientras tanto el 10(10%) de las mujeres multigestas y el 20(20%) de las mujeres primigestas contestaron inadecuadamente.(ver tabla 13).

Signos de alarma durante el embarazo

Tabla 13

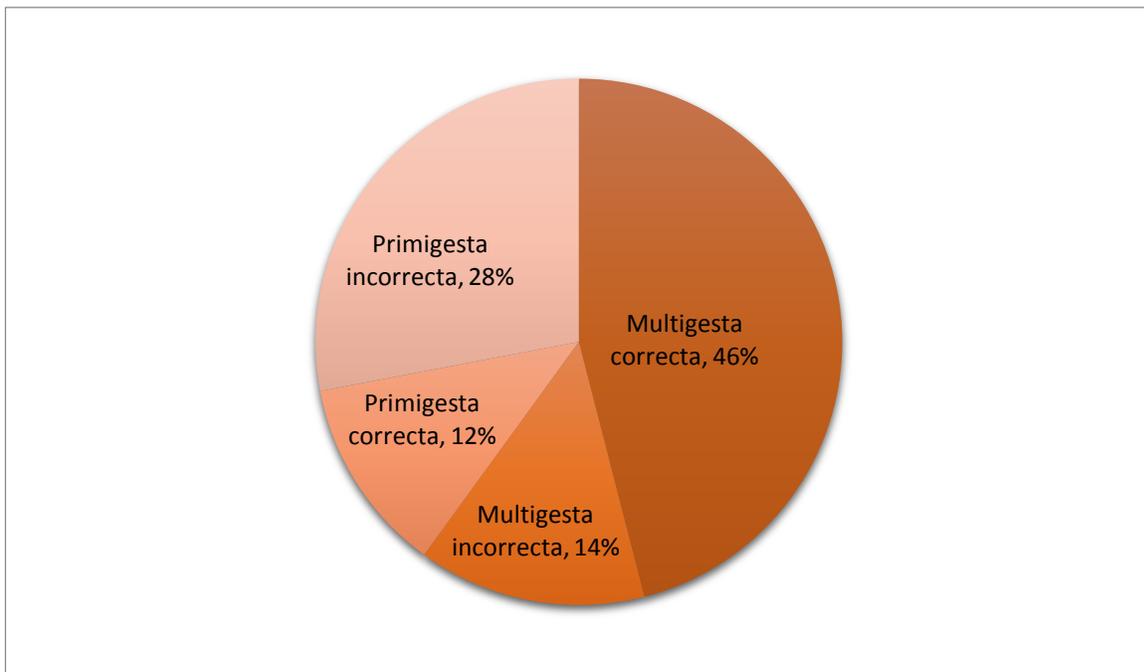
		f	%	adecuado
MULTIGESTA	A) Dolor de cabeza, zumbido de oídos, dolor en boca de estómago, que él bebe no se mueva, dolor de pies.	3	3	50%
	b)) Dolor de cabeza no persistente, que él bebe no se mueva, hinchazón de pies, Vómitos, sangrado o perdidas de líquido vaginal	6	6	
	C) Pérdida de sangre o líquido por la vagina, vientre duro y con dolor en boca del estómago, que él bebe no se mueva, dolor de cabeza persistente, hinchazón de cara, manos y pies, vómitos persistentes.	50	50	inadecuado
	. D) Ninguna de las anteriores	1	1	10%
PRIMIGESTA	A) Dolor de cabeza, zumbido de oídos, dolor en boca de estómago, que él bebe no se mueva, dolor de pies.	5	5	adecuado
	B)) Dolor de cabeza no persistente, que él bebe no se mueva, hinchazón de pies, Vómitos, sangrado o perdidas de líquido vaginal	13	13	20%
	C) Pérdida de sangre o líquido por la vagina, vientre duro y con dolor en boca del estómago, que él bebe no se mueva, dolor de cabeza persistente, hinchazón de cara, manos y pies, vómitos persistentes.	20	20	inadecuado
	D) Ninguna de las anteriores	2	2	20%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación al tipo de ropa que debe usar durante el embarazo se encontraron los siguientes datos 46(46%) de las mujeres multigestas y el 12(12%) de las primigestas contestaron correctamente mientras tanto el 14(14%) de las mujeres multigestas y el 28(28%) de las mujeres primigestas contestaron incorrectamente. (Ver grafica 5).

Tipo de ropa que debe usar durante el embarazo

Grafica 5.



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a que signos y síntomas se pueden presentar si no se tiene una buena higiene íntima, se encontraron los siguientes datos 51(51%) de las mujeres multigestas y el 11(11%) de las primigestas conocen del tema mientras tanto el 9(9%) de las mujeres multigestas y el 29(29%) de las mujeres primigestas desconocen el tema.(ver tabla 14).

Signos y síntomas que se pueden presentar si no se tiene una buena higiene íntima

Tabla 14

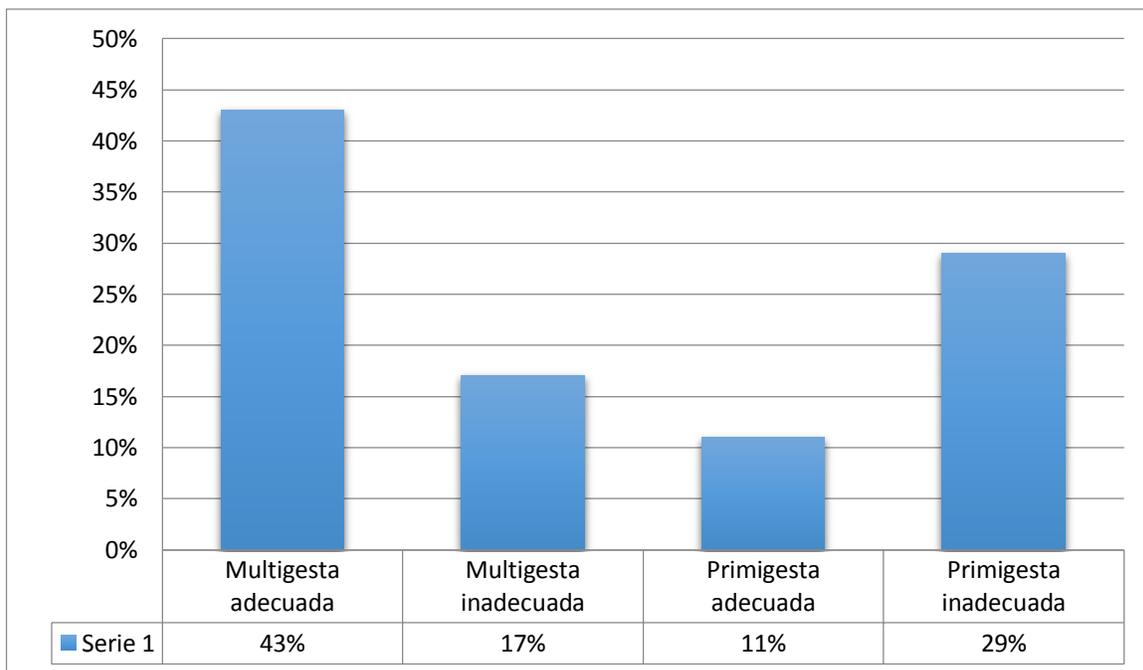
		f	%	Conocen
M U L T I G E S T A	A)) Aumentan los fluidos y secreciones vaginales	2	2	51%
	b) Afecta el pH y flora vaginal	2	2	
	C) Prurito, ardor aumento de la humedad y mal olor	5	5	Desconocen
	D) Todas las anteriores	51	51	9%
P R I M I G E S T A	A)) Aumentan los fluidos y secreciones vaginales	14	14	Conocen
	B) Afecta el pH y flora vaginal	4	4	11%
	C) Prurito, ardor aumento de la humedad y mal olor	11	11	Desconocen
	D) Todas las anteriores	11	11	29%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo a que riesgos ocasiona el consumo de alcohol durante el embarazo se mostraron los siguientes datos 43(43%) de las mujeres multigestas y el 11(11%) de las mujeres primigestas contestaron de forma adecuada, mientras tanto el 17(17%) de las mujeres multigestas y el 29(29%) de las mujeres primigestas contestaron de forma inadecuada.

Riesgos que ocasiona el consumo de alcohol

Tabla 20



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a los riesgos ocasionados con el consumo de tabaco durante el embarazo se obtuvo los siguientes datos 35(35%) de las mujeres multigestas y el 3(3%) de las mujeres primigestas lo hicieron de manera correcta, mientras tanto el 25(25%) de las mujeres multigestas y el 37(37%) de las mujeres primigestas contestaron incorrectamente.(ver tabla 15).

Riesgos ocasionados con el consumo del tabaco durante el embarazo

Tabla 15.

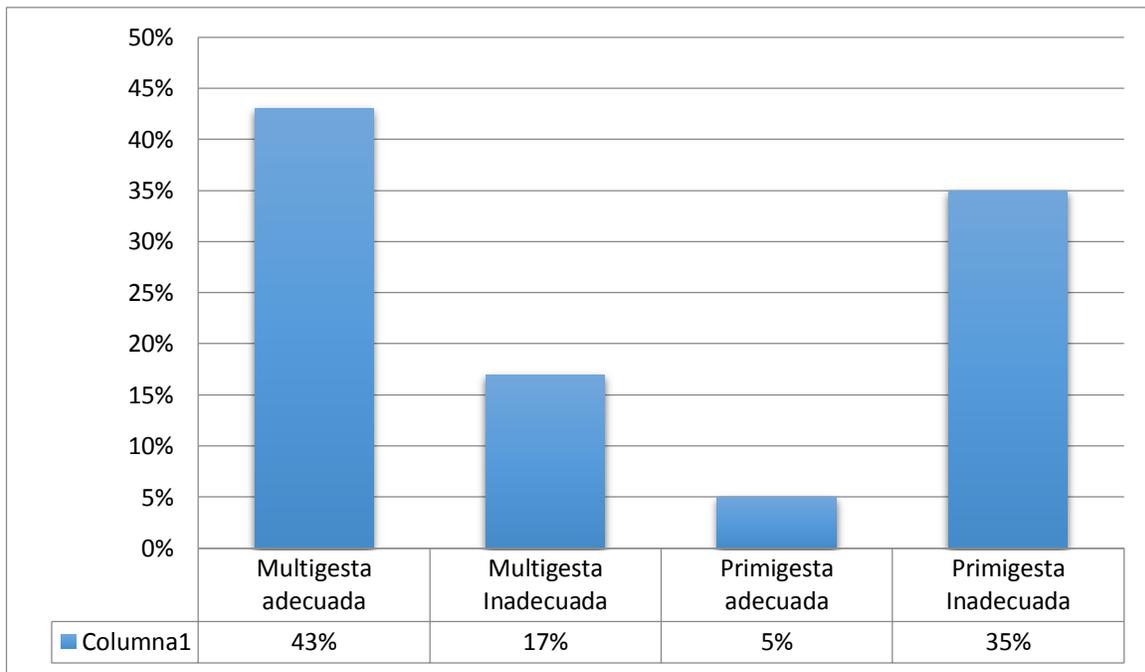
		f	%	Conocen
MULTIGESTA	A) Peso bajo al nacer, menor cociente de inteligencia, trastornos de aprendizaje.	10	10	35%
	b) Muerte súbita, cáncer infantil, problemas respiratorios.	10	10	
	C) Aborto, de dar a luz niños muertos.	5	5	Desconocen
	D) Todas las anteriores	35	35	25%
PRIMIGESTA	A) Peso bajo al nacer, menor cociente de inteligencia, trastornos de aprendizaje.	15	15	Conocen
	b) Muerte súbita, cáncer infantil, problemas respiratorios.	15	15	3%
	C) Aborto, de dar a luz niños muertos.	7	7	Desconocen
	D) Todas las anteriores	3	3	37%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a cuales son los periodos del parto se obtuvieron los siguientes datos 43(43%) de las mujeres embarazadas multigestas y el 5(5%) de las primigestas contestaron adecuadamente mientras que el 17(17%) de las mujeres multigestas y el 35(35%) de las primigestas contestaron inadecuadamente. (ver grafica 8).

Periodos del parto

Grafica 8.



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo a las técnicas de respiración se encontraron los siguientes datos el 50(50%) de las mujeres multigestas y el 19(19%) de las mujeres primigestas contestaron asertivamente, mientras que el 10(10%) de las mujeres multigestas y el 21(21%) de las primigestas lo hicieron de una manera no asertiva. (Ver tabla 16).

Importancia de las técnicas de respiración

Tabla 16.

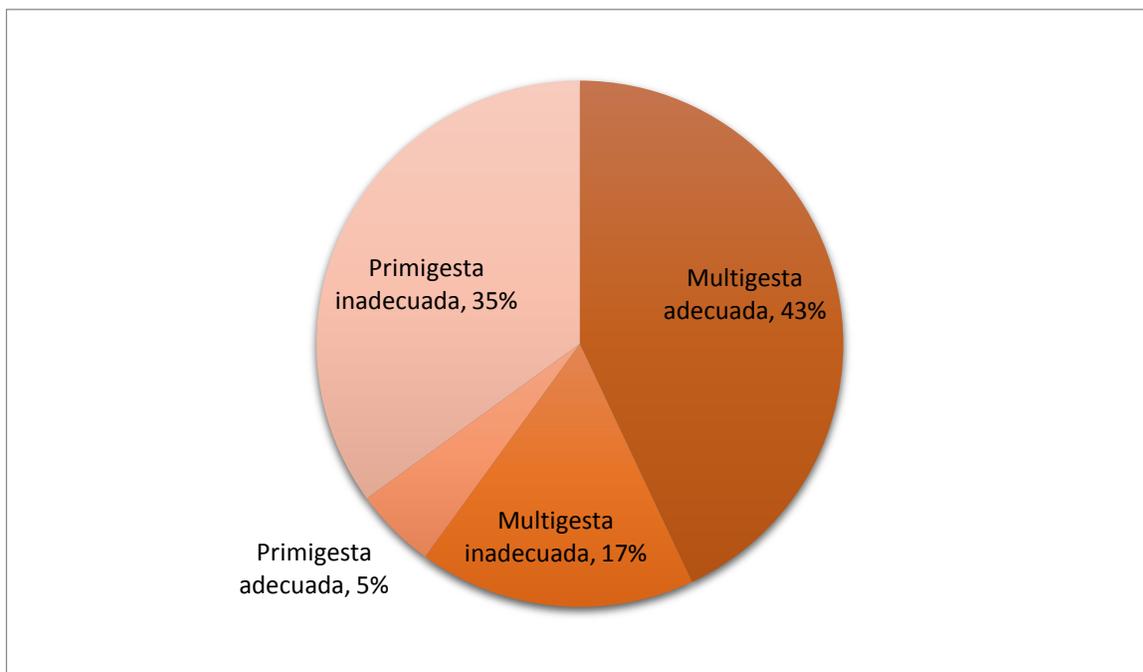
		f	%	Conocen
MULTIGESTA	A) Ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y beneficia al bebe ya que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.	50	50	50%
	B) Ayudan a relajarse y a mantenerme oxigenada durante el parto.	5	5	
	C) Ayuda a aliviar el dolor a las contracciones y a distender los músculos del periné.	2	2	Desconocen
	D) Ninguna de las anteriores.	3	3	10%
PRIMIGESTA	A) Ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y beneficia al bebe ya que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.	19	19	Conocen
	B) Ayudan a relajarse y a mantenerme oxigenada durante el parto.	15	15	19%
	C) Ayuda a aliviar el dolor a las contracciones y a distender los músculos del periné.	5	5	Desconocen
	D) Ninguna de las anteriores.	1	1	21%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a los tipos de respiración que se utilizan durante los periodos de trabajo de parto se mostraron los siguientes datos 43(43%) de las mujeres embarazadas multigestas y el 5(5%) de las primigestas respondieron adecuadamente, mientras tanto el 17(17%) de las multigestas y el 35(53%) de las primigestas contestaron inadecuadamente.(ver grafica 9)

Tipos de respiración que se utilizan durante los periodos de trabajo de parto

Grafica 9.

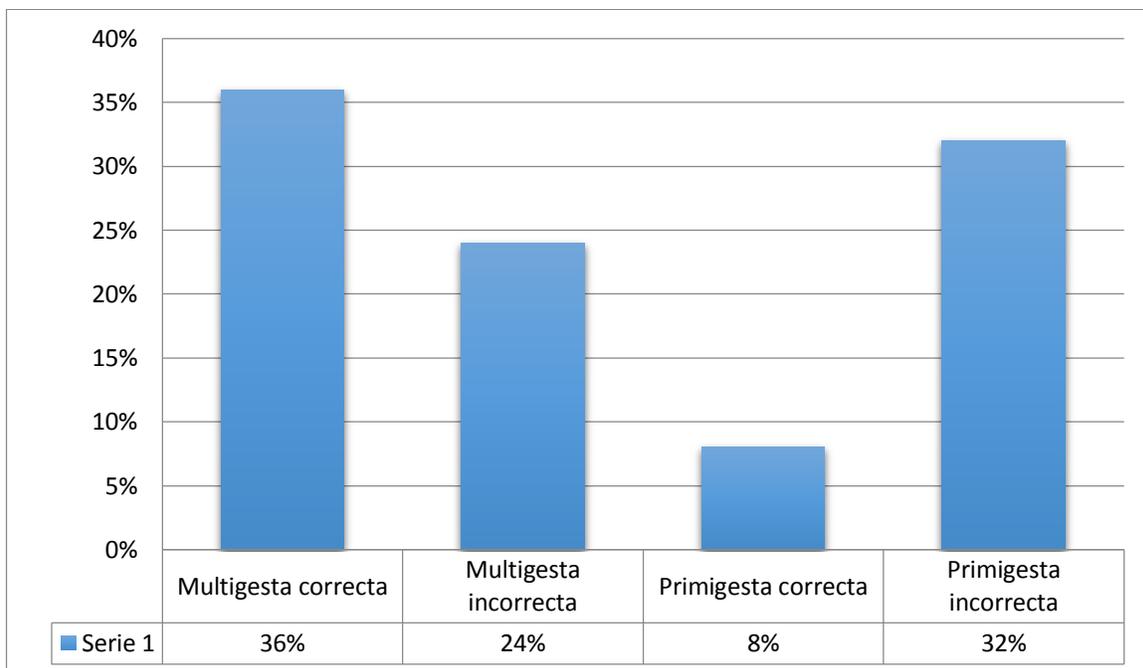


Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con respecto a la recomendación a la lactancia materna se encontraron los siguientes datos el 36(36%) de las mujeres multigestas y el 8(8%) de las primigestas contestaron correctamente, mientras tanto el 24(24%) de las mujeres multigestas y el 32(32%) de las primigestas contestaron incorrectamente. (Ver grafica 10).

Recomendaciones de lactancia materna

Grafica 10.



Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

De acuerdo a los beneficios que otorga la lactancia materna a la madre se mostraron los siguientes datos con el 53(53%) de las mujeres multigestas y el 24(24%) de las mujeres primigestas respondieron adecuadamente, mientras tanto el 7(7%) de las mujeres multigestas y el 16(16%) de las mujeres primigestas responden inadecuadamente. (Ver tabla 17).

Beneficios que otorga la lactancia materna a la mama

Tabla 17.

		f	%	Conocen
M U L T I G E S T A	A) Prevención de cáncer de ovario y mama, involución uterina, pérdida de peso, sirve como planificación familiar, previene osteoporosis, no tiene ningún costo.	53	53	53%
	B) Pérdida de cabello, sube de peso, previene enfermedades respiratorias.	3	3	
	C)Prevención de cáncer de piel, prevención de infecciones de transmisión sexual	2	2	Desconocen
	D) ninguna de las anteriores	2	2	7%
P R I M I G E S T A	A) Prevención de cáncer de ovario y mama, involución uterina, pérdida de peso, sirve como planificación familiar, previene osteoporosis, no tiene ningún costo.	24	24	Conocen
	B) Pérdida de cabello, sube de peso, previene enfermedades respiratorias.	7	7	24%
	C)Prevención de cáncer de piel, prevención de infecciones de transmisión sexual	7	7	
	D) ninguna de las anteriores	2	2	16%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

Con relación a los beneficios que brinda la lactancia materna para el bebé se obtuvieron los siguientes datos 59(59%) de las mujeres embarazadas multigestas y el 26(26%) a las primigestas contestaron correctamente, mientras que el 1(1%) de las mujeres multigestas y el 14(14%) de las primigestas contestaron incorrectamente. (Ver tabla 18).

Beneficios que brinda la lactancia materna para el bebé

Tabla 18.

		f	%	Correcto
M U L T I G E S T A	A) Sube de peso, retrasa su crecimiento.	0	0	59%
	B) Crecimiento de cabello, crecimiento de dentadura.	0	0	
	C) Prevención de obesidad, prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, apego, se desarrolla mejor su reflejo de deglución y succión, evita la desalineación dental.	59	59	Incorrecto
	D) ninguna de las anteriores	1	1	1%
P R I M I G E S T A	A) Sube de peso, retrasa su crecimiento.	1	1	Correcto
	B) Crecimiento de cabello, crecimiento de dentadura.	5	5	26%
	C) Prevención de obesidad, prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, apego, se desarrolla mejor su reflejo de deglución y succión, evita la desalineación dental.	5	5	Incorrecto
	D) ninguna de las anteriores	26	26	14%
Total		100	100%	100%

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

CUADRO TETRACORICO

De acuerdo a la aplicación de encuestas a las 100 mujeres embarazadas para saber el nivel de conocimiento sobre el cuidado del embarazo, 60 de ellas son multigestas el cual solo 44 conocen sobre el cuidado, mientras que las 40 mujeres restantes son primigestas, donde solo 1 conoce sobre el tema, el cual se cumplió nuestro objetivo demostrando que la mujer Multigesta tiene mayor conocimiento sobre el cuidado en comparación a la mujer Primigesta.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO			
		ALTO	MEDIO	BAJO	
MULTIGESTA	44	10	6	60	
PRIMIGESTA	1	5	34	40	
	45 TOTAL	15 TOTAL	40 TOTAL	100 TOTAL	

Fuente: Encuesta realizada por pasantes de enfermería y obstetricia en el hospital General Dr. Gustavo Baz Prada Abril 2014.

9. DISCUSIÓN

La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención a la salud primaria con la puesta en marcha en la educación y fomento para la salud en la prevención, promoción del autocuidado, además de las actividades habituales en centros de salud, clínicas, domicilio y comunidad.

La OMS en su plan estratégico afronta los nuevos problemas de salud y se ha impulsado el papel de enfermería; señalando a la enfermera como elemento fundamental en el fomento del autocuidado y de la educación para la salud de los ciudadanos.

Así que la educación o promoción a la salud no solamente ha reducido los riesgos de morbi-mortalidad en la mujer gestante si no que se previenen muchas enfermedades y complicaciones al ayudar y apoyar a las mujeres gestantes en sus cambios de hábitos y estilos de vida. Los estudios relativos con gineco-obstetricia son muy variables en lo que tiene que ver en educación del cuidado en el embarazo.

De igual forma en una comunidad una investigadora Gutiérrez Veloz demostró que con la aplicación de la estrategia educativa se elevó considerablemente el nivel de conocimiento del grupo estudiado del 100% mal a 90% excelente. ⁽¹⁸⁾

Para elevar el nivel de conocimientos de un grupo de pacientes en Florida en la provincia de Camagüey un grupo de investigadores implementan intervención educativa en embarazadas anémicas, en cuanto se evalúan el conocimiento del embarazo al comienzo de la investigación se puede observar que solo 16 conocían en el tema para un (66.7%) y al final del estudio se logra que las 24 mujeres 100% tuvieran conocimiento sobre el tema. Podemos entender que si hay una educación a la población embarazada se reducirá de manera significativa las complicaciones del embarazo y muerte materna. ⁽¹⁹⁾

La mortalidad materna se ha disminuido pero pocos estudios se han realizado acerca de este tema de educación para la salud en Gineco- Obstetricia aunque se han planteado muchas alternativas por medio de divulgación de la información pero los pacientes siguen llegando en los centros hospitalarios con complicaciones obstétricas.

De acuerdo a los datos obtenidos sobre la tabla número 1, pudimos observar que hay un alto índice de mujeres embarazadas adolescentes, entre la edad de 16 a 20 años, lo cual se observa que la edad materna como factor de riesgo en las mujeres de 20 a 29 años tienen los índices más bajos de morbilidad y mortalidad

materna y perinatal. Cada año 15 millones de niños nacen de mujeres adolescentes. Las jóvenes entre 15 y 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años, y en las menores de 15 años el riesgo de morir es 5 veces mayor. Debido a que el embarazo es tan frecuente a esta edad y conlleva a tantos riesgos para la salud, las complicaciones del mismo representan la principal causa de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años de todo el mundo. La edad materna avanzada 35 años o más en el momento del parto tiende a asociarse con hipertensión inducida por el embarazo. Son también más comunes en mujeres maduras la obesidad y diabetes. (20)

Con respecto a los hallazgos obtenidos del nivel de escolaridad de la tabla número 5, nos percatamos que las mujeres embarazadas predomina más el nivel de escolaridad secundaria de acuerdo a los autores Rubio y López dicen: que la baja escolaridad de la mujer se asocia con la frecuencia de hijos prematuros, mediada por la posición, el ingreso y la ocupación lo cual influye para que la mujer busque asistencia adecuada. Cuando se les niega educación a las jóvenes como adultas su salud tiende a hacer precaria, sus familias más numerosas y el riesgo de muerte que enfrentan sus hijos suelen ser mayor. Una mujer que ha cursado algunos años de educación secundaria tiene menos probabilidad de tener hijos en la adolescencia. Las mujeres que han cursado 7 años o más de educación se casan 4 años más tarde y tienen 2.2 hijos menos que aquellas que no han recibido ninguna educación. (21) Con relación a lo que mencionan los autores, cada vez tenemos más elementos para reconocer que una mujer con escolaridad mayor de bachillerato tiene formas de vida menos riesgosa, ya que se preocupa por su salud y se constituye en un pilar de familia en materia de salud reproductiva.

De acuerdo al tratamiento estadístico en la aplicación de la prueba de hipótesis de χ^2 para dos muestras independientes con una $X_c = 4.605$, con un $\alpha 0.05$, se decide aceptar la hipótesis nula, ya que la χ^2_{exp} fue de 3.14, con un $p >$ de 0.05 y las diferencias encontradas en el nivel alto de las multigestas con el de las primigestas no fue significativo por el tamaño de la muestra o por variaciones propias del muestreo ya que tenemos 60 mujeres multigestas y solo 40 mujeres de primigestas, con lo anterior nuestro objetivo si se cumplió ya que demostramos que las mujeres multigestas tienen mayor conocimiento en comparación a las primigestas.

10. CONCLUSIONES

El estudio del nivel de conocimiento en el cuidado durante el embarazo en las mujeres multigestas y primigestas teniendo como antecedentes de importancia la morbi-mortalidad neonatal y morbilidad materna en el hospital Doctor Gustavo Baz Prada, nos permitió identificar a tiempo los problemas en la madre gestante por ejemplo: que infecciones de vías urinarias causantes del parto pretérmino se podrán resolver de forma oportuna si la madre utiliza una buena vestimenta e higiene adecuada y reconoce los signos y síntomas de alarma ya que es de suma importancia porque gracias a la identificación se previenen, hemorragias transvaginales, enfermedades hipertensivas del embarazo, Ivu, sufrimiento fetal o hasta un posible aborto u óbito.

De las 100 mujeres del grupo estudiado demostraron un nivel de conocimiento del 60% de las multigestas, el 44% obtuvieron un nivel alto el 10% medio y el 06% bajo, y del 40% de las primigestas obtuvieron el 01% nivel alto, el 05% medio y el 34% con un nivel bajo. Por lo cual logramos el objetivo de demostrar que las mujeres multigestas poseen mayor conocimiento en el cuidado del embarazo en comparación de la mujer embarazada Primigesta.

De acuerdo con la realización de este estudio llegamos a la conclusión que las mujeres multigestas tienen mayor conocimiento sobre el cuidado del embarazo, obtenido de sus experiencias de embarazos anteriores, además se pudo observar que muestran más interés sobre la información y pláticas que se les transmiten a las mujeres embarazadas por el personal de salud, que las mujeres primigestas. Una justificación del conocimiento deficiente de las mujeres primigestas sería su corta edad en el embarazo.

11. BIBLIOGRAFÍAS

1. WWW.WHO.INT/MEDIACENTRE/FACTSHEETS/FS348/ES/
2. BURN NANCY. K GROVE SUSAN, INVESTIGACIÓN EN ENFERMARÍA 3ª.ED. MADRID, BARCELONA. 2004.
3. REYES, A. Y CAZORLA, M. (1998). LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN LA ATENCIÓN PREVENTIVA DE LA SALUD. TESIS DOCTORAL PUBLICADA UNIVERSIDAD DE CARABOBO, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, VALENCIA.
4. NORMA OFICIAL MEXICANA NOM 007 SSA2 1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.
5. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, CENTRO PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES DEFECTOS CONGÉNITOS Y GENÉTICA PEDIÁTRICA, CDC AÑO 2009.
6. WWW.UV.MX/CIENCIAHOMBRE/REVISTAE/VOL18NUM1/ARTICULOS/ACIDO_FOLICO/ REVISTA DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA DE A UNIVERSIDAD VERACRUZANA VOLUMEN XVIII NUMERO 1 VALOR NUTRITIVO DE LOS ALIMENTOS DE MAYOR CONSUMO EN MÉXICO. MÉXICO: INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN Y CIENCIAS DE LA SALUD "SALVADOR ZUBIRÁN".
7. WWW.HENUFOOD.COM/NUTRICION-SALUD/CONSIGUE-UNA-VIDA-SALUDABLE/ALIMENTACION-EN-LA-MUJER-ETAPA-I-MENOPAUSIA/
8. GUÍA COMPLETA PARA COMER BIEN DURANTE EL EMBARAZO POLA THRACE27 DICIEMBRE 2013. WWW.SABROSIA.COM/2013/12/GUIA-COMPLETA-PARA-COMER-BIEN-DURANTE-EL-EMBARAZO/.
9. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 RUBIO LÓPEZ 2001 EVALUACIÓN DEL RIESGO PERINATAL. RIESGOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENSAYO. ENEO-UNAM, MÉXICO D.F. PÁG 85
10. DORING GK. FISIOLÓGÍA DEL EMBARAZO Y DEL FETO. EN: DÖDERLEING G. CLÍNICA OBSTÉTRICOGINECOLÓGICA. MADRID: ALAMBRA, 1966; T3:15-21

11. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 RUBIO LÓPEZ 2001 EVALUACIÓN DEL RIESGO PERINATAL. RIESGOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENSAYO. ENEO-UNAM, MÉXICO D.F. PÁG 85 -92
12. WWW.MEDICINA21.COM/DOC.PHP?APARTAT=FARMACIA&ID=1340
13. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 REIMPRESIÓN 2007 OPCIT. ARENAS CAP. HERENCIA MENDELIANA Y MONOGENETICA (P. 129.) OPCIT. BURROUGSH CAP. PROBLEMAS DE SALUD QUE COMPLICAN EL EMBARAZO P.402 PÁG. 81- 82.
14. WWW.ENEO.UNAM.MX/SERVICIOSEEDUCATIVOS/MATERIALESDEAPOYO/OBSTETRICIA1/TEMAS/MECANISMO.PDF
15. WWW.PLANETAMAMA.COM.AR/NOTA/T%C3%A9CNICAS-DE-RESPIRACI%C3%B3N-PARA-EL-PARTO?PAGE=FULL.
16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA SEP.2013.
17. CH-1211 GINEBRA 27 SUISA UNICEF, 1993 SECCIÓN NUTRICIÓN.
18. WWW.UNICEF.ORG/SPANISH/NUTRITION/23964_BREASTFEEDING.HTM
19. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 RUBIO LÓPEZ 2001 EVALUACIÓN DEL RIESGO PERINATAL. RIESGOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENSAYO. ENEO-UNAM, MÉXICO D.F. PÁG 81-82
20. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 SCOTT,DISAIA,H.,S.(1996)TRABAJO DE PARTO Y PARTO NORMALES Y SU ATENCIÓN,TRATADO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DE DANFORTH. MÉXICO,MACGRAW HILL-INTERNAMERICAN.
21. ELIZABETH CARBONELL GOMEZ, Jimmy Alonso Carballo; REINALDO ÁLVAREZ LAMAS. 2008. WWW.MONOGRAFIAS.COM/TRABAJOS67/INTERVENCION-EDUCATIVAEMBARAZADAS/INTERVENCIONDEDUCATIVA/EMBARAZADAS2.FHTMS.
22. MARÍA ESTHER PÉREZ, HOSPITAL MATERNO-INFANTIL "RAMÓN: REV. HOSPITAL. MATERNO. INFANTIL. RAMÓN SARDA 1996. WWW.SARDA.ORG.AR/INSTITUCIONAL/PUBLICACIONES/REVISATASARDA/1996/LAENFERMERACOMOLAEDUCADORADELAENBARAZADAYSUNUCLEOFAMILIAR.

23. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 RUBIO Y LÓPEZ (2001) EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL, RIESGOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENSAYO. ENEO- UNAM, MÉXICO D.F PAG. 75 A 76
24. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 RUBIO Y LÓPEZ (2001) EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL, RIESGOS Y CRITERIOS DE LA ENFERMERÍA PROFESIONAL. ENSAYO. ENEO- UNAM, MÉXICO D.F PAG. 77
25. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 OPIC DECHERNEY “DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTOS GINECOOBTETRICOS” CAP. EMBARZO NORMAL Y CUIDADOS PRENATALES P.85-88
26. ANTOLOGÍA OBSTETRICIA I 3 RA EDICIÓN 2004 REIMPRESIÓN 2007 OPCIT REEDER CAP. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PERIODO PREPARTO P. 417-418 PÁG. 85
27. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, TÍTULO PRIMERO, CAPÍTULO ARTICULO 4., DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN 1994.

12. ANEXOS

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

OBJETIVO:

Conocer el nivel de conocimiento que tienen las mujeres embarazadas multigestas y primigestas sobre el cuidado del embarazo.

INSTRUCCIONES: Marque con una x la respuesta que considere adecuada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

1. ¿Qué edad tiene? _____
2. ¿Cuál es su estado civil? Casada: ___ Soltera: ___ Divorciada ___ Viuda: ___ Unión libre: ___
3. ¿Qué escolaridad tiene? Primaria: ___ Secundaria: ___ Preparatoria: ___ Licenciatura: ___
Otros: ___
4. ¿Cuál es su ocupación? Empleada: ___ Ama de casa: ___ Obrera: ___ Profesionista: ___ Otros: ___
5. ¿Número de embarazos? _____ partos _____ cesárea _____ abortos _____

DATOS SOBRE EL CUIDADO EN EL EMBARAZO

6. ¿Qué es el cuidado en el embarazo?

- a) () Es la acción de cuidar en la etapa de gestación que ayuda a la madre como al bebe a mantenerse sanos.
- b) () Es la acción de cuidar que ayuda al bebe a mantenerse sano.
- c) () Es la acción de cuidar en la etapa de la gestación que ayuda a la madre a mantenerse sana.
- d) () Ninguna de las anteriores.

9. ¿Porque es importante la atención médica?

- a) () Es importante ya que ayuda a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar riesgo para la madre y el bebe.
- b) () Es importante ya que ayuda a estar sanos a la madre y al bebe.
- c) () Es importante ya que ayuda al diagnóstico y tratamiento de los factores que perjudiquen a la madre.
- d) () Ninguna de las anteriores.

10. ¿cuántas consultas mínimas debe de ser controlado un embarazo?

- a) () 2
- b) () 3
- c) () 4
- d) () 5

11. ¿Por qué es importante el ácido fólico principalmente en las primeras semanas de embarazo?

- a) () Ayuda al crecimiento de los músculos y huesos del bebe.
- b) () Ayuda a disminuir vómito, nauseas, cansancio y disminuye el sobrepeso.
- c) () Ayuda en el desarrollo del sistema nervioso central del bebé.
- d) () Todas las anteriores

12. ¿cómo debe ser la alimentación en la mujer embarazada?

- a) () La alimentación debe ser variada y completa, que aporte todos los nutrientes necesarios en sus cantidades óptimas.
- b) () La alimentación debe ser completa y en mayor cantidad
- c) () La alimentación debe ser variada y en mayor cantidad.
- d) () Ninguna de las anteriores

13. ¿Los alimentos que debe de ingerir la mujer embarazada debe de ser?

- a) () frutas y verduras (muchas), cereales (suficientes), leguminosas y alimentos de origen animal (poco).
- b) () alimentos de origen animal (mucho), frutas y verduras (suficientes), cereales y leguminosas (poco).
- c) () frutas y verduras (muchas), cereales y alimentos de origen animal (suficientes) leguminosas (poco).
- d) () ninguna de las anteriores.

14. ¿El incremento de peso durante el embarazo normal debe ser de?

- a) () 3 a 5 kilogramos
- b) () 5 a 8 kilogramos
- c) () 13 a 15 kilogramos
- d) () 10-12 kilogramos

15. ¿Cuáles son algunos de los signos de alarma durante el embarazo?

- a) () Dolor de cabeza, zumbido de oídos, dolor en boca de estómago, que él bebe no se mueva, dolor de pies.
- b) () Dolor de cabeza no persistente, que él bebe no se mueva, hinchazón de pies, Vómitos, sangrado o perdidas de líquido vaginal.
- c) () Pérdida de sangre o líquido por la vagina, vientre duro y con dolor en boca del estómago, que él bebe no se mueva, dolor de cabeza persistente, hinchazón de cara, manos y pies, vómitos persistentes.
- d) () Ninguna de las anteriores

16. ¿Qué tipo de ropa debe de usar durante el embarazo?

- a) () Ropa interior de licra, pantalones a la cadera, zapatos cómodos y altos.
- b) () Ropa interior de algodón, pantalones holgados, zapatos cómodos y altos.
- c) () Ropa interior de licra o algodón, pantalones no ajustados, zapatos cómodos y bajos.
- d) () Ropa interior de algodón, pantalones a la cintura no ajustados, zapatos cómodos y bajos.

17. ¿Qué signos y síntomas se pueden presentar si no tienes una buena higiene íntima?

- a) Aumentan los fluidos y secreciones vaginales
- b) Afecta el pH y flora vaginal
- c) Prurito, ardor aumento de la humedad y mal olor
- d) Todas las anteriores

18. ¿Qué riesgos ocasiona el consumo de alcohol durante el embarazo?

- a) Aumenta el riesgo de cáncer infantil, problemas respiratorios.
- b) Aumenta el riesgo de aborto, bajo peso al nacer el bebe, produce síndrome de alcohol fetal.
- c) Peso bajo al nacer, trastornos de aprendizaje, síndrome de Down.
- d) Todos los anteriores.

19. ¿Qué riesgos ocasiona el consumo de tabaco durante el embarazo?

- a) Peso bajo al nacer, menor cociente de inteligencia, trastornos de aprendizaje.
- b) Muerte súbita, cáncer infantil, problemas respiratorios.
- c) Aborto, de dar a luz niños muertos.
- d) Todos los anteriores.

20. ¿Cuáles son los periodos del parto?

- a) Dilatación del cuello uterino, expulsión del feto y alumbramiento o expulsión de la placenta y sus membranas.
- b) Dilatación del cuello uterino, contracciones, expulsión del feto, expulsión de la placenta y sus membranas.
- c) Contracciones, dilatación del cuello uterino expulsión del feto y alumbramiento o expulsión de la placenta y sus membranas.
- d) Contracciones, dilatación del cuello uterino y expulsión del feto.

21. ¿Para qué sirven las técnicas de respiración para el parto?

- a) Ayudan a relajarse y aliviar el dolor de las contracciones durante el trabajo de parto y beneficia al bebe ya que aumenta el aporte de oxígeno durante las contracciones.
- b) Ayudan a relajarse y a mantenerme oxigenada durante el parto.
- c) Ayuda a aliviar el dolor a las contracciones y a distender los músculos del periné.
- d) Ninguna de las anteriores.

22. ¿Tipos de respiración que se utilizan durante los periodos de trabajo de parto?

- a) Profunda, jadeo y pujo
- b) Jadeo, pujo, profunda
- c) Profunda, pujo y jadeo
- d) Pujo, jadeo y profunda

23. ¿Cómo se recomienda la lactancia materna?

- a) La leche materna durante los primeros 6 meses de vida y después debe complementarse con otros alimentos hasta 12 meses de vida.
- b) Durante los primeros 6 meses de vida, Después comienza con papillas.
- c) La leche materna durante los primeros 6 meses de vida y después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.
- d) La leche materna durante los primeros 8 meses de vida y después debe complementarse con otros alimentos hasta los dos años.

24 ¿Qué beneficios te brinda la lactancia materna?

- a) () Prevención de cáncer de ovario y mama, involución uterina, pérdida de peso, sirve como planificación familiar, previene osteoporosis, no tiene ningún costo.
- b) () Pérdida de cabello, sube de peso, previene enfermedades respiratorias.
- c) () Prevención de cáncer de piel, prevención de infecciones de transmisión sexual
- d) () Ninguna de las anteriores

25 ¿Beneficios que brinda la lactancia materna para el bebé?

- a) () Sube de peso, retrasa su crecimiento.
- b) () Crecimiento de cabello, crecimiento de dentadura.
- c) () Prevención de obesidad, prevención de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, apego, se desarrolla mejor su reflejo de deglución y succión, evita la desalineación dental.
- d) () Ninguna de las anteriores

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-007-SSA2-1993, ATENCIÓN DE LA MUJER DURANTE EL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO. CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud. En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados.

Las acciones de salud pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameritan la atención médica urgente y se corresponsabiliza junto con su pareja (o familia), y con el médico en el cuidado de su propia salud.

A fin de mejorar los servicios a la población materno-infantil, en algunas instituciones se han desarrollado normas y procedimientos para la atención en la materia, como es el caso del parto psicoprofiláctico, pero no tienen difusión

generalizada ni un carácter uniforme, bien sea porque no son revisadas periódicamente o porque en algunos casos se adolece del conocimiento actualizado. Este tipo de prácticas en las unidades que han desarrollado su utilización y cuando la mujer lo solicite lo pueden llevar a cabo.

Como puede verse, es necesario efectuar algunos cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la Norma contribuirá a corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención y señalará pautas específicas a seguir para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil, atribuible a la atención por parte de los prestadores de servicios y las instituciones.

1. Objetivo

Establecer los criterios para atender y vigilar la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y la atención del recién nacido normales.

2. Campo de aplicación

Esta Norma es de observancia obligatoria para todo el personal de salud en las unidades de salud de los sectores público, social y privado a nivel nacional, que brindan atención a mujeres embarazadas, parturientas, puérperas y a los recién nacidos.

Art.4 de la Constitución Política Mexicana

“El varón y la mujer son iguales ante la ley...Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos.

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...”

La ley general de la Salud y la Ley General de Población:

Deben ser observadas en toda la república y determinan la normatividad general respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar. La primera ase énfasis en el derecho a la salud y la segunda en la regulación de los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional. Ambas leyes se sustentan en el derecho constitucional emanado del art.4, citado en el párrafo anterior.

Los objetivos Son:

- Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos atendiendo a los problemas sanitarios prioritarios y a los factores que condicionen y causen daños a la salud, con especial interés en las acciones preventivas;
- Contribuir al desarrollo demográfico armónico del país;
- Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, ancianos desamparada y minusválida, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social.
- Dar impulso al desarrollo de la familia y de la comunidad, así como la integración social y al crecimiento físico y mental de la niñez;
- Apoyar el mejoramiento de las condiciones sanitarias del medio ambiente que propicien el desarrollo satisfactorio de la vida.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO
INSTITUTO MARILLAC
HOSPITAL GENERAL DR. GUSTAVO BAZ PRADA**

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Por medio del presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado Nivel de conocimientos en el cuidado en el embarazo en mujeres multigestas y primigestas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en la aplicación de un cuestionario para conocer el nivel de conocimiento sobre el cuidado en el embarazo en las mujeres embarazadas de la consulta externa del Hospital General Dr. Gustavo Baz Prada.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los beneficios, inconvenientes y molestias derivado de mi participación en el estudio.

El investigador me ha otorgado seguridad de que los datos del cuestionario no serán divulgados ni utilizados de manera incorrecta, que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de manera confidencial.

Nombre y Firma del paciente

Nombre y Firma del testigo

Firma del investigador

