

**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua Unan-León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Escuela de Enfermería**



**Tesis**

**Para optar al título de Licenciada en Ciencias de Enfermería.**

**Título**

**Conocimiento y práctica de las enfermedades(IVU,HTA) en la segunda mitad del embarazo relacionado al auto cuidado de las mujeres asistentes al CPN, Hospital Fraternidad, León, II trimestre 2013.**

**AUTORES:**

**Bra:** Jessica María Benavides Mendoza.

**Bra:** Yuwelka María Pérez Hernández.

**TUTORA:** Lic. Leuvad del Carmen Tercero Altamirano.

León: 10-10-13

## **DEDICATORIA**

A Dios por darnos salud y fortaleza.

A nuestros padres por brindarnos su apoyo.

A mi hijo (a) ya que no les hemos brindado el tiempo necesario.

A nuestra tutora por transmitirnos sus conocimientos y por su paciencia.

## **Agradecimiento**

A mis padres por el amor, la confianza y apoyo incondicional brindado durante estos años, lo que nos ha permitido lograr las metas propuestas.

A mi tutora Licenciada Leuvad Tercero Altamirano mujer de ciencia y mundo.

## Resumen

El estudio conocimiento y practica de las enfermedades mas frecuentes (IVU, HTA) durante la segunda mitad del embarazo relacionado al autocuidado de las mujeres asistentes al control prenatal, Hospital Fraternidad León II trimestre 2013. Se utilizo el tipo de estudio cuantitativo descriptivo y de corte transversal, el universo fueron 100 pacientes embarazadas y muestra de 50 pacientes que fueron seleccionadas al azar.

Se utilizo los criterios de inclusión: pacientes embarazadas que asisten a consultas de control prenatal en la segunda mitad del embarazo, que deseen participar en el estudio. Las variables del estudio son dependiente autocuidado en la segunda mitad del embarazo, independiente conocimiento de autocuidado y practica de autocuidado.

Para la recolección de la información se elaboro una encuesta estructurada con preguntas cerradas basadas en los objetivos y cada una de las fichas se trabajo en EPI INFO. Se realizó cruces de variables para enriquecer variables y se presentaran en tablas, se tomó en cuenta aspectos éticos: consentimiento informado, anonimato, autonomía y confidencialidad.

La mayoría de las mujeres embarazadas se encuentran entre las edades de 31-36 años, trabajan fuera de casa, acompañadas, de escolaridad secundaria, urbanas y de ninguna religión. En relación al conocimiento conocen los factores de riesgo en el embarazo, en cuanto a la práctica no buscan ayuda cuando presentan un signo de alarma y no practican autocuidado.

Palabras claves: conocimiento, práctica, embarazo, autocuidado, factores de riesgo.

## INDICE

### Contenido

I.	Introducción _____	6
II.	Antecedentes _____	7
III.	Justificación _____	9
IV.	Planteamiento del problema _____	10
V.	Objetivos _____	11
VI.	Marco teórico _____	12
VII.	Diseño metodológico _____	34
VIII.	Resultados _____	36
IX.	Análisis de resultados _____	39
X.	Conclusiones _____	44
XI.	Recomendaciones _____	45
XII.	Referencias _____	46
XIII.	Anexos _____	48

## INTRODUCCION

Las normas nacionales para la atención materno-neonatal, refieren que la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado.

Muchas mujeres mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o después de ellos. La mayoría de esas complicaciones aparecen durante la gestación; otras pueden estar presentes desde antes del embarazo, pero se agravan con la gestación. Entre las principales complicaciones, causantes del 80% de las muertes maternas, se encuentran: las hemorragias graves postparto, las infecciones postparto, la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia) y los abortos peligrosos.<sup>1</sup>

El autocuidado en salud es una estrategia frecuente, permanente y continua que utilizan las personas para responder a una situación de salud o enfermedad, y representa la base de la pirámide de la atención primaria. Este concepto proviene de los ámbitos de la educación y la salud donde es incorporado en torno a la práctica de la enfermería. Es evidente, entonces, que las instituciones de salud tienen un importante rol que cumplir en el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de autocuidado de sus consultantes.<sup>1,2</sup>

Si bien existe un conocimiento de la importancia del autocuidado para mejorar el nivel de salud de los países, los esfuerzos dedicados al desarrollo de estrategias con este fin a nivel de las instituciones de salud, son aún insuficientes. En Nicaragua el ministerio de salud continua fortaleciendo la atención mediante estrategias de maternidad segura que incluyen dentro de sus intervenciones de planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

En la literatura científica es posible encontrar investigaciones realizadas en países desarrollados que proveen información empírica sobre la efectividad de estrategias para el fortalecimiento del autocuidado en salud; sin embargo, los estudios relacionados a la eficacia de las estrategias utilizadas por instituciones de salud para promover y mejorar las prácticas de autocuidado en sus usuarios, son muy escasos.

En el Hospital Fraternidad León, se han registrado un aumento en el número de abortos ya que se presentan al menos tres a la semana el cuadro clínico varía de una paciente a otra pero en la mayoría de los casos son diagnosticados como abortos inminentes, seguido de infección de vías urinarias e hipertensión arterial.

Es por lo que la propuesta es estudiar conocimiento y práctica de las enfermedades (IVU, HTA) durante la segunda mitad del embarazo, relacionado al autocuidado de las mujeres asistentes al Control Prenatal en el Hospital Fraternidad.

## ANTECEDENTES

El estudio de la capacidad de autocuidado de las embarazadas en Nuevo León, México, y concluyo que la Teoría de Autocuidado de Orem es de gran utilidad para explorar la Capacidad que las mujeres embarazadas tienen en relación al cuidado de su salud. El Estado de Salud guardó una relación positiva con la capacidad de autocuidado de las embarazadas y con un adecuado control del número de embarazos, así como la regulación del control prenatal.<sup>3</sup>

Para el año 2006 la cobertura del control prenatal fue el 70% cifra menor que la alcanzada en el 2004 y 2005. Según ENDESA en el 2006 el 13.6% de los embarazos no tuvieron control prenatal y el 67% de las mismas fueron realizadas por un medico (46.8% por medico general y 20.2% por un ginecólogo mientras que el 18.5% fue atendido por enfermera, el resto por una partera o comadrona 1%).

En el año 2005 se registraron un total de 119 muertes maternas, en el año 2006 119, en el año 2007 115 y en el 2008 un total de 95 lo que significa que va en descenso.<sup>22</sup>

Desde la década del 80, enfermeras de América Latina, con el apoyo de la Fundación Kellogg, la OPS y otros organismos internacionales, han liderado el proceso para incorporar y fortalecer el autocuidado a nivel institucional, como estrategia metodológica de la atención primaria en salud en los tres niveles de atención. Muchas de estas experiencias, aunque aparentemente eficaces, no han sido evaluadas ni publicadas hasta la fecha.<sup>1,2</sup>

Se estudiaron las creencias, prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias en un centro de Salud de Colombia. El diseño fue

cuantitativo etnográfico, con 21 mujeres embarazadas que asistían a control prenatal, y permitió conocer el impacto que tiene el saber cultural sobre la práctica consciente del autocuidado durante la etapa de la gestación. Y otra de las conclusiones es el uso o tratamiento con antibióticos, por los efectos dañinos que estos medicamentos pueden causar en el bebé.<sup>4</sup>

Se realizó un estudio de revisión de autocuidado en los últimos meses del embarazo de lo cual se reportaron 34 recomendaciones: 20 sobre aspectos clínicos relativos a los cuidados durante los últimos meses del embarazo (preparación del periné, lactancia materna, relaciones sexuales y precauciones con los viajes y con el consumo de tóxicos); 4 sobre el traslado al hospital; y 10 referentes a los cuidados durante el parto y la cesárea (uso del rasurado y del enema, ingesta durante el parto y antes de la cesárea programada, apoyo durante el parto, tratamientos para el dolor, posiciones para la dilatación y el expulsivo, inicio de los pujos y contacto piel a piel con el bebé). Concluyeron que las recomendaciones servirán para unificar criterios en la información que se da a la población, e incluso permitirán elaborar una guía de autocuidados para el parto y la cesárea.<sup>5</sup>

Se realizó un estudio en 60 mujeres urbanas en una comunidad Chilena, beneficiarias del sistema público de salud. Las variables consideradas fueron prácticas de autocuidado en relación con: nutrición, asistencia a control médico y matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional, exposición a teratógenos químicos, autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

6

Morales Isabel, Olivares Ana María (2012) realizaron un estudio en Nicaragua-quezalguaque en la unidad de salud Martín Ibarra estudiaron el conocimiento y práctica de las mujeres embarazadas en relación al autocuidado dando como resultado 73% tenían conocimiento y por lo tanto tenían prácticas adecuadas, 27% no afectando la calidad de vida de estas mujeres embarazadas.<sup>7</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El segundo trimestre del embarazo es una etapa crítica existen factores preconceptionales y conceptionales que alteran el proceso de gestación en el que la vida de la madre y el hijo corren peligro, en el Hospital Fraternidad es un problema palpable debido al aumento de enfermedades durante el periodo de gestación como (amenazas de parto prematuro, infección de vías urinarias, etc.) que podrían evitarse mediante medidas que por lo común son muy sencillas y de bajo costo.

Actualmente existe un incremento de enfermedades durante el embarazo que afectan la salud tanto de la mama como la del bebe por lo que muchas de ellas son ingresadas por la severidad del caso, es por tal razón que se indagará; conocimientos y practica de las enfermedades (IVU, HTA) en la segunda mitad del embarazo de las pacientes que asisten al control prenatal en Hospital Fraternidad.

La información obtenida se dará a conocer a la dirección del Hospital Fraternidad y al docente de enfermería con la finalidad de que se elaboren estrategias educativas con las usuarias del Hospital para implementar o impulsar grupos de mujeres embarazadas donde se les brinde información oportuna sobre el autocuidado en el embarazo y contribuir a mejorar estilos de vida en ellas, logrando llegar a un parto a término sin complicaciones, esperando que sirva de aporte a futuras investigaciones.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades durante el embarazo han incrementado notablemente en todos los países del mundo y cada vez afecta a grupos más grande de mujeres embarazadas. El ministerio de salud en el manual operativo, plan parto para la maternidad segura, en el año 2006, refirió que la mortalidad materna constituye un problema de salud pública en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las complicaciones que las mujeres presentan durante el embarazo parto y puerperio. Por la magnitud del problema y la importancia, se plantea el siguiente interrogante.

¿Cuál es el conocimiento y practica de las enfermedades (IVU, HTA) en la segunda mitad del embarazo relacionado al autocuidado de las mujeres que asisten al control prenatal en el Hospital Fraternidad, León, II trimestre 2013?

## **OBJETIVOS GENERAL**

### **Objetivo general**

Determinar los conocimientos y prácticas de las enfermedades (IVU, HTA) en la segunda mitad del embarazo relacionado al autocuidado de las mujeres que asisten al control prenatal Hospital Fraternidad, León, II trimestre 2013.

### **Objetivos Específicos.**

- 1 Describir las características demográficas de las pacientes en estudio.
- 2 Identificar los conocimientos de las enfermedades más frecuentes en el segundo trimestre del embarazo de las pacientes en estudio.
- 3 Describir las prácticas de autocuidado de las pacientes en estudio en el segundo trimestre del embarazo.

## MARCO TEORICO

### I-Conceptos claves

**Conocimiento:** según la enciclopedia libre es un conjunto de datos sobre hechos, verdades o de información almacenada a través de la experiencia o el aprendizaje. El conocimiento es una apreciación de la posesión de múltiples datos interrelacionados que por si solos poseen menor valor cualitativo. El conocimiento empieza por los sentidos, pasa de este al entendimiento y termina en la razón.<sup>8</sup>

**Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, características o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**Prácticas:** Son las actividades que las personas hacen por su propia cuenta con el fin seguir viviendo, mantener su salud atender sus enfermedades y conservar su bienestar.

**Autocuidado:** Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar.<sup>8</sup>

**Embarazo:** Según las normas y protocolo para la atención prenatal (2008) es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados del primer día de la última menstruación hasta que termina el parto.<sup>10</sup>

**Control Prenatal:** Es una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de las embarazadas con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.<sup>11</sup>

**Prácticas de autocuidado:** Conjunto de acciones y actividades positivas realizadas de forma intencional para contribuir en la integridad estructural, el funcionamiento y el desarrollo del ser humano en la etapa preconcepcional.

**Tipos de conocimiento:**

Popular o de divulgación: se basa en lo que aparece a simple vista, no representa garantía de veracidad. Son datos sencillos y simples que se han divulgado sobre un hecho observado. También se adquiere a través de los medios o seminarios, y transmite sin una crítica de las fuentes que la validan.

Empírico: Se basa en la propia experiencia. Es un conocimiento personal no popular. Se reconocen y se diferencian cosas casi por rutina y es comprobado a través de la práctica.<sup>8</sup>

Teórico: Tiene el aval de la ciencia, lo respalda, pero no hay posibilidades de comprobar lo que se afirma, ya que solo se conoce la teoría y no puede comprobarse como el empírico.

Científico: Datos organizados que tienen un sistema y un método que permite conocer causas y garantiza verdad. Especializado y requiere de sistematización, jerarquización, progresión, predicción y comprobación.

Filosófico: Investiga la realidad total, especialmente al ser. Profundiza y está basado en la búsqueda del porqué de todas las cosas.

Teológico: Conjunto de datos sobre Dios. El estudio de ser absoluto. Se basa en datos revelados por la divinidad y en la fe.

**II-Conocimiento de factores de riesgo en las mujeres embarazadas:**

**Factores de riesgo preconcepcionales y concepcionales**<sup>8-9</sup>

Existen diversas clasificaciones de riesgo preconcepcional, pero ninguna puede sustituir el pensamiento médico en cada caso en particular, es decir que teniendo en cuenta los diversos factores que pueden conceptualizarse, debemos aplicar un enfoque integral, analítico e individualizado en cada caso. El riesgo puede ser de carácter biológico, psíquico, social y ambiental, por lo que pueden influenciarse

entre ellos. También pueden clasificarse en función del periodo en que se producen. Se dividen en:

**Factores preconceptionales:**

Bajo nivel socioeconómico- educacional de la mujer.

Edades extremas (menores de 18 años y mayores de 30)

Talla baja

Enfermedades crónicas: Hipertensión arterial, nefropatías, diabetes.

**Factores conceptionales:**

Embarazo múltiple

Aumento de peso materno (menor de 8 Kg. al término del embarazo)

Corto intervalo intergenesico (menor de 12 meses)

Hipertensión arterial inducida por el embarazo.

Hemorragias frecuentes que producen anemia.

Infecciones.

**Factores ambientales y del comportamiento:**

Hábito de fumar durante el embarazo.

Consumo exagerado de alcohol y cafeína.

Stress.

Control prenatal ausente o inadecuado.

Consumo indebido de drogas.

**Factores preconceptionales.**

**Bajo nivel socio económico-educacional de la mujer:** Es uno de los factores de riesgo ha sido asociado con mortalidad materna, esto incluye enfermedad, factores reproductivos y factores socio-económicos. Generalmente la edad de la madre, la paridad, a esta se asocia el nivel de educación y el acceso a la atención de la salud.

**Edades extremas** (menor de 18 y mayor de 35): En las mujeres jóvenes es mas frecuente que el embarazo termine antes de tiempo (aborto, parto inmaduro, o prematuro), así como que ocurran malformaciones congénitas y complicaciones como; Inserción baja placentaria, toxemia, distocia del parto, muerte fetal, etc. En las mujeres mayores de 35 años también son frecuentes las complicaciones antes descritas, sobre todo si se añaden otros factores de riesgo como la multiparidad, hábitos de fumar y enfermedades crónicas.<sup>9</sup>

**Talla baja:** La talla materna es aceptada como un indicador antropométrico de riesgo de complicaciones obstétricas, como desproporción cefalopélvica (DCP), trabajo de parto disfuncional y parto operatorio, la causa radicaría en la relación directa entre talla a índice pélvico, la cual tiene probabilidad de tener un parto por cesárea, que las mujeres de mayor estatura. Sin embargo no se considera algún factor de exclusión como presentación normal, paridad, edad de la madre o peso del recién nacido, entre otros. La primera gestación asociada a talla baja es otro factor que determina a un mayor número de cesáreas por DCP.

### **Factores concepcionales**

**Embarazo Múltiple:** Uno de los mayores riesgos relacionados con los embarazos múltiples es el aumento de las probabilidades de un parto prematuro, como consecuencia del menor espacio que tienen los bebés dentro del útero. Se calcula que en promedio los partos múltiples se registran entre las semanas 35 y 37 de la gestación (en vez de 40) y que estos niños pesan una media de 600 gr menos de lo normal.<sup>8-10</sup>

**Aumento de peso materno** (menor de 8kg. Al termino del embarazo); El aumento excesivo de peso afecta el desarrollo fetal aumentando el riesgo de un desarrollo de la obesidad en los hijos más adelante, esto a las ves puede provocar un parto prematuro, hipertensión, pre eclampsia. Las mujeres de peso normal deberían engordar de 11 a 16 kg durante el embarazo y las mujeres gordas de 5 a 11 kg.

**Corto intervalo intergenesico** (menor de 12 meses); La noción tradicional de que los intervalos cortos entre embarazos son un factor de riesgo de resultados

precarios y en particular de mortalidad infantil en los países en desarrollo se sustenta en la hipótesis de agotamiento de la madre, estrés posparto y otras. Sin embargo, algunos investigadores han planteado duda sobre el síndrome de agotamiento materno se debe a los intervalos cortos o a nutrición inadecuada. Mientras más corto el intervalo, más tarde se inicia la atención médica en el segundo embarazo y se relaciona directamente con nacimientos pre términos.<sup>10</sup>

### **Síndrome hipertensivo gestacional**

Síndrome hipertensivo gestacional (SHG) se presenta durante el embarazo, parto y el puerperio, los síntomas como HTA y proteinuria, determinan su diagnóstico y clasificación. Cuando se acompaña de cefalea, visión borrosa, oliguria, hiperreflexia, epigastralgia e incrementos mayores de la presión arterial, el cuadro es más grave y puede llegar a presentar convulsiones y coma.

Puede ser producida por una HTA crónica que es agravada durante el embarazo; por una hipertensión que aparece durante el embarazo o que es inducida por el embarazo con acompañamiento de los síntomas mencionados.

La pre eclampsia y eclampsia son particulares de la mujer embarazada o puérpera, la intensidad de su sintomatología condiciona la gravedad, y que elevan las tasas de mortalidad materna y perinatal. La magnitud de los síntomas determina la precisión diagnóstica de pre eclampsia moderada o grave y eclampsia. En el 10% de las eclampsias puede presentarse el “Síndrome de HELLP”, es la etapa más grave de esta patología. Puede presentarse también en pre eclampsia grave y en ambos casos puede llevar a muerte materna. La presión diastólica por sí sola es un indicador exacto de la hipertensión en el embarazo. La presión arterial elevada y la proteinuria, definen la preclampsia y las convulsiones la eclampsia.<sup>10</sup>

## **Definición**

Es el aumento de la tensión arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañado de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión o coma.

La etiología se desconoce, pero se aducen múltiples factores asociados como alteraciones renales, isquemia útero placentaria, factores inmunológicos, alteraciones glomerulares, anomalías de la placentación, deficiencias de prostaciclina, síntesis aumentada de endotelina, activación del sistema hemostático y vasoespasmo. <sup>10</sup>

## **Factores de riesgo**

Edad (menor de 20 y mayor a 35 años).

Ganancia exagerada de peso materno: mayor de 2 kg/

Nuliparidad.

Antecedentes familiares de diabetes.

Embarazos múltiples.

Edema patológico del embarazo.

Enfermedad renal previa.

Polihidramnios.

Lupus eritematoso.

Antecedentes de preclampsias o HTA.

Incompatibilidad al Rh.

## **Clasificación:**

Hipertensión crónica.

Hipertensión crónica con pre eclampsia sobre agregada.

Hipertensión inducida por el embarazo.

Pre eclampsia: Moderada o grave.

Eclampsia.

**Complicaciones:**

Desprendimiento prematuro de la placenta o abrupto placenta.

Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Síndrome de HELLP.

Insuficiencia cardíaca, renal o hepática.

Infecciones nosocomiales.

Coma persistente.

**Infección de vías urinarias**

La gestación no altera la resistencia de la mujer a las infecciones. La gravedad de cualquier infección sin embargo se correlaciona positivamente con su efecto sobre el feto, estas tienen un efecto directo e indirecto sobre él. El efecto indirecto actúa reduciendo la oxigenación de la sangre placentaria y alterando el intercambio de nutrientes a través de la placenta. El efecto directo depende de la capacidad del microorganismo invasor de penetrar la placenta e infectar el feto.

Las IVU son las más molestas infecciones bacterianas y son favorecidas por los cambios anatómicos y fisiológicos que ocurren durante la gestación tales como: reflejo vesico uretral, el edema del trigono vesical, el hidroureter, la menor capacidad fagocítica y bactericida de los leucocitos, la acción de la progesterona y la inmunosupresión favorecen el desarrollo de la infección urinaria. Esta complicación representa un riesgo para la madre y el feto, toda lo que se relaciona con la amenaza de parto prematura y la rotura prematura de membranas.

El 30% de las embarazadas que tiene bacteriuria asintomática desarrollarán una IVU, las cuales deben detectarse desde la primera consulta prenatal, porque puede ser un factor de riesgo para el crecimiento bacteriano en vejiga o riñón. Las causas principales de multiplicación activa de bacterias a partir de la vejiga son: el examen instrumental reciente y la bacteriuria asintomática persistente. Esta última desempeña un papel importante en la pielonefritis aguda, aproximadamente 25%

de pacientes sin tratamiento la sufren, un 10% de las gestantes sufren IVU, de un 5% a 8% la sufren intraparto y 5% postparto.<sup>10</sup>

La mayoría de las IVU responden con prontitud a una terapéutica antimicrobiana adecuada, los síntomas clínicos en su mayoría desaparecen en los primeros días del tratamiento y aunque disminuye con rapidez, es necesario continuarlo por lo menos durante 10 días.

Es importante instruir a la gestante sobre las técnicas de aseo genitorrectal, para evitar infección del meato urinario, mantener el tránsito intestinal normal, hacer que la paciente evacue la vejiga con regularidad para evitar la distensión y la presencia de orina vesical, forzar la ingesta de líquidos, e instaurar el adecuado tratamiento de la vaginitis.

#### Etiología

La frecuencia de bacteriuria asintomática aumenta con la edad materna, la paridad y el nivel socioeconómico bajo. Se presenta entre el 2-10% del total de embarazadas. El 30% de las no tratadas se transformaran en IVU sintomáticas en algún momento del embarazo. Los gérmenes principales son: *E. coli* (80-90%), también pueden encontrarse *Staphilococcus áureos*, *Proteus*, *aerobacter* y *Chlamydia trachomatis*. La infección hematógena es muy poco frecuente. La pielonefritis suele comenzar después de las 20 semanas de gestación, en los cuales la mujer se queja de cansancio y excesiva frecuencia urinaria y en ocasiones disuria. Las infecciones mas graves comienzan repentinamente con frío y escalofríos, náuseas, vómitos y dolor en una o en ambas regiones renales.<sup>10</sup>

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

Antecedentes de IVU previas.

Antecedentes de caterización vesical (Sonda Foley).

Antecedentes de partos prematuros.

Síndrome de hipertensión gestacional.

Higiene perineal insuficiente o incorrecta.

Anemia actual.  
Reflujo urinario vesicouretral durante la micción.  
La constipación.  
Aumento del flujo sanguíneo renal.  
Procesos patológicos renales.

### **Clasificación**

Bacteriuria asintomática.  
Uretritis, cistitis.  
Pielonefritis agudo y crónica.

### **Complicaciones**

Parto pre termino.  
IVU después del parto en las madres.  
Síndrome séptico.  
Insuficiencia renal.  
Uremia.  
Amenaza de aborto y aborto.  
Sepsis perinatal.  
Muerte fetal y neonatal.  
RCIU.<sup>10</sup>

### **Factores ambientales y del comportamiento.**

**Control Prenatal:** El control del embarazo es primordial para reducir los accidentes perinatales al poderse identificar los principales riesgos evitables. Con mucha frecuencia, será el control prenatal, el método que detecta los primeros signos de una alteración en el desarrollo de un embarazo que aparentemente parece transcurrir con normalidad. El enfoque de riesgo, con la ventaja de este cambio de actitud, consiste en obtener mediante un interrogatorio cuidadoso todo lo referente a la identificación, historia y datos en relación con los problemas de la gestante.

La importancia de las mujeres gestantes en conocimiento de los factores de riesgo es de mucha utilidad para determinar la edad gestacional, malformaciones congénitas a través de ultrasonidos, esto por que ayudara a mantener saludable, como mujer embarazada debe tener conocimiento de información precisa y oportuna que le alerte sobre los riesgos que puede tener en el embarazo, principalmente cuando presente signos de peligro ( dolor de cabeza fuertes y persistentes, mareos, fiebre, escalofríos, vómitos frecuentes (más de dos veces al día), dolor y ardor al orinar, sangrado vaginal, etc.), con la finalidad de evitar o disminuir en lo posible el daño materno y perinatal.<sup>11-13</sup>

### **Consumo de acido fólico**

El acido fólico, a veces llamado folato, es una vitamina (B9) que esta presente principalmente en los vegetales de hojas verdes, tales como la col rizada, espinacas, en el jugo de naranja y en los granos enriquecidos.

Se debe consumir antes de la concepción y durante la primera etapa del embarazo estas mujeres tienen hasta un 70% menos de riesgo de que su bebe nazca con defectos graves del tubo neural (defectos congénitos que consisten en El desarrollo incompleto del cerebro y de la medula espinal).<sup>21</sup>

Los defectos del tubo neural mas comunes son los siguientes:

Espina bífida, fusión incompleta de la medula 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.

Todos estos defectos ocurren durante los primeros 28 días del embarazo, por lo general antes que la mujer sepa que esta embarazada. Por eso se considera de vital importancia que todas las mujeres en edad fértil tomen la cantidad necesaria de acido folico, no solo aquellas que están buscando quedar embarazadas. Solo el 50% de los embarazos son planificados, por lo que cualquier mujer puede quedar embarazada debe asegurarse de tomar la cantidad necesaria de acido fólico.

Los médicos y científicos no saben a ciencia cierta por que el acido fólico tiene un efecto tan grande en la prevención de los defectos del tubo neural, pero si saben que esa vitamina es crucial en el desarrollo del ADN. En consecuencia el acido folico desempeña un papel muy importante en el crecimiento y desarrollo de las células, asi como en la formación de los tejidos.

La vacunación antitetánica no supone ningún riesgo para el embarazo y tiene su indicación especifica en este momento ya que la situación puerperal (cavidad uterina sangrante en condiciones anaerobias- no oxigenada), y por la propia naturaleza asistencial del parto que no se asiste bajo condiciones de asepsia estricta o higiene sumamente cuidadosa, podrían favorecer fácilmente una penetración del b. tetánico, si las condiciones ambientales y el propio estado inmunológico de cada mujer lo facilitaran. Por eso las mujeres que viven en medios rurales o de bajos recursos deben aplicársela especialmente.

En el primer embarazo lo recomendable es la aplicación de dos dosis, la primera cumplido el quinto mes de gestación y la segunda 30 días después. Las vacunaciones previas no se toman en cuenta. Cuando la mujer no es primeriza se indica una solo dosis de refuerzo que se aplica a partir del séptimo mes.<sup>21</sup>

### **Sustancias toxicas**

Estudios recientes han demostrado que la ingesta de sustancias dañinas por parte de la madre pasa al feto, sobre todo debe evitar el alcohol, el tabaco y las drogas mientras se encuentre embarazada.

El fumar puede hacer que él bebe nazca prematuro y muy pequeño, con dificultad respiratoria, se ha demostrado que el cigarrillo se asocia con bajo peso al nacer y complicaciones graves como la implantación baja de la placenta y desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada que pueden causar la muerte en el periodo fetal o neonatal.<sup>16</sup>

El alcoholismo materno se asocia con abortos espontáneos, hasta un 10% de los hijos nacidos de madres que tienen problemas serios con el alcohol durante el embarazo pueden nacer afectados por el síndrome alcohólico fetal (SAF) un grupo de anomalías serias que afectan la estructura de la cara y del cráneo y cursa con afección del crecimiento y trastornos de aprendizaje. En la actualidad no existe un nivel seguro conocido de consumo de alcohol durante el embarazo, de forma que es aconsejable la abstinencia completa.

Beber alcohol mientras esta embarazada puede causar defectos congénitos. Recuerde que las drogas no son seguras ni para la mamá ni para el bebé. El uso de drogas ilícitas y el estilo de vida común a las personas que las consumen contribuyen a la aparición del retraso del crecimiento intrauterino y posteriormente el desarrollo infantil, estar embarazada es la razón para dejar estos hábitos, cuide de su bebé cuidándose usted misma.

Trate de beber menos café, té y sodas con cafeína, nunca tome medicinas sin consultar primero a su médico ya que algunas pueden causar daño al bebé.<sup>16</sup>

### **Factores que afectan la nutrición durante el embarazo**

Las molestias más comunes relacionadas con la nutrición en el embarazo son las náuseas y el vómito (malestar matinal), el estreñimiento, la pirosis (aguras), la pica y los antojos.

Las náuseas y vómitos son más frecuentes durante el primer trimestre. Los problemas que causan casi nunca son graves desde el punto de vista nutricional, pero pueden ser fuentes de importantes molestias. Menos del 1% de las mujeres embarazadas se ven afectadas por náuseas y vómitos tan graves que obliguen a hospitalizarlas para reponerles los líquidos y electrolitos perdidos. En ocasiones se llega incluso a la necesidad de alimentarlas por sonda o por vía endovenosa. Al tratamiento se le añade un medicamento para controlar el vómito.<sup>16</sup>

Otro de los trastornos o molestias frecuentes es el estreñimiento. En general es posible mejorar el funcionamiento intestinal aumentando el consumo de fibra en la alimentación (algunos alimentos con alto contenido de fibra son el salvado de trigo, los productos integrales de trigo y maíz y los vegetales crudos o levemente cocidos al vapor). Algunas frutas que pueden ayudar a controlar en parte el estreñimiento son las cítricas, la papaya, las ciruelas y las uvas (frescas y pasas). Además, conviene aumentar la cantidad de líquidos que se consume en el día para hidratar la fibra y aumentar el volumen de las heces.

Las agruras o a griegas, medicamente conocidas como pirosis, también constituyen un síntoma frecuente durante el embarazo. A medida que el bebé va creciendo, muchas mujeres sienten ardor en la boca del estómago hacia el final de la gestación. Si el consumo de bebidas pequeñas y frecuentes no ayuda a controlar el síntoma, hay que evitar acostarse o recostarse durante varias horas después de comer. Esto ayudará a que la gravedad evite que el contenido ácido del estómago refluya por el esófago. También puede servir evitar los alimentos cocinados con grasa o aceite o muy condimentados.<sup>15</sup>

### **La higiene genital en el embarazo**

Durante la gestación, la vagina sufre alteraciones causadas por el cambio hormonal típico de este periodo. En este marco, una higiene íntima inadecuada puede causar infecciones y hasta provocar complicaciones durante la gestación.

Una de las causas más comunes por las que se infecta la vagina es por la falta o el inadecuado aseo genital. Una higiene deficiente puede ser consecuencia de la falta de información o incluso la incomodidad para efectuarla correctamente a partir del gran tamaño del abdomen.<sup>14-16</sup>

Los cambios no esperan:

En el embarazo, la vagina tiene más cantidad de secreciones que afectan el PH y la flora vaginal. Estos cambios causan mayor humedad, por lo que es común que casi todas las embarazadas presenten flujo vaginal, prurito y ardor en algún

momento de la gestación. Si las infecciones genitales durante la gestación son persistentes, se aumenta el riesgo de un parto prematuro. Lo ideal es utilizar jabones con PH ácido y no alcalinos.

Los especialistas recomiendan higienizar el área externa e intermedia por lo menos entre una y tres veces al día en países cálidos y al menos una vez al día en países fríos. En cuanto a la técnica, lo mejor es utilizar agua con movimientos circulares y secar cuidadosamente al área genital.<sup>14-16</sup>

Otras recomendaciones son:

- Utilizar ropa suelta para favorecer la ventilación local y la irrigación de sangre necesaria.
- Cambiar la ropa interior una vez al día.
- Dormir sin ropa interior o con ropas largas.<sup>16</sup>

### **Tipo de ropa a utilizar en el embarazo**

Las prendas deben ser cómodas y no ajustar mucho en la zona abdominal. Durante el primer trimestre de gestación no se han producido la mayoría de cambios físicos asociados al embarazo. No obstante, el embarazo puede producir en la mujer embarazada un estado de malestar por sí mismo debido a los cambios corporales que producen y a la alteración de la propia imagen. Por ello, es recomendable que la ropa que emplee la embarazada sea la más cómoda y confortable posible.<sup>14-16</sup>

Una prenda cómoda es aquella a la que una persona se adapta y genera tolerancia, es decir, la que una vez puesta, no notas que la transporta. Así se debe evitar las prendas ajustadas que puedan incomodar a la gestante, sobre todo en la zona abdominal. Deben evitarse los tejidos demasiados rígidos que puedan favorecer rozaduras o molestias en pliegues.

Es importante evitar compresiones distales de los miembros como manos y pies. Si usamos calcetines, debemos intentar que no compriman para evitar que aparezcan marcas de compresión a ese nivel y que provoque una merma en el drenaje normal linfático.

Ropa interior clave en la embarazada, debido al aumento del tamaño de las mamas, debe variarse el sujetador habitual. Se recomienda el uso de un sujetador de la talla y copa adecuada al nuevo tamaño mamario, que fijen bien la mama para evitar su movimiento. Se recomiendan los tejidos con un porcentaje alto de algodón que disminuyen la aparición de lesiones dermatológicas y la irritación que puede producirse en la zona areolar en las fases más avanzadas de gestación. Por el contrario, la ropa interior inferior no debe ser excesivamente ajustada. Una vez puesta no debe notarse su presencia y no debe molestar en la zona de los pliegues inguinales, donde se puede favorecer las lesiones dermatológicas.

Una braga excesivamente ajustada puede producir molestias abdominales e inguinales, además de favorecer la Candidiasis Vaginal, muy frecuente durante el embarazo. No existe ninguna contraindicación para emplear ropa interior tipo tanga, siempre que resulte confortable y no produzca irritación en la zona inguinal o perianal. Los tejidos que se recomiendan son los que presentan un alto porcentaje de algodón. Se recomiendan aquellas con una zona absorbente que permita disminuir la sensación de malestar y la humedad asociada al aumento del flujo vaginal durante la gestación.<sup>14-16</sup>

### **III-Prácticas de autocuidado en El embarazo:**

**Tipos de prácticas:** En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Entre los factores que influyen en la calidad de vida están:<sup>11-13</sup>

**Factores protectores:** Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

**Factores de riesgo:** Corresponden al “conjunto de fenómenos... de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

**Factores determinantes del autocuidado:** La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores

internos a la persona y las condiciones para logran calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son:

**Factores internos o personales:** son aquellos que dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a: los conocimientos, la voluntad, las actitudes y hábitos.

**Factores externos o ambientales:** son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo: los culturales, de género, científico, tecnológico, físico, económico, político y social.<sup>11</sup>

**Requisitos de Autocuidado:** Son reflexiones formuladas y expresadas sobre acciones que se sabe que son necesarias o que se supone que tienen validez en la regulación de aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, son expresiones de los objetivos a lograr al ocuparse intencionalmente del autocuidado. Se identificaron tres tipos de requisitos de autocuidado: universales, del desarrollo, y de desviación de la salud.

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

**Demanda terapéutica de autocuidado:** Es una entidad construida por las personas. Representa la suma de actividades de autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y en un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias.<sup>11-13</sup>

**Agencia de autocuidado:** Es la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. La agencia de cuidado dependiente es la compleja capacidad desarrollada por los adultos responsables de hacer todo lo anteriormente señalado por las personas que de ellos dependen, principalmente infantes y adultos y adultos mayores dependientes.<sup>12</sup>

**Déficit de autocuidado:** Se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

**Conducta Saludable:** Concepto basado en las orientaciones de los planes de promoción de la salud a nivel nacional, determinado por aquellas acciones destinadas a preservar la salud y mejorar su calidad de vida. También considera que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, libertad y descubrir su propia identidad.

**Dimensión Biológica:** Contempla las variables: nutrición, control con médico, control con matrona, estilo de vida, autocuidado preconcepcional y exposición a teratógenos químicos.

**Dimensión Psicosocial:** Contempla las variables: autoestima, estado de ánimo, relaciones interpersonales y círculo social.

## **Maneras en que se experimenta el embarazo**

**Primer trimestre:** La introducción se inicia al confirmarse el diagnóstico del embarazo. Esto lleva a los padres de inmediato a la etapa de luna de miel. Sus reacciones son tan diversas y variadas como en las mujeres. Tal vez experimenten sentimientos confusos por que su foco intelectual se concentra en la paternidad intermitente y no en el estado inmediato del embarazo. Al igual que su compañera debe asimilar de que el niño le pertenece, no experimentan cambios fisiológicos considerables que le ayuden a ello, como en el caso de la mujer, aunque algunos hombres presentan síntomas físicos similares en las primeras etapas del embarazo. Aun no se ha aclarado de que manera llevan a cabo los hombres esta tarea psicológica y este ha sido el tema de algunas investigaciones fascinantes.<sup>14</sup>

Se sabe que los varones presentan diversas reacciones de culpa por embarazar a su mujer u ocasionaron que esta se sienta enferma e incomoda. En un sentido positivo pueden experimentar sentimientos de orgullo por su virilidad u orgullo mutuo por que ambos lo lograron. También en ocasiones experimentan distanciamiento con su compañera ya que esta se vuelve introvertida durante el primer trimestre. Los celos, la preocupación por el cambio en las relaciones sexuales y sobre su competencia personal como varones y proveedores.

**Segundo trimestre:** El primer movimiento perceptible del feto causa por lo general sensación profunda de que este es real, la mayor parte de los varones cuando se les pregunta, recuerdan la primera vez que sintieron que el bebe se movía o cuando vieron al feto mediante ultrasonido. Durante el segundo trimestre el hombre comienza a pensar en las implicaciones de la paternidad y entra en una etapa de estabilidad. Los hombres observan a las embarazadas y a los niños con mayor atención y se hacen más conscientes del crecimiento del útero de su mujer. Es probable que tengan una miríada de pensamientos y preocupaciones igual que le ocurre a la madre. A menudo se preocupan sobre su capacidad económica para sostener a la familia en crecimiento. Sin embargo también se preocupan acerca de

si serán buenos padres para sus hijos y si cumplirán con las expectativas de la madre.<sup>14</sup>

### **Descripción general del modelo de Dorothea Orem**

Dorothea Orem presenta su “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría de autocuidado, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, y la teoría de sistemas de enfermería, que describe y explica las relaciones que hay que mantener. Para aplicar el Modelo de Orem es necesario conocer cómo este define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud.<sup>17-19</sup>

Dorothea Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante; los seres humanos tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas (ideas, palabras) para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta. El entorno es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona, finalmente el concepto de salud es definido como un estado que, para la persona, significa cosas diferentes en sus distintos componentes y cambia a medida que cambian las características humanas y biológicas de la persona.<sup>18</sup>

Para aplicar el Modelo de Orem a través de proceso de enfermería, es necesario también definir los conceptos manejados en esta teoría, para asegurar así su

comprensión y correcta utilización, conceptos como el de autocuidado, requisitos de autocuidado, demanda terapéutica de autocuidado, agencia de autocuidado, déficit de autocuidado, agencia de enfermería y sistemas de enfermería, los cuales se encuentran definidos en la cuarta edición de su modelo publicada en 1991 de la siguiente forma:<sup>18</sup>

**Agencia de enfermería:** Es una compleja propiedad y atributo de las personas educadas y entrenadas como enfermeras, tiene que ver con las capacidades para conocer y ayudar a otros a conocer sus demandas de autocuidado terapéutico, para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros o ayudarles a cubrirlas por si mismos, y para ayudar a otros a regular el ejercicio o desarrollo de su agencia de autocuidado o su agencia de cuidados dependientes.

**Sistema de enfermería:** La teoría de los sistemas de enfermería articula las teorías porque señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, al activar alguno de estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee. Los componentes de poder están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado en las actividades de la vida diaria; para utilizar habilidades en las actividades de la vida diaria y el nivel de motivación. Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo en sus actividades de autocuidado. Los sistemas de enfermería que se proponen son:

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suple al individuo.

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona aquellas actividades de autocuidado que el paciente no puede realizar, por limitaciones del estado de salud u otras causas y la persona realizan las actividades de autocuidado que están al alcance de sus capacidades.

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado.

Para Orem el objetivo de la enfermería radica en: "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.<sup>17-19</sup>

### **Utilización del Modelo de Dorothea Orem**

En el estudio documental "Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem", realizado en el 2005-2006, en Colombia, se llevó a cabo una revisión preliminar de las teorías más reportadas en las bases de datos internacionales, encontrando que el 47% de las referencias localizadas en su momento, utilizaban algunas de las teorías de Orem o conceptos de su Teoría General, se obtuvo como resultado que la Teoría General ha sido utilizada en cuatro continentes; 38 (51,3%) estudios la aplican en el ámbito institucional y 21 (28,4%) en la comunidad. Entre sus conclusiones indican que la evidencia empírica sobre la aplicación de la Teoría General muestra su importancia en el desarrollo del conocimiento en enfermería e indica su gran utilidad para la investigación y práctica de la disciplina.<sup>17-19</sup>

Fanny Cisneros, en una publicación de febrero 2004, plantea los pasos que se deben seguir para aplicar la Teoría de Orem:

Examinar los factores, los problemas de salud y los déficits de autocuidado.

Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades, motivación y orientación del cliente.

Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.

Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente<sup>17-19</sup>.

## DISEÑO METODOLÓGICO

**Tipo de estudio:** Es cuantitativo descriptivo y de corte transversal.

**Área de estudio:** Hospital Fraternidad ubicado en la salida de Chinandega de la Policía Nacional ½ cuadra al oeste en la ciudad de León, donde brindan Consulta externa, Emergencia, Hospitalización cuidados maternos y neonatales.

**Universo:** Fueron 100 pacientes embarazadas entre 15-45 años de edad que asisten al control prenatal al Hospital Fraternidad.

**Unidad de análisis:** Mujeres embarazadas en la segunda mitad del embarazo que asisten a consultas de CPN.

**Muestra:** 50 % de mujeres embarazadas en la segunda mitad del embarazo que asisten a consulta de CPN.

**Muestreo:** Fue probabilístico, aleatorio simple por sorteo el cual se introdujeron en una caja con los números de expedientes y se sacaron 50 a las cuales se realizó la muestra.

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes embarazadas que asistan a consultas de CPN.
2. Pacientes que estén en la segunda mitad del embarazo.
3. Pacientes que deseen participar en el estudio.

**Variables:**

Variable independiente: Conocimiento de autocuidado en la segunda mitad del embarazo.

Prácticas de autocuidado en la segunda mitad de embarazo

Variable dependiente: Autocuidado en la segunda mitad del embarazo.

**Técnica instrumento de recolección de datos:** Para la recolección de la información se elaboró una encuesta con preguntas cerradas según objetivo de investigación.

**Prueba piloto:** Se realizó a 4 embarazadas de las otras filiales con las mismas características con la finalidad de validar el instrumento.

**Fuente de información:**

Primaria: Encuestas.

Secundaria: Estadísticas del Hospital la fraternidad, expedientes de las embarazadas, libros, tesis, internet.

**Procesamiento y análisis:** Los datos se procesaron y analizaron en el programa EPI INFO. El análisis fue descriptivo utilizando números absolutos y porcentajes en cuadros.

**Aspectos Éticos:**

**Consentimiento informado:** Es el procedimiento medico formal cuyo principio es aplicar el principio de autonomía del paciente. Debe reunir al menos tres requisitos:

Voluntariedad: Las personas podrán decidir libremente si desean participar en el estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.

Información: Se les brindara la información debida para que se haga el estudio de forma comprensible los beneficios y riesgos.

Anonimato: Las personas en estudio no tienen que poner su nombre ni dirección, ninguna información personal.

Confidencialidad: Los datos obtenidos en el estudio serán accesibles únicamente a las personas encargadas de realizar el estudio.

Autonomía: Responder o retirarse.

## **RESULTADOS.**

### **Caracterización Socio-Demográficas**

En la tabla n° 1 las edades que predominan de 19-24, 8(16%) cursaron la primaria y un 2 (4%) la secundaria para un total de 10(20%); 25-30 años, 10 (20%) cursaron secundaria; 31-36 años, 18 (36%) cursaron secundaria, 1 (2%) universidad para un total 19(38%); 37-42 años, 5(10%) cursaron secundaria, 6(12%) cursaron universidad para un total de 11(22%).

En la tabla n° 2 estado civil relacionado a ocupación refleja 7(14%) son amas de casa y viven acompañadas, 2(4%) estudian y viven acompañadas, 25 (50%) trabajan y viven acompañadas para un total de 34(68%); De las casadas 2(4%) son amas de casa, 5 (10%) estudian, 2(4%) trabajan y son amas de casa con un total 9(18%); De las solteras 6(32%) estudian, 1(2%) trabajan para un total 7(14%)

En la tabla n° 3 edad relacionado al número de gestas en la edad de 19-24 encontramos, 10(20%) son primigestas; de 25-30,7 (14%) son Primigesta, 3(6%) son bigestas con un total de 10(20%);Edades de 31-36, 6 (12%) son primigestas, 13 (26%) son bigestas para un total de 19(38%) y en las Edades 37-42 encontramos 1(2%) primigesta, 3(6%) son bigestas, 7(14%) son trigestas para un total de 11(22%).

En la tabla n° 4 escolaridad relacionada a procedencia encontramos 8(16%) estudiaron primaria y son del área urbana; 27(54%) secundaria y son del área urbana. 6(12%) son del área rural con un total de 33(66%); 9(18%) son universitarias y viven en el área urbana.

En la tabla n° 5 estado civil relacionado a religión refleja ,7(14%) son acompañadas y de religión católica, 2(4%) evangélicas, 25(50%) ninguna para un total de 34(68%); 2(4%) Son casadas y de religión católica, 5(10%) evangélicas, 2(4%) ninguno para un total de 9(18%); 6(12%) son solteras y evangélicas, 1(2%) ninguno para un total 7(14%).

En la tabla n° 6 escolaridad relacionado a factores de riesgo refleja, 8(16%) son de escolaridad primaria y saben muy poco de factores de riesgo;18(36%) estudiaron secundaria y saben muy poco de factores de riesgo,14(28%) poco, 1(2%) muy poco con un total de 33(66%); 6(12%) cursaron universidad y saben mucho, 3(6%) muy poco para un total de 9(18%).

En la tabla n° 7 Escolaridad relacionado a enfermedades antes y durante el embarazo refleja, 8(16%) cursaron primaria y presentaron IVU; 18(36%) estudiaron secundaria y presentaron HTA, 14(28%) IVU, 1(2%) diabetes para un

total de 33(66%); 6(12%) estudiaron universidad y presentaron HTA, 3(6%) presentaron IVU con un total de 9(18%).

En la tabla n° 8 escolaridad relacionada a conocimientos de signos de peligro durante el embarazo encontramos, 8(16%) estudiaron primaria y guardan reposo; 18(36%) estudiaron secundaria y acuden a la unidad de salud, 14(28%) guardan reposo, 1(2%) no hace nada con un total de 33(66%); 6(12%) estudiaron universidad y acude a la unidad de salud, 3(6%) guardan reposo con un total de 9(18%).

En la tabla n° 9 escolaridad relacionado a parto prematuro refleja, 8(16%) que estudiaron primaria conocen que la IVU causa parto prematuro; 27(54%) estudiaron secundaria y si conocen que es parto prematuro, 6(12%) que las IVU no causan parto prematuro, para un total 33(66%); 9(18%) estudiaron universidad y tienen conocimiento que las IVU causan parto prematuro.

En la tabla n° 10 escolaridad relacionado a molestias presentes en el embarazo, 8(16%) estudiaron primaria y presentaron hinchazón en los pies; 18(36%) cursaron secundaria y presentaron náuseas y vómitos, 14(28%) hinchazón en los pies, 1(2%) sangrado vaginal, para un total de 33(66%); 9(18%) estudiaron en la universidad de las cuales, 6(12%) presentaron náuseas y vómitos, 3(6%) hinchazón en los pies.

En la tabla n° 11 escolaridad relacionado a factores de riesgo para desarrollar hipertensión se encontró, 8(16%) cursaron primaria y creen que son los antecedentes familiares; 18(36%) estudiaron secundaria y creen en la edad, 14(28%) en los antecedentes familiares, 1(2%) en la ganancia de peso exagerada para un total 33(66%); 6(12%) cursaron universidad y que es la edad, 3(6%) en los antecedentes familiares, con un total de 9(18%).

En la tabla n° 12 escolaridad relacionado a conocimiento de signos y síntomas de parto prematuro refleja, 8(16%) y sus conocimientos de signos y síntomas se debe a sangrado abundante; 18(36%) estudiaron secundaria y conocen que es dolor sacro lumbar, 14(28%) sangrado abundante, 1(2%) a salida de líquidos claros para un total de 33(66%); 6(12%) cursaron universidad y conocen que es dolor sacro lumbar, 3(6%) a sangrado abundante para un total de 9(18%).

En la tabla n° 13 escolaridad relacionado a signos y síntomas de hipertensión encontramos, 8(16%) estudiaron primaria y creen todas las anteriores son signos y síntomas de hipertensión arterial; 18(36%) cursaron secundaria y creen que es el dolor de cabeza, 14(28%) todas son signos y síntomas, 1(2%) en los zumbidos de oídos y chispeos, para un total de 33(66%); 6(12%) estudiaron universidad creen en el dolor de cabeza, 3(6%) todas las anteriores, para un total de 9(18%).

En la tabla n° 14 nos demuestra la ocupación de las mujeres embarazadas relacionado al consumo de alimentos chatarra, 1(2%) son amas de casa y consumen hot dog, 8(16%) comidas condimentadas para un total de 9(18%); 10(20%) estudian y consumen hamburguesas, 3(6%) comidas condimentadas para un total de 13(26%) y 6(12%) trabajan y consumen hamburguesas, 9(18%) consumen hotdog y 13(26%) comidas condimentadas para un total de 28(56%).

En la tabla n° 15 ocupación relacionado al consumo de sustancias ilícitas, 1(2%) son amas de casa y consumen alcohol, 8 (16%) no consume nada, para un total de 9(18%); 10(20%) estudian y consumen cigarrillos, 3(6%) nada para un total de 13(26%); 10(20%) trabajan y consume cigarrillos, 18(36%) no consume nada para un total de 28(56%).

En la tabla n° 16 grupo etario relacionado a cantidad de cigarrillos que consume, 9(18%) son amas de casa y no consumen cigarrillos, para un total de 9(18%); 10(20%) estudian y consumen de 1-3 al día, 3(6%) nada para un total de 13(26%); 8(16%) trabajan y consumen de 1-3 al día, 20(40%) no consume nada, con un total de 28(56%).

En la tabla n° 17 escolaridad relacionado con qué frecuencia consume alcohol, 8(16%) estudiaron primaria y nunca han consumido alcohol, para un total 8(16%); 33(66%) estudiaron secundaria y no consumen nada para un total de 33(66%); 1(2%) estudiaron universidad y consumieron en ocasiones y no consumieron nada 8(16%), para un total de 9(18%).

En la tabla n° 18 grupo etario relacionado ha cuidado preconcepcional, 8(16%) son primigestas y se vacunaron contra la rubeola, 18(36%) son bigestas y toman ácido fólico, 14(28%) se vacunaron contra la rubeola, 1(2%) se realizaron revisión odontológica, para un total 33(66%);6(12%) son trigestas y tomaron ácido fólico, 3(6%) se vacunaron contra la rubeola, para un total 9(18%).

En la tabla n° 19 procedencia relacionado a tipo de ropa interior que usa encontramos, 4(8%) son del área rural y usan ropa interior alicradas, 2(4%) usan algodón para un total de 6(12%); 13(26%) son del área urbana y usan alicradas, 31(62%) usan algodón para un total de 44(88%).

En la tabla n°20 escolaridad relacionado al tipo de ropa q usa; 8(16%) son de escolaridad primaria y usan ropa holgada; 18(36%) de escolaridad secundaria y usan ropa tallada, 14(28%) usan ropa holgada, 1(2%) ajustada para un total de 33(66%); 6(12%) son universitarias y usan ropa tallada, 3(6%) ropa holgada para un total de 9(18%).

En la tabla n° 21 procedencia relacionado a limpieza de genitales, 4(8%) son de procedencia rural y se realizan limpieza de atrás hacia adelante, 2(4%) de adelante hacia atrás para un total de 6(12%); 13(26%) son de procedencia urbana y se realizan limpieza de atrás hacia adelante, 31(62%) se realizan limpieza de adelante hacia atrás para un total de 44(88%).

En la tabla n° 22 escolaridad relacionado al tipo de jabón que utiliza para lavar los genitales, 8(16%) de escolaridad primaria y utilizan el jabón recomendado por el médico para 8(16%); 18(36%) de escolaridad secundaria y utilizan el jabón de siempre, 14(28%) el recomendado por el médico, 1(2%) antibacteriano para un total de 33(66%); 6(12%) son universitarias utilizan el jabón de siempre, 3(6%) el recomendado por el médico para un total de 9(18%).

## ANALISIS DE RESULTADOS

EL análisis de las característica demográfica demuestra que la mayoría se encuentran entre las edades 31-36 años con secundaria aprobadas y una minoría de universitarias entre las edades 31-42 años predominando el estado civil de acompañadas con ocupación de trabajadoras fuera de casa y una minoría de soltera y trabajan fuera de casa. La mayor cantidad son bigestas, de procedencia urbana y una minoría primigestas, no profesan ningún tipo de religión.

Según T Fernández: se encuentran entre los factores de riesgo preconceptionales el nivel socio-económico, el ser de estado civil acompañado o madre soltera, la edad así como también el número de gestas y la procedencia de la embarazada, incluyendo en ellas la religión que profesa.

Se afirma que los factores socio-económico, nivel intelectual alto, soltera, trabaja fuera de casa, la procedencia principalmente cuando son de las áreas rurales y la multiparidad de la mujer pueden llegar a complicar el embarazo muchas veces por falta de conocimientos.

El análisis demuestra que la mayoría de las embarazadas encuestadas que cursaron la secundaria conocen sobre los factores de riesgo y una minoría de universitarias conoce poco de factores de riesgo durante el embarazo.

Según T Fernández: refiere que existen factores de riesgo preconceptionales y que estos pueden ser biológicos, psíquicos, sociales y ambientales y se convierten en riesgo obstétrico en el embarazo, complicando la salud de la madre y el niño.

Se puede afirmar que son factores de riesgo el bajo el nivel socio económico, edades extremas, todos ellos afectan la vida de las mujer embarazada y la de su niño.

El análisis refleja que las embarazadas con escolaridad de secundaria padecieron de HTA y una minoría de universitarias de IVU, pero ambos grupos equitativamente padecieron de IVU y HTA.

Según R. Schwarcz: el Síndrome Hipertensivo Gestacional va acompañado de IVU y se presenta durante el embarazo parto y puerperio y puede llegar a convertirse en una eclampsia, causando daño de órganos y sistemas principalmente el renal complicando la vida de la madre e hijo.

Se afirma que el Síndrome Hipertensivo Gestacional y las infecciones de vías urinarias son uno de los factores de riesgo mayores durante el embarazo ya que puede complicar la madre y el niño.

El análisis refleja que el conjunto de embarazadas con escolaridad de secundaria acuden a la unidad de salud ante un signo de peligro y una minoría de universitarias guarda reposo, al totalizar, ambos grupos acuden a la unidad de salud y guardan reposo ante un signo de peligro durante el embarazo.

Según R. Schawartz: ante un signo de peligro de hipertensión o de IVU se debe acudir a la unidad de salud.

Se afirma que a toda la embarazada se les proporciona educación en sala de espera e individual además de los programas radiotelevisivos que existen.

El estudio refleja que las embarazadas independientemente de la escolaridad tienen conocimiento que las infecciones de vías urinarias pueden causar un parto prematuro solo la minoría de embarazadas con escolaridad secundaria dijeron que no.

Según Schwartz: una de las complicaciones de las infecciones de vías urinarias es un parto prematuro.

Se afirma que las infecciones del tracto urinario tienen un efecto indirecto en el embarazo reduciendo la oxigenación de la sangre placentaria y alterando el intercambio de nutrientes a través de la placenta lo que provoca un parto prematuro.

El análisis demuestra que la totalidad de las mujeres embarazadas presentaron náuseas y vómitos durante el embarazo y edemas de miembros superiores e inferiores.

Según Tobon O: las náuseas y los vómitos son más frecuentes durante el I trimestre y los problemas que causan casi nunca son graves pero cuando se agudizan pueden obligar a hospitalizarlas para reponer los líquidos y electrolitos perdidos.

Se afirma que las náuseas y los vómitos en las embarazadas pueden llevar a una complicación grave a la madre y el bebé si no se trata a tiempo.

El estudio demuestra que el total de embarazadas con diferentes escolaridades identifican que los factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial son la edad y los antecedentes familiares y una minoría opinan de la misma manera.

Según R. Schwarcz: el aumento de la hipertensión gestacional en una mujer embarazada inicia a partir de las 20 semanas de gestación y va acompañado de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio, los cuales se aducen múltiples factores de riesgo como la edad (menor 20 y mayor 35), ganancia exagerada de peso, antecedentes familiares, enfermedad renal.

Se afirma que los antecedentes familiares, la edad son un factor de riesgo importante que puede complicar la vida de la madre y el niño y puede provocar la muerte.

El estudio demuestra que tanto la mayoría como la minoría de las embarazadas tienen conocimiento que el dolor sacro lumbar y el sangrado abundante es un signo y síntoma de parto prematuro

Según Schwartz un sangrado abundante durante el embarazo puede desencadenar un parto prematuro causando la muerte al niño y complicando la vida de la madre y el niño.

Se afirma que ambas sintomatologías pueden desencadenar trabajo de parto prematuro y por ende riesgos para la madre y el niño.

El análisis demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas de escolaridad secundaria creen que los signos y síntomas de Hipertensión Arterial son dolor de cabeza y una minoría de universitarias creen que todas las mencionadas (dolor de cabeza, zumbidos de oídos, chispeos).

Según R. Schwarcz: cuando se acompaña de cefaleas, visión borrosa, hiperreflexia, zumbidos de oídos, el incremento constante de Tensión Arterial es el cuadro más grave y puede llegar a presentar convulsiones y coma.

Se afirma que todos los signos y síntomas de Hipertensión Arterial que presente la mujer embarazada ponen en riesgo la vida de la madre y el niño.

El análisis demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas consumen alimentos cocinados con grasas y aceites y al totalizar equitativamente ambos grupos consumen el mismo tipo de alimento.

Según O. Tobon: los alimentos condimentados o con preservantes y frituras inducen a que la embarazada padezca de pirosis, acidez, ardor en el estómago y los cocinados con grasas y aceites

Se afirma que toda comida con preservantes causa trastornos gástricos inducen a la embarazadas que padezca de pirosis agudizando el cuadro de la madre y complicando la vida del bebe.

El análisis demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas de ocupación estudiantes no consumen sustancias ilícitas y una minoría que trabajan consume cigarrillos.

Según O. Tobón: la ingesta de sustancias dañinas por parte de la madre pasa hacia el feto, sobre todo se debe evitar el consumo de alcohol, tabaco y las drogas mientras se encuentra embarazada, el fumar puede hacer que el bebé nazca prematuro, muy pequeño, con bajo peso y dificultad respiratoria.

Se afirma que el consumo de sustancias ilícitas puede causar un parto prematuro, desprendimiento de la placenta que puede causar la muerte en el periodo neonatal o fetal.

El análisis demuestra que la mayoría de las embarazadas su ocupación son estudiantes no consumen cigarrillos y una minoría de trabajadores se consumen de uno a tres cigarrillos al día.

Según O. Tobón: El fumar puede llegar a complicaciones graves, como dificultad respiratoria, implantación baja de la placenta y desprendimiento prematuro de ella normalmente insertada.

Se afirma que el fumar causa complicaciones de la mujer en la embarazada ya que causa bajo peso al nacer, prematuridad arriesgando la vida del niño y de ella a la vez.

El estudio demuestra que la mayoría de las embarazadas de escolaridad secundaria no consumen alcohol y una minoría de escolaridad primaria en ocasiones.

Según O. Tobón: el alcoholismo materno se asocia con abortos espontáneos, las madres que consumen alcohol también los bebés son afectados por el Síndrome Alcohólico Fetal (SFA), un grupo de anomalías serias que afectan la estructura de la cara y del cráneo y cursa con afección del crecimiento y trastornos de aprendizaje.

Se afirma que al beber alcohol mientras se está embarazada puede causar defectos congénitos y puede llevar a una complicación grave a la madre durante el parto.

El análisis refleja que las embarazadas bigestas y Primigestas toman ácido fólico y se han vacunado contra la rubéola, en su totalidad ambos grupos toman ácido fólico y se encuentran vacunados.

Según El Boletín informativo del programa ampliado de inmunizaciones: la vacunación antitetánica no supone ningún riesgo para el embarazo y tiene su indicación específica en ese momento, las mujeres que toman ácido fólico tienen menos riesgo de que su bebé nazca con defectos congénitos.

Se afirma que no aplicarse la vacuna antitetánica puede causar el síndrome de rubeola congénita, y no tomar ácido fólico conlleva a defectos del tubo neural en el recién nacido los más comunes son: espina bífida, anencefalia, encefalocele.

El análisis demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas de procedencia urbana usan ropa interior de algodón y una minoría de procedencia rural usa ropa alicrada.

Según Tobón O. La ropa interior es clave en la embarazada, ropa o tejidos con un alto porcentaje de algodón que disminuyen la aparición de lesiones dermatológicas en los pliegues inguinales.

Se afirma que el uso de ropa interior de algodón es cómoda en una embarazada es primordial para evitar lesiones, aumento de secreciones vaginales e infecciones.

El análisis demuestra que independientemente de la escolaridad de las embarazadas usan ropa tallada y ropa holgada.

Según O. Tobon: lo recomendable es que la ropa que emplee la embarazada sea la más cómoda y confortable posible y se debe evitar las prendas ajustadas que pueda incomodar a la gestante, sobre todo en la zona abdominal, a la vez compresiones distales de los miembros como manos y pies.

Se afirma que la embarazada debe evitar ropa ajustada ya que esto evita edema de manos y pies por compresión y un traje adecuado tiene comodidad tanto para la madre como para el bebé.

El análisis demuestra que la mayoría de las embarazadas de procedencia urbana se realizan limpieza de los genitales de adelante hacia atrás y una minoría de procedencia rural de atrás hacia adelante.

Según O. Tobon: los factores que predisponen las infecciones de vías urinarias durante la gestación, en la vagina por el cambio hormonal típico y anatómico en este periodo, una higiene inadecuada puede causar infecciones y hasta provocar complicaciones durante la gestación por las infecciones a repetición todo por un adecuado aseo genital,

Se afirma que una higiene inadecuada puede causar infecciones vaginales y renales durante el embarazo y es uno de los principales factores para desencadenar parto prematuro.

El análisis demuestra que la mayoría de las mujeres embarazadas de escolaridad secundaria utilizan jabones que han usado siempre y una minoría de universitarias el recomendado por el médico, ambos grupos entrevistados utilizan el recomendado por el médico y el que han usado siempre.

Según O. Tobón Y Normas y Protocolos para la atención de complicaciones Obstetricas: por lo común casi todas las embarazadas presentan flujo vaginal, prurito y ardor en algún momento de la gestación que si persisten puede provocar complicaciones durante la gestación, lo ideal es utilizar jabones con PH ácidos y no alcalinos.

Se afirma que el uso de jabón es importante ya que de esta manera se evita incomodidad recurrentes irritaciones y alergias.

## Conclusiones

De acuerdo al análisis de resultados se llegó a la siguiente conclusión:

En relación a los aspectos demográficos la mayoría que predominan son entre las edades 31-36 años son Primigestas, de estado civil acompañadas, no profesan ninguna religión, con un nivel de escolaridad secundaria y universitario, de procedencia urbana.

La mayoría de las embarazadas en estudio con escolaridad secundaria y universidad tienen conocimientos de las enfermedades más frecuentes (IVU, HTA), guardan reposo y no asisten a la unidad de salud, han presentado molestias como náuseas y vómitos y edema en los miembros superiores e inferiores. A la vez que las infecciones de vías urinarias pueden llevar a un parto prematuro y la mayoría en estudio han padecido de infección de vías urinarias e hipertensión.

Las embarazadas en estudio identifican el dolor de cabeza, zumbidos y chispeos acompañados de náuseas son signos y síntomas de hipertensión arterial y que la edad y antecedentes familiares son factores de riesgo y incluyendo también el dolor sacro lumbar y el sangrado abundante es un factor para desencadenar parto prematuro.

En relación a la práctica del autocuidado, no son los adecuados ya que consumen comidas condimentadas lo que provocan las molestias como pirosis, acidez, pero no consumen sustancias nocivas como el alcohol.

El cuidado preconcepcional es el adecuado porque se vacunaron contra la rubeola y toman ácido fólico hacen uso de las técnicas de limpieza de genitales para prevenir infecciones.

## Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones se llega a las siguientes recomendaciones:

A dirección médica del hospital La Fraternidad: Para que en coordinación con la docente de Enfermería:

Elaboren estrategias de capacitación al personal que atienden a las embarazadas.

Brindar charlas educativas a las pacientes en salas de espera e individualizarlas según el caso.

Sensibilizar a las gestantes sobre las complicaciones posteriores de la enfermedad.

Empoderarlas de los signos y síntomas, la importancia de la alimentación saludable tanto para ella como para el feto.

Concientizar sobre el autocuidado en el embarazo.

## REFERENCIAS

1. Normas nacionales para la atención materno- neonatal. Departamento de salud integral a la familia. Nicaragua. 2010.
2. Lange I, Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud: La contribución de las instituciones de salud en américa latina. OPS: 2006.
3. Gómez P I. Factores que se relacionan con la capacidad de autocuidado en embarazadas. Universidad autónoma de nuevo León. Facultad de Enfermería. Tesis (Maestría en Enfermería, con especialidad en salud comunitaria). 1996.
4. Castro E, Conocimientos, practicas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. CHIA, COLOMBIA, 2008; 8 (2) 183-186.
5. De la Torre Palomo MT, Ardaiz B. Recomendaciones de autocuidados para el parto y la cesarea basadas en el mejor reconocimiento disponible. Revista de enfermería basada en evidencia (evidentia) 2008, 5 (24); 1-18.
6. Duartes HG. Practicas de autocuidado preconcepcional de mujeres urbanas, que ingresan al control prenatal en el consultorio urbano Victor Domingo Silva de la ciudad de Coyhaique. Enero 2008, Valdivia Chile de la Universidad Austral de Chile, Instituto de Enfermería materna 2009.
7. Morales Isabel, Olivares Ana Maria: Factores sociales y culturales de las adolescentes en relación al autocuidado, Quezalguaque 2012.
8. Componente materno atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido en la comunidad. Dirección General de Servicios de Salud. MINSA. 2008.
9. Fernández T, et al. Conocimiento de la población sobre riesgo Preconcepcional y cumplimiento del Programa. 2004.
10. Schwartz R. et al, Obstetricia. Editorial: El Ateneo. Ed. 2006. Edi. 6ta
11. Nicaragua. Ministerio de salud Dirección general de servicios de salud. Estrategia Nacional de salud sexual y reproductiva: Actuar hoy, para asegurar un futuro mejor para todos, Managua, MINSA 2007.

12. Ministerio de Salud. Protocolo para el abordaje de las patologías mas frecuentes de Alto Riesgo Obstetrico. Normativa-007. Managua, MINSA. 2011.
13. Riesgo preconcepcional en los indicadores negativos del programa Materno Infantil policlínico universitario “Antonio Maceo. Disponibles en: <http://www.illustrados.com/tema/11494/riesgo-preconcepcional-indicadores-negativos-programa-materno>. Html.
14. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Normas y protocolos para la atención de complicaciones obstétricas. Managua: MINSA 2006.
15. Castaro G. Mortalidad Materna y Factores de Riesgo. Medellin: Universidad de Antioquia, 2000.
16. Tobón O. El autocuidado una habilidad para vivir. Disponible en: <http://promocionsalud. Ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208-5.pdf>.
17. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de enfermería en la practica. Mosby-Year Book, Inc. Cuarta edición. 1991.
18. Lopez Al, Guerrero S. Perspectiva internacional del uso de la teoría genera de Orem. Invest. Educ. 2006; 24 (2):90-100. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php.scrib>.
19. Navarro Peña N, M Castro. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Dorothea Orem model applied to a community group through the nursing process. Enfermeria Global 2010; 19: 1-14.
20. Pastor MA, et al. Conocimientos y prácticas sobre autocuidado que influyen en la salud de la mujer, durante el embarazo y el puerperio. Rev Fac Cienc Med 2006; 13-18.
21. Boletín Informativo del programa ampliado de inmunizaciones. Reunión del grupo especial de expertos en rubeola y sarampión. Año XXVI, Numero 2, Abril 2004 p.p. 1-4.
22. Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud. 2006/07.

# ANEXOS

Caracterizar los Datos Sociodemográficos de la población en estudio.

**Edad relacionada a Escolaridad.**

**Tabla: #1**

Edad	Escolaridad							
	Primaria		Secundaria		Universidad		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19-24 años	8	16	--	--	2	4	10	20
25-30 años	--	--	10	20	--	--	10	20
31-36 años	--	--	18	36	1	2	19	38
37-42 años	--	--	5	10	6	12	11	22
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #2 Estado civil relacionado a ocupación.**

Estado civil	Ocupación							
	A Casa		Estudia		Trabaja		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acompañada	7	14	2	4	25	50	34	68
Casada	2	4	5	10	2	4	9	18
Soltera	--	--	6	32	1	2	7	14
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>18</b>	<b>13</b>	<b>26</b>	<b>28</b>	<b>56</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #3 Edad relacionada al número de gestas.**

Edad	Gestas							
	Primigesta		Bigesta		Trigesta		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
19-24 años	10	20	--	--	--	--	10	20
25-30 años	7	14	3	6	--	--	10	20
31-36 años	6	12	13	26	--	--	19	38
37-42 años	1	2	3	6	7	14	11	22
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>19</b>	<b>38</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Escolaridad relacionada a procedencia.**

**Tabla #4**

Escolaridad	Procedencia					
	Urbana		Rural		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	8	16	--	--	8	16
Secundaria	27	54	6	12	33	66
Universidad	9	18	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>88</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #5 Estado Civil relacionada a religión**

Estado civil	Religión							
	Católica		Evangélico		Ninguno		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Acompañada</b>	7	14	2	4	25	50	34	68
<b>Casada</b>	2	4	5	10	2	4	9	18
<b>Soltera</b>	--	--	6	12	1	2	7	14
<b>Total</b>	9	18	13	26	28	56	50	100

**Encuesta**

## Conocimiento

**Tabla #6 Escolaridad relacionado a factores de riesgo**

Escolaridad	Factores de riesgo							
	Mucho		Poco		Muy poco		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Primaria</b>	--	--	8	16	--	--	8	16
<b>Secundaria</b>	18	36	14	28	1	2	33	66
<b>Universidad</b>	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	24	48	25	50	1	2	50	100

**Encuesta**

**Tabla #7 Escolaridad relacionado a enfermedades antes y durante el embarazo**

Escolaridad	Enfermedades							
	HTA		IVU		Diabetes		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #8 Escolaridad relacionada a conocimientos de signos de peligro durante el embarazo**

Escolaridad	Signo de peligro							
	A U Salud		G Reposo		Nada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Leyenda**

**ACS:** Acude a la Unidad de Salud.

**GR:** Guarda Reposo.

**NHN:** No Hace Nada.

**Tabla #9 Escolaridad relacionado a si las infecciones de vías urinarias pueden causar un parto prematuro.**

Escolaridad	Parto Prematuro					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	8	16	--	--	8	16
Secundaria	27	54	6	12	33	66
Universidad	9	18	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>88</b>	<b>6</b>	<b>12</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #10 Escolaridad relacionado a molestias presentes en el embarazo**

Escolaridad	Molestias en el Embarazo							
	N y V		H pies		S Vaginal		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**N, V:** Nauseas y Vómitos.

**HMIS:** Hinchazón de pies

**Tabla #11 Escolaridad relacionado a factores de riesgo para desarrollar hipertensión**

Escolaridad	Factor de Riesgo							
	Edad		Antecedentes Familiares		G peso exagerada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
Total	24	48	25	50	1	2	50	100

**Encuesta**

**Tabla #12 Escolaridad relacionado a conocimiento de signos y síntomas de parto prematuro**

Escolaridad	Signos y Síntomas							
	D Sacro Lumbar		Sangrado Abundante		S de liquido C		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
Total	24	48	25	50	1	2	50	100

**Encuesta**

**Tabla #13 Escolaridad relacionado a signos y síntomas de hipertensión**

Escolaridad	Signo y Síntomas HTA							
	Dolor de Cabeza		Todas		Zumbidos Chispeos		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**PRACTICAS**

**Tabla #14 Ocupación relacionado al consumo de alimentos chatarras**

Ocupación	Alimentos chatarras							
	Hamburguesas		Hot Dog		Comidas Condimentadas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A Casa	--	--	1	2	8	16	9	18
Estudia	10	20	--	--	3	6	13	26
Trabaja	6	12	9	18	13	26	28	56
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #15 Ocupación relacionado al consumo de sustancias ilícitas.**

Ocupación	Consumo de Sustancias							
	Cigarros		Alcohol		Nada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A Casa	--	--	1	2	8	16	9	18
Estudia	10	20	--	--	3	6	13	26
Trabaja	10	20	--	--	18	36	28	56
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>29</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #16 Ocupación relacionado a cantidad de cigarrillos que fuma**

Ocupación	Cigarrillos Fuma					
	1-3 al día		No fuma		Total	
	N	%	N	%	N	%
A Casa	--	--	9	18	9	18
Estudia	10	20	3	6	13	26
Trabaja	8	16	20	40	28	56
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>32</b>	<b>64</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #17 Escolaridad relacionado a frecuencia que consume alcohol**

Escolaridad	Consumo Alcohol					
	En Ocasiones		Nada		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	8	16
Secundaria	--	--	33	66	33	66
Universidad	1	2	8	16	9	18
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>49</b>	<b>98</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Encuesta

**Tabla #18 No de gestas relacionado a cuidado preconcepcional**

Gestas	Preconcepcional							
	Acido Fólico		Vacuna Rubeola		Revisión Odontológica		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primigesta	--	--	8	16	--	--	8	16
Bigesta	18	36	14	28	1	2	33	66
Trigesta	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Encuesta

**Tabla #19 Procedencia relacionado a tipo de ropa interior que usa**

Procedencia	Ropa interior					
	Alicrada		Algodón		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rural	4	8	2	4	6	12
Urbana	13	26	31	62	44	88
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>66</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #20 Escolaridad relacionado al tipo de ropa que usa.**

Escolaridad	Tipo de Ropa							
	Tallada		Holgada		Ajustada		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>48</b>	<b>25</b>	<b>50</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

**Encuesta**

**Tabla #21 Procedencia relacionado a limpieza de genitales**

Procedencia	Limpieza de Genitales					
	B		A		Total	
	N	%	N	%	N	%
Rural	4	8	2	4	6	12
Urbana	13	26	31	62	44	88
Total	17	34	33	66	50	100

**Encuesta**

**A: De delante hacia atrás.**

**B: De atrás hacia delante.**

**Tabla #22 Escolaridad relacionado al tipo de jabón que utiliza para lavar sus genitales.**

Escolaridad	Tipo de Jabón							
	B		C		A		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	--	--	8	16	--	--	8	16
Secundaria	18	36	14	28	1	2	33	66
Universidad	6	12	3	6	--	--	9	18
Total	24	48	25	50	1	2	50	100

**Encuesta**

**A: Antibacteriano.**

**B: El que usaba siempre.**

**C: Recomendado por el Medico.**

### **Formato de consentimiento informado:**

Somos egresadas de la carrera de licenciatura en ciencias de la enfermería de la UNAN LEON estamos realizando una investigación referente al conocimiento y la práctica de autocuidado en la primera mitad del embarazo de las pacientes que asisten al control prenatal en el hospital La Fraternidad agradeciendo de antemano su participación y podrá retirarse al haber iniciado la entrevista.

Mediante la firma de este formato, doy autorización para que se me aplique el instrumento en mención, que durara un promedio \_\_\_\_\_.  
Entendiendo que se me harán algunas preguntas que brinden información acerca

\_\_\_\_\_

Este servirá para lograr en un futuro mejorar la calidad de atención de enfermería.

Entiendo que los resultados del estudio serán dados a conocer a las autoridades institucionales de salud una vez concluido el estudio o durante el transcurso del mismo la persona encargada de proporcionar la información son los estudiantes \_\_\_\_\_

Finalmente el uso del instrumento utilizado en la investigación para analizar el comportamiento de los ciudadanos de enfermería no tiene la posibilidad de causarme daño durante el desarrollo del estudio, en comparación con los beneficios que a mediano o a largo plazo se tendrán al concluir el estudio.

**Participante** \_\_\_\_\_

**Encuestador** \_\_\_\_\_

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Encuesta

Somos egresadas de la carrera de licenciatura en ciencias de enfermería de la UNAN LEON estamos realizando una investigación referente al conocimiento y practicas de autocuidado en la segunda mitad del embarazo de las pacientes que asisten al control prenatal en el Hospital Fraternidad, agradeciendo de antemano su colaboración que será de mucha ayuda y utilidad para la realización de nuestro trabajo.

I-Datos demográficos

a) Edad: 19-24 años\_\_\_

25-30 años\_\_\_

31-36 años\_\_\_

37- 42 años\_\_\_

b) Estado civil: Soltera\_\_\_

Casada\_\_\_

Acompañada\_\_\_

c) Escolaridad: Primaria\_\_\_\_\_

Secundaria\_\_\_

Técnica\_\_\_

Universidad\_\_\_\_\_

d) Ocupación: Ama de casa\_\_\_

Trabaja\_\_\_

Estudia\_\_\_

e) Procedencia: Rural\_\_\_ Urbano\_\_\_

- f) No. de gesta: Primigesta\_\_\_\_  
Bigesta \_\_\_\_  
Trigesta\_\_\_\_  
Multigesta \_\_\_\_

- g) Religión: Católica\_\_\_\_  
Evangélica\_\_\_\_  
Ninguna \_\_\_\_

## II-Conocimiento de factores de riesgo.

- 1) ¿Sabe usted de factores de riesgo en el embarazo?  
a) Poco\_\_\_\_  
b) Muy poco\_\_\_\_  
c) Mucho\_\_\_\_  
d) Nada\_\_\_\_
- 2) ¿Tiene antecedentes de enfermedades antes o durante el embarazo?  
a) Infección de vías urinarias\_\_\_\_  
b) Hipertensión arterial\_\_\_\_  
c) Diabetes\_\_\_\_
- 4) ¿Qué hacer ante un signo de peligro durante su embarazo?  
a) Acude a la unidad de salud\_\_\_\_  
b) Guarda reposo\_\_\_\_  
c) No hace nada\_\_\_\_

5) ¿Si tiene dolor en la zona sacro lumbar (espalda) ?.

- a) -Toma abundantes líquidos\_\_\_\_\_
- b) -Toma medicamentos\_\_\_\_\_
- c) -Asiste al medico\_\_\_\_\_
- d) -No hace nada\_\_\_\_\_

6)¿ Las infecciones de vías urinarias pueden causar un parto prematuro?.

- a) -Si\_\_\_\_\_
- b) -No\_\_\_\_\_

7) ¿Que molestias ha presentado en su embarazo?

- a) -Náuseas y vómitos\_\_\_\_\_
- b) Hinchazón de pies\_\_\_\_\_
- c) Sangrado Vaginal\_\_\_\_\_

8) ¿Cuales cree usted que son factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial?

- a) -Edad\_\_\_\_\_
- b) -Antecedentes familiares\_\_\_\_\_
- c) -Ganancia de peso exagerada\_\_\_\_\_
- d) -Nivel económico\_\_\_\_\_

9) ¿Cuáles son los signos y síntomas que pueden llevar a un parto prematuro?

- a) Dolor sacrolumbar\_\_\_\_\_
- c) Sangrado abundante\_\_\_\_\_
- d) Salida de líquido claro \_\_\_\_\_

10) ¿Cuáles cree usted son signos y síntomas de hipertensión arterial?

- a) Dolor de cabeza\_\_\_\_\_
- b) Zumbido de oídos, destellos y chispitas\_\_\_\_\_
- d) Todas las anteriores\_\_\_\_\_

III- Practicas de autocuidado durante el embarazo.

1) ¿Cuáles son para usted alimentos saludables?

- a) Carnes, verduras, arroz, frijoles y refrescos\_\_\_\_\_
- b) Carnes y sus derivados\_\_\_\_\_
- c) Refrescos naturales\_\_\_\_\_
- d) Carnes, verduras, arroz y frijoles\_\_\_\_\_

2) ¿Cuáles de estos alimentos chatarra consume?

- a) Hamburguesas\_\_\_\_\_
- b) Hot dog\_\_\_\_\_
- c) Gaseosas\_\_\_\_\_
- d) Comidas muy condimentadas\_\_\_\_\_

3) ¿Consume con el embarazo algunas de esta sustancia?

- a) -Fuma cigarrillos\_\_\_\_\_
- b) -Consume alcohol\_\_\_\_\_
- c) -Consume drogas
- d) Nada\_\_\_\_\_

4) ¿Cuántos cigarrillos se fuma?

- a) -1-3 al día\_\_\_\_\_
- b) -1 paquete al día\_\_\_\_\_
- c) -1 paquete a la semana\_\_\_\_\_
- d) -No fuma\_\_\_\_\_

- 5) ¿Con que frecuencia consume alcohol?
- a) -Diario\_\_\_\_\_
  - b) -Semanal\_\_\_\_\_
  - c) -En ocasiones\_\_\_\_\_
  - d) -Nunca\_\_\_\_\_
- 6) ¿Cuidado preconcepcional?
- a) -Se vacuno contra la rubeola\_\_\_\_\_
  - b) -Tomó acido fólico\_\_\_\_\_
  - c) -Se realizo revisión odontológica\_\_\_\_\_
- 7) ¿Que tipo de ropa usa?
- a) -Ajustada\_\_\_\_\_
  - b) -Holgada\_\_\_\_\_
  - c) -Tallada\_\_\_\_\_
  - d) -La misma que usaba antes\_\_\_\_\_
- 8) ¿De que tela es la ropa interior que usa?.
- a) -Algodón\_\_\_\_\_
  - b) -Alicrada\_\_\_\_\_
  - c) -Seda\_\_\_\_\_
- 9) ¿Cuando se realiza limpieza de genitales se limpia?.
- a. -De delante hacia atrás\_\_\_\_\_
  - b. -De atrás hacia delante\_\_\_\_\_
  - c. -Solo adelante\_\_\_\_\_
- 10)¿Que tipo de jabón utiliza para lavar sus genitales?.
- a) -Antibacterianos\_\_\_\_\_
  - b) -El que ha usado siempre\_\_\_\_\_
  - c) -Recomendado por el medico\_\_\_\_\_

