



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA MATERNO INFANTIL



# PRIMER CONTROL PUERPERAL

## **AUTORES:**

Br. Cabrera, Antonella  
Br. Canelas, Luciana  
Br. Ferreira, Laura  
Br. Manera, Ana Paula  
Br. Tejera, Ma. Victoria

## **TUTORES:**

Prof. Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2008

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos aquellos que hicieron posible llevar a cabo nuestra investigación, quienes nos brindaron su apoyo, disponibilidad y entusiasmo; a nuestra tutora, Prof. Lic. Mercedes Pérez y al equipo del Centro de Salud Cruz de Carrasco

A nuestras familias y amigos, por su comprensión y apoyo en todo momento a lo largo de la carrera, alentándonos en forma permanente.

A cada una de nosotras por el apoyo incondicional que nos brindamos, el aliento permanente, y principalmente por pensar que juntas lo lograríamos.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo surge como requisito previo para obtener el título de Licenciatura en Enfermería, el mismo fue realizado por cinco estudiantes de dicha carrera.

A partir de esta investigación se pretende conocer cuáles son los factores presentes en la concurrencia y en la no concurrencia de las puérperas a su primer control ginecológico con el fin de determinar como afecta dicha problemática en el proceso salud- enfermedad de las mismas, y a través de esta, crear un punto de partida para futuras investigaciones que permitan profundizar estos aspectos, así como también poder actuar e intervenir como futuros profesionales de la salud.

La población de estudio perteneció a usuarias puérperas que llevaron a control pediátrico a sus hijos, al Centro de Salud Cruz de Carrasco y Subcentros del área de referencia de este.

La temática abordada surgió durante la experiencia práctica de Internado, en el Servicio de Pediatría de dicho Centro; donde se observó que las mujeres puérperas llevaban a control a su recién nacido pero no concurrían a realizarse su propio control ginecológico.

Otro dato a destacar que surge del relevamiento de mujeres embarazadas atendidas en el Servicio ginecológico- Cruz de Carrasco y que tuvieron su parto durante los meses de Enero a Agosto de 2008, es que de un total de 130 mujeres el 61.5% (80) de las mismas no realizó su control puerperal en tiempo y forma, 29.9% (38) si realizaron su control, 9.2% (12) no se obtuvieron datos.

A raíz de esto, nace la inquietud de abordar e indagar más sobre esta temática.

El tipo de estudio realizado fue de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de datos se estipuló el periodo de tiempo comprendido entre 1ero de Octubre y 14 Noviembre de 2008.

El abordaje a la usuaria se realizó mediante una entrevista estructurada semiabierta, a través del contacto directo con la usuaria, e indirecta a través del contacto telefónico.

Para el análisis estadístico se utilizó análisis univariado, tablas con frecuencias absolutas, frecuencias relativas porcentuales, y gráficos donde se representaron las variables.

Los factores presentes para la concurrencia a control posparto fueron: ser adolescente, presentar solo un hijo, presentar el apoyo de un allegado que las estimule para concurrir al control posparto, contar con una persona que las acompañe a realizarse el control puerperal, y además contar con quien cuide de sus hijos mientras asiste a la consulta.

Los factores que no hicieron la diferencia para la concurrencia al control posparto: el nivel de instrucción, ocupación, la accesibilidad geográfica y económica al Centro de salud, y la disponibilidad de la usuaria al Servicio de Ginecología.

## TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

**“Primer Control Puerperal”**

### PREGUNTA PROBLEMA:

¿Cuales son los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al primer control posparto de las puérperas de 12 a 44 años, del Centro de Salud "Cruz de Carrasco" y Subcentros del área de referencia del mismo, entre el 1ero de Octubre y 14 de Noviembre de 2008?

## FUNDAMENTACIÓN

En el Uruguay según censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas en el año 2004, existen 1.675.470 mujeres de las cuales el 54,8% se encuentra en edad reproductiva, registrándose en dicho año 50.052 nacimientos.

El total de muertes femeninas es de 15.324, año 2004. La tasa de mortalidad materna producto de las complicaciones durante embarazo, parto y puerperio es de 0.6 por mil, en el mismo año. No hay información específica sobre morbilidad durante el puerperio, aunque en el período puerperal las complicaciones más severas y frecuentes son: las hemorragias, infecciones e incluso alteraciones a nivel psicoemocional.

De acuerdo a información obtenida en el SIP (Sistema Informático Perinatal), los únicos registros existentes en el Hospital Pereira Rossell, son acerca de los reingresos de las mujeres que presentan Infecciones puerperales. Los datos obtenidos acerca de las infecciones puerperales, fueron los siguientes: de 8193 partos en el Hospital Pereira Rossell, período Enero-diciembre 2007, el 94,4% (7737) de las mujeres no reingresaron al Hospital por este tipo de complicación, 0,5% (43) mujeres tuvieron reingreso por dicha complicación, mientras que en el 5% (413) de los casos no se tiene información.

Actualmente en el Uruguay no existen registros de controles puerperales sistemáticos, así como tampoco búsqueda activa de control de puérperas, no se toman medidas para realizarlo, no hay políticas ni Programas que se centren en esto.

Esta situación es semejante a la realidad observada en el Centro de Salud Cruz de Carrasco, dependiente de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), Ministerio de Salud Pública. De un total de 130 mujeres embarazadas atendidas en el Servicio ginecológico-Cruz de Carrasco y que tuvieron su parto durante los meses de Enero a Agosto de 2008, se obtuvo que de un total de 130 mujeres el 61,5% (80) de las mismas no realizó su control puerperal en tiempo y forma, 29,9% (38) si realizaron su control, 9,2% (12) no se obtuvieron datos.

De la experiencia Internado Facultad de Enfermería, Programa Aduana llevada a cabo desde el 1ero de Abril al 30 de Setiembre de 2008 en dicho Centro, se obtuvo que de un total de 79 mujeres puérperas que llevaron a control a su recién nacido, el 72% (57) no concurrió a realizarse su primer control posparto, mientras que el 28% (22) concurrió al control posparto.

A raíz de esta información, surge que la temática tiene gran relevancia para ser abordada en dicho Centro de Salud, ya que la población de mujeres que no controlaron su puerperio se destaca en el total de puérperas relevadas.

Además se destaca, que este es un Centro formador de recursos humanos ya que acuden estudiantes de diversas facultades, por tanto es importante dar a conocer a estos la problemática con el fin de intervenir sobre la misma.

El puerperio, como etapa por la que muchas mujeres atraviesan, representa cambios a nivel fisiológicos, anatómicos, mentales y emocionales, también cambios en el entorno; se necesita de tiempo para reorganizar o redistribuir las actividades en el hogar, adecuar las relaciones familiares, se necesita de tiempo para el cuidado del vínculo con la pareja, así como con los demás hijos, y cuidados del recién nacido.

Antiguamente el puerperio era considerado como un período de reposo y de atención exclusiva al recién nacido, actualmente la realidad es otra, ya que la mayoría de las mujeres viven en familias nucleares sin apoyo familiar. Todas las puérperas necesitan una red de soporte para no desmoronarse luego de las modificaciones físicas y emocionales que provoca el parto\*.

La reincorporación a la vida laboral dentro de los cuarenta días, es otra dificultad real, a la que la mujer debe enfrentar sin importar cuanto le lleve a ésta la recuperación pos parto.

---

\* Gutman Laura, La maternidad, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Julio 2003.

El control puerperal es una instancia donde el equipo de salud debe acompañar y asistir las modificaciones normales, en la cual es oportuno brindar información a la mujer y el entorno para el mejor transcurso de ésta etapa, sin dejar de lado la prevención y detección oportuna de las complicaciones y patologías que pueden aparecer.

Por lo anteriormente mencionado, el control puerperal es un momento óptimo donde se debe actuar, fomentando la promoción y cuidado en salud de la mujer a través del autocuidado, sin dejar de lado la función maternal en cuanto a la promoción de la lactancia materna, el apego del binomio madre-hijo, los cuidados del niño y el asesoramiento de la usuaria y la pareja en cuanto a la adopción de medidas anticonceptivas.

El autocuidado fortalece la capacidad reaccional de la mujer, permitiendo una natural articulación entre el rol mujer y rol madre. Esta adaptación facilitará su pronta recuperación y reinserción en el ámbito familiar, social y laboral.

A partir de los últimos años ha existido un cambio en la concepción asistencialista, dirigido a fortalecer la Atención Primaria de Salud, en la cual la autoresponsabilidad es uno de los principios que subyacen a esta y esta íntimamente relacionada con el autocuidado. La organización de los servicios de salud apunta a los beneficios de los profesionales de la salud y no a la necesidad e intereses de los grupos poblacionales.

Problema detectado también en el Centro de Salud, donde no se toman decisiones que favorezcan el control ginecológico de la mujer puérpera cuando concurre a controlar a su recién nacido. Nuestro sistema de Salud le brinda mayor prioridad al control y cuidado del recién nacido, a través de la implementación y ejecución del Programa "Aduana"; no existiendo un abordaje a la mujer puérpera dentro del marco del Programa "Mujer y género".

Por ello se resalta la importancia de abordar ésta problemática y dar a conocer los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al control puerperal, para poder actuar como futuros profesionales de salud, en beneficio de la población adecuando la gestión de los recursos, favoreciendo y satisfaciendo las necesidades e intereses de la población.

Por último se destaca que la investigación presenta factibilidad política, social, económica, cultural y técnica; la población presenta interés en el tema ya mencionado. Para la puesta en marcha de dicho proyecto, se contara con los recursos económicos suficientes para llevar a cabo el mismo en óptimas condiciones y en tiempo y forma. Las personas a cargo de la investigación cuentan con los conocimientos y la experiencia necesaria para realizar la investigación propuesta.

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al primer control posparto de las puérperas de 12-44 años, del Centro de Salud "Cruz de Carrasco" y Subcentros del área de referencia del mismo, entre el 1ero de Octubre y 14 de Noviembre de 2008.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Cuantificar el número de puérperas que atienden sus hijos en el "Centro de Salud Cruz de Carrasco" y en subcentros del área de referencia del mismo.
- Identificar las usuarias que concurren al control puerperal dentro del periodo establecido (10 diez días posparto).
- Identificar las usuarias que no concurren al control puerperal.
- Identificar los factores presentes en la concurrencia al control posparto.
- Identificar los factores presentes en la no concurrencia al control posparto.
- Comparar los factores presentes en la población que concurrió y en la que no concurrió al Control Puerperal.

## METODOLOGÍA

El tipo de estudio realizado fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

El tipo de muestreo utilizado fue de tipo no probabilístico, con criterios de inclusión exclusión.

### Criterio de inclusión:

- Mujeres cuyo parto fue en el período comprendido entre el 1ero de Octubre y 1 Noviembre de 2008.
- Mujeres que llevan a su hijo al control pediátrico en el Centro de Salud Cruz de Carrasco y subcentros del área de referencia del mismo.
- Mujeres a las cuales se pudo realizar el contacto.
- Mujeres que dieron su consentimiento para la participación en la investigación.

### Criterio de exclusión:

- Mujeres puérperas que presentan patologías crónicas o consecuencia del embarazo.

Desde la maternidad del Hospital Pereira Rossell y Hospital de Clínicas se refirieron 45 recién nacidos para control en el área de referencia del Centro de Salud Cruz de Carrasco; la muestra se conformó por un total de 30 mujeres puérperas; quienes respondieron al contacto telefónico y a la entrevista realizada.

## **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La fuente de información fue la propia usuaria.

Para la identificación de las usuarias a incluir en el estudio, se utilizaron instrumentos del Programa Aduana, planilla de referencia de nacimientos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell y Hospital de Clínicas para su atención en el área de influencia del Centro de Salud Cruz de Carrasco, y la "tarjeta de seguimiento", en la cual consta información que permite la localización del recién nacido, servicio de salud en el cual está siendo atendido y además recolecta información sobre el control antropométrico, inmunizaciones, alimentación y próximo control de los niños; información necesaria para contribuir a la finalidad de dicho programa de lograr un crecimiento y desarrollo óptimo de los niños, y una disminución de la morbimortalidad infantil.

Para obtener la información, se realizó entrevista estructurada-semiabierta, directa a través del diálogo con las usuarias presentes en la sala de espera del Servicio de Pediatría, e indirecta a través del contacto telefónico con las mismas.

Previo a la entrevista directa, se acondicionó en el Centro un espacio propicio para la realización de la misma. Estas fueron los días Lunes, Miércoles y Viernes en los turnos mañana y tarde, y llevadas a cabo por las cinco estudiantes que realizaron la investigación.

En relación a los contactos telefónicos, los mismos fueron realizados en el Centro de salud, y en los domicilios particulares de las integrantes a través de teléfono de línea y celulares.

Para una mejor implementación del instrumento se realizó una Prueba Piloto dos días previos a la ejecución de la investigación, en la cual se observó la dificultad para lograr el contacto telefónico, debido a la ausencia de números telefónicos, números incompletos, incorrectos, fuera de servicio, o que no respondieron; por esta razón se trabajó con las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente mencionados, y además con las que se pudo lograr el contacto telefónico.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizaron a través de tablas de frecuencias y gráficos presentando las variables utilizadas.

## **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

### **LUGAR DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO**

Definición Conceptual: Centro asistencial en el cuál la mujer tuvo su parto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: Centro hospitalario Pereira Rossell  
Hospital de Clínicas

### **ASISTENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Definición Conceptual: Concurrencia de la mujer al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: Concorre  
No concorre

### **MOTIVO DE LA CONCURRENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Definición Conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cuál concurrió al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: motivos manifestados por las usuarias

## **MOTIVO DE LA NO CONCURRENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Definición Conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cuál no concurrió al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: motivos manifestados por las usuarias

## **EDAD:**

Definición Conceptual: periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de la usuaria a la fecha actual.

Clasificación: variable cualitativa

Definición Operativa: Intervalos: - Adolescente: 12-19 años

-Adulto joven: 20-29 años

-Adulto: 30- 44 años

### **NIVEL DE INSTRUCCION:**

Definición Conceptual: se refiere a los niveles de educación formal que recibe la usuaria.

Clasificación: variable cualitativa

Definición Operativa:

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciaria completa
- Terciaria incompleta
- UTU completa
- UTU incompleta
- Analfabeto

### **OCUPACIÓN:**

Definición Conceptual: Refiere a la actividad por la cual la persona obtiene sus ingresos para su subsistencia.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa:

- Ocupada
- Desocupada

### **NÚMERO DE HIJOS**

Definición Conceptual: cantidad de hijos que presenta la usuaria.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Definición Operativa:

- Uno
- Más de uno

## **CONTROL DE EMBARAZO**

Definición Conceptual: Usuaria que concurrió como mínimo a cinco controles de su embarazo.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Se controló  
    No se controló

## **CONTROL PUERPERAL PREVIÓ**

Def. Conceptual: Usuaria que concurrió a control de puerperio anterior

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Se controló  
    No se controló

## **COMPLICACIÓN PUERPERAL ACTUAL**

Def. Conceptual: Aparición de alteración en el Puerperio normal.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Presenta  
    No presenta

## **IMPORTANCIA DEL CONTROL PUERPERAL:**

Def Conceptual: Importancia que le adjudica la mujer al control puerperal.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Importante  
    No importante

## **EDUCACIÓN PRENATAL RELACIONADO AL CONTROL POSTPARTO:**

Def. Conceptual: Información que recibe la madre durante los controles prenatales sobre importancia del control ginecológico pos parto.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa: Reciba  
No recibe

## **APOYO FAMILIAR**

Definición conceptual: existencia de familiar o individuo allegado, que colabore para que la usuaria concorra al Centro de Salud.

Clasificación: cualitativa

Definición operativa: Dimensiones:

- **ESTIMULACIÓN:** Acto de Estimular. Incitar a que la mujer concorra al control posparto.

Indicadores: Presenta

No Presenta

- **CUIDADO DEL O DE LOS NIÑOS** definición: familiar o individuo allegado que se ocupa del cuidado de los niños mientras la usuaria concurre al control.

Indicadores: Presenta

No Presenta

- **ACOMPANAMIENTO** definición: familiar o individuo allegado que acompañe a la usuaria al control ginecológico.

Indicadores: Presenta

No Presenta

### **ACCESIBILIDAD AL SERVICIO POR PARTE DE LA USUARIA:**

Definición Conceptual: Facilidad que tiene la usuaria para acceder.

Definición operativa: Dimensiones:

- **ECONÓMICA:** definición: dinero disponible con el que la usuaria cuenta para trasladarse al servicio.

Clasificación: cualitativa

Indicadores: Presenta dinero para trasladarse al Centro  
No Presenta dinero para trasladarse al Centro.

- **GEOGRÁFICA:** definición: distancia en cuadras desde el domicilio de la usuaria a Centro de Salud:

Clasificación: cualitativa

Indicadores: - Menor a 10 cuadras - accesible  
- Entre 10 a 20 cuadras - medianamente accesible  
- Mayor a 20 cuadras – inaccesibles

- **HORARIA AL SERVICIO:** definición: disponibilidad de la usuaria para concurrir al servicio de ginecología de acuerdo a los horarios establecidos en éste.

Clasificación: cualitativa

Indicadores: Acorde a la disponibilidad de la usuaria  
No acorde a la disponibilidad de la usuaria.

**REFERENTE DE SALUD:**

Definición Conceptual: Individuo/ allegado, familiar, o profesional al que consulta la mujer para evacuar dudas con respecto a aspectos referidos al puerperio.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:

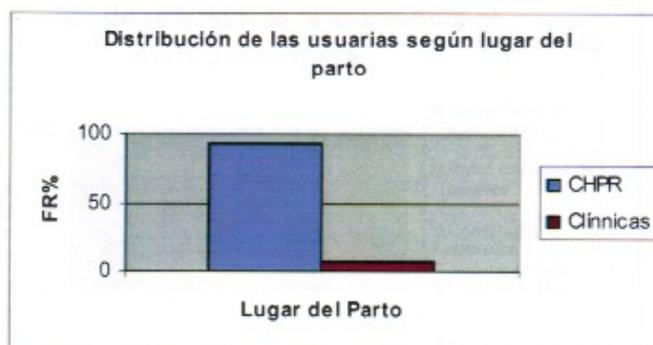
- Familiar
- Amigo
- Médico
- Enfermero
- Ninguno
- Otros

## RESULTADOS

**Tabla N° 1- Distribución de las usuarias según lugar del parto**

Lugar donde se produjo el Parto	FA	FR%
CHPR	28	93,3
Hospital de Clínicas	2	6,7
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

El 93.3% (28) de las usuarias tuvieron su parto en el Centro Hosp. Pereira Rossell.



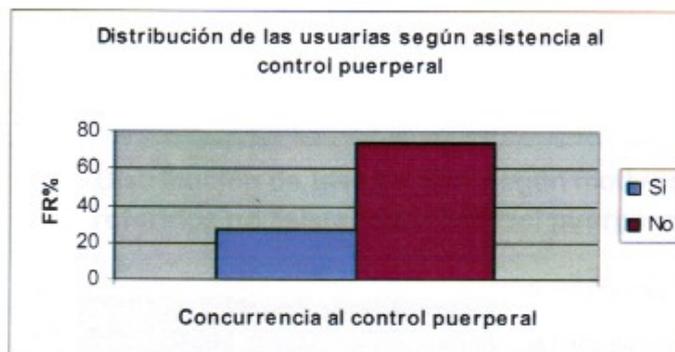
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre- Noviembre de 2008.

**Tabla N° 2- Distribución de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control puerperal	FA	FR%
Concurrió	8	26,6
No concurrió	22	73,4
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

El 73.4% (22) de las usuarias no concurrió Al control puerperal.

El 26.6% (8) de las usuarias concurrieron A control puerperal.

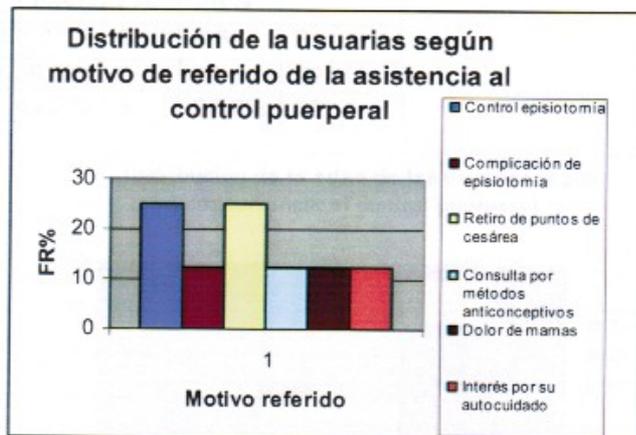


Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal Octubre- Noviembre de 2008.

**Tabla N° 3- Distribución de las usuarias según motivo referido de la asistencia al control puerperal**

Motivos	FA	FR%
Control episiotomía	2	25
Complicación de episiotomía	1	12,5
Retiro de puntos de cesárea	2	25
Consulta por métodos anticonceptivos	1	12,5
Dolor de mamas	1	12,5
Interés por su autocuidado	1	12,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>100</b>

El 25% (2) de las usuarias que asistieron a control puerperal fue para control de la episiotomía y retiro de puntos de cesárea



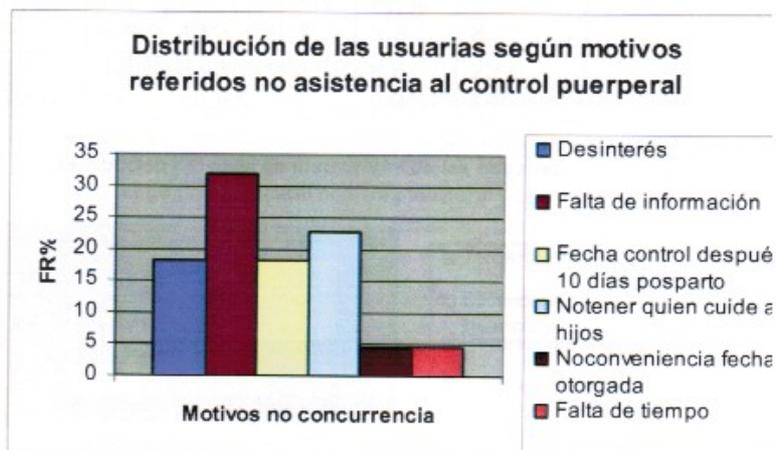
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 4- Distribución de las usuarias según motivo referido de la no asistencia al control puerperal**

Motivos	FA	FR%
Desinterés	4	18,2
Falta de información	7	31,8
Fecha para control luego de 10 días posparto	4	18,2
No tener persona que cuide a sus hijos	5	22,8
No conveniencia de la fecha otorgada	1	4,5
Falta de tiempo	1	4,5
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

El 31.8% (7) de las usuarias no asistieron a control puerperal por falta de información.

Al 18.2% de las mujeres se le otorgo fecha para control pasados los 10 días posparto.



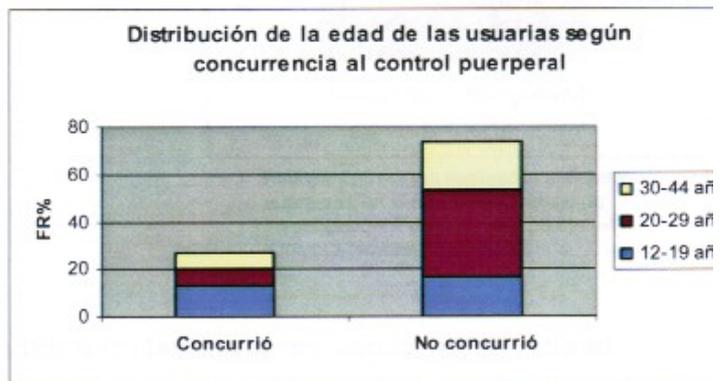
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 5- Distribución de la edad de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	EDAD						TOTAL
	Adolescente		Adultas jóvenes		Adultas		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	4	13,3	2	6,6	2	6,6	8
No concurrió	5	16,6	11	36,6	6	20	22
<b>TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>29,9%</b>	<b>13</b>	<b>43,3%</b>	<b>8</b>	<b>26,6%</b>	<b>30</b>

De las puérperas que concurrieron a control el 13.3% (4) son Adolescentes.

De las puérperas que no concurrieron a control el 36.6% (11) son Adultas jóvenes.



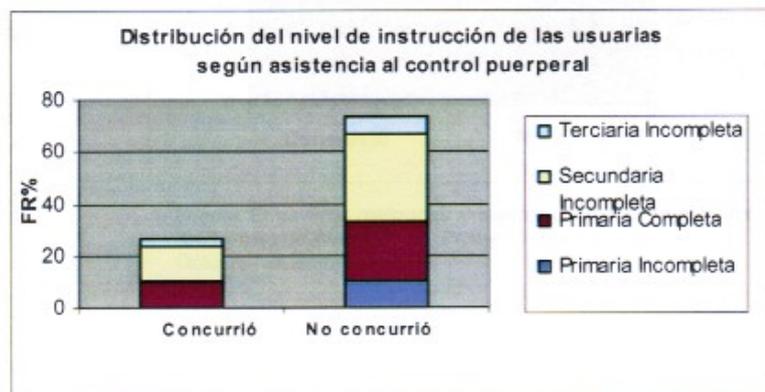
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 6- Distribución del nivel de instrucción de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	NIVEL DE INSTRUCCIÓN								TOTAL
	P. Incomp		P. Comp		S. incomp		T. incom		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	—	—	3	10	4	13,3	1	3,3	8
No concurrió	3	10	7	23,3	10	33,3	2	6,6	22
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>	<b>10</b>	<b>33,3%</b>	<b>14</b>	<b>46,9%</b>	<b>3</b>	<b>9,9%</b>	<b>30</b>

De las puérperas que concurrieron a control el 13.3% (4) tiene secundaria Incompleta.

De las puérperas que no concurrieron a control el 33.3% (10) tiene secundaria Incompleta.



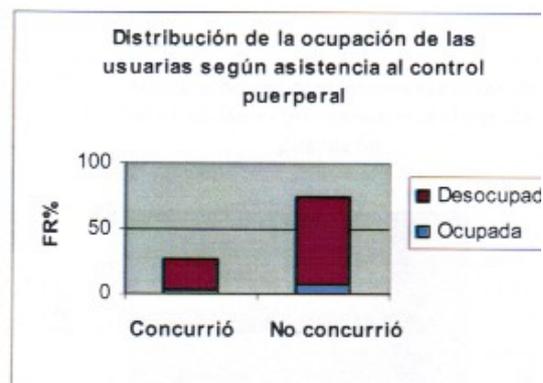
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 7- Distribución de la ocupación de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	OCUPACIÓN				TOTAL
	Ocupado		Desocupado		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	1	3,3	7	23,3	8
No concurrió	2	6,6	20	66,6	22
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>9,9%</b>	<b>27</b>	<b>89,9%</b>	<b>30</b>

De las puérperas que concurrieron a control el 23.3% (7) se encuentra desocupadas .

De las puérperas que no concurrieron a control el 66.6% (20) se encuentra desocupada.



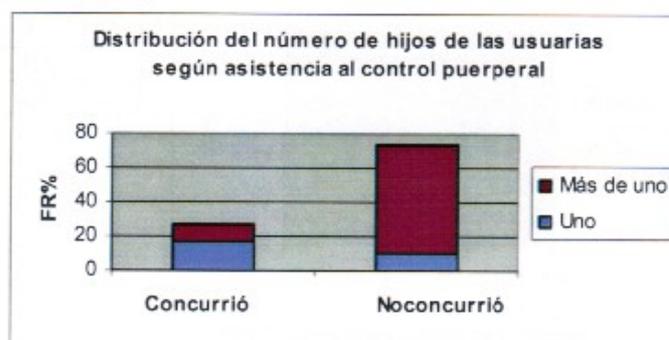
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de Investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 8- Distribución del número de hijos de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	NÚMERO DE HIJOS				TOTAL
	Uno		Más de uno		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	5	16,6	3	10	8
No concurrió	3	10	19	63,3	22
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>26,6%</b>	<b>22</b>	<b>73,3</b>	<b>30</b>

De las puérperas que concurrieron a control el 16.6% (5) tiene un hijo .

De las puérperas que no concurrieron a control el 63.3% (19) tiene mas de un hijo.



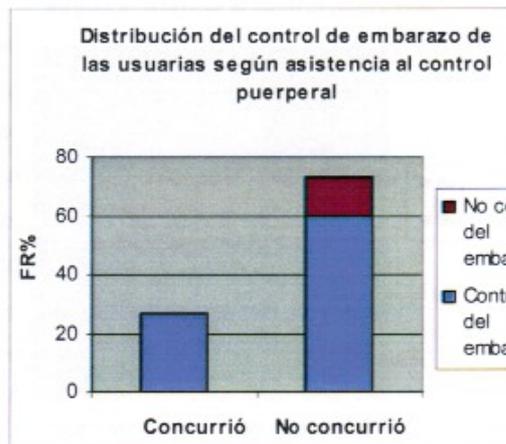
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 9- Distribución del control del embarazo de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	CONTROL DEL EMBARAZO				TOTAL
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	8	26,6	—	—	8
No concurrió	18	60	4	13,3	22
<b>TOTAL</b>	<b>26</b>	<b>86,6%</b>	<b>4</b>	<b>13,3%</b>	<b>30</b>

De las puérperas que concurrieron el 26.6% controló su embarazo.

De las puérperas que no concurrieron a mujeres control el 60% controló su embarazo.



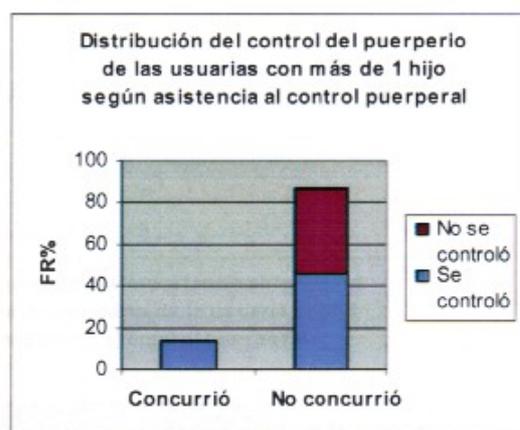
Fuente: Entrevistas realizadas a puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 10- Distribución del control del Puerperio de las usuarias con más de un hijo según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Control puerperio anterior				TOTAL
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	3	13,6	—	—	3
No concurrió	10	45,4	9	40,9	19
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>59%</b>	<b>9</b>	<b>40,9%</b>	<b>22</b>

De las puérperas que concurrieron a control el 13.6%(3) controló su puerperio anterior .

De las puérperas que no concurrieron a control el 45.4%(10) controló su puerperio anterior.



Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008

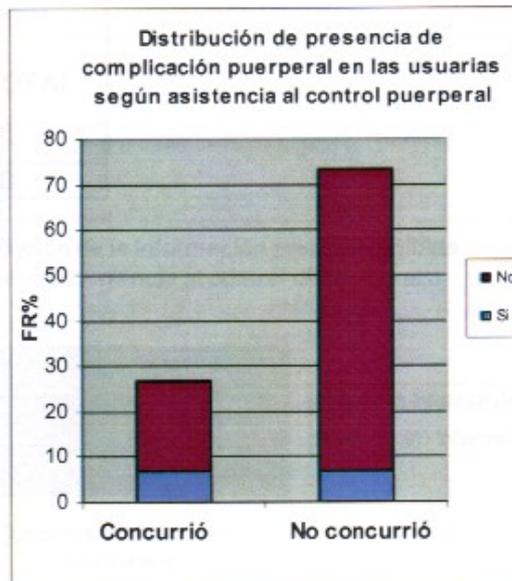
**Tabla N° 11- Distribución de la presencia de complicación puerperal en las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Complicación puerperio				TOTAL
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	2*	6,6	6	20	8
No concurrió	2*	6,6	20	66,6	22
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>13,2%</b>	<b>26</b>	<b>86,6%</b>	<b>30</b>

\* De las mujeres que concurrieron las complicaciones fueron dolor en mamas, y complicación en la episiotomía.  
 \* De las mujeres que no concurrieron las complicaciones fueron Hemorragia

De las púerperas que concurrieron a control el 20% (6) no tuvo complicaciones en el puerperio y el 6.6% (2) si tuvo.

De las púerperas que no concurrieron a control el 66.6% (20) no tuvo complicaciones y el 6.6%(2) tuvo complicaciones.



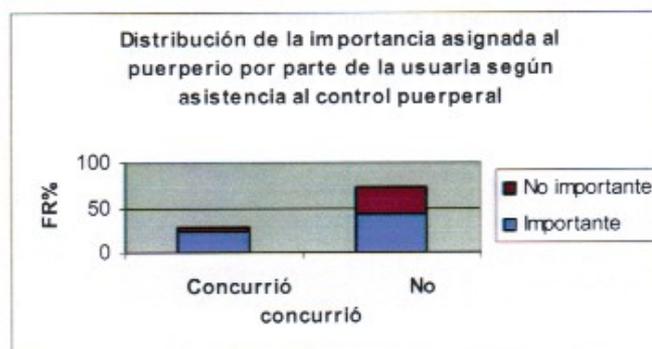
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 12- Distribución de la importancia asignada al puerperio por parte de las usuarias según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Importancia Puerperio				TOTAL
	Importante		No Importante		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	7	23,3	1	3,3	8
No concurrió	13	43,3	9	30	22
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>66,6</b>	<b>10</b>	<b>33,3%</b>	<b>30</b>

De las púerperas que concurrieron a control el 23.3%(7) considera importante el puerperio .

De las púerperas que no concurrieron a control el 43.3%(13) considera importante el puerperio.



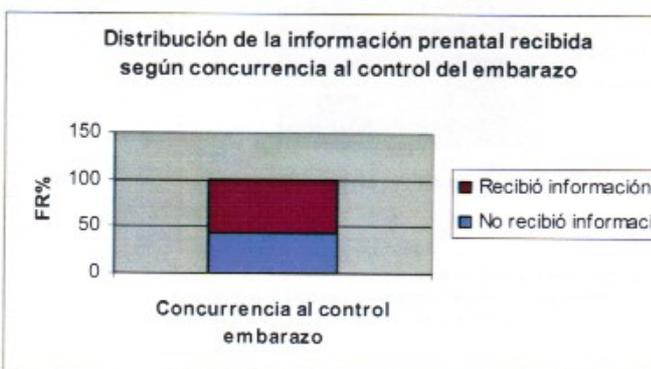
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 13- Distribución de la educación prenatal recibida por parte de las usuarias según asistencia al control embarazo**

Asistencia al control Embarazo	Educación Prenatal				TOTAL
	Recibió		No Recibió		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	11	42,3	15	57,7	26
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>42,3%</b>	<b>15</b>	<b>57,7%</b>	<b>26</b>

El 57.7%(15) de las mujeres que asistieron al Control del embarazo no recibieron educación prenatal.

El 42.3% de las mujeres que asistieron al Control del embarazo recibieron educación prenatal.



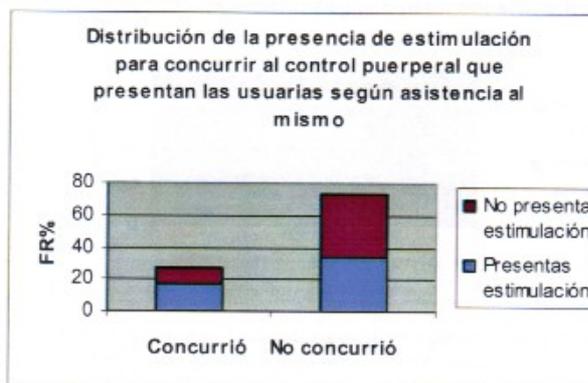
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 14- Distribución de la presencia de estimulación para concurrir al control posparto que presentan las usuarias según concurrencia al mismo**

Asistencia al control Puerperal	Estimulación				TOTAL
	Presenta		No presenta		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	5	16,6	3	10	8
No concurre	10	33,3	12	40	22
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>	<b>49,9%</b>	<b>15</b>	<b>50%</b>	<b>30</b>

El 16.6%(5) de las mujeres que Concurrieron a control puerperal Recibieron estimulación para concurrir Al mismo.

El 40%(12) de las mujeres que no concurren A control puerperal no presento estimulación Para concurrir al control posparto.



Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 15- Distribución de la presencia de allegado que cuida a los hijos de las usuarias para concurrir al control posparto según concurrencia al mismo**

Asistencia al control Puerperal	Cuidado de hijos				TOTAL
	Presenta		No presenta		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	7	23,3	1	3,3	8
No concurrió	9	30	13	43,3	22
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>53,3%</b>	<b>14</b>	<b>46,9%</b>	<b>30</b>

El 23.3%(7) de las púerperas que concurrieron Presenta un allegado que cuida de sus hijos para Concurrir al control puerperal.

El 43.3%(13) de las púerperas que no concurrieron No presenta un allegado que cuida se sus hijos Para concurrir al control puerperal.



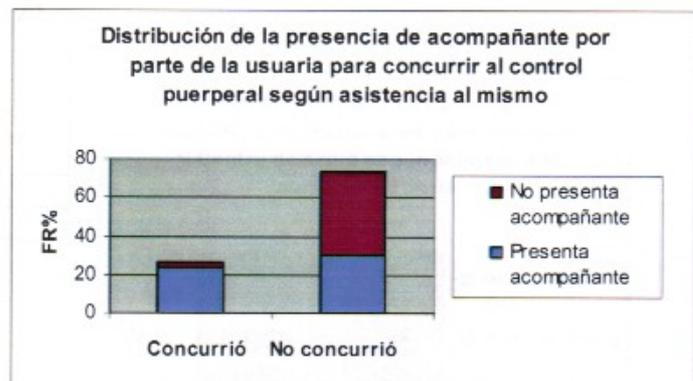
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 16- Distribución de la presencia de acompañante por parte de las usuarias para concurrir al control posparto según concurrencia al mismo**

Asistencia al control Puerperal	Acompañante				TOTAL
	Presenta		No presenta		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	7	23,3	1	3,3	8
No concurrió	9	30	13	43,3	22
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>53,3%</b>	<b>14</b>	<b>46,9%</b>	<b>30</b>

El 23.3%(7) de las púerperas que concurrieron Presenta un acompañante para Concurrir al control puerperal.

El 43.3%(13) de las púerperas que no concurrieron No presenta un acompañante Para concurrir al control puerperal.



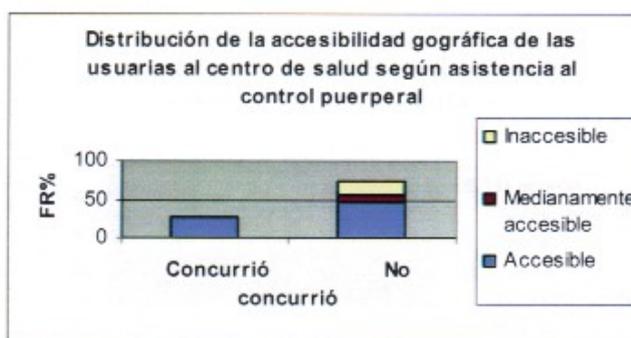
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 17- Distribución de la accesibilidad geográfica de las usuarias al centro de salud según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Accesibilidad geográfica						TOTAL
	Accesible		Medianamente accesible		Inaccesible		
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	8	26,6	—	—	—	—	8
No Concurrió	14	46,6	3	10	5	16,6	22
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>73,2%</b>	<b>3</b>	<b>10%</b>	<b>5</b>	<b>16,6%</b>	<b>30</b>

Para el 26.6%(8) de las puérperas que concurrieron a Control puerperal el Centro de Salud es accesible.

Para el 46.6%(14) de las puérperas que no Concurrieron A control puerperal el centro de Salud es accesible.



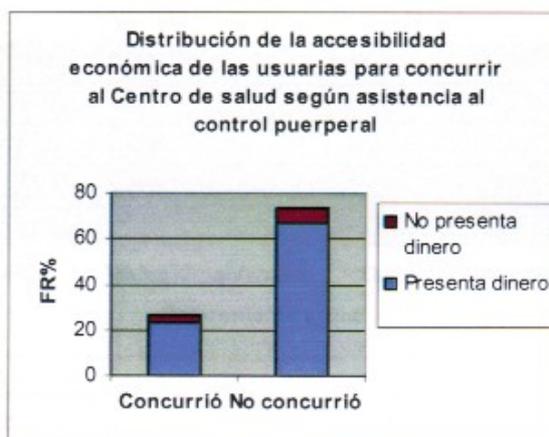
Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

**Tabla N° 18- Distribución de la accesibilidad económica de las usuarias para concurrir al centro de salud según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Accesibilidad económica				TOTAL
	Si		No		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	7	23,3	1	3,3	8
No concurrió	20	66,6	2	6,6	22
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>89,9%</b>	<b>3</b>	<b>9,9%</b>	<b>30</b>

El 23.3%(7) de las puérperas que concurrieron a Control presentaron accesibilidad económica para trasladarse al Centro de Salud .

El 66.6%(20) de las puérperas que no concurrieron Al control presentaron accesibilidad económica Para trasladarse al Centro de Salud.



Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres puérperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre-Noviembre de 2008.

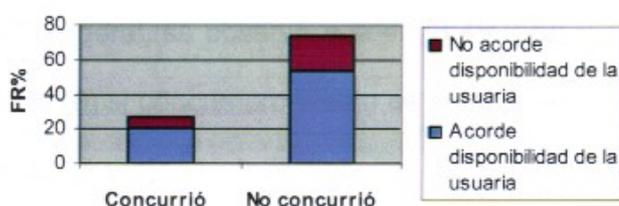
**Tabla N° 19- Distribución de la accesibilidad por parte de la usuaria al Servicio de Ginecología según asistencia al control puerperal**

Asistencia al control Puerperal	Accesibilidad a Ginecología				TOTAL
	Acorde a disponibilidad de la usuaria		No Acorde a disponibilidad de la usuaria		
	FA	FR%	FA	FR%	
Concurrió	6	20	2	6,6	8
No concurrió	16	53,3	6	20	22
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>73,3%</b>	<b>8</b>	<b>26,6%</b>	<b>30</b>

Para el 20%(6) de las púerperas que concurrieron a Control la accesibilidad al servicio de ginecología fue acorde a su disponibilidad.

Para el 53.3%(16) de las púerperas que no Concurrieron a Control la accesibilidad al servicio de ginecología fue acorde a su disponibilidad .

**Distribución de la accesibilidad al servicio Ginecológico por parte de la usuaria según asistencia al control puerperal**



Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre- Noviembre de 2008.

**Tabla N° 20- Distribución de la presencia de referente por parte de las usuarias para consultar sobre puerperio.**

Referente de Salud	FA	FR%
Familiar	9	30
Médico	14	46,6
enfermero	1	3,3
Otros	1	3,3
Ninguno	5	16,6
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

El 49.9 % (familiar, ninguno, otros) presenta como referente una fuente no profesional.

El 46.6%(14) de las púerperas Tuvieron como referente para consultar Sobre su puerperio al medico.

**Distribución del referente de salud de las usuarias**



Fuente: Entrevistas realizadas a mujeres púerperas en el marco del Trabajo de investigación: Primer control puerperal, Octubre- Noviembre de 2008.

## ANÁLISIS

El siguiente análisis se realizó en base a los datos estadísticos obtenidos durante la Investigación y a la contrastación de estos, con el marco teórico.

En relación al lugar donde se produjo el parto de las mujeres que conformaron la muestra, se obtuvo que el 93.3% (28) fue en el Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), mientras que el 6.7% (2) en el Hospital de Clínicas. El CHPR se caracteriza por ser el Centro de referencia Nacional en el área Materno-Infantil.

Con respecto al tema de estudio, Control Puerperal, se observó que el 73.4% (22) de las mujeres no concurren al mismo y el 26.6% (8) si concurren; esto es semejante a los datos recolectados previo a la ejecución del trabajo de Investigación. El control puerperal es de gran importancia para la vigilancia de la correcta readaptación del organismo a las condiciones previas al embarazo; instancia propicia para que el equipo de salud realice prevención de complicaciones, fomente el autocuidado, el vínculo madre-hijo, la lactancia materna, favoreciendo la reinserción de la mujer al medio social.

Durante los primeros diez días posparto es cuando se manifiestan las principales complicaciones del puerperio.

El control puerperal se realiza en el primer nivel de atención, jerarquizado en la actualidad por el sistema nacional de salud, en el mismo se debe realizar actividades de promoción

de salud y prevención de enfermedades, entendiéndose por Promoción: "al proceso de capacitación de la población para que incremente el control sobre su salud y de ésta forma, la mejore" \*. La prevención\*\*: "Es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad: conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y promover la salud".

En éste aspecto, enfermería profesional es fundamental ejerciendo su rol como educador de salud, ya que debe brindar información sobre la importancia del control del puerperio, sobre signos y síntomas de alarma, cambios fisiológicos que las mujeres deben esperar, desterrar hábitos y creencias que se han transmitido culturalmente y así contribuir a elevar la calidad de vida.

**Los motivos de la concurrencia**, referidos por las mujeres entrevistadas, fueron los siguientes: el 25% (2) concurrió por control de la Episiotomía, 25% (2) para el retiro de los puntos de la cesárea, 12.5% (1) por presentar complicación en la episiotomía e igual número por dolor en mamas, mientras que solo un 12,5% (1) concurrió por decisión propia y un 12.5% (1) consultó para recibir información sobre *planificación familiar (anticoncepción)*. Cabe destacar que la mayoría de

las púerperas concurrieron al control por una complicación específica y no para contribuir con su autocuidado.

Dentro del marco del "Programa Mujer y Género", uno de los pilares del Subprograma Salud Sexual y Reproductiva, es la planificación familiar, entre otras ; contribuyendo a la resolución de las inequidades presentes en la salud, tendiendo a que tanto las mujeres como hombres logren ejercer derechos ciudadanos de salud libre y responsablemente\*\*\*.

\*Carta de Ottawa-1986

\*\* OMS

\*\*\* Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Montevideo-Uruguay 2007.

Es importante que enfermería aborde esta temática para que la mujer desde el control puerperal esté informada y decida que método de anticoncepción elegirá para planificar su familia.

Solo una de las puérperas, concurreó al control por su propio autocuidado, enfermería debe poner énfasis en éste sentido, ya que desde su labor debe asignar máxima importancia a las capacidades de las personas para alcanzar, mantener, recuperar y elevar el nivel de salud.\*

En cuanto a los motivos de la no concurrencia, el 31.8% (7) no concurreó por falta de información al respecto, 22.8% (5) por no tener persona que cuide a sus hijos, 18.2% (4) desinterés, 18.2% (4) le dieron fecha para Ginecología transcurridos los 10 días posparto, 4.5% (1) la fecha para control que se le otorgó no era de su conveniencia, y 4.5% (1) no concurreó por falta de tiempo. Según lo manifestado por parte de las usuarias, los factores presentes más relevantes para la no concurrencia al control puerperal, y donde el equipo de salud puede intervenir, es brindando información acerca de éste. Ésta es una de las funciones que caracteriza al enfermero profesional, educación para la salud, proceso enseñanza aprendizaje que tiene como fin promover la salud a través de actividades responsables. Brindar información es una de las tareas de suma importancia para el cuidado de la salud de la mujer.

---

\* Teoría de déficit de autocuidado de Dorotea Orem.

Otro aspecto en el cuál se puede trabajar para aumentar la concurrencia, es realizar una mejor gestión en los servicios de Salud, dado que estos satisfacen las necesidades de los profesionales y no las necesidades de los propios usuarios; esto se ve reflejado en el 18.2%(4) de las mujeres entrevistadas a las cuáles se les otorgó fecha para control pasados los 10 días posparto.

El 49.9% (16) de las púerperas presentan como referente para consultar sobre su puerperio, una fuente no profesional (familiar, ninguno y otros) y el 46.6% (14) de las púerperas tuvieron como referente al médico.

La edad predominante, dentro del grupo de mujeres que concurrieron al control puerperal es de Adolescente con 13.3% (4), seguida con un 6.6% (2) de Adultas jóvenes, y 6.6% (2) de Adultas. Dentro del grupo de mujeres que no concurrieron, el 36.6% (11) corresponden a la franja etarea de Adulta joven, 20% (6) de Adulta, y 16.6% (5) de Adolescentes. A pesar de los mitos preestablecidos en la sociedad sobre el desinterés e inmadurez de los adolescentes, en la muestra se observó, que las mujeres adolescentes fueron quienes asistieron al control puerperal.

El nivel de instrucción en las mujeres que concurrieron, el 13.3% (4) presenta Secundaria Incompleta, el 10% (3) Primaria Completa y 3.3% (1) terciaria Incompleta. Con respecto a las púerperas que no concurrieron, el 33% (10) tiene Secundaria Incompleta, 23.3% (7) Primaria Completa, 10% (3) Primaria incompleta, 6.6% (2) Terciaria incompleta. En ambos grupos de observación, se refleja que el nivel de instrucción es el mismo, son todas alfabetizadas.

Sobre la variable ocupación, el 23.3% (7) de las que concurrieron se encontraban desocupada y el restante 3.3% (1) estaba laboralmente activa; dentro del grupo que no concurrió el 66.6% (20) estaba desocupada y 6.6% (2) ocupadas. En esta variable se destaca que la mayoría de las púerperas, sin importar la concurrencia al control, en el momento de la entrevista, no presentaba trabajo; motivo por el cual no existían impedimentos laborales para la concurrencia al control.

El número de hijos que tienen las mujeres que concurrieron al control, es en el 16.6% (5) de los casos un hijo y el 10% (3) tiene más de un hijo; de las mujeres que no concurrieron el 63.3% (19) tiene más de un hijo, 10% (3) tiene solo uno.

El 100% (8) de las mujeres que concurrieron a control puerperal, controlaron su embarazo; de las mujeres que no asistieron a control puerperal el 60% (18) sí controló su embarazo, mientras que el 13.3% (4) no lo controló. Las mujeres se preocupan por mantener un embarazo saludable, asistiendo a los controles pautados en beneficio de su hijo, realidad que no se mantiene durante el posparto, ya que antepone el rol madre sobre el rol mujer. Haciendo referencia al control del puerperio anterior en las mujeres que tienen más de un hijo (22), el 13.6% (3) se controló el puerperio anterior y el actual; de las mujeres que no concurrieron al control del puerperio actual, 45.4% (10) se controló el puerperio anterior, y el restante 40.9% (9) no lo controló. La mayoría de las mujeres a pesar de haber controlado su puerperio anterior, no concurrieron a controlarse el actual.

De las mujeres que concurren al control puerperal el 6.6% (2) presentó algún tipo de complicación durante el puerperio, y el 20% (6) no presentó complicaciones. El tipo de complicación encontrada fue en la episiotomía, y dolor en las mamas.

De las mujeres que no concurren al control puerperal el 6.6% (2) presentó algún tipo de complicación durante el puerperio, y el 66.6% (20) no presentó complicaciones. El tipo de complicación encontrada fue hemorragia.

Con respecto a la importancia asignada al control del puerperio, de las mujeres que concurren a control, el 23.3% (7) refirió que es importante y el 3.3% (1) no es importante; mientras que de las mujeres que no concurren 43.3% (13) manifestó que era importante y el 30% (9) no lo consideró importante. En ambos grupos, las mujeres refirieron que es importante el control puerperal a pesar de que la mayoría no concurre al mismo.

De las mujeres que controlaron su embarazo (26), el 42.3% (11) recibió información sobre el puerperio durante dichos controles y el 57.7% (15) no recibió información acerca del mismo. El control prenatal es una instancia óptima donde Enfermería debe brindar una atención integral, abordando a la usuaria como un ser bio psico socio cultural; informando acerca de los cuidados durante el embarazo, y a su vez promoviendo los cuidados posparto, favoreciendo la transición de la no maternidad a la maternidad, haciendo énfasis en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer.

En cuanto a la estimulación que presentan las mujeres para concurrir al control puerperal, el 16,6% (5) de las mujeres que concurren al control puerperal presenta estimulación y el 10% (3) no presentaron. De las mujeres que no concurren al control puerperal el 40% (12) no presentó estimulación y el 33,3%(10) presentó estimulación.

De las usuarias que no asistieron al control puerperal 43,3% (13) no tiene una persona que cuide de sus hijos para que asista a éste, el 30% (9) si lo presenta. Las usuarias que concurren al control puerperal 23,3% (7) presenta a una persona que cuide de sus hijos, el 3,3% (1) no lo presenta.

El 43,3%(13) de las mujeres que no concurren al control puerperal no presenta a una persona que la acompañe para concurrir al mismo y el 30% (9) presenta un acompañante. De las mujeres que concurren al control puerperal el 23,3% (7) presenta acompañante, el 3,3% (1) no presenta.

En relación a estas últimas variables analizadas, se observó que la mayoría de las mujeres que no concurren al control puerperal tiene más de un hijo y además no tienen una persona allegada que cuide de los mismos. Carecen de estimulación y de un acompañante para asistir al control puerperal.

Debido a la interacción continua entre la mujer con su entorno, se debe plantear la importancia de la familia como generadora de salud y/o enfermedad. Es importante el apoyo, el asesoramiento y la educación de los profesionales a la familia, establecer estrategias conjuntas para que cada uno de los integrantes cuide de su salud con apoyo de los demás integrantes del núcleo.

Se debe conocer la familia de la puérpera, brindarles información y trabajar en conjunto "todas las puérperas necesitan una red de soporte para no desmoronarse luego de las modificaciones físicas y emocionales que provoca el parto" \*.

En cuanto a la variable accesibilidad geográfica por parte de la usuaria al Centro de Salud y subcentros del área de referencia de este, en las mujeres que no concurrieron a control, el 46.6% (14) es accesible, el 10% (3) es medianamente accesible, y el 16.6% (5) no es accesible. Dentro del grupo de mujeres que concurrieron a control, para el 100 % (8) es accesible.

La accesibilidad económica por parte de la usuaria para acceder al Centro de Salud y subcentros del área de referencia de este, en las mujeres que concurrieron, el 23.3% (7) presenta dinero para concurrir, el 3.3% (1) no presenta dinero. De las mujeres que no concurrieron, el 66.6% (20) presenta dinero para trasladarse, y el 6.6% (2) no presenta. A pesar de que los Centros de Salud se encuentran a una distancia óptima para la población y estas presentan recursos económicos para concurrir a los mismos, las mujeres no asistieron.

---

\* Gutman Laura, La maternidad, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Julio 2003.

En relación a la accesibilidad por parte de la usuaria al Servicio de ginecología del Centro de Salud y subcentros del área de referencia de éste, de las mujeres que no se controlan el 53,3%(16) refiere que es acorde a la disponibilidad de la misma y el 20%(6) manifiesta que no es acorde a la disponibilidad; en lo que respecta a las mujeres que controlaron su puerperio el 20%(6) manifiesta que es acorde a su disponibilidad y el 6,6%(2) no es acorde. Para la mayoría de las mujeres entrevistadas, la accesibilidad al Servicio Ginecológico es acorde a sus necesidades.

## CONCLUSIONES

Respondiendo a la pregunta problema planteada al inicio de la Investigación, concluimos lo siguiente: 73,4% (22) de la muestra no concurreó a realizarse el control posparto, justificando el abordaje de la temática de estudio.

Dentro del grupo de las mujeres que concurrieron a control posparto (8), los motivos referidos presentes en la concurrencia fueron los siguientes: control de episiotomía 25% (2), retiro de los puntos de cesárea 25% (2), interés por su autocuidado 12,5% (1), complicación en la episiotomía 12,5% (1), dolor en mamas 12,5% (1) y consulta por planificación familiar 12,5% (1).

Dentro del grupo de las mujeres que no concurrieron (22), los motivos referidos presentes en la no concurrencia fueron los siguientes: falta de información al respecto 31,8% (7), luego no tener persona que cuide a sus hijos 22,8% (5), desinterés 18,2% (4), el servicio otorgó fecha pasados los 10 días posparto 18,2% (4), la fecha otorgada no fue de su conveniencia 4,5% (1), y por último no concurrieron por falta de tiempo 4,5% (1).

A pesar de que la mayoría de las mujeres no concurrieron al control puerperal, si controlaron su embarazo 86.6% (26) y durante estos controles, no recibieron información prenatal sobre la importancia del puerperio 57.7% (15).

El 49.9% (16) de las puérperas presenta como referente una fuente no profesional (familiar, ninguno y otros).

Con respecto a la caracterización de las mujeres que concurren al control puerperal, 13.3% (4) de las mujeres fueron adolescentes, con Secundaria Incompleta 13.3% (4), y desocupadas 23.3% (7). El 23.3% (7) considera importante controlarse el puerperio. Con respecto al número de hijos, el 16.6% (5) de las mujeres eran primerizas; y las que tenían más de un hijo, el 13.6% (3) controlaron su puerperio anterior.

El 20% (6) no presentó complicaciones durante el puerperio actual.

En cuanto a la accesibilidad de las mujeres al Centro de Salud, para el 100% (8) es, geográficamente accesible, y el 23.3% (7) presenta dinero para trasladarse. Para el 20% (6) de las mujeres el Servicio de Ginecología es acorde a sus necesidades.

El 16.6% (5) de las mujeres presentaron el apoyo de un allegado que las estimuló, acompañó a realizarse el control posparto 23.3% (7), y además cuidó de sus hijos para que se lo pudieran realizar 23.3% (7).

Con respecto a la caracterización de las mujeres que no concurren al control puerperal, se observó que el 36.6% (11) de las mujeres fueron adultas jóvenes, con Secundaria Incompleta 33% (10), y desocupadas 66.6% (20). El 43.3% (13) consideran que es importante controlarse el puerperio. Con respecto al número de hijos, el 63.3% (19) de las mujeres tienen más de un hijo y controlaron su puerperio anterior 45.4% (10).

La mayoría no presentó complicaciones durante el puerperio actual 66.6% (20).

En cuanto a la accesibilidad de las mujeres al Centro de Salud, para el 46.6% (14) es geográficamente y económicamente accesible en el 66.6% (20) de los casos. Para el 53.3% (16) de las mujeres el Servicio de Ginecología es acorde a sus necesidades.

El 40% (12) no presentaron el apoyo de un allegado que las estimuló, acompañó a realizarse el control posparto 43.3% (13), y además cuidó de sus hijos para que se lo pudieran realizar 43.3% (13).

Se cumplieron los objetivos planificados al inicio de la investigación.

En suma, se observó que los factores presentes en la no concurrencia al control posparto fueron: no recibir información prenatal sobre la importancia del puerperio, presentar más de un hijo, no presentar el apoyo de un allegado que las estimule para concurrir al control posparto, no contar con una persona que las acompañe a realizarse el control posparto, y además no contar con quien cuide de sus hijos mientras asiste a la consulta.

Los factores presentes para la concurrencia a control posparto fueron: ser adolescente, presentar solo un hijo, presentar el apoyo de un allegado que las estimule para concurrir al control posparto, contar con una persona que las acompañe a realizarse el control puerperal, y además contar con quien cuide de sus hijos mientras asiste a la consulta.

Los factores que no hicieron la diferencia para la concurrencia al control posparto: el nivel de instrucción, ocupación, la accesibilidad geográfica y económica al Centro de salud, y la disponibilidad de la usuaria al Servicio de Ginecología.

*¿Se comportarán estos factores estudiados como obstaculizadores y/o favorecedores para la concurrencia de las mujeres al primer control posparto.....?*

## PROPUESTAS

A partir de la presente investigación creemos de relevancia la elaboración de un Subprograma dentro del marco del Programa Mujer y Género: "Atención de la mujer durante el puerperio" en el Primer Nivel de Atención.

Los lineamientos principales a tratar serían:

- Informar a la mujer y su red de soporte social sobre la importancia del control puerperal durante el control prenatal. En éste aspecto enfermería debe destacarse como profesionales trabajando con la usuaria y su entorno en la promoción de la salud y prevención de complicaciones. Fortalecer los aspectos positivos y trabajar en los aspectos obstaculizadores. Generar instancias educativas incidentales y programadas a nivel individual y colectivo.

- Reestructuración y reorganización del Servicio de Salud para una captación precoz y oportuna de la puerpera, trabajando de manera conjunta con el Programa Aduana. Implementar sistemas de registros; por ejemplo en el carné prenatal una sección para el control puerperal, donde se registre la información más relevante.

Que el servicio brinde una fecha durante el control prenatal, para la consulta puerperal dentro de los diez primeros días posparto.

Dejar dos números libres en la Consulta Ginecológica, para realizar consulta de puerperas captadas espontáneamente.

Brindar atención ginecológica en doble turno.

Protocolizar la atención ginecológica en simultáneo con la atención al recién nacido.

La Enfermera Profesional, tendrá un rol protagónico en la difusión de esta problemática, y la posterior implementación y gestión de este nuevo Programa de Salud, abordándolo desde el Primer Nivel de atención en coordinación con el Segundo Nivel; contando con una adecuada infraestructura, recursos humanos suficientes, a los cuales deberá capacitar y orientar para brindar una atención integral a la salud de la mujer.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Ander-Egg, E. "Técnicas de investigación social". Humanitas, Bs.As, 1995.
- Ander-Egg, E.- Aguilar Idanez, M<sup>a</sup> J. "Diagnóstico social, conceptos y metodologías". Lumen, Bs.As, 1995.
- Borrougns. A, Leiter. G. "Enfermería Materno Infantil".
- Canales Francisca y otros. "Metodología de la Investigación". Segunda edición. Editorial OPS. Washington, Estados Unidos. 1994
- Cibanal, L. "Interrelación del profesional de enfermería con el paciente". Doyma, Barcelona, 1991.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Acta: Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, septiembre de 1978.
- Costa C., Neves N. "Atención integral de salud". Departamento de Enfermería Comunitaria, Montevideo, 1997.
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, Tercera Edición, Editorial Ramón Sopena S.A, Barcelona 1978.
- Dickason-Silverman-Schult "Enfermería Materno Infantil", Segunda edición. Editorial Mosby-Doyma Libros, 1995.
- Defey. Denise (compiladora) "El bebé, sus padres y el hospital", serie mujer y maternidad tomo III. Editorial Roca Viva. Montevideo-Uruguay, 1995.
- Facultad de Enfermería. Plan de Estudio Licenciatura en Enfermería. Montevideo, 1993.
- Frías A. Osuna. "Salud pública y educación para la salud". Masson, Barcelona, 2000.
- Frías Osuna, A. "Enfermería Comunitaria". Masson, Barcelona: 2000.
- Gutman Laura, La maternidad, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Julio 2003.
- Gutman Laura, Puerperios y otras exploraciones del alma femenina, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Setiembre 2004.
- Ketzoian Carlos y colaboradores, "Estadística Médica", Oficina del Libro FEFMUR, Montevideo, Abril 2003.

- Max-Neef, M. "Un desarrollo a escala humana". Nordan, Montevideo, 1993.
- Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Montevideo-Uruguay 2007.
- Ministerio de Salud Pública, Guías en Salud Sexual y Reproductiva, capítulo Anticoncepción (métodos reversibles), Uruguay 2007.
- Larousse Rizzolli "El mundo de la medicina" desde la A hasta la Z. Editorial Nogver, S.A, 1974.
- Pérez Sánchez Alfredo, "Obstetricia", Segunda edición. Publicaciones técnicas mediterráneas. Santiago de Chile. 1985.
- Polto Jaime. Pautas Terapéuticas en Obstetricia, Prof. coordinador general, Oficina del Libro Aem, Montevideo-Uruguay, 1999.
- Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, Ottawa, noviembre de 1986.
- Ramos Clero E. "Enfermería Comunitaria. Métodos y técnicas" Ediciones DAE, Madrid, España, 2000.
- Roca, Alfonso et al. "Enfermería Comunitaria I". Serie de Manuales de Enfermería. Masson -Salvat, Barcelona, 1992.
- Shwarz Ricardo. y otros "Obstetricia", Librería "El ateneo" editorial. Cuarta edición, cuarta reimpresión.

Páginas de internet utilizadas:

<http://www.mtss.gub.uy>

<http://www.BPS.gub.uy>

<http://www.Google/Entrevista>

# ANEXOS

ANEXO 1

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.  
FACULTAD DE ENFERMERÍA.

# **PROCOLO DE** **INVESTIGACIÓN**

## **Primer Control** **Puerperal**

MONTEVIDEO, SETIEMBRE DE 2008.

Autores:

Br. Cabrera Antonella

Br. Canelas Luciana

Br. Ferreira Laura

Br. Manera Ana Paula

Br. Tejera Maria Victoria

## **RESUMEN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN**

El presente trabajo surge como requisito previo para obtener el título de Licenciatura en Enfermería, el mismo será realizado por cinco estudiantes de dicha carrera.

A partir de esta investigación se pretende conocer cuáles son los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia de las púerperas a su primer control ginecológico, con el fin de determinar como afecta dicha problemática en el proceso salud- enfermedad de las mismas, y a través de esta, crear un punto de partida para futuras investigaciones que permitan profundizar estos aspectos, así como también poder actuar e intervenir, como futuros profesionales de la salud.

La población de estudio pertenece a usuarias púerperas que llevan a control pediátrico a sus hijos, al Centro de Salud Cruz de Carrasco y Subcentros del área de referencia de este.

La temática abordada surge durante la experiencia práctica de Internado, en el Servicio de Pediatría de dicho Centro; donde se observó que las mujeres púerperas llevaban a control a su recién nacido pero no concurrían a realizarse su propio control ginecológico.

Otro dato a destacar que surge del relevamiento de mujeres embarazadas atendidas en el Servicio ginecológico- Cruz de Carrasco y que tuvieron su parto durante los meses de Enero a Agosto de 2008, es que de un total de 130 mujeres el 61.5% (80) de las mismas no realizó su control puerperal en tiempo y forma, 29.2% (38) si realizaron su control, 9.2% (20) no se obtuvieron datos. N=130

A raíz de esto, nace la inquietud de abordar e indagar más sobre esta temática.

El tipo de estudio será cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. Para la recolección de datos se estipula el periodo de tiempo comprendido entre 1ero de Octubre y 14 Noviembre de 2008.

El abordaje a la usuaria se realizará mediante una entrevista estructurada semiabierta, a través del contacto directo con la usuaria, e indirecta a través del contacto telefónico.

Para el análisis estadístico se utilizará análisis univariado, tablas con frecuencias absolutas, frecuencias relativas porcentuales, y gráficos donde se representarán las variables.

**TITULO DEL PROYECTO:**

**“Primer Control Puerperal”**

**Pregunta Problema:**

**¿Cuales son los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al primer control posparto de las puérperas de 12 a 44 años, Centro de Salud “Cruz de Carrasco” y Subcentros del área de referencia del mismo, entre el 1ero de Octubre y 14 de Noviembre de 2008?**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al primer control posparto de las puérperas de 12-44 años, del Centro de Salud "Cruz de Carrasco" y Subcentros del área de referencia del mismo, entre el 1ero de Octubre y 14 de Noviembre de 2008.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Cuantificar el número de puérperas que atienden sus hijos en el "Centro de Salud Cruz de Carrasco" y en subcentros del área de referencia del mismo.
- Identificar las usuarias que concurren al control puerperal dentro del periodo establecido (10 diez días posparto).
- Identificar las usuarias que no concurren al control puerperal.
- Identificar los factores presentes en la concurrencia al control posparto.
- Identificar los factores presentes en la no concurrencia al control posparto.
- Comparar los factores presentes en la población que concurrió y en la que no concurrió al Control Puerperal.

## FUNDAMENTACIÓN:

En el Uruguay según censo realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas en el año 2004, existen 1.675.470 mujeres de las cuales el 54,8% se encuentra en edad reproductiva, registrándose en dicho año 50.052 nacimientos.

El total de muertes femeninas es de 15.324, año 2004. La tasa de mortalidad materna producto de las complicaciones durante embarazo, parto y puerperio es de 0.6 por mil, en el mismo año (Ver Anexo I). No hay información específica sobre morbilidad durante el puerperio, aunque en el periodo puerperal las complicaciones más severas y frecuentes son: las hemorragias, infecciones e incluso alteraciones a nivel psicoemocional.

De acuerdo a información obtenida en el SIP (Sistema Informático Perinatal), los únicos registros existentes en el Hospital Pereira Rossell, son acerca de los reingresos de las mujeres que presentan Infecciones puerperales. Los datos obtenidos acerca de las infecciones puerperales, fueron los siguientes: de 8193 partos en el Hospital Pereira Rossell, periodo Enero-diciembre 2007, el 94.4% (7737) de las mujeres no reingresaron al Hospital por este tipo de complicación, 0.5% (43) mujeres tuvieron reingreso por dicha complicación, mientras que en el 5% (413) de los casos no se tiene información (Ver Anexo II)

Actualmente en el Uruguay no existen registros de controles puerperales ni sistemática de controles, así como tampoco búsqueda activa de control de puérperas, no se toman medidas para realizarlo, no hay políticas ni Programas que se centren en esto. Esta situación es semejante a la realidad observada en el Centro de Salud Cruz de Carrasco, dependiente de la Red de Atención del Primer Nivel (RAP), Ministerio de Salud Pública. De un total de 132 mujeres embarazadas atendidas en el Servicio ginecológico-Cruz de Carrasco y que tuvieron su parto durante los meses de Enero a Agosto de 2008, es que de un total de 130 mujeres el 61.5% (80) de las mismas no realizó su control puerperal en tiempo y forma, 29.9% (38) si realizaron su control, 9.2% (12) no se obtuvieron datos.

De la experiencia Internado Facultad de Enfermería, Programa Aduana llevada a cabo desde el 1ero de Abril al 30 de Setiembre de 2008 en dicho Centro, se obtuvo que de un total de 79 mujeres puérperas que llevaron a control a su recién nacido, el 72% (57) no concurren a realizarse su primer control posparto, mientras que el 28% (22) concurren a control posparto.

A raíz de esta información, surge que la temática tiene gran relevancia para ser abordada en dicho Centro de Salud, ya que la población de mujeres que no controlaron su puerperio se destaca en el total de puérperas relevadas. Además se destaca, que este es un Centro formador de recursos humanos ya que acuden estudiantes de diversas facultades, por tanto es importante dar a conocer a estos la problemática con el fin de intervenir sobre la misma.

El puerperio, como etapa por la que muchas mujeres atraviesan, representa cambios a nivel fisiológicos, anatómicos, mentales y emocionales, también cambios en el entorno; se necesita de tiempo para reorganizar o redistribuir las actividades en el hogar, adecuar las relaciones familiares, se necesita de tiempo para el cuidado del vínculo con la pareja, así como con los demás hijos, y cuidados del recién nacido.

Antiguamente el puerperio era considerado como un período de reposo y de atención exclusiva al recién nacido; actualmente la realidad es otra, ya que la mayoría de las mujeres viven en familias nucleares sin apoyo familiar. Todas las puérperas necesitan una red de soporte para no desmoronarse luego de las modificaciones físicas y emocionales que provoca el parto.

La reincorporación a la vida laboral dentro de los cuarenta días, es otra dificultad real, a la que la mujer debe enfrentar sin importar cuanto le lleve a ésta la recuperación pos parto.

El control puerperal es una instancia donde el equipo de salud debe acompañar y asistir las modificaciones normales, en la cual es oportuno brindar información a la mujer y el entorno para el mejor transcurso de ésta etapa, sin dejar de lado la prevención y detección oportuna de las complicaciones y patologías que pueden aparecer.

Por lo anteriormente mencionado, el control puerperal es un momento óptimo donde se debe actuar, fomentando la promoción y cuidado en salud de la mujer a través del autocuidado, sin dejar de lado la función maternal en cuanto a la promoción de la lactancia materna, el apego del binomio madre-hijo, los cuidados del niño y el asesoramiento de la usuaria y la pareja en cuanto a la adopción de medidas anticonceptivas.

El autocuidado fortalece la capacidad reaccional de la mujer, permitiendo una natural articulación entre el rol mujer y rol madre. Esta adaptación facilitará su pronta recuperación y re inserción en el ámbito familiar, social y laboral.

A partir de los últimos años ha existido un cambio en la concepción asistencialista, dirigido a fortalecer la Atención Primaria de Salud, en la cual la auto responsabilidad es uno de los principios que subyacen a esta y esta íntimamente relacionada con el autocuidado.

La organización de los servicios de salud apunta a los beneficios de los profesionales de la salud y no a la necesidad e intereses de los grupos poblacionales.

Problema detectado también en el Centro de Salud, donde no se toman decisiones que favorezcan el control ginecológico de la mujer puérpera cuando concurre a controlar a su recién nacido. Nuestro sistema de Salud le brinda mayor prioridad al control y cuidado del recién nacido, a través de la implementación y ejecución del Programa "Aduana"; no existiendo un abordaje a la mujer puérpera dentro del marco del Programa "Mujer y género".

Por ello se resalta la importancia de abordar ésta problemática y dar a conocer los factores presentes en la concurrencia y la no concurrencia al control puerperal, para poder actuar como futuros profesionales de salud, en beneficio de la población adecuando la gestión de los recursos, favoreciendo y satisfaciendo las necesidades e intereses de la población.

Por último se destaca que la investigación presenta factibilidad política, social, económica, cultural y técnica; la población presenta interés en el tema ya mencionado. Para la puesta en marcha de dicho proyecto, se contara con los recursos económicos suficientes para llevar a cabo el mismo en óptimas condiciones y en tiempo y forma. Las personas a cargo de la investigación cuentan con los conocimientos y la experiencia necesaria para realizar la investigación propuesta.

## **MARCO TEORICO**

Existen ciertos conceptos fundamentales y básicos, que no se pueden dejar de mencionar como lo son Salud, Salud Enfermedad y Hombre.

**Salud** según Salleras, "es el logro del mas alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores en los que vive inmerso el individuo y la colectividad".

**Salud- Enfermedad** "Es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el hombre puede tomar distintos grados de independencia dependiendo de su capacidad reaccional y de la situación salud-enfermedad en que se encuentre.

La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurado por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos"

"El hombre es un ser biopsicosocial, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva, es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de si mismo y de la realidad; se expresa a través de sus necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aun cuando lo que el piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del hombre".

**Enfermería**, según el Plan de estudios de 1993, "es una disciplina científica

Encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de ser humano, ya sea persona, familia o grupo de población ". Se define disciplina científica como un área de investigación y de práctica marcada por una perspectiva única, o por una manera distinta de examinar los fenómenos

El estado de salud de una persona o de una población en un momento dado, es el resultado de la acción de distintos factores, de la interacción dinámica entre el ambiente interno del ser humano y los multiambientes externos donde vive.

Continuando con la línea de conceptos relacionados al hombre y su proceso salud-enfermedad, es necesario abordar el concepto de **Atención Integral a la salud** de los individuos, el cuál toma al hombre como un ser integral, como un todo y no como un ser aislado en la atención de su salud.

La atención integral a la salud, supone el desarrollo de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación dirigidas a las personas y el ambiente, con el objetivo de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos y reparar los daños producidos, actuando en todo momento con una orientación preventiva y con un equipo multidisciplinario.

Las características de la atención integral a la salud son: Universalidad, Continuidad, Integralidad, Accesibilidad, Oportuna, Eficacia de los servicios, Eficiencia de los servicios, Humanitaria, Trabajo interdisciplinario.

En la actualidad, se están realizando diversas acciones, en conjunto entre las diferentes organizaciones relacionadas con la salud para lograr en el país, el cambio en el **Modelo de Atención a la Salud** existente, cambio basado en tres grandes ejes: cambio en la asistencia, cambio en la gestión y cambio en la financiación. Apuntando a lograr: la Atención Integral, acción coordinada entre los diferentes efectores, énfasis en la promoción de la salud, enfoque familiar y social, evaluación de la calidad asistencial, democratización del saber, jerarquizar el rol de la clínica y el vínculo entre profesional y usuario, jerarquizar el primer nivel de atención, jerarquizar la participación de la población como un protagonista fundamental para modificar los factores, trabajo en equipo, reorganización territorial, referencia y contrarreferencia, socialización de la información, revalorización del compromiso ético con la salud de la población.

Al hablar de una atención integral a la salud se deben mencionar los diferentes **Niveles de Atención** implícitos en ella, como forma de organizar el Sistema de Salud para brindar una adecuada cobertura asistencial a la población. El Primer Nivel de Atención es la puerta de ingreso al Sistema de Salud, que permite organizar los recursos de salud para satisfacer las necesidades básicas de atención y/o las prácticas más frecuentes en la

atención de la salud de la población, y está relacionado y apoyado por el segundo y tercer nivel que brindan otro tipo de servicios más complejos y especializados.

En la actualidad con el nuevo Modelo de Atención la estrategia utilizada para mejorar y fortalecer el primer nivel de atención es la "Atención primaria en salud" "Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas científicamente fundadas socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con su espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación" OMS Alma-Ata año 1978. Sus principios más importantes son: justicia social e igualdad, auto responsabilidad, solidaridad internacional y aceptación de un concepto amplio de salud. Implica un enfoque multisectorial.

Al hablar de primer nivel de atención se deben tener en claro diferentes conceptos asociados a las actividades desarrolladas en él, entre los cuales se destacan el de prevención y promoción de la salud.

**La prevención** "Es el producto de estudios epidemiológicos sobre la causalidad de la salud y la enfermedad; conociendo la historia social de la enfermedad, la epidemiología puede proponer medidas y técnicas para prevenir la enfermedad y promover la salud".

#### **Niveles de prevención:**

- Prevención primaria: según OMS: "acciones destinadas a disminuir la incidencia de la enfermedad en una población, reduciendo el riesgo de aparición de nuevos casos"

1. Promoción a la salud

2. Protección específica

- Prevención secundaria: según OMS: "acciones destinadas a disminuir la prevalencia de una enfermedad en una población".

1. Detección precoz

2. Tratamiento oportuno

- Prevención terciaria: según OMS: " acciones destinadas a disminuir el daño, empeoramiento, la incapacidad, la dependencia". Este nivel está centrado en dos actividades importantes:

## 1 Rehabilitación

## 2 Reinserción social

Se entiende por **Promoción** (Carta de Ottawa, 1986) al proceso de capacitación de la población para que incremente el control sobre su salud y de esta forma, la mejore. De esto se desprenden cinco puntos básicos: 1) Ocuparse de la población en su vida diaria, más que de las personas que ya están en riesgo o que desarrollan determinadas enfermedades o que utilizan los diferentes servicios sanitarios.

2) Dirigir acciones hacia las causas básicas de la pérdida de salud. 3) Utilizar diferentes enfoques como son educación

e información, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud y legislación. 4) Dependencia de participación de la población.

5) Todos los profesionales de la salud y especialmente aquellos que trabajan en el primer nivel de atención desarrollan un papel fundamental en la promoción de la salud ayudando a que estos procesos sucedan.

Para lograr una atención integral a la salud de la población se debe realizar planificación en salud, programación y trabajar con los diferentes programas de Salud, los cuáles involucran al personal sanitario, gobierno, diversas organizaciones sociales y a la población en su conjunto.

Como parte del proceso para lograr esta atención, es de suma importancia el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario entre los diferentes profesionales que forman parte del equipo de salud; en donde cada uno apoye las actividades de los demás desarrollando sus competencias específicas en cada circunstancia; es decir cada uno ejerciendo su rol pero interactuando entre sí.

**La planificación en salud**, según Pineault: " es un proceso continuo de provisión de recursos y de servicios necesarios para conseguir los objetivos determinados según un orden de prioridad establecido, permitiendo elegir la o las soluciones óptimas entre muchas alternativas. En esta elección se toman en cuenta el contexto de dificultades internas y externas conocidas actualmente o previsibles en el futuro". Este proceso planificador tiene ciertas características: prospectivo, ligado al contexto sociopolítico en el

que se encuentra insertado, proceso continuo y dinámico, naturaleza multidisciplinaria, participativa. Etapas de la planificación: 1) identificación de la situación salud- enfermedad. 2) Establecimiento de prioridades. 3) Fijación de fines. 4) Objetivos generales y específicos. 5) Determinación de actividades. 6) Provisión de los recursos. 7) Planteo de objetivos operativos. 8) Puesta en marcha del programa. 10) Evaluación.

La programación, es un instrumento operativo que ordena y vincula en el tiempo y espacio, actividades, personal y recursos necesarios para alcanzar metas y objetivos establecidos en forma previa.

Ander Egg define al **programa** como: "conjunto de actividades realizadas mediante técnicas y procedimientos bien definidos, cumplidos en plazos y áreas, con recursos calificados y cuantificados para alcanzar propósitos, objetivos y metas previamente establecidos".

En el primer nivel de atención de salud se trabaja con diversos programas, dentro de los cuales encontramos: **Programa Mujer y Género**.

El Ministerio entendió la necesidad de la creación del PROGRAMA PRIORITARIO DE LA SALUD DE LA MUJER Y GÉNERO, así como el Programa nacional de la Niñez, Adolescencia, Adulto y Adultos mayores al considerar a las personas desde su nacimiento hasta su muerte como individuos para quienes se focalizan las acciones de salud y las Políticas Públicas.

La población uruguaya se ha caracterizado por ciertas peculiaridades en la conformación de su Estado y de su sociedad que señalan ventajas con el resto de los países latinoamericanos.

El desarrollo se ha basado en la conformación de Estado con una legislación social de avanzada, que implementó la licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, divorcio por sola voluntad de la mujer, entre otros.

La rápida transición demográfica y epidemiológica permitió exhibir niveles de fecundidad y mortalidad similares a países industrializados. Como consecuencia el país presenta una estructura de población envejecida precisamente el 60% de los habitantes de 65 y mas

años son mujeres, las fuertes corrientes migratorias han constituido a que la población femenina constituya el 52% de la población nacional (INE 2005).

La atención sobre la adolescencia y el climaterio como etapas de transición en la vida de las mujeres así como la vigencia de sus derechos sexuales y reproductivos, las evidencias de la violencia de género en particular y la familia en general, han transformado conceptos, marcos teóricos y puntos de inflexión para la atención específica de cada una de estas personas implicadas, viéndolas desde una óptica integradora, personal y social.

Que incluye independizar el binomio madre-hijo y generar procesos de interdependencia atendiendo a una y otros como sujetos en si mismo.

El Programa tiene como propósito el Contribuir a la resolución de las inequidades presentes en la salud de la población, tendiendo a que tanto mujeres como hombres logren ejercer derechos ciudadanos de salud, libre y responsablemente.

Donde además se enuncian como objetivos:

- Promover entre las mujeres la educación para la salud, garantizando el ejercicio de los derechos ciudadanos y contribuyendo al desarrollo de comunidades saludables.
- Crear o adecuar los espacios de atención y promoción de la salud, actualizando normas y contribuyendo a la actualización de leyes y decretos.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de mujeres y hombres relacionada al cáncer en general y genito mamario en particular.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad de las mujeres, relacionada con la violencia doméstica.
- Contribuir a la reducción del daño a la salud mental de las mujeres relacionada con la sobreexigencia y la inequidad de los roles tradicionales.

Las estrategias planteadas para lograr los objetivos se basan en la participación de mujeres y varones en los procesos programáticos, promoción de la salud, prevención en sus tres niveles, coordinación interinstitucional, coordinación intersectorial, coordinación internacional, aplicación de la perspectiva de género, participación de los varones.

El Programa de la Salud de la Mujer y Género, se integra con seis Área Prioritarias:

- Salud sexual y reproductiva

- Violencia de género
- Cáncer en la mujer.
- Salud mental y género
- Asesoría, investigación y gestión
- Condición del varón

Dentro del componente Salud sexual y reproductiva se plantea actividades de actualización periódica de las normas para la asistencia en anticoncepción, aspectos integrales para la atención del embarazo, parto, puerperio de bajo riesgo y período neonatal.

Creación de las normas para la atención alto riesgo del embarazo, parto, puerperio, y período neonatal. Realización de campañas de información pública sobre salud sexual, planificación familiar y derechos de elección en materia de reproducción.

Vigilancia para asegurar el acceso universal y equitativo a una amplia oferta de métodos anticonceptivos seguros y confiables a mujeres y varones. Constituir a nivel nacional los Comités de Muerte de Mujeres por embarazo, parto, cesárea y aborto con participación de la población y la Sociedad Civil.

La salud sexual y reproductiva es uno de los ejes centrales del Programa Mujer y Género, dentro de este se incluye la atención y cuidado del Puerperio.

**El Puerperio**, es el período que sigue al parto, extendiéndose desde el fin de este, hasta la total recuperación anatómica y fisiológica de la mujer.

Este concepto incluye por una parte, a la madre que ya ha recuperado su ciclo menstrual pero aún persiste en lactancia, y por otra, a la que habiendo suspendido la lactancia aún no ha presentado su primera menstruación post-parto, sin mediar una nueva gestación.

Tradicionalmente se ha considerado el puerperio como el período de 6 a 8 semanas que siguen al parto.

A éste se lo puede dividir en cuatro etapas: Inmediato, primeras 24 horas posparto; Mediato o Propiamente dicho: desde las 24 hrs hasta 10 días aproximadamente posparto; Alejado: 11 hasta 45 días posparto; y Tardío: entre los 45 a 60 días.

En este período se inicia el complejo proceso de adaptación psico-emocional entre la madre y su hijo, se desencadena y evoluciona el proceso de lactancia.

Luego del parto, en el puerperio normal, se suceden una serie **cambios anatómicos y fisiológicos** que permiten el retorno de los distintos Sistemas a las mismas condiciones previas al embarazo.

En el marco de estos cambios destacamos los siguientes: luego del alumbramiento, el **útero** presenta contracciones intensas y frecuentes que disminuyen su tamaño y cambian su forma, estas se llaman entuertos, produciendo en ocasiones dolor durante los tres primeros días posparto. Estas contracciones además de provocar involución del útero comprimen los vasos sanguíneos que irrigan el lecho placentario y efectúan la hemostasia hasta que los vasos se trombosan. Los loquios es la capa decidua del útero descarnada después del alumbramiento. Este flujo contiene: sangre, tejido decidua, células epiteliales de la vagina, moco, bacterias, y en ocasiones restos de membranas y pequeños coágulos. Son rojos y sanguinolentos del primer al tercer día. Entre el quinto y el séptimo día son serosanguinolentos y de color rosa-rojizo y desde la primer a la tercera semana son de color blanco, siempre con olor caroso pero no desagradable. Expulsada la placenta y las membranas, solo permanece adosado a la pared uterina la parte basal de la decidua, en esta al segundo o tercer día posparto, se distinguen dos capas: 1superficial: se necrosa y es eliminada en los loquios el quinto o sexto día y la 2° profunda: contiene glándulas endometriales residuales y permanece intacta, a partir de esta se regenera el endometrio.

La **Vagina**, se observa en el período posparto inmediato con: superficie lisa y edematizada. En la tercera semana disminuye la edematización y aparecen las primeras rugosidades. Puede sufrir desgarros, laceraciones y hematomas durante el parto. En la tercera semana recupera aspecto pregestacional y el introito estará lo bastante cicatrizado para reemprender las relaciones sexuales.

Las **Mamas** entre el segundo y cuarto día posparto están ingurgitadas, color levemente azulado por aumento de la vascularización, aumento de pigmentación en areola y mama

caliente al tercer día. El estímulo de la succión hace que se libere prolactina, haciendo que la mama produzca leche. Si no existe estímulo hay disminución en el tamaño de la mama volviendo a su estado pregravido.

Con respecto al **Periné**, en el embarazo los músculos de este están distendidos e inflamados, y en el parto con mucha frecuencia pueden sufrir desgarros que pueden invadir los músculos profundos elevadores del ano. Se pueden producir la extrusión de hemorroides internas, durante la fase de empuje y expulsión, las cuáles podrán reponerse manualmente después del alumbramiento.

El **volumen sanguíneo** disminuye al tercer día postparto para continuar con un descenso gradual. El **gasto cardíaco** aumenta inmediatamente postalumbramiento y se mantiene así por una semana, luego inicia un ritmo decreciente durante la segunda semana.

La **resistencia periférica** aumenta al obliterarse el circuito placentario.

Estos cambios traen como consecuencia una vuelta a los valores pregestacionales de la frecuencia cardíaca (aumentada durante el embarazo) y de la presión arterial sistólica y diastólica (incrementadas durante el parto por aumento de las contracciones) recuperándose sus valores en las primeras dos semanas.

**Cambios hematológicos**, entre el primer y quinto día aumentan en número plaquetas y fibrina pudiendo contribuir esto a la formación de trombos.

La **función respiratoria** se modifica con mayor rapidez, ya que están influenciadas por las modificaciones en el contenido abdominal y en la capacidad de la caja torácica. Durante los primeros días se mantiene el aumento del consumo de oxígeno en reposo y persiste una respuesta menos eficiente al ejercicio. Puesto que el útero ya no comprime el diafragma, las mujeres respiran con más facilidad.

Con la disminución del tamaño uterino se produce en el postparto inmediato un reordenamiento general en el **tracto gastrointestinal** en lo referente a su ubicación. Durante la primera semana, persiste atonía intestinal producto del efecto relajante de la **progesterona** sobre la musculatura lisa. Luego de la primera semana se recupera la

tonicidad, cesa el reflujo, la pirosis, el retardo del vaciamiento gástrico y aumenta la motilidad intestinal. Después del alumbramiento la mujer suele tener hambre y sed. La mayoría de las mujeres en recuperación no tiene una evacuación intestinal hasta algunos días después del alumbramiento. El dolor de la episiotomía y la hemorroides dolorosas, pueden ser un obstáculo que retrase la primera deposición.

El útero agrandado ya no comprime la vejiga y por tanto no causa micciones frecuentes, en lugar de eso la capacidad de la vejiga aumenta.

Haciendo referencia a la **Función tegumentaria**, las estrías adquirirán un color pálido, las aréolas se aclaran, el eritema palmar por aumento de la vascularización desaparece, el crecimiento del pelo y de las uñas acelerado se entelrece.

**Función músculo esquelético**, la postura del parto y la técnica dejan dolor e irritación en brazos, cuello y hombros. Después del nacimiento los ligamentos y cartílagos se acomodan a su posición de preembarazo.

Algunas púerperas sufren temblores transitorios después del parto por: agotamiento, disminución de la presión abdominal, etc.

**Cambios endocrinos**, durante el embarazo la placenta produce varias hormonas, los niveles plasmáticos de éstas descienden precozmente. El lactógeno placentario alcanza niveles no detectables durante el primer día post parto; la gonadotropina coriónica humana disminuye en las primeras 48 - 96 hs. Los niveles de estrógenos y progesterona también disminuyen rápidamente; la recuperación de los niveles plasmáticos de los estrógenos a niveles propios de la fase folicular, se alcanzan entre los días 19 - 21 en la mujer que no lacta y está retardado en la que amamanta. Las concentraciones séricas de la hormona foliculo estimulante (FSH) son muy bajas en la púerpera durante los primeros 10 a 12 días post parto, estos niveles aumentan luego hasta alcanzar concentraciones similares a las de la fase folicular durante la tercera semana post parto.

En la mayoría de los casos el puerperio transcurre en forma normal, sin embargo no es infrecuente la presencia de **fenómenos patológicos** que puedan llegar a comprometer la vida de la madre.

Dentro de las principales complicaciones del Puerperio, encontramos con más frecuencia, Síndromes dolorosos, Síndromes Infecciosos y Síndromes Hemorrágicos.

No obstante ello deberá prestarse atención a otros síndromes, que arrastran en su génesis patologías del embarazo cuya persistencia durante el período puerperal deben ser evaluadas y tratadas consecuentemente.

Durante el puerperio es necesario mantener los mismos cuidados que durante el embarazo.

#### **SINDROMES DOLOROSOS DEL PUERPERIO:**

Consideraremos aquí la profusa sintomatología dolorosa, cuya aparición durante el estado gravido puerperal preocupa y lleva a la paciente frecuentemente a la consulta.

Estos síndromes dolorosos que aparecen en el puerperio se originan frecuentemente durante el embarazo en el que la modificación del centro de gravedad de la embarazada, origina contracciones compensadoras de los músculos, que acaban por hacerse dolorosas, transformándose en verdaderas contracturas, presentando luego alteraciones anatómicas.

Por otro lado, la acción hormonal sinérgica entre estrógenos y progesterona, provoca el reblandecimiento de cartílagos y ligamentos, especialmente de la cintura pélvica. Este reblandecimiento obedece a un mecanismo de imbibición del fibrocartílago.

Síndrome doloroso abdominopélvico Relativamente frecuente al final del embarazo persiste en el puerperio en forma de zonas dolorosas a nivel de la región hipogástrica, dolores lumbosacros irradiados a la región glútea y muslos e impotencia muscular más o menos pronunciada.

El síntoma dominante se mantiene en el puerperio en forma de dolor brusco e intenso continuo, con exacerbaciones paroxísticas y localización sobre la sínfisis pubiana. El dolor suele extenderse a distancia de la sínfisis, imposibilitando la incorporación y la deambulación, y persiste aun durante el reposo, impidiendo el sueño y alterando, a veces, el estado psíquico de la puérpera.

Este síndrome doloroso puede persistir durante el puerperio en diversas formas como dolores ciáticos, el síndrome gravídico de los escalenos, la coccigodinia, los dolores de los grupos musculares posteriores de la pierna y planta del pie, denominados tarsalgia de las púerperas y originar algias pubianas o dorsolumbares como secuela invalidante laboral.

### **SÍNDROMES INFECCIOSOS DEL PUERPERIO:**

#### **Infección puerperal:**

Se denomina infección puerperal a los estados mórbidos originados por la invasión de microorganismos a los órganos genitales como consecuencia del aborto o del parto.

Su etiología reconoce la invasión del tracto vaginal por un gran número de gérmenes patógenos y saprófitos que suelen actuar en forma aislada, aunque por lo general lo hacen asociándose, con lo cual agravan la enfermedad.

Para que la infección puerperal se produzca intervienen una serie de factores predisponentes que favorecen de alguna manera la capacidad invasora de los gérmenes.

La rotura prematura de las membranas ovulares, el trabajo de parto prolongado, las hemorragias profusas y la deshidratación son causas que predisponen a la infección, al favorecer, por disminución de las defensas, la exaltación relativa de la virulencia de los gérmenes que habitan en el tracto genital. El parto patológico, sus accidentes y distocias y las intervenciones que se realizan para solucionarlos; el descuido de las reglas higiénicas establecidas para la atención del parto y el puerperio; el tacto vaginal reiterado en malas condiciones de asepsia, y los traumatismos del parto, las heridas y excoriaciones abiertas por el tránsito del feto son también factores predisponentes, pues facilitan el transporte de los gérmenes a las zonas de peligro o les abren las puertas para su ingreso al organismo.

Casi todos estos microorganismos se encuentran habitualmente en las proximidades de los órganos genitales que han constituido el conducto del parto, al acecho de la oportunidad que les permita actuar como factores determinantes de la infección.

Las vías de infección son: Infección por continuidad mucosa, Infección por vía linfática, Infección por vía hemática.

**Infección genital baja** Se trata de infecciones crónicas localizadas en el tracto genital que originan Vulvitis, Vaginitis, Vulvovaginitis, cervicitis, endometritis y producen síntomas comunes como ardor, prurito y flujo abundante con caracteres propios de contaminación.

Dentro de los gérmenes que las producen, los principales son: *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y *Gardnerella* o *Haemophilus vaginalis*.

#### Infeción del Tracto Urinario

Está acompañada de síntomas clínicos de infección del tracto urinario: polaquiuria, ardor miccional, tenesmo y dolor en la región vésico uretral con irradiación a veces a los muslos. Además de la sintomatología descrita para las infecciones del tracto inferior la existencia de pielonefritis se acompaña de escalofríos, fiebre, individualizándose un franco dolor lumbar, con puño percusión de Murphy dolorosa, sobre todo del lado derecho, pudiendo llegar a formas gravidotóxicas con septicemia, hematuria y grave compromiso del estado general.

La bacteria causante es casi siempre la *Escherichia coli* y, en menor proporción, la *Chlamydia trachomatis*, entre otras.

#### Infeción mamaria puerperal

Grietas y fisuras del pezón. Las grietas constituyen heridas superficiales, mientras que las fisuras se profundizan hasta alcanzar la dermis; generalmente ocupan una parte de la base del pezón, en semicírculo o circundándolo por completo.

A veces son lesiones múltiples ubicadas a distintas alturas del cono del pezón, en cuyo caso adquieren el aspecto de una vesícula del tamaño de una cabeza de alfiler, que al romperse deja salir un líquido claro. La cubierta cae y deja una superficie ulcerada, que se agranda y se profundiza, o bien evoluciona hacia la curación. La grieta se cubre de una costra que se forma cuando sangra, por la succión del niño, quien en la siguiente lactada puede desprenderla, dejando la herida nuevamente al descubierto.

El síntoma más importante es el dolor, generalmente muy intenso, con irradiación al parénquima mamario.

Mastitis puerperal. Suele producirse entre la primera semana y los cuatro meses del puerperio. Los gérmenes son transportados por las manos y las ropas de la puérpera hasta las grietas o fisuras del pezón, desde donde, a través de los linfáticos, llegan al tejido intersticial.

Cuando la invasión llega hasta el tejido conjuntivo interglandular, se produce la mastitis intersticial, la más común.

El síntoma de comienzo suele ser el escalofrío. La hipertermia alcanza en seguida los 38-39°C y se acompaña de taquicardia. La mama se observa rosada en una extensión variable y palidece a la presión, que, a su vez, despierta dolor.

### **SINDROMES HEMORRAGICOS DEL PUERPERIO:**

Las hemorragias precoces del puerperio inmediato son pérdidas sanguíneas en cantidad mayor de 500 ml que aparecen en el puerperio inmediato durante las primeras 24 horas después del parto. Pueden llegar a constituir uno de los procesos más serios —si no el más grave— de los que afectan a la madre en el estado gravidopuerperal.

Se deben generalmente a retención de restos placentarios, desgarros de partes blandas del útero, cuello o vagina, o a lesiones preexistentes.

La sangre que puede perder una parturienta sin alterar su economía es variable; depende de su estado físico anterior y de la velocidad y cantidad de sangre extravasada. Por lo tanto, establecer cuándo una hemorragia requiere intervención activa estará determinado por la evaluación no sólo de la misma, sino de la paciente en su conjunto.

La hemorragia puede ser externa —es lo más frecuente—, o sea que la sangre fluye al exterior, lo cual facilita el diagnóstico. Pero a veces es interna, es decir, se colecciona en el interior del útero —que se deja distender hasta adquirir un volumen mayor que lo normal—, y puede salir sorpresivamente al exterior en forma líquida o de grandes coágulos. Por último, asume el tipo mixto al combinarse ambas posibilidades, exteriorizándose en parte mientras el resto se acumula en el útero.

Al mismo tiempo la puérpera puede presentar el cuadro del shock hemorrágico: palidez, sudoración, polipnea, etc., a lo que se suman los dos signos capitales: hipotensión y taquicardia, los que pueden alcanzar grados extremos.

**Hemorragias tardías** Algunas de las causas señaladas como productoras de las hemorragias precoces lo son también entre el 2º y el 25º día del puerperio. La retención de cotiledones o de fragmentos placentarios suele ser el origen más frecuente de hemorragia tardía en el puerperio. La primera manifestación puede ser una metrorragia grave luego del 10º día del parto. La sangre es roja; la pérdida es indolora y con pocos coágulos. Al tacto, el cuello tiene su orificio entreabierto. El útero, subinvolucionado, es blando y doloroso.

Puede acompañarse o no de hipertermia, pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de los casos existe infección, aun sin manifestaciones clínicas.

## **SINDROMES ENDOCRINOS DEL PUERPERIO:**

### **Patología de la lactancia:**

La lactancia está preferentemente supeditada a la acción de un complejísimo mecanismo hormonal cuyo disturbio depende, en parte, de un desequilibrio endocrino. Pero digamos que, salvo los casos de aplasia mamaria, la mujer que ha tenido su parto a término está siempre en condiciones de lactar normalmente. Los casos de agalactia son rarísimos, en cambio son frecuentes la hipo y la hipergalactia.

Hipogalactia. La disminución de la secreción láctea es el fenómeno cuantitativo más frecuente, y puede ocurrir desde el comienzo (hipogalactia primaria) o bien a continuación de un período más o menos breve de lactancia normal (hipogalactia secundaria).

La hipogalactia primaria es padecida por mujeres que poseen una hipoplasia glandular o bien por púerperas nutridas deficientemente. En otros casos, se debe al estado psíquico especial que la madre presenta en el momento de la iniciación de la lactancia.

La hipogalactia secundaria, en cambio, puede deberse a errores técnicos de amamantamiento, a un defecto de succión del lactante, especialmente por malformaciones bucales (labio leporino), o debilidad en la succión, o bien a causas maternas, como vicios de formación del pezón o afecciones adquiridas de la mama (grietas, mastitis).

Las enfermedades graves que puede padecer la púerpera reducen también la secreción de leche y modifican la calidad de la misma.

Hay que tener en cuenta a la oxitocina almacenada en la hipófisis, factor neurohormonal cuyo mecanismo, en caso de alterarse, trae dificultad para la expulsión láctea y lleva a la hipogalactia.

Hipergalactia. La secreción excesiva de leche apenas puede ser considerada como un defecto molesto para la púerpera mientras esté asegurada su adecuada excreción por el pezón. La hipergalactia en el período normal de amamantamiento se debería probablemente a un aumento inusitado de la prolactina.

La secreción mamaria se hace evidente mediante la expresión del pezón, que provoca la fácil salida de gotas de calostro o de un líquido seroso.

Ingurgitación mamaria. Según la función afectada en el perfecto sincronismo neurohormonal de la lactancia, tendremos dos tipos de ingurgitación: la ingurgitación lactogénica, que aparece en el segundo o tercer día del puerperio con la iniciación de la secreción láctea, y la ingurgitación galactopoyética, que se manifiesta con la iniciación de la excreción de leche entre el cuarto y quinto día del puerperio. La primera es fisiológica, ocurre con la subida de la leche y por lo general se resuelve espontáneamente en pocas horas.

La ingurgitación galactopoyética, en cambio, traduce un estado patológico de la expulsión de la leche.

Si bien en estos casos existe un exceso de secreción, intervienen además otros factores, como malformaciones del pezón y alteración del sincronismo neurohormonal, que afectan la normal regulación entre la aparición y mantenimiento de la lactancia y el adecuado vaciamiento de los ácinos glandulares. Existe una secreción normal o aumentada de leche al mismo tiempo que una disminución o desaparición de la excreción de la misma. La acumulación de leche en el alvéolo determina la compresión del tejido circundante, produciendo estasis linfovascular y edema, con lo cual se agrava la ya alterada función mamaria.

La sintomatología estriba en la existencia de senos turgentes, tensos y dolorosos, y en la piel se dibuja una acentuada red venosa. La sensación de tensión se hace más fuerte y el dolor incrementado se irradia a la axila, con aparición de un cuadro febril. Este estancamiento de la leche en las mamas es digno del mayor cuidado, ya que desempeña un papel importante en la patogenia de la mastitis.

### **SINDROMES NEUROPSÍQUICOS DEL PUERPERIO:**

Los primeros días después del alumbramiento incluso hasta 10 o 14 días podrían considerarse un período de crisis y desequilibrio normal, especialmente en el caso de quien es madre por primera vez.

Con la llegada de un hijo se modifica la psiquis tanto de los padres como del entorno afectivo (abuelos, hermano, etc.). Se desarrolla un tipo específico de funcionamiento

mental, que es único de este período vital llamado en términos psicoanalíticos "una nueva tónica". Estos cambios se producen muy vertiginosamente en comparación con los cambios evolutivos de la psiquis durante el embarazo, debido a que se produce la confrontación de dos aspectos: el logro de lo tan anhelado (bebé) y la pérdida de otros logros intensamente vividos durante el embarazo (lugar social, modificaciones corporales, contacto íntimo del bebé en el vientre).

El enlace psíquico de todas estas vivencias nos lleva a denominar a este conjunto "duelo normal del puerperio" o "depresión puerperal". Es un estado depresivo benigno y de evolución espontánea producido por las intensas modificaciones hormonales del postparto.

La mayoría de los casos evoluciona favorablemente y no deja secuelas, depende de la vivencia que tengan los padres de las innumerables demandas que realiza el bebé y el entorno exigiendo un ideal maternal.

En el puerperio alejado la vida deja de ser solo demandas por parte del bebé.

El humor y estado de ánimo de los padres oscila, sentimientos contradictorios se enfrentan en sus psiquis, elación, fascinación, embelesamiento, gratificación, pero también agotamiento, desborde e irritabilidad. Los padres pueden añorar la autonomía, el descanso y la libertad, en la cual vivían antes de serlo. Algunas parejas optan por esconder la angustia y el sufrimiento.

Como consecuencia del "lado oscuro" de ser padres se hace sumamente dificultosa la detección y el diagnóstico de la "depresión puerperal mayor" o "psicosis puerperal", situación que se encuentra agravada debido a que su aparición es tardía, y se produce cuando la madre se encuentra en su hogar y el personal técnico no puede observar sus actitudes y conductas. No reclama asistencia porque no cree merecerla. A medida que transcurre el puerperio alejado los sentimientos cambian. La novedad desaparece y el tiempo de los padres está dedicado íntegramente para satisfacer las necesidades del bebé.

Muchas veces la depresión puerperal de la madre puede repercutir en el vínculo con el bebé y con su salud, constituyendo una circunstancia de riesgo.

La melancolía por el bebé o melancolía del tercer día se considera como un trastorno del estado de ánimo normal leve y transitorio, que dura unos pocos días. Los cambios en el

estado de ánimo coinciden con la caída de las hormonas estrogénicas y la progesterona, que alcanzan sus niveles más bajos en esos días.

Se caracteriza por: irritabilidad, intranquilidad, períodos de llanto, insomnio, cólera entre miembros de la familia inclusive al bebé, angustia, incapacidad de concentrarse, tristeza.

La forma grave de la depresión postparto, es la psicosis del postparto o la psicosis puerperal. Se caracteriza por una conducta psicótica aguda específica con trastornos afectivos, esquizofrénicos u orgánicos. Se manifiesta bruscamente dentro de los 6 meses de recuperación. Se presenta en una o dos mujeres cada mil. El factor causal principal es la caída de hormonas estrogénicas y de progesterona.

Es precisa la ayuda profesional y no solo apoyo, tranquilidad y consuelo. Cuando es necesaria la hospitalización, debe hacerse toda la clase de esfuerzo para mantener íntegra la relación madre-lactante mientras se cuida de ambos.

La educación es sumamente importante para evitar o reducir la incidencia de la depresión del posparto.

Para que se desarrolle un puerperio normal, sin complicaciones, se debe de realizar un adecuado **Control Puerperal**.

Se entiende por este, a la concurrencia de la mujer al control ginecológico posparto. El primer control puerperal debe de realizarse mientras se cursa el puerperio mediato, es decir dentro de los primeros 10 días.

Este control se realiza en el primer nivel de atención, mediante modalidad ambulatoria.

Las actividades de enfermería llevadas a cabo en el Control puerperal consisten

fundamentalmente en continuar con las actividades planificadas en el período de alta, dentro de éstas actividades destacamos las de Promoción de la salud y Prevención:

- Insistir en las caminatas diarias sin fatigarse ya que esta influye desfavorablemente en la producción de leche.
- Alternar períodos de descanso (siesta cuando el bebé duerme), adquirir posturas adecuadas al caminar y descansar. No realizar tareas pesadas.

- Continuar con los ejercicios de Kegel que incrementan la circulación sanguínea en la zona perineal y tensan los músculos. Brindar información sobre higiene perineal adecuada.
- Reiterar el uso de ropa holgada para su comodidad.
- Brindar información acerca de la reanudación de la actividad sexual y sobre los métodos anticonceptivos que pueda acceder la usuaria.
- Reforzar la información si la situación lo requiere, respecto a los derechos y los deberes de la mujer.

También se deben reafirmar los conocimientos para detectar los signos y síntomas de alarma:

DOLOR  
INFECCIÓN  
HEMORRAGIA

En presencia de Dolor la enfermera deberá:

- Identificar estrategias contra el dolor que la puérpera ha utilizado satisfactoriamente durante los días previos a la consulta y animarla para que recurra a ellos.

Como por ejemplo:

La tensión en los glúteos antes de sentarse es efectiva para aminorar molestias y evitar trauma directo al perineo.

"Elevación de la cadera", este ejercicio es conveniente para aliviar la tensión en la parte inferior de la espalda.

- Reafirmar las correctas posturas de amamantamiento, para disminuir tensión en la espalda y dolor en las mamas.
- Informar a la puérpera sobre nuevas estrategias para aliviar el dolor y las molestias:
  - Distracción.
  - Imaginación guiada.
  - Relajación.
  - Estimulación cutánea.
- En caso de tener indicada analgesia:

Recordar frecuencia, dosis, y el momento de la toma del medicamento para que no interfiera con la lactancia. En caso que la puérpera no pueda acceder al mismo contactarla con los recursos de salud que puedan resolver este problema.

En el caso de Hemorragia:

- Para prevenir el sangrado excesivo; mantener un buen tono uterino y prevenir la distensión vesical.
- Para mantener un buen tono uterino reafirmar la realización del masaje suave intermitente del fondo uterino.
- Para prevenir la distensión vesical reafirmar las técnicas que pueden estimular el reflejo de micción, como ser; la escucha del agua corriente, sumergir las manos en agua tibia o el verter agua de una botella sobre el periné.

En el caso de Infección:

- Para prevenir las posibles infecciones del tracto genitourinario, por la presencia de una episiotomía, y promover la cicatrización de los posibles desgarros; reafirmar la correcta técnica de higienización perineal después de la micción o la defecación.
- Reafirmar el cambiado de la compresa perineal cada vez que orina o hace deposición y el lavado de manos antes y después de hacerlo.
- Recordar la importancia de mantener un ambiente aseado, de cambiar las sábanas de la cama frecuentemente, y de que la puérpera no camine descalza para prevenir la contaminación de las sábanas cuando esta vuelve a la cama.
- Reafirmar la técnica de amamantamiento, las diferentes posturas para una correcta lactancia materna, evacuando dudas y brindando orientación acerca de la extracción de leche, conservación y utilización de la leche materna cuando se realice el reintegro a la actividad laboral.
- Recomendar la continuación de una dieta balanceada (fibras, proteínas) para reponer perdidas y aumentar el peristaltismo.
- Reafirmar la importancia de la ingesta de abundantes líquidos para el amamantamiento.

- Reafirmar la importancia del lavado de manos antes y después de cualquier procedimiento para prevenir infecciones, como así también se debe continuar con una correcta higiene corporal diaria.

- Afianzar el cuidado de las mamas, dentro del cual destacamos:

- a) Correcta higiene de las manos, evitando así infecciones localizadas.
- b) El uso de soutien adecuado (sin aros, bretel ancho, que mantenga la mama a nivel de la axila).
- c) Uso de jabón neutro, aplicación de calor seco (exposición solar, entre otros).
- d) Correcta postura durante el amamantamiento.

Todo lo anterior contribuye para un adecuado amamantamiento.

Otro aspecto que Enfermería debe valorar y abordar es el **área psicosocial**. La mujer durante el puerperio sufre diferentes cambios en dicha área, que implican una serie de adaptaciones; por ejemplo adaptación al rol madre y la vuelta al rol mujer.

El postparto puede considerarse como una época de transición, desde la no maternidad a la maternidad, donde la mujer debe afrontar nuevos desafíos y responsabilidades frente a su hijo, y a los demás integrantes de la familia.

La mujer debe adquirir e incorporar conocimientos para el cuidado del nuevo integrante, debe aprender a conocerlo identificando sus necesidades. El desarrollo del apego, es fundamental para que el niño crezca en un ambiente de armonía, amor, cariño, contención; permitiendo que la mujer se adapte a su nuevo rol de madre.

El afecto entre los padres y el bebe se fundamenta en parte en la capacidad de reacción del lactante, las reacciones del bebe animan a los padres a establecer una interacción constante.

El resultado es un vínculo afectivo que perdurara a pesar de todas las separaciones. La formación del Vínculo Afectivo es el brote de un afecto reciproco de estímulos y respuestas y lazos afectivos que ayudan a formar una relación social coordinada y constructiva.

Los asuntos familiares sufren siempre modificaciones con la experiencia del nacimiento.

El padre, en muchas ocasiones, se siente excluido por los cuidados que la mujer brinda a su hijo, no entendiendo su nuevo rol e importancia del mismo. Debe formar parte del

vínculo afectivo a desarrollar, actuando como sostén de la familia, brindando contención a la mujer, ayudando con las tareas del hogar, y con la crianza de otros integrantes de la familia.

La forma en que los hermanos son preparados antes del nacimiento, puede contribuir a determinar si se adaptarán y aceptarán al nuevo bebé. Los niños retroceden en su conducta. Estas situaciones deben tratarse con sensibilidad, de modo que el hijo mayor no se sienta culpable por su comportamiento regresivo. Cada familia debe de elaborar su propia manera de resolver la rivalidad de los hermanos, adaptándose a la situación en concreto. Todos los niños experimentan sentimientos o rivalidad cuando entra un nuevo bebé en la familia.

Existen varias etapas o fases que atraviesa la nueva mamá en su recuperación como mujer:

- Aceptación, se produce durante el primer o segundo día; durante los cuales la mujer asume todas las experiencias del parto y del alumbramiento, periodo durante el cual se encuentra introspectiva y meditabunda. En esta fase el rol de enfermería es fundamental para contribuir a satisfacer sus necesidades físicas, carencias alimenticias, el descanso, y el bienestar.
- Hacerse cargo, articulando el rol madre-mujer, describe el periodo en que la madre presta atención a las necesidades del cuidado del bebe, y a los cambios de las actividades que vienen; como por ejemplo, retornar a sus tareas cotidianas, volver al trabajo, salidas sociales. Fase en la que la mujer expresa sus propios deseos de recuperación.
- Dejar hacer, consiste en la contemplación del bebe como una persona independiente.

"Atravesar un parto es prepararse para la erupción del volcán interno y esa experiencia es tan avasallante que requiere de mucha preparación emocional, apoyo, acompañamiento, amor, comprensión y coraje por parte de la mujer y de quienes pretenden asistirle."<sup>1</sup>

---

• <sup>1</sup> Gutman Laura, Puerperios y otras exploraciones del alma femenina, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires. Setiembre 2004.

De acuerdo a la situación encontrada en la puérpera la Licenciada en Enfermería deberá realizar las interconsultas pertinentes:

- a) Especialidades médicas
- b) Odontólogo
- c) Psicólogo y/o Psiquiatra.
- d) Asistente social
- e) Nutricionista, entre otros.

Planificar la visita domiciliaria en conjunto con la usuaria de acuerdo a sus necesidades

Enfermería en este aspecto se ocupa de lograr una mayor independencia de las mujeres en el proceso grávido-puerperal a través de sus funciones de asistencia, docencia e investigación, utilizando como herramientas la consulta de enfermería y la visita domiciliaria, fomentando el auto cuidado de las personas, como plantea la Teoría del **Déficit Autocuidado de Dorotea Orem** (1971, 1980, 1985,1991). En ésta se establece que la enfermería para el auto cuidado de la salud, es un enfoque particular de la atención, en el cual se le asigna máxima importancia a las capacidades de las personas para alcanzar, mantener, recuperar y elevar el nivel de salud.

En el modelo de auto cuidado de Orem, la enfermería es enfocada como servicio o respuesta a las necesidades de las personas, en el cual se enfatiza el desarrollo de habilidades para asistir o ayudar a otras en la forma de satisfacer las necesidades de auto cuidado. Orem identifica 3 tipos de necesidades de auto cuidado: Universales: todas aquellas demandas y acciones del diario vivir o aquellos que satisfacen necesidades humanas básicas, son comunes a todos los seres humanos. De desarrollo: están asociadas a los procesos humanos de desarrollo y a sucesos que ocurren a través del ciclo vital (Ej., Lactancia, embarazo, adolescencia, adultez y senectud). En desviaciones de salud: todas aquellas demandas y acciones que se requieren sólo en caso de enfermedad, agresión y sufrimiento.

Las acciones para satisfacer las demandas de autocuidado son denominadas por Orem "autocuidado terapéutico". Estas acciones, según sea la situación, pueden ser realizadas por la propia persona, su familia, la enfermera, auxiliar, entre otros.

Para lograr prevenir el estado patológico en el Puerperio se debe tener cuenta y aplicar el concepto **Educación en Salud**, entendido como el proceso de enseñanza aprendizaje que tiene como objetivo, promover la salud individual, familiar y comunitaria, mediante prácticas y comportamientos responsables, solidarios y duraderos. De esta forma se contribuye a remover prejuicios y creencias que conduzcan a la enfermedad promoviendo conductas, hábitos y valores positivos favorables a la salud, para conseguir un hábitat saludable.

Debido a la interacción continua entre el hombre con su entorno se debe plantear la importancia de la vivienda y familia en la que está inmerso como generadora de salud y / o enfermedad; por lo que se deben abordar aspectos relacionados a la salud individual y familiar.

El domicilio es lugar primero donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa su tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

Por esto es importante el asesoramiento y apoyo de los profesionales al usuario y su familia, de forma que, ante las dificultades que puedan surgir, la familia pueda actuar por si misma o saber a dónde acudir o a quien pedir ayuda.

El profesional de Enfermería que trabaja en conjunto con el individuo, su familia y la comunidad es **Enfermería comunitaria** "es el profesional responsable que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud, posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan o en las instituciones sanitarias si fuera preciso, desde una concepción del enfermero/a como miembro del equipo interdisciplinario, que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de docencia, asistencia e investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados".

Relacionado con todos lo anteriormente mencionado, se deben tener en cuenta diferentes conceptos como son el de **Familia** la cual se puede definir como una estructura

organizada de individuos que tienen vínculos estrechos estables entre sí, unidos por necesidades básicas de sobrevivencia, que comparten una historia y código singular. Cada uno de sus miembros con funciones específicas y características propias, constituye un todo que va a satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, y otras de índole social y cultural. Los problemas individuales afectan a toda la familia.

Es aceptado por todas las culturas que la familia es el primer grupo de referencia, siendo el núcleo mas importante de relación, comunicación y de formación.

La familia en su conjunto necesita tanto del apoyo y orientación, como el propio usuario.

En cambio la **comunidad** viene de común y de unidad. Se la puede ver como unidad y espacio físico geográfico con gente asentada en el, o como ámbito cerrado en el que se comparten intereses, necesidades y diferentes aspectos de la vida cotidiana, con sentimiento de pertenencia al mismo, intereses homogéneos y necesidades no homogéneas.

Se puede definir como un conjunto de personas que pueden o no ocupar un mismo lugar o espacio geográfico, que comparten una historia, cultura y valores comunes y que interactúan mucho mas entre si que con otra persona de la sociedad.

Una de las formas de lograr una adecuada prevención del estado patológico del Puerperio es a través de la realización de una Entrevista entre la usuaria y el Profesional de Salud, para lograr la detección precoz de factores de riesgo.

## **METODOLOGIA:**

El diseño metodológico es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal.

La población de estudio estará conformada por todas las mujeres que lleven a los recién nacidos a la consulta pediátrica en el Centro de Salud Cruz de Carrasco y subcentros del área de referencia del mismo, en el período de tiempo comprendido entre el 1ero de Octubre y 14 de Noviembre de 2008.

De acuerdo a los datos recabados, acerca de los nacimientos derivados del Hospital Pereira Rosset y Hospital de Clínicas para ser atendidos en el área de influencia del Centro de Salud, en el periodo de tiempo comprendido entre Abril-Setiembre de 2008, se observó un promedio de 30 nacimientos mensuales; por tal motivo se espera que al momento de la ejecución del proyecto se trabaje con un total de aproximadamente 40 puérperas.

El muestreo es de tipo no probabilístico, con criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterio de inclusión:**

- Mujeres cuyo parto fue en el período comprendido entre el 1ero de Octubre y 14 Noviembre de 2008.
- Mujeres que llevan a su hijo al control pediátrico al Centro de Salud Cruz de Carrasco y subcentros del área de referencia del mismo.
- Mujeres con las cuales es posible realizar el contacto.
- Mujeres que dieron su consentimiento para la participación en la investigación.

### **Criterio de exclusión:**

- Mujeres puérperas que presentan patología crónicas o consecuencia del embarazo.

## **MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La fuente de información es la propia usuaria.

Para la identificación de las usuarias a incluir en el estudio, se utilizarán herramientas del Programa Aduana, planilla de referencia de nacimientos en el Centro Hospitalario Pereira Rossel y Hospital de Clínicas para su atención en el área de influencia del Centro de Salud Cruz de carrasco, y la "tarjetas de seguimiento", en cual consta información que permite la localización del recién nacido, servicio de salud en el cual está siendo atendido y además recolecta información sobre el control antropométrico, inmunizaciones, alimentación y próximo control de los niños; información necesaria para contribuir a la finalidad de dicho programa de lograr un crecimiento y desarrollo óptimo de los niños, y una disminución de la morbimortalidad infantil.

Para obtener la información, se realizará entrevista estructurada-semiabierta, directa a través del diálogo con las usuarias presentes en la sala de espera del Servicio de Pediatría, e indirecta a través del contacto telefónico con las mismas (Ver Anexo III). La **entrevista** es un intercambio esencialmente verbal entre dos personas en contacto directo con un objetivo previamente establecido.

Previo a la entrevista directa, se acondicionará en el Centro un espacio propicio para la realización de la misma. Estas serán los días Lunes, Miércoles y Viernes en los turnos mañana y tarde, y llevadas a cabo por las cinco estudiantes que realizarán la investigación.

En relación a los contactos telefónicos, los mismos serán realizados en el Centro de salud, y en los domicilios particulares de las integrantes a través de teléfono de línea y celulares. Para una mejor implementación del instrumento se realizará una Prueba Piloto dos días previos a la ejecución de la investigación.

La tabulación y el procesamiento de los datos se realizarán a través análisis univariado, tablas de frecuencias y gráficos presentando las variables utilizadas.

---

## **ETAPAS EN LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

### **A) Autorización:**

Luego de elaborado y aprobado el protocolo de investigación, se solicitara la autorización pertinente a las autoridades del Centro de Salud Cruz de Carrasco para el ingreso a la institución publica; como también el consentimiento para la realización de la encuesta a las usuarias (Ver Anexo IV)

### **B) Cronograma:**

<b>Actividades</b>	<b>Septiembre</b>	<b>Octubre</b>	<b>Noviembre</b>	<b>Diciembre</b>
Elaboración del protocolo				
Aprobación del protocolo				
Ejecución				
Plan de tabulación y análisis de datos				
Presentación del trabajo				

### **C) Presentación del instrumento de recolección de datos:**

Se presentara el formulario de investigación para la recolección de datos a los tutores de la investigación para dar a conocer la dinámica del trabajo. Este formulario estará sujeto a la evaluación y corrección de dichos tutores, para que se lleve la investigación en forma eficiente, eficaz y segura.

#### **D) Posibles fuentes de error.**

Para reducir los errores que se puedan presentar en el proceso de recolección de datos es preciso:

##### Previo a la recolección de los datos:

-cada investigador debe de conocer el instrumento de recolección de datos y la forma de registro.

-cada integrante del grupo debe de conocer y cumplir con la tarea asignada.

##### Durante la recolección de datos:

- Que los entrevistados estén de acuerdo en que se les realice la entrevista.

#### **E) Proceso.**

Se distribuirán las actividades según las necesidades de la investigación entre todas las integrantes del grupo.

Las actividades se llevaran a cabo los días lunes, miércoles y viernes, abarcando 3 hrs. por día en el turno matutino y tarde.

Estas constan en, obtener los registros de los nacimientos del Hospital Pereira Rossell y Clínicas que pertenecen a la zona de influencia del Centro de Salud Cruz de Carrasco, para luego trabajar con toda esta población.

A continuación se procederá a entablar contacto directo con las puérperas captadas en la sala de espera del Servicio de Pediatría del "Centro de Salud Cruz de Carrasco", e indirecto a través de contactos telefónicos, para realizar la entrevista y recolectar la información necesaria.

## **DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

### **LUGAR DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO**

Definición Conceptual: Centro asistencial en el cuál la mujer tuvo su parto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: Centro hospitalario Pereira Rossell  
Hospital de Clínicas

### **ASISTENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Def. Conceptual: Concurrencia de la mujer al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Def. Operativa: Concorre  
No concorre

### **MOTIVO DE LA CONCURRENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Definición Conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cuál concurrió al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: motivos manifestados por las usuarias

## **MOTIVO DE LA NO CONCURRENCIA AL CONTROL PUERPERAL**

Definición Conceptual: Motivo referido por la usuaria por el cuál no concurre al primer control ginecológico antes de los diez días posparto.

Clasificación: cualitativa

Definición Operativa: motivos manifestados por las usuarias

## **EDAD:**

Def. Conceptual: periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento de la usuaria a la fecha actual.

Clasificación: variable cualitativa

Def. Operativa: Intervalos: - Adolescente: 12-19 años

-Adulto joven: 20-29 años

-Adulto: 30- 44 años

## **NIVEL DE INSTRUCCION:**

Def. Conceptual: se refiere a los niveles de educación formal que recibe la usuaria.

Clasificación: variable cualitativa

Def. Operativa:- Primaria incompleta

-Primaria completa

-Secundaria incompleta

-Secundaria completa

-Terciaria completa

-Terciaria incompleta

-UTU completa

-UTU incompleta

-Analfabeto

### **OCUPACIÓN:**

Def. Conceptual: Refiere a la actividad por la cual la persona obtiene sus ingresos para su subsistencia.

Clasificación: cualitativa

Def. Operativa: Ocupada

Desocupada

### **NÚMERO DE HIJOS**

Def. Conceptual: cantidad de hijos que presenta la usuaria.

Clasificación: cuantitativa discreta.

Def. Operativa: Uno

Más de uno

### **CONTROL DE EMBARAZO**

Def. Conceptual: Usuaria que concurre como mínimo a cinco controles de su embarazo.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa: Se controló

No se controló

### **CONTROL PUERPERAL PREVIO**

Def. Conceptual: Usuaria que concurrió a control de puerperio anterior

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Se controló  
    No se controló

### **COMPLICACIÓN PUERPERAL ACTUAL**

Def. Conceptual: Aparición de alteración en el Puerperio normal.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Presenta  
    No presenta

### **IMPORTANCIA DEL CONTROL PUERPERAL:**

Def Conceptual: Importancia que le adjudica la mujer al control puerperal.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Importante  
    No importante

### **EDUCACIÓN PRENATAL RELACIONADO AL CONTROL POSTPARTO:**

Def. Conceptual: Información que recibe la madre durante los controles prenatales sobre importancia del control ginecológico pos parto.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:        Recibe  
    No recibe

## **APOYO FAMILIAR**

Definición conceptual: existencia de familiar o individuo allegado, que colabore para que la usuaria concorra al Centro de Salud.

Clasificación: cualitativa

Definición operativa: Dimensiones

- **ESTIMULACIÓN:** Acto de Estimular. Incitar a que la mujer concorra al control posparto.

Indicadores: Presenta

No Presenta

- **CUIDADO DEL O DE LOS NIÑOS** def: familiar o individuo allegado que se ocupa del cuidado de los niños mientras la usuaria concurre al control.

Indicadores: Presenta

No Presenta

- **ACOMPañAMIENTO** def: familiar o individuo allegado que acompañe a la usuaria al control ginecológico.

Indicadores: Presenta

No Presenta

### **ACCESIBILIDAD AL SERVICIO POR PARTE DE LA USUARIA:**

Def. Conceptual: Facilidad que tiene la usuaria para acceder.

Definición operativa: Dimensiones:

- **ECONÓMICA:** def: dinero disponible con el que la usuaria cuenta para trasladarse al servicio.

**Clasificación:** cualitativa

**Indicadores:** Presenta dinero para trasladarse al Centro  
No Presenta dinero para trasladarse al Centro.

- **GEOGRÁFICA:** def: distancia en cuadras desde el domicilio de la usuaria al Centro de Salud:

**Clasificación:** cualitativa

- Indicadores:**
- Menor a 10 cuadras - accesible
  - Entre 10 a 20 cuadras - medianamente accesible
  - Mayor a 20 cuadras - inaccesibles
- **HORARIA AL SERVICIO:** def: disponibilidad de la usuaria para concurrir al servicio de ginecología de acuerdo a los horarios establecidos en éste.

**Clasificación:** cualitativa

**Indicadores:** Acorde a la disponibilidad de la usuaria  
No acorde a la disponibilidad de la usuaria.

## REFERENTE DE SALUD:

Def. Conceptual: Individuo/ allegado, familiar, o profesional al que consulta la mujer para evacuar dudas con respecto a aspectos referidos al puerperio.

Clasificación: Cualitativa

Definición operativa:

- Familiar
- Amigo
- Médico
- Enfermero
- Ninguno
- Otros

**F) Recursos.**

- **Recursos humanos:** cinco estudiantes que cursan el Segundo Módulo perteneciente al Cuarto Ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad de la República.
- **Recurso Institucional:** Centro de Salud Cruz de Carrasco.
- **Recursos Materiales- Presupuesto:**

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL(\$)
<b>PAPELERIA</b>			
Libros	5	***	\$4500
Hojas	500	1 pte	145
Lapiceras	10	\$7 c/u	70
Carpetas	6	\$30 c/u	180
Fotocopias	200	\$1 c/u	200
Cuadernolas	2	\$30 c/u	60
Impresiones (Cartuchos)	10	5 negro 5 color	2000
Encuadernación	6	\$50 c/u	300
<b>EQUIPOS</b>			
Computadoras	4	Pertencientes al grupo	-----
Impresora	4	Pertenciente al grupo	
Disquetes	8	\$ 10 c/u	80
CD	14	\$10 c/u	140
Teléfono	4	Llamadas	e 1000

---

		Internet	
<b>LOCOMOCION</b>			
Boletos urbanos	200	\$15 c/u	3000
<b>EXTRAS</b>			1500
<b>TOTAL</b>			<b>\$13.175</b>

Gulman Laura, "La maternidad"  
Gulman Laura, "Puerperios"  
Hernández, Metodología Científica  
Lowdermilk-Perry-Boback, "Enfermería Materno Infantil"  
Perez-Sanchez, Obstetricia  
Polto Jaime. Pautas Terapéuticas en Obstetricia  
Como Publicar Artículos Científicos

## **BIBLIOGRAFIA:**

- Ander-Egg, E. "Técnicas de investigación social". Humanitas, Bs.As, 1995.
- Ander-Egg, E.- Aguilar Idanez, M<sup>a</sup> J. "Diagnóstico social, conceptos y metodologías". Lumen, Bs.As, 1995.
- Borrougns. A, Leiter. G. "Enfermería Materno Infantil".
- Canales Francisca y otros. "Metodología de la Investigación". Segunda edición. Editorial OPS. Washington, Estados Unidos. 1994
- Cibanal, L. "Interrelación del profesional de enfermería con el paciente". Doyma, Barcelona, 1991.
- Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Acta: Declaración de Alma-Ata. Alma-Ata, septiembre de 1978.
- Costa C., Neves N. "Atención integral de salud". Departamento de Enfermería Comunitaria, Montevideo, 1997.
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena, Tercera Edición, Editorial Ramón Sopena S.A , Barcelona 1978.
- Dickason-Silverman-Schult "Enfermería Materno Infantil", Segunda edición. Editorial Mosby-Doyma Libros, 1995.
- Defey. Denise (compiladora) "El bebé, sus padres y el hospital", serie mujer y maternidad tomo III. Editorial Roca Viva. Montevideo-Uruguay, 1995.
- Facultad de Enfermería. Plan de Estudio Licenciatura en Enfermería. Montevideo, 1993.
- Frías A. Osuna. "Salud pública y educación para la salud". Masson, Barcelona, 2000.
- Frías Osuna, A. "Enfermería Comunitaria". ". Masson, Barcelona: 2000.
- Gutman Laura, La maternidad, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Julio 2003.

- Gutman Laura, Puerperios y otras exploraciones del alma femenina, Primera edición, Editorial: Del Nuevo extremo, Buenos Aires, Setiembre 2004.
- Ketzoian Carlos y colaboradores, "Estadística Médica", Oficina del Libro FEFMUR, Montevideo, Abril 2003.
- Max-Neef, M. "Un desarrollo a escala humana". Nordán, Montevideo, 1993.
- Ministerio de Salud Pública, Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, Montevideo-Uruguay 2007.
- Ministerio de Salud Pública, Guías en Salud Sexual y Reproductiva, capítulo Anticoncepción (métodos reversibles), Uruguay 2007.
- Larousse Rizzolli "El mundo de la medicina" desde la A hasta la Z. Editorial Nogver, S.A, 1974.
- Pérez Sánchez Alfredo, "Obstetricia", Segunda edición. Publicaciones técnicas mediterráneas. Santiago de Chile. 1985.
- Polto Jaime. Pautas Terapéuticas en Obstetricia, Prof. coordinador general, Oficina del Libro Aem, Montevideo-Uruguay, 1999.
- Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud, Ottawa, noviembre de 1986.
- Ramos Clero E. "Enfermería Comunitaria. Métodos y técnicas" Ediciones DAE, Madrid, España, 2000.
- Roca, Alfonso et al. "Enfermería Comunitaria I". Serie de Manuales de Enfermería. Masson - Salvat, Barcelona, 1992.
- Shwarz Ricardo. y otros "Obstetricia", Librería "El ateneo" editorial. Cuarta edición, cuarta reimpresión.

Páginas de internet utilizadas:

<http://www.mtss.gub.uy>

<http://www.BPS.gub.uy>

<http://www.Google/Entrevista>

# **ANEXOS**

## ANEXO I

### Censo mortalidad materna 2004

#### MUERTES FEMENINAS POR COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO Y TASA DE MORTALIDAD MATERNA

Período 1900 -

AÑO	Cifras absolutas	Total de muertes femeninas (a)	Muertes de mujeres entre 15-49 (3)	Nac. vivos (4)	Muertes Maternas/Total (1):(2) por mil (5)	Muertes Maternas/ Muertes Mujeres 15-49 (1):(3) por mil (6)	Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacimientos vivos
2004 (*)	9	15.324	846	50.052	0,6	10,6	18,0
2003 (*)	11	15.923	831	50.631	0,7	13,2	21,7
2002	18	14.819	886	51.953	1,2	20,3	34,6
2001	19	14.625	852	51.959	1,3	22,3	36,6
2000	9	14.043	874	52.770	0,6	10,3	17,1
1999	6	15.067	807	54.004	0,4	7,4	11,1
1998	11	14.705	897	54.760	0,7	12,3	20,1
1997	17	13.923	878	56.344	1,2	19,4	30,2
1996	11	14.083	872	58.862	0,8	12,6	18,7
1995	13	14.271	916	56.695	0,9	14,2	22,9
1994	12	13.588	901	55.990	0,9	13,3	21,4
1993	14	14.286	897	55.958	1,0	15,6	25,0
1992	14	13.591	849	54.190	1,0	16,5	25,8
1991	21	13.688	935	54.754	1,5	22,5	38,4
1990	9	13.601	819	56.487	0,7	11,0	15,9
1989	14	13.356	927	55.324	1,0	15,1	25,3
1988	21	13.973	889	55.798	1,5	23,6	37,6
1987	15	13.598	907	53.368	1,1	16,5	28,1
1986	14	13.077	923	54.080	1,1	15,2	25,9
1985	23	12.802	819	53.766	1,8	28,1	42,8
1984	20	13.341	854	53.348	1,5	23,4	37,5
1983	21	12.594	836	53.405	1,7	25,1	39,3
1982	20	11.902	944	53.594	1,7	21,2	37,3
1981	33	12.112	956	53.923	2,7	34,5	61,2
1980	19	13.276	1.027	53.854	1,4	18,5	35,3
1979	23	12.554	980	55.770	1,8	23,5	41,2
1978	19	12.387	1.052	57.276	1,5	18,1	33,2
1977	16	12.670	1.044	57.976	1,3	15,3	27,6
1976	18	12.566	1.071	59.190	1,4	16,8	30,4
1975	21	12.139	979	59.140	1,7	21,5	35,5

Fuente: Ministerio de Salud Pública. División Estadística.

(a) Total con información de edad

Nota: en el año 1991 se realizó un control de registro de la causa de estas muertes, que se retomó en 1997.

## NACIMIENTOS OCURRIDOS Y REGISTRADOS POR CENTRO ASISTENCIAL

Período 1983 -

AÑO	Total	Porcentaje sobre el total					
		MSP y Hospital de Clínicas	Mutualistas, Sanatorios y Asignaciones Familiares	Otros lugares de ocurrencia	MSP y Hospital de Clínicas	Mutualistas, Sanatorios y Asignaciones Familiares	Otros lugares de ocurrencia*
				(1)			
2001	51.959	24.162	25.623	2.174	46,50	49,31	4,18
2000	52.720	23.522	26.870	2.328	44,62	50,97	4,41
1999	54.004	23.438	28.604	1.962	43,40	52,97	3,63
1998	54.760	23.456	29.216	2.088	42,83	53,35	3,81
1997	58.032	25.557	30.241	2.234	44,04	52,11	3,85
1996	58.862	26.135	30.373	2.354	44,40	51,60	4,00
1995	56.695	23.984	30.331	2.380	42,30	53,50	4,20
1994	55.990	23.420	30.044	2.526	41,83	53,66	4,51
1993	55.953	22.815	30.706	2.432	40,78	54,88	4,35
1992	54.190	21.388	30.384	2.418	39,47	56,07	4,46
1991	54.754	21.824	31.729	1.201	39,86	57,95	2,19
1990	56.013	20.255	33.186	2.572	36,16	59,25	4,59
1989	55.324	20.252	32.884	2.188	36,61	59,44	3,95
1988	55.798	19.333	33.083	3.382	34,65	59,29	6,06
1987	53.368	19.500	31.462	2.406	36,54	58,95	4,51
1986	54.080	21.188	28.525	4.367	39,18	52,74	8,08
1983	53.405	22.141	27.742	3.522	41,46	51,95	6,59

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, con información de la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

## MATERNIDAD ADOLESCENTE Período 1968 -

AÑO	Nacimientos de Madres Adolescentes			Porcentaje de Nacimientos de Madres Adolescentes con respecto al Total de Nacimientos		Porcentaje de Nacimientos provenientes de Uniones Consensuales de Madres Adolescentes / Total de Nacimientos de Uniones Consensuales		Porcentaje de Nacimientos provenientes de Uniones Consensuales de Madres Adolescentes / Total de Nacimientos de Cada Edad	
	Total	<15	15-19	<15	15-19	<15	15-19	<15	15-19
	2004	7.611	184	7.427	0,37	14,84			
2003	7.778	184	7.594	0,36	15,00				
2002	8.424	207	8.217	0,40	15,82				
2001	8.561	184	8.377	0,35	16,12	0,60	24,12	94,02	82,63
2000	8.475	207	8.268	0,39	15,67	0,73	24,83	89,37	76,02
1999	8.875	198	8.677	0,37	16,07	0,67	25,29	87,11	74,42
1998	...	...	...	...	...	...	...	85,29	72,89
1997	9.794	266	9.528	0,46	16,42	0,81	24,66	83,46	71,35
1996	9.734	239	9.495	0,41	16,13	0,73	25,15	80,33	69,98
1993	8.703	216	8.487	0,39	15,17	0,79	24,93	75,00	59,94
1988	7.885	151	7.734	0,27	13,98	0,66	23,97	66,89	47,52
1987	7.308	174	7.134	0,33	13,45	0,82	23,35	67,82	47,01
1986	6.828	124	6.704	0,23	12,44	0,65	21,43	77,42	47,21
1985	6.588	146	6.442	0,27	12,06	0,70	20,65	67,12	44,92
1984	6.794	158	6.636	0,30	12,50	0,60	19,36	51,90	40,08
1983	7.246	151	7.095	0,29	13,42	0,63	21,79	56,95	42,00
1981	7.853	268	7.585	0,50	14,19	0,95	23,39	47,76	41,41
1980	7.971	162	7.809	0,31	14,78	0,63	19,36	50,00	31,94
1979	8.253	163	8.090	0,30	14,78	0,65	22,39	53,37	37,17
1978	8.348	173	8.175	0,31	14,49	0,70	22,38	54,91	37,31
1977	8.452	166	8.286	0,29	14,55	0,72	23,32	58,43	37,80
1976	7.740	140	7.600	0,25	13,64	0,97	22,36	71,43	30,39
1975	8.080	140	7.940	0,25	14,24	0,46	27,26	35,70	37,50
1974	7.550	150	7.400	0,27	13,57	0,95	22,58	66,67	32,16
1973	6.930	140	6.790	0,26	12,70	0,63	21,62	42,86	30,19
1972	7.150	110	7.040	0,21	13,19	0,79	22,08	72,73	31,68
1971	6.890	100	6.790	0,19	12,94	0,95	21,10	79,00	29,46
1970	6.560	150	6.410	0,29	12,51	0,91	21,23	53,33	29,02
1969	6.520	180	6.340	0,34	12,01	1,18	21,82	61,11	32,18
1968	5.650	100	5.550	0,20	11,07	0,64	18,85	50,00	26,49

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, con información de la División de Estadística del Ministerio de Salud Pública.

**ANEXO II**  
**Sistema de Información Perinatal**

CLAP-OPS/OMS SISTEMA INFORMATICO PERINATAL CL1060 Ver 1.48 16 set 08

Centro Hospitalario Pereira Rossell - Montevideo - URUGUAY

**DESCRIPCION DE UNA VARIABLE**

DEFINICION DE LA POBLACION

\SIP\SIH2007.DBF N = 8,193 d e 1 ene 07 - 31 dic 07

SELECCION POR OTRAS VARIABLES (hasta 3 grupos de 5 condiciones)

Registros seleccionados: 8193

RU

VARIABLE: INFECCION PUERPERAL n este puerperio

Valores	Casos	Porcent.
AUSENTE	7737	94.4% *****
PRESENTE	43	0.5%
sin dato	413	5.0% **

Total 8193 100.0%

Escala: un asterisco corresponde a 171.93 Registros

Casos para calculos: 7780 95.0%

ler.m;n:0 en N.5747477 ; ler.m x:l en N.0027011

p10: 0.10 p25: 0.25 p50: 0.50 p75: 0.75 p90: 0.91

Comentarios \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

?

Autores: Cabrera A. - Canelas L. - Ferreira L. - Maquera A. P. - Tejera M. V.

### **ANEXO III**

#### **INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:**

- Fecha entrevista:
- Iniciales:.....
  - Domicilio:.....
  - Teléfono:.....
  - Edad:.....
- Fecha Parto:
- Lugar atención recién nacido:
- En relación al nivel de instrucción, ¿cuál es el último año que cursó?
- |                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| Primaria incompleta.....   | Primaria completa.....    |
| Secundaria incompleta..... | Secundaria completa.....  |
| Terciaria completa.....    | Terciaria incompleta..... |
| UTU completa.....          | UTU incompleta.....       |
| Analfabeto.....            |                           |
- ¿Cuál es su situación de empleo actual?
- Ocupada.....
- Desocupada.....
- ¿Cuántos hijos tiene?
- Ninguno.....
- Uno.....
- Más de uno.....
- ¿Ha concurrido usted al primer control ginecológico posparto? ¿Por qué?
- Concurrió.....
- No concurrió....
- ¿Se controló usted el último embarazo?
- Se controló.....
- No se controló....
- ¿Realizó usted control del puerperio anterior?
- Se controló.....
- No se controló.....

- ¿Ha presentado usted complicaciones en el puerperio actual?  
Presentó.....  
No presentó.....
  
- ¿Para usted es importante el control puerperal?  
Importante.....  
No importante.....
  
- ¿Recibió usted educación prenatal?  
Recibió.....  
No recibió.....
  
- ¿Considera usted, que cuenta con apoyo familiar en la estimulación para su concurrencia al control de puerperio?  
Presenta.....  
No presenta.....
  
- ¿Considera usted, que cuenta con apoyo familiar en el cuidado de los niños, para su concurrencia al control puerperal?  
Presenta.....  
No presenta.....
  
- ¿Considera usted, que cuenta con apoyo familiar que la acompañen a concurrir al control puerperal?  
Presenta.....  
No presenta.....
  
- ¿Considera usted, que cuenta con los recursos económicos suficientes que permitan su traslado al Centro de Salud?  
Presenta dinero para trasladarse.....  
No presenta dinero para trasladarse.....
  
- ¿Considera usted, que el horario del Servicio de Ginecología del Centro de Salud, es acorde a su disponibilidad horaria?  
Acorde a la disponibilidad de la usuaria.....  
No acorde a la disponibilidad de la usuaria.....

- ¿Cuántas cuadras de distancia se encuentra su hogar del Centro de Salud?  
Menor a 10 cuadras.....  
Entre 10 a 20 cuadras.....  
Mayor a 20 cuadras.....
  
- ¿Qué persona considera usted un referente de salud?  
Familiar....  
Amigo.....  
Médico.....  
Enfermero.....  
Ninguno.....  
Otros.....

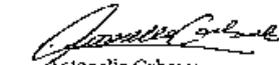
**ANEXO VI Carta Dirección Cruz de Carrasco:**

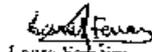
Montevideo, 5 de Setiembre de 2008.

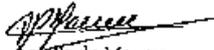
Licenciada Norma Recoña  
Directora del Centro de Salud Cruz de Carrasco  
Presente

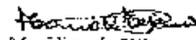
Quiénes suscriben, internas de la Facultad de Enfermería, que actualmente se encuentran cursando el módulo internado en el Centro que Ud dirige, para solicitarle autorización para la recolección de datos sobre las usuarias púrpuras controladas en el servicio de ginecología, con la finalidad de obtener información para la realización del protocolo del trabajo de investigación final. La misma será abordada en el marco del Programa Salud de la Mujer y Género, tratándose del tema: Primer control puerperal.

Agradecidas desde ya y esperando una respuesta favorable  
Saludos cordiales;

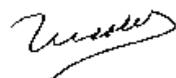
  
Antonella Cabrera

  
Laura Ferreira

  
Ana Paula Manera

  
Ma. Victoria Tejera

9/9/08 Autorizado

  
L. E. Norma Recoña  
Directora (S)  
C. S. La Cruz de Carrasco  
E.S.A.F. A. 11.11.11.11.11