

# Guía de cuidado de enfermería en control prenatal

Enfermería basada en la evidencia (EBE)



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ  
HUMANA

**Alcalde Mayor de Bogotá**

Gustavo Francisco Petro Urrego

**Secretario Distrital de Salud**

Mauricio Alberto Bustamante García

**Subsecretario de Servicios  
de Salud y Aseguramiento**

Helver Guiovanni Rubiano García

**Jefe de la Oficina Asesora  
de Comunicaciones en Salud**

Oriana Obagi Orozco

**Corrección de estilo**

Gustavo Patiño Díaz

**Diseño y diagramación**

Juan Carlos Vera

© Secretaría Distrital de Salud

ISBN: 978-958-8313-65-8

Documento controlado de Provisión  
de Servicios de Salud

**Impresión**

Imprenta Distrital DDDI

**Equipo técnico**

**Dirección de Provisión  
de Servicios de Salud**

Elsa Graciela Martínez Echeverry

**Coordinación del Grupo  
Materno-Perinatal**

Martha Lucía Mora Moreno (2008-2014)

Marta Lucía Hincapié Molina (2014-2015)

Amanda Siachoque Rodríguez (2015)

**Apoyo Administrativo  
al Grupo Materno-Perinatal**

Tatiana Valentina Cabrera Sierra  
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO  
MATERNO PERINATAL

**Coordinación del proceso de  
elaboración de las guías  
de cuidado de enfermería**

Nubia Castiblanco López  
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO  
MATERNO PERINATAL

**Revisión de las guías de cuidado  
de enfermería**

Elizabeth Echandía Daza  
PROFESIONAL ESPECIALIZADA DEL GRUPO  
MATERNO PERINATAL

## Secretaría Distrital de Salud

### Dirección de Provisión de Servicios de Salud

### Declaración de intencionalidad

Los autores y colaboradores de la *Guía de cuidado prenatal para el profesional de enfermería. Enfermería basada en evidencia (EBE)*, en lo referente a neutralidad y fiabilidad, declaran que no tienen ningún tipo de conflicto de intereses.

### Autoras

**Sonia Acosta.** Enfermera perinatóloga. Docente de la Universidad El Bosque. (QEPD)

**Nancy Lucía Bejarano Beltrán.** Enfermera especialista en Enfermería Materno Perinatal y Docencia Universitaria. Profesional Especializada de la SDS.

**Martha Patricia Bejarano Beltrán.** Enfermera perinatóloga y magíster en Enfermería, con énfasis en gerencia en salud. Docente de la Universidad Nacional de Colombia.

**Nubia Castiblanco.** Enfermera, magíster en Enfermería, con énfasis en Cuidado para la Salud Materno Perinatal. Profesora de la Universidad Nacional de Colombia. Profesional Especializada de la SDS.

**Luz Mireya Castañeda.** Enfermera del Hospital Militar.

**Paula Andrea Castañeda.** Enfermera de Sanitas.

**Rosiris Cogollo Mestra.** Enfermera epidemióloga del Hospital La Victoria.

**Esperanza de Durán.** Enfermera docente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

**Elizabeth Elvira Echandía Daza.** Enfermera auditora, epidemióloga. Profesional especializada del Grupo Materno-perinatal de la Secretaría Distrital de Salud.

**Vilma Fandiño.** Enfermera. Docente de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA).

**Rosalía Janeth del Pilar Garzón Cárdenas.** Enfermera. Especialista en Gerencia de la Salud Pública y magíster en Educación. Docente de la Pontificia Universidad Javeriana.

**Mildred Guarnizo Tole.** Enfermera, magíster en Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal. Docente de la Universidad El Bosque.

**Dilia Constanza Lozada Neira.** Enfermera epidemióloga de Cafesalud, Saludcoop.

**Norma Noguera Ortiz.** Especialista en Enfermería Materno Perinatal, con énfasis en apoyo familiar. Candidata a magíster en

Enfermería, con énfasis en cuidado para la salud materno perinatal. Docente instructora de la Pontificia Universidad Javeriana.

**Ivonne Puerto.** Enfermera epidemióloga. Docente de la Universidad Área Andina.

**Isabel Rodríguez.** Enfermera magíster en materno perinatal. Docente de Unisanitas.

**Esperanza Ruiz Rubiano.** Enfermera perinatóloga del Hospital Simón Bolívar.

**Vilma Sarmiento.** Enfermera. Profesional especializado de la SDS.

**Marta Cristo.** Psicóloga, magíster de la Universidad de Quebec, psicóloga del Programa Madre Canguro Integral.

**María Eugenia Ramírez.** Enfermera epidemióloga.

**Brunhilde Goethe Sánchez.** Enfermera perinatóloga, especialista del Hospital Simón Bolívar. Docente asistente de la Universidad Nacional de Colombia.

### Colaboradoras

**Martha Patricia Becerra.** Enfermera. Especialista en Auditoría de la Calidad en Salud y Epidemiología. Candidata al título de magíster en Salud Pública. Profesional especializada de la SDS.

**Cristina Lancheros.** Especialista en Ética. Enfermera del Hospital Simón Bolívar.

### Revisores pares

**Lucy Muñoz de Rodríguez.** Enfermera obstétrica. Magíster en Enfermería, con énfasis en salud familiar. Profesora de la Universidad Nacional de Colombia.

**Javier Bula.** Enfermero de la Universidad Nacional de Colombia, magíster en Enfermería Cardiorrespiratoria de la Universidad Nacional. Candidato al doctorado en Enfermería. Docente de la Universidad Nacional.

### Destinatarios de la Guía

La *Guía* deberá dirigirse a los profesionales que conforman las diversas instituciones del área de la salud pública y privada, estudiantes y docentes universitarios del área de la salud y afines, grupos de investigación de enfermería en materno perinatal.

### Incorporación de la evidencia de las mujeres gestantes (anexo 3)

## Niveles de evidencia científica cualitativa y cuantitativa

**Nivel 1. Estudios generalizados.** Revisiones sistemáticas cualitativas, metasíntesis y estudios cualitativos que incluyan saturación, varios grupos de comparación, análisis cualitativo-cuantitativo, investigación exhaustiva del tema y grado de generalización de los resultados.

**Nivel 2. Estudios conceptuales.** Estudios que puedan guiar la selección de la muestra. Los estudios incluyen características metodológicas de estudios cuantitativos y cualitativos, como apropiada selección-reclutamiento de los participantes, que demuestre la diversidad de la población, control de sesgos de investigador y recolección de datos; las limitaciones del estudio son descritas.

**Nivel 3. Estudios descriptivos.** Se enfocan en seleccionar a un grupo específico de pacientes en un contexto particular. Estudios que describen simplemente las experiencias o puntos de vista de los participantes; se enfocan en citar textualmente los datos antes de analizarlos y analizar sus causas. Contienen sesgos de selección de participantes.

**Nivel 4. Opinión de expertos.** Textos que proveen conocimiento acerca de un tema no explorado.

## Grado de recomendación por capítulos

Grado de recomendación	Capítulo 1. Interrelación entre NANDA, NIC y NOC para el cuidado prenatal por enfermería
A	Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta el NANDA, el NIC y el NOC para diagnosticar, planear, intervenir y evaluar el cuidado de enfermería durante la etapa prenatal.

Grado de recomendación	Capítulo 2. Integralidad del cuidado prenatal por enfermería
A	Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas.
A	Los profesionales de enfermería deben especificar los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma (anexo1) cambios durante la gestación, nacimiento, puerperio y cuidados con el recién nacido.
A	Los profesionales de enfermería deben brindar enseñanza del cuidado de la salud a la población, teniendo en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país; estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger.
B	Los profesionales de enfermería deben utilizar la historia clínica materno-perinatal como un instrumento que permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, y facilita el seguimiento efectivo durante el control prenatal, al llenar e interpretar las casillas de riesgo.

Grado de recomendación	Capítulo 3. Promoción del autocuidado durante la gestación
A	Los profesionales de enfermería deben utilizar el instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal” (anexo 2).
A	Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer. Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez.
A	Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta instruir a la gestante sobre los dominios encontrados en el estudio, como son: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación y prepararse para el parto.
B	Los profesionales de enfermería deben seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, y sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado.
A	Los profesionales de enfermería deben conocer la teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger, y tener en cuenta los dominios analizados de protección, miedo y satisfacción, para ponerlos en práctica desde la perspectiva de la enfermería transcultural.
A	Un cuidado cultural que se debe conservar por parte de los profesionales de enfermería es la iniciativa de la mujer frente a la búsqueda de alternativas que favorezcan su bienestar, el de su hijo por nacer y el de su pareja.
A	Los profesionales de enfermería deben educar sobre los efectos nocivos de la cerveza, ya que contiene alcohol, por lo cual su ingesta no es recomendable en el posparto y durante la lactancia materna.
A	Los profesionales de enfermería deben aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, para brindar cuidado integral a la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión de los significados de la sexualidad en la gestación y cimentar en ellos un cuidado culturalmente congruente.

Grado de recomendación	Capítulo 4. Cuidado prenatal tardío
A	Los profesionales de enfermería pueden medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal por medio del ‘Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal’, al identificar tres variables: la percepción de beneficios al CPN, la percepción de barreras al CPN y la actitud negativa hacia el embarazo.
B	Promover, por diferentes medios y estrategias, la asistencia precoz y periódica al control prenatal.
B	Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud.
B	Ampliar el campo de acción de los profesionales de enfermería para asumir funciones más directas en la prestación de servicios materno infantiles utilizando la estrategia de atención primaria

Grado de recomendación	Capítulo 5. Participación del hombre en la gestación
B	El cuidado de los profesionales de enfermería con los adolescentes consiste en un acompañamiento y consejería continua para que estos comprendan la importancia de conocer su cuerpo, de planear su proyecto de vida y del cuidado integral de su salud.
B	Los profesionales de enfermería deben educar a los varones frente a las señales de peligro en la gestación, lo cual podría contribuir en la toma de decisión de acudir a tiempo a los servicios de salud y preservar la salud y la vida de la gestante y del hijo por nacer.
A	Los profesionales de enfermería deben hacer partícipes a los futuros padres del cuidado de su hijo por nacer, para disminuir los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud del bebé.
B	Los profesionales de enfermería deben brindar acompañamiento y consejería a los hombres adolescentes sobre el embarazo y sus consecuencias.
A	Los profesionales de enfermería deben favorecer la inclusión del padre gestante como protagonista en las diversas actividades de la gestación, el nacimiento y la crianza. Para ello, es importante dejar atrás antiguos modelos patriarcales que rigen la dinámica familiar, los cuales excluyen a los varones, para, de este modo, no continuar legitimando la ausencia paterna.

Grado de recomendación	Capítulo 6. Cuidado de enfermería en patologías que complican la gestación
B	Los profesionales de enfermería deben brindar educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, así como la detección temprana de las alteraciones durante la gestación.
B	Los profesionales de enfermería deben advertir a la mujer gestante y a su compañero sobre malos hábitos higiénicos, o conductas sexuales de riesgo, que pueden constituirse en desencadenantes de morbilidad materna y perinatal.
B	Para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres trabajadoras en general y de las diabéticas en particular, los profesionales de enfermería deben saber que unas palabras dichas con cariño y con conocimientos científicos en el momento adecuado surten un efecto positivo.
A	Los profesionales de enfermería realizarán el control prenatal, como mínimo, mensualmente a todas las gestantes.
A	Los profesionales de enfermería deben conocer los hábitos y conductas de la población, brindar continuidad en la atención y tener en cuenta el contacto directo, para que se posibilite su labor en la comunidad y centros hospitalarios.

# Contenido

<b>Siglas y acrónimos</b> .....	8
<b>Introducción</b> .....	9
<b>Justificación</b> .....	9
<b>Objetivos</b> .....	10
<b>Metodología</b> .....	11
<b>Capítulo 1</b>	
Interrelación NANDA, NIC y NOC para el cuidado prenatal por enfermería .....	15
<b>Capítulo 2</b>	
Integralidad del cuidado prenatal realizado por enfermería .....	25
<b>Capítulo 3</b>	
Promoción del autocuidado durante la gestación .....	29
<b>Capítulo 4</b>	
Cuidado prenatal tardío .....	43
<b>Capítulo 5</b>	
Participación del hombre en la gestación .....	48
<b>Capítulo 6</b>	
Cuidado de enfermería en algunas patologías que complican la gestación .....	53
<b>Algoritmo</b> .....	63
<b>Glosario</b> .....	64
<b>Referencias</b> .....	66
<b>Anexos</b> .....	70
1. Signos de alarma durante la gestación (Consenso de expertos, 2013)	
2. Instrumento para valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal	
3. Encuesta para mujeres gestantes en control prenatal	

## Siglas y acrónimos

<b>CPN</b>	Control prenatal
<b>EBE</b>	Enfermería basada en la evidencia
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>NE</b>	nivel de evidencia
<b>NIC</b>	Nursing Intervention Classification
<b>NOC</b>	Nursing Outcomes Classification
<b>R: A</b>	grado de recomendación A
<b>R: B</b>	grado de recomendación B
<b>R: C</b>	grado de recomendación C



## Introducción

Las principales causas de mortalidad materna son prevenibles, y se cuenta con los conocimientos y la tecnología necesarios para lograr su reducción. Para conseguir el cumplimiento de las metas de disminución de la mortalidad materna y perinatal debe darse una oportuna atención durante la gestación, el parto y el puerperio; manejar los riesgos asociados con la maternidad y el recién nacido.

El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. Este seguimiento tiene como fin reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, además de prevenir y controlar los factores de riesgo *biopsicosociales* que inciden en el mencionado proceso.

Se ha comprobado que el control prenatal modifica la incidencia de bajo peso al nacer y prematuridad en los neonatos; igualmente, identifica los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Implica no solo el número de visitas, sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas mediante las actividades que realiza el profesional de enfermería en el control prenatal. Por ello, esta guía que hoy se presenta recoge evidencia científica de lo que debe hacer el profesional de enfermería en el control prenatal; se compone de seis capítulos, cada uno con recomendaciones para que se convierta en derrotero de trabajo y de posicionamiento de los profesionales para detectar a tiempo, prevenir, diagnosticar y tratar de manera disciplinada los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

## Justificación

Como evento de alto impacto social, la reducción de la mortalidad materna y perinatal se encuentra incluida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ha sido prioridad en cada uno de los planes de desarrollo del Distrito Capital; es así como en el plan de desarrollo 'Bogotá Humana' (2012-2016) se establece como meta para la ciudad la reducción de la mortalidad materna a  $31 \times 100.000$  nacidos vivos a 2016, con una línea de base de 37,65 por 100.000 nacidos vivos (datos preliminares), y la mortalidad perinatal a 15 por 1.000 nacidos vivos.

Estas metas hacen que el compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las aseguradoras, la academia y, por supuesto, los profesionales de salud, especialmente de enfermería, se comprometan con el cuidado de enfermería en el control prenatal.

Hoy prácticamente hay consenso universal acerca de las intervenciones costo-efectivas que se necesitan para evitar la mortalidad materna. En una serie de *Lancet* sobre supervivencia materna, se recomienda la implementación de una estrategia efectiva de atención del parto como una prioridad máxima. Al mismo tiempo, identificaron oportunidades adicionales para alterar los riesgos de la mortalidad materna en el cuidado prenatal y posparto, en la planeación familiar y en el aborto seguro.

La Secretaría Distrital de Salud ha implementado desde hace varios años la metodología de análisis de mortalidad materna bajo el esquema de las demoras, según un estudio de Deborah Maine et al. (1997). Es allí donde algunos de los hallazgos que se presentan tienen relación con la atención que los profesionales prestan a las mujeres gestantes en cada encuentro que tienen con ellas: comunicación, información y educación brindada de baja calidad; desconocimiento de las señales de alarma, no detección de riesgo psicosocial, baja asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad, ignorancia sobre los cuidados durante la gestación, parto y posparto; sobre la iniciación temprana de la lactancia materna y sobre la indicación de la planificación familiar posparto que son responsabilidad de los profesionales de enfermería durante el control prenatal.

Por lo anterior, es necesario establecer una guía de cuidado de enfermería para que las instituciones tanto de salud como educativas la implementen y acojan como herramienta de trabajo, que redundará en la salud materna y perinatal de nuestra población.

## Objetivos

### Objetivo general

Establecer una guía de trabajo para profesionales de enfermería, instituciones de salud, aseguradores y academia que sirva como fuente de trabajo y que mejore la calidad del cuidado de enfermería para la población de mujeres gestantes.

### Objetivos específicos

1. Brindar orientación bajo evidencia científica a los profesionales de enfermería sobre las pautas para tener en cuenta en el cuidado prenatal de enfermería durante el periodo de la gestación, de acuerdo con los cambios psíquicos y físicos que se presenten.
2. Brindar a las mujeres gestantes y a su acompañante conocimiento sobre el autocuidado en la etapa de gestación, reconociendo las prácticas culturales que practique cada pareja.
3. Contar con herramientas para la detección temprana de factores de riesgo psicosocial y biológico en mujeres que inician el control prenatal de manera tardía, para evitar complicaciones en la gestación y el nacimiento.
4. Reforzar en los profesionales de enfermería la importancia de la inclusión del hombre en el proceso de la gestación y establecer las condiciones necesarias para que su participación sea eficaz y se fortalezca el vínculo madre-padre-hijo.

# Metodología

## Conformación del grupo

El grupo fue conformado por invitación de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá a profesionales de enfermería con amplia experiencia en la asistencia, tanto en los ámbitos públicos como privados, la docencia y la investigación, y representantes de asociaciones de enfermería, como la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) y la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC), con el fin de participar en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal basadas en evidencia. Aunque se recomienda adaptar guías nacionales e internacionales antes de desarrollar nuevas guías, no fue posible acogernos a esta decisión, por cuanto no se encontraron guías propias basadas en evidencia de la profesión de enfermería al respecto.

En una primera reunión, todos los participantes estuvieron de acuerdo con las fases de la metodología por seguir en el proceso de elaboración de guías de enfermería para el cuidado materno perinatal, enfermería basada en evidencia (EBE). Se presentaron las fases: 1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas. 2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces. 3. Incorporación de la evidencia del usuario (en este caso, el usuario se refiere a la gestante, quien es la persona que está viviendo la experiencia actualmente), por medio de encuestas a la gestante, simultáneamente con la revisión de la literatura. Categorías que en lo posible vale la pena considerar e incluir en el desarrollo de la guía. 4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios. 5. Desarrollo del contenido de la guía, recomendaciones y bibliografía.

### 1. Incorporación de la evidencia de los consumidores: selección y priorización de temas.

Luego de una discusión sobre las guías por desarrollar, se concluyó que la “Guía de cuidado prenatal para el profesional de enfermería” es esencial, por lo tanto fue seleccionada y priorizada como una de las más necesarias.

### 2. Elaboración de preguntas y determinación de desenlaces

Para la elaboración de preguntas y determinación de desenlaces correspondientes a la Guía de cuidado prenatal para el profesional de enfermería EBE, se desarrolló un algoritmo de 20 preguntas. Al final de este proceso se obtuvieron cinco preguntas, para la formulación se utilizó la estrategia PICO (por sus siglas del inglés *patient or problem, intervention, control or comparison, outcomes*); esta consiste en determinar la población objeto de estudio, a quién va dirigida la guía, las intervenciones, los comparadores y los desenlaces.

### 3. Incorporación de la evidencia del usuario por medio de encuestas a la gestante

Con todas las participantes en la Guía de cuidado prenatal para el profesional de enfermería EBE, se elaboró la encuesta y se aplicó a 50 gestantes en diferentes puntos de la ciudad, en espacios públicos y privados. En la tabla 1 se presentan los resultados obtenidos.

**Tabla 1.** Encuesta para mujeres gestantes en control prenatal

Pregunta	Respuestas de la gestante	Total
¿Sabe usted quiénes hacen el control de embarazo?	La enfermera jefe	33
	El médico general	32
	Los especialistas, ginecólogo	10
	No sé quién lo hace	3
	Docentes	1
Total		79
¿Sabe usted qué es el control del embarazo por enfermería?	Once responden que no saben, porque han sido atendidas por el médico, o no se acuerdan.	11
	Sin embargo, 39 contestaron que sí, y algunas de las respuestas fueron: "Sí, para saber el desarrollo del bebé mes a mes, es el control que realiza la jefe"; "Es donde rigurosamente se lleva el control de la evolución del embarazo para que todo esté bien"; "Nos ayuda a saber los cambios que tenemos nosotras y nuestro bebé, está pendiente de llamar y recordar los pendientes, están pendientes del crecimiento del bebé y la salud de la mamá, hacen educación, consejería, toma de tensión y citología"; "La enfermera es una guía para nosotras como madres gestantes y lactantes muy completo, mide la altura uterina, lleva el control de embarazo y hace escuchar el corazón del bebé".	39
Total		50
¿Cómo se ha sentido atendida por el profesional de enfermería durante el control de embarazo? ¿Por qué?	Contestaron 45 gestantes "bien, explican todo muy bien, me dan seguridad, están pendientes de todo, mis inquietudes son resueltas, me educan, me consienten, me tratan con respeto y amabilidad".	45
	No han tenido control prenatal con enfermera jefe.	5
Total		50
¿Sobre qué temas le gustaría recibir educación durante el embarazo en la consulta por enfermería?	Cuidados del bebé, trabajo de parto y parto.	20
	Cuidados con el embarazo, alimentación balanceada.	9
	Riesgos en la futura madre, complicaciones durante el embarazo.	7
	Lactancia.	7
	Formación del bebé y malformaciones.	5
	Planificación.	2
Total		50

¿Cada cuánto desearía usted tener control por enfermería durante su embarazo?	Cada mes, es normal.	31
	Cada 15 días.	10
	Cada 20 días.	4
	Las veces que sean necesarias.	3
	Cada dos meses, lo normal.	2
Total		50
¿Cómo se cuida usted durante su embarazo?	Con buena alimentación. Sin realizar esfuerzos.	39
	Cumpliendo con lo establecido (controles, vitaminas, no consumir bebidas alcohólicas, ejercicio, exámenes).	24
	Asistiendo a controles.	9
	Estimulando al bebé.	1
Total		73
¿Qué dificultades ha tenido para asistir al control prenatal?	Ninguna.	27
	Tiempo por el trabajo.	7
	Falta de pago de la EPS, autorizaciones, tardanza en las citas.	5
	Mucha demora para la atención en urgencias.	2
	Las distancias (geográficas).	3
	Falta de dinero.	2
	Calamidades familiares; mis hijos.	3
	No saber que estaba embarazada a tiempo.	1
Total		50

### *Análisis de la encuesta*

¿Cada cuánto desearía usted tener control por enfermería durante su embarazo? Después de analizar con el grupo, se determinó que las categorías identificadas desde las perspectivas de las gestantes encuestadas fueron: recibir cuidado prenatal por profesional de enfermería una vez por mes es una necesidad de las gestantes y lo ven como normal; así, a la pregunta “¿Cada cuánto desearía usted tener control por enfermería durante su embarazo?”, de las 50 gestantes encuestadas, 31 respondieron que cada mes era normal, 10 gestantes respondieron cada 15 días, 4 gestantes respondieron cada 20 días, 3 gestantes respondieron las veces que sea necesario, dos gestantes responden cada dos meses y una gestante no sabe. En este orden de ideas, 45 gestantes (90%) desean recibir cuidado prenatal por profesional de enfermería al mes o antes del mes, 3 gestantes (6%) responden las veces que sea necesario, 2 gestantes (2%) responden cada dos meses y una gestante no sabe (2%).

Las respuestas a esta pregunta fueron 79, debido a que la mayoría de las gestantes identificaron como persona que hace el control prenatal al médico y la enfermera. Del mismo modo ocurrió con la pregunta 6, ya que la gestante señaló varios cuidados durante el embarazo.

La satisfacción de las gestantes frente al cuidado de enfermería se ve traducido en sentirse bien cuidadas por los profesionales de enfermería; de las 50 gestantes encuestadas, se encontró que 45 (90%) se han sentido bien atendidas por el profesional de enfermería, porque “el control es excelente, las enfermeras explican todo muy bien, me dan seguridad, están pendientes de todo, mis inquietudes son resueltas, colaboran para sacar las citas más rápido, me educan, me consienten, me tratan con respeto y amabilidad”. Cinco (10%) gestantes respondieron que no han tenido control prenatal con enfermera jefe.

Al ser estas necesidades manifestadas por las gestantes, el grupo tomó la decisión de incluirlas en la guía de cuidado prenatal por profesional de enfermería.

#### **4. Búsqueda y síntesis de evidencia disponible: identificación de los estudios**

Después se realizó una búsqueda de la literatura para identificar y resumir los estudios relacionados con el cuidado prenatal por profesional de enfermería. La clasificación de los niveles de evidencia y los grados de recomendación se actualizaron de acuerdo con la clasificación de la medicina basada en evidencia. Se realizó la búsqueda de estudios cuantitativos y cualitativos, y revisiones de metaanálisis para cada recomendación. Las fuentes de datos empleadas para la revisión sistemática de la literatura científica fueron: Cuiden, MedLine, Lilacs, Scielo, Pubmed, Cochrane Library, Google Scholar y las bibliotecas de las universidades.

Adicional a la revisión de literatura, la guía se complementa con la construcción de la interrelación NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification), correspondiente al cuidado prenatal por profesional de enfermería.

#### **5. Desarrollo del contenido de la guía**

Se desarrolló el contenido por capítulos, se hizo el planteamiento de las recomendaciones y se referenció la bibliografía. De la revisión de la literatura surgen los siguientes capítulos.

# Capítulo 1

## Interrelación NANDA, NIC y NOC para el cuidado prenatal por enfermería

Müller-Staub y colaboradores (2007) encontraron, en una revisión sistemática, que la profesión de enfermería utiliza en la práctica varios sistemas de clasificación general de diagnósticos de enfermería; a saber: The Internacional Clasificación for Nursing Practice (ICNP); Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF); North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), y Nursing Diagnosis of the Centre for Development and Research of the University Hospital in Zurich (ZEFP).

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a procesos vitales reales o potenciales. Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral.

Esta revisión sistemática verificó la validez, fiabilidad y aplicabilidad de los diferentes sistemas, con base en una escala que evalúa tres criterios relevantes para el diagnóstico de enfermería. El primero corresponde a que un diagnóstico debe describir el conocimiento base y el área sobre la cual se desarrolla la práctica de enfermería. El segundo determina la pertenencia a un concepto central; y el tercero identifica que cada diagnóstico debe tener una descripción, un criterio diagnóstico y estar relacionado con la etiología.

Con base en el análisis comparativo de la escala aplicada a los cuatro sistemas de diagnóstico, el estudio reportó que NANDA cumplía con la mayoría de los criterios de evaluación para diferentes tipos de pacientes. (NE: 1)

Bulechek, Butcher y Dchterman (2009), autoras del NIC, describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12.000 actividades. (NE: 1)

Moorhead, Johnson, Meridian y Swanson (2009) presentan los resultados del trabajo de un equipo de investigación de la Universidad de Iowa para identificar los resultados y las medidas relacionadas con el entorno del individuo, la familia y la comunidad, que puede utilizarse para evaluar los cuidados de enfermería en diversos ámbitos; para esto utiliza indicadores con escalas de medición. (NE: 1). Estas tres herramientas, NANDA, NIC y NOC, se pueden interrelacionar, y el resultado se presenta a continuación.

**NANDA. Riesgo de alteración de la diada materno-fetal (00209)**

Dominio 8: Sexualidad

Clase: Reproducción

Definición: Riesgo de alteración de la diada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo:

- Complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas, placenta previa o desprendimiento de placenta, retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple).
- Compromiso del transporte de O<sub>2</sub> (anemia, enfermedad cardíaca, asma, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia).
- Deterioro del metabolismo de la glucosa (diabetes, uso de esteroides).
- Abuso físico.
- Abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas).
- Efectos colaterales relacionados con el tratamiento (medicamentos, cirugía, quimioterapia).

**NIC Cuidados del embarazo de alto riesgo (6800)  
Intervención que requiere más de una hora**

Definición: identificación y manejo de un embarazo de alto riesgo para fomentar los resultados óptimos en la madre y el bebé.

Actividades:

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (diabetes, HIE, lupus eritematoso, herpes, hepatitis, VIH/sida, epilepsia).
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, restricción de crecimiento uterino (RCIU), desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización RH, ruptura prematura de membranas (RPM), historial familiar de trastornos genéticos).
- Reconocer factores de riesgos demográficos y sociales (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos, abuso físico y abuso de sustancias nocivas).
- Determinar el conocimiento de la gestante de los factores de riesgo identificados.
- Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.
- Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y los exámenes y procedimientos habituales de vigilancia.
- Instruir a la gestante y a la familia en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de los valores de glucosa en sangre y precauciones sexuales).
- Instruir sobre métodos alternativos de gratificación e intimidad sexual.
- Remitir, si procede, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos antes de término, refugio para personas que sufren abusos, clínica para enfermedades de transmisión sexual).
- Instruir a la gestante y la familia sobre el uso de medicamentos prescritos (insulina, tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivantes).
- Instruir a la gestante sobre técnicas de automonitorización, si procede (signos vitales, prueba de glucosa en sangre, monitorización de actividad uterina y aporte de medicación subcutánea continua).
- Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal, cambios en el líquido amniótico, disminución de los movimientos fetales, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema facial).
- Discutir los riesgos fetales asociados con partos antes de término en las diversas edades de gestación.
- Remitir a la unidad de cuidados intensivos del recién nacido si se anticipa el parto (embarazo múltiple).
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función placentaria, como falta de estrés, reto de oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido.
- Obtener cultivos del cérvix, si procede.
- Colaborar en los procedimientos de diagnóstico fetal (amniocentesis, muestras de vello coriónico, muestras de sangre umbilical percutánea y estudios de flujo de sangre de Doppler).
- Colaborar con los procedimientos de terapia fetal (transfusiones fetales, cirugía fetal, reducción selectiva y procedimiento de término).
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Administrar globulina Rh (D) (Rho-GAM o gamulin), si procede, para evitar la sensibilización de Rh después de procedimientos invasivos.
- Establecer un plan de seguimiento clínico.
- Proporcionar guía de anticipación de las posibles intervenciones durante el proceso del parto (monitorización fetal electrónica durante el parto, supresión de contracciones de parto, inducción al parto, administración de medicación, cuidados de la zona de cesárea).
- Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.
- Proporcionar guía anticipada de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el periodo posparto (agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del bebé, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).
- Remitir a la gestante y a su familia a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.
- Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
- Informar inmediatamente al médico o matrona sobre situaciones que se aparten de lo normal en el estado materno y/o fetal.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.



### NIC. Cuidados prenatales 6960 Intervención que requiere más de una hora

Definición: Control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.

Acciones:

- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales.
- Animar a los padres a que asistan a clases prenatales.
- Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
- Vigilar el estado nutricional.
- Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- Remitir a la gestante a programas de alimentación complementaria.
- Instruir a la gestante en los ejercicios y reposos adecuados durante el embarazo.
- Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función del peso anterior al embarazo.
- Comprobar el ajuste psicosocial de la gestante y la familia durante el embarazo.
- Valorar la presión sanguínea.
- Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.
- Vigilar el nivel de hemoglobina.
- Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema.
- Explorar los reflejos de tendones profundos.
- Reforzar en la gestante y su familia los signos de alarma que implican una atención inmediata.
- Determinar la altura uterina y relacionarla con la edad gestacional.
- Determinar los sentimientos de la gestante acerca del embarazo no deseado.
- Determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia.
- Ayudar a la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño.
- Asesorar a la gestante y pareja sobre los cambios en la sexualidad durante el embarazo.
- Determinar el sistema de apoyo social.
- Ayudar a la gestante y a su familia a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social.
- Asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.
- Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan el embarazo.
- Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.
- Discutir los cambios de imagen corporal con la paciente.
- Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetal.
- Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.
- Remitir a la paciente a un programa para dejar de fumar, si procede.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos en el feto que produce el alcohol, las drogas y los fármacos de venta libre.
- Remitir a la paciente a un programa de tratamiento de drogas, si es el caso.
- Instruir a la paciente sobre los teratógenos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.
- Determinar la imagen que tiene la madre del niño aún por nacer.
- Guiar a la paciente en la percepción de la imagen del niño aún por nacer.
- Dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardíacos fetales lo antes posible y la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto.
- Determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros.
- Remitir a la paciente al curso de preparación para la maternidad y paternidad.

### 6680 Monitorización de los signos vitales Intervención que requiere 15 minutos

Controlar periódicamente la TA, FC, FR y temperatura (valorar su calidad).

Controlar TA con la gestante acostada, sentada y de pie.

Valorar TA previa y posterior a administración de medicamentos.

Controlar periódicamente la TA, FC, FR, después de la actividad.

Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

Controlar periódicamente la pulsioximetría.

Observar si hay cianosis central o periférica.

Valorar llenado capilar.

Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos de la paciente.

**6656 Vigilancia: al final del embarazo**  
Intervención que requiere más de una hora

Revisar historial obstétrico.  
 Determinar los riesgos maternos y fetales, mediante entrevista a la gestante.  
 Determinar la edad gestacional.  
 Vigilar signos vitales maternos.  
 Observar el comportamiento de la familia gestante.  
 Realizar monitoría fetal electrónica.  
 Valorar presencia de movimientos fetales.  
 Valorar la presencia de signos de parto prematuro, si procede.  
 Valorar si hay signos de preeclampsia.  
 Valorar eliminación urinaria.  
 Observar signos de infección de vías urinarias.  
 Facilitar obtención de pruebas diagnósticas e interpretarlas.  
 Explicar resultados de pruebas diagnósticas a la familia gestante.  
 Iniciar intervenciones de terapia intravenosa, reposición de líquidos y administración de medicamentos, según indicación.  
 Valorar la comodidad de la gestante.  
 Controlar el estado nutricional, si procede.  
 Observar cambios en el patrón de sueño, si procede.  
 Valorar actividad uterina.  
 Realizar maniobras de Leopold.  
 Anotar tipo, cantidad y aparición de la pérdida vaginal; valorarlas.  
 Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente.

**NOC Conocimientos, gestación (01810)**

*Dominio:* Salud percibida por los destinatarios de los cuidados

*Clase:* Conocimientos sobre salud

*Definición:* Grado de comprensión transmitido sobre el mantenimiento de una gestación saludable y la prevención de complicaciones.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
181026	Importancia del cuidado prenatal				
181027	Importancia de la educación prenatal				
181028	Importancia de las visitas frecuentes				
181003	Signos de aviso de las complicaciones de la gestación				
181004	Principales aspectos del desarrollo fetal				
181029	Patrón de movimientos fetales				
181005	Cambios físicos y fisiológicos de la gestación				
181006	Cambios psicológicos de la gestación				
181030	Cambios emocionales asociados con la gestación				
181007	Estrategias para actividades y reposo				
181008	Mecanismos corporales apropiados				
181009	Beneficios de la actividad y el ejercicio				
181010	Prácticas nutricionales saludables				
181011	Patrón de aumento de peso saludable				
181031	Uso correcto de suplementos nutricionales				
181032	Uso correcto de la medicación				
181033	Uso correcto de la medicación con prescripción				
181013	Importancia del cuidado dental				
181014	Autocuidado apropiado de las molestias de la gestación				
181015	Actividad sexual segura				
181016	Uso adecuado de dispositivos de autoseguridad				
181034	Opciones de nacimiento				
181018	Signos y síntomas de parto				
181019	Técnicas para facilitar un parto efectivo				
181020	Métodos de prevención de la infección				

181035	Signos de potencial abuso doméstico			
181021	Métodos para escapar de la violencia doméstica			
181022	Formas de preparar a los miembros de la familia			
181023	Riesgos medioambientales			
181024	Agentes teratógenos			
181036	Efectos del tabaco sobre el feto			
181037	Efectos del alcohol sobre el feto			
181038	Efectos del uso de drogas ilegales sobre el feto			

<b>Resultados</b>	<b>/165</b>	<b>/165</b>	<b>/165</b>
-------------------	-------------	-------------	-------------

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.

### NOC Dolor respuesta psicológica adversa (1306)

*Dominio:* Salud percibida

*Clase:* Sintomatología

*Definición:* Gravedad de las respuestas cognitivas y emocionales adversas observadas o referidas al dolor físico.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
130601	Enlentecimiento del pensamiento				
130602	Trastorno de la memoria				
130603	Interferencia con la concentración				
130604	Indecisión				
130605	Angustia por el dolor				
130606	Preocupación por la intolerancia al dolor				
130607	Preocupación sobre la carga para los demás				
130608	Preocupación sobre el abandono				
130609	Depresión				
130610	Ansiedad				
130611	Tristeza				
130612	Inutilidad				
130613	Desesperanza				
130614	Desprecio				
130615	Aislamiento				
130616	Temor a los procedimientos y equipamiento				
130617	Temor al dolor insoportable				
130618	Enojo con los efectos nocivos del dolor				
130619	Ideas de suicidio				
130620	Pensamientos pesimistas				
130621	Rencor hacia los demás				
130622	Ira sobre los efectos incapacitantes del dolor				

<b>Resultados</b>	<b>/110</b>	<b>/110</b>	<b>/110</b>
-------------------	-------------	-------------	-------------

Escala de evaluación: 1. inadecuado; 2. ligeramente adecuado; 3. moderadamente adecuado; 4. sustancialmente adecuado; 5. completamente adecuado; N/A: no aplica.

**NOC Satisfacción del paciente/usuario: comunicación (3002)***Dominio:* Salud percibida (V)*Clase:* Satisfacción de los cuidados (e)*Definición:* Grado de la percepción positiva de la información intercambiada entre el paciente/usuario y el personal de enfermería.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
300201	El personal se presenta				
300202	Uso del nombre preferido del paciente/usuario				
300203	El personal habla claramente				
300204	El personal escucha al paciente/usuario				
300205	El personal fomenta las preguntas				
300206	El personal repite la información tan a menudo como sea necesario				
300207	El personal se toma tiempo para comunicarse				
300208	El personal presenta información de manera comprensible				
300209	El personal se asegura de la comprensión de la información				
300210	El personal utiliza una comunicación sin juicios				
300211	Las preguntas se responden con claridad				
300212	Las preguntas se responden por completo				
300213	Las preguntas se responden con una duración de tiempo razonable				
300214	Todo el personal de enfermería proporciona información consistente				
300215	En la comunicación se tienen en cuenta los valores personales				
300216	Se tienen en cuenta las preferencias personales				
300217	Las discrepancias en la información se resuelven de manera oportuna				
300218	Se utilizan métodos de comunicación alternativos, si es necesario				
<b>Total</b>					

Escala de evaluación: 1. no del todo satisfecho; 2. algo satisfecho; 3. moderadamente satisfecho; 4. muy satisfecho; 5. completamente satisfecho.

**Control del riesgo. Cáncer (1917)***Dominio:* Conocimiento y conducta de salud (IV)*Clase:* Control del riesgo y seguridad (T)*Definición:* Acciones personales para detectar o reducir la amenaza de cáncer.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
191701	Busca información adicional sobre la prevención del cáncer				
191702	Evita exponerse a carcinógenos				
191703	Se protege de los carcinógenos				
191710	Elimina el uso de tabaco				
191704	Modifica el medio ambiente para eliminar la exposición a carcinógenos				
191705	Sigue las recomendaciones dietéticas para disminuir el riesgo				
191706	Realiza las recomendaciones de autoevaluación para la detección del cáncer				
191707	Participa en la detección sistémica recomendada del cáncer				
191711	Obtiene las vacunas recomendadas				
191712	Obtiene los servicios sanitarios después de resultados anormales en la detección de cáncer				
Total					

Escala de evaluación: 1. nunca demostrado; 2. raramente demostrado; 3. a veces demostrado; 4. frecuentemente demostrado; 5. siempre demostrado.

**Conocimientos de régimen terapéutico (1813)***Dominio:* Conocimiento y conducta de salud del destinatario de los cuidados*Clase:* Conocimientos sobre salud*Definición:* Grado de comprensión transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
181310	Proceso de la enfermedad				
181301	Justificación del régimen terapéutico				
181302	Responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual				
181303	Responsabilidades de los propios cuidados para situación de emergencia				
181315	Técnicas de automonitorización				
181304	Efectos esperados del tratamiento				
181305	Dieta prescrita				
181306	Medicación prescrita				
181307	Actividad prescrita				
181308	Ejercicio prescrito				
181309	Procedimientos prescritos				
181316	Beneficios del tratamiento de la enfermedad				
<b>Resultados</b>		<b>/60</b>	<b>/60</b>	<b>/60</b>	

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento 2. conocimiento escaso 3. conocimiento moderado 4. conocimiento sustancial 5. conocimiento extenso; N/A no aplica.

**NOC Conocimiento: procedimiento terapéutico (1814)***Dominio:* Conocimiento y conducta de la salud*Clase:* Conocimiento sobre la salud*Definición:* Grado de comprensión transmitido sobre un conocimiento requerido en un régimen terapéutico.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
181401	Procedimiento terapéutico				
181402	Propósito del procedimiento				
181403	Pasos del procedimiento				
181405	Precauciones de la actividad				
181406	Restricciones relacionadas con el procedimiento				
181404	Uso correcto del equipamiento				
181407	Cuidados adecuados del equipamiento				
181409	Acciones apropiadas durante las complicaciones				
181410	Posibles efectos indeseados				
181412	Contraindicaciones para el procedimiento				
<b>Resultados</b>		<b>/50</b>	<b>/50</b>	<b>/50</b>	

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.

**Conocimiento: dieta (1802)***Dominio:* Conocimiento y conducta de la salud*Clase:* Conocimiento sobre la salud*Definición:* Grado de comprensión transmitido sobre la dieta.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
180201	Dieta recomendada				
180202	Fundamento de la dieta recomendada				
180203	Ventajas de seguir la dieta				
180204	Objetivos de seguir la dieta				
180205	Relaciones entre dieta, ejercicio y peso corporal				
180206	Comidas permitidas en la dieta				
180218	Líquidos permitidos en la dieta				
180207	Comidas que se deben evitar				
180219	Líquidos que se deben evitar				
180208	Interpretación de las etiquetas alimentarias				
180209	Directrices para la preparación de la comida				
180220	Prácticas nutricionales saludables				
180211	Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta				
180212	Estrategias para cambiar los hábitos alimentarios				
180215	Posibles interacciones de los medicamentos con la comida				
<b>Resultados</b>		<b>/50</b>	<b>/50</b>	<b>/50</b>	

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.

### Conocimiento: funcionamiento sexual durante el embarazo y el posparto (1839)

*Dominio:* Conocimiento y conducta de la salud

*Clase:* Conocimiento sobre la salud

*Definición:* Grado de conocimiento transmitido sobre la función sexual durante el embarazo y el posparto.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
183901	Anatomía sin embarazo				
183902	Cambios normales en la imagen corporal				
183903	Fisiología de la función sexual femenina				
183904	Cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo				
183905	Cambios psicológicos asociados con el embarazo				
183906	Cambios emocionales asociados con el embarazo				
183910	Cambios potenciales en el deseo y la respuesta sexual				
183911	Restricciones de relaciones sexuales durante el embarazo				
183914	Modificación de la posición coital para prevenir la incomodidad				
183915	Modificación de la actividad sexual para la mutua satisfacción				
183917	Prácticas sexuales seguras				
183918	Estrategias para prevenir ITS				
183920	Influencias sociales sobre la conducta sexual personal				
183921	Influencias culturales sobre la conducta sexual personal				

**Resultados**

/70

/70

/70

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.

### Conocimiento: control de la hipertensión (1837)

*Dominio:* Conocimiento y conducta de la salud

*Clase:* Conocimiento sobre la salud

*Definición:* Grado de conocimiento transmitido sobre hipertensión arterial, su tratamiento y la prevención de complicaciones.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
183701	Rango normal de presión arterial sistólica				
183702	Rango normal de presión arterial				
183705	Complicaciones potenciales de la hipertensión				
183708	Signos y síntomas de exacerbación de la hipertensión				
183709	Uso correcto de la medicación prescrita				
183710	Efectos terapéuticos de la medicación				
183712	Efectos adversos de la medicación				
183713	Importancia del seguimiento de la medicación				
183714	Importancia de informar al profesional sanitaria sobre toda la medicación actual				
183715	Importancia de mantener visitas de seguimiento				
183716	Beneficios de autocontrol continuo				
183719	Beneficios de las modificaciones del estilo de vida				
183720	Estrategias para controlar el estrés				
183721	Modificaciones de dietas recomendadas				
183722	Estrategias para limitar la ingesta de sodio				
183725	Efectos del consumo de alcohol				
183726	Importancia de la abstinencia de tabaco				
183727	Beneficios de la actividad y el ejercicio				
183730	Cuándo obtener ayuda de un profesional sanitario				
183731	Beneficios del manejo de la enfermedad				

**Resultados**

/100

/100

/100

Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.

### Control del riesgo: infecciones de transmisión sexual (1905)

*Dominio:* Conocimiento y conducta de la salud

*Clase:* Control de riesgo y seguridad

*Definición:* Acciones personales para prevenir, eliminar o reducir conductas asociadas con las ITS.

Código	Indicadores	NOC Inicial	NOC Meta	NOC Final	N/A
190501	Reconoce el riesgo individual de enfermedades de transmisión sexual				
190502	Reconoce las consecuencias personales asociadas con ITS				
190503	Supervisa los factores de riesgo medioambientales de exposición a ITS				
190505	Asume estrategias efectivas para reducir la exposición a ITS				
190506	Adapta las estrategias de control de la exposición				
190507	Se compromete con estrategias de control de la exposición				
190508	Sigue las estrategias seleccionadas de control de la exposición				
190509	Solicita información sobre ITS de la pareja antes de la actividad sexual				
190510	Utiliza métodos para controlar la ITS				
190511	Reconoce los signos y síntomas de ITS				
190512	Participa en la identificación sistemática de ITS				
190514	Utiliza los sistemas sanitarios sociales para el tratamiento de ITS				
<b>Resultados</b>		<b>/60</b>	<b>/60</b>	<b>/60</b>	
Escala de evaluación: 1. ningún conocimiento; 2. conocimiento escaso; 3. conocimiento moderado; 4. conocimiento sustancial; 5. conocimiento extenso; N/A: no aplica.					
190515	Cumple el tratamiento recomendado				
190516	Lo comunica a la pareja en caso de ITS				
190517	Ausencia de ITS				
<b>Resultados</b>		<b>/15</b>	<b>/15</b>	<b>/15</b>	
Escala de evaluación: 1. nunca demostrado; 2. raramente demostrado; 3. a veces demostrado; 4. frecuentemente demostrado; 5. siempre demostrado.					

## Recomendación

- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta el NANDA, el NIC y el NOC para diagnosticar, planear, intervenir y evaluar el cuidado de enfermería durante la etapa prenatal.



## Capítulo 2

### Integralidad del cuidado prenatal realizado por enfermería

**A**rias, Bernal, Giraldo et al. (2007) realizaron un estudio descriptivo, que tuvo como principal objetivo determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de enfermería en una IPS pública de Manizales en el 2007, basado en el grado de adherencia a la norma técnica de detección temprana de alteraciones del embarazo contenida en la Resolución 412 de 2000. Con la información recolectada a partir de historias clínicas, se evalúa la calificación obtenida en cada ítem, de acuerdo con los criterios establecidos; la población fue de 213 gestantes inscritas en el control prenatal y 120 mujeres escogidas para la muestra, los resultados revelan que algunas variables, como temperatura, educación a la gestante, solicitud y análisis de paraclínicos, remisión al curso de preparación para el parto, remisión al odontólogo y la adopción de una conducta en caso de alteraciones del peso materno o de la altura uterina, se registraron entre un 25% y un 70%.

Las variables evaluadas en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron calificadas con niveles superiores al 80%. Estas variables consistieron en: percepción del beneficio obtenido, preferencias por el control con el profesional de enfermería, satisfacción con la prestación del servicio. Además, se realizó una evaluación de la infraestructura y dotación de los consultorios, comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la Resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Alcaldía Mayor, 2008), para la habilitación de los servicios de salud. En conclusión, el estudio demuestra que la adherencia de los profesionales de enfermería a la Resolución 412 del 2000 está entre el 70 y 90%.

Para reducir la demanda médica y mejorar la eficacia de la asistencia a los servicios de salud con un costo más bajo, se podría desplazar la prestación de atención primaria a la enfermera. Las enfermeras proporcionan mayor asesoramiento, lo que genera más confianza para resolver inquietudes, consecuentemente se logran niveles más altos de satisfacción de la gestante.

Sería apropiado que se especifique cada uno de los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma, cambios durante la gestación, puerperio, cuidados con el recién nacido. (NE: 2)

De Monterrosa, Zuleta y Rojas (2006) realizaron un trabajo descriptivo, prospectivo, de corte transversal, que incluyó a 3.365 mujeres de Bogotá, con gestaciones mayores de 24 semanas, entre el 22 de julio de 2004 y el 8 de abril de 2005. Respecto a los cuidados generales que se brindaron durante la gestación, se encontró que el 88,2% (2.968) de las gestantes presentó el carné materno perinatal en la admisión al parto, al 96,3% (3.240)

de las gestantes con control prenatal se les realizó uroanálisis para detectar bacteriuria asintomática. Al 98,1% (2.619) de las gestantes con control prenatal se les practicó tamización para sífilis antes de la semana 20, y al 96,5% (1.703) de las gestantes con control prenatal se les prescribió suplementación con hierro y folato.

Respecto a las intervenciones en alteraciones en la gestación, se observó que, de las tres gestantes que presentaron eclampsia, a dos no se les aplicó sulfato de magnesio, esto da un porcentaje de uso del sulfato de magnesio en eclampsia del 33,3%. De las 24 gestantes que presentaron preeclampsia severa, 22 recibieron sulfato de magnesio y a 2 no se les administró; esto da un porcentaje de uso del 91,7% en preeclampsia severa. De los 30 casos en los que estaba indicada la administración de corticoides, esto es en las mujeres con amenaza de parto pretérmino entre las semanas 24 a 34, solo el 83,3% (25 gestantes) recibió los corticoides. El estudio presenta como conclusión:

- 1.** Las prácticas relacionadas con cuidados generales durante la gestación alcanzaron un muy buen resultado, se encontró que estas prácticas se realizaban entre el 88,2 y el 98,1%. Es importante enfatizar que la medición de las prácticas de cuidado en el caso de los tamizajes realizados para bacteriuria y sífilis fue el hecho de que se hubieran solicitado las pruebas para la realización de estos exámenes durante el control prenatal; sin embargo, en el estudio no se siguieron las actividades posteriores a la solicitud de las pruebas, como es el hecho de que se completaran los demás procesos tendientes a tratamientos oportunos y adecuados, que son las intervenciones que realmente disminuyen los riesgos. Igual consideración debe hacerse para la práctica de prescribir hierro y folatos, ya que no se midió si se entregaron o si la gestante los tomó, solo se tuvo en cuenta que se prescribieran.
- 2.** El logro de prácticas en alteraciones de la gestación fluctuó entre el 33,3 y 91,7%. Merecen mayor atención la aplicación de sulfato de magnesio en eclampsia y en preeclampsia severa, 33,3% y 83,3%, respectivamente, que deben alcanzar el 100%, porque implican la vida de la madre y del feto. Igual atención debe tener el administrar corticoides antenatales en amenaza de parto pretérmino entre las semanas 24 y 34.
- 3.** La historia clínica materno-perinatal es un instrumento que nos permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, permitiendo que la enfermera realice un seguimiento efectivo durante el control prenatal, al llenar e interpretar las casillas de riesgo.
- 4.** Esta investigación nos demuestra la importancia del buen diligenciamiento de la historia clínica perinatal básica para detectar precozmente morbilidad en la gestante. (NE: 2)

Bernal, Muñoz y Ruiz (2006), en un estudio cualitativo etnográfico con un grupo de gestantes desplazadas, habitantes de las localidades de Suba y Ciudad Bolívar encontraron que para estas gestantes tiene importancia acceder al control prenatal en el hospital, pero para ellas esto no es prioritario como parte de los cuidados durante esta etapa de la vida.

Quienes habían asistido al control prenatal expresaban que es importante que les den enseñanza acerca de lactancia materna, medicamentos, alimentación, prevención del sida, etc., ya que estos son cuidados que deben tener durante el embarazo. Los exáme-

nes de laboratorio que les ordenan y recibir el reporte de estos lo ven como la manera de saber cómo está el bebé. Para recibir estos servicios deben estar inscritas al Centro de Atención Médica Integral (CAMI); se pueden inscribir con la carta de desplazadas, pero deben tener el documento de identificación para que se la expidan. Según la Comisión para Mujeres y Niños, el 56% de las mujeres desplazadas no reciben atención prenatal.

Durante el desarrollo de la investigación fueron entrevistadas varias gestantes desplazadas acerca de la calidad de los servicios de salud que recibieron; ellas manifestaron que hay varios problemas, como: la atención no es oportuna, ya que desde la hora de llegada a la institución transcurren aproximadamente dos horas como mínimo para ser atendidas, no siempre les prestan el servicio. Esto se concluye en declaraciones como: “En el hospital uno va y si no lo ven muriéndose no lo atienden, la verdad es que a uno le toca hacer mucha fila y a veces no lo atienden, es fila para todo”.

Las declaraciones de las gestantes desplazadas permiten analizar que ellas sienten que el médico les da indicaciones sin tener en cuenta su condición: “Yo tenía problemas porque me da mucha sed, el doctor dice que es normal, me mandó frutas y verduras, y si tengo para una cosa, no tengo para la otra”.

Las autoras de la investigación “Cuidado de sí y de su hijo por nacer” (Bernal *et al.*, 2008) en gestantes desplazadas concluyeron que dentro de las intervenciones de enfermería se encuentra la enseñanza del cuidado de la salud a la población; se deben tener en cuenta las necesidades de la comunidad a la cual va dirigida, desde los programas académicos se deben incluir en los currículos cambios que tengan en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país, estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger, del cuidado transcultural, que concibe al ser humano como un ser social e histórico. (NE: 1)

Villar, Carroli, Khan-Neelofur, *et al.* (2007) desarrollaron una revisión sistemática con estudios clínicos aleatorizados que comparan programas de control prenatal con consultas de distinta frecuencia y en diferente momento, y diversos tipos de prestadores de salud.

Dos revisores evaluaron la calidad de los estudios y extrajeron los datos en forma independiente. Se realizaron consultas a los autores de los estudios incluidos para obtener información adicional y se les entregó la versión final de esta revisión.

Se incluyeron diez estudios clínicos con más de 60.000 mujeres. Siete estudios clínicos evaluaron el número de consultas clínicas prenatales y tres evaluaron el tipo de prestador de salud. La calidad de la mayoría de los estudios era aceptable. La reducción del número de consultas prenatales no estuvo asociada con un aumento en ninguno de los resultados negativos perinatales y maternos que se revisaron. Sin embargo, los estudios clínicos realizados en países desarrollados sugieren que es posible que las mujeres estén menos satisfechas con la reducción del número de consultas y consideren que la atención no cubrió sus expectativas.

Las mujeres se mostraron más conformes con el control prenatal provisto por una partera o un médico general. La efectividad clínica de la atención a cargo de parteras o médicos generales fue similar a la brindada en forma conjunta por tocoginecólogos.

Se ha establecido un número de consultas de rutina durante el embarazo (control prenatal) sin que se contara con suficiente evidencia acerca de la cantidad de consultas necesaria o conveniente. Estas consultas pueden incluir análisis, educación y otros exámenes médicos. Las parteras, los médicos clínicos o los médicos especialistas (obstetras o ginecólogos) son los encargados de proporcionar este tipo de atención. La revisión de los estudios clínicos permitió comprobar que cada uno de estos grupos de profesionales brinda a las mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo un control prenatal con una efectividad clínica de la asistencia por parte de parteras o médicos clínicos similar a la proporcionada en forma conjunta por un tocoginecólogo. Las mujeres suelen mostrarse más satisfechas con la atención suministrada por parteras o médicos clínicos. Si bien la reducción del número de consultas puede producir buenos resultados en cuanto a la salud de las pacientes, también puede generar un menor nivel de satisfacción por parte de las mujeres respecto a la atención recibida. (NE: 1)

## Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas. (R: A)
- Los profesionales de enfermería deben especificar los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma (anexo 1), cambios durante la gestación, nacimiento, puerperio y cuidados con el recién nacido. (R: B)
- Los profesionales de enfermería deben brindar enseñanza del cuidado de la salud a la población, teniendo en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país, estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger. (R: A)
- Los profesionales de enfermería deben utilizar la historia clínica materno-perinatal como un instrumento que nos permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, permitiendo que se realice seguimiento efectivo durante el control prenatal, al realizar el llenado e interpretación de las casillas de riesgo. (R: B)

## Capítulo 3

### Promoción del autocuidado durante la gestación

Ruiz de Cárdenas, Fajardo y Velandia (2006) realizaron un estudio siguiendo los lineamientos de la investigación metodológica, la cual permite abordar el desarrollo y la validación de instrumentos. El propósito fue determinar las propiedades psicométricas de un instrumento para valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal. Se diseñó un instrumento con 31 ítems dispuestos en una escala tipo Likert, el cual fue aplicado a 303 gestantes de diferentes estratos socioeconómicos, procedentes de tres ciudades de Colombia: Bogotá, Bucaramanga y Pereira, que asistían a los cursos de preparación para la maternidad.

Los criterios de inclusión fueron: gestante sin patología asociada que requiera hospitalización, sin discapacidad física o mental, edad gestacional menor a 37 semanas, cualquier edad cronológica. Se aplicó la técnica prueba-reprueba, en la que se emplea dos veces el instrumento a la muestra seleccionada utilizando la entrevista individual como técnica de recolección de la información.

Los datos fueron clasificados en las categorías:

- Mala práctica: gestantes que realizan menos actividades para cuidarse y podrían estar más expuestas a situaciones de enfermedad, con menor posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.
- Regular práctica: gestantes que realizan algunas prácticas para cuidarse y están medianamente expuestas a situaciones de enfermedad, y con menor posibilidad de beneficios para ella y su hijo por nacer.
- Buena práctica: gestantes que realizan más actividades para cuidarse y se espera que estén expuestas a menos situaciones de enfermedad, y con beneficios para ella y su hijo por nacer.

Para medir las prácticas de cuidado se establecieron tres categorías y sus correspondientes criterios, teniendo en cuenta los puntajes de la escala de medición: 0-20: mala práctica; 21-41: regular práctica, y de 42-62: buena práctica.

En la validez de criterio se tomó como criterio externo la revisión de la evidencia científica existente sobre las seis dimensiones que tiene el instrumento: actividad física, estimulación prenatal, alimentación, consumo de sustancias no beneficiosas, cuidado e higiene personal y sistemas de apoyo. La validez de contenido fue evaluada por un grupo de nueve expertos en el tema de estudio. La confiabilidad se midió a través de la consistencia interna, la cual mostró un coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,66 para el

instrumento total. La estabilidad se midió a través del coeficiente de correlación de Pearson, y presentó una correlación general de 0,8, y la de las diferentes dimensiones osciló entre 0,5 y 0,8.

El instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal” ofrece una información válida de las prácticas de cuidado de las gestantes en diferentes contextos culturales, permitiendo conocer cuáles prácticas son similares y cuáles son diferentes; de esta manera, se comprende que los cuidados de las gestantes deben tener directrices particulares, de acuerdo con los contextos culturales.

El instrumento (anexo 2) cumple con las características de eficiencia, sensibilidad, objetividad, comprensión, equilibrio, rapidez, unidimensionalidad, intervalo, linealidad, razón, reactividad y sencillez; mide las prácticas con una escala de nunca, algunas veces y siempre; puede ser aplicado por varios investigadores, dando lugar a mínima incongruencia; es de fácil comprensión, tanto por quien aplica el instrumento, como por parte de las gestantes. Tiene equilibrio, se incluyeron preguntas en positivo e inversas. Es unidimensional, puesto que al diseñarse se buscó que cada puntaje fuera separado en cada concepto. (NE: 1)

Rodríguez y Bernal (2007), diseñaron un estudio cualitativo etnográfico; allí, la información fue aportada por ocho adolescentes primigestantes entre 17 y 19 años, quienes asistieron a CPN en algunos puntos de atención de la red pública (Bogotá, Colombia) durante el 2007.

De esta investigación surgen tres grandes beneficios positivos del cuidado de la alimentación materna: cambio de hábito alimentario, alimentarse para proteger la salud del bebé y para que nazca sano, y alimentarse para proteger la salud de la madre adolescente.

Enterarse del estado de embarazo es para las adolescentes gestantes una de las principales motivaciones para realizar un cambio de hábito alimentario; esto sugiere una necesidad de negociación o reacomodación de sus costumbres y prácticas alimentarias para proteger al bebé, al tener como meta principal que nazca sano.

Explorar el significado del cuidado de sí de las gestantes adolescentes y analizarlo a la luz de la teoría de Leininger permite encontrar una gran similitud con los conceptos y principales supuestos de dicha teoría. El escenario cultural de las gestantes adolescentes está compuesto de valores y creencias que son la base de las prácticas para cuidar la alimentación, lo que les permite proteger la salud del hijo por nacer y que nazca sano, así como proteger la salud materna.

Respecto al apoyo que reciben las gestantes adolescentes, las madres y las abuelas son el principal soporte para sentir y tener orientación, consejo, compañía, tranquilidad y seguridad durante el embarazo. En relación con el consumo de los alimentos que hacen parte de la cotidianidad del cuidado de la alimentación materna, las gestantes adolescentes reciben una gran influencia de la familia de convivencia, en torno a

la ingesta o no de diferentes alimentos, lo que generalmente es bien aceptado por la mayoría de las jóvenes embarazadas, ya que lo consideran una forma de proteger la salud del bebé y de ellas mismas.

Entonces, a la luz del planteamiento de Leininger, esto se equipara al supuesto de su teoría que refiere que los valores, las creencias y las prácticas culturales están influidos y con frecuencia integrados en la visión del mundo: el lenguaje, el parentesco social, educativo, económico, tecnológico, etnohistórico y ambiental de cada cultura en particular.

Para las gestantes adolescentes, el embarazo es un momento de la vida que requiere el cuidado de la alimentación materna; dicho cuidado está arraigado en los valores culturales y creencias que estas tienen y que provienen del escenario familiar, lo que hace que las prácticas estén sujetas a dichos componentes. Ello da lugar a la transmisión, en lo cotidiano, de generación en generación de los cuidados, bajo la guía y orientación de las mujeres, la mamá y la abuela, que posee la autoridad de conocimiento cultural en el saber, el hacer y el usar.

Entre las prácticas que las gestantes consideran importantes y que se deben preservar o mantener para proteger la salud del bebé y que nazca sano están:

1. Realizar un cambio de hábito alimentario, en el cual se destaca: hacer un ajuste alimentario, evitar el consumo de comida rápida y dulces, y no consumir bebidas alcohólicas ni cigarrillo.
2. Cuidar la alimentación materna, consumir vitaminas de origen farmacológico y alimentario, así como contar con apoyo materno, para lograr el bienestar del bebé, con el fin de que nazca sano.
3. Alimentarse bien para fortalecer a la madre, mejorar la digestión, evitar enfermedades de glucemia en la madre, daños en los dientes maternos y sentirse mejor de salud.

Las prácticas que las gestantes adolescentes realizan y deben ser remodeladas para proteger la salud del binomio madre-hijo son: la creencia de que el consumo de cerveza ayuda a bajar la leche materna, ya que la cerveza es considerada una bebida alcohólica con todas las características y efectos sobre el fruto de vida en el útero, por lo cual su ingesta no es recomendable en la gestación. La recomendación estaría encaminada a preparar a las adolescentes gestantes para la lactancia materna mediante técnicas y herramientas como la consejería en lactancia materna que no ponen en riesgo al bebé.

Las prácticas que las gestantes adolescentes realizan y deben ser negociadas para proteger la salud del binomio madre-hijo son:

1. La creencia de que la ingesta de ciruela ayuda a mejorar la digestión y es una excelente fuente de vitamina A, fibra y flavonoides. También es rica en vitamina E y es un excelente antioxidante; las ciruelas secas contienen un porcentaje de fibra más alto que las frescas y son excelentes contra el estreñimiento, además de proteger el tubo digestivo de una serie de trastornos.

2. La creencia de que el consumo excesivo de lácteos en la gestación trae como consecuencia una dificultad para tener el bebé por parto normal, aunque la gestante adolescente refirió que no lo suspendió por esta causa, sino por razones económicas; es una creencia que no debe ser apoyada, porque en la literatura no se encuentra ningún reporte que ratifique dicha información cultural; por el contrario, sí hay reportes de los beneficios del consumo de lácteos durante la gestación.
3. La creencia de que las frutas son fuentes de calcio y de hierro; la literatura reporta que las frutas proveen básicamente agua, fibra y vitaminas, pero no son buenas fuentes de calcio o hierro.

El escenario cultural de las gestantes adolescentes se caracteriza por una convivencia familiar muy unida y solidaria en torno a ellas; a pesar de su pobreza, hace posible comprender el significado que ellas le dan al cuidado de sí y su hijo por nacer en relación con la alimentación; este significado es altamente congruente con las prácticas benéficas que reporta la literatura como parte del cuidado de la alimentación en la gestación, ya que corresponde a la necesidad que tienen las gestantes adolescentes de sentir que lo saben y ponen en práctica, ello les permite cuidar la alimentación materna con beneficios para la salud de la madre y de su hijo por nacer.

Lo ético del significado de sí y de su hijo por nacer en relación con la alimentación que tienen las gestantes adolescentes se encuentra altamente arraigado en su historia personal, social y familiar. Estas adolescentes, antes de conocer su estado de gestación, tenían prácticas alimentarias inadecuadas, caracterizadas por ausencia de una o dos comidas, alto consumo de dulces, desorden en el horario de la ingesta de alimentos, así como el consumo de licor y cigarrillos, pero durante su gestación cambian de manera rápida y favorable, especialmente por el sentido de la protección hacia el bebé y el apoyo familiar. (NE: 1)

García (2008) comparó las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con su hijo por nacer un grupo de gestantes adolescentes, con un grupo de gestantes adultas que asistían a control prenatal en Sincelejo, durante julio y septiembre de 2006; se desarrolló un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal, con una muestra de 97 gestantes adolescentes, entre 15 y 19 años, y de 153 gestantes adultas, entre 20 y 45 años, sin patologías asociadas, a quienes se les aplicó un instrumento sobre prácticas de cuidado, validado por la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá.

En relación con las prácticas de cuidado, estimulación prenatal, ejercicio y descanso, higiene y cuidados personales, alimentación, apoyo social y consumo de sustancias no beneficiosas, el resultado de buenas prácticas de cuidado en general fue del 19,5% (gestantes adolescentes) y 48% (gestantes adultas), proporciones muy bajas para la importancia que tiene el cuidado durante esta etapa de la vida, lo cual confirma la necesidad de orientación que tiene este grupo poblacional —más las adolescentes que las adultas— para que puedan aplicar correctamente las prácticas de cuidado, fundamentalmente las referidas a las seis dimensiones investigadas. También se pudo obtener como dato sobresaliente que el 94% de las adultas y el 66% de las adolescentes manifestaron que no están recibiendo preparación para la maternidad.



Tanto adolescentes (68,04%) como adultas (52,29%) realizan prácticas de estimulación prenatal catalogadas como regulares, y el 10,31% de las gestantes adolescentes y el 16,34% de las gestantes adultas tienen malas prácticas. Solo el 31,37% de las gestantes adultas y el 21,65% de las gestantes adolescentes realizan prácticas adecuadas de estimulación prenatal.

## Ejercicio y descanso

Solo el 24,84% de las gestantes adultas y el 18,56% de las gestantes adolescentes tienen buenas prácticas en cuanto al ejercicio y al descanso; la falta de descanso y el ejercicio excesivo, o lo contrario, vida sedentaria y poco ejercicio, se pueden relacionar con complicaciones durante el embarazo y el parto.

Las gestantes adultas y el 74,23% de las adolescentes tienen buenas prácticas de higiene y cuidados personales. Sin embargo, existe un porcentaje menor de adolescentes (25,77%) y adultas (11,11%) que tienen hábitos regulares y malos. En relación con la higiene oral, el 69,28% de las gestantes adultas manifestó su inasistencia a la cita odontológica, aunque realizan con mayor frecuencia (79,08%) el cepillado de dientes, hábito que se observó en menor porcentaje en las gestantes adolescentes (73,20% de los casos).

Para el caso de las adolescentes fue llamativo que solo el 39,18% de ellas consumían verduras siempre y el 21,65% consumían frutas siempre. Mientras tanto, el 62,75% y el 45,75% de las gestantes adultas consumían siempre verduras y frutas, respectivamente.

## Sistemas de apoyo

El 82,35% de las gestantes adultas manifestaron tener buenas prácticas, superior al 73,20% de las adolescentes que expresaron lo mismo. Entre tanto, es mayor el número de gestantes adolescentes con prácticas regulares en este componente (37,11%) que el de gestantes adultas (16,78%), lo que evidencia que, a mayor edad, más sólidos son los sistemas de apoyo social con los que cuenta la gestante.

## Sustancias no beneficiosas

Respecto al consumo de sustancias durante la gestación, como marihuana, cocaína o tranquilizantes, el presente estudio reportó que el 4,12% de las gestantes adolescentes y el 0,65% de las gestantes adultas las han consumido siempre. En relación al tabaquismo, se encontró que el 20,62% de las gestantes adolescentes fumaban, comparado con solo el 5,23% de las gestantes adultas. (NE: 2)

Rátiva y Ruiz (2009) realizaron una investigación de tipo cualitativa etnográfica basada en la metodología etnoenfermería propuesta por Madeleine Leininger. Se desarrolló con la participación de ocho adolescentes gestantes de entre 10 y 20 años, que pertenecen al régimen de salud subsidiado o vinculado, y asistieron a consulta de control prenatal de bajo riesgo en la unidad primaria de atención (UPA) Candelaria del hospital

de primer nivel Vista Hermosa (localidad 19, Ciudad Bolívar, Bogotá), durante marzo a junio de 2007. Allí surgieron cuatro dominios culturales: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación, prepararse para el parto.

### ***Dominio 1. Protección a la madre***

Las gestantes adolescentes son receptivas a los cuidados que les enseñan los profesionales de la salud, muestran interés por realizar actividades que favorezcan aspectos positivos en su gestación. Se ha observado un cambio en la realización de sus actividades cotidianas, por ejemplo, evitar hacer fuerzas innecesarias, sobre todo en los oficios de la casa, ya que de acuerdo con las experiencias familiares, el uso excesivo de fuerzas podría provocar un aborto o un parto prétermo. “J. R.: A mí no me dejan hacer nada, por mí yo barría, trapeaba, pero me dicen que no haga nada porque de pronto por la fuerza se me viene el bebé” (caso 3).

### ***Dominio 2. Protección al bebé***

Proteger al bebé es la gran prioridad de toda madre, y en el caso de las gestantes adolescentes no es la excepción; por tal motivo, siempre buscan asesoría sobre los alimentos, la ropa y sobre todo, respecto a las actividades que les permiten desarrollar la estimulación intrauterina del bebé.

*J. R.: Pues yo ahorita me pongo más blusas sueltas; antes yo me ponía blusitas corticas y jeans bien ajustados, y ya no porque se espicha la barriguita y qué tal que le pase algo, y yo creo que no puede crecer bien, porque no tiene espacio.*

### ***Dominio 3. Cuidarse en la alimentación***

Para las gestantes adolescentes, cuidar la alimentación significa consumir un desayuno balanceado, ya que es el primer alimento que se ingiere en el día, por tal motivo debe ser el más completo, porque proporciona las energías y las vitaminas necesarias para las actividades diarias.

*L. S.: Siempre me levanto y lo primero que hago es tomar jugo de zanahoria con media cucharada de calcio y a la media hora consumo chocolate, leche con huevos, queso y pan, también jugo de zanahoria porque no me deja dar tanto sueño.*

### ***Dominio 4. Prepararse para el día del parto***

En este periodo la abuela de la familia desempeña un papel muy importante, es la mujer que conoce muy bien los beneficios de la botánica y con su experiencia de vida ha logrado evaluar su efectividad. “L. M.: Comer mucho durazno los dos últimos meses porque es bueno para la dilatación”.

Para las gestantes de esta investigación, las prácticas del cuidado en la etapa prenatal a partir de creencias y valores se orientan hacia la protección de ellas y sus hijos por nacer, pensando siempre en el futuro, convirtiéndose en una garantía de bienestar para los dos. (NE: 1)

Suárez y Muñoz (2008), en un estudio cualitativo etnográfico con ocho informantes que asistieron al control prenatal en la ESE Hospital San Rafael Girardot, durante el primer trimestre del 2007, evidenciaron que para las mujeres del presente estudio se puede caminar a cualquier hora del día mientras realizan los oficios domésticos o están en la casa; no es necesario caminar de forma continua durante un lapso de tiempo para que sea ejercicio, contrario al significado que les dan los profesionales de la salud, para quienes caminar, concebido como ejercicio, debe ser practicado de forma continua, vigorosa y rutinaria durante 30 minutos; además, estas mujeres gestantes consideran que caminar sirve para distraerse, ejercitar el cuerpo teniéndolo en movimiento. Esto se puede hacer saliendo de la casa o dentro de ella, pues lo que buscan es simplemente caminar, visto como el desplazarse de un lugar a otro.

Algunos testimonios fueron:

*Caminar es desplazarse, ir de un lado a otro, es hacer ejercicio (Julia). [...]*

*Entonces es ir de un lado a otro (Mónica). [...]*

*Caminar todos los días por ahí una hora diaria (Diana).*

Se puede observar que existe diferencia entre el significado que le asignan estas mujeres a caminar y el que le asignan los profesionales de la salud; sin embargo, las dos partes coinciden en algunos de los beneficios que trae caminar, como mantener sanos la mente y el cuerpo.

Las gestantes del estudio consideran que algunos ejercicios que conlleven esfuerzo pueden ser nocivos para la salud de ellas y de su hijo por nacer, como hacer fuerza levantando cosas pesadas, hacer abdominales, correr y saltar, lo que no es contrario a lo fundamentado por el conocimiento científico.

El ejercicio es la forma de prepararse durante la gestación para el momento del parto y así evitar complicaciones. También, consideran que si se realiza ejercicio controlado durante la gestación, en el momento del parto la respiración estará más controlada y por tanto el nacimiento será mucho más rápido, sin producir sufrimiento a la mujer ni a su hijo. Para estas gestantes, caminar, los quehaceres de la casa, nadar, son ejercicios que se pueden realizar sin temor de ocasionar daño al hijo por nacer.

Durante el embarazo, estas mujeres se preparan para vivir la experiencia del parto. Una de las formas es practicando ejercicios físicos que ayudan al cuerpo, en especial las partes más implicadas en el parto, como las caderas y las piernas. Estos ejercicios son caminar, estirar las piernas y nadar; también se preparan para manejar la respiración y para relajarse, y así poder controlar y manejar el dolor en el parto.

El dolor en el parto, el control de la respiración y las complicaciones son aspectos que cobran mucha importancia para este grupo de gestantes, y cada uno de ellos ha sido cargado de un significado influenciado por el contexto en el que están inmersas estas mujeres.

Algunos testimonios fueron:

*Dolor es una molestia, es algo que no lo deja a uno estar bien, estar tranquilo (Julia). [...]*

*Dolor... es algo que produce desespero, malestar, que incomoda (Diana). [...]*

*Dolor leve para mí es como que uno siente un dolorcito, pero no lo siente mucho (Martha). [...]*

*Dolor fuerte para mí es que el dolor.. uno como que llora (Martha). [...]*

*Pues que cuando le estén dando las contracciones, la mamá empieza a gritar (Diana).*

Las mujeres gestantes tienen diversas prácticas y creencias sobre el ejercicio físico, con un significado diferente al que manejan los trabajadores de la salud. La cultura de las mujeres embarazadas abarca un sistema de creencias, valores y costumbres como un todo integrado. Ellas tienen formas diferentes de interpretar y aplicar el ejercicio físico prenatal, formas distintas de ver la realidad.

El ejercicio físico es tomado por estas mujeres como una práctica que contribuye, junto con el componente físico y emocional de la condición materna, al bienestar del hijo por nacer y al parto. Para esto, es necesario que la mujer se prepare durante la gestación buscando estar activa, desarrollando acciones que le garanticen protección y evitando otras que le puedan generar alteraciones. Su único fin es favorecer las condiciones del hijo por nacer.

Durante la gestación, las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de lograr prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer. Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez. (NE: 1)

Sánchez (2008) realizó una investigación no experimental de tipo correlacional transversal. La población fueron gestantes que asisten a control prenatal a entidades públicas y privadas, la muestra fue constituida por un total de 242 gestantes, las cuales fueron tomadas estadísticamente del total de la población de cada IPS, en las localidades de Chapinero, Barrios Unidos y Teusaquillo, en el 2006. La recolección de la información se llevó a cabo mediante el instrumento "Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal"

## Resultados

### *Distribución porcentual discriminada por dimensiones de prácticas de cuidado*

En la estimulación prenatal, se puede observar que el 45,5% de las mujeres se clasificaron con prácticas de cuidado regular y el 7,02%, con prácticas malas.

- Ejercicio y descanso: el 63,64% de las mujeres se clasificaron para esta dimensión con prácticas regulares.
- Higiene y cuidados personales: el 79,34%, como buenas prácticas; el 19,83%, con prácticas regulares, y el 0,83%, malas.
- Alimentación: el 76,03%, con prácticas regulares, y solamente en el 19,42% se evidenciaron prácticas buenas.
- Sistemas de apoyo: el 63,64%, prácticas buenas; el 35,12%, regulares, y el 1,24%, malas.
- Sustancias no beneficiosas: el 80,17%, buenas prácticas; el 18,18%, regulares, y el 1,65%, malas.

### *Relación de la edad con la clasificación general de las prácticas de cuidado*

- En el grupo de adolescentes, el 87,50% corresponde a gestantes con prácticas regulares y el 12,50%, con prácticas buenas, mientras que en las madres añosas, el 68,29% son prácticas regulares y el 31,71% son prácticas buenas. El grupo de adolescentes genera una mayor atención en cuanto a la manera como ellas cuidan de sí mismas y de su hijo por nacer.

### *Relación de la paridad con la clasificación general de las prácticas de cuidado*

- No existe relación estadística entre la variable paridad de las gestantes con las prácticas de cuidado.
- Aunque el mayor porcentaje es para las prácticas regulares tanto en las nulíparas como en las múltiparas, se evidencia un mejor porcentaje de prácticas buenas en las mujeres nulíparas. Esta relación podría estar dada por el tiempo que una mujer múltipara dedica para el ejercicio y el descanso, debido a la multiplicidad de tareas que deben realizar con sus otros hijos, comparados con las gestantes nulíparas, que pueden dedicar más tiempo para esta actividad.

### *Relación de régimen de afiliación con la clasificación general de las prácticas de cuidado*

Del grupo de gestantes pertenecientes al régimen contributivo, el 59,55% corresponde a gestantes con prácticas buenas y el 40,45%, con prácticas regulares, mientras que en el grupo de mujeres afiliadas al régimen subsidiado y vinculado, el 20,92% tiene prácticas buenas y el 79,08%, regulares. Se observa una marcada diferencia en las madres atendidas en hospitales públicos, es decir, pertenecientes al régimen subsidiado y vinculado, ya que poseen un sinnúmero de factores que interfieren

para que sus prácticas de cuidado puedan ser las esperadas y necesarias para su propio cuidado y el del hijo por nacer. (NE: 2)

Sánchez, Hernández y Lartigue (2007), en un estudio transversal y descriptivo, analizaron la información con medidas de dispersión y tendencia central. La muestra estuvo constituida por 98 mujeres embarazadas del Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes (México), en 2005 y 2006, con las cuales la enfermera desarrolló una estrategia educativa mediante la implementación de un taller, donde se aportaron elementos para que las mujeres tuvieran un aprendizaje sobre cómo detectar signos y síntomas de alarma durante el embarazo e inicio del trabajo de parto, así como sobre higiene personal y dietética.

De las 98 embarazadas participantes, el 98% presentaron alguna enfermedad, el 67% tuvo dos o más complicaciones, el 83% de las mujeres con sobrepeso u obesidad presentaron alguna complicación y el 100% de las pacientes deprimidas tuvieron algún evento mórbido durante el embarazo. El 91% tuvo un control prenatal adecuado (más de cinco controles) y el 65% no planeó el embarazo. El 90% de las participantes tuvieron un parto a término y el 87%, un recién nacido con peso mayor a 2.500 g.

Este trabajo mostró que el 98% de las participantes tuvieron un embarazo de alto riesgo; los resultados finales fueron muy satisfactorios, con frecuencias altas de nacimientos a término y de peso adecuado del recién nacido. Es posible que la estrategia de salud implementada por enfermería haya contribuido a ello.

Con base en la evidencia de los resultados, se considera que la estrategia educativa —que no fue estrictamente evaluada— pudo contribuir para que las pacientes cumplieran con las recomendaciones hechas por médicos y enfermeras, fortaleciendo el autocuidado y la adherencia al cuidado prenatal, para obtener así frecuencias altas de recién nacidos a término y con un peso adecuado. Al considerar que la educación es y seguirá siendo la forma más utilizada por los profesionales de la salud, el profesional de enfermería se destaca por su capacidad para aproximarse y fortalecer el autocuidado de las personas, por ser quien está en contacto más cercano con las pacientes y porque se encuentra distribuido en todas las instituciones de salud del país y en los tres niveles de atención.

Al considerar que la educación es y seguirá siendo la forma más utilizada por los profesionales de la salud, hacemos mención especial en el profesional de enfermería por su capacidad para aproximarse y fortalecer el autocuidado de las personas, por ser quien está en contacto más cercano con las pacientes y porque se encuentra distribuido en todas las instituciones de salud del país y en los tres niveles de atención.

Por todo lo anterior, se recomienda seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido. En virtud de que las actividades educativas sistemáticas en las instituciones de salud en América Latina son escasas y han contado con pocos recursos, se necesita primero sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita

en su práctica diaria la filosofía del autocuidado, y en segundo término, es necesario dedicar un esfuerzo extra a crear evidencia en el ámbito institucional acerca de la costo-efectividad del modelo de autocuidado. (NE: 2)

Guarnizo y Pardo (2011) realizaron un estudio con abordaje cualitativo, diseño etnográfico, soportado conceptualmente en la teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger. La muestra se conformó por la información obtenida en 23 entrevistas semiestructuradas a nueve gestantes.

El análisis consta de tres subtemas, con sus respectivos dominios: la protección (cuidarse y la normalidad), el miedo (tener relaciones sexuales, los cambios) y la satisfacción (ejercer la sexualidad, relacionarse con el esposo y estar bien).

## La protección

Cuando las gestantes gozan de una apariencia física que es aceptada por ellas mismas, se sienten más seguras en las relaciones sexuales, lo que contribuye a que su cuerpo no sea un impedimento al momento de manifestar expresiones de afecto a su pareja. En este dominio aparece la atención que presten los miembros de la pareja a la aparición de signos de alarma, elemento que incide en cierta forma en el ejercicio de la sexualidad, ya que la pareja llega a consensos a partir de entender que factores como la posición, la frecuencia y el momento oportuno de tener relaciones sexuales que involucren coito pueden favorecer o afectar la gestación, lo cual los lleva a tener prácticas “cuidadas”, en las que se logre disfrute y satisfacción, siempre pensando en el bienestar de la madre y su hijo por nacer.

## El miedo

A pesar de que la gestación es un evento habitual en la vida de la mujer, el miedo al ejercicio de la sexualidad acompaña siempre este suceso: miedo a tener relaciones sexuales, miedo a dañar al bebé, miedo a precipitar el parto. El compañero muchas veces se siente extraño y ajeno a los cambios que experimenta la mujer en estado de gestación, pero asume el cuidado de la mujer y el embarazo como propios, ante la amenaza de parto prétermino.

Según las mujeres que participaron en la investigación, la mujer en gestación enfrenta un dilema ante la amenaza de perder a su pareja; para ellas, conservar al esposo es una meta, y más aún en la gestación, pero aparece la necesidad de mantener el bienestar de su hijo por nacer, razón por la cual en momentos se relegan el deseo y la satisfacción; el hombre y la mujer cambian, como mecanismo de adaptación al miedo que genera la relación sexual ante la amenaza percibida de la estabilidad del hijo por nacer. En el lenguaje cultural, las mujeres manifestaron que tener relaciones sexuales que involucren coito “puede causar daño y malformaciones en el bebé”.

## La satisfacción

Las mujeres participantes perciben la falta de comunicación como un problema en la relación de pareja; sienten que el ejercicio de la sexualidad sin comunicación puede convertirse simplemente en contacto físico, limitando la expresión de la sexualidad a la relación coital. Estar bien involucra la autopercepción que tiene la gestante de sí misma, el disfrute de su cotidianidad y las manifestaciones propias del amor.

Un testimonio fue:

*Estar bien es cuando yo voy a tener una relación placentera, tanto para mí como para mi pareja. Sabemos que estamos bien porque se consuma la relación, nos sentimos cómodos y nos complacemos el uno al otro. (Sonia, 19 años)*

Por otro lado, desde la perspectiva de la enfermería transcultural, un cuidado cultural por conservar es la iniciativa de la mujer frente a la búsqueda de alternativas que favorezcan su bienestar, el de su hijo por nacer y el de su pareja. El ejercicio de la sexualidad en toda su dimensión, entendida en el grupo de mujeres como las manifestaciones de amor entre los miembros de la pareja, que incluyan o no relaciones sexuales genitales, es una práctica que en los casos de gestaciones de bajo riesgo es posible preservar.

Es conveniente el mantenimiento de la higiene oral, los cuidados con la piel y el no consumo de sustancias psicoactivas que responden a los dominios de “cuidarse y estar bien”; por otra parte, es necesario preservar la asistencia a la consulta prenatal y al curso de preparación para la maternidad y la paternidad.

Es necesario poner especial atención al estado nutricional de la gestante, ya que este afecta la imagen corporal y la autopercepción de salud; algunas de las mujeres entrevistadas tenían problemas de sobrepeso. Relacionado con el manejo de sobrepeso, un aspecto que se debe promocionar en la gestación es la inclusión de actividades lúdicas, recreativas, que favorezcan la actividad física y la salud mental.

Un cuidado cultural por negociar es la inclusión del hombre, ya que su participación es escasa. Algunos hombres se sienten alejados de sus compañeras durante la gestación, otros sienten que no tienen con quién compartir sus miedos o que se les considere menos “hombres” si muestran debilidad; también se sienten enfrentados a una nueva situación sin ayuda y no dejan espacio para exteriorizar que el embarazo es una fuente de preocupación.

La práctica de relaciones sexuales genitales sin protección es un factor de riesgo que amerita intervención de enfermería; es indudable la necesidad de modificar esta conducta no saludable e incentivar la práctica del uso del preservativo.

Respecto a la anticoncepción, se deben promover todos los mecanismos con los cuales la mujer y su pareja se incluyan activamente en el programa de regulación de la fecundidad, y sobre todo, que esta práctica se acompañe del uso del preservativo.



A enfermería corresponde aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, para, por medio de un cuidado integral de la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión de los significados de la sexualidad en la gestación desde la experiencia personal y cimentar sobre ellos un cuidado culturalmente congruente. (NE: 1)

Lafaurie, Gómez y Bernal (2008), en un estudio cualitativo con un grupo de 12 mujeres en situación de prostitución de las zonas de alto impacto de las localidades Santa Fe y Los Mártires, de Bogotá, encontraron riesgos asociados con sexo inseguro y embarazo no deseado. La mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación han quedado embarazadas sin que lo planearan; aquellas que tienen pareja relatan que el cónyuge tampoco estaba de acuerdo con el embarazo.

Durante el embarazo, una tercera parte del total de las participantes asisten a controles prenatales mensualmente y cuatro de ellas relatan no asistir al control prenatal por las siguientes razones: por no contar con documentos, por pereza y por no tener seguridad social. En cuanto a la asistencia al curso de preparación para la maternidad y paternidad responsable, se observa que seis de las mujeres entrevistadas no asisten, argumentando que no lo consideran importante, no cuentan con tiempo o se preparan ellas mismas.

Del grupo de 12 mujeres, 11 manifiestan estar satisfechas con los servicios de salud que han recibido, a pesar de que varias actualmente no asisten a controles y tres no están afiliadas ni vinculadas al sistema. Quien afirma no estar totalmente satisfecha es una mujer que está vinculada al régimen contributivo. (NE: 1)

## Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería deben utilizar el instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal” (anexo 2).
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de lograr prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer. Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez.
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta varios factores para educar a la gestante sobre los dominios encontrados en el estudio, como son: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación y prepararse para el parto.
- Los profesionales de enfermería deben seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, y sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado.
- Los profesionales de enfermería deben conocer la teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad, de Madeleine Leininger, y tener en cuenta los dominios analizados de protección, miedo y satisfacción, para ponerlos en práctica desde la perspectiva de la enfermería transcultural.

- Un cuidado cultural que deben conservar los profesionales de enfermería es la iniciativa de la mujer frente a la búsqueda de alternativas que favorezcan su bienestar, el de su hijo por nacer y el de su pareja.
- Los profesionales de enfermería deben educar sobre los efectos nocivos de la cerveza, ya que contiene alcohol, por lo cual su ingesta no es recomendable en el parto y durante la lactancia materna.
- Los profesionales de enfermería deben aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, para brindar cuidado integral a la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión de los significados de la sexualidad en la gestación, y cimentar sobre ellos un cuidado culturalmente congruente.

## Capítulo 4

### Cuidado prenatal tardío

Quelopana del Valle, Dimmitt y Salazar (2007) describen el proceso de adaptación y validación del *Questionnaire of Barriers, Motivators and Facilitators of Prenatal Care Utilization* en el modelo de promoción en salud (MPS). Dicho cuestionario fue diseñado para medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal (CPN) en mujeres de Washington D. C. Para su diseño se requirió una cuidadosa revisión de literatura y reexaminación de instrumentos usados en estudios previos, que midieron barreras, motivadores y facilitadores de la utilización del CPN.

Los autores refieren que las preguntas fueron extraídas e incorporadas al cuestionario, y quedaron 63 reactivos con la siguiente distribución: a. 10 reactivos de motivadores; b. 10 reactivos de facilitadores del CPN; c. 14 reactivos de barreras del CPN; d. 15 reactivos que los autores llaman “creencias” y se relacionan con la actitud hacia el embarazo y el CPN; y e. 14 reactivos sobre estrés psicológico y problemas personales. El cuestionario, además, cuenta con otras secciones, como información sociodemográfica, historia reproductiva, información sobre el embarazo actual, información acerca del apoyo social recibido e información acerca de factores conductuales.

Por medio del análisis de factor se identificaron los componentes por subescalas, hasta lograr aglomerar los 38 reactivos en tres variables principales, que fueron la percepción de beneficios al CPN, la percepción de barreras al CPN y la actitud negativa hacia el embarazo.

El cuestionario se responde de manera dicotómica en términos de *sí: 1*, o *no: 0*. En cada subescala se suman los reactivos y se obtiene el puntaje, que en el caso de beneficios percibidos al CPN, oscila entre 0 y 6 puntos; barreras percibidas al CPN oscila de 0 a 20 puntos; y actitud negativa hacia el embarazo oscila de 0 a 11 puntos. A mayor puntaje obtenido, mayor presencia de la variable (tablas 2-4).

**Tabla 2.** Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal

Ponderación del componente de la subescala de beneficios percibidos	
Reactivo	Factor 1
Aprender hábitos de salud	,782
Aprender a proteger su salud	,716
Hablar acerca de su embarazo	,662
Tener un bebé sano	,614
Temor a tener problemas	,578
Aprender acerca del parto	,437
Valores característicos ( <i>Eigenvalues</i> )	2,46
Porcentaje de varianza explicada	41,08

Nota: Método de extracción: Análisis de componentes principales.

**Tabla 3.** Ponderación de los componentes de la subescala de barreras percibidas

Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
Sentirse deprimida	,859						
Sentirse estresada	,843						
Sentirse triste	,776						
Problema personal	,749						
Problema con su pareja	,741						
Problema familiar	,643						
Mucha espera para obtener cita		,871					
Horas de la clínica inadecuadas		,801					
No encontrar cita		,580					
Mucha espera antes de su atención		,563					
No sabe dónde obtener CPN			,923				
No conseguir ayuda para pagar el CPN			,901				
No le gusta el proveedor de salud				,884			
Miedo de exámenes médicos				,867			
No le gusta la actitud del personal					,867		
Falta de comunicación con el personal					,840		
Falta de seguridad social						,851	
Falta de dinero para el CPN						,812	
No tener dónde vivir							,795
Cambio de casa							,759
Valores característicos ( <i>Eigenvalues</i> )	3,89	2,30	2,09	1,51	1,37	1,31	1,17
Porcentaje de varianza explicada acumulada	19,4	30,9	41,3	48,9	55,8	62,3	68,2

Notas:

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kayser.

Rotación convergente en 6 iteraciones.

**Tabla 4.** Ponderación de los componentes de la subescala de actitud negativa hacia el embarazo

Reactivo	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Pensar que no necesita CPN	,885		
Pensar que puede cuidarse sola	,834		
Preferir ir a urgencias	,729		
Preferir los consejos de familiares y amigos	,650		
Estar pensando en abortar		,790	
No querer que la gente sepa del embarazo		,740	
No estar feliz por el embarazo		,629	,476
Tener un embarazo no planeado		,468	,440
Estar ocupada con otras responsabilidades			,765
No estar pensando claramente			,667
Acudir tarde a confirmar el embarazo			,582
Valores característicos ( <i>Eigenvalues</i> )	2,92	2,33	1,10
Porcentaje de varianza explicada acumulada	26,62	47,80	57,84

Notas:

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Varimax con normalización Kayser.

Rotación convergente en 6 iteraciones.

El cuestionario original fue proporcionado por su autor principal. Para iniciar la adaptación de este cuestionario fue necesaria la traducción al español. Para ello, se entregó la versión en inglés a dos traductores intérpretes bilingües; ambos profesionales contaban con reconocida experiencia en trabajos de traducción en ciencias de la salud. Terminada la traducción, se realizó una revisión del contenido del instrumento por expertos. Así, un grupo de enfermeras expertas en cuidado prenatal más las investigadoras realizaron una revisión minuciosa para observar si el cuestionario incluía los elementos relevantes de los conceptos que se pretendía medir en el estudio y su congruencia con el marco teórico del MPS.

Los reactivos fueron agrupados por subescalas de acuerdo con el MPS, tratando de mantener el orden original del cuestionario. Al instrumento en español se le llamó: 'Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal (CPN)'. Se eliminaron 11 reactivos relacionados con problemas migratorios y características exclusivas del servicio de salud de Estados Unidos. Posteriormente, se realizó un estudio piloto, en el que se aplicó el instrumento a mujeres embarazadas ( $n = 34$ ) de nivel socioeconómico bajo; este reveló que el diseño y la frecuencia de las preguntas fue de fácil comprensión por las participantes y que proporcionaba datos suficientemente variados.

El modelo de promoción en salud (MPS) descrito por Pender, Murdaugh y Parsons (2002) es un modelo de enfermería que explora complejos procesos biopsicosociales que motivan al individuo a realizar conductas que busquen mejorar su salud; potencialmente sirve para predecir aquellos individuos que usarán o no usarán medidas preventivas de salud.

Desarrollar una investigación para medir la realización de una conducta promotora de salud es una tarea difícil, por lo cual obtener un instrumento adecuado es primordial para lograr resultados confiables y verídicos. Pender *et al.* mencionan que los instrumentos de mediciones específicos de un problema en particular puede ser más sensible en detectar los problemas de un grupo en particular, lo que en este caso constituiría el 'Cuestionario de beneficios y barreras del CPN'.

Se concluye que el 'Cuestionario de beneficios y barreras del CPN' obtuvo validez de sus constructos con base en el MPS. Las subescalas obtuvieron coeficientes de confiabilidad sobre 70, lo que es aceptable para nuevas escalas psicosociales; así, se confirmó que las mediciones mantienen una congruencia interna y una homogeneidad integrada de sus reactivos. Se recomienda continuar poniendo a prueba el instrumento en otras poblaciones. (NE: 1)

Velandia y Esguerra (1991) realizaron un estudio descriptivo en Bogotá correlacional *ex post facto*, por medio del cual se determinan algunas causas para la inasistencia total o parcial al control prenatal en un grupo de mujeres que asistieron a un hospital de Bogotá para la atención del parto.

La muestra quedó constituida por 158 madres, distribuidas así: 85 no tuvieron ningún control prenatal, 39 asistieron a una consulta, 26 asistieron a dos controles y 8 alcanzaron a recibir tres controles, pero tardíamente.

Los principales factores relacionados con la inasistencia al control prenatal son:

- La ocupación en actividades inestables y de poco reconocimiento social dificultan la asistencia a control prenatal, mientras que la ocupación de ama de casa es la que ofrece mayores facilidades para asistir.
- La falta de definición de una unión estable de la pareja (el 'madresolterismo') y el embarazo indeseado incide en la motivación para asistir tempranamente a control prenatal.
- Creencias erradas acerca del proceso salud-enfermedad hacen que las gestantes consulten a profesionales de la salud solo cuando hay evidencia de enfermedad o necesitan tratamiento.
- La práctica de un control prenatal despersonalizado, donde no se tiene en cuenta una adecuada preparación física y psicológica para los procedimientos y exámenes rutinarios, favorecen la desmotivación hacia el control prenatal.
- Problemas relacionados con la organización de los servicios de salud, como incumplimiento, entrega temprana de fichas y demora en la atención.
- Falta de recursos económicos para el pago de la consulta, el transporte, los exámenes de laboratorio, a lo cual se suma la pérdida de horas laborales.

Del anterior estudio las autoras dejan ver las siguientes recomendaciones:

- Promover por diferentes medios y estrategias la asistencia precoz y periódica al control prenatal.
- Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud. (NE: 2)
- Proponer a los organismos de salud cambios en su sistema organizativo, principalmente en lo relacionado con normas de atención y respeto hacia el usuario.
- Educar a la población escolar y adolescente sobre sexualidad humana y el compromiso de la persona en la búsqueda y conservación de la salud, haciendo énfasis en los riesgos reproductivos.
- Ampliar el campo de acción de la enfermera para asumir funciones más directas en la prestación de servicios materno infantiles utilizando la estrategia de atención primaria. (NE: 2)

## Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería pueden medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal, por medio del 'Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal', identificando tres variables: la percepción de beneficios al CPN, la percepción de barreras al CPN y la actitud negativa hacia el embarazo. (NE: 1)
- Promover por diferentes medios y estrategias la asistencia precoz y periódica al control prenatal. (NE: 2).
- Ampliar el campo de acción de la enfermera para asumir funciones más directas en la prestación de servicios materno infantiles utilizando la estrategia de atención primaria. (NE: 2)
- Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud. (NE: 2)

## Capítulo 5

### Participación del hombre en la gestación

**H**ernández, Quevedo Quiroga y Ramos (2008) realizaron un estudio cualitativo descriptivo dirigido a ocho padres adolescentes varones entre 15-19 años, habitantes del municipio de Santuario, Risaralda, durante el periodo comprendido entre febrero y mayo de 2008.

La edad promedio de los padres adolescentes varones fue de 18 años, seis de los ocho tienen escolaridad bachillerato, y laboraban en fincas recolectando café y en la carretera; los otros dos participantes se encontraban en su último año escolar.

Por medio del conocimiento que los adolescentes varones tienen acerca del embarazo en la adolescencia, se deduce que no se trata directamente de desconocimiento sobre los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados, sino de falta de comunicación en las familias y de programas de educación sexual más sensibilizadores, pues en general los jóvenes ven esta situación como inaccesible.

Los adolescentes varones refirieron que durante el periodo de la adolescencia, el conocimiento que poseen acerca del embarazo y sus consecuencias se encuentra estrechamente relacionado con una falta de orientación, pues según ellos, es un tema del cual se recibe escasa orientación por parte de la familia, instituciones educativas y de salud.

A partir del embarazo, los jóvenes experimentan consecuencias tanto negativas como positivas para su vida, lo consideran como un problema que causa ciertas reacciones, en las que se encuentran asociados miedo, desconcierto, preocupación, desagrado, duda y culpa, permitiendo así evidenciar que el embarazo genera cambios y actitudes que aturden a cada adolescente al momento de enfrentar este tipo de situación. Pero cuando deciden afrontarlo, lo ven como un paso hacia la madurez y la responsabilidad. Consideran que a esta situación se suman, por una parte, la interferencia de la familia de la adolescente, que pone obstáculos en la relación de pareja en sí, como en el cumplimiento del rol paterno.

Usualmente, el concepto de proyecto de vida que se percibe en estos padres adolescentes se vivencia como un freno a los planes a futuro, aunque de igual manera se puede generar como un incentivo que permite reformular en ellos un nuevo proyecto de vida a partir de su experiencia.

Un gran número de estos debían enfrentarse a diversas situaciones que no tenían en mente; el abandono de sus estudios para dedicarse a trabajar es una de las circunstancias más difíciles por las cuales deben atravesar, porque de esta forma pueden responder en la parte económica, aspecto primordial en la responsabilidad que conlleva asumir el nuevo rol de padres.



A partir de este tipo de investigación se motiva a los profesionales de enfermería a realizar investigaciones que abarquen problemáticas en las cuales nuestras acciones permitan dar soluciones a situaciones que se puedan prevenir en la actualidad y que generen concientización en este tipo de poblaciones, en lo que se refiere a responsabilidad y compromiso para asumir ciertas acciones que promuevan una mejor calidad de vida.

El papel de la enfermera con los adolescentes consiste en un acompañamiento y consejería continua para que estos comprendan la importancia de conocer su cuerpo, de planear su proyecto de vida y del cuidado integral de su salud. (NE: 2)

En el estudio de Ramos (2003), la población fueron hombres cuyas edades oscilaban entre los 18 y 55 años, de 31 comunidades rurales de Perú, de las regiones de La Libertad (noroeste), Huancavelica (centro) y Puno (sur este), los cuales participaron en los talleres educativos organizados por el proyecto Reprosalud, de la ONG Manuela Ramos (Perú). Se desarrollaron, en cada comunidad involucrada, entre tres y cuatro sesiones, y el número de participantes estuvo en un promedio de 14 asistentes por sesión. Participaron en total 480 varones. El estudio exigió principalmente explorar en la subjetividad, en el sentido y significado que ellos asocian con sus conductas, y en los supuestos que subyacen en su visión del mundo, por lo que se siguió la metodología de análisis de la investigación cualitativa. La manera como se recolectó la información resultó un tanto similar a los grupos focales, ya que se recogieron las opiniones, creencias, costumbres, lenguaje y valores socialmente compartidos por los hombres.

Para los varones en las zonas de estudio, el embarazo es un periodo especial para la mujer, de mayor vulnerabilidad, con molestias físicas y anímicas, que, a partir de determinado mes de gestación, no le permite hacer sus quehaceres cotidianos con soltura.

Consideran que deben tener cuidados especiales en la alimentación y en sus actividades, de lo contrario tendría malas consecuencias para la mujer y/o el hijo. Identifican una serie de problemas de salud que se pueden presentar durante el embarazo, como el aborto causado por la no satisfacción de un antojo alimentario. En esta etapa, la mujer cambia de gustos alimenticios, incluso no le gustan cosas que anteriormente eran de su agrado. Ellos manifiestan que quien en realidad se antoja es el feto que lleva en el vientre, y es a él a quien hay que complacer, pues de lo contrario moriría y se produciría un aborto espontáneo.

Un testimonio fue:

*Puede ser más que nada por antojo puede abortar [...] Cuando las señoras han mirado al perro cuando han estado comiendo carne o cualquier cosa, dicen que la wawa en la barriga también quiere comer y entonces se muere. (Ccarhuacc Yaulu Huancavelica)*

Otra fuente de problemas es el excesivo esfuerzo físico que desarrolla la mujer del campo al cargar objetos pesados, lo cual forma parte de sus actividades cotidianas.

Este trajín acarrearía diversos problemas durante el embarazo, como hemorragias, abortos y mala posición del bebé, lo cual complicaría el parto. Pero tampoco sería conveniente que la mujer embarazada no hiciera nada, como lo señalan los varones en Puno Aymara, pues de lo contrario traería al mundo a un niño holgazán; por ello, las mujeres deberán desarrollar sus actividades, pero cuidándose de los grandes esfuerzos.

Las caídas que pueden sufrir las mujeres durante la gestación serían causa de problemas, como la mala posición del bebé, que debe ser corregido con procedimientos que tradicionalmente son utilizados en las comunidades. La mala alimentación de las mujeres durante el embarazo también es aludido como un problema, que tiene su origen en la inequitativa distribución de los recursos en el hogar en favor de los varones.

Una causa poco mencionada, aunque muy probablemente es el origen de muchas complicaciones en la salud de las mujeres y del bebé en gestación, es la violencia física desatada por el varón. “Puede ser que cuando le pega el esposo, el niño muera adentro, ese sería más problemático” (Arcupata Velandia y Esquerra [1991] Juli Chucuito, Puno Aymara).

En todos los lugares, los varones mencionaron reconocer señales de peligro durante el embarazo, varias de ellas coincidentes. Así, los vómitos, las hemorragias y los dolores agudos de cabeza son señales de peligro reconocidas en todos los lugares. La hinchazón de pies también es mencionada en todas las regiones, menos en La Libertad; existen otras señales que son mencionadas solo en uno o dos lugares, como la presión alta.

En Huancavelica y La Libertad, los pocos testimonios encontrados al respecto aluden a que, ante las señales de peligro, directamente se recurre a los centros de salud, aunque hay varones en algunas comunidades que se resisten a acudir al centro de salud y preferirían buscar solución al interior del hogar o solicitando los servicios de una partera.

El papel de los varones resulta importante, tanto para las condiciones en que las mujeres desarrollan sus embarazos, como para enfrentar las complicaciones que se produzcan durante este. De la colaboración que reciban de los varones en sus tareas cotidianas de supervivencia y del respeto por parte de ellos a su integridad física dependerán, hasta cierto punto —considerando el contexto de pobreza en que se desenvuelven—, las mejores condiciones para embarazos más saludables.

Así mismo, los varones tendrían un papel destacado en las decisiones sobre las rutas por seguir frente a las señales de peligro que se presentasen; de estas decisiones dependen muchas veces la salud y la vida de las mujeres. (NE: 2)

Calderón (2010) realizó un estudio cualitativo con diseño de carácter descriptivo analítico, basado en la teoría fundamentada, con participación de ocho padres primigestantes de Bogotá. De esta investigación se establecieron cinco categorías: la pertenencia, los cambios, la anticipación, las necesidades y los referentes paternos.

1. La pertenencia: se inicia con la noticia de la gestación desde su sorpresa, para luego pasar por la incredulidad, que se satisface con la necesidad de confirmar la gestación y se presenta un despliegue de sentimientos de pertenencia.

Un testimonio fue:

*“Yo me siento parte del proceso, porque no es mi esposa sola, no es el hecho de que porque ella tiene la barriguita... no... ella tendrá la barriguita, pero aparte de ser el apoyo, yo estoy en eso”.*

2. Cambios: miedos y profundas alegrías, cambios a escala física, económica, personal y de pareja.

Un testimonio fue:

*“Siento dolores de cabeza, somnolencia, ya no puedo dormir tan profundamente y antojos también”.*

3. La anticipación: el padre gestante vivencia tres situaciones, la primera visualización hacia su rol de padre, los planes para el futuro y los deseos para su hijo o hija por nacer. La segunda ansiedad es porque suceda pronto el nacimiento y poder estrechar entre sus brazos ese bebé.

Un testimonio fue:

*“Pues a uno le toca como aguantarse, porque yo personalmente quisiera tenerlo ya y decirle hijo y estar ahí arrunchado con él”.*

La tercera situación se refiere a los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud del bebé. Situación que se alivia cuando el personal de salud lo hace partícipe del cuidado de su hijo por nacer.

Un testimonio fue:

*“Porque él va diciendo: bueno el estómago está bien, los ojitos y lo último que nombró fue la mano derecha y yo, ¿dónde está la mano derecha? Y la tenía ahí escondida y pues ahí uno está pendiente de que esté bien formadito”.*

4. Las necesidades: busca consejos de amigos y familiares. Además, la exclusión que reciben del personal de salud y en ocasiones de su misma pareja frente a su deseo de hacerse protagonista de la gestación genera en él sentimientos de frustración.
5. Los referentes paternos: recuerdan los modelos, de acuerdo con su valoración o cubriendo los afectivos o materiales que dejó en ellos una ausencia paterna en su niñez.

La autora del estudio concluye sobre la importancia de conocer y comprender el proceso de vinculación paterna desde la gestación, como sustento teórico desde la investigación y herramienta sólida para cualificar la práctica y brindar un cuidado de enfermería afectivo e integral a la pareja en el área materno perinatal, donde la enfermería, como pionera, puede favorecer la inclusión del padre gestante como protagonista en las diversas actividades de la gestación, el nacimiento y la crianza.

Para ello, es importante dejar atrás los antiguos modelos patriarcales que rigen la dinámica familiar que excluyen a los varones y, de este modo, dejar de continuar legitimando la ausencia paterna. (NE: 1)

## Recomendaciones

- El papel de la enfermera con los adolescentes consiste en un acompañamiento y consejería continua para que estos comprendan la importancia de conocer su cuerpo, de planear su proyecto de vida y del cuidado integral de su salud.
- Los profesionales de enfermería deben educar a los varones frente a las señales de peligro en la gestación, lo cual podría contribuir en la decisión de acudir a tiempo a los servicios de salud, y preservar la salud y la vida de la gestante y del hijo por nacer.
- Los profesionales de enfermería deben hacer partícipes a los futuros padres del cuidado de su hijo por nacer, para disminuir los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud del bebé.
- Los profesionales de enfermería deben brindar acompañamiento y consejería a los hombres adolescentes sobre el embarazo y sus consecuencias.
- Los profesionales de enfermería deben favorecer la inclusión del padre gestante como protagonista en las diversas actividades de la gestación, el nacimiento y la crianza. Para ello, es importante dejar atrás antiguos modelos patriarcales que rigen la dinámica familiar que excluyen a los varones y, de este modo, dejar de continuar legitimando la ausencia paterna.

## Capítulo 6

### Cuidado de enfermería en algunas patologías que complican la gestación

**C**astro, Caldas, Cepeda y colaboradores (2008) realizaron un estudio cualitativo etnográfico. Allí se destaca que dentro del significado que las gestantes tienen, el embarazo no es considerado como un proceso de enfermedad, sino de salud, que implica un mayor autocuidado.

Así, alguna gestante refiere: “Uno no puede entrar a baños públicos, ya que uno no conoce las prácticas sexuales de las demás personas que usan el baño y las enfermedades que puedan tener, ya que le pueden transmitir a uno bacterias o infecciones”, “Al usar baños públicos uno tiene que tratar de orinar parada, para evitar que se le peguen infecciones o bacterias” (Informante cultural, Centro de Salud Alfonso López, 2005).

El autocuidado como parte de la vida de las mujeres en esta época se ve claramente influenciado por el saber tradicional y los consejos de quienes las rodean; de esta manera, y en torno no solo a las infecciones de vías urinarias (IVU), ellas expresan: “Se debe consumir cerveza, ya que esto ayuda a aumentar la producción de orina y así se elimina la infección”, “Para prevenir las IVU, se debe hacer un baño vaginal con bicarbonato”, “El vinagre quita los granos que salen en los genitales”.

Esto nos lleva a deducir la falta de información y la urgente necesidad de educación para esta población. Debe implementarse el autocuidado como una práctica individualizada y aplicada según las costumbres y las creencias de la población, ello agregado al conocimiento científico del personal de salud.

Se determinó que las gestantes tienen una actitud reacia a seguir el tratamiento farmacológico, y en especial de antibióticos, prescrito por el médico, debido a que el profesional proporciona poca información sobre la utilidad de estos medicamentos para eliminar la infección del cuerpo; además, las gestantes asumen que los antibióticos le causan malformaciones al bebé; entonces, se observa que prima para ellas el bienestar de su hijo y así lo manifiestan: “Recogí la muestra de orina porque el médico me lo pidió... cuando el médico me manda a tomar antibióticos, yo prefiero no hacerlo, pues me da miedo que el niño salga enfermo”.

El papel del profesional de enfermería logra trascender cuando brinda los cuidados necesarios a la mujer gestante y su futuro hijo, ya que de esta forma contribuye a la realización personal de muchas mujeres por medio de la maternidad. La labor de enfermería tiene implicaciones en los cuidados que se brinda a la mujer gestante, los cuales se encaminan a la atención integral desde la etapa preconcepcional, el desarrollo del autocuidado consciente, la culminación del proceso de gestación con éxito y la adaptación del nuevo ser a la vida extrauterina, de manera óptima, garantizando el desarrollo

de sus potencialidades en el futuro. Estas razones son básicas para hacer de la atención en salud de la gestante una acción prioritaria y de calidad, garantizando que sea accesible, oportuna, suficiente, pertinente y continua.

Trincado y Martínez (2008), en una revisión documental, encontraron que los síntomas de la IVU a veces atormenta y avergüenza a las mujeres. Muchas encuentran difícil hablar del tema, porque piensan en la relación íntima del sistema renal con el sistema reproductor. Pero la seguridad y confianza que brindan las enfermeras a la población posibilita orientar que los pacientes reciban atención médica precoz, enfatizar en la educación sanitaria y evitar recidivas de la afección. Así, el personal de enfermería debe identificar los factores que contribuyen a las infecciones de las vías urinarias para elevar nuestra competencia profesional en las acciones preventivas y curativas.

Es importante orientar a la población sobre la necesidad de:

- Asear los genitales con agua y jabón solamente una vez al día, para mantener la flora bacteriana normal, pues su alteración propiciaría las infecciones urinarias.
- Evacuar la vejiga varias veces al día para evitar la retención de orina, que es causa de infección.
- Poner los apósitos vulvares o toallas sanitarias sin que lleguen a la región anal.
- Realizar el baño en ducha en vez de bañera para evitar que las bacterias penetren en la uretra.
- Si se realiza el baño en piscinas, que estas reciban el debido tratamiento desinfectante de sus aguas.
- Orinar inmediatamente después de las relaciones sexuales para arrastrar los posibles microorganismos que se encuentran en la uretra.
- Tener en cuenta que practicar relación sexual anal seguida de penetración vaginal constituye un factor de riesgo.
- Lavar la región anal después de que se defeque, de delante hacia detrás, para reducir las concentraciones de patógenos en el introito vaginal y que por vecindad pasen a la uretra.
- Ingerir abundantes líquidos, hasta lograr la cantidad de 2½ litros para promover el flujo sanguíneo renal y lavar las bacterias por la orina.
- Mantener en la dieta el consumo de alimentos ricos en fibras para evitar la constipación.

Por consiguiente, modificar los hábitos y conductas de la población, la continuidad de atención y el contacto directo de la enfermera posibilitan su labor en la comunidad y centros hospitalarios. (NE: 1)

Monroy y Muñoz (2009) realizaron un estudio cualitativo etnográfico con siete adolescentes gestantes con diagnóstico de infección vaginal, que asistieron a control prenatal en el servicio de consulta externa de la ESE Hospital San Rafael de Girardot, en el primer trimestre de 2007.

El estudio arrojó que las adolescentes gestantes conocen la infección vaginal por medio de la descripción y de la identificación de esta, enunciando las causas y las consecuencias que tiene para ellas o su hijo por nacer no tratar la infección.

La identificación de la infección vaginal la realizan las adolescentes gestantes por la observación de las características del flujo vaginal y las molestias vaginales, descritas como una experiencia desagradable que genera incomodidad; este conocimiento les permite poner en práctica la modificación de cuidados genitales y generales, así como la necesidad de acudir a consulta médica en búsqueda de tratamiento.

Algunas manifestaciones de las adolescentes gestantes que permiten descubrir el significado que ofrecen a la identificación de la infección vaginal por los cambios en el flujo son: “El flujo no es normal, me ha cambiado de olor horrible y color raro, empecé con rasquiña [...] el flujo era espeso [...] el color entre amarillo y blanco, pero espeso [...]” (I-3, E-1).

“Para darse uno cuenta de que tiene infección debe mirar el color, olor y consistencia del flujo vaginal. También es bueno usar solo ropa interior blanca, usar solo papel higiénico blanco y no de color, para ver el flujo” (I-3, E-1).

Las adolescentes gestantes realizan acciones de protección, por medio de cuidados durante la infección, y con las maneras de hacerse tratamiento. Se cuidan, evitan la reinfección vaginal con prácticas orientadas a extremar la higiene genital, los cuidados con la ropa interior y con algunas precauciones generales, como evitar acciones cotidianas o esporádicas que favorecen la infección vaginal.

Cuando tienen infección vaginal, las informantes se aplican el tratamiento con antibióticos y óvulos vaginales; igualmente, se cuidan y evitan la reinfección vaginal extremando la higiene genital, bañándose bien, demorándose más en el baño; relatan que al introducir los dedos en la vagina esta queda limpia; utilizan jabón de avena u otro que no sea perfumado, enjuagan bien los genitales o utilizan solo agua para evitar irritaciones.

Evitan irritantes como el jabón, papel higiénico o protectores perfumados; aducen que el perfume de estos puede desencadenar en irritación genital, que se convierte en infección y causa molestias locales, como rasquiña, ardor, sensación de quemazón, molestia al caminar.

Bañarse varias veces al día los genitales es para ellas un factor protector; sin embargo, al contrastar esta práctica con la literatura científica, se encuentra que el baño frecuente puede terminar por destruir incluso la flora normal de la vagina, lo que desencadena un factor predisponente para la localización de microorganismos oportunistas, más aún si la práctica de baño incluye ducha vaginal.

Algunas de las adolescentes gestantes permiten descubrir el significado de cuidarse y evitar la reinfección, relacionado con extremar la higiene genital. “Bañarse todos los

días, 2 o 3 veces al día... usar jabón de baño y enjuagárselo bien” (I-3, E-1). “El jabón de avena no tiene perfume y es el mejor para bañarse los genitales” (I-1, E-2). “Lo importante es bañarse bien allá, no importa la marca de jabón, desde que a uno le quede bien limpio, no importa”. (NE: 1)

Torres, Meneses, Sandoval y colaboradores (2008), en un estudio cuantitativo con 108 casos de gestantes asistentes a un CAMI de Bogotá para el control prenatal, durante marzo de 2005 a julio de 2006, encontraron que los flujos vaginales patológicos son recurrentes y se presentan con alta frecuencia en gestantes; se consideran una causa de morbilidad materna neonatal, porque se hallan asociados con la ruptura prematura de membranas (RPM), corioamnionitis, bajo peso al nacer, parto pretérmino, salpingitis, enfermedad pélvica inflamatoria, embarazo ectópico, aborto, infección fetal intrauterina y neonatal, y endometritis posparto. El estudio tuvo como fuente describir factores asociados con la higiene genital y prácticas sexuales riesgosas.

Los resultados del presente estudio señalan que la presencia de flujos vaginales es del 80% en las gestantes encuestadas; algunos de los factores de riesgo asociados con la higiene genital que se encontraron en este estudio son los siguientes: inadecuada limpieza perianal (37%), es decir, la realizan de atrás hacia delante o en cualquier dirección, lo cual es señalado como un factor de riesgo para la presencia de flujos vaginales patológicos; uso de jabones perfumados y bactericidas en el aseo de genitales (82,4%), factor que ha sido reportado como asociado con la presencia de flujos vaginales por alterar el pH de la vagina; lavado de ropa interior con productos diferentes a jabón neutro y agua (80,6%), este factor ha sido reportado por la literatura como asociado con la presencia de flujos vaginales patológicos, porque en la piel de las manos puede encontrarse flora bacteriana, que al entrar en contacto con productos para la higiene genital se pueden contaminar, y al entrar, estos microorganismos, en contacto con los genitales y la vagina, se puede alterar su flora bacteriana.

Entre las prácticas sexuales riesgosas que la literatura considera asociadas con la presencia de flujos vaginales patológicos, referidas por Cutié, Laffita, Toledo, Ramírez, y reportadas por las gestantes de este estudio, se hallan la ausencia de compañero sexual estable (6,5%) e inicio sexual temprano (9%). Las mujeres gestantes encuestadas son menores de 18 años.

Para realizar esta investigación, los autores (Pérez, Prieto, Barrera y colaboradores, 2009) se propusieron detectar las necesidades de cuidado percibidas por gestantes con diagnóstico de preeclampsia leve que manejan su patología en casa; realizaron una investigación cualitativa descriptiva exploratoria, por medio de la entrevista a ocho mujeres gestantes con este diagnóstico atendidas en el Hospital de San José de Bogotá. Se fundamentaron en la teoría de suplencia o ayuda por medio del modelo de necesidades humanas para la vida y la salud, como núcleo en la acción de enfermería de Virginia Henderson, en el cual se encontró que estas enfermas requieren un estricto cuidado en el manejo de cinco necesidades básicas: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de aprendizaje y de autorrealización.



Según las entrevistas realizadas, las madres participantes permitieron identificar que ellas tratan de implementar medidas de autocuidado para satisfacer sus necesidades, pero que en los cuidados específicos relacionados con la patología no son los más apropiados, por el desconocimiento de la patología en sí y de las complicaciones que por esta pueden presentar.

Las intervenciones del profesional de enfermería, según esta investigación, fueron: promover en las gestantes los controles médicos periódicos, la toma de tensión arterial; brindar más información acerca de la patología, así como de los cuidados que estas mujeres deben tener en la casa, ya que esto beneficiará a la gestante, a su hijo, a la familia y también al personal de salud, para orientar el manejo ambulatorio cuando este sea posible, aportando parámetros que permitan controlar la patología de manera adecuada en el hogar, previniendo las complicaciones para el binomio madre e hijo; entre otras, la más grave de ellas es la muerte de uno de los dos. (NE: 2)

Schirmer (1997), en su estudio “Trabajo y gestión de alto riesgo por diabetes: dos circunstancias difíciles de conciliar”, partió de un enfoque multidisciplinario de enfermería obstétrica, epidemiología y sociología de la salud. Se trata de una investigación de tipo cualitativo, un estudio de casos mediante historias de vida. Con la contribución de la antropología y la sociología, este tipo de investigación permite profundizar en la comprensión del fenómeno y de los factores complejos que intervienen en la relación entre salud, sexualidad y trabajo. La postura metodológica adoptada hizo posible construir un espacio de confianza y reflexión entre la investigadora y las mujeres que participaron en la investigación. De esta manera, hubo una identificación entre el objeto estudiado y los sujetos entrevistados.

Las cinco embarazadas incluidas en la investigación tenían diabetes *mellitus* no insulino dependiente o tipo II, en la que los síntomas metabólicos son mínimos o nulos. La selección de los sujetos de la investigación se realizó mediante los criterios: formar parte del grupo de embarazadas diabéticas atendidas en el ambulatorio de atención prenatal del Hospital San Pablo y tener un vínculo laboral formal.

Cinco mujeres cumplieron estos criterios en el periodo de estudio de seis meses. Las edades de las cinco embarazadas diabéticas estuvieron comprendidas entre 26 y 43 años. Dos eran casadas, hacía 15 y 23 años, respectivamente; las demás vivían en unión libre hacía nueve años, como mínimo. Tres eran analfabetas y dos tenían primer grado incompleto. Este trabajo nació de una experiencia profesional como enfermera obstetra en un ambulatorio de asistencia prenatal a mujeres con gestación de alto riesgo, principalmente diabéticas. La motivación para llevar a cabo el trabajo fue una experiencia de nueve años de convivencia con estas pacientes y el conocimiento de primera mano de sus dificultades para conciliar el trabajo con el embarazo, muchas veces por la omisión y falta de respeto a sus derechos laborales. Es sabido que la tensión, la ansiedad y el miedo de perder el empleo dificultan el control metabólico de la diabetes y empeoran el estado de salud de la gestante y el pronóstico del embarazo.

Estas inquietudes llevaron a investigar cómo perciben las mujeres sus derechos laborales durante el embarazo y la maternidad. Sin duda, esta percepción influye en la atención de enfermería, trascendiendo la asistencia clínico-obstétrica. La atención de enfermería es una relación en la cual no solo se comparten saberes, sino, también, sentimientos; por ello es fundamental un abordaje que incorpore la dimensión de la subjetividad, tanto en la relación de cuidar a otros, como en la producción de conocimientos referentes a la salud y la enfermedad.

Las complicaciones maternas más frecuentes son el aborto espontáneo, la cetoacidosis, la hipoglucemia, la hipertensión, la pielonefritis y otras infecciones, el polihidramnios, el parto prematuro y el agravamiento de las complicaciones crónicas vasculares de la diabetes. La mortalidad y la morbilidad de los recién nacidos de madres diabéticas están relacionadas con la alta incidencia de malformaciones congénitas, macrosomía fetal, trastornos metabólicos y síndrome de dificultad respiratoria del neonato.

Se debe prestar una detenida atención en las políticas de salud para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres trabajadoras en general y de las diabéticas en particular, y la tarea se dirige básicamente a las enfermeras que tienen contacto con la mujer gestante y en muchas ocasiones con sus familias; unas palabras con cariño y conocimientos, dichas en el momento adecuado, surten un efecto positivo. (NE: 2)

Guerra, Evies, Rivas y García (2005) realizaron un estudio cuasi-experimental con 64 pacientes diabéticas embarazadas que fueron evaluadas en la Unidad de Diabetes y Embarazo de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, de la Universidad de Carabobo, en Valencia, Venezuela, durante el lapso de dos años.

Se evidenció que las pacientes que entraron al programa educativo con pobres patrones de autocuidado, los mejoraron significativamente; ello demostró la efectividad de la educación y la capacidad del autocuidado de los pacientes diabéticos.

Así mismo, se estableció que la educación sobre la diabetes mejora significativamente el control glucémico de las pacientes, comprobando así la importancia de la educación *diabetológica* en el embarazo. Sobre la base de dicho estudio, sus autores consideran que es necesario ejecutar en forma continua y permanente programas educativos en las instituciones de salud que brinden atención a las pacientes diabéticas embarazadas, con el fin de capacitarlas. (NE: 2)

Morales Sánchez (2010) realizó un estudio cuantitativo descriptivo transversal con 2.346 mujeres atendidas en el parto y su neonato nacido atendido en el hospital de las mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, de mayo a diciembre de 2008. Del total de los casos estudiados, 69 gestantes fueron identificadas con sífilis (2,94%). El mayor número de casos (24) se presentó en aquellas entre 14 y 18 años. En la variable de mujeres con pareja estable se presentaron 38 casos, con un porcentaje del 55%.

Sobre el nivel económico, el 82% de las gestantes identificadas con sífilis pertenecen a un nivel socioeconómico bajo. El 67% de los casos no tuvieron control prenatal. De la pobla-

ción total de mujeres con sífilis, se encontró que 61 mujeres dieron a luz a un neonato con sífilis congénita. La sífilis durante el embarazo no tratada da lugar a muerte perinatal hasta en un 40% de los casos. Por todas estas razones de morbilidad, es necesaria la intervención y conocimiento de enfermería para aplicar los lineamientos de educación y prevención de la enfermedad e implementar planes de atención personalizados. (NE: 2)

## Propuesta de cuidado prenatal por enfermería

En vista de las necesidades evaluadas en el quehacer diario de los profesionales de enfermería asistenciales, administrativos y docentes de las instituciones públicas y privadas del Distrito Capital, y en los hallazgos detectados en los análisis de mortalidad materna que se realizan en la Secretaría Distrital de Salud, se realizó un consenso de expertos en el tema, quienes participaron en la elaboración de la presente guía; así, se acordó que para fortalecer el control prenatal realizado por enfermería se deben incluir como parte del cuidado prenatal las siguientes actividades:

1. En cada control se recomienda disponer de bata individual para la mujer gestante.
2. Mantener empatía, respeto y buena comunicación con la gestante y su familia.
3. Realizar el seguimiento telefónico efectivo y reportar, si es el caso de inasistencia para visita domiciliaria. Por lo tanto, es importante la actualización de datos veraces, como la dirección y los teléfonos de contacto.

## Cuidado de enfermería del primer mes

- Presentación del profesional de enfermería ante la familia gestante.
  - Informar a la mujer gestante sus derechos.
  - Aplicación de la tabla de detección de riesgo psicosocial.
  - Valoración física y obstétrica completa, y en orden cefalocaudal (observar alteraciones que se puedan presentar).
1. Brindar educación sobre:
    - Autocuidado.
    - Cambios fisiológicos y anatómicos en el primer trimestre, cuidados específicos.
    - Importancia e indicaciones para la toma de laboratorios y ecografía.
    - Consejería VIH e ITS.
    - Signos de alarma durante la gestación.
    - Realizar remisiones a salud oral, nutrición u otras, según necesidad.
    - Importancia de toma de micronutrientes.
    - Consejería en regulación de la fecundidad.
    - Asistencia al curso de preparación para la maternidad y la paternidad.
    - Importancia de la participación del compañero o acompañante durante todos los controles prenatales.
    - Importancia de la toma de citología.
    - Sexualidad durante la gestación.
    - Uso del preservativo para prevenir infecciones de transmisión sexual.

- Solicitud de exámenes de laboratorio y ecografía.
- Diligenciamiento de historia clínica y del carné materno.
- Toma de citología si cumple criterios de primer control prenatal.
- Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
- Seguimiento de riesgo psicosocial.
- Elaboración de carpeta de la gestación para guardar el reporte de exámenes de laboratorio, ecografías y monitorías.

## Cuidado de enfermería del segundo mes

- Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
- Seguimiento de riesgo psicosocial.
- Signos de alarma durante la gestación.
- Diligenciamiento de historia clínica.
- Remisión al curso de preparación para maternidad y paternidad.
- Derechos y deberes de salud sexual y reproductiva.
- Diagnóstico de enfermería.
- Inducción a la siguiente cita.

## Cuidado de enfermería del tercer mes

1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diligenciamiento de historia clínica
4. Diagnóstico de enfermería.
5. Brindar educación sobre:
  - Cambios fisiológicos en el segundo trimestre.
  - Autocuidado.
  - Signos de alarma durante la gestación.
  - Estimulación fetal.
  - Vacunación: tétanos, completar esquemas.

## Cuidado de enfermería del cuarto mes

1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diagnóstico de enfermería.
4. Educación sobre:
  - Signos de alarma durante la gestación.
  - Consejería en regulación de la fecundidad.
  - Importancia de los ejercicios físicos en la gestación.
  - Remitir al curso de preparación de la maternidad.

## Cuidado de enfermería del quinto mes

1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diligenciamiento de historia clínica.
4. Diagnóstico de enfermería.
5. Brindar educación sobre:
  - Cambios fisiológicos en el segundo trimestre.
  - Autocuidado.
  - Signos de alarma durante la gestación.
  - Lactancia materna.
  - Trabajo de parto y parto.
  - Seguimiento de asistencia al curso de preparación de la maternidad.

## Cuidado de enfermería del sexto mes

1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diligenciamiento de historia clínica.
4. Diagnóstico de enfermería.
5. Brindar educación sobre:
  - Autocuidado.
  - Signos de alarma durante la gestación.
  - Lactancia materna.
  - Consejería en regulación de la fecundidad.
  - Cambios fisiológicos en el tercer trimestre.
  - Seguimiento de asistencia al curso de preparación de la maternidad.

## Cuidado de enfermería del séptimo mes

1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diligenciamiento de historia clínica.
4. Diagnóstico de enfermería.
5. Brindar educación sobre:
  - Autocuidado.
  - Signos de alarma durante la gestación.
  - Cuidados en el puerperio y al recién nacido.
  - Consejería en regulación de la fecundidad.
  - Cambios fisiológicos en el tercer trimestre.
  - Seguimiento de asistencia al curso de preparación de la maternidad.

## Cuidado de enfermería del octavo mes

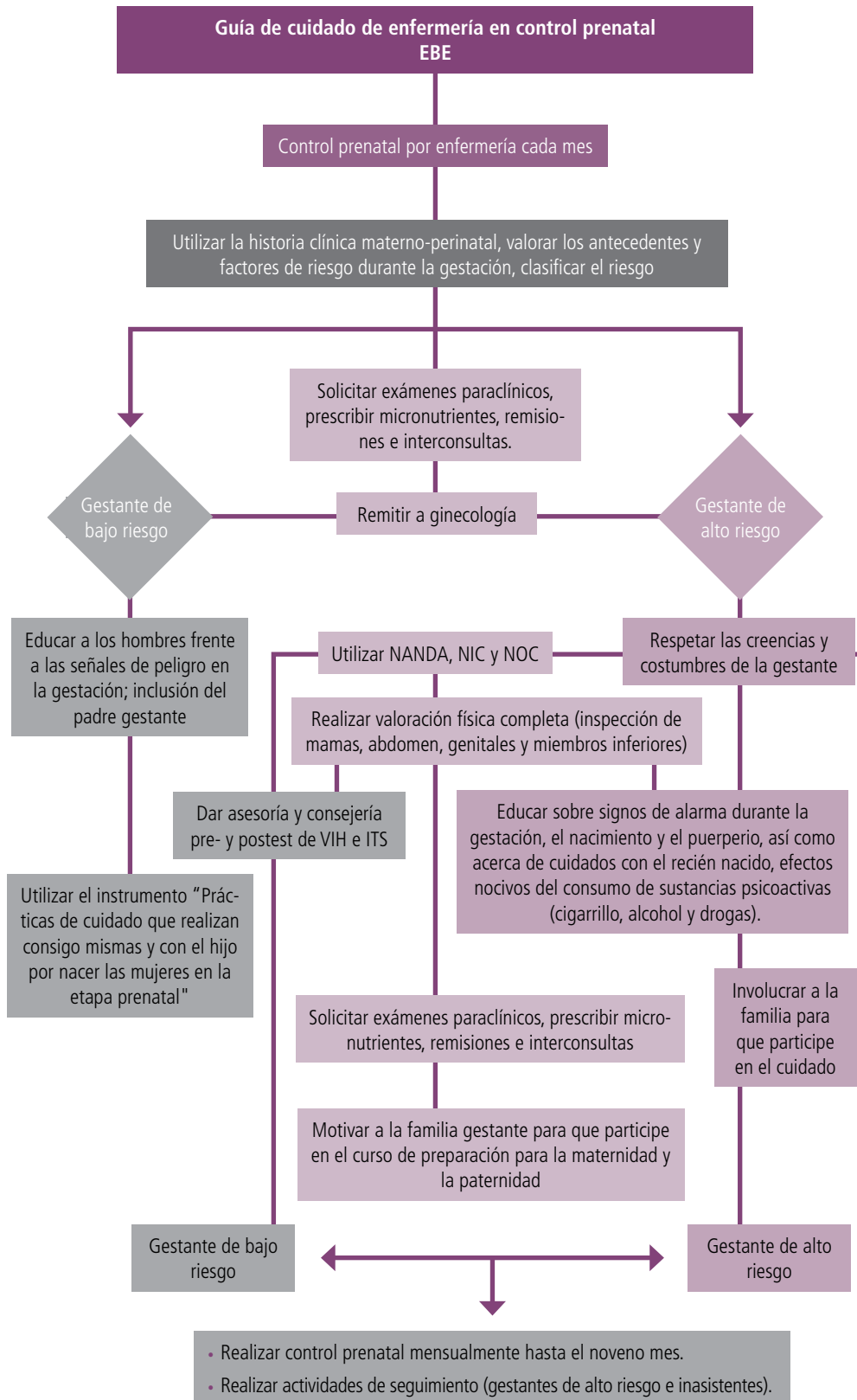
1. Valoración física y obstétrica completa de la gestante.
2. Seguimiento de riesgo psicosocial.
3. Diligenciamiento de historia clínica.
4. Diagnóstico de enfermería.
5. Brindar educación sobre:
  - Cuidados en el puerperio y al recién nacido.
  - Consejería en regulación de la fecundidad.
  - Cambios fisiológicos en el tercer trimestre.
  - Seguimiento de asistencia al curso de preparación de la maternidad.

Recordemos que hasta las 30 semanas de gestación, el cuidado prenatal se debe realizar mensualmente. De las 30 a las 36 semanas, quincenalmente, y de las 37 a las 40 semanas se realizará semanalmente. La frecuencia de los controles prenatales está determinada por los factores de riesgo o patologías asociadas.

## Recomendaciones

- Los profesionales de enfermería realizarán el control prenatal, como mínimo mensualmente, a todas las gestantes.
- Los profesionales de enfermería deben brindar educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, y para procurar la detección temprana de las alteraciones durante la gestación.
- Los profesionales de enfermería deben advertir a la mujer gestante y su compañero sobre malos hábitos higiénicos, o conductas sexuales de riesgo, porque pueden constituirse en desencadenantes de morbilidad materna y perinatal.
- Para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres trabajadoras en general y de las diabéticas en particular, los profesionales de enfermería deben saber que unas palabras dichas con cariño y con conocimientos científicos en el momento adecuado surten un efecto positivo.
- Los profesionales de enfermería deben conocer los hábitos y conductas de la población, brindar continuidad en la atención y tener en cuenta el contacto directo, para que se posibilite su labor en la comunidad y centros hospitalarios.

# Algoritmo



## Glosario

**Autocuidado.** Según la teórica de enfermería Dorothea Orem, el cuidado como objetivo de la enfermería se orienta a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de esta. También, define el autocuidado como el conjunto de acciones que realiza la persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior. Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Es así como las personas desarrollan prácticas de autocuidado que se transforman en hábitos, los cuales contribuyen a la salud y al bienestar. Estas acciones se hacen eficaces cuando se tienen unas buenas bases formativas y se tiene una idea clara sobre el objetivo que se pretende alcanzar (Orozco y Hernández, 2008).

**Cuidado cultural.** Se refiere a los valores, creencias y expresiones estructuradas, conocidas como una forma cognitiva y que ayudan, apoyan o capacitan a otro individuo o grupo para mantener su bienestar, mejorar su situación o modo de vida, o enfrentarse a la muerte o a las discapacidades.

**Cuidado de enfermería.** “Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina, que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona” (Revista *Aquichan*, junio de 2009, de la Universidad de la Sabana).

Estudios recientes acerca del significado de cuidado por parte del profesional de enfermería se refieren a la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado. Por otra parte, el cuidado se ha definido como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica (Revista *Aquichan*, 2009).

**Cultura.** Madeleine Leininger la define como las creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo designado o particular, el cual es generalmente transmitido de generación en generación, e influye en nuestra manera de pensar o actuar. De hecho, la cultura es una influencia poderosa en la forma en que las personas ven el mundo, toman decisiones y determinan sus acciones. La cultura es conocida como la huella para guiar los estilos de vida humanos y predecir modelos de conducta.



**Enfermería basada en la evidencia (EBE).** Uso de la investigación cuantitativa y cualitativa, que permiten buscar evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación (qué grado de evidencia tengo, qué certeza tiene la investigación en la que baso los cuidados) (Morán, 2001).

**Signos de alarma.** Son manifestaciones clínicas que constituyen una alerta que amerita asistir a una consulta de urgencias inmediatamente, porque pueden corresponder a una situación grave que ponga en riesgo de muerte a la madre o al bebé (Secretaría Distrital de Salud. Grupo Materno Perinatal, consenso de expertos, Médicos Ginecólogos y Enfermeras, 2013).

## Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012). *Plan de Desarrollo Distrital Bogotá Humana 2012-2016*. Bogotá: Alcaldía Mayor.
- Alcaldía Mayor, Secretaría Distrital de Salud. (2008). *Resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá: SDS.
- Arias, J., Bernal, K., Giraldo D., et al. (2008). Calidad del control prenatal realizado por Profesional de Enfermería en una IPS pública, Manizales 2007. *Hacia la promoción de la salud*, 13, 131-142.
- Báez Hernández, F., Nava, V., Ramos, L., et al. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* 9 (2), 127-134.
- Bernal Roldán, M., Muñoz de Rodríguez, L., Ruiz Cárdenas, C. (2008). Cuidado de sí y de su hijo por nacer en gestantes desplazadas. *Aquichan* , 8 (1), 97-115.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, M. J. (2009). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Versión en español de la quinta edición de la obra original en inglés Nursing Interventions Classification (NIC). Barcelona: Elsevier.
- Calderón, N. M. y Ruiz, C. H. (2010). La gestación periodo fundamental para el nacimiento y el desarrollo del vínculo paterno. *Av enfer*; 28 (2), 88-97.
- Castro, E., Caldas, L., Cepeda, C., et al. (2008). Prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Aquichan*, 8 (2), 183-196.
- Cutié Sánchez, J. R., Laffita Benítez, A. & Toledo, M. (2005). Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Rev. Chilena Obst Ginecol*, 70 (2), 83-86.
- De Monterrosa, E., Zuleta, J., Rojas, R. (2006). Prácticas basadas en la evidencia en el cuidado de la gestación, trabajo de parto, puerperio y recién nacido. *Av. enferm*, 32 (1), 43- 52.
- Guarnizo, M., Pardo, M. P. (2011). El significado de la sexualidad durante la gestación. *Av.enferm.*, 32 (2), 294-306.
- Guerra, C. A., Evies, A., Rivas, A., García, L. (2005). Educación para el autocuidado de pacientes diabéticas embarazadas. *Texto Contexto Enferm*.14 (2), 159-166.
- Herdman, H., Heath, C., Lunney, M., et al. (2010). NANDA International Diagnósticos enfermeros, definiciones y clasificaciones. Versión en español de la obra original en inglés NANDA-I Nursing Diagnoses; definitions and classification, 2009-2011. Barcelona: Elsevier.

- Hernández, J. T., Quevedo Quiroga, D. C., Ramos, A. M. (2008). *Vivencias de adolescentes varones frente al embarazo en un municipio del departamento de Risaralda*. (Tesis para optar al título de Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería. Bogotá, Colombia).
- Lafaurie, M. M., Gómez, P. I., Bernal, J. (2008). Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo Bogotá, Colombia 2006. *Rev Colomb Obstet Ginecol*, 59 (4), 285-296.
- Leininger, M. (2009) Teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad. s. d.
- Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V., et al. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. Centro para la población y salud familiar, Facultad de Salud Pública, Universidad de Columbia.
- Monroy, M. L., Muñoz, L. (2009). Descubriendo las practicas de cuidado de adolescentes con infección vaginal. *Av. Enfermería* 27 (2), 92-101.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Versión en español de la cuarta edición de la obra en inglés Nursing Outcomes Classification (NOC). Barcelona: Elsevier.
- Morales Sánchez, A. (2010). Factores sociodemográficos maternos que predisponen a la presencia de sífilis congénita en el neonato. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica REVENF* 17.
- Moran, P. L. (2001). Práctica de enfermería basada en evidencias. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 9 (1-4), 24-30.
- Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, et al. (2007). Meeting the criteria of a nursing diagnosis classification: evaluation of ICNP, ICF, NANDA and ZEPF. *Int J Nurs Stud*. 44 (5), 102-713.
- Orem, E. D. (1993). *Teorías de Enfermería. Una teoría general*, 4 Ed. Barcelona: Manssoslut.
- Orem, E. D. (1993). *Modelo Orem, Teorías Formuladas*, 4a Ed. Barcelona: Manssoslut.
- Orozco, L., Hernández, L. M (2008). Integrante de la Profundización en Salud pública: Hábitos de vida saludables y prevención del consumo de sustancias psicoactivas. s. d.
- Ortiz Serrano, R., Beltrán Avendaño, M. (2005). Modelo de atención prenatal de bajo riesgo. *Med UNAB* 8 (2), 102-112.

- Pender, Murdaugh y Parsons (2002), Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal. s. d.
- Pérez, M., Prieto, O. L., Barrera Triviño, C. D., et al. (2009). Preeclampsia leve: cuidados en casa. *Repert Med Cir.* 18 (4), 218-222.
- Quelopana del Valle, A., Dimmitt, J., Salazar, B. (2007). Traducción y validación del Cuestionario de Beneficios y Barreras del Control Prenatal en embarazadas de México. *Index Enferm.*, 16 (57), 23-27.
- Ramos, M.A. (2003). *La participación masculina en los procesos de embarazo, parto y puerperio en comunidades indígenas quechuas y aymaras*. Esta ponencia forma parte de un estudio mayor sobre las concepciones y prácticas en salud sexual y reproductiva de los varones rurales, elaborada con base a información de los Talleres Educativos para varones, organizados y conducidos por el proyecto REPROSALUD de la ONG Manuela Ramos, Perú.
- Rátiva, N., Ruiz, C. H. (2009). El significado de las prácticas de cuidado que realizan las gestantes adolescentes con ellas y su hijo por nacer. *Av. Enferm.*, 27 (1): 30-37.
- Rodríguez, I., Bernal, M.C. (2010). La alimentación de la gestante adolescente: el cambio favorable. *Av Enfermería*, 28 (1), 83-95.
- Ruiz de Cárdenas, C., Fajardo Peña, M., Velandia, J. (2006). Validez y confiabilidad del instrumento "Prácticas de cuidado que realiza consigo misma y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal". *Av enfermería*, 24 (1), 26-34.
- Sánchez, B., Hernández, M., Lartigue, T. (2007). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatol Reprod Hum*, 21(4), 67-177.
- Sánchez, S. M. (2008). *Relación entre la edad, paridad y régimen de afiliación y las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer, las mujeres en la etapa prenatal*. (Tesis para optar el título de Magister en enfermería para el cuidado de la salud materna perinatal, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia).
- Schirmer, J. (1997). Trabajo y gestación de alto riesgo por diabetes: dos circunstancias difíciles de conciliar. *Rev Panam Salud Pública*, 2 (6), 408-414.
- Secretaría Distrital de Salud, Grupo Materno Perinatal. (2013). *Consenso de expertos, Médicos Ginecólogos y Enfermeras*. Bogotá: SDS.
- Suárez, D. P., Muñoz, L. (2008). La condición materna y el ejercicio en la gestación favorecen el bienestar del hijo y el parto. *Av Enfermería*, 26 (2), 51-58.

- Torres, P., Meneses, A. L., Sandoval, P., et. al. (2009). Estudio de serie de casos: factores de riesgo de flujos vaginales patológicos en gestantes. *Rev. Col. Enf. IV* (4).
- Trincado, M.T., Martínez, A. (2008). Educar para prevenir la sepsis urinaria y riesgos en la atención a pacientes. *Rev Cubana Enfermer*, 24 (3-4).
- Velandia, C., Esguerra, I. (1991). Causas de inasistencia a control prenatal. *Av. Enfermería*, 9 (2), 99-107.
- Villar, J., Carroli, G., Khan Neelofur, D., et al. (2007). Patrones de control prenatal de rutina para embarazos de bajo riesgo. *Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 4*: CD000934.

## Anexos

### Anexo 1.

# SIGNOS DE ALARMA DURANTE LA GESTACIÓN



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

BOGOTÁ  
HUMANANA

## Anexo 2. Instrumento para valorar las prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal

A continuación usted encontrará una serie de preguntas relacionadas con las prácticas de cuidado que realizan las mujeres consigo mismas y con el hijo por nacer durante la gestación. Marque con una X la respuesta que refleje su situación.

Práctica de cuidado	Nunca	Algunas veces	Siempre
1. ¿Le habla a su bebé?			
2. ¿Evita ponerle música cerca de su abdomen?			
3. ¿Estimula a su bebé con luz a través de su abdomen?			
4. ¿Evita acariciar al bebé a través de las paredes de su abdomen?			
5. ¿Realiza ejercicio por treinta minutos tres veces a la semana?			
6. ¿Realiza actividades domésticas que le produzcan cansancio?			
7. ¿Duerme más de seis horas durante la noche?			
8. ¿Realiza actividades laborales que le produzcan cansancio?			
9. ¿Dedica tiempo para descansar durante el día?			
10. ¿Realiza actividades recreativas por lo menos una vez a la semana? (Ir al cine o al parque a caminar, visitar a familiares o amigos)			
11. ¿Se cepilla los dientes después de cada comida?			
12. ¿Deja de asistir a la consulta odontológica durante la gestación?			
13. Cuando va al baño, ¿realiza limpieza de los genitales de adelante hacia atrás?			
14. ¿Acostumbra realizarse duchas vaginales internas?			
15. ¿Utiliza ropa que le permite libertad de movimiento?			
16. ¿Consume tres o cuatro veces leche o derivados (queso, kumis, yogurt o cuajada) al día?			
17. ¿Consume al día dos porciones, bien sea de carne, pollo, pescado o vísceras?			
18. ¿Consume al día dos porciones de hortalizas o verduras?			
19. ¿En su alimentación diaria las frutas están presentes?			
20. ¿Consume cuatro a cinco cucharadas de leguminosas (fríjol, lentejas, garbanzo) al día?			
21. ¿Consume al día más de dos porciones de tubérculos (papa, yuca o plátano)?			
22. ¿Toma al día entre siete y ocho vasos de líquido?			
23. ¿Busca apoyo económico de su familia, amigos o conocidos cuando usted lo requiere?			
24. ¿Cumple con las recomendaciones dadas por el personal de salud que la atiende?			
25. ¿Acostumbra solicitar a su familia o a sus amigos ayuda en los trabajos de la casa cuando usted lo requiere?			
26. ¿Necesita que las personas de su familia o sus amigos le demuestren que la quieren?			
27. ¿Asiste a todos los controles prenatales programados?			
28. ¿Toma más de tres tazas de café al día?			
29. ¿Evita fumar durante la gestación?			
30. ¿Evita consumir licor durante la gestación?			
31. ¿Consume alguna sustancia que le produzcan adicción durante la gestación? (marihuana, cocaína o tranquilizantes)			

**Anexo 3. Encuesta para mujeres gestantes en control prenatal**

Pregunta
¿Sabe usted quiénes hacen el control de embarazo?
¿Sabe usted qué es el control del embarazo por enfermería?
¿Cómo se ha sentido atendida por el profesional de enfermería durante el control de embarazo? ¿Por qué?
¿Sobre qué temas le gustaría recibir educación durante el embarazo en la consulta por enfermería?
¿Cada cuánto desearía usted tener control por enfermería durante su embarazo?
¿Cómo se cuida usted durante su embarazo?
¿Qué dificultades ha tenido para asistir al control prenatal?





