

INTRODUCCIÓN

La participación de enfermería en la consulta prenatal ha sido una actividad desarrollada desde el inicio del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, (MSAS) hoy Ministerio de Desarrollo Social (MSDS), desde ese entonces hasta la actualidad se viene actuando con diferentes enfoques de atención en salud. Esta forma de participación intenta mejorar cada día los servicios de la consulta prenatal estableciendo prioridades en función de las necesidades de atención en estos grupos, de acuerdo a su mayor o menor vulnerabilidad de que estos padezcan determinado daño.

En ese sentido se busca una participación de enfermería en la consulta prenatal que minimicen factores coadyuvantes a que los gestantes en control en el Hospital Tipo (I) Simón Bolívar, Parroquia La Cruz, presenten complicaciones por enfermedades prevenibles por medio de medidas saludables.

La investigación se encuentra estructurada en cinco capítulos:

En el Capítulo I, Se encuentra el planteamiento del problema, objetivos que se persiguen con la investigación y la justificación.

En el Capítulo II, Marco teórico, conformado por los antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables y su operacionalización.

En el Capítulo III, Diseño Metodológico, se encuentra el tipo de estudio, población, muestra, instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad del instrumento procedimiento para la recolección de la información y técnica de análisis de los datos.

En el Capítulo IV, Resultados, se presentan, analizan e interpretan los resultados de la investigación.

En el Capítulo V, se presentan las conclusiones y recomendaciones a que dio lugar el estudio, y finalmente las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En este capítulo se presenta el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación.

1.1. Planteamiento del Problema

En todos los países del mundo se presentan situaciones del entorno (socio – económicas) que coadyuven en la mujer gestante para que ocurran complicaciones tan severas de tipo fisiológicos que conducen en oportunidades a la mortalidad materna un flagelo que se confronta hoy en pleno siglo XXI.

Al respecto Capella, R, (2003), expresa:

El ejercicio pleno del fomento de la educación de salud y reproductiva contribuye en gran medida a mejorar las condiciones de embarazo y paridad en la mujer. Hecho que mueve rápidamente al campo de la prevención por medio de la asistencia, con énfasis en los servicios pre y postnatal centrandose mas sobre los aspectos de salud – enfermedad dentro de un marco de referencia biomédica (p.80)

En efecto, la salud de la mujer en su periodo concepcional debe estar sustentado en un marco de salud, enfermedad, pero, además también hay que combinar los avances biológicos y técnicos con un mejor conocimiento del ambiente físico y social, y de su relación con la enfermedad. Es decir, es tratar, bajo todos los aspectos de disminuir la mortalidad materna.

Bajo esta perspectiva, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2000), señala a la mortalidad materna como una realidad que continua siendo un problema de salud pública, sus causas son evitables y es la máxima expresión de injusticia, ya que son los países de menor desarrollo económico donde existen las cifras mas altas de muerte materna” (p.126).

En este orden se observa que las mujeres en condiciones de pobreza crítica son quienes tienen el mayor impacto de riesgo y complicaciones durante el embarazo, por falta de la conducción de verdaderas acciones de salud, de asistencia continua del embarazo.

Los mismos autores OPS (Op-cit), consideran como factor preponderante la actitud y compromiso de quienes toman las decisiones políticas que determinan la garantía para el cumplimiento del cuidado del embarazo en cada mujer. En ese sentido es fundamentales asegurar que toda mujer tenga acceso a servicios prenatales de calidad, de recibir atención

por un personal calificado a no sufrir discriminación por razones de género, edad, condición económica, raza, o religión, y para promover el marco legal que permita que el embarazo transcurra normal y que culmine con un feliz término tanto para la madre como para el producto de la concepción.

A su vez la llamada unión para el desarrollo internacional (UNICEF) (2002), expresa. Se deben concretar en las consultas prenatales verdaderas acciones preventivas y asistenciales enmarcadas en un óptimo cuidado obstétrico” (p.96). Estas acciones son esenciales y deben ser aplicadas en aquellos países donde los indicadores reflejan altas tasas de mortalidad materna, concentrando ayuda. Al respecto la OPS (2003), en publicaciones refiere que en países de América Latina “Perú, Bolivia, Brasil, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y República Dominicana, presentan indicadores, que reflejan a la mortalidad y morbilidad a mediano plazo, a la mortalidad materna como problema de salud pública.

Bajo este orden cabe mencionar a Venezuela en lo cual según el MSDS (2003), Venezuela con una población femenina de 12.240.985, es decir el 50% de la población que habita el país, en la actualidad presenta unos indicadores del 40,23% de muertes maternas, un indicador muy significativo por causa de complicaciones médicas que en su mayoría son

prevenibles por medio de un control prenatal eficaz: hipertensión arterial, preclámpsica, eclampsia, y la diabetes gestacional entre otros” (p.8).

Analizando los indicadores que se refiere a las complicaciones medicas, se deduce que las políticas del programa de salud dirigidos en las consultas prenatal evaluados, conjuntamente con el equipo multidisciplinario en salud deben mejorar estrategias que conduzcan a minimizar las tasas de complicaciones en estos grupos.

Al respecto las normas Oficiales para la atención integral del MSDS (2003), refieren:

La mortalidad materna es uno de los problemas más graves de salud pública y de interés prioritario en el país, la relación entre causas y muertes acusa la bajo cobertura de atención prenatal vinculada a la falta de accesibilidad y solidez de los servicios y falta resolutive de las emergencias obstétrica (p.45)

De la cita anterior se deduce que las metas planificadas en el desarrollo de la atención a la mujer embarazadas deben manejarse con todo el equipo multidisciplinario en salud de manera que se cumplan y se garanticen una adecuada atención, orientación y educación a los gestantes, todo ello contribuirá a minimizar a mediano plazo la mortalidad materna.

Aunado a lo anterior hay que considerar factores preponderantes correspondientes a las consultas de alto riesgo obstétrico y su relación al personal de enfermeras adscritas a dichas consultas cuyo componente de conocimiento y apoyo humano pasa a representar un factor relevante en dicho servicio.

En el MSDS, se instaló para el año 2004, el Comité Nacional de Prevención y Control de Mortalidad Materna, como una instancia intersectorial, la cual diseñó y ejecutó el Plan Nacional de Prevención y Control, promoviendo y evaluando esta iniciativa en las diferentes regiones en donde el personal de enfermería al igual que los demás miembros del equipo actúa en función del riesgo, acciones que han incidido, en el sistema de registro e investigación de las muertes, evaluación de las condiciones, deficiencia de los establecimientos en la atención al parto, calidad de atención de emergencias obstétricas, promoción de la prevención de este problema, entre otros logros que han contribuido a impactar en estas condiciones.

Gutierrez y Col, (2002), consideran,

Que la muerte materna por eclampsia en la Maternidad “Concepción Palacios”, fue la segunda causa con 0.21% y la global fue de 11,21%, concluyendo en su trabajo investigativo que las pacientes de embarazo precoz reflejan mayor cifra de presión arterial con mayor riesgo de morir (p.403)

Estos hallazgos permiten pensar en el compromiso de enfermería en cuanto a la promoción de acciones específicas y efectivas que posibiliten una labor multidisciplinaria y el desarrollo de actividades que garanticen una atención oportuna y de calidad orientadas a formar parte de las acciones para disminuir la incidencia de embarazos con complicaciones. Al respecto MSDS (2004), dice que Venezuela, es el tercer lugar con muerte en mujeres de 15 a 19 años lo ocupan las causas obstétricas, abortos.

De tal manera, que relacionar estos hallazgos con un buen cuidado en la consulta prenatal pudiera despertar el interés de enfermería hacia el desarrollo de una asistencia acorde con los componentes de la preclínica, clínica y la post clínica, la cual involucra aspectos biopsicosociales, en los cuales los factores de riesgos sean minimizados en todo los aspectos.

Moreno y Col, (2000), en un trabajo realizado en el Hospital “José Gregorio Hernández” de Caracas, encontraron que la mortalidad fue de

0,18%, en embarazo no controlados y la principal causa de muerte el accidente cerebro vascular inducido por hipertensión arterial” (p.46).

En ese orden de ideas, según documento emanado del MSDS (2004), datos estadísticos obtenidos, demuestran que en una población de 100.000 nacidos vivos, ocurrieron muerte maternas relacionadas específicamente con procesos fisiológicos” (p.3). el documento destaca que estas muertes son evitables, mediante el diseño y puesta en marcha de programas adecuados dirigidos a esta población, de igual manera deja ver los estado con mayor tasa de mortalidad, tal como se observa “Delta Amacuro N° de muerte, (242) 46%, Trujillo, (171), 32%, Nueva Esparta (114), 22%, Total 527 muertes maternas.

Dentro de ese marco referencial hay que mencionar al Estado Monagas, región Nororiental del país, lo cual presentan indicadores significativo con respecto a la mor –mortalidad materna, tal como se demuestra a continuación. Según estadísticas de la Región Salud (2003), se presentaron diagnostico médicos con 136 casos de complicaciones medicas 11% por Hemorragias, 19% por sepsi, 22% Hemorragia intra uterina y 30% por embarazo no controlados aunado a lo expuesto 18% de complicaciones registrados con diagnostico por otras causas, de ello ocurrieron 19 casos de

muerte por complicaciones medicas (falta de control y hemorragia intra uterina” (p.8)

Ante esta situación, es necesario actuar de manera urgente en acciones de prevención por intermedio del control prenatal. En función de ello la Región salud del Estado Monagas, (2004, ordena la atención prenatal correspondiendo a un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de controlar la evaluación del embarazo y de preservar la salud del binomio madre – hijo durante su gestación” (p.58).

La intención fue para actuar y dar respuestas a requerimientos legalmente establecidos que permitieran en cada una de las embarazadas reciban atención de calidad por intermedio de las consultas, incluyendo embarazadas tanto de alto riesgo como de bajo riesgo dentro de reglamentos pertinentes y manera precoz y calidad a la usuaria y grupo familiar, donde la enfermera pasa a representar un rol preponderante, de conocimiento técnicos científico para identificar en cada embarazada cambios que presente tanto en su estado de salud como los síntomas de algunos de los indicadores de cualquiera de las patologías mas frecuentes en las gestantes, desarrollando acciones que ayuden a disminuir los riesgos que conducen a las complicaciones medicas y en oportunidades la muerte.

Gleiche, N (2000), define la muerte materna como “la muerte producida por el embarazo y a seis semanas de puerperio, sin tener en cuenta sus causas y a la vez las subdivide en muerte materna directa causada por complicaciones obstétricas” (p.35).

El planteamiento anterior pudiera indicar una alerta al personal de enfermería para que gestione la puesta en marcha de acciones en la consulta que involucren a la mujer gestante, a su pareja y grupo familiar de tal manera que se constituyan en elementos importantes a favorecer la disminución de la mortalidad materna.

En ese orden el rol de enfermería en el Estado Monagas pasa hacer un factor de relevancia en la consulta prenatal, con el propósito de alcanzar el bienestar de la madre y el producto. Es decir, dar poder de asistencia de manera oportuna.

A pesar de todas las estrategias normadas en el Estado Monagas, en función de la atención oportuna y eficaz en cada gestante por medio de la consulta prenatal, así como la inclusión de enfermería en atención a las embarazadas de bajo riesgo, hay que destacar la situación presentada en el Hospital Tipo (I) Simón Bolívar en la Parroquia la Cruz, 2do semestre 2005, de acuerdo a estadísticas emanadas de la Región Salud de ese Estado, en

el lapso del primer semestre de ese año ocurrieron siete (7) muertes que no cumplieron con un control prenatal reglamentados por el MSDS (1999), “siete controles mínimo, acompañados de la visita domiciliaria en aquellas gestantes que no den continuidad a la vigencia del crecimiento intra uterino y bienestar materno” (p.6)

Tomando en consideración estos planteamientos se percibe la urgencia de actuar dentro de un contexto en lo cual enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud oferte una atención de calidad en cada uno de los componentes de la consulta prenatal (preclínica, clínica y post clínica), que de respuestas a las necesidades reales y potenciales en estos grupos.

En función de ello, se plantean las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cómo participa enfermería en la preclínica de la consulta prenatal en la anamnesia de la gestante?

¿Qué participación de la valoración obstétrica por medio de la clínica realiza la enfermera en la consulta prenatal, en el fomento del bienestar de la gestante?

¿Cómo enfermería cumple con el sistema de referencia y contrarreferencia por medio de la post clínica?

Para dar respuestas a los planteamientos hechos se formula el siguiente problema de investigación ¿Cuál es la opinión de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la consulta prenatal en los componentes preclínica, clínica y post clínica con gestante en control Hospital, Tipo (I), Simón Bolívar Parroquia la Cruz, 2do semestre 2005?

1.2. Objetivo de la Investigación

1.2.1. Objetivo General

De terminar las opiniones de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la consulta prenatal en los componentes Preclínica, clínica y post clínica con gestantes en control Hospital Tipo (I) Simón Bolívar Parroquia la Cruz 2do semestre, 2005.

1.2.2. Objetivo Especifico

- Identificar las opiniones de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la preclínica
- Identificar las opiniones de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la clínica.

- Identificar las opiniones de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la post clínica.

1.3. Justificación

Dada la información de un índice significativo de mortalidad materna en la Parroquia la Cruz, para el segundo semestre del año 2005, donde ocurrieron siete muertes maternas, enfermería dentro del compromiso que la caracteriza en la consulta prenatal debe cumplir acciones según las metas planificadas y hacer una reestructuración conjuntamente con el equipo multidisciplinario, a fin de afirmar estrategias que garanticen el cumplimiento y desarrollo de cada una de las actividades, preclínica, clínica, y post clínica, es decir que fomente la salud de la gestante o sea darle cumplimiento a un conjunto de acciones y funciones independientes e interdependientes propias de enfermería, para ello es necesario organizar y planificar para ejecutar propuesta básicas con respuestas concretas que contribuyan en la evolución satisfactoria de los objetivos planteados en la investigación que los autores se proponen en mediano plazo, con el propósito de mejorar esta situación, utilizando las bases propuestas de la salud reproductiva. En ese sentido se justifica el desarrollo de la investigación a fin de plantear estrategias que le competen a enfermería como parte del equipo de salud,

por lo tanto, para el personal de enfermería, la investigación es importante porque aumenta sus conocimientos y su relación enfermera – usuario, se fortalece la sensibilidad humana que el personal posee es característico y de importancia del valor a la vida, del sentido ético que estas usuarias van a necesitar, tomando en cuenta los principios éticos y los derechos que tiene cada paciente.

Para la institución Hospital Bolívar, quien representa un papel importante para la parroquia La Cruz conduce una gran importancia seguir el control en función de la necesidad de cada gestante con el propósito de evitar los resultados que conducen los altos riesgos obstétricos en embarazos no controlados.

Para los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, este estudio servirá de referencia para futuras investigaciones y sus resultados podrán señalar orientaciones para conducir la teoría y la practica de enfermería en la consulta prenatal.

A las comunidades, al recibir cooperación en la atención del personal que atiende la población prenatal que acude a estos establecimientos en busca de atención.

Por ultimo los autores consideraron necesario ofertar la investigación a la institución con la intención de minimizar la situación planteada en el problema.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

En este capitulo se describe los elementos que constituyen el marco teórico, antecedentes del estudio, bases teóricas y legales de la investigación, sistema de variables y su operacionalización.

2.1. Antecedentes de la Investigación.

Caniche y Brito, (2000), Corpo Salud Aragua, realizaron una investigación documental en datos que registraron 27 muertes maternas y su relación con aspectos de edad y patologías encontrando los siguientes datos, la edad promedio era de 29 años con un 43% entre los 20 – 29 años, el 60%, soltera, 74% de oficio del hogar, 45% sin control prenatal, 21% primigestas y 43% de mas de 5 gestas las cuales indirectamente ocupan el 66% siendo la hemorragia la mas frecuente con 31% entre las indirectas figuran la neumonía e infecciones del trato urinario con un 16% cada uno.

Entre las causas no relacionadas, los envenenamientos, transito con 36%, un 17% de histerectomía, 31% muerte por embarazo, 23% ingreso a la vez, en el puerperio inmediato mueren la gran mayoría, practicándose el 76% de autopsias.

De acuerdo a los hallazgos encontrados en esta investigación se evidencia la necesidad de una asistencia en la consulta con principios teóricos, científicos, en lo cual se aborde a las embarazadas bajo conocimientos y pericia por el equipo de salud (medico, enfermera).

Boada, C., (2000), realizo un estudio titulado Rol de la Enfermera Comunitaria en la prevención del embarazo en las adolescentes, en el Distrito Sanitario N° 1 de Maturín. El objetivo del estudio fue determinar el rol de la enfermera comunitaria en la prevención del embarazo en las adolescentes, la investigación es de tipo descriptivo transversal, prospectivo y los resultados evidenciaron que las adolescentes necesitan orientación en cuanto a la prevención del embarazo en adolescentes en la escuela, familia y comunidad.

En ese sentido, según la autora, es bien vista la realidad que enfermería actúa en la posibilidad de definir el desarrollo de acciones docentes en relación a la prevención de embarazo en la población adolescente, sus causas y consecuencias que involucre al grupo familiar.

Coronado, L y Guzmán, J, (2000), Universidad de Oriente, Maturín, Monagas, realizaron un trabajo descriptivo, retrospectivo donde se estudio la relación entre la hipertensión arterial inducida por el embarazo no controlado

en el hospital Universitario “Dr. Manuel Núñez Tovar”. El propósito de esta investigación fue identificar el tipo de hipertensión arterial, causas y patologías asociadas, en una muestra representada por 1.200 casos y encontraron que el grupo etéreo con mayor porcentaje de hipertensión arterial inducida por embarazo no controlados oscilaban en adolescentes de 16 a 20 años de edad representado por un 22% y lo conformaron primigestas en edad de 37 a 41 semanas de gestación.

De acuerdo a lo planteado se evidencia la necesidad que el profesional de enfermería defina el desarrollo de las acciones accesibles a la población adolescente basada en su preparación con miras al logro del producto de la concepción en optimas condiciones de salud.

Amaya, B, (2000), UDO, - Bolívar realizo un trabajo sobre la participación de la enfermería comunitaria en la visitas domiciliarias y su relación en el registro y control de la población embarazada con los ambulatorios urbanos tipo I y II del Distrito Sanitario de Ciudad Bolívar Estado Bolívar.

Los resultados determinaron una significativa concordancia entre el número de visitas realizadas a embarazadas y la información registrada, así

como deficientes conocimientos en el personal en relación a la prevención de patologías producidas en embarazos no controlados.

La visita domiciliaria es una actividad que permite a enfermería establecer contactos muy estrechos con el grupo familiar y por ende detectar necesidades de salud que pueden ser prevenibles, en el caso de las embarazadas debe estar en capacidad de efectuar acciones tendentes al concienciar a esta población de forma tal que se hagan dueños de su propia salud.

Bermúdez, f y Campos, L (2000), realizaron una investigación titulada influencia del embarazo precoz en la mortalidad neonatal en Reten patológico del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. El propósito de esta investigación fue determinar la influencia del embarazo precoz en la mortalidad neonatal en el reten patológico del Hospital Manuel Núñez Tovar, durante el primer semestre del año (2000). Se realizó un estudio retrospectivo, longitudinal, de cohorte y descriptivo y determinaron que los neonatos murieron por desnutrición y mal formaciones congénitas posiblemente originadas por falta de control de las madres.

De esta manera al relacionar estos hallazgos con el tema en estudio permite pensar en la necesidad urgente de activar los programas sobre y promoción de la salud y prevención de enfermedades por parte de

enfermería quienes deben estar atentos a identificar patologías presentes en las embarazadas, sus acciones pudieran ampliarse hasta el grupo familiar a través de la visita domiciliaria con miras a conocer las condiciones socioeconómicas y culturales para planificar estrategias acordes con sus necesidades.

Velásquez, N Betancourt, M (2001), realizaron un trabajo sobre el programa de salud reproductiva propuesto por el MSDS y su funcionamiento en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar en Maturín Estado Monagas y encontraron deficiente interacción entre estos programas y el nivel regional y local, de igual manera, la funcionalidad del sistema de registro e información no se ajusta a la necesidad urgente que demandan los usuarios.

Al vincular estos hallazgos con el tema de estudio se pudiera pensar en la necesidad de diseñar estrategias orientadas a reforzar el conocimiento de enfermería en relación a información oportuna y registro de datos que le permitan brindar atención oportuna a los usuarios.

Blanco, L y Núñez, Z, (2001), realizaron un trabajo sobre el Modelo de Atención Integral propuesto por el MSDS, implementado en el Ambulatorio

Urbano “Dr. José María Vargas” en Maturín Estado Monagas y encontraron deficiencias en su funcionamiento.

De lo citado se desprende la necesidad de que organicen talleres vigentes con la participación de enfermería basada en el modelo de atención integral de los programas para beneficio de los usuarios.

2.2. Bases Teóricas

Participación de Enfermería.

La profesión de enfermería hoy día forma parte del desarrollo evolutivo desde un marco cultural y educativo. Lo cual significa que dicha profesión debe estar sustentada en un cuerpo de conocimiento y habilidades esenciales para el aporte de un servicio de calidad a la persona, familia y comunidad. King, H, (1998), en publicaciones afirma que la “enfermería, es una profesión para dar asistencia a la persona dentro de un orden de relaciones interpersonales y de guía para cubrir necesidades básicas y actuar en los sistemas sociales promoviendo la salud en los grupos” (p.35).

Para López, Luna, Mc, (1998), “enfermería que se fundamenta en un conjunto de conocimiento científico y técnico que, destacando el aspecto

humano de sus, actividades, permite el logro de los objetivos con el máximo de eficiencia, cooperación y bienestar” (p.15).

Aunado a ello, Romer, Milto, (1999), considera a la enfermería una profesión técnico científico, con filosofía, y un conjunto de múltiples y variados, principios provenientes de instituciones y medios” (p.70).

En ese marco de referencia se señala a la enfermería como una profesión encaminada al logro del bienestar de las personas.

En un análisis de la participación de enfermería se constata una amplia variación de experiencias y conocimiento, de capacidad para actuar en diversas áreas con gran alcance en cobertura de servicios en diferentes instituciones de salud, tanto publica como privadas. Teóricamente se podría plantear de las diversas actividades que van al rubro de participación se ha llevado acabo en el contexto social. Hecho que puede ser observado en diferentes institutos de salud.

Parece claro entonces, que la participación de enfermería en acciones de salud, debe garantizar un ejercicio profesional idóneo indefinidamente. Es decir, debe existir de manera constante el incremento o actualizaciones de las actividades y de los procesos de trabajo. Roy y Casa, (1997),

sustentan, dentro de esta, perspectiva de la participación de enfermería deben:

Sustentarse en el análisis del contacto socio – político, económico y de salud de cada institución o área, en función de la transformación que se espera para responder a los principios de equidad y justicia social que demande la meta social. Conlleva el desarrollo de una conciencia crítica frente al reconocimiento de una determinada realidad de la persona, sujeto de la acción participativa. Conducen el desarrollo de un eje participativo y emerge dicha acción de acuerdo a la realidad. (p.22)

Lo expuesto da acción a considerar un compromiso profesional frente a una realidad captada en su totalidad, posibilitando de esta manera una acción transformadora. El mismo autor agrega que la participación de enfermería debe emerger de las necesidades o potenciales en el sentido de:

- Mantener su capacidad profesional
- Utilizar la participación por medio de acciones innovadoras y creativas
- Descubrir de manera constante nuevos aprendizajes en el campo de las clínicas.

- Aplicar principios éticos a una actividad que conlleva a responsabilidad social
- Colaborar con los miembros de todas las profesiones de la salud
- Reforzar y sostener una coherente responsabilidad profesional.

En ese sentido la participación de enfermería se convierte en una herramienta de intervenciones estratégicas capaz de colaborar para generar nuevos modelos y procesos de trabajos en la instituciones de salud a través de la transformación de lo que se hace y practica. La afirmación expuesta es valida a partir que se comprenda que la participación de enfermería con personas y comunidades no son entidades abstractas o monolíticas que se imponen a los sujetos como realidad externas, por el contrario se constituye partiendo de cómo estos sujetos la perciben y motoricen cotidianamente, en flujo dinámico entre el consenso y el presente del entorno.

Estos aportes han agregado nuevas dimensiones al sentido de la participación de enfermería en los servicios de salud. Es decir, es la búsqueda de la resolución de problemas de las acciones, personas y equipo de trabajo.

Relacionando los conceptos anteriormente planteados con la participación de enfermería en la consulta prenatal. La experiencia indica la apropiación de un saber técnico científico como construcción activa, integrando la práctica y la teoría a la resolución de los problemas dentro de aquellos marcos valorativos, y no una mera recepción pasiva de acciones. Ello contempla no solo el saber académico, sino también el saber de cada enfermera, adquirido en su diario vivir.

En ese orden, enfermería en la consulta prenatal realizara un balance de actividades, con vista a delinear alternativas centradas en los procesos de trabajos integrada a la cotidianidad de las gestantes en control y orientadas a la elaboración de la practica técnica y social, como herramientas estratégicas para la proposición de una atención directa en las gestantes por medio de la consulta prenatal.

En ese orden de pensamientos el grupo de enfermeras adscritas a las consultas prenatales, adoptaran una postura personal que sustenten una participación vigente en lo teórico y práctico. Dicho de otro modo, es engarzar a enfermería con cada gestante para las asistencias habituales y requeridas según realidades.

Su desempeño pasara a demostrar sus pericias y habilidades, los cuales estarán constantemente realimentadas con nuevas fuentes de información e intercambio de experiencia.

Implica entonces considerar la participación de enfermería, para enfrentar el acto de asumir nuevas responsabilidades y adecuar las funciones y técnicas con base a las políticas actuales, que han avanzado progresivamente, siendo la enfermería un ente fundamental que dirige sus acciones de promoción a la salud y de prevención de los factores de riesgo con prioridad en los grupos mas vulnerables. Es en ese marco referencial donde la consulta prenatal se le da nombramiento para brindar una asistencia integral.

En ese sentido, el documento de base sobre el modelo de Atención Integral de Salud en Venezuela, (2001), dice:

El modelo de atención integral se caracteriza por un enfoque holístico y social del proceso salud – enfermedad, por una atención integral y continua de la salud de las personas y su ambiente físico y social cuyo énfasis son las acciones de promoción y prevención fundamentadas en una estrategia de atención primaria desde la red de los centros ambulatorios. El sujeto de atención es la familia, la comunidad, el ambiente social y físico y no exclusivamente el individuo. (p.80)

De lo citado se desprende el hecho de que el personal de enfermería pudiera adaptar los contenidos de su planificación estratégica en función de las exigencias del modelo de atención integral de tal manera que cubra las necesidades biopsicosociales y específicamente desarrolle acciones del fomento de la salud y en la población gestante mediante el desarrollo de una labor conjunta con criterios multidisciplinario, que promueva de beneficio no solo a la gestante, sino también al grupo familiar y comunidad con énfasis en los grupos mas necesitados en los aspectos socioeconómicos y culturales.

Dentro de este enfoque de integralidad será conformada la consulta prenatal. Al respecto según las normas oficiales del MSDS, sobre salud sexual y reproductiva (2003), la “atención prenatal comprende un conjunto de acciones orientadas y dirigidas a la gestante con el firme propósito de lograr que el embarazo transcurra sin problema y cuente con la vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, identificando riesgos que pueden comprometer la salud del binomio madre e hijo, cumpliendo con el nivel de atención correspondiente, el de prevención para que en el termino del embarazo el parto se realice sin complicaciones” (p.79)

De acuerdo a las normas establecidas para la atención materna por el MSDS, se desprende los siguientes objetivos:

- Promocionar la educación para la salud el desarrollo de la consulta prenatal
- Prevenir factores que pudieran afectar la evolución prenatal y comprometer la salud a largo plazo de la gestante.
- Establecer una calificación primaria según el riesgo de embarazo en función de canalizar las patologías encontradas durante la consulta.

Característica del Control Prenatal.

Según las normas del MSDS (2003), señala:

Precoz: el primer contacto debe realizarse temprano, durante el primer trimestre de la gestación. Ello permite la detección de alto riesgo y la ejecución o postura de acciones de salud. Tipo de Control prenatal: precoz, semana de gestación, hasta 13 semanas. Tardía semana de gestación 14 y mas. **Periodo:** Los contenidos mínimos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (p.12)

Síntomas de alarma durante el embarazo del modelo de Salud Integral (2000), señala las siguientes:

- Sangramiento, aunque sea poco
- Erupciones en la cara y en las manos
- Brusco aumento de peso

- Dolores continuos de cabeza
- Visión oscura y borrosa, chispazos de luz
- Dolores persistentes en el abdomen
- Vómitos severos y frecuentes
- Fiebre y escalofrió
- Flujo vaginal espeso, de mal olor, amarillento, con sangre o acompañado de ardor o picazón
- Ardor al orinar
- Desvanecimiento repetidos y anemia crónica

Es indispensable acudir a la consulta prenatal lo antes posible a la primera falta menstrual y antes de cumplir el tercer mes. Un buen control prenatal debe tener como mínimo cinco consultas medicas, ya que la mayoría de las complicaciones inherentes al embarazo y al parto, inclusive las complicaciones del bebe son prevenibles en gran medida.

En la consulta de control prenatal se determina: peso, talla, tensión arterial, examen físico, citología. Además se solicitan pruebas de laboratorios y se aplica toxoide tetanico. El medico determinara la evolución del embarazo y el grado de riesgo. En la actualidad existen programas de salud en los que la embarazada recibe sulfato ferroso y acido fólico que sirven de

complemento nutricional, lo que permite prevenir la anemia y sus consecuencias para el feto.

De acuerdo con la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en salud reproductiva, (2003), las embarazadas se clasifican según un conjunto de factores en: Embarazadas de bajo riesgo, que son la mayoría de las embarazadas y embarazadas de alto riesgo; las de bajo riesgo son atendidas en la consulta prenatal en los establecimiento de salud que le corresponde (ambulatorios rurales, urbanos, hospitales tipo I. las embarazadas de alto riesgo se controlan en centro de salud especializados por que requieren de equipos y recursos mas avanzados para su atención.

Las embarazadas de bajo riesgo son aquellas al ser evaluadas minuciosamente presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y del niño y no se evidencia en ellas:

- Antecedentes de patología gineco – obstetricia, perinatal o general
- Perdidas reproductivas
- Embarazos no deseados

Las embarazadas de alto riesgo son aquellas que tienen antecedentes o presentan uno o mas factores que incrementan la morbilidad materna (numero de mujeres embarazadas que enferman en un tiempo determinado), la mortalidad materna (numero de mujeres que han tenido un hijo y que mueren alrededor del nacimiento de este nuevo niño). En otras palabras, reúnen condiciones de enfermedad, sociales, familiares o personales que influyen de manera negativa en la evolución del embarazo.

Criterio de alto riesgo que influyen en la Mortalidad Materna.

- Analfabeta
- Pobreza critica
- Edad menor de 18 años o mayor de 34 años
- Tabaquismo, alcohol y otras drogas
- Nuliparidad (mujeres que no han parido) o gran multiparidad (mujeres que han parido varios hijos)
- Diabetes gestacional no controlada
- Mujeres o su pareja con 3 o mas compañeros (as) sexuales en menos de un año
- Embarazos no controlados
- Mala hidatiforme

- Madre Rh (-) no sensibilizada
- Cesáreas anteriores
- Preclampsia o eclampsia
- Antecedentes o presencia de enfermedades generales, obstetricias y ginecológicas
- Embarazos ectopicos.

Factores de riesgo que influyen en la Mortalidad Materna.

Según la enciclopedia de Enfermería Materno Infantil (2002), los seres humanos son productos de su estructura genética y de elementos ambientales. El desarrollo mental obedece a factores biológicos, ambientales y sociales.

Factores Biológicos: Existen factores biológicos que se manifiestan en particular patologías, estos factores juegan un papel fundamental en el desarrollo de enfermedades que pueden ser de órganos o sistemas.

Factores Ambientales: Son los factores del medio físico, social, psicológico, cultural y moral que rodean a la gestante e influyen en el bienestar de la persona, ejemplo: atención familiar, condición

socioeconómica, nutrición, estimulación, valores, relaciones interpersonales, entre otros. También hay un conjunto de factores emocionales afectivos y motivacionales.

Factores Sociales: Estos pueden relacionarse con el grado de instrucción de la gestante, vivienda, procedencia estado civil que pueden influir de manera positiva o negativa en el bienestar de estas.

La Mortalidad materna y sus Causas.

Según la OPS (2001), las causas estudiadas que subyacen en una muerte materna, se les clasifica según el momento del proceso reproductivo en que se presente, durante el embarazo las causas más comunes son:

- Las hemorragias, la hipertensión (o toxemia) y el aborto
- Las causas obstétricas directas de estos padecimientos coinciden con las observadas en otras parte del mundo
- Hemorragias (prenatal y puerperio)
- Hipertensión inducida por el embarazo, sepsis, trabajos de parto no controlado y complicaciones relacionadas al aborto

- Embarazos no controlados

En muchos países en desarrollo las complicaciones del embarazo constituyen principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva. Más de una mujer debido a estas causas y un total de 585.500 mujeres mueren cada año. Menos del 1% de estas muertes ocurren en los países desarrollados, lo que demuestra que esto pudiera evitarse si hubiera recursos y servicios disponibles.

Además de la mortalidad materna, ocurren más de 50 millones de casos de problemas relacionados con la salud materna anualmente. Por lo menos 300 millones de mujeres, más de un cuarto del total de la población femenina de los países en desarrollo, actualmente sufren de enfermedades y lesiones de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo y el parto.

Cualquier mujer puede tener complicaciones inesperadas e imprescindibles durante el embarazo, el parto e inmediatamente después del parto. Aunque la atención de la salud es accesible y de alta calidad ha hecho que la mortalidad materna sea un hecho esporádico, mientras en los países en desarrollo tienen que enfrentar este riesgo con mucha más frecuencia, ya que tiene más hijos que las mujeres de los países desarrollados.

La defunción de una mujer por causas relacionadas con el embarazo, parto puerperio constituye una muerte materna. Estadísticamente, la mortalidad materna en una población se considera como el número de muertes maternas por cada 10.000 nacimientos.

Una muerte materna es una verdadera tragedia, implica la desaparición de una mujer joven por causas que, en una enorme mayoría de los casos pueden prevenirse y condena a la mortalidad a los niños pequeños.

El objeto de plantear sobre la mortalidad ha sido el de sistematizar algunas reflexiones sobre la importancia de la consulta prenatal. De manera más específica, enfermería promoverá su participación en el caso que corresponde a la atención de las embarazadas lo cual se tomara en consideración en un marco que permita, que durante la consulta prenatal la enfermera por intermedio de su participación internalice la situación de las embarazadas, y condiciones internas y externas que hacen posible la satisfacción de las necesidades. En consecuencia, la embarazada será vista por enfermería dentro de los aspectos físicos, psicoafectivos, interpersonal y social de manera integral dentro de un ambiente dirigido por el equipo multidisciplinario en salud y por las propias gestantes.

¿Ahora bien que es la Consulta Prenatal?

Para el MSDS, (1998), el termino consulta prenatal se refiere al “acto dirigido por especialista obstétricos para conferirle los cuidados necesarios en las embarazadas, mediante los componentes, Preclínica, clínica y post clínica” (p.14)

Dentro de estos aspectos, la consulta prenatal aportara los momentos ideales de llevar el control de las variedades de cambios que ocurren durante todo el proceso fisiológico del embarazo. Destacan los autores ya citados MSDS, (Op-cit), indican “que independientemente de la duración gestacional, la mujer durante su periodo gestacional a merita ser evaluada para advertencia de los cambios físicos y los innumerables mecanismos de adaptación (físico – emocional)

La consulta prenatal representa el acto ideal para la identificación de los procesos gestacionales de cada uno de los cambios que suceden durante el embarazo. Hecho que en gran medida requiere ser dirigido como se dijo con anterioridad por aspectos de contenidos técnicos científico

En el caso especifico de las gestantes del hospital Simón Bolívar Consulta Prenatal, formara parte del lugar que de manera general propiciara

el cuidado gestacional adecuado en todo el proceso, en particular para mantener las condiciones de salud y preparación de la madre, situación que requiere de la organización de acciones que implique en lo posible a que toda gestante reciba y use en forma adecuada dichos servicios a través de:

- Asistencia oportuna
- Apoyo efectivo
- Cobertura

Asistencia Oportuna: Se refiere a la oferta de un servicio eficaz, tanto a la gestante en control como a su entorno, por ejemplo asistencia total a todas gestantes que incluyan la existencia de un diagnóstico situacional del número total de embarazadas existente.

Apoyo Efectivo de las Enfermeras: Deben ser caracterizada según el MSDS, anteriormente citado “especializados, debe proporcionar apoyo y suministrar servicios para la salud adecuados a todas las gestantes sin distinción de raza o credo” (p.9).

En ese caso la participación debe ser dinámica y versátiles con el desempeño de un papel por parte de enfermería centrado en orientar, y efectuar observaciones de manera afectiva.

Lo cual implica contar en la consulta prenatal con una personal de enfermeras, que reconozcan el derecho de que cada embarazada debe ser atendida expresamente acorde con su desarrollo y bajo los límites que les corresponde establecer según su periodo gestacional .

Por lo tanto la consulta debe ser adaptada de manera específica para dar asistencia a las embarazadas y contar con expertos para que haya destreza con alto grado de profesionalismo e igualdad de oportunidades. Es decir, toda embarazada debe contar con una asistencia por expertos, ello dará la oportunidad de un reconocimiento eficaz y al mismo tiempo que promueva la información del acto realizado.

Implica que en la consulta prenatal los objetivos sean formulados en función de cubrir según la necesidad todas las expectativas de salud en el número existente de embarazadas. Es decir, asegurar la accesibilidad y contar con una atención de buena calidad y sin costo.

En ese orden toda institución de atención prenatal debe contar con una consulta de alta calidad dirigida por enfermeras y especialistas y contar con programas de salud.

Por lo tanto la consulta prenatal del Hospital Simón Bolívar Parroquia la Cruz, Estado Monagas, deben ser unidades con asociación integradas por un equipo multidisciplinario de salud con gran afecto humano con base técnico científica.

La participación de enfermería. Los propósitos mencionados requieren la realización de un comportamiento en tres grandes componentes preclínica, clínica, post clínica.

Preclínica.

Según el MSDS (Op-cit), lo considera como “el primer componente de la consulta prenatal establecido en función de identificar a través de la anamnesia datos, subjetivos, de las gestantes” (p.8). Esto amerita el cumplimiento de un conjunto de actividades a los cuales deben ir centrado en la recopilación de la historia clínica de las embarazadas.

Por lo que es necesario que enfermería tenga capacidad de captación para reconocer en cada en función de una embarazada una buena y

fidedigna recopilación de datos. En ese caso se requiere en términos lógicos estar de acuerdo con la realidad presente de la embarazada. Es decir, ello representa una forma adecuada de recopilación de datos reales.

Componente de la Preclínica.

El MSDS (2000), como ente rector de las normas de atención materna, considera que los componentes de la preclínica, estos deben ser enmarcado desde una perspectiva hacia la obtención de datos de las gestantes, su propósito fundamental consiste en identificar necesidades reales o potenciales según riesgo identificado y poder actual” (p.8). es decir, la preclínica es el primer componente de la consulta prenatal, dirigido Para la identificación de las condiciones socio – culturales de cada gestante y apariencia física en función de la identificación temprana de riesgo.

Al respecto la OPS (1998), considera el “riesgo en las embarazadas como aquellos factores causales tanto de orden biológico como psicosociales y ambientales, que encadenados entre si pueden producir una alteración determinada en promover una complicación medica en las embarazadas” (p.29)

En ese caso, el conocimiento de estos factores presente en enfermería por intermedio de la preclínica, permitirá una intervención en forma oportuna y preventiva para así evitar cualquier tipo de complicaciones medica ya

nombrada en otros párrafos en las embarazadas, implica el reconocimiento temprano de que son parte de gran relevancia clásica en la atención materna.

Conviene entonces considerar al componente preclínica para la precisión de toda característica o circunstancia en cada gestante y grupo que esta asociada a cualquier probabilidad mayor de aparición de un proceso patológico o de evolución generado en oportunidades por aspectos de índoles sociales o sino afectivas, ejemplo, condiciones socioeconómicas, (pobreza, malnutrición, obesidad, etc).

Anamnesia.

Ante todo es conveniente tomar en cuenta, que la anamnesia representa el componente esencial de la preclínica. El contexto que lo representa esta dirigido por un proceso interactivo a través de encuentros, observaciones y conversaciones, que pueden revelar un camino útil en la recopilación de informaciones.

En función de ello, es necesario que el personal de enfermería deba promover el acto de las entrevistas con gestantes, lo que implica tener la capacidad para hacer análisis de lo que literalmente se diga. Es decir, saber codificar la información, reiniciar y comparar todos los planteamiento hechos

y de esa forma extraer las conclusiones y enmarcar de manera practica el informe personal de los datos obtenidos en cada gestante en control,

Al respecto la OPS (2002),

Para éxito de una anamnesia se debe contar con un listado de categorías y variables que debe ser elaborado, percepción de lo observado, susceptibilidad y conocimiento de la realidad y el conocimiento de las realidades, causas y consecuencias, presencia, prácticas y opinión por parte de la persona con quien se sostiene la entrevista (entrevistado) p.16

La idea plasmada en la referencia es la intención de generar en la persona quien conduce la entrevista forma para debatir (conversar), para así captar y orientar en función de aclarar conceptos y dudas. En ese sentido, al sostener la entrevista con las embarazadas hay que considerar durante la reunión que las embarazadas deben sentirse cómodas para hablar abiertamente. Dice la OPS (Op-cit), la homogeneidad de los grupos tiende a facilitar el proceso interrogatorio, ejemplo, consulta prenatal con embarazadas, ello orientara a que estas personas suelen expresar con mayor soltura.

Hay que destacar que lo importante es el dialogo y darse a conocer, para ello es necesario que enfermería considere los siguientes puntos:

- Definir los objetivos de la entrevista
- Operacionalizar el concepto (día, preguntas específica)
- Armar la muestra (tiempo en que durara la entrevista)
- Tener claro y manera de hacer la entrevista
- Comparar la información recogida con la gestante.

Significa poder diagnosticar cuales son los conocimientos y actitudes de las gestantes sobre la importancia de la vigilancia y control del embarazo.

Destaca la OMS, (2003), que al trabajar en la recopilación de datos de pacientes o clientes se debe propiciar una lluvia de ideas, en los cuales se pueda, conocer en cada gestante acerca, “que saben sobre el embarazo, sus condiciones fisiológicas, madres sin instrucciones, madre con educación primaria en extrema pobreza, padres de familia.

Este trabajo de enfermería en la consulta prenatal enfrentan nuevos desafíos. La OMS (Op-cit), señala que “cada embarazada conozca por medio de la entrevista sus condiciones de salud y que se haga responsable del cuidado de su persona y embarazo. Así, el papel de los profesionales de la salud ya no se restringe a la atención” (p.1)

De acuerdo a lo expuesto en la referencia, es necesario, en el caso específico de enfermería plantear el reto de acercarse mas a las gestantes y de esa manera hacer una buena obtención de información que ayude a que se de los cambios de comportamientos.

Ciertamente, el campo de la comunicación para la anamnesis debe ser interdisciplinario, e involucrar a todas las personas adscritas a la consulta prenatal.

La OPS (2003), señala:

Comunicarse es relacionarse con otros. La comunicación es siempre un camino de ida y vuelta, en el que dos personas o grupos se encuentran y se influyen mutuamente. Al comunicarse, los dos sujetos que participan en el proceso intercambian conocimientos y experiencias (p.19)

En lo referente al campo de la anamnesia como parte de la consulta prenatal, la comunicación apoya este proceso entre enfermería. Cabe, entonces tener en cuenta que la comunicación bien dirigida en la anamnesia ayuda a promover cambios para que estos grupos obtengan comportamiento beneficiosos a su salud.

Identificación Personal.

La identificación personal, debe ser en función de que las usuarias den respuestas fidedignas al respecto. En ese orden, enfermería debe actuar con ideas planteadas por las embarazadas. Es decir, tener acción para conocer a la persona contar con definiciones, capacidad para valorar todas las condiciones personales y compararlas, todo ello dentro de un orden de identificación y registro personal (nombre apellido, etc)

Edad.

La edad, es otro dato de suma importancia, obtenerlo dará la oportunidad para clasificar alguna situación de riesgo (adolescencia). En general, el dato de la edad es importante en la práctica de recopilación y registro de datos.

Esta acción permitirá contactar que tipo de cuidado obedece, si es múltipara o primigesta, si amerita ser intervenida quirúrgicamente, todo estos datos acompañados del reconocimiento de la edad de la embarazada son parte que facilita el trabajo, para reconocer algún riesgo y así actuar en función de minimizar los riesgos.

Otro dato importante lo significa el reconocimiento del estado civil de la gestante lo cual permite constatar condiciones de estabilidad, principalmente, el apoyo afectivo con que cuenta la embarazada y las posibilidades con que cuenta. A partir de ello se profundiza sobre el tema y la búsqueda para incluir a la pareja a la vigilancia del crecimiento y desarrollo intra uterino y por supuesto el bienestar de la madre.

Dirección de Vivienda o ubicación geográfica de la Gestante: A partir de ello se espera avanzar en el reconocimiento del entorno y por supuesto el riesgo social y la definición de algún punto de referencia de la dirección.

Esto, en cuestión permite tener un cuadro de situación suficientemente amplio y la usuaria vive en condiciones de riesgo a su salud o en el caso de atenderla dentro de su contexto social.

En el mismo orden también el grado de instrucción de la gestante, también requiere ser identificado.

En ese orden puede hacer el balance de la forma y manera de orientarlas, en función del grado de instrucción en la madre. Todos estos datos acompañados con los hábitos, capacidad de ingreso, etc.

Así, la red conceptual de todos estos datos no es más que un mapa o gráfico que expresa los contenidos o conocimientos y sus relaciones recíproca. Los conceptos e informaciones recopiladas sustentaran a otros de alcance intermedio y estos, a su vez, a otros de niveles específicos o de prácticas técnicas. Cabe, entonces ver que de una identificación, de datos o informaciones se puede permitir reestructurar o diseñar estrategias en beneficios de cada gestante.

Clínica.

Se refiere al segundo componente de la consulta y actuar sobre la adaptación de la gestante a los cambios del embarazo, medición del bienestar fetal, identificación de signos o síntomas de complicaciones, apoyo psicológico y preparación para la maternidad. En ese sentido la clínica prenatal es conformada por acciones que deben sustentar la explicación obstétrica dirigida hacia el aporte de datos objetivos que den fe de los diversos estados de salud, conformado en los aspectos físicos, psicológicos, interpersonales y sociales.

En el mismo orden de ideas, la OPS (1999), señala a la clínica prenatal “acción para la valoración fisiológica y cambios del embarazo que debe ser dirigida por un especialista en el área obstétrica” (p.90)

Además, la clínica prenatal sirve para valorar el cumplimiento del régimen médico y preparación para desempeñar las funciones de padre y madre. En general, el acto de la clínica prenatal como parte de la consulta prenatal es cumplir con el plan programático de evaluación y comportamiento del periodo gestacional.

Relacionando los conceptos sobre clínica prenatal con las embarazadas que asisten al Hospital (I) Simón Bolívar. El MSDS (1998), sugiere que la clínica de la consulta prenatal debe ser efectuada todos los días, debe recibir a toda embarazada en los cuales la valoración obstétrica debe ser comprensiva dentro del equipo de salud y, para lograrlo se requiere los esfuerzo de diversas disciplinas, además de medicina y enfermería” (p.7). se determina entonces a la clínica prenatal el componente para la evaluación fisiológica de la embarazada.

Valoración Obstétrica.

El examen abdominal es útil para obtener información acerca de la evolución del crecimiento y desarrollo intrauterino en todo el periodo gestacional.

Señala Reeder, S. M. y Koniak, D. (1998):

Existe el periodo embrionario que se extiende desde la fecundación hasta la 12 semana de vida (IU). Se caracteriza por una intensa multiplicación celular (hiperplasia) con un escaso aumento del embrión. Periodo fetal, se extiende desde la 13ª hasta la 40ª semana, es decir, hasta el término de la gestación y se caracteriza principalmente por una combinación de los procesos de hiperplasia e hipertrofia celular, por el cual aumenta de tamaño los órganos ya formados, (p.11)

Estos periodos durante su crecimiento intrauterino requieren de un cuidado especial. En el periodo embrionario, el producto es muy sensible a factores adversos tales como drogas, alcohol, radiaciones, cigarrillos y enfermedad (rubéola).

Todas las cuales, precisamente por actuar durante este periodo afectan el desarrollo de los órganos y puede producir malformación congénita. De ahí la importancia de que se les debe informar a las embarazadas sobre la evolución del crecimiento embrionario y fetal.

Altura Uterina.

Por otra parte cabe en lo posible iniciar con la medición de la altura uterina, su acción permite tener conocimiento del desarrollo intrauterino durante el periodo fetal: es un acto en el cual da la oportunidad de conocer el

tamaño fetal. Por lo tanto, es necesaria la participación de la embarazada para que ella obtenga la información necesaria para su cuidado.

Maniobras de Leopord.

El examen abdominal es útil para saber situación y posición fetal, Reeder, S, M y Koniak, D (op.cit), señalan:

Las maniobras de Leopord ayudan a determinar posición y presentación del feto. La situación del feto se refiere a la relación del eje longitudinal del feto con respecto a la madre. Cuando el eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre se denomina situación transversa. Si formula un Angulo agudo en relación con el eje de la madre se denomina situación oblicua, en general la situación oblicua suele transformarse durante el curso del trabajo de parto temprano a situación longitudinal o transversa. Actitud fetal significa la relación que guardan las partes fetales entre si, las características mas notables, la columna vertebral se dobla hacia delante, la cabeza se encuentra agachada con la barbilla contra el esternon y los brazos están flexionados y doblados sobre el pecho. Presentación fetal. El termino presentación como parte de la presentación se emplea para designar la porción del cuerpo del feto que se encuentra más cerca del orificio interno, o en otras palabras, la porción que el examinador percibe con los dedos (p.460)

Aunado a la referencia, merece mencionar las diferentes presentaciones: cefálica, de vértice, pélvica franca y presentación de pies y de hombros. Cada una de ellas requiere un trato especial en el momento del parto.

Posición Fetal: Se refiere a una posición elegida por el feto que puede ser la parte o izquierda de la pelvis de la madre. La importancia de que la embarazada sepa estos conceptos es que comprende que el acto de la palpación abdominal por parte del especialista es precisamente para conocer posición, presentación y situación, todo ello mediante las maniobras de Leopord.

El MSDS, (1999), refiere:

Las maniobras de Leopord son cuatro, la primera maniobra es para que el examinador determine lo que esta al fondo al palpar el abdomen. La segunda maniobra, tras determinar si la parte del feto que se encuentra en el fondo es la cabeza o los glúteos, el siguiente paso es ubicar la espalda del feto en relación con el lado derecho o izquierdo de la madre, La tercera maniobra tiene como objeto palpar la cabeza en la entrada de la pelvis y determinar su movilidad. Y la cuarta maniobra de Leopord proporciona información para conformar la ubicación fetal (p.6)

En consecuencia, las maniobras de Leopord representan el componente principal en la clínica prenatal y por ello debe ser cumplida durante la evaluación física. En ese sentido el MSDS (1999), ordena que “toda mujer considerada bajo riesgo puede ser atendida por enfermería en la consulta” (p.5).

Semana de Embarazo: Dentro de los componentes valorativos del Embarazo es importante que la gestante sepa las semanas de embarazo, así como fecha probable del parto y de esa manera aplicar los cuidados según periodo gestacional. En consecuencia, también estos grupos deben conocer periodo gestacional para así tomar las medidas requeridas.

Presión Arterial: Según conceptos de muchos autores, OPS/OMS (1996), entre otros, determinan a la presión arterial “como la fuerza ejercida por la sangre en las paredes de dos vasos, en las cuales esta contenida. La máxima presión es la sistólica y la mínima es la distolica. Ambas se miden correctamente en milímetros de mercurio (mmHg)” (p.137).

La importancia de llevar el control de la presión arterial en las gestantes radica en poder identificar a tiempo afecciones hipertensivas. Destaca, Reeder, S, Martín, L y Koniak, D (op.cit):

Las afecciones hipertensivas incluyen diversas perturbaciones vasculares que existen desde antes del embarazo o se producen como complicaciones durante la gestación o en el puerperio temprano. Debido a las diversas alteraciones cardiovasculares, el embarazo induce hipertensión en mujeres normotensivas antes del mismo o aumenta las condiciones hipertensivas preexistentes (p.822)

Aunque aun se desconoce el mecanismo que produce la hipertensión inducida por el embarazo, esta alteración afecta diversos sistemas. Tal hecho es lo que obliga a considerar la participación de la enfermera en el reconocimiento de los valores tensionales durante su asistencia. Por lo tanto, hay que informarle durante su asistencia los valores encontrados y de esa manera incluirlas en sus propios cuidados. El MSDS (1998), “recomienda para que toda embarazada lleve su control de presión arterial” (p.2).

Peso.

La ganancia de peso, también es un componente que debe ser realizado, en lo cual enfermería cumplirá con dicha acción. Es decir, cada embarazada en control se le debe controlar su peso y llevar un registro del mismo. El MSDS (Op.cit),”recomienda una ganancia de peso entre 11 a 15kg/p, en el caso de una mujer con mayor ganancia de peso, se requiere llevar su control por el especialista a fin de no ganar un peso mayor al peso ya mencionado.

Relacionando estos conceptos con las embarazadas, es necesario aportar esta información. Además de asesorarlas sobre los componentes nutricionales requeridos durante el embarazo, también hay que explicar la acción de la deficiencia nutricional y su actuación sobre el niño con bajo peso

al nacer y prematuridad. Al respecto UNICEF, (1998), sostiene que “muchas de las causas de alteraciones perinatales tienen relación con el componente del peso de la madre” (p.4).

Es evidente entonces la importancia de que las embarazadas sean informadas sobre su peso y participen en su reconocimiento.

Orientación.

En este contexto se ubica el acto en la cual enfermería desarrollara programas permanentes para mejorar en cada gestante sus comportamientos promoviendo en si el desarrollo integral.

En este sentido que enfermería pretendiera colaborar por medio de las orientaciones a la reflexión y al entendimiento.

Entendiendo que cada acto de orientación representa una organización didáctica entorno al análisis interdisciplinario del problema que permita la promoción de alternativas de solución. Este enfoque esta asociado al componente clínico y precisa:

- Manejarse con diferentes fuentes informativas
- Direccionalidad
- Continuidad

Se podrá plantear al acto de orientación concentrado en función del cuidado de gestante.

Post Clínica.

Tercer componente de la Consulta Prenatal y su acción es en función de dar cumplimiento al sistema de referencia y contra referencia durante el embarazo y después del mismo. Según el MSAS (1992), “post clínica tiene una combinación meramente funcional dirigido para la integración de una asistencia con todo el equipo multidisciplinario en salud de una asistencia con un perfil intersectorial y transdisciplinario” (p.9). significa actuar basado en un cuidado integral con criterios específicos según el requerimiento. La post clínica permite identificar por parte del equipo multidisciplinario en salud, controlar las indicaciones hechas y las pendientes, así como verificar según la referencia si las embarazadas recibieron las correspondientes.

En ese sentido, ello da pie para actuar como un sistema de ayuda conformado por:

- Referencia.
- Contra referencia.

Referencia: Se basa en favorecer por parte de los representantes de la Consulta Prenatal a que las embarazadas reciben el cuidado indicado por el especialista o por el personal de enfermería que haya atendido a la embarazada, requiere el establecimiento de una red informativa de cada una de las especialidades previa a la orden de la consulta prenatal.

Contra Referencia: Es el acto que permite dar respuestas de los servicios brindados tanto por la consulta prenatal o por otra especialidad.

Asistencia al Hogar.

La asistencia al hogar en asistencia a la embarazada, puede ser planificada según el MSDS (Op-cit), “en caso de riesgo, seguimiento al contexto social y cuando la embarazada no asista al control reglamentario” (p.8).

Lo cual ello viene a ser una acción que esta incluida en la atención a la gestante con manifestación de riesgo, ejemplo, peso, presión arterial entre otros y sobre todo las que no asisten a la consulta en la fecha establecida.

De manera pues, que por intermedio de la asistencia al hogar también se aprovecharía evaluar a la embarazada en su contexto familiar y social.

Cabe destacar, que el abordaje a la familia promoverá la capacidad dentro del entorno, la participación de todos en la búsqueda del bienestar en estos grupos.

Relacionando estos conceptos con las embarazadas de la consulta prenatal del hospital Simón Bolívar de la Parroquia la Cruz Maturín, Estado Monagas, en ocasiones se deben programar visitas hacia el entorno de las embarazadas lo cual proporcionara un conjunto de datos que ayudara a facilitar el reto de todo lo que representa el embarazo y sobre todo prevenir el riesgo a enfermar.

Evaluación y Control.

La evaluación de los controles significa, corroborar fecha indicada, establecer un sentido de confianza, el cual favorecerá para que las embarazadas vayan asumiendo responsabilidad sobre su atención. En esta etapa, es necesario explicarles el desarrollo del embarazo y la evaluación requerida, así como el deber de asistir la fecha indicada para su control. El MSDS (1998), recomienda “asistir por lo menos a siete controles durante todo el proceso gestacional” (p.8). por lo tanto, es necesario motivar a estos

grupos a que cumplan con sus controles. En ello incluye el componente de vigilancia lo cual viene a ser una acción que esta incluida en la atención de las gestantes, en aquellos casos con situaciones de incumplimiento a su vigilancia.

Evidentemente que enfermería durante su participación en su acto de evaluación y control esta deben ser enmarcadas por medio de cada una de sus funciones: asistenciales, docente, investigación y administrativa.

Funciones Asistenciales.

Según el MSAS, (1992), señala:

Es emplear los procesos de enfermería que incluyen obtener información y valorar el estado del paciente, lo que lleva a establecer el diagnostico de enfermería. Después de planificar el cuidado del paciente y llevar a cabo el plan previsto, finalmente debe evaluar la eficacia del tratamiento de enfermería administrado (p.12)

Este orden de ideas la valoración es la primera fase del proceso de enfermería en el cual, se inicia la recolección de datos sobre la usuaria, para ello se realiza la entrevista y examen físico completo a la embarazada, el

proceso de la comunicación debe ser agradable de manera que despierte el interés en la gestante a las consultas sucesivas.

La segunda fase del proceso es el diagnóstico. En esta fase la enfermera analiza la información, establece prioridades y estructura el plan de acción a la gestante, el cual debe contener: dieta, descanso y sueño, vestido, ingesta de alcohol o cualquier otra droga, asistencia a futuras consultas y por último evaluar las condiciones de la usuaria y el cumplimiento de las recomendaciones para establecer nuevas acciones.

Otra acción importante del quehacer de enfermería son los exámenes complementarios: hematológica completa, VDRL, Glicemia, Urea, creatinina, grupo sanguíneo, orina, heces, citología, VIH (Sida).

En este mismo orden de ideas es fundamental que la enfermera aplique toxoide tetánico a la gestante con el fin de prevenir el tétano neonatal y puerperal que según Norma Oficial Venezolana para la atención integral en Salud reproductiva, (1999), señala:

Primera dosis de toxoide tetánico, al momento de la capacitación y segunda dosis de seis a ocho semanas después de recibida la primera dosis en el caso de haber recibido inmunización completa con toxoide tetánico en los últimos cinco (5) años, la cual consiste en el esquema de

dosis de intervalo de ocho (8) semanas, luego un esfuerzo, después de la semana veinte (20) de gestación o un mes antes del parto (p.65)

En este sentido la enfermera debe observar el desarrollo de la consulta y ofrecer sus acciones en la orientación a las usuarias hacia la búsqueda de atenciones necesarias como es el caso de la vacunación.

La enfermera también debe estar pendiente del estado nutricional de la embarazada e incorporarla a programas nutricionales necesarios, orientarlas en el consumo de suplementos nutricionales cuando les son entregados como: poli vitaminas y sulfato ferroso y ácido fólico.

Función Docentes.

En relación a las funciones docentes, la enfermera participa activamente en todos los programas sobre educación para la salud, dirigidos a la población gestante o con riesgo de embarazarse, familia y comunidad, interviene en presentaciones sobre casos clínicos asociados a patologías propias del embarazo y sus complicaciones.

Se capacitará y será agente multiplicador, educando al personal de enfermería y otro personal voluntario sobre la presentación de una salud

reproductiva con el propósito de reducir la mortalidad materna en la población objeto estudio.

Desarrollar talleres donde se involucre el grupo familiar y la comunidad, cuyos contenidos se basan en la promoción de la salud y prevención de la mortalidad materna.

Funciones de Investigación.

Función contributiva sumamente importante en la atención directa, administrativa y educativa que enfermería como ciencia ejerce en el marco de prevención y promoción de la salud.

La investigación potencial el desarrollo de la filosofía de enfermería como profesión posibilitando la formación de nuevas teorías.

El rol que desempeña y la repercusión que su actuación tiene en las coberturas de salud hacen imprescindible el desarrollo y la implementación de programas de investigación a las embarazadas con el firme propósito de prevenir la mortalidad materna.

Aunado a lo expuesto, también es necesario que enfermería cumpla lo establecido en la constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela:

Artículo 52: Como parte de la estrategia de promoción de la calidad de vida y la salud el sistema publico nacional de salud, se ordena la atención a los servicios de asistencia a toda persona, familia y comunidad dentro de un componente integral (biopsico social)

Evidentemente esta cláusula posibilita un apoyo a la enfermería en la búsqueda de capacitación profesional, cuyo objetivo se vincula con el fortalecimiento de su desempeño diario en beneficio de la población que demanda de sus servicios en este caso las gestantes en control.

2.3. Sistema de Variable

Variable Única: Participación de enfermería en la consulta prenatal.

Definición Conceptual: Son estrategia de las políticas de salud del estado para garantizar y promover la salud de los gestantes que acuden a control prenatal a fin de prevenir la mortalidad materna (norma de salud sexual y reproductiva) (p.80)

Definición Operacional: Se refiere a las actividades de atención directa brindada por enfermería con gestantes en control.

2.4. Operacionalización de la Variable

Variable Única: Participación de enfermería en la consulta prenatal.

Definición Operacional: Se refiere a las actividades de atención directa brindada por enfermería con gestantes en control.

Dimensión	Indicador	Sub Indicador	Ítems
<p>Preclínica: Se refiere al componente anamnesia cumplido por enfermería con las gestantes en control.</p>	<p>Anamnesia: Se refiere a la recopilación de datos personales de las gestantes en control.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación personal • Estado civil • Dirección de vivienda • Grado de instrucción • Hábitos culturales • Hábitos económicos 	1 al 9
<p>Clínica: Se refiere a la valoración obstetricia cumplido por enfermería en gestantes en control.</p>	<p>Valoración Obstétrica: Se refiere a la identificación física abdominal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Altura uterina • Maniobra de Leopold • Presión arterial • Peso • Orientación 	10 al 19
<p>Post clínica: Se refiere al sistema de referencia y contra referencia cumplido por enfermería en atención a la gestantes en control.</p>	<p>Referencia y Contra referencia: Se refiere a las medidas para dar una asistencia integrada a la gestantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Controles • Asistencia ene. Hogar • Evaluación y control 	20 al 26

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

El componente de este capítulo comprende los elementos constitutivos referentes al diseño metodológico del estudio realizado. Al respecto, se desarrollaron en este capítulo los tópicos referentes a tipo y diseño de la investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos aplicados en la recolección de la información, las técnicas y análisis de los resultados.

3.1. Tipo de Estudio

El estudio es de tipo descriptivo por las características de la investigación realizada, puede definirse como un estudio de tipo descriptivo de acuerdo a sus objetivos, ya que como lo señala Hernández, R, Fernández, C, y Baptista, L, (1998), este se orienta “determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base en el análisis de la información obtenida sobre el objeto de estudio” (p.61)

3.2. Área de Estudio

La investigación se realizó en el área geográfica del Hospital (I) Simón Bolívar Consulta Prenatal donde se le brinda atención directa a las

embarazadas que asisten a la consulta de atención para su control prenatal en el hospital Simón Bolívar, Maturín Estado Monagas.

Hay que destacar que en dicha consulta es un agente de prestación de servicios de Lunes a Viernes, el cual esta conformado por profesionales de enfermería, médicos y otras disciplinas que brinda una atención integral a la población.

3.4. Población y Muestra

La población objeto estudio estuvo integrada por 26 embarazadas que asisten a la consulta prenatal del Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Maturín Estado Monagas.

Cabe destacar que en lo que respecta a la investigación se tomo el total de la población (26 gestantes) existente en la consulta que se desarrolla en horario de 7 a.m. a 1 p.m., y la que se desarrolla en el turno de 1 p.m. a 4 p.m. En ese sentido se tomo el total de la población.

Expresa Aranda Pastor, (1986), la población como “la totalidad de personas que viven en su territorio, ósea, el numero de habitantes de un pueblo, provincia, nación” (p.56). en ese caso se tomo al total de gestantes

que asistieron a su control en la mañana y tarde de un día específico 100% de la población.

3.5. Técnicas e Instrumento de Recolección de Datos

El instrumento utilizado para la recolección de los datos en esta investigación fue el cuestionario con escala dicotómica y consta de 26 ítems. La técnica usada fue la entrevista.

Según Canales, F, (1989), la encuesta consiste en “obtener información de sujetos en estudio proporcionada por ellos mismos sobre opiniones con actitudes o sugerencias” (p.163)

El investigador busca por medio de la encuesta obtener información individual de las embarazadas referente a la participación de enfermería en la consulta prenatal.

Para Pineda, E, Alvarado, E y Canales, F, (1998), el cuestionario “es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso destinado a obtener respuestas sobre un problema en estudio y que el investigador llena por sí mismo” (p.70).

3.6. Validez y Confiabilidad

El instrumento fue sometido a validez del contenido por expertos en contenido y metodología, quienes emitieron sus opiniones sobre la estructura, pertinencia y validez del cuestionario.

Luego de valido, el instrumento se procedió a determinar su confiabilidad mediante la aplicación de la prueba piloto a 8 embarazadas que no forman parte de la población objeto de la investigación. Hay que destacar que las embarazadas para el momento de la consulta fueron abordadas en la consulta prenatal del Hospital Manuel Núñez Tovar, Maturín Estado Monagas.

Los datos obtenidos fueron analizados estadísticamente a través del Coeficiente Alpha de Cronbach, cuyo resultado fue ()

3.7. Procedimiento para la Recolección de la Investigación

Se envió una comunicación por escrito a la gerencia del Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Maturín, solicitando permiso para la aplicación del instrumento de la investigación relacionada a la participación

de enfermería en la consulta prenatal en los componentes preclínica, clínica, y post clínica.

Se solicito por escrito la autorización por parte de la población objeto estudio, durante la entrevista sostenida con ellas, en lo cual se les expreso los procedimientos requeridos y los objetivos de la investigación. En ese orden se procedió a la recolección de la información.

CAPITULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Análisis de los Resultados

El siguiente capitulo corresponde a los resultados de la investigación y análisis de los mismos.

En ese orden son presentados los resultados en función de los objetivos establecidos en la investigación. A fin de que estos sean de fácil comprensión, estos resultados son presentados mediante cuadro estadísticos con frecuencia absoluta y porcentaje.

A continuación los resultaos de la investigación.

Cuadro N°1

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del Indicador anamnesia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas, 2do semestre, 2005.

Alternativas	Respuestas				Total
	Si	%	No	%	
1. Identificación y registro de nombre y apellido.	23	48	3	12	100
2. Te pregunta tu edad	24	92	2	8	100
3. Te pregunta si tienes pareja	10	38	16	62	100
4. Te pregunta si vives con tu pareja	10	38	16	62	100
5. Identifica tu dirección	20	77	6	23	100
6. Identifica punto de referencia	3	12	23	88	100
7. Identifica tu grado de instrucción	14	54	12	46	100
8. Identifica sobre hábitos alcohólica y fumar	8	31	18	69	100
9. Ingreso al hogar	2	8	24	92	100

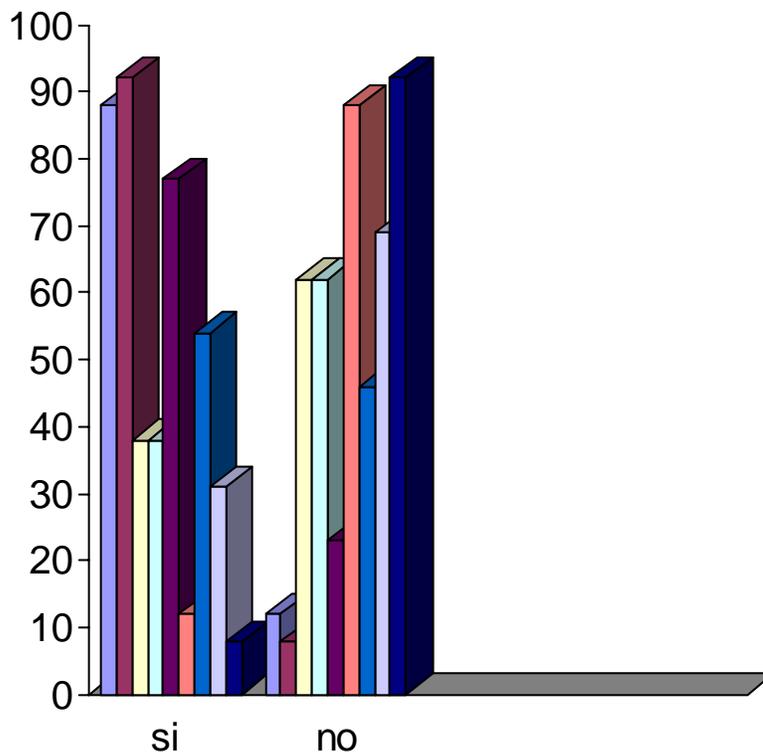
Fuente: Instrumento Aplicado.

Los resultados obtenidos del indicador anamnesia, correspondientes a la participación de enfermería en la consulta prenatal indican: para la pregunta sobre la participación de enfermería en la identificación y registro de nombre y apellido de la gestante 88% fue para la categoría Si y 12% para el No. En cuanto a la identificación de la edad de la gestante 92% señaló Si y 8% fue para el No. Referente si la pregunta acerca de la pareja 38% fue para

el Si y 62%, señalo No. En cuanto a si le pregunta la convivencia de la gestante con la pareja 38% indico Si y 62% señalo No. Referente si repregunta acerca de la dirección de vivienda 77% indico Si y 23% No. En cuanto así enfermería le pregunta acerca de un punto de referencia para ubicar la dirección de vivienda, según resultados 12% señalo Si y 88% fue para el No. En cuanto a la identificación y registro del grado de instrucción de la embarazada 54% señalo No y 26% indico No. Para la pregunta sobre hábitos y costumbres (alcoholismo, uso de fumar) 8% fue para el Si y 92% para la categoría No.

Grafico N°1

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del Indicador anamnesia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas, 2do semestre, 2005.



- identificación y registro de nombre y apellido
- te pregunta tu edad
- te pregunta si tienes pareja
- te pregunta si vives con tu pareja
- identifica tu dirección
- identifica punto de referencia
- identifica tu grado de instrucción
- identifica sobre hábitos bebidas alcohólicas y fumar
- ingreso al hogar

Fuente: Cuadro N°1

Cuadro N°2

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador valoración obstétrica correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas 2do semestre, 2005.

Alternativas	Respuestas				Total
	Si	%	No	%	
10. participación en la valoración	10	38	10	62	100
11. Altura uterina	8	31	18	69	100
12. Maniobra de Leopord	10	38	16	62	100
13. Medición de la presión arterial	24	92	2	8	100
14. peso	24	92	2	8	100
15. Identificación de edemas en manos y pies	5	19	21	81	100
16. Explicación sobre cada procedimiento por parte de enfermería	7	27	19	73	100
17. Participación de enfermería con el medico	14	54	12	46	100
18. Examen de laboratorio	9	35	17	65	100
19. Explicación de los valores de laboratorios encontrados	4	16	22	84	100

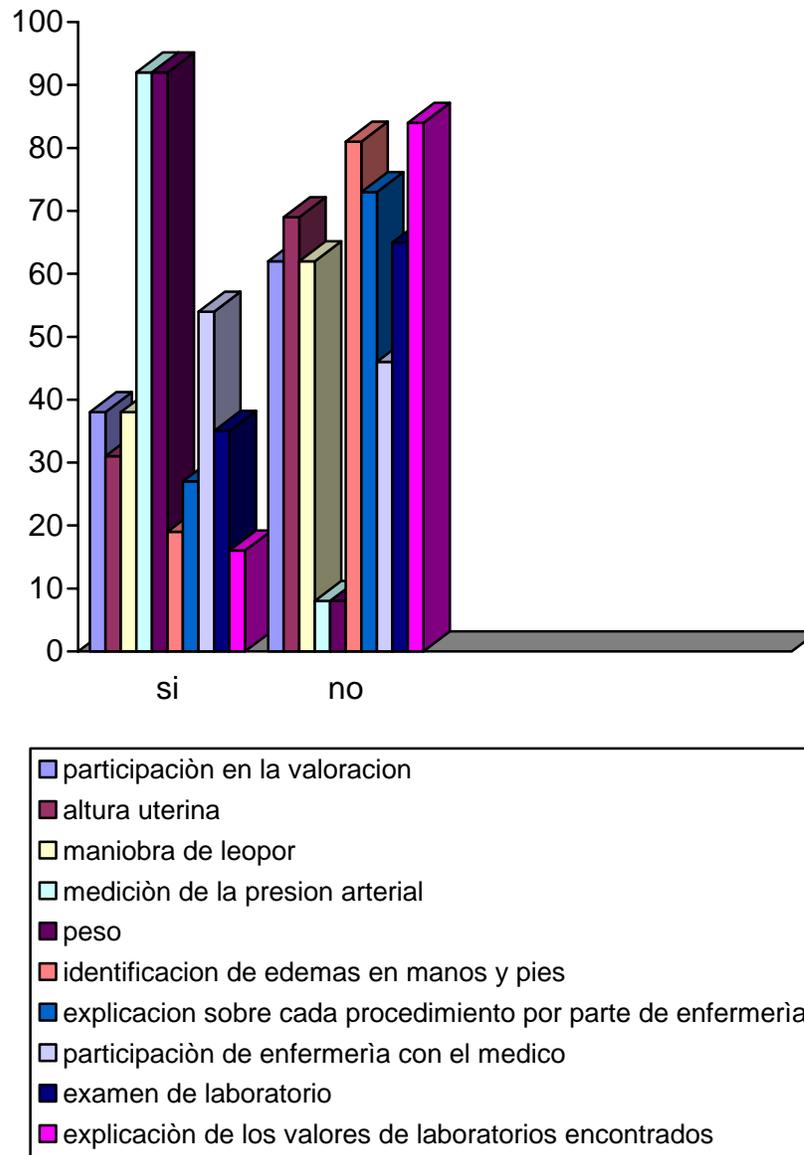
Fuente: Instrumento Aplicado.

En cuanto a los resultados del indicador valoración obstétrica correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal indican para la pregunta participación en la valoración 38% indicó Si y 62% señaló No. Referente a la pregunta altura uterina 31% le correspondió a la

categoría Si y 69%, fue para el No. En cuanto a la participación de enfermería en el acto de valoración obstétrica (consulta leopard), 38% fue para la categoría Si y 62% señalo No. En lo que comprende a la pregunta medición de la presión arterial, 92% fue para la categoría Si y 8% señalo No. En lo que comprende la participación de enfermería en el control del peso de la gestantes 92% fue para la categoría Si y 8% señalo No. Para la pregunta sobre la participación en la identificación de edemas en manos y pies 19% fue para el Si y 81% fue para el No. Para la pregunta sobre orientaciones dadas por enfermería 27% indico Si y 73% con el medico durante el desarrollo de la clínica 54% señalo Si y 46% fue para el No. Referente a los exámenes de laboratorio 35% indico Si y 65% fue para el No, encontrado 16% indico Si y 84% señalo No.

Cuadro N°2

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador valoración obstétrica correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas 2do semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N°2

Cuadro N°3

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador referencia y contra referencia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz estado Monagas 2do semestre, 2005.

Alternativas	Respuestas				Total
	Si	%	No	%	
20. Indicación para las próximas citas	13	50	13	50	100
21. Aceptación de las referencias	12	46	14	54	100
22. Visita por enfermería al hogar de la gestante	4	16	22	84	100
23. Evaluación de la gestante en su hogar	-	-	26	100	100
24. reconocimiento de las contra referencia	12	46	14	54	100
25. Control de referencias	10	38	16	62	100
26. Control de contrarreferencias	10	38	16	62	100

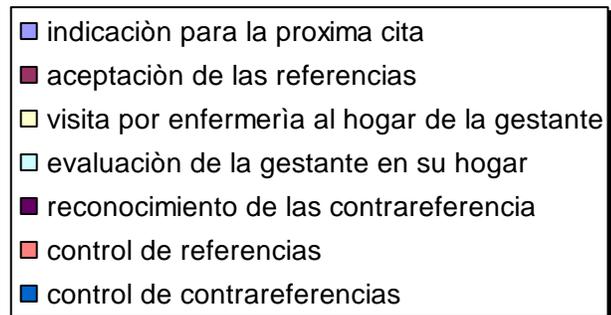
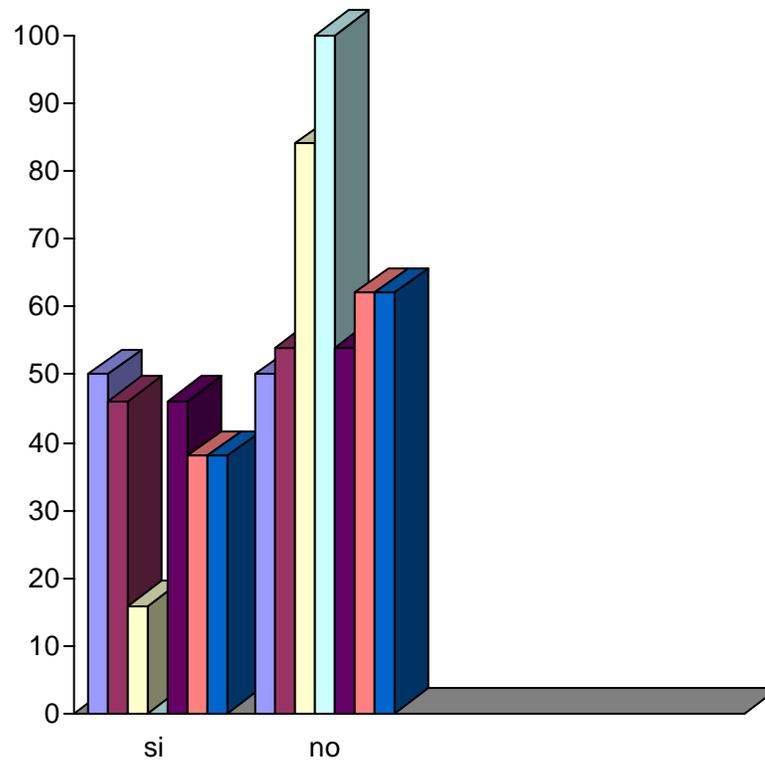
Fuente: Instrumento Aplicado.

De acuerdo a los resultados obtenidos del indicador referencia y contrarreferencias, correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Para la pregunta indicación para la próxima citas 50% señalo Si y 50% fue para el No. En cuanto a la aceptación de las referencias dadas 46% fue para el Si y 54% señalo No. Referente a la visita de enfermería al hogar de la gestante, 16% señalo Si y 84% fue para el No. En cuanto al acto de evaluar a la gestante en su hogar 100% fue para la

categoría No. En cuanto al reconocimiento de la contrarreferencia 46% señaló Si y 54% indicó No. Para la pregunta acerca del control de referencia por enfermería 38% fue para el Si y 62% fue para el No. En cuanto a la pregunta acerca del control de contrarreferencia 38% indicó Si y 62% señaló No.

Grafico N°3

Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador referencia y contra referencia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz estado Monagas 2do semestre, 2005.



Fuente: Cuadro N°3

4.2. Análisis de los Resultados

El siguiente contenido corresponde al análisis e interpretación de los resultados correspondientes a los objetivos planteados en la investigación para el primer objetivo específico el cual estuvo dirigido a identificar la participación de enfermería en la preclínica con gestantes en control. Los resultados del indicador anamnesia fueron: para la categoría Si correspondió 49% y para la categoría No 51%. En ese orden de acuerdo a los resultados de la participación de enfermería en el componente preclínica de la consulta prenatal se observa de acuerdo a las opiniones de las gestantes una participación parcial en la preclínica.

Para el segundo objetivo específico el cual busco identificar la participación de enfermería en la clínica prenatal con gestantes en control correspondió para la categoría Si 44% y referente a la categoría No 56% de acuerdo a los resultados obtenidos de las opiniones de las gestantes población objeto estudio la participación de enfermería en la valoración obstétrica de las embarazadas en control se hace de manera parcial.

El tercer objetivo específico busco identificar la participación de enfermería en la post clínica con gestantes en control, según resultados obtenidos de las opiniones de las gestantes población objeto estudio indican:

para la categoría Si 33%. Es decir, 33% del personal de enfermería adscritas a la consulta prenatal participan en actividades de referencia y contrarreferencia mientras que el 67% fue otorgado a la categoría No. De acuerdo a estos resultados enfermería tiene una participación en acción de referencia y contrarreferencia en gestantes.

Cabe entonces recordar las Normas de Salud Reproductiva MSDS (2002), referente a la consulta prenatal, quienes indican que toda gestante en control puede ser evaluada por enfermería” (p.8).

En función de ello, es necesario propiciar en la consulta prenatal acciones de motivación a fin de lograr en un 100% la participación de enfermería en la consulta prenatal desde una perspectiva de atención integral de las gestantes en control.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El siguiente capítulo corresponde a las conclusiones y recomendaciones.

5.1. Conclusiones

A continuación se darán a conocer las conclusiones de la investigación estas son enmarcadas en función de los objetivos de la investigación:

- Las gestantes 26, 1005 d la población objeto estudio 49% señalaron que enfermería en la consulta prenatal Si participa en el componente preclínica con gestantes en control.
- Las gestantes 26, 100% de la población objeto estudio 44% señalaron que enfermería en la consulta prenatal Si participa en el componente clínica con gestantes en control.
- Las gestantes 26, 100% de la población objeto estudio el 33% señalaron que enfermería Si participa en el componente post clínica con gestantes en control.

5.2 Recomendaciones

De acuerdo a las conclusiones hechas surgen las siguientes recomendaciones.

- Dar a conocer los resultados de la investigación a las autoridades de enfermería con el propósito de reorientar la participación de enfermería en los componentes: preclínicas, clínica y post clínica.
- Promover en el personal de enfermería actualizaciones en servicios, en función de retroalimentar los conocimientos científicos acerca de la consulta prenatal.
- Publicar los resultados con el personal de servicio a fin de buscar nuevas estrategias en atención prenatal desde un ángulo biosico social con proyección comunitaria.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

ARANDA, P, (1992). **Técnica de Investigación Social.**_Asignatura Editorial Humanista. Universidad de los Andes-Venezuela

AMAYA, B. (2000). **Visita Domiciliaria.**_Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Licenciado en Enfermería, Universidad Central de Venezuela.

BERMUDEZ, F, CAMPOS, (2000). **Embarazo.** Trabajo Especial de Grado Universidad Central de Venezuela.

BOADA, C, (2000). **Rol de la Enfermera en la Prevención de Embarazo.** Trabajo Especial de Grado para optar por el título de Licenciado en Enfermería - Universidad Central de Venezuela.

BLANCO, L, NUÑEZ, (2001). **Modelo de Atención Integral.**_MSDS, Caracas, Venezuela.

CANALES, F, (1989). **Metodología de la Investigación.** México, Paidós.

CANACHE Y BRITO, (2000). **Mortalidad Materna.**_Trabajo Especial de Grado Universidad Central de Venezuela.

CORONADO, L, GUZMAN, J (2000). **Hipertensión Arterial Inducida por el Embarazo.**_Trabajo Especial de Grado Universidad de Oriente UDO.

CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
(2000). **Derecho a la Salud.**_Caracas, Venezuela.

GUTIERREZ Y COL, (2002). **Mortalidad Materna.**www.todosalud.com

GLICHE, N, (2000). **Muerte Materna.**www.infosalud.com

HERNANDEZ, R FERNANDEZ, C, (1998). **Metodología de la Investigación.**_México, Interamericana Mc Graw Hill.

HESEN, J, (1995). **Teoría del conocimiento.**www.notisaludoms.com

MSDS, (1998). **Normas para la Atención Prenatal.**_Caracas, Venezuela

MSDS, (2000). **Atención a la Salud Integral del Adolescente.**_Caracas, Venezuela.

MSDS, (2003). **Salud Materna.**_Caracas, Venezuela.

MSDS, (2004). **Normas de Atención Materna.**_Caracas, Venezuela

MSDS, (1999). **Salud Materno Infantil.**_Caracas, Venezuela.

MSAS, (1992). **Componentes de la Consulta Prenatal.**__Caracas, Venezuela.

MSDS, (2003). **Normas de salud Sexual y Reproductiva.**_Caracas, Venezuela. 2da Edición.

OPS, (1999). **Factores de riesgo en Embarazadas.**_Serie Paltex, 2da Edición Washington.

OPS (2001). **Mortalidad Materna.**_Washington 2da Edición

OPS, (2002). **Preclínica.**www.infoslaud.com

OPS, (2004). **Proceso de Comunicación.** www.redsalud.com

OMS, (2003). **Embarazo y sus Cuidado.**www.todosalud.com

OMS / OPS (1996). **Hipertensión Arterial.**www.redsalud.com

PASQUALIS, A, (1997). **Comunicación.** www.comunicacion.com

PINEDA, E, ALVARADO; E Y CANALES, F, (1994). **Metodología de la Investigación.** Manual para el Desarrollo de personal de salud. 2da edición Organización Panamericana de la Salud.

REEDER, S, MARTIN, L, KONIAK, (1998). **Enfermería Materno Infantil.** México Interamericana Mc Graw Hill.

RISO, W, (2002). **Conocimiento.** www.notisaludoms.com

UNICEF, (1998). **Atención Perinatal.** www.infosalud.com

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA EXPERIMENTAL LIBERTADOR (UPEL)
(1998). **Metodología de la Investigación.** Caracas, Venezuela.

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**INTRUMENTO PARA RECOGER LA INFORMACIÓN DE LA VARIABLE
EN ESTUDIO**

**Tutor:
Mgs. Ricarda Montaña**

**Autora:
HIDALGO, Marcelino
PADRINO, Eudelis
ROMERO, Bulgaria**

MATURIN, 2005.

Por medio de la presente le hago entrega de un cuestionario con respuestas (Si – No) para que usted marque con una (X) la respuestas de su preferencia.

Gracias.

1. ¿Durante tu asistencia a la consulta enfermería participa en la identificación y registro, nombre y apellido?

Si_____ No_____

2. ¿Enfermería te pregunta tu edad?

Si_____ No_____

3. ¿Enfermería te pregunta si tienes pareja?

Si_____ No_____

4. ¿Enfermería te pregunta si vives con tu pareja?

Si_____ No_____

5. ¿Enfermería identifica tu dirección de vivienda?

Si_____ No_____

6. ¿Enfermería participa en el reconocimiento de puntos de referencias de tu dirección de vivienda?

Si_____ No_____

7. ¿Enfermería participa en la identificación de tu grado de instrucción?

Si_____ No_____

8. ¿Enfermería participa en la identificación de tus hábitos (bebidas, alcoholismo, fumar) presente en ti?

Si_____ No_____

9. ¿Enfermería te pregunta en relación a la capacidad de ingreso en tu hogar?.

Si_____ No_____

10. ¿Durante tu asistencia a la consulta enfermería participa en la valoración de tu embarazo?

Si_____ No_____

11. ¿Enfermería a asistido en el examen de la altura uterina con la cinta métrica?

Si_____ No_____

12. ¿Enfermería a cumplido en la colocación de sus manos en tu abdomen para la valoración abdominal?

Si_____ No_____

13. ¿Enfermería te ha medido la presión arterial?

Si_____ No_____

14. ¿Enfermería te pesa?

Si_____ No_____

15. ¿Enfermería te evalúa manos y pies en la búsqueda de edemas?

Si_____ No_____

16. ¿Cuándo enfermería te explica cada uno de los procedimientos realizados y su importancia en tu salud y en el producto de la concepción?

Si_____ No_____

17. ¿Cuándo es el medico el que evalúa enfermería te orienta sobre los procedimientos a realizar y su importancia en tu salud y la del producto de la concepción?

Si_____ No_____

18. ¿Enfermería revisa examen de laboratorios?

Si_____ No_____

19. ¿Participa en las concentraciones sobre los valores encontrados en los exámenes de laboratorios?

Si_____ No_____

20. ¿Enfermería le indica la fecha de la próxima cita de control prenatal?

Si_____ No_____

21. ¿En caso de ser referida a otra especialidad enfermería te indica la importancia de aceptar la referencia?

Si_____ No_____

22. ¿Enfermería te ha visitado en tu hogar?

Si_____ No_____

23. ¿Durante la visita la enfermera en tu hogar te hace la evaluación física?

Si_____ No_____

24. ¿Enfermería participa en el reconocimiento de algunas contrarreferencia hechas en tu control con otras especialidades?

Si_____ No_____

25. ¿Enfermería te muestra el control de referencias hechas?

Si_____ No_____

26. ¿Enfermería te muestra el control de las contrarreferencias hechas?

Si_____ No_____

**OPINION DE LAS GESTANTES ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA CONSULTA PRENATAL. HOSPITAL TIPO (I)
SIMON BOLIVAR DE LA PARROQUIA LA CRUZ PARA EL SEGUNDO
SEMESTRE DEL AÑO, 2005.**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**OPINION DE LAS GESTANTES ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA CONSULTA PRENATAL. HOSPITAL TIPO (I)
SIMON BOLIVAR DE LA PARROQUIA LA CRUZ PARA EL SEGUNDO
SEMESTRE DEL AÑO, 2005.**

(Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciado en Enfermería)

**Tutor:
Mgs. Ricarda Montaña**

**Autora:
HIDALGO, Marcelino
PADRINO, Eudelis
ROMERO, Bulgaria**

MATURIN, 2005.

DEDICATORIA

A Dios, ante todo, por darnos la vida, salud y entusiasmos para continuar y lograr metas y hacernos sentir tan especial en cada momento de nuestras vida.

A nuestros padres, por sus bendiciones y esperanza, por hacernos sentir cada día importante en sus vidas.

A nuestros hermanos, hijos y sobrinos, por brindarnos su amor y palabras de estímulo que alimentan nuestras vidas personal y espiritual

Los autores.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darnos la vida y guiarnos por un buen camino.

A nuestras Familias, Por el apoyo brindado para alcanzar este logro

A mi tutora, Mgs, Ricarda Montaña, por su gran dedicación, por su asesoría en el contenido de este trabajo especial de grado.

A todas aquellas personas que de alguna forma u otra colaboraron en la realización de este trabajo.

A todos ellos, muchas gracias.

Los Autores.

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de tutor del Trabajo Especial de grado, presentado por las bachilleres: **Hidalgo, Marcelino, Padrino, Eudelis, Romero, Bulgaria,** para optar por al Título de: **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.** Que lleva por titulo. **OPINION DE LAS GESTANTES ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA PRENATAL. HOSPITAL TIPO (I) SIMON BOLIVAR DE LA PARROQUIA LA CRUZ PARA EL SEGUNDO SEMESTRE DEL AÑO, 2005.**considero que reúne las condiciones y meritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de, a los días del mes de de
dos mil cinco.

Mgs. Ricarda Montaña
C.I. 4.038.383

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	V
LISTA DE CUADROS.....	VIII
LISTA DE GRÁFICOS.....	X
RESUMEN.....	XII
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO	
I EL PROBLEMA.....	3
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos del Estudio	
Objetivo General.....	13
Objetivo Especifico.....	13
Justificación.....	14
II MARCO TEÓRICO.....	16
Antecedentes del Estudio.....	16
Bases Teóricas.....	21
Sistema de Variables.....	63
Operacionalización de la Variable.....	64
III DISEÑO METODOLOGICO.....	65
Tipo de Estudio.....	65
Población y Muestra.....	66
Técnica e Instrumento de Recolección de la Información...	67
Validación y Confiabilidad del Instrumento.....	68
Procedimiento para la Recolección de Información.....	68
Técnica de Análisis de Datos.....	68

IV	RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	70
	Presentación de los Resultados.....	70
	Análisis de los Resultados.....	80
V	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
	Conclusiones.....	82
	Recomendaciones.....	83
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	84
	ANEXOS	
	A. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	
	B. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO	
	C. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	

LISTA DE CUADRO

CUADROS	Pág.
1 Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del Indicador anamnesia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas, 2do semestre, 2005.	71
2 Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador valoración obstétrica correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas 2do semestre, 2005.....	74
3 Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador referencia y contra referencia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz estado Monagas 2do semestre, 2005.....	77

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICOS	Pág.
1	
Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del Indicador anamnesia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas, 2do semestre, 2005.	73
2	
Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador valoración obstétrica correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz Estado Monagas 2do semestre, 2005.....	76
3	
Distribución de las respuestas de las gestantes acerca del indicador referencia y contra referencia correspondiente a la participación de enfermería en la consulta prenatal. Hospital (I) Simón Bolívar parroquia la Cruz estado Monagas 2do semestre, 2005.....	79



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA**



**OPINION DE LAS GESTANTES ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN DE
ENFERMERÍA EN LA CONSULTA PRENATAL. HOSPITAL TIPO (I)
SIMON BOLIVAR DE LA PARROQUIA LA CRUZ PARA EL SEGUNDO
SEMESTRE DEL AÑO, 2005.**

**Autores: Hidalgo, Marcelino
Padrino, Eudelis
Romero, Bulgaria
Tutor: Mgs. Ricarda Montaña
Año: 2005.**

RESUMEN

Se ha señalado que la consulta prenatal es el área de los sistemas de atención a la salud que tiene un carácter dinámico vinculado y determinado en gran parte para brindar acciones de salud en función del bienestar de la madre y del producto de la concepción. En ese sentido el Ministerio de Salud y Desarrollo Social MSDS (2000), ordena que toda gestante durante su periodo de embarazo debe asistir 7 veces mínimo a sus controles en todo el periodo gestacional en lo cual enfermería como parte del equipo multidisciplinario en salud participa en los componentes preclínicas, clínicas y post clínica. En ese sentido realiza la investigación cuyo objetivo estuvo dirigido a determinar las opiniones de las gestantes acerca de la participación de enfermería en la consulta prenatal. La investigación es de tipo descriptivo con un diseño de campo que contó con una población de 26 gestantes. El instrumento tipo dicotómico el cual ameritó su confiabilidad por medio de una prueba piloto de acuerdo a los resultados de la investigación, hechas con gestantes en control, demuestran que enfermería tiene una participación parcial en los componentes: preclínica, clínica y post clínica.