



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EL PROCESO EDUCATIVO, UN FACTOR DETERMINANTE EN EL QUEHACER DE LA ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES DURANTE EL EMBARAZO.

T E S I S

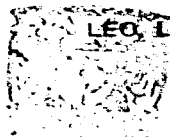
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A N :

OSCAR	OMAR	GARCIA	MORALES
VICTOR	MANUEL	LOPEZ	GUZMAN
LUIS	ALBERTO	SALVADOR	ORTEGA

DIRECTOR DE TESIS:



LEO LETICIA HERNANDEZ RODRIGUEZ



MEXICO D.F. Universidad Nacional de Enfermería y Obstetricia
Coordinación de Servicio Social

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS.

A Dios:

Por habernos dado la dicha de estar en esta vida y la fortuna de poder emprender y enfrentar los caminos difíciles que se nos presenten y la valentía necesaria para poder salir adelante y librar todos los obstáculos.

A la directora de Tesis:

(Leticia Hernández Rodríguez) Gracias por su apoyo, confianza y tiempo dedicado para la realización de este trabajo, le estamos eternamente agradecidos, ya que para nosotros es una persona como profesora y amiga que nos ha brindado su tiempo y que como usted no hay dos. Gracias por todo y que Dios nos la bendiga.

Al jurado:

Por sus valiosas observaciones y la confianza en el trabajo realizado.

A todos los profesores:

Por sus valiosas enseñanzas que nos brindaron durante el camino de nuestra carrera profesional y su apoyo moral. Les damos las gracias.

ATENTAMENTE:

**GARCÍA MORALES OSCAR OMAR.
LÓPEZ GUZMÁN VICTOR MANUEL.
SALVADOR ORTEGA LUIS ALBERTO.**

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre:

Que por la gracia de dios y su ser, me dio la oportunidad de estar a su lado y que con sus buenas enseñanzas supo guiarme por el buen camino; gracias por el tiempo y esfuerzo que puso en mí, hoy día con toda la humildad del mundo le estoy gratamente agradecido y este trabajo es todo suyo; si no es por usted no se hubiese podido realizar mil gracias madre. Como usted no hay dos.

A mis hermanas:

(Santa y Alma), que con su apoyo, confianza y paciencia, en las buenas y en las malas, siempre recibí su consejo para no errar en mi camino, gracias por todo su cariño y cuidado que me brindaron por ser el más chico y con el entusiasmo que me inyectaron para seguir preparándome para un futuro incierto; para ustedes y de ustedes es este trabajo.

A mis amigos:

(A Víctor, Luis y otros) Que durante nuestra formación compartimos alegrías, tristezas y felicidad; y que supimos librar juntos todos los obstáculos que se nos presentaron, a todos ustedes también les toca compartir este momento por que todos pusieron su granito de arena para culminar esta etapa. Mil gracias a todos.

A Nuri:

Por compartir su tiempo conmigo y escucharme en todo momento en las buenas y en las malas, por el gran cariño que me tienes y por creer en mí, te agradezco todos los momentos que hemos pasado juntos y espero se prolonguen muchos años, hasta la eternidad si Dios quiere. TE QUIERO.

ATENTAMENTE:

OSCAR OMAR GARCÍA MORALES.

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres:

Por todo el apoyo incondicional que me brindaron sin ningún interés durante todos mis estudios, en mi vida y en la presente tesis ya que sin su ayuda no hubiera podido lograr alcanzar esta meta.

A mi abuela:

Por el apoyo incondicional recibido en mi carrera para lograr el termino de esta.

A mi tía:

Por no tener ningún inconveniente por darme su apoyo incondicional durante este periodo así como durante toda la vida.

A mi hermano:

Ya que si no hubiese tomado sus enseñanzas no hubiera podido salir adelante.

Al resto de mis familiares:

Por haber creído en mí para salir adelante después de haber tenido ciertos tropiezos, pero que gracias a su ayuda moral lo he logrado.

A Cari:

Por darme su apoyo cuando más lo necesite y por darme su amor que logro hacerme fuerte en estos momentos que termino una meta en mi vida.

ATENTAMENTE:

VICTOR MANUEL LÓPEZ GUZMÁN.

DEDICATORIAS.

El día de la cosecha ha llegado, y es para mí un orgullo dedicar este fruto a las personas que durante todo el tiempo procuraron dar lo mejor de sí y que siempre tuvieron el afán de hacer de mí una persona de bien, todo lo que les puedo decir en estos momentos es darles las gracias y que este fruto que hoy tienen en sus manos es también suyo. Con todo el cariño, empeño y amor que he puesto en este trabajo, les dedica su hijo y hermano.

Para aquellos padres amorosos que durante mi formación profesional procuraron con sus desvelos, regaños y angustias hacer de mí una persona útil para sí mismo y para los demás, hoy es el día que más hemos esperado y consigo trae la felicidad de ver hecho realidad lo que ustedes esperaban de mí y que todo lo que les puedo decir es que no ha sido en vano su esfuerzo y que este trabajo es pensado en ustedes y en mi familia que todo lo que han hecho es dedicarme su tiempo y su confianza y que les estaré eternamente agradecido por el resto de mi existir y reciban esto como muestra de mi agradecimiento.

ATENTAMENTE:

LUIS ALBERTO SALVADOR ORTEGA.

ÍNDICE.

Introducción.	
1. Objetivos.	1
2. Justificación.	2
3. Marco Teórico:	3
3.1 Problemática Perinatal:	3
3.1.1 Salud Reproductiva	5
3.1.2 Morbimortalidad perinatal	7
3.1.3 Control Prenatal	9
3.1.4 Infecciones Cervicovaginales.	11
3.2 El Cuidado de Enfermería:	16
3.2.1 Enfermería: Historia / antecedentes	16
3.2.2 La Disciplina en la enfermería.	17
3.2.3 El que hacer de Enfermería en el cuidado.	20
3.2.3.1 Origen y Antecedentes.	20
3.2.3.2 Filosofías en enfermería.	21
3.3 El Quehacer de Enfermería en el cuidado de la Salud Reproductiva en cuanto a:	21
3.3.1 Alimentación.	22
3.3.2 Higiene.	23
3.3.3 Uso de ropa Adecuada.	23
3.4 El Proceso Educativo y la Enfermería:	24
3.4.1 Tipos de Educación.	24
3.4.2 Proceso Educativo en la Salud Reproductiva.	25
3.4.3 La Enfermería en el Proceso Educativo.	26
4. Metodología.	28
4.1 Delimitación y planteamiento del problema.	28
4.2 Variables.	28
4.2.1 Definición Operacional de las Variables.	28
4.3 Diseño de programa educativo.	30
4.4 Material y métodos.	31
4.5 Hipotesis.	33
5. Gráficas.	34
6. Resultados.	48
7. Análisis de resultados.	51
8. Conclusiones.	52
9. Resumen.	53
10. Glosario.	54
Bibliografía.	56
Anexos.	58

INTRODUCCIÓN.

Son muchos los factores que influyen en la salud sexual y reproductiva de toda la población, en especial la de las mujeres; entre ellos se destacan los aspectos biológicos, factores sociales, culturales y económicos, y los referentes al acceso a los servicios de salud, los cuales tienen diversas implicaciones a las mismas, en cuanto a sus niveles de morbilidad y mortalidad.

Aún cuando el término Salud Reproductiva y la atención a la misma se refiere normalmente a situaciones relacionadas con la actividad sexual, el embarazo y el parto, y otras situaciones tales como el aborto en condiciones inadecuadas, el cáncer de mama y de útero, las infecciones del aparato reproductivo siguen siendo una causa de morbilidad en nuestra población y mas aún en la etapa de la gestación, lo cual implica un riesgo para el mismo embarazo como para etapas posteriores ha este. Muchos de estos peligros son especialmente marcados para las mujeres en los países en desarrollo y para las que se encuentran en condiciones económicamente desventajosas en los países industrializados, quienes sufren en forma desproporcionada complicaciones del embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

Una de las estrategias para disminuir la morbilidad perinatal en nuestra población es la promoción a la salud a través de la educación, la cual pretende modificar conductas de salud hacia la reproducción. Este proceso es complejo, ya que se trata de educación hacia los adultos la cual muchas veces se da de forma incidental pero otras de tipo formal. Además de que la educación formal es más estructurada, también es importante la educación informal que se obtiene en programas de educación continua para adultos, en los clubes de madres, en las organizaciones laborales y en los grupos de discusión. No se debe subestimar este tipo de educación que tiene la ventaja muchas veces de ser mas flexibles, más creativa y mas adaptable a las necesidades de las mujeres adultas.

La importancia que tiene el proceso educativo en la práctica clínica para la atención de la mujer embarazada es de suma relevancia, ya que hoy en día sigue existiendo un índice elevado de incidencia y prevalencia de enfermedades cervicovaginales, por tanto surge la inquietud de poner en práctica el proceso educativo así como su seguimiento de este para favorecer la disminución de la morbilidad de dichas infecciones.

1. OBJETIVOS.

GENERAL:

Identificar si el proceso educativo desarrollado en el control prenatal es un factor determinante para la prevención de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo, el cual contribuirá a su vez a obtener conductas saludables en su autocuidado.

ESPECÍFICOS:

- Conocer el impacto que causa la educación para la salud en las mujeres embarazadas para disminuir y prevenir la aparición de infecciones cervicovaginales durante esta etapa.
- Por medio de intervenciones de enfermería de tipo educativas, fomentar conductas saludables en el embarazo.
- Identificar los factores que contribuyen a la aparición de infecciones cervicovaginales durante el embarazo.

2. JUSTIFICACIÓN.

Existe una elevada incidencia de enfermedades cervicovaginales en el embarazo, motivos principales de consulta de urgencias en los Hospitales Materno Infantil, tanto por la presencia de las mismas como por la aparición de daños a su embarazo, como son alteraciones del tipo de aborto, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, que ponen en riesgo la salud del binomio materno fetal.

Uno de los cuidados que contribuyen a mejorar esta situación en el Control Prenatal; en el cual se debe realizar una serie de cuidados encaminadas a valorar el desarrollo del embarazo y disminuir la aparición de embarazos de alto riesgo, en el cual se llevara a cabo un proceso educativo tendiente a conseguir y mejorar la salud de esta población.

Un agente valioso y del cual se han visto resultados favorables para lo anterior es el enfermero, el cual participa en este proceso a través de intervenciones de tipo educativo tendientes a establecer conductas y comportamientos saludables que además de contribuir a su proceso reproductivo favorezca estilos de vida positivos.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 PROBLEMÁTICA PERINATAL.

La población mexicana, conformada en su mayoría por personas jóvenes, exhibe características muy particulares, lo cual plantea expectativas respecto al futuro inmediato y mediano, desde el punto de vista de la salud pública, sobre todo en lo que concierne al binomio madre-hijo. En este sentido la atención materno infantil debe considerarse como un problema prioritario de salud ya que no es solo el aspecto cuantitativo el que define al problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana que desde una perspectiva biopsicosocial pone de manifiesto la vulnerabilidad de dos seres, así como la eficacia de las medidas preventivas y la solución de problemas graves de morbilidad materna fetal y neonatal, además de las consecuencias que dichos trastornos tienen en la evolución del recién nacido.

En nuestros tiempos a pesar de los avances en investigaciones de salud y la tecnología, los índices de morbilidad siguen siendo importantes y de llamar la atención sobre todo por que muchos de estos casos son prevenibles y predecibles, y otros detectados a tiempo, lo anterior permite evitar mayores complicaciones que afectan tanto a la madre como al feto o el recién nacido, a la familia y a la sociedad, ya que al presentarse una complicación, está va a necesitar una serie de recursos e infraestructura para resolverse, como lo es el personal capacitado y equipo adecuado lo cual se va a reflejar en economía pública.

La problemática perinatal tiene su fundamento en la epidemiología la cual en este caso no sirve para visualizar lo que a nuestro alrededor en cuestiones de salud esta ocurriendo además de poner focos rojos en algunas situaciones particulares que puedan causar daños importantes a la salud reproductiva en este caso la salud perinatal.

La salud de la mujer en la etapa gestante es fundamental cuando se planea su embarazo. El conocimiento de los riesgos potenciales que pueden afectar el curso de la gestación permite establecer precauciones prenatales, perinatales e incluso postnatales tanto para la madre como para el feto o el recién nacido. Desafortunadamente la mayoría de las infecciones adquiridas primarias o contradas por reactivación durante el embarazo tienen un curso asintomático o por lo menos nada característico que permita reconocer su presencia en la mujer y evaluar los riesgos del feto. Se ha documentado la existencia de un número bastante considerable de infecciones capaces de alterar el curso de la gestación, en tanto son causantes de aborto, ruptura prematura de membranas, labor prematura, corionamnionitis, infección aguda febril materna posparto y diferentes cuadros clínicos en el feto y en el recién nacido.¹

¹ FREGUA BUTNARESCU Glenda **ENFERMERÍA PERINATAL**. PP. 15 Y 20.

En epidemiología es útil clasificar la morbilidad y mortalidad perinatales con varios esquemas relacionados con la madre, el feto y el recién nacido, en las diferentes etapas de la reproducción. Algunos ejemplos son relacionar la edad gestacional con el peso al nacimiento que es un método indirecto de calcular la edad gestacional, estos métodos permiten anticiparnos al daño y llevar a cabo intervenciones que contribuirán a reducir o eliminar dichos resultados no deseados.

Muchas son las alteraciones, complicaciones o daños a la salud reproductiva en este momento, los relacionados a las etapas de la gestación que como ya se mencionó anteriormente pueden ser previsible y detectar oportunamente a través de estrategias de fácil aplicación como la detección de factores de riesgo, la referencia y contrarreferencia oportuna, la prevención de alteraciones de la gestación y la promoción a la salud que a su vez incluye la educación a la misma.

Desafortunadamente existen patologías concomitantes en el embarazo que tienen repercusiones importantes en el binomio madre feto o madre recién nacido, sin dejar de considerar a los otros personajes del entorno como ya se mencionó. Un ejemplo de ello es el parto prematuro el cual es una causa de complicaciones y muertes que incluyen el síndrome de insuficiencia respiratoria, la hiperbilirrubinemia y la hemorragia intraventricular.

Algunos de los factores relacionados con la aparición de estas son las infecciones a nivel de cualquier trayecto, órgano o sistema, el caso en particular son las infecciones cervico vaginales, entre las más importantes sin dejar de considerar las infecciones de vías urinarias; alteraciones que pueden prevenirse y detectarse oportunamente a través de una adecuada vigilancia y valoración profunda.

La promoción y coordinación de la investigación clínica, epidemiológica y operativa en salud perinatal es una estrategia básica de la salud reproductiva, que permite mantener actualizado el conocimiento, así como adaptar y adoptar los avances científicos y tecnológicos que ocurren tanto a nivel nacional como internacional, a los diversos componentes programáticos en el sector salud se deberá promover la investigación orientada con misiones específicas, ya que la investigación básica en las áreas biomédicas y social son el resorte de las instituciones de investigación y educación superior del país, incluidos los institutos nacionales de salud.²

Algunos datos de relevancia para entender esta problemática perinatal es el aumento en las diferencias entre grupos atendidos por las diversas Instituciones públicas. La mortalidad materna en el IMSS en el mismo periodo 1990-1999 mostró un deceso importante pasando de 4.8 muertes por 10,000 nacidos vivos a 3.6, esta diferencia con respecto a las cifras nacionales se debe a que la población derechohabiente tiene un nivel socioeconómico más elevado y homogéneo que la población general, ya que esta integrada por familias de trabajadores que disfrutan de un ingreso fijo y prestaciones de ley que les garantiza el acceso regular a servicios prenatales, a una atención adecuada del parto y a una vigilancia

² SSA. **MATERNIDAD SALUDABLE Y SIN RIESGOS**. Primera edición. México del 2000 editorial Dirección General de Salud Reproductiva, SSA. Pág. 34, 35 y 46.

competente del puerperio. En contraste las poblaciones no aseguradas frecuentemente no acceden ni siquiera a una atención adecuada del parto. El porcentaje de partos atendidos en unidades de salud en las poblaciones indígenas de Oaxaca asciende a 6,9 %.

Las cifras de mortalidad materna están subestimadas ya que en el momento actual solo 6 de cada década 10 partos se atienden en las Instituciones del sector público y más del 20% se atienden en los hogares con frecuencia por personal no calificado. Estos datos podemos relacionarlos con la morbilidad perinatal lo cual de igual manera es elevada, pero que pueden evitarse utilizando diversas estrategias.

Entre las acciones que serán necesarias desarrollar para disminuir las muertes maternas en nuestro país destacan las siguientes:

- a) Garantizar el acceso de las poblaciones rurales y urbanas marginadas a servicios pre y perinatales.
- b) Capacitar al personal que vigila los embarazos y atiende los partos en regiones marginadas.

La educación formal, otra estrategia en la cual contribuye de manera directa a producir salud. Prácticamente todos los indicadores positivos de salud se relacionan con los niveles educativos. La educación de las mujeres asocia consistentemente con mejores niveles de salud durante el período reproductivo y durante la etapa de crecimiento y desarrollo de los hijos.¹

3.1.1 Salud Reproductiva.

En cada sociedad existen individuos, familias y comunidades con más probabilidades que otros de sufrir en el futuro enfermedades, accidentes o muerte prematura. Sin embargo, también existen individuos, familias y comunidades con más probabilidades que otros de disfrutar mejor salud.

Como la tendencia hasta hace pocos años ha sido preocuparse más por la enfermedad que por la salud, se a utilizado la estrategia de riesgo la cual a pasado a formar parte de la prevención de la enfermedad. En el campo de la salud infantil y materna se llegó a hablar de "supervivencia" término que evidenciaba que el único objetivo era evitar la muerte, postergando y ocultando las secuelas de la morbilidad y más aún la calidad de vida de la población. En los momentos actuales es necesario que surja una serie de factores interactivos que puedan utilizarse en conjunto para predecir no solo un riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr un bienestar biopsicosocial, estamos hablando no solo de prevención de la enfermedad sino promoción de la salud.

¹ Programa Nacional de Salud, 2000 2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un sistema universal de salud. Pág. 42, 84.

La promoción de la salud esta basada principalmente en el comportamiento o estilo de vida de las personas. Definitivamente, la salud depende más del comportamiento individual y social que de las acciones aisladas que pueda realizar el sector salud. Sin embargo, la salud también depende de una mejora en las condiciones sociales donde se incluye la educación, la vivienda, los ingresos y la alimentación. Así mismo, depende de una mejora en la situación social de la mujer. Es muy difícil modificar el comportamiento para promocionar la salud cuando el sistema educativo no es adecuado, existe pobreza, las viviendas no tienen agua ni alcantarillado, las personas sufren de hambre y la mujer aún es victima de discriminación y postergación.

La salud tiene que lograrse en base a esfuerzo y perseverancia, tanto individual como colectiva. En ese sentido, la estrategia de atención esta más vigente que nunca ahora a través de la táctica operacional de los sistemas locales de salud donde se deben concertar los esfuerzos tanto de la comunidad, del sector salud y de otros sectores en la busca de "salud para todos".⁴

La salud sexual y reproductiva está directamente relacionada con la calidad de vida, la sexualidad y la familia, representa el ejercicio de la sexualidad responsable y sin riesgos, el bienestar de la madre, del niño en gestación, de los infantes y de los adolescentes y se extiende más allá del periodo reproductivo de las personas. Tiene que ver con relaciones interpersonales con percepciones y valores, su cuidado evita enfermedades, abuso, explotación, embarazos no deseados y la muerte prematura.

El combate a la pobreza el acceso a la información veraz y oportuna, así como la disminución de la desigualdad entre hombres y mujeres son en definitiva las grandes estrategias para mejorar la salud y la calidad de vida de la población. Para contrarrestar la gran injusticia social deben diseñarse y ponerse en operación con eficiencia y calidad programas de atención para grupos especiales de la población como son la población adolescente, las mujeres embarazadas, los indígenas y las minorías, solo así se podrá contribuir a garantizar el derecho universal que tiene toda persona a la salud y de manera particular a la salud reproductiva.⁵

La salud perinatal, un pilar fundamental de la salud reproductiva incluye acciones dirigidas a la mujer, a la pareja y a la familia en torno al proceso biológico de la reproducción, sus componentes emocionales y sus características sociales; el equipo de salud integrado por el personal médico, enfermería, psicología y trabajo social brindaran información, orientación con absoluto respeto a la dignidad de la población usuaria, a través de la comunicación deberán promover entre las usuarias una nueva cultura de la salud reproductiva, los enormes beneficios de la atención prenatal, del autocuidado de la salud y el ejercicio de los derechos reproductivos.

⁴ I. Daniel Gutierrez MD, MPH. SALUD REPRODUCTIVA, Concepto e Importancia, Pag 19 y 20.

⁵ SSA. PLAN ESTRATÉGICO 2001-2006, PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA, MARZO DEL 20001, pp. 1.

Las acciones a realizar en las mujeres no embarazadas son de carácter preventivo de información, educación y comunicación con énfasis en salud sexual y reproductiva, planificación familiar y derechos reproductivos.⁶

3.1.2 Morbimortalidad perinatal.

México inicia el siglo XXI enfrentando complejos desafíos, en menos de 30 años el país acumulo rezagos que deben corregirse, al tiempo que se hace frente a los problemas emergentes. Las enfermedades infecciosas, la desnutrición y los problemas materno infantil, se ubican en uno de los extremos del espectro epidemiológico.

El análisis de los años de vida saludable, indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, aunque los daños producidos por las afecciones perinatales, los respiratorios, la cirrosis y la desnutrición siguen jugando un papel muy importante.

La Mortalidad materna como fenómeno de salud pública ha sido tradicionalmente evaluada a partir del comportamiento de un indicador conocido como tasa de mortalidad materna. Esta denominación no es adecuada por lo que recientemente se le designa "razón de la mortalidad materna" en virtud de que se construye a partir de relacionar, como numerador, las defunciones cuya causa básica es una de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio, y como denominador, los nacidos vivos registrados en un cierto lugar y determinado espacio de tiempo.

De acuerdo a las estimaciones, de 1990 realizadas por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, casi 600,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones del embarazo y el parto. Solo en América Latina, mueren 23,000 mujeres anualmente, y en México, 3 mujeres fallecen diariamente por causas relacionadas con el embarazo o parto. Se sabe, por investigaciones realizadas, que las complicaciones del embarazo y el parto son con mucho, la causa principal de muertes prematuras e incapacidades de las mujeres entre 15 a 44 años de edad. En Suiza, la probabilidad que una mujer muera por causas maternas es de 1 en 8,700; en México esta probabilidad es de 1 en 220. Los costos de estas muertes y de los problemas de salud maternas son enormes, y afectan a los sistemas de salud, a la fuerza laboral, a las comunidades y a las familias.⁷

La OMS ha calculado que al año mueren mas de 500,000 mujeres por causa relacionadas con el embarazo, el parto y el puerperio. De estas defunciones, 98% suceden en los países en vías de desarrollo. En el periodo de 1990 a 1999 la tendencia de mortalidad materna en México se mantuvo estable, en el ultimo de esos años la cifra fue de 5.1 muertes maternas por cada 10,000 nacidos vivos, esto ubica al país en un nivel intermedio en este rubro.

⁶ Op. Cit. Pág. 16, 36 y 40

⁷ Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. Publicación auspiciada por: Fondo de población de las Naciones Unidas, trabajado por el comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. María del Carmen Elu, secretaria técnica. 1ra. Edición. México 1999. pp. 53-61.

La mortalidad materna representa un problema de salud pública con la cobertura y calidad de los servicios de salud. En la última década este indicador mostró una tendencia relativamente estable, con razones de mortalidad de 5.4 y 5.1 por 10,000 nacidos vivos registrados en 1990 y 1999 respectivamente. Igualmente esta mortalidad tiende a concentrarse en la región Centro y Sur del país. Alrededor del 70% de las muertes maternas registradas en 1999 ocurrieron en 10 entidades ubicadas en estas 2 regiones y como en otros casos, los municipios indígenas presentaron una situación particularmente grave.⁸

En México: Las acciones de salud perinatal tiene como objetivo fundamental propiciar la maternidad saludable y sin riesgos para todas las mujeres, estableciendo estrategias gerenciales y operativas dirigidas a incrementar la calidad de atención y contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

El programa de salud reproductiva y planificación familiar, en su componente de salud perinatal propicia un equilibrio entre acciones preventivas y de intervención para contribuir a garantizar una maternidad saludable a toda la población, lo cual requiere la coparticipación de los diferentes órganos de gobierno, la asociación civil organizada, el sector privado, con una intensa movilización comunitaria.

Las causas de la mortalidad materna en México incluyen en primer lugar la enfermedad Hipertensiva del embarazo (Preeclampsia-Eclampsia), seguida por la hemorragia obstétrica particularmente las que ocurren en el periodo del posparto. El tercer y cuarto lugar lo ocupan las sepsis y complicaciones del puerperio y el aborto complicado, especialmente el aborto inducido que se realiza en condiciones no adecuadas. La tasa de mortalidad materna (Número de defunciones por causa relacionada con el embarazo, parto y puerperio por cada 10,000 nacidos vivos registrados), ha mostrado una tendencia descendente en las últimas décadas en nuestro país; sin embargo, el avance en la calidad del registro debido a las acciones implementadas (modificaciones al certificado de defunción, establecimiento de comités para su estudio y vigilancia a nivel institucional, jurisdiccional y estatal, la búsqueda intencionada de defunciones maternas y la práctica de autopsias verbales), en los últimos años, ha condicionado que el impacto de las estrategias preventivas y de intervención establecidas por las instituciones y organismos que conforman el grupo interinstitucional de salud reproductiva aún no sea evidente numéricamente y que el indicador de tasa de mortalidad materna todavía no se haya estabilizado.

En el año de 1999 de acuerdo con la información preliminar de la dirección general de estadística e informática de la Secretaría de Salud, el número de defunciones maternas fue de 1,237, lo que representa una tasa de 4.6 muertes maternas por cada 10,000 nacimientos registrados. Por otra parte debe señalarse que el número anual de nacimientos (denominador del indicador) ha tenido un descenso importante en México, en los últimos años, hecho que condiciona que la tasa de mortalidad materna no disminuya tan rápidamente como se esperaría.

⁸ Programa Nacional de Salud, 2000-2006. Op. Cit. Pág. 41.

Los problemas perinatales siguen constituyendo una prioridad sanitaria. La mayor parte de las muertes debidas a estas afecciones se producen durante la primera semana de nacimiento, la mitad sucede en el primer día de vida y las demás se distribuyen de manera decreciente en los seis días restantes. Las principales causas de muerte en este grupo son las enfermedades de la madre, hipertensión, infecciones y traumatismos, los problemas del embarazo y del parto, placenta previa o podálico, las alteraciones en el recién nacido, ictericia, hemólisis y hemorragia, y los problemas de membrana hialina y asfisia prenatal⁹

3.1.3 Control prenatal:

Se entiende por atención o control prenatal al conjunto de acciones y actividades que se realizan hacia la mujer embarazada con el objeto de promover una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional.

Los objetivos de la atención prenatal están orientados hacia la disminución de la mortalidad materna y de la morbimortalidad perinatal. Para lograrlos es necesario efectuar un control precoz, frecuente, de buena calidad y con una cobertura amplia.¹⁰

La atención de una mujer con emergencia obstétrica debe ser prioritaria, y proporcionarse en cualquier **Unidad de Salud** de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato y que no se ponga en peligro la vida de la madre y el recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración.

La atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y al recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

Las mujeres y los niños referidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades donde sean referidas.

La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo, el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia (en las instituciones organizadas por niveles de atención).

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de historia clínica.
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.

⁹ Idem Pág 43

¹⁰ Obstetricia y ginecología, Texto integrado 2000, pp. 99

- ☉ Medición y registro de presión arterial, así como interpretación y valoración.
- ☉ Valoración del riesgo obstétrico.
- ☉ Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto.
- ☉ Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta; y en las subsecuentes dependiendo del riesgo).
- ☉ Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- ☉ Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- ☉ Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- ☉ Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- ☉ Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- ☉ Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- ☉ Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- ☉ Promoción de la lactancia materna exclusiva.
- ☉ Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- ☉ Medidas de autocuidado de la salud.
- ☉ Establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

La unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet perinatal que contenga los siguientes datos: Identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

Toda unidad médica del segundo nivel con atención obstétrica, debe integrar y operar un Comité de Estudios de Mortalidad Materna y un Grupo de Estudios de Mortalidad Perinatal.

Los dictámenes del Comité y grupo de estudios deben incluir acciones de prevención hacia los factores y las causas que ocasionan las muertes maternas y perinatales.

Atención del embarazo:

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cervicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

- 1ra. Consulta: En el transcurso de las primeras 12 semanas.
- 2a. Consulta: Entre la 22 - 24 semanas.
- 3a. Consulta: Entre la 27 - 29 semanas.
- 4a. Consulta: Entre la 33 - 35 semanas.
- 5a. Consulta: Entre la 38 - 40 semanas.¹¹

Los objetivos principales de los cuidados prenatales son los siguientes:

1. Definir el estado general de la madre y el feto.
2. Determinar la edad gestacional del feto y vigilar su desarrollo.
3. Identificar a las pacientes en riesgo de complicaciones y disminuirlo al mínimo cuando sea posible.
4. Prever y prevenir los problemas antes que surjan.
5. Orientar a la paciente.¹²

3.1.4 Infecciones Cervicovaginales:

- Las infecciones cervico-vaginales se presentan con una incidencia de 7 - 20% de las mujeres, por año. Su significado e importancia clínica tienen que ver con implicaciones de orden social; riesgo de contagio al compañero sexual y, en el caso de la embarazada, riesgos para el feto y el recién nacido.
- El enfoque adecuado del problema hacen indispensable tener presente algunas consideraciones previas con respecto a los siguientes factores:
 - ↑ La existencia de una flora vaginal que incluye: Bacilos de Döderlein, Streptococcus viridans, Staphylococcus albus, difteroides, hongos y bacterias anaerobias en proporción de 5:1 con respecto a las aerobias. El mayor porcentaje corresponde al bacilo de Döderlein, responsable de la conservación de la acidez vaginal (pH normal entre 3.8 a 4.5).

¹¹ Norma Oficial Mexicana, NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido; criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicado el 6 de enero de 1995. México D.F. SS. Pp. 23-25.

¹² SCOTT, James R, et al. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. Sexta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1999.

- † La presencia de secreciones normales, originadas principalmente a partir del cérvix y del trasudado vaginal, constituidos por agua, moco, células exfoliadas, leucocitos, hemáties y bacterias. Suelen ser escasas, mucoides, sin olor, no asociadas a prurito, ardor u otros síntomas, con características determinadas por la etapa del ciclo. Más abundantes, transparentes, filantes, en la fase estrogénica; escasas, opacas, gruesas, en la fase lútea.
- † Las anomalías que implican la presencia del flujo o leucorrea por cambios en el volumen, consistencia, color, olor, pH y su asociación a síntomas (prurito, ardor, dispareunia, disuria).
- † El reconocimiento de la capacidad de diferentes agentes biológicos, incluyendo virus, bacterias, hongos y protozoarios, para producir infecciones cervico-vaginales.
- † La consideración del flujo como manifestación de enfermedad sistémica o como resultado del efecto de medicamentos.
- ◉ El contacto sexual implica la transferencia de secreciones genitales y, con frecuencia, el intercambio de microorganismos. La vaginitis y la cervicitis son afecciones de amplia distribución entre las mujeres, muchas de las cuales padecen ataques repetidos por desconocer las causas y los medios de curación. Algunas infecciones de la vagina y del cérvix se transmiten sexualmente no ocurriendo así con otras. Sin embargo, ambos tipos de infección tienden a causar los mismos síntomas y se diagnostican por los mismos métodos: exploración, frotis, estudio microscópico, o los tres.

La vaginitis y la cervicitis, cualquiera que sea su causa, precisan una evaluación completa y una historia clínica detallada, anotando los síntomas e inicio y si la mujer está utilizando o no un dispositivo intrauterino (DIU) como medida anticonceptiva. En cuanto a infección vaginal o cervical, cualquiera de estos datos puede estar presente:

- ◉ Secreción vaginal anormal en cantidad o apariencia y a menudo con olor desagradable.
- ◉ Ardor, irritación y/o inflamación del área genital, incluyendo edema de los labios.
- ◉ Dolor y ardor al orinar (disuria).
- ◉ Prurito vulvar, algunas veces intenso.
- ◉ Dolor durante el coito (dispareunia).
- ◉ Dolor en la parte baja de la espalda o abdomen.

Al evaluar las infecciones de la vagina y el cérvix, se debe tratar también al esposo o compañero de la mujer, si es necesario, sin importar la causa inicial de la infección. El tratamiento combinado de la pareja es una regla básica en el cuidado de las infecciones genitales; sin embargo, si los pacientes están siendo tratados por una infección no adquirida sexualmente, es probable que mal entiendan esta medida. Es preciso dar una explicación detallada para evitar malas interpretaciones. Una de las dificultades que hay al tratar las infecciones vaginales y cervicales es la coexistencia de otros organismos, por ejemplo la gonorrea, y una infección por levaduras o la infección vaginal por tricomonas o monilias. La evaluación por parte de la enfermera reviste una importancia superior al ayudar a diferenciar a los organismos y al aconsejar a los pacientes para que reciba tratamientos combinados.

La vaginitis y la cervicitis no transmitidas sexualmente (o no venéreas), se derivan de un cambio básico en el balance ácido-básico o pH de la vagina. En el momento de la ovulación en el ciclo menstrual de la mujer los ovarios liberan estrógeno, este a su vez estimula al cérvix a producir secreciones, las secreciones son alcalinas, además se componen de células que contienen glucosa. Para mantener el pH normal de 4.0 – 5.0 de la vagina ciertos organismos de las paredes vaginales, llamados bacilos de Döderlein, convierten las secreciones liberando ácido láctico escaso. El balance cíclico completo mantiene el ambiente vaginal en equilibrio y las mismas células se renuevan constantemente. Si este balance se altera el pH se torna alcalino (7.5 o más siendo 7.0 neutral) y como las secreciones alcalinas contienen mayor cantidad de glucosa el resultado es un ambiente en el que proliferan fácilmente los organismos infectantes. Algunos factores que originan el desequilibrio son el embarazo, la terapia con antimicrobianos, los anticonceptivos orales, la tensión y el cansancio, el estado nutricional deficiente, otra infección sistémica como un padecimiento estreptocócico, la diabetes, la higiene perineal escasa (limpieza en dirección hacia la vagina en lugar de que parta de ella), la lencería de nylon, la ropa muy ajustada y los productos de higiene femenina tan populares como los roseadores y las duchas. Solos o en combinación estos factores pueden ser causa de un ambiente alcalino y predisponen a la vagina a infectarse con levaduras u hongos llamados monilias o Cándida albicans. La vaginitis y la cervicitis transmitidas sexualmente son fomentadas también por un ambiente alcalino y glucósido; estas infecciones son producidas por protozoarios (tricomonas) y por bacterias (Chlamydia y Hemophilus vaginalis)

Se ha visto que los incrementos de la morbilidad perinatal han ido en aumento y como principales causas de complicaciones originadas por la persistencia de infecciones vaginales se detecto principalmente el aborto, la ruptura prematura de membranas, la corioamniotitis y la amenaza de parto pretermino en la etapa gestacional, y en el periodo neonatal se pueden presentar niños con bajo peso, que si bien se pueden limitar este problema, de igual manera se puede llegar a prevenir este mal por lo tanto si se emplean las medidas pertinentes para combatir estas infecciones con la participación activa de los profesionales de la salud y en especial el licenciado en enfermería y obstetricia se abarcará aún mas la atención a las usuarias para mejorar su salud reproductiva y así poder lograr una disminución en la incidencia y prevalencia de la morbilidad perinatal.¹¹

Agentes Causales:

Existen diversos microorganismos que ocasionan la aparición de infecciones cervico vaginales los cuales van a actuar de diferente forma; para el caso en estudio solo se considerara las de mayor indice en su aparición durante el embarazo.

Monilia o C. Albicans son levaduras (hongos) que prosperan en un ambiente vaginal rico en glucosa, por lo que su presencia se manifiesta comunmente durante el embarazo cuando los niveles de estrógeno son mayores, como un efecto secundario desagradable de los anticonceptivos orales (los cuales contienen estrógeno sintético) después de una terapéutica a base de antibióticos y en las mujeres diabéticas. A medida que el hongo prolifera,

¹¹ SCOTT, James R. et al. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. Mexico 1999. Pág. 574 y 575.

produce con frecuencia una secreción vaginal irritante, aterrada y blanca y un prurito vulvar en ocasiones intenso. Puede haber edema e inflamación de los labios.

Moniliasis:

Una vez que la monilia se establece sin importar la causa, la mujer puede transmitirla a su compañero, en caso de no suspender las relaciones. El periodo de incubación varía desde unos días hasta dos semanas dependiendo en parte del ambiente del receptor. Si un hombre esta infectado puede contagiar a su compañera, si la monilia esta presente en la vagina durante el embarazo, la madre tal vez la transmita a su bebé como algodoncillo. Es común que las mujeres embarazadas presenten ataques recurrentes de la infección por levaduras; algunas mujeres experimentan moniliasis en cierto grado cada mes antes de la menstruación. Estas recurrencias guardan relación con los cambios del pH vaginal.

Tratamiento y Control:

El tratamiento abarca a la pareja si la mujer esta sexualmente activa, la crema funguicida y/o los óvulos vaginales (nistatina) por lo general son efectivos si se continúan durante 14 días aún durante la menstruación. En ocasiones la moniliasis esta también presente en el intestino y se produce una infección cruzada del recto a la vagina, en este caso la nistatina se toma en tabletas combinada con la preparación tópica vaginal. La moniliasis en la ultima etapa del embarazo, tendrá que tratarse cuidadosamente para evitar una infección por algodoncillo en el neonato. Si no se aconseja emplear nistatina, la mujer embarazada puede hacer de duchas ligeramente ácidas consistentes en dos cucharadas de vinagre blanco en un cuarto de litro de agua dos veces al día. Es necesario que las mujeres conozcan los factores que provocan el desequilibrio de la salud y acidez de la vagina, así podrán tomar decisiones razonables.¹⁴

Tricomonas:

La tricomona produce una infección protozoaria de amplia distribución que se conoce particularmente como tric, tanto hombres como mujeres pueden presentar tric asintomático con una probable inactividad de los protozoarios en ambos sexos durante un lapso considerable (meses y años), las mujeres solicitan tratamiento si los síntomas de vaginitis se tornan pronunciados, como secreción profusa o prurito intenso, a la exploración, los labios y el perineo pueden presentar un color escarlata y una probable fisura en el orificio vaginal debido a la secreción.

La transmisión es por contacto sexual, es común la reinfección entre la pareja. Los síntomas surgen tres semanas después de haberse expuesto a los protozoarios, o se puede dar el caso de una infección asintomática. En las infecciones existe la posibilidad que la mujer la transmita a su bebé al momento del alumbramiento, y los hombres pueden albergarlas bajo su prepucio si no esta circuncidado.

¹⁴ BEISCHER, Norman. Obstetricia y Neonatología. Mexico 2000. Pág. 325, 326 y 327.

Tratamiento y Control:

El tratamiento de la Tricomoniasis abarca a la pareja, debiendo abstenerse del coito durante el curso de este. El medicamento indicado el metronidazol por vía oral, esta contraindicado en el primer trimestre del embarazo, por lo que durante ese periodo se aconseja a la mujer emplear duchas de vinagre, además de que es un riesgo para el feto en el primer trimestre del embarazo, el metronidazol también tiene un efecto adverso si se combina con el alcohol. En el segundo caso, el medicamento produce vomito y dolor gastrointestinal por la presencia de alcohol en el cuerpo al mismo tiempo, por lo que se debe alertar a los pacientes de esta incompatibilidad.¹⁵

Chlamydia:

La Chlamydia o *C. trachomatis*, produce una infección bacteriana causante de muchos de los síntomas vaginales antes mencionados. Sin embargo muchas mujeres son asintomáticas hasta que asciende al cuello uterino y causa una enfermedad inflamatoria pélvica de bajo grado. Los síntomas de una enfermedad inflamatoria pélvica abarca dolor abdominal y espasmos que muchas veces aumenta con cada periodo menstrual. En los hombres la Chlamydia produce uretritis y con frecuencia el hombre solicita atención médica cuando la mujer aún continua asintomática. La Chlamydia causa oftalmia al neonato si esta presente en la vagina durante el alumbramiento y en el recién nacido provoca un tipo de neumonitis.

La transmisión se hace por contacto sexual, siendo común la reinfección entre la pareja. Después de la exposición la incubación puede tener una duración tan breve, como tres días o una demora de hasta tres semanas.

Tratamiento y Control:

El tratamiento incluye a la pareja y en ambos casos se utiliza oxitetraciclina oral. Si la mujer esta embarazada debe emplearse eritromicina.

Vaginitis Inespecifica:

Se refiere a la infección que no muestra a ninguno de los organismos anteriores, aún cuando causa síntomas similares. Además de la secreción vaginal la mujer también puede notar un moteado o sangrado ligero, no relacionado con su ciclo menstrual pero proveniente de una cervicitis. La vaginitis inespecifica con frecuencia es menos severa que otras infecciones vaginales o cervicales, y que puede ser inflexible y resistente al tratamiento. El organismo más común detectado es el *Hemophilus vaginalis* que es una bacteria bacilar. El *H. vaginalis* destruye el ácido láctico que produce los bacilos de Döderlein, y es la ausencia de este ácido y la presencia de estas bacterias en forma de bastón, lo que confirman el diagnóstico.

Se hace por contacto sexual; el compañero varón desarrolla síntomas de uretritis, unos cuantos días después de la exposición, si los *Hemophilus* son la causa, se detectaran en el exámen microscópico de la secreción uretral.

¹⁵ OLDS London Ladewig **Enfermería Materno-infantil** Mexico 1995. Pag. 216, 217 y 218.

Tratamiento y Control:

Una vez confirmado el diagnóstico de *H. Vaginalis* el tratamiento por seguir es con óvulos vaginales o con cremas que contenga tetraciclina o una preparación de sulfas. A menudo el *H. Vaginalis* coexiste en particular con infecciones por tricomonas o monilias ya que el ambiente vaginal ácido, ha sido destruido temporalmente por el bacilo hemophylu. La terapéutica con antibiótico o sulfas es por lo general eficaz, pudiendo combinarse con otros medicamentos en caso necesario.¹⁶

3.2 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA:

Enfermería:

3.2.1 Historia / antecedentes:

La historia de la enfermería permite sentirse muy orgullosa de sí misma; los papeles tradicionales de la mujer como esposa, madre, hija y hermana siempre han consistido en el cuidado y la alimentación de los demás miembros de la familia, existen evidencias de las sociedades antiguas en donde ayudaban a los enfermos y a las personas incapaces de cuidarse por sí mismas y con el paso del tiempo el papel de la enfermera se ha ido transformando para así proporcionar asistencia, educación, consuelo y apoyo a la sociedad.

Las primeras narraciones de las civilizaciones antiguas ofrecen poca información sobre las personas encargadas de cuidar a los enfermos, el papel de las enfermeras como lo menciona el antiguo testamento eran aquellas que cuidaban a los lactantes y los niños, a los enfermos y moribundos y que actuaban como comadronas asistiendo a las mujeres durante el embarazo y el parto. En la antigua Grecia y Roma el cuidado de los enfermos estaba a cargo de los dioses que fungían como curanderos a su vez la familia de estos y en particular sus esposas e hijas se encargaban de tranquilizar a los enfermos las cuales personificaban a una enfermera, en la antigua Africa las funciones de la enfermera eran las de comadrona, herborista, nodriza y cuidadora de niños y ancianos, en la antigua India los primeros hospitales estaban atendidas por enfermeras fijas, las cuales actuaban como comadronas y cuidaban a los miembros enfermos de la familia, con esto podemos ver que la atención del núcleo familiar se centraba únicamente en la mujer que el hombre era el proveedor de la casa.¹⁷

El papel de la religión ha tenido un gran impacto en el desarrollo de la enfermería en occidente, las mujeres no eran las únicas que prestaban servicios de enfermería; en el siglo III en Roma existía una organización de hombres el cual se encargaba de brindar cuidados a los enfermos y a los moribundos durante la gran plaga de Alejandria; durante las cruzadas diversas ordenes de caballería, formaron compañías de hermanos de armas que prestaban cuidados a sus compañeros heridos o enfermos, los cuales construyeron muchos hospitales.

Con el crecimiento de la iglesia católica se edificaron numerosas hospitales y hubo muchas instituciones que se especializaron en el cuidado de los huérfanos, viudas, ancianos, pobres

¹⁶ CLAIRE BENNETT SARAH SLARI. Manual de Enfermedades Transmisibles p. 203 A 213

¹⁷ HERNANDEZ Conesa Juana. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA Pp. 23, 39 y 53 a 62.

y enfermos y durante la edad media se fundaron ordenes religiosas masculinas y femeninas, militares y seculares con la finalidad principal de cuidar a los enfermos.

La revolución intelectual de los siglos XVIII y XIX dio lugar a una revolución científica, la revolución industrial desplazó a los trabajadores desde la artesanía de la granja hacia el trabajo industrial, con esto aparecieron nuevas enfermedades transmitidas en las bodegas de los barcos por los roedores a los marineros que iban de polizones, los cuales atravesaron fronteras y saltaron de un continente a otro. El hacinamiento en las labores de las fabricas, el gran número de horas de trabajo y las condiciones laborales poco saludables dieron lugar a una transmisión rápida de las enfermedades contagiosas como el cólera y la peste. La falta de cuidados prenatales, de una nutrición suficiente y el atraso de las técnicas utilizadas en los partos originaron una elevada tasa de mortalidad materna e infantil.

Durante esta época el papel adecuado de la vida de una mujer era mantener el hogar limpio y elegante. Por esta razón la enfermería era poco aceptada y carecía de prestigio, el único papel aceptable de enfermera era desempeñado entre la misma orden religiosa en la que se facilitaban estos servicios formando parte de la caridad cristiana.

La creación en Kaiserswerth, Alemania, del Instituto de Diaconizas cambio todo esto, hizo que se reconociera la necesidad de servicios prestados por mujeres para el cuidado de los enfermos; la escuela de enfermeras de Kaiserswerth preparaba y enseñaba a cuidar a los enfermos, además preparaba a las enfermeras para que hicieran visitas que les enseñaba la doctrina religiosa, la ética y la farmacia.

Florence Nightingale, la alumna más famosa de Kaiserswerth creía que había sido llamada por dios para ayudar a los demás y para mejorar el bienestar de la humanidad a pesar de la oposición de su familia y del código social que regía la vida de las jóvenes inglesas acomodadas.

Durante la guerra de Crimea, los cuidados insuficientes que recibían los soldados provocaron un escándalo publico; Sir Sidney Herbert del ministerio de la guerra pidió a Florence que reclutara un contingente de enfermeras para cuidar de los enfermos y heridos en la guerra. Más tarde creó la Nightingale Training School For Nurses, la escuela sirvió de modelo para la creación de otros centros. Los esfuerzos de Florence Nightingale y sus colaboradores transformaron el prestigio de la enfermería convirtiendola en una ocupación respetable para la mujer.¹⁵

3.2.2 La disciplina en enfermería

La enfermería es una profesión en busca de identidad. Con vinculaciones y dependencias atávicas a otras profesiones en el ámbito de las llamadas Ciencias de la Salud.

Sin embargo, a pesar de tan larga tradición histórica como práctica y de los conocimientos acumulados, la Enfermería no goza de un espacio epistemológico y disciplinar indiscutible

¹⁵ KOZIER, ERB, Basis. FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA Pág. 4, 5, 6, 7 y 8.

por muy diversas razones entre las que no son las menos importantes, las muy cambiantes situaciones en que históricamente se tienen que desenvolver su práctica y la estrecha vecindad con otras disciplinas que gozan de su superior estatuto.

Una disciplina explica e implica; **Explica**, es decir, describe, analiza y confiere unas referencias ordenadas y sistemáticas a la vez que interactúan con otros campos disciplinares, sin dependencias exclusivas. **Implica** al mismo tiempo en un ejercicio profesional, en una forma determinada de actuar y proceder, en el uso de unas técnicas y en la aplicación de un estilo y una ética de carácter propio.

UNA DISCIPLINA, como ciencia, debe pensarse y construirse desde la historia, la práctica profesional, la filosofía de la ciencia y la historia comparada de las ciencias.¹⁹

Una disciplina no es global; se caracteriza por una perspectiva única, una manera distinta de ver todos los fenómenos, la cual define a final de cuentas los límites y la naturaleza de su indagación.

Al igual que en el caso de considerar diferentes ideas respecto a la naturaleza y temas de enfermería, el objetivo no es identificar una teoría simple de enfermería, más bien, se avocaría al pluralismo. No obstante, parecería deseable poder colocar tales teorías dentro del contexto de una disciplina de enfermería.

También existe una necesidad crucial de identificación de la estructura de la disciplina de enfermería en nuestro programa educacional. De hecho, la mera sobrevivencia de la profesión puede hallarse en riesgo a menos que se defina la disciplina.

En la actualidad existe una necesidad sin precedentes de identificar el carácter único de la ciencia y práctica de enfermería, para sobreponerse a las fuerzas anulantes de la sociedad contemporánea que conducen a la desintegración de la enfermería como una profesión distintiva. (Arminger, 1974).

Lo que se requiere es el pensamiento de los filósofos de la enfermería y también algún ingrediente de filosofía de parte de los investigadores de enfermería. Ya que el problema no es el de diseñar la estructura de la disciplina en enfermería, sino hacer explícita esta estructura.

La enfermería tiene tantos aspectos científicos como otros afines a las artes. Por lo tanto, la enfermería como disciplina es más amplia que la ciencia en enfermería y su unicidad se fundamenta en una perspectiva más bien que en su objeto de indagación o metodología.

La disciplina de enfermería no fue creada por sí misma, sino que emergió en el contexto de otras disciplinas. Por lo tanto, debemos conocer su interrelación con otras disciplinas, además de su estructura. La enfermería como disciplina también se haya sujeta a cambios con base en modificaciones en su base conceptual estructural; de hecho, las investigadoras

¹⁹ ESTEBAN Manuel CONSTRUCCIÓN DE UNA DISCIPLINA, PP. 111 a 125.

y las estudiantes de enfermería tienen la responsabilidad de cuestionar y revisar la estructura de enfermería.

Es importante reconocer que una disciplina emerge como resultado del pensamiento creativo en relación con aspectos significativos. Debido a la importancia vital de la perspectiva de enfermería, su interés por el bienestar y la salud humana y crecimiento mediante la investigación y el trabajo académico, la enfermería ganará completa aceptación con el tiempo.

Dentro de la disciplina profesional existe una necesidad de conocer y trabajar a partir de las teorías descriptivas además de las prescriptivas. Tanto la investigación básica como la aplicada son necesarias para una disciplina profesional debido a que cada una tiene un objetivo práctico diferente que influye sobre la perspectiva de ese campo, la manera como conceptualiza el mundo relevante y las cuestiones que investiga.

Las formulaciones lógicas en una disciplina no pueden ignorar las verdades de las otras. La calidad de las teorías y los diseños de investigación y la validez de las conclusiones extraídas dentro de una disciplina dependen de su congruencia con todo el conocimiento.

Por lo tanto, el conocimiento en una disciplina puede poner restricciones sobre el proceso de indagación en otra, y expandirlo mediante la investigación.

Aunque la disciplina y la profesión se hallan inextricablemente ligadas y en gran medida la substancia de una influye sobre la de la otra, deben distinguirse entre sí.

Florence Nightingale (1860) definió la disciplina en términos de la responsabilidad de los practicantes de enfermería para promover la salud humana con base en una indagación sistemática dentro de "las leyes de la salud" naturales.

Los valores éticos y morales inherentes a la práctica clínica han tenido profunda influencia sobre la perspectiva y orientación de valores de la disciplina.

Las teorías prescriptivas esenciales para la práctica clínica y el diseño apropiado de investigación en enfermería solo pueden obtenerse de la disciplina de enfermería.

La disciplina se define por su relevancia social y orientación de valores más que por verdades empíricas. Por lo tanto, la disciplina y la profesión deben reevaluarse en forma continua en términos de las necesidades sociales y de los descubrimientos científicos.

En resumen, la disciplina y práctica clínica de la enfermería comparten una relevancia social y un objetivo práctico comunes. Sin embargo, la disciplina, que es un cuerpo de conocimiento, no debe confundirse con su campo práctico asociado, el cual abarca los procesos de investigación conductual, provisión de servicio y educación.²⁰

²⁰ NICOLL L. H. TEORÍAS SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE ENFERMERÍA, PP. 1 a 23.

3.2.3 EL QUEHACER DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO:

3.2.3.1 Origen y Antecedentes:

La actividad de cuidar desde el punto de vista histórico lleva un esquema de secuencias que un sus raíces en un pasado y cuya existencia puede demostrarse analizando las relaciones del hombre con el medio, para intentar cubrir sus necesidades básicas y perpetuar la especie. El origen de la práctica de los cuidados debemos buscarlo en las actividades de alimentación y conservación del grupo, relacionadas esencialmente con los aspectos de supervivencia en los que se desarrolla la vida de los primeros hombres y enmarcadas dentro del concepto de ayuda existente en las sociedades primitivas.

En el marco de este planteamiento el ámbito enfermero de significación, está constituido por la materia histórica relacionada a su vez con las manifestaciones que ha planteado el saber y el quehacer de la actividad de cuidar a lo largo de los siglos, en este sentido los cuidados de enfermería constituyen un hecho histórico, ya que en definitiva los cuidados enfermeros son una constante histórica desde el principio de la humanidad, surge con carácter propio e independiente.

Asegurar la supervivencia era y sigue siendo un hecho cotidiano, de ahí una de las más antiguas expresiones de la historia del mundo: "Cuidar de". Todavía actualmente está expresión corriente, "Cuidar de", "Ocuparse de", transmite el sentido inicial y original de la palabra cuidado por lo tanto cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida pero que son diversas en su manifestación.

Durante miles y miles de años, los cuidados habituales, es decir los cuidados que sustentan la vida de cada día, y que están vinculadas fundamentalmente a actividades de la mujer.

Como ya ha podido verse, las expresiones ocuparse de cuidar demuestran un conjunto de actividades que intentan asegurar o compensar las funciones vitales. Estos cuidados que tejen la trama de la vida diaria hasta el punto de crear, según climas y lugares, un conjunto de hábitos de vida, ritos y creencias, son proporcionados con más intensidad y son objetos de prácticas especialmente estudiadas durante algunos periodos de la vida, desde la infancia y acontecimientos como la maternidad, el nacimiento o la enfermedad y la vejez preludio de la muerte.

Las mujeres siempre han sido curanderas, han curado gracias a las plantas y han intercambiado los secretos de sus practicas entre ellas. Las comadronas se desplazan de una casa a otra; sin tener acceso a libros ni a ningún tipo de enseñanza, las mujeres han ejercido durante siglos una medicina sin diplomas, han forjado su saber por contacto de unas con otras transmitiéndolo por el espacio y el tiempo de vecina a vecina, de madre a hija.

En los momentos decisivos de la vida como la pubertad, la gestacion, el parto, el nacimiento, es cuando el cuerpo de las mujeres punto y expresión de fecundidad recibe los cuidados más atentos. Los cuidados se transmiten a través de su cuerpo, de ahí la necesidad de haber conocido en su cuerpo la experiencia de la fecundación, del parto y del

nacimiento; cuidar es por tanto lo que conecta el cuerpo de la que ha dado vida con el de la mujer que la está dando y con el del niño que ayuda a nacer, está unión se crea y se prolonga no solo por las manos, el tacto sino también por la utilización de elementos simbólicos de vida: agua, plantas y sus derivados; aceites, lociones, perfumes que a su vez les unen al universo y les aseguran una protección.²¹

Los cuidados en esta etapa son cruciales ya que de ellos en cuanto a su calidad, eficiencia y oportunidad pueden disminuir alteraciones o complicaciones tanto en la madre como el feto o recién nacido.

3.2.3.2 Filosofías de Enfermería:

Cuidar y vigilar representan un conjunto de actos de vida que tiene por finalidad y por función mantener la vida de los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida en grupo.

Los cuidados se dirigen al cuerpo globalmente, ya que no sabría estar separado del espíritu, enlazado a todo el universo y se comunican por el cuerpo de las que cuidan. Cuidar es ayudar a vivir aprendiendo a conciliar algunas fuerzas diversificadas, aparentemente o puestas pero de hecho complementarias, los cuidados son fuente de placer, de satisfacción y expresión de una relación, los cuidados apaciguan, calman, alivian, dispersan los tormentos intentando evitar el sufrimiento.

3.3 EL QUEHACER DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN CUANTO A:

Parte del trabajo cotidiano del personal de enfermería con una mujer o pareja en edad reproductiva consiste en señalar cuales son las condiciones ideales en las que se debe dar una gestación. Quizá la condición mas relevante sea el deseo y la planeación de la misma. Esto favorecerá la realización de evaluaciones de las que se pueda detectar controlar y prevenir problemas como diabetes, sobrepeso, bajo peso, anemia, hipertensión, infecciones urinarias, cervicovaginitis y o otros problemas agudos y crónicos. Muchos de ellos requieren llevar a cabo procedimientos para un adecuado diagnóstico o tratamiento que pondrían en peligro la vida del feto, si se realizan durante el embarazo.

Otro beneficio agregado es el de proporcionar información adecuada a la mujer sobre los síntomas iniciales del embarazo, para que se haga un diagnostico temprano, pues de esta manera el control prenatal se tendrá desde las primeras semanas de gestación. La vigilancia temprana aunada a la aplicación de una serie de procedimientos sistematizados y fundamentados dará como resultados la detección oportuna de problemas, la posibilidad de buscar alternativas de diagnostico y de solución mas factibles, en consecuencia tendrá una repercusión significativa en la disminución de la morbilidad materna y perinatal.

Una parte importante de la vigilancia perinatal debe orientarse a la educación de las mujeres e insistir en una adecuada alimentación, en la preparación para el parto y la

²¹ FRANÇOISE Colliere Marie **PROMOVER LA VIDA** Pp 5, 6 y 7

lactancia, a la detección de signos de alarma y de esta manera ayudar a que se logren mejores condiciones, tanto para la madre como para el producto.

El personal de enfermería debe detectar el riesgo materno y fetal, para establecer la normalidad o anomalía del embarazo que permita detectar alteraciones patológicas preexistentes, problemas nutricionales y además de los padecimientos que prevalezcan en la región donde habita. Mediante un interrogatorio detectará los hábitos alimenticios, actividad física, y hábitos higiénicos; debe incluirse la exploración física para registrar su peso, tensión arterial, estado nutricional, coloración de la piel y mucosas, en busca de evidencias de enfermedad.²²

3.3.1 Alimentación:

Un estado adecuado de nutrición antes, durante y después del embarazo contribuye al bienestar tanto de la madre como de su recién nacido. Aunque se sabe la relación entre la nutrición y la salud, la comunidad médica no ha puesto suficiente énfasis en la necesidad de una buena nutrición. Se ha visto que en términos generales, son las enfermeras las que con mayor frecuencia envían a las pacientes con los dietistas.

Se ha visto que las mujeres con bajo peso o que aumento poco durante el embarazo arriesgan a sus hijos a tener bajo peso, Prematurez, índices de Apgar bajos y morbilidad. El aumento de peso aceptado durante el embarazo para un resultado sano es de aproximadamente de 11 a 13 Kg. durante el primer trimestre el aumento esperado es de 1,400 a 1,800 Kg. y después 450 g. a la semana.

El aumento en los 3 primeros meses se debe casi en su totalidad al crecimiento de los tejidos maternos, en el segundo trimestre el crecimiento se debe a los tejidos maternos y en menor medida al tejido fetal y en el último trimestre se debe al crecimiento del feto, desde el tercer mes hasta el término el peso fetal aumenta cerca de 500 veces.

La dieta ideal en el embarazo consiste en la ingestión diaria de poco más de un litro de leche, 2 o más raciones de carne roja, aves, pescado, huevo o queso; 3 o más raciones de verduras y frutas y cuatro o más raciones de cereales o pan, además de dichos grupos de alimentos básicos la mujer gravida debe beber aproximadamente 8 vasos de líquidos al día. Se le deberá recomendar adquirir verduras de hoja de color verde o amarillas y frutas del mismo color para aumentar la ingesta de vitamina A, los cítricos, jitomates y otros frutos proporcionan vitamina C.

Proteínas: Son materiales esenciales para el desarrollo de nuevas células para el cuerpo de la mujer y para el crecimiento del feto son un elemento constitutivo de la sangre y se requiere para incrementar el volumen circulatorio de la madre. La mujer gravida debe ingerir 60 g de proteína por día, pueden ser de origen animal o vegetal como carne, leche y leguminosas.

²² SSA. "LA NUTRICIÓN Y LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS MEXICANOS". 1ra. Edición. Editorial Fondo de cultura Económica. México 1980. Pág. 89, 95, 96 y 119.

Minerales: Los minerales que deben aumentarse durante el embarazo son el calcio, fósforo y hierro. El calcio y el fósforo son elementos esenciales para los huesos y los dientes, además el calcio es necesario para la coagulación normal de la sangre, la contractilidad de los músculos y el mantenimiento del latido cardíaco.

El hierro es fundamental para la producción de hemoglobina que a su vez sirve para transportar oxígeno hacia los tejidos maternos y fetales, como el hierro se absorbe poco generalmente se complementa con una dosis de 60 a 80mg. por día del sulfato ferroso.

Vitaminas: Debe aumentarse las vitaminas en la dieta especialmente la A, C y D; la C (ácido ascórbico), es necesaria para la formación de la sustancia intercelular para el desarrollo de los tejidos conectivo y vascular, además aumenta la resistencia a la infección; la vitamina D sirve para la absorción de hierro y para el aprovechamiento del calcio y fósforo por el organismo para la formación de huesos, y la A es esencial para el desarrollo celular y la formación de dientes y de huesos, por lo que es importante para el desarrollo fetal. Sin embargo la ingestión de cantidades excesivas de la vitamina A y D podrían ser perjudicial para el feto, ya que producen malformaciones fetales como daños a los ojos, oídos, paladar hendido y lesiones al sistema nervioso central).

3.3.2 Higiene:

Se recomienda el aseo diario durante el embarazo ya que existe más secreción vaginal, más sudoración y una mayor actividad de las glándulas sebáceas.

Aunque las secreciones vaginales aumentan durante el embarazo, la mujer no debe realizarse duchas vaginales a menos que sean prescritas por el médico ante la presencia de una infección vaginal. Las duchas cambian el pH vaginal y alteran la flora normal que tiene un efecto protector contra microorganismos patógenos. Esto supone una amenaza importante para el feto, ya que la fuerza del lavado puede romper las membranas.

3.3.3 Uso de Ropa:

La vestimenta debe ser elástica, holgada, lavable y ligera.²¹

La importancia de la higiene y el uso de ropa adecuada es favorecer en la disminución del número de microorganismos que se pueden albergar anatómicamente en la vagina, de tal forma mantener esta área limpia y libre de organismos patógenos y esto a su vez evitara la aparición de infecciones cervicovaginales lo cual es el propósito de estas medidas.

²¹ DE BLEIER **ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL**, pp. 95-98, 108 y 109.

3.4 EL PROCESO EDUCATIVO Y LA ENFERMERÍA:

3.4.1 Tipos de Educación.

Educación individual: La educación individual para la salud se lleva a cabo a través de la entrevista personal. Dada la importancia de este procedimiento educativo conviene señalar algunas condiciones para su realización:

- Es de gran utilidad tratar a la persona entrevistada por su nombre; eso la hará sentirse con mayor confianza y facilitará la conversación.
- Debe emplearse un lenguaje claro, sin tecnicismos de difícil comprensión. Es muy útil atender y contestar todas las preguntas que formule el entrevistado, aclarar sus dudas y comprobar si se comprendieron los puntos tratados.
- Es importante adoptar una actitud sencilla, interesada, de tolerancia y paciencia para el entrevistado, quien posiblemente se encuentre preocupado. Su actitud tranquila y confiada depende en gran medida de la que adopte el entrevistador.
- Es negativo manifestar superioridad o mostrar que se tiene prisa durante la entrevista, estas actitudes inhiben al entrevistado y dificultan la comunicación y la educación.
- En la entrevista médica se dan instrucciones sobre el uso de medicamentos o indicaciones acerca de determinado procedimiento médico o quirúrgico necesario, detallando la acción del medicamento, sus posibles efectos así como informar que se busca en la intervención quirúrgica y los resultados que se esperan, pero siempre habrá oportunidad para hacer alguna sugerencia médica preventiva de utilidad.
- En ocasiones el médico encuentra dificultades para dar a conocer la situación delicada o grave de un paciente. En todos los casos debe hablar con claridad y con honestidad, informando a los familiares o al mismo enfermo de la situación real existente.

Educación colectiva: En la educación para la salud dirigida a colectividades se consideran 5 pasos que son: el análisis del problema, la sensibilización, la publicidad, la motivación y la educación.

ANÁLISIS DEL PROBLEMA: Trata de conocer lo más completamente posible la situación especial comunitaria que se pretende atacar, busca interiorizarse de las necesidades e intereses de la población y de los recursos humanos y materiales de que se dispone para resolverlos. Se trata de un verdadero diagnóstico de salud que permite obtener mejores resultados tanto para el programa educativo como para el programa de salud propiamente dicho.

SENSIBILIZACIÓN: Es una información no muy detallada que pretende solamente despertar cierto interés en el público, para disponerlo o aprovechar las ventajas del servicio que se le propone.

LA PUBLICIDAD O PROPAGANDA: Es indispensable en la educación colectiva. Se utilizan para ello la radio, la televisión, la prensa, así como carteles y folletos, complementando esta acción con pláticas informativas y sensibilizadoras. Como se comprende, la publicidad no es aplicable a la educación individual pero la actitud humana y

comprensiva del médico y la enfermera la suplen con ventaja y despiertan en los pacientes el deseo de colaborar en su propia salud.

LA MOTIVACIÓN Y LA EDUCACIÓN: Son prácticamente iguales en la labor individual y colectiva. Sin embargo conseguir el cambio de actitud de un grupo resulta en ocasiones más difícil que obtenerlo de un individuo o de su familia por ello, la planeación, programación y desarrollo educativo para la comunidad requiere mayor acuciosidad. Y necesita como ya se ha señalado de una amplia propaganda, el empleo de carteles, folletos y volantes, debe hacerse simultáneamente a la información masiva por los grandes canales de comunicación (prensa, radio y televisión).

La educación colectiva requiere siempre del uso de los llamados auxiliares de la educación, que serán seleccionados de acuerdo a los recursos disponibles, al tipo de auditorio y al de la plática o conferencia de que se trate. Los principales auxiliares de la educación son: *el Rotafolio, el Pizarrón, las transferencias y la cintas fijas, así como el cinematógrafo, también los folletos, los carteles y los periódicos murales.* Cada una de estos auxiliares tiene determinadas normas para su elaboración y para su manejo correcto; es necesario conocerlas para obtener mejores resultados.

La educación en general, como la educación para la salud en particular constituyen un proceso de Enseñanza-Aprendizaje; esto quiere decir que ya se trate de la labor individual o de la colectiva, es necesario promover la participación activa del receptor.

Se discute con frecuencia, cual de las 2 formas es la mejor. En realidad ambas son importantes y cada una tiene sus ventajas: en la entrevista personal las indicaciones o sugerencias que se hacen giran alrededor del problema completo que la persona tiene, lo que muchas veces no acontecen la educación colectiva; esta es una ventaja. En la educación en grupos el mensaje va dirigido a un mayor número de personas por ello se requiere de una buena planeación que enfoque la educación al problema colectivo, tratando de plantear soluciones concretas para el mismo.²⁴

3.4.2 Proceso Educativo en la Salud Reproductiva:

El recurso más poderoso para alcanzar mejores niveles de salud y promover el desarrollo humano es la educación. La escuela en todas sus modalidades constituye un espacio privilegiado para proporcionar a los niños y jóvenes los conocimientos y habilidades necesarios para la promoción y el cuidado de su salud, la de su familia y de su comunidad. Permite también la creación y mantenimiento de ambiente de estudio, trabajo y convivencia saludable, relacionado con la educación para la salud.²⁵

La educación de las mujeres es un factor importante que determina su salud sexual y reproductiva. Se ha demostrado que las mujeres que han recibido educación durante varios años tienden a casarse a mayores edades, estimadas en un promedio de 4 años más que las mujeres sin educación; tener familias más pequeñas y a usar métodos modernos de

²⁴ ALVAREZ AIVA, Salud Pública y Medicina Preventiva, Pág. 48,49 y 50

²⁵ Programa Nacional de Salud, 2000-2006, Op. Cit. Pág. 84.

regulación de la fecundidad; tener o demandar cuidados prenatales y atención médica adecuada durante el parto hacer uso más amplio de los servicios de salud y participar más en la toma de decisiones.

Durante el control prenatal se debe desarrollar un programa educativo orientado hacia la preparación de la futura madre. Con este sistema, se evita la ignorancia, se elimina el temor y se instruye a la embarazada para que recurra al Hospital cuando presente ciertos cambios que indiquen el comienzo de alguna complicación. La preparación psicoprofiláctica y la gimnasia, facilita la participación de la embarazada tanto en la evolución de la gestación como en el momento de trabajo y el parto. El temor a lo desconocido es menor y se observa una diferencia positiva cuando la pareja recibe la preparación, toda vez, que se reduce el uso de analgesia y anestesia y se aumenta la satisfacción personal por la experiencia del parto.²⁶

Otros beneficios importantes para las mujeres de recibir una buena educación son los de aumentar su autoestima y de exponerlas a nuevas ideas que les permitan darse cuenta que tienen derechos, opciones y posibilidades de ejercerlos en su beneficio, además de su nivel informativo la educación tiene un importante papel formativo que capacita a desarrollar conductas saludables y de autocuidado. Por ello la falta de acceso a la educación limita las posibilidades de obtener información relacionada con la promoción y el cuidado de la salud así como sobre la existencia y uso de métodos para regular la fecundidad.²⁷

3.4.3 La Enfermería en el Proceso Educativo

La salud de las personas depende de muchos factores, la biología humana, el estilo de vida, la organización de la atención a la salud y los entornos físicos y sociales que rodean al individuo; hoy en día nuestro sistema de salud no sirve para enfrentarse correctamente a los principales problemas de salud de nuestro tiempo.

Durante los últimos años el esfuerzo preventivo se ha extendido al área de la conducta y estilo de vida individuales, se centra la atención a la relación de las conductas de riesgo y a intentar cambiar los hábitos de la población. Pese a ello en la atención prenatal y neonatal, las medidas preventivas han resultado en una importante reducción de la morbimortalidad perinatal.

Así podemos decir que la promoción de la salud supone el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades e incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a los ciudadanos a enfrentar sus circunstancias, se basa no solo en la prevención y control de la enfermedad si no en la salud y el bienestar y así favorecer el desarrollo de la creatividad y productividad de los pueblos y fomentar el autocuidado en las propias sociedades, así como también la educación para salud el cual es un proceso, es decir una sucesión de intervenciones por las que se conduce a una comunidad hacia una vida saludable. El

²⁶ Obstetricia y ginecología. Texto integrado 2000 pp. 99

²⁷ Salud sexual y reproductiva. OPS. Washington 1995. pp. 36.

espíritu de autoresponsabilidad a nivel individual, de familia, de comunidad y de nación, debe ser fundamental para que una estrategia cualquiera logre la salud para todos.²⁴

La solución a las necesidades de salud en forma progresiva y dinámica, requiere de una formación sistemática de elementos que conforman al personal de enfermería en sus diferentes niveles. Dicha información debe contemplar varios aspectos para que el personal mencionado y de acuerdo al nivel que le corresponda, realice oportuna y eficientemente cada una de las medidas preventivas del individuo, familia y comunidad en los aspectos biológico, psicológico y social

El ser humano constantemente produce y reproduce conocimientos de si mismo y todo lo que lo rodea, es decir debe conocer acerca de los hechos físicos, valores, lenguaje, sociedad, etc. que le permita hacer un estudio metodológico y sistemático de sus actividades que redundarán en la satisfacción de sus necesidades a través de la investigación.

Las enfermeras profesionales no pueden negar su función educativa, la enseñanza es parte integral de la enfermería perinatal, se ocupa de valorar las necesidades de aprendizaje del usuario, comunicar información en sentido formal e informal, planificar para satisfacer las necesidades educativas y usar apropiadamente las estrategias de enseñanza para cubrir estas necesidades, el aumento de los esfuerzos educativos, planificados o no, y formales o informales han contribuido a reducir los temores en relación con el dolor y la seguridad, temores que tradicionalmente se han asociado con la experiencia del parto.

En cierta medida, la educación de enfermería ha ido paralela a este énfasis en los aspectos técnicos de los cuidados, pero a un grado mayor la enfermería ha dado pasos por incrementar la conciencia de las necesidades del paciente y de la responsabilidad de satisfacer estas necesidades.

La enseñanza para que sea eficiente, la enfermera perinatal debe basarse en conocimientos sobre los conceptos y teorías que son básicos en el aprendizaje y la enseñanza, que se usaran junto con sus conocimientos de enfermería y con aquellos que se derivan de las ciencias biológicas y sociales; debe contar con habilidades para descubrir las necesidades y capacidades de la persona que aprende y debe ser capaz de ordenar actividades de aprendizaje con base en las necesidades y habilidades que descubra y por ultimo para que pueda determinar el grado de aprendizaje que ha ocurrido y valorar la eficiencia educativa propia y de otras personas debe tener conocimientos sobre el proceso de evaluación.

En otras palabras, la enseñanza es un esfuerzo planeado y dinámico que tiene como fin facilitar un cambio deseado en la conducta humana por medio del manejo estratégico de condiciones y variables de tal forma que ocurra el aprendizaje en reacción a una meta identificada.²⁵

²⁴ Publicación científica #557 "PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA ANTOLOGÍA". EDITORIAL Organización Panamericana de la Salud, México 1996. Pág. 15 y 16.

²⁵ BUTNARESCU. **ENFERMERÍA PERINATAL**. PP. 365, 367 Y 374.

4. METODOLOGÍA:

4.1. DELIMITACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Una de las estrategias que se desarrollan en el Control Prenatal es la promoción para que la mujer embarazada disminuya las diferentes patologías recurrentes en el embarazo y se entienda que las mujeres llevan esta vigilancia. A pesar de ello los índices de morbimortalidad perinatal siguen siendo elevados; por lo que surge la pregunta de determinar si efectivamente el Control Prenatal con una estrategia educativa a tenido impacto en la prevención de alteraciones durante esta etapa.

Después de analizar la situación prenatal surge la siguiente pregunta: **¿El proceso educativo durante el control prenatal es un factor determinante para la prevención de Infecciones Cervico Vaginales durante el embarazo?**

4.2. VARIABLES.

Dependientes:

- Edad.
- Escolaridad.
- Control prenatal.
- Cultura.
- Inicio de control prenatal.
- Nivel socioeconómico.

Independientes:

- Infecciones cervicovaginales.
- Embarazo.

4.2.1 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

DEPENDIENTES:

EDAD: Es considerada como un factor de riesgo para el embarazo, su relación más estrecha la adoptará de actividades positivas hacia el autocuidado.

ESCOLARIDAD: La educación formal en el desarrollo de toda mujer determinara o no la presencia de Infecciones Cervicovaginales durante el embarazo, ya que el nivel de escolaridad de estas mujeres puede ser un factor determinante para el cuidado de la gestación ya que se considera que a mayor escolaridad mayor es la calidad de salud.

CONTROL PRENATAL: Si la mujer asiste a sus consultas periódicamente, lleva a cabo las indicaciones como se indican se le da una buena educación para el autocuidado durante el embarazo, aunado a una buena atención médica y de enfermería se disminuirá o erradicará la presencia de Infecciones Cervicovaginales.

CULTURA: Las creencias o tabúes que en algunas familias se transmiten de generación en generación podrían repercutir en la etapa del embarazo, así mismo pueden ser condicionantes para la aparición de Infecciones Cervicovaginales, ya que sus ideas no le permitirán tener actividades positivas hacia el cuidado de su embarazo.

INICIO DEL CONTROL PRENATAL: El control prenatal debe de ser iniciado en las primeras semanas de gestación, mientras más temprano se inicie se podrá detectar, prevenir o atenuar factores de riesgo relacionados con la aparición de Infecciones Cervicovaginales.

NIVEL SOCIOECONÓMICO: La economía de las familias para la atención en la mujer embarazada puede dificultar el acceso a los servicios de salud, por lo que considerando que en esta etapa se presentan grandes cambios anatomofisiológicos hacen que se presenten las Infecciones Cervicovaginales y sin la economía suficiente se puede carecer de atención prenatal oportuna y adecuada.

INDEPENDIENTES:

INFECCIONES CERVICOVAGINALES: Como proceso patológico es de gran relevancia, ya que durante el embarazo, por los cambios vaginales es más susceptible a contraerlas y de presentar complicaciones durante la gestación.

EMBARAZO: Es un estado en el cual durante su curso la mujer embarazada va teniendo cambios biofisiológicos desde el momento de la fecundación hasta el alumbramiento y que por los cambios que se dan a nivel cervical y de pH vaginal requieren de mayor atención obstétrica para disminuir en lo posible las complicaciones que puedan presentarse.

4.3. DISEÑO DE PROGRAMA EDUCATIVO.

Hospital Gonzalo Castañeda: (grupo I)

Se captarán mujeres que asistan a los servicios de consulta externa de Ginecoobstetricia con un embarazo de 20 a 30 semanas de gestación a las que se les dará información referente a la investigación para que acepte participar en ella.

Aquellas que acepten participar, se les hará un interrogatorio al inicio, que se le volverá a realizar al final del embarazo donde se realizará otra valoración para conocer si hubo la presencia de infecciones cervicovaginales, y los factores que la propiciaron.

Hospital Nacional Homeopático: (grupo II)

A estas mujeres se les brindará consultoría de enfermería en el Control Prenatal, además se llevarán todas las actividades propias del mismo, se hará más énfasis en la Educación a la Salud enfocado a la prevención de infecciones cervicovaginales. Estas consultorías serán brindadas por los Pasantes del Servicio Social en el Turno Matutino, en donde también se investigarán los factores de riesgo para el embarazo, en caso de presentarse estos con clasificación de riesgo alto serán referidas al servicio de Gineco-obstetricia, para ser valoradas por el especialista.

Se llevará una revisión mensual posterior a la visita con el Ginecólogo en la Consulta Externa, y el control prenatal se dará en la misma fecha de su visita prenatal. Dentro de esta consultoría prenatal se otorgará un programa personalizado con la siguiente dinámica:

1ra. Consulta: Se realizará una valoración de enfermería a través de la Historia Clínica de las mujeres que serán detectadas para la investigación. Así como la detección de factores de riesgo y condición de salud presente en lo referente a infecciones cervicovaginales. Estos datos servirán para elaborar el plan educativo personalizado para cada uno.

2da. Consulta: Se les brindará información sobre higiene y alimentación, que contribuya al autocuidado en lo referente al área genitourinaria.

3er. Consulta: Se les dará toda la información sobre los factores de riesgo que pudieran causar alguna infección cervicovaginal; se abordarán temas correspondientes a las necesidades de la misma.

4ta. Consulta: se reafirmará la información proporcionada en las consultas anteriores.

5ta. Consulta: Se hará una valoración final para determinar si durante su embarazo se logra la prevención de las infecciones cervicovaginales.

4.4. MATERIAL Y MÉTODOS:

La investigación tuvo la finalidad de identificar la importancia del proceso educativo en la prevención de infecciones cervicovaginales en dos grupos de embarazadas, uno de ellos fue el grupo control al cual se le dio un seguimiento de su embarazo con énfasis en la educación a la salud para la prevención de infecciones cervicovaginales, y el otro el cual solamente se tomaron los casos de seguimiento pero sin ese proceso educativo específico.

El grupo control, que es el grupo II, se llevo a cabo en el Hospital Nacional Homeopático, donde se hizo una selección de mujeres embarazadas entre la semana 20 y 30 de la gestación con la finalidad de invitarlas a participar en la investigación. En un primer momento se hizo una valoración de enfermería en la cual se detectaron los factores de riesgo para la aparición de infecciones cervicovaginales durante el embarazo, una vez detectados y evaluados dichos factores se estableció un programa educativo individualizado con cada una, con la finalidad de disminuir y eliminar dichos factores tales como los relacionados a la higiene, alimentación y a la prevención de algunas manifestaciones propias de infecciones cervicovaginales, con esto se pretende que la mujer adquiera elementos para su autocuidado y valoración individual para detectar oportunamente la prevención de estas alteraciones. En el caso de aquellas que presentaran alteraciones o presencia de infecciones cervicovaginales se referían nuevamente a la atención especializada para su valoración y atención oportuna por el ginecoobstetra.

La valoración obstétrica llevada por el médico ginecoobstetra se concretaba a las actividades de maniobras de Leopold, cálculo de semanas de gestación, fecha probable de parto, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, somatometría y valoración de constantes vitales. Una vez terminada esta valoración se canalizaban a la consultoría de enfermería donde se llevo a cabo un proceso educativo intencionado y personalizado encaminado a la prevención de infecciones cervicovaginales durante el embarazo, siendo dadas por los propios investigadores con una participación exclusivamente educativa para hacer énfasis en medidas de autocuidado.

Las sesiones que se llevaron fueron un total de cinco consultorías y en cada una de ellas, se valoraron los factores de riesgo, y las manifestaciones presentes, con lo que se planearon intervenciones independientes y de colaboración encaminadas al proceso educativo. Al final las consultorías y al término del embarazo se pretendía determinar el impacto del proceso educativo a través de la ausencia de las infecciones cervicovaginales durante el mismo, con lo cual se acerba que el proceso educativo tiene gran relevancia para la disminución de la morbilidad perinatal.

El grupo de casos, que es el grupo I, fue en el Hospital General Gonzalo Castañeda, en el cual se realizó una selección de mujeres embarazadas, con las mismas características en cuanto a semanas de gestación. Obteniendo la muestra en la consulta externa, invitándolas a participar en la investigación realizándoseles una encuesta para la obtención de información concerniente al conocimiento de infecciones cervicovaginales y en la prevención de estas infecciones.

Tipo de investigación:

La investigación que se realiza se considera de acuerdo al período en el que se capta la información, de tipo prospectivo ya que la información que se obtendrá se utilizara para los fines planeados durante la investigación.

De acuerdo a la evolución de la investigación es de tipo longitudinal, ya que se estudiara la evolución en un tiempo determinado, y de acuerdo con la apariencia es de tipo comparativo ya que se tomaran 2 instituciones en las cuales se diferenciarian las variables en cuestión.

Muestra:

Se hará en 2 grupos cada uno con una muestra de 55 mujeres al primer grupo y al segundo grupo respectivamente.

Universo:

Mujeres embarazadas entre las semanas 20 y 30 de la gestación del Hospital Nacional Homeopático y del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda.

Tiempo:

Noviembre del 2001 a Junio del 2002.

Espacio:

Se realiza en el servicio de Consulta externa de Obstetricia del Hospital Nacional Homeopático y Ginecoobstetricia hospitalización del Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda.

Criterios de inclusión:

- Todas aquellas mujeres que deseen participar en la investigación.
- Mujeres entre las semanas 20 y 30 del embarazo.
- Mujeres que lleven control prenatal en la institución.
- Mujeres que asistan a la consulta externa por control prenatal.
- Mujeres que decidan llevar un control prenatal con las características propias de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Mujeres que asistan a la consulta por casos de urgencias.
- Mujeres que no deseen participar en la investigación.
- Mujeres que no se encuentren entre las semanas 20 y 30 de la gestación.

Recursos humanos:

Pasantes de la Lic. en Enfermería y Obstetricia:

Recursos financieros:

Proporcionados por los pasantes de la Licenciatura.

Recursos materiales:

- Computadora.
- Hojas.
- Plumas.
- Libros, manuales, revistas, tesis.
- Artículos de oficina.

Instrumentos de trabajo:

- Método: Entrevista directa.
- Instrumento: Cuestionario.

4.5. HIPÓTESIS:

Verdadera: El factor educativo sí contribuye para la disminución de infecciones cervicovaginales durante el embarazo.

Nula: El factor educativo, no contribuye para la disminución de infecciones cervicovaginales durante el embarazo.

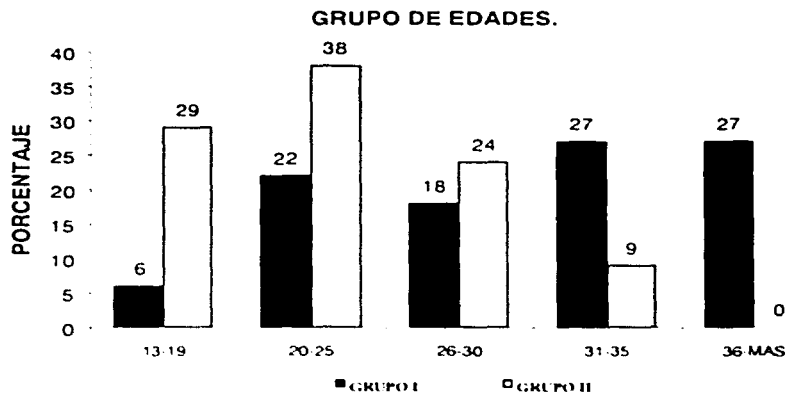
5. GRÁFICAS.

CUADRO No.1

GRUPO DE EDADES.

EDAD	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
13-19	3	6	16	29
20-25	12	22	21	38
26-30	10	18	13	24
31-35	15	27	5	9
36 O MÁS	15	27	0	0
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Encuesta realizada en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda y en el Hospital Nacional Homeopático en el periodo del mes de Diciembre del 2001 al mes de Abril del 2002.



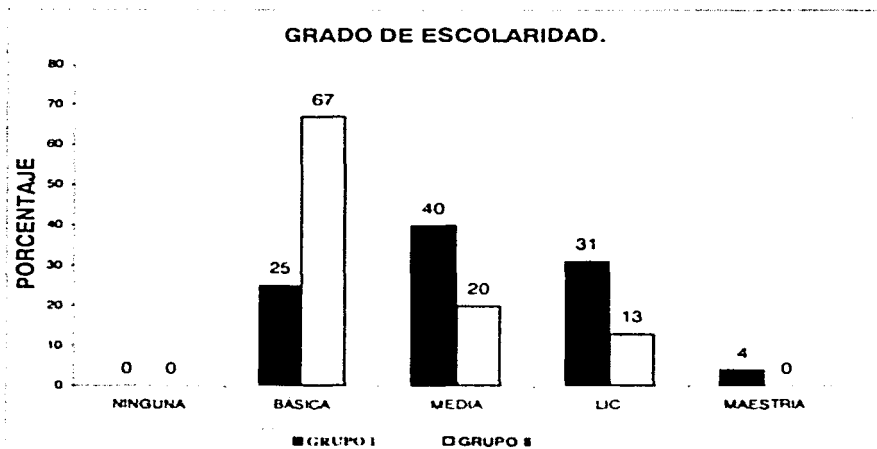
FUENTE: Cuadro No. 1.

**EMIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No.2
GRADO DE ESCOLARIDAD.

ESCOLARIDAD	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	0	0	0	0
Básica	14	25	37	67
Media	22	40	11	20
Licenciatura	17	87	7	13
Maestría	2	4	0	0
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.

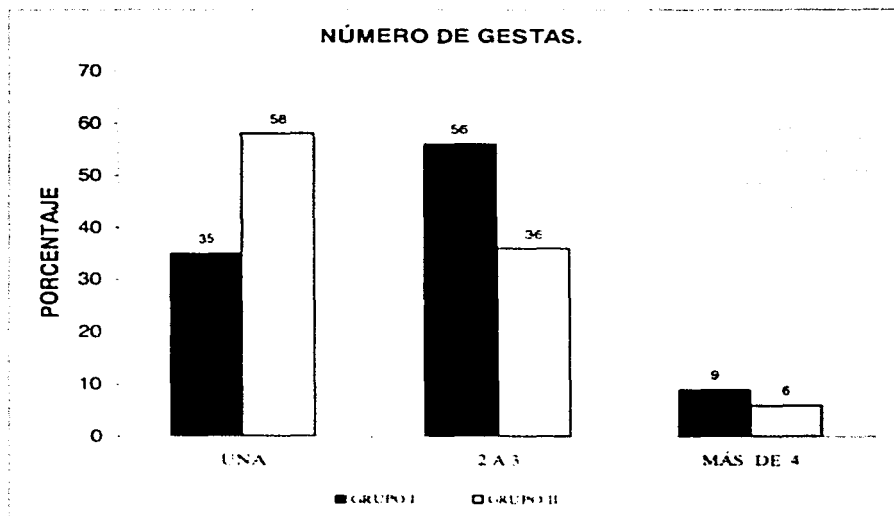


FUENTE: Cuadro No. 2.

CUADRO No.3
NÚMERO DE GESTAS.

GESTAS	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Una	19	35	32	58
2 a 3	31	56	20	36
Más de 4	5	9	3	6
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



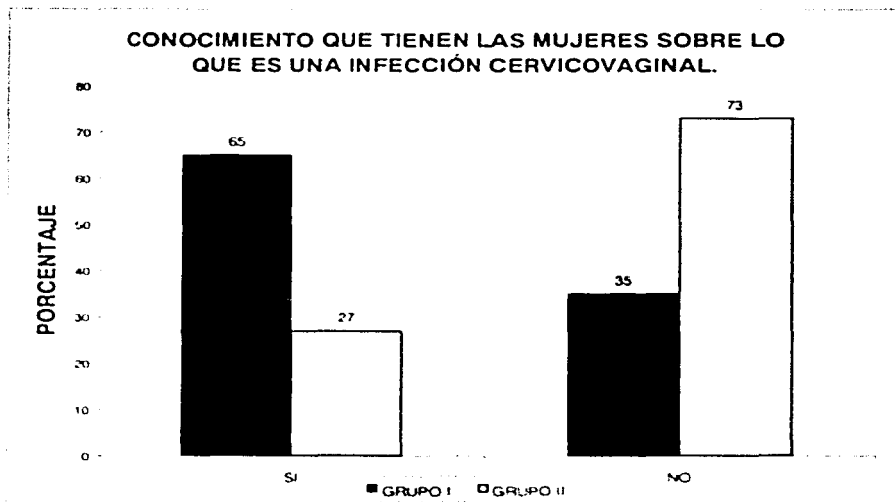
FUENTE: Cuadro No. 3.

CUADRO No.4

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE LO QUE ES UNA INFECCIÓN CERVICOVAGINAL.

ESCOLARIDAD	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	36	65	15	27
No	19	35	40	73
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



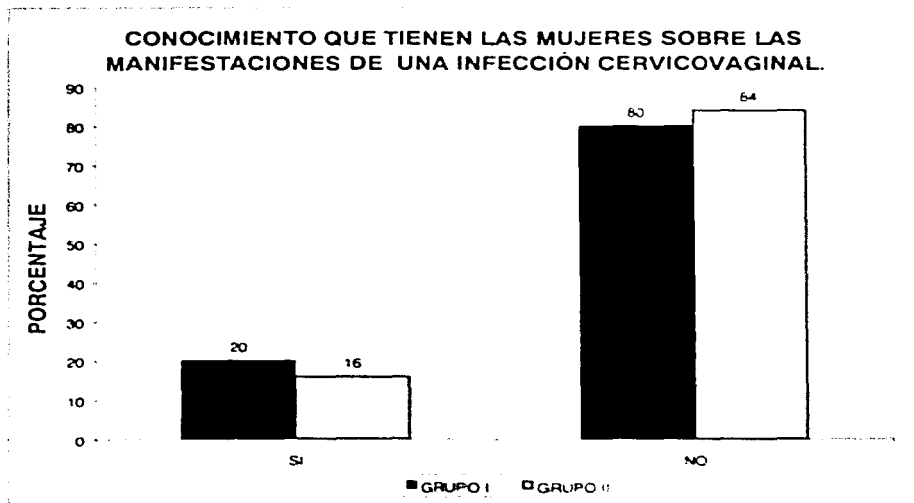
FUENTE: Cuadro No. 4.

CUADRO No.5

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE LAS MANIFESTACIONES DE UNA INFECCIÓN CERVICOVAGINAL.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	11	20	9	16
No	44	80	46	84
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



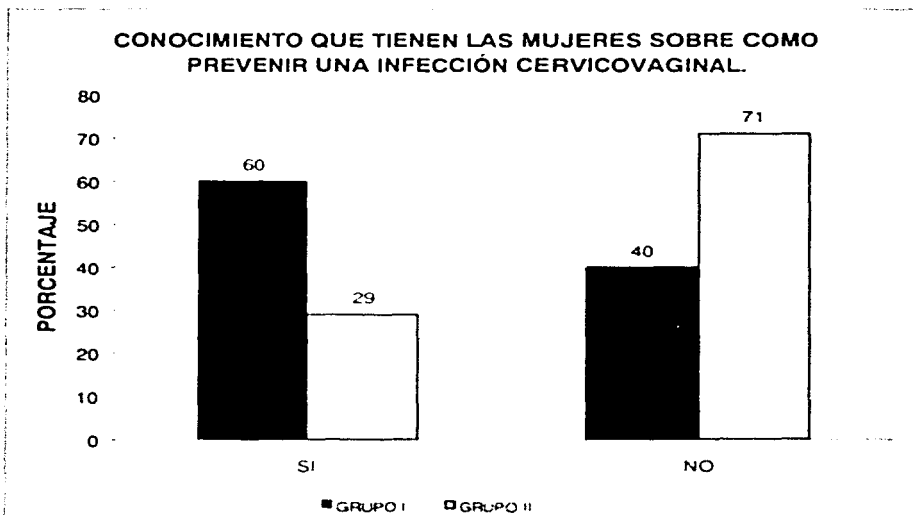
FUENTE: Cuadro No. 5.

CUADRO No.6

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE COMO PREVENIR UNA INFECCIÓN CERVICOVAGINAL.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	33	60	16	29
No	22	40	39	71
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



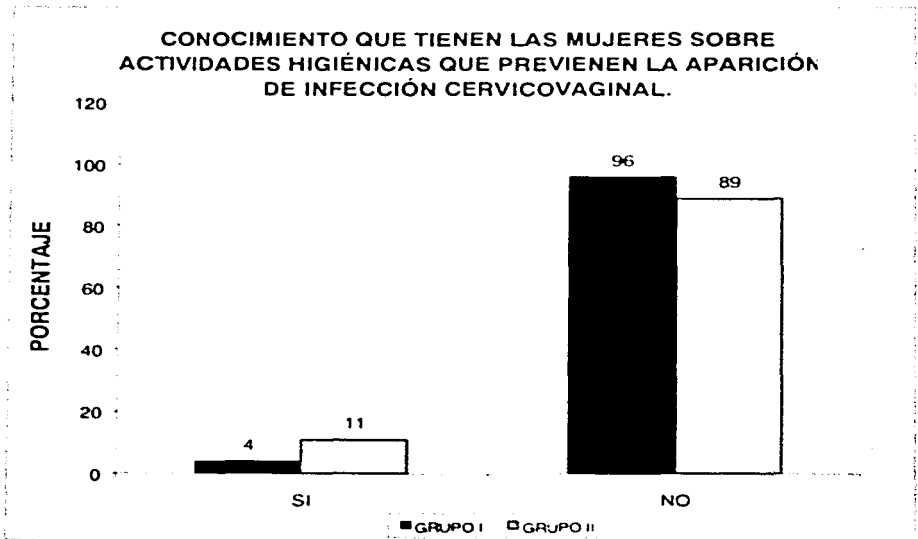
FUENTE: Cuadro No. 6.

CUADRO No.7

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE ACTIVIDADES HIGIÉNICAS QUE PREVIENEN LA APARICIÓN DE INFECCIÓN CERVICOVAGINAL.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	2	4	6	11
No	53	96	49	89
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



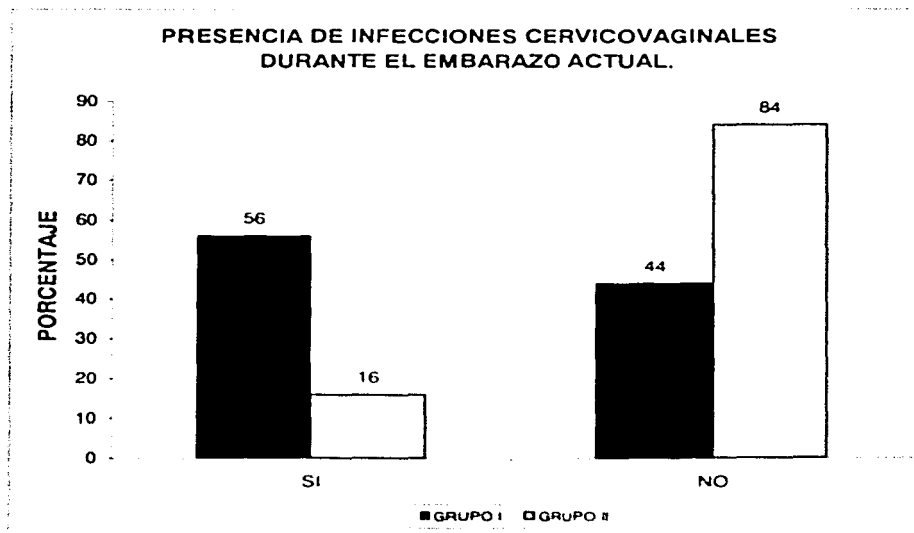
FUENTE: Cuadro No. 7.

CUADRO No.8

PRESENCIA DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	31	56	9	16
No	24	44	46	84
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



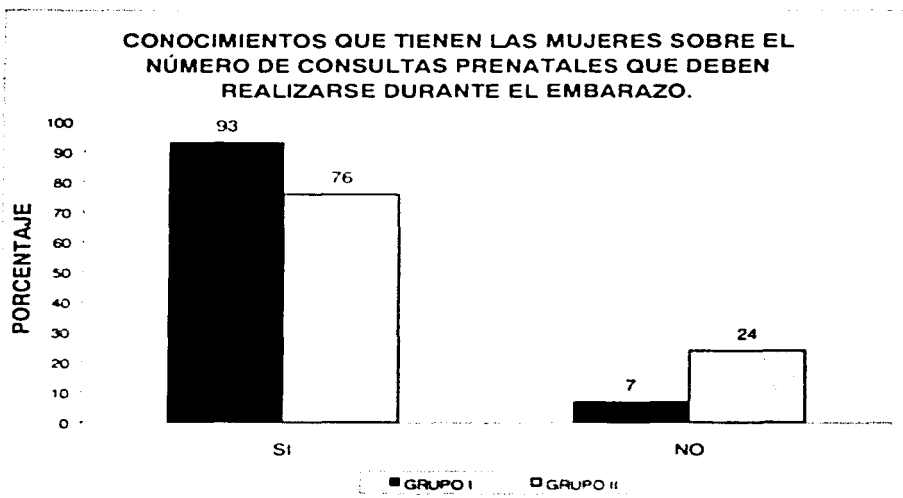
FUENTE: Cuadro No. 8.

CUADRO No.9

CONOCIMIENTOS QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE EL NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE DEBEN REALIZARSE DURANTE EL EMBARAZO.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	51	93	42	76
No	4	7	13	24
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



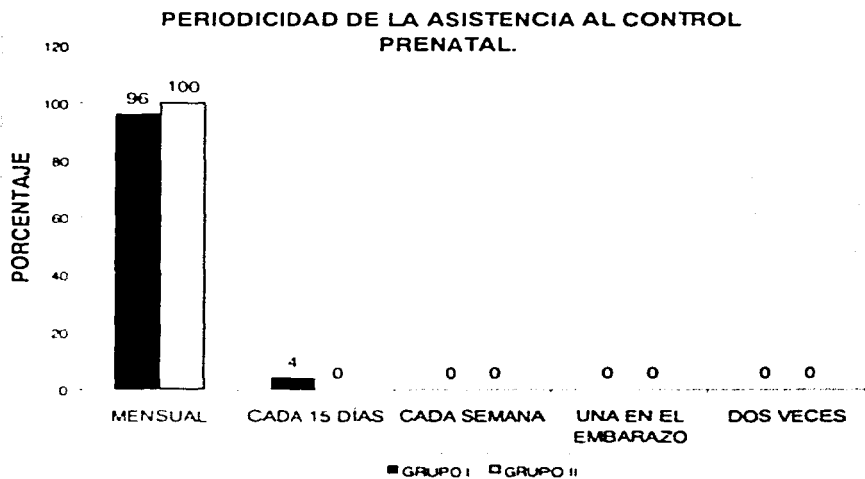
FUENTE: Cuadro No. 9.

CUADRO No.10

PERIODICIDAD DE LA ASISTENCIA AL CONTROL PRENATAL

FRECUENCIA	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mensual	53	96	55	100
Cada 15 días	2	4	0	0
Cada semana	0	0	0	0
Una vez en el embarazo	0	0	0	0
Dos veces en el embarazo	0	0	0	0
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



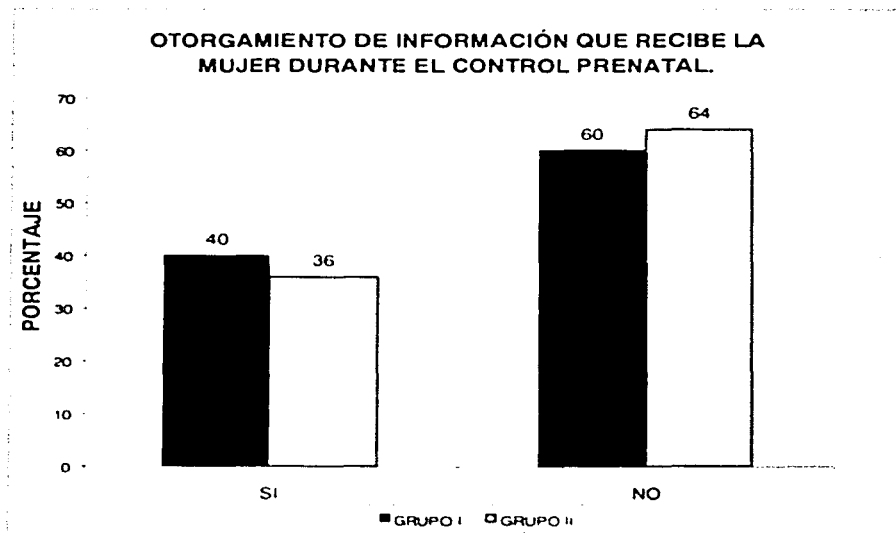
FUENTE: Cuadro No. 10.

CUADRO No.11

OTORGAMIENTO DE INFORMACIÓN QUE RECIBE LA MUJER DURANTE EL CONTROL PRENATAL.

RECEPCIÓN	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	22	40	20	36
No	33	60	35	64
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



FUENTE: Cuadro No. 11.

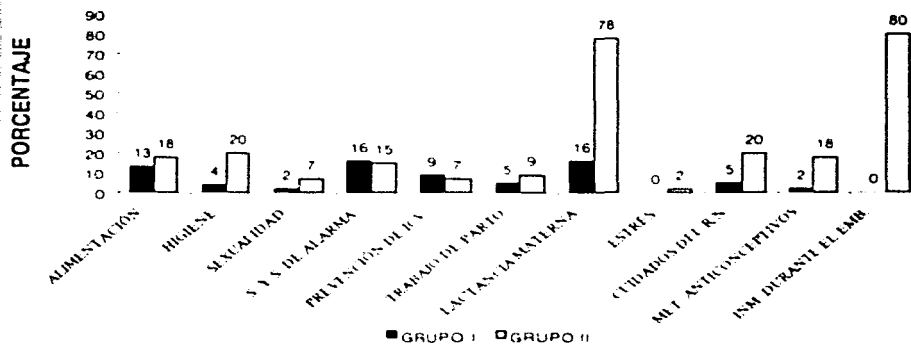
CUADRO No.12

TEMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD QUE RECIBE LA MUJER DURANTE EL CONTROL PRENATAL.

TEMAS	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alimentación	7	13	10	18
Higiene	2	4	11	20
Sexualidad	1	2	4	7
S. y S. de alarma	9	16	8	15
Prevención de ICV	5	9	4	7
Trabajo de parto	3	5	5	9
Lactancia materna	9	16	43	78
Estrés	0	0	1	2
Cuidados del R/N	3	5	11	20
Métodos Anticonceptivos	1	2	10	18
Imm. Durante el embarazo.	0	0	44	80

FUENTE: Misma del cuadro No 1.

TEMAS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD QUE RECIBE LA MUJER DURANTE EL CONTROL PRENATAL



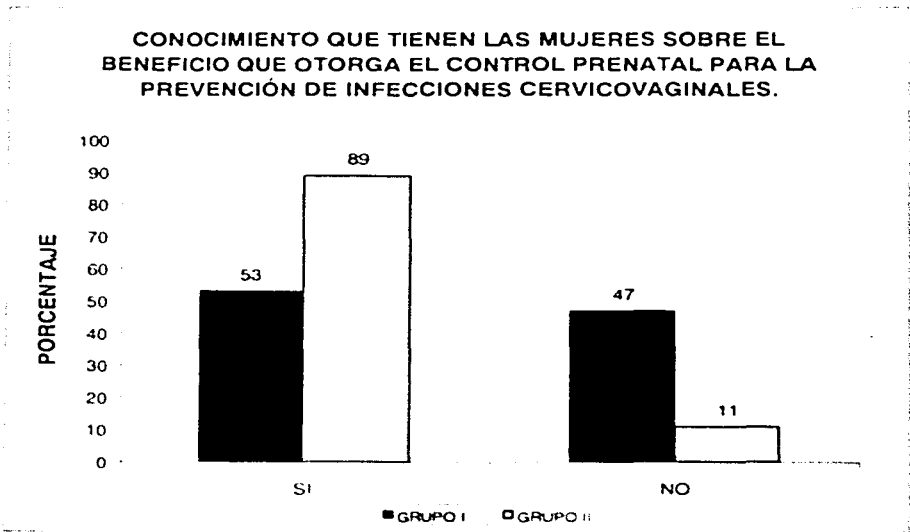
FUENTE: Cuadro No. 12.

CUADRO No.13

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE EL BENEFICIO QUE OTORGA EL CONTROL PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	29	53	49	89
No	26	47	6	11
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



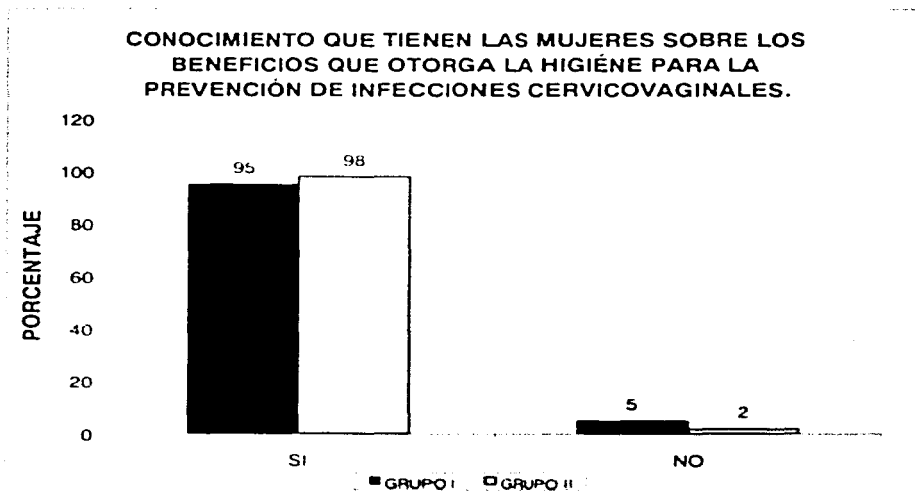
FUENTE: Cuadro No. 13.

CUADRO No.14

CONOCIMIENTO QUE TIENEN LAS MUJERES SOBRE LOS BENEFICIOS QUE OTORGA LA HIGIENE PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES.

CONOCIMIENTO	GRUPO I		GRUPO II	
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	52	95	54	98
No	3	5	1	2
TOTAL	55	100	55	100

FUENTE: Misma del cuadro No 1.



FUENTE: Cuadro No. 14.

6. RESULTADOS.

CUADRO 1: EDADES.

De acuerdo a los grupos de edad se determinó que ambos grupos son heterogéneos, ya que en el grupo I, el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres con edades de 31 a 35 años y de 36 o más con un 27% cada uno, mientras que en el segundo grupo la mayor representatividad es en el rubro de 20 a 25 años con un 38%, considerándose así embarazos de alto riesgo en el grupo I.

CUADRO 2: ESCOLARIDAD.

En cuanto a la escolaridad del grupo I, se observa que el mayor porcentaje lo ocupan las mujeres con escolaridad técnica – bachillerato con un 40%, mientras que en el grupo II, el mayor porcentaje es de aquellas con escolaridad básica, esto es primaria y secundaria, representadas con un 67%.

CUADRO 3: NÚMERO DE GESTAS.

En lo referente al número de gestaciones, en el grupo I se encontró que la mayoría de las mujeres ha tenido de 2 a 3 gestas con un 56%, seguidas de un solo embarazo con un 35%.. En el grupo II es lo contrario ya que la mayoría ha tenido solo un embarazo, y en menor porcentaje aquellas con 2 o 3 embarazos, representadas con un 58 y 36% respectivamente.

CUADRO 4: CONOCIMIENTOS SOBRE UNA INFECCIÓN CERVICO VAGINAL.

En el grupo I se detectó que la mayoría de las pacientes encuestadas, 65%, tienen conocimiento sobre lo que es una infección cervicovaginal, mientras que en el grupo II se detectó que la mayoría desconoce sobre lo que es una infección cervicovaginal, en un 73%.

CUADRO 5: CONOCIMIENTOS SOBRE MANIFESTACIONES DE LAS ICV.

La mayoría de las pacientes encuestadas en ambos grupos desconocen las manifestaciones clínicas de las infecciones cervicovaginales, con porcentajes similares para el grupo I y el grupo II, esto es un 80 y 84% respectivamente lo cual no es congruente con los resultados del cuadro anterior.

CUADRO 6: CONOCIMIENTOS SOBRE COMO PREVENIR ICV.

Del total de las mujeres encuestadas se logró detectar que la mayoría de estas en el grupo I, sí tienen conocimiento sobre como prevenir infecciones cervicovaginales, señaladas con un 60%, mientras que en el grupo II es lo contrario ya que solo un 29% si saben como prevenirlas.

CUADRO 7: CONOCIMIENTO SOBRE ACTIVIDADES HIGIÉNICAS QUE PREVIENEN LA APARICIÓN DE ICV.

En lo referente a las medidas de autocuidado de cómo prevenir las infecciones cervicovaginales se determino que ambos grupos desconocen estas medidas, representadas con un 96 y 89% para el grupo I y grupo II respectivamente, y solo un 4 y 11% tienen este conocimiento.

CUADRO 8: PRESENCIA DE ICV DURANTE EL EMBARAZO ACTUAL.

La presencia de infecciones cervicovaginales durante el embarazo fue mayor en las mujeres del grupo I con un 56%, mientras que un 84% del grupo II no las presentaron, esto tiene relación con la presencia de información durante la consultaría de enfermería prenatal. Solo un 16% de este grupo presento estas infecciones.

CUADRO 9: CONOCIMIENTO SOBRE EL NÚMERO DE CONSULTAS PRENATALES QUE DEBEN REALIZARSE DURANTE EL EMBARAZO.

En el grupo I, la mayoría de las mujeres, un 93% si tienen conocimiento sobre el número de consultas que deben de realizar durante el embarazo, mientras que en el grupo II es menor aunque no con tanta representatividad, ya que corresponde a un 76%, mientras que un 24% desconocen esta importancia.

CUADRO 10: FRECUENCIA DE LA VISITA DEL CONTROL PRENATAL.

En este cuadro la mayoría de las mujeres del grupo I, conoce sobre la frecuencia de visita al control prenatal y respondió que debe ser mensual en un 96%, mientras que del grupo II fue el 100%.

CUADRO 11: RECEPCIÓN DE INFORMACIÓN DURANTE EL CONTROL PRENATAL.

Sobre la recepción de información dada en el control prenatal ambos grupos señalan que es insuficiente, representadas en el grupo I, por un 60% y en el grupo II en un 64%.

CUADRO 12: TEMAS DE EDUCACIÓN QUE RECIBEN DURANTE EL CONTROL PRENATAL.

Sobre los temas de educación que más se reciben durante el control prenatal en el grupo II en orden de mayor porcentaje son lactancia materna, higiene, inmunizaciones, alimentación, y signos y síntomas de alarma, esto es 78%, 20%, 20%, 18% y 15% respectivamente, y para el grupo I son lactancia materna, signos y síntomas de alarma y alimentación en un 16%, 16% y 13%, con esto se determina que el grupo II recibe más temas de información para el cuidado de su embarazo.

En este cuadro el resultado es variable dadas las circunstancias de que las pacientes reciben información de más de un solo tema.

CUADRO 13: CONOCIMIENTO DEL BENEFICIO QUE OTORGA EL CONTROL PRENATAL PARA LA PREVENCIÓN DE ICV.

En este cuadro se determina que para ambos grupos es importante el control prenatal para la prevención de infecciones cervicovaginales, señaladas con un 53% para el grupo I y 89% para el grupo II, para éste el conocimiento es más representativo.

CUADRO 14: CONOCIMIENTO SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA HIGIENE PARA REDUCIR RIESGOS Y LA APARICIÓN DE INFECCIONES CERVICOVAGINALES.

En cuanto al conocimiento de la importancia de la higiene para la prevención de infecciones cervicovaginales durante el embarazo los resultados fueron similares, para el grupo I fue de 95% y para el grupo II el 98%.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

De la población en estudio de ambos grupos, en el de caso y controles se determino que en el grupo I en el rubro de la edad / embarazo se detectó que a mayor edad; mayor es el aumento en el número de embarazos y por lo cual son considerados como de alto riesgo, en comparación con el grupo II que a menor edad presentan una disminución en el número de embarazos, considerándolas en la edad reproductiva ideal; sin embargo a mayor escolaridad como el grupo I presenta, se da más tarde el embarazo y por ello es que se presenta después de los 30 años y más, en el grupo II que cuentan con la escolaridad básica se presenta el embarazo mas pronto sin tener elementos suficientes para una experiencia nueva en su vida, esto nos muestra que una edad y escolaridad recomendables influyen para lograr un embarazo óptimo y por lo tanto prevenir una infección cervicovaginal y sus complicaciones.

De lo anterior podemos decir que las mujeres con mayor escolaridad dicen tener más conocimientos sobre lo que es una infección cervicovaginal, a comparación de las que cuentan con menor escolaridad (grupo II). De lo obtenido se detecto que no cuentan con los suficientes conocimientos de lo que es una infección cervicovaginal. En cuanto al grupo I a pesar del conocimiento que dicen tener no saben como se manifiestan ni como se previenen las infecciones cervicovaginales, por lo tanto ante esta situación el conocimiento no se ha dado de la manera ideal y mucho menos se han dado las medidas de autocuidado necesarias; con esto el proceso educativo es importante en ambos grupos para la prevención de infecciones cervicovaginales; por ultimo entre más preparación se tenga mayor es el conocimiento sobre las infecciones, además de las consultas prenatales que deben de tener durante el embarazo, y que la higiene es indispensable en la prevención de estas.

Por lo tanto podemos decir que la educación es un factor determinante en el quehacer de la enfermería para la prevención de infecciones cervicovaginales durante el embarazo y que ayuda a adoptar medidas de autocuidado con una buena información, que debe ser clara y precisa durante sus consultas. Para mayor seguridad de ellas el personal debe dar una mejor promoción a la salud reproductiva en la atención de estas, además debe existir una mayor participación del Licenciado en Enfermería y Obstetricia.

8. CONCLUSIONES.

Podemos concluir que en toda Institución de salud enfocada a la atención de la madre y el recién nacido se debe de llevar a cabo un programa educativo para poder frenar o erradicar este tipo de infecciones, así como su morbilidad, ya que con lo presentado en esta investigación es importante implementar un programa que beneficie a la población atendida en dichas instituciones, esto dado con calidad y calidez.

Una vez dando seguimiento al programa educativo se le debe dar una continuidad, ya que en su defecto la interrupción de dicho programa provocaría la presencia de las ICV, como lo muestran los resultados del grupo I, en la cual se pudo detectar la presencia y persistencia de estas; en comparación del grupo II en el cual con el seguimiento del programa implementado se pudo comprobar que las ICV se controlaban con las medidas puestas en práctica (higiénico dietéticas).

Además que dichos programas educativos deben y deberían ser dados por parte de todos los promotores de salud, esto para darle más veracidad y creencia a estos programas educativos con las pacientes a las cuales se les brinde y así mejorar su salud sexual y reproductiva tomando conciencia de estas medidas preventivas establecidas en dicho programa.

9. RESUMEN.

La presente investigación realizada es tomada en cuenta para detectar si un proceso educativo es un factor determinante en el quehacer de enfermería para la prevención de ICV durante el embarazo, con lo cual logramos identificar que la implementación de un programa educativo llevado a cabo, si influye en la disminución y prevención de estas infecciones, con lo cual cabe aclarar que a falta de este tipo de programas las ICV llegan a presentarse con más frecuencia; como lo muestra el grupo I en el cual pudimos detectar que las pacientes estudiadas presentaron infecciones y que a pesar de sus consultas persistió la presencia de estas durante su embarazo. En lo referente al grupo II se llevó a cabo un programa educativo en el cual el pasante de enfermería tuvo ingerencia en las consultas otorgadas a las pacientes y que este grupo se les dio seguimiento a través de consultorías de enfermería donde se les habló de todas aquellas medidas a seguir en esta etapa dada la importancia de prevenir una ICV y sus complicaciones, dando como resultado que gracias a este tipo de programas se logró reducir la presencia de ICV; enfatizando la importancia que juega la educación para reducir la incidencia, la prevalencia y por lo tanto la morbimortalidad materna en estos grupos de pacientes ante estos eventos presentados; esto da pauta a implementar programas educativos y darles el debido seguimiento ya que esto es un factor determinante para la calidad y calidez de la atención obstétrica que se debe brindar a la paciente que se encuentra en esta etapa y así mejorar tanto su estilo de vida como la atención hospitalaria.

10. GLOSARIO.

CONTROL PRENATAL: Se define como el conjunto de actividades médicas llevadas a cabo en la mujer embarazada para obtener el mejor grado de salud tanto para ella como para su hijo que está por nacer; está encaminada a la detección temprana de complicaciones, que de presentarse determinen conductas de manejo específico.

CULTURA: Conjunto de elementos de índole material o espiritual, organizados lógicamente y coherentemente que incluye los conocimientos, las creencias, el arte, la moral, el derecho, las costumbres y todos hábitos y aptitudes adquiridas por los hombres en su condición de miembros de la sociedad.

DISCIPLINA: Conjunto de reglamentos que rigen cuerpos, Instituciones o profesiones.

EDAD: Tiempo en que una persona a vivido a partir del día de su nacimiento a cada uno de los períodos que se considera la vida humana.

EDUCACIÓN: Proceso por el cual una persona desarrolla sus capacidades, para enfrentarse positivamente a un medio social determinado a integrarse a él.

EMBARAZO: Estado de la mujer que alberga en su cuerpo un embrión o feto vivo; se caracteriza por la presencia de la menstruación y otros cambios fisiológicos y anatómicos.

ENFERMEDAD: Proceso o malestar específico caracterizado por un conjunto reconocible de signos y síntomas atribuibles a herencia, infección, dieta o entorno.

ESCOLARIDAD: Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

INFECCIÓN: Invasión del organismo por germen patógeno que se reproduce y multiplica, produciendo una enfermedad por lesión celular local, secreción de toxinas o reacción antígeno anticuerpo en el huésped.

INFECCIONES CERVICO VAGINALES: Se caracteriza por el agrupamiento por varios procesos morbidos que alteran la fisiología de la mujer embarazada y que pone en riesgo su vida y que van a tener características propias que las diferencian.

INICIO DE CONTROL PRENATAL: Para que se cumpla esta condición es preciso iniciar el control desde el momento en que la madre sospeche el embarazo, pero como esto casi no se logra, se recomienda que se hagan una prueba inmunológica del embarazo antes de cumplir el primer trimestre del embarazo.

NIVEL SOCIOECONÓMICO: Se considera el nivel socioeconómico al nivel en que se encuentre económicamente, y puede ser bajo, medio y alto.

PREVENCIÓN: Cualquier acción dirigida a prevenir la enfermedad y a favorecer la salud para evitar la necesidad de una asistencia sanitaria primaria, secundaria o terciaria.

REPRODUCCIÓN: Proceso por el cual animales y plantas que generan descendencia; procreación, suma total de los fenómenos celulares y genéticos que participan en la transmisión de vida orgánica desde un organismo a las generaciones sucesivas, de forma similar a los padres, de forma que se mantenga la perpetuación y continuidad de la especie.

SALUD: Estado de bienestar, físico, mental y social. Con la ausencia de enfermedad u otra patología. No es un estado estático, el cambio es constante y la adaptación al estrés dan lugar a la homeostasis.

SEXO: Clasificación en macho o hembra basada en numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas.

BIBLIOGRAFÍA.

- ALVAREZ, Alva. Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial Manual Moderno. México 1991. Pág. 391.
- BEISCHER, Norman. Obstetricia y Neonatología. 3ra edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México 2000. Pág. 855.
- BOLERA, Dubin, Henao. Obstetricia. 6ta. Edición. México 1999. Pág. 676.
- BUTNARESCU. ENFERMERÍA PERINATAL. Salud en la Reproducción. Editorial Limusa. Primera edición. México 1982. Pág. 437.
- CLAIRE BENNETT. SARAH SEARL. Manual de Enfermedades Trasmisibles. editorial Limusa. México 1987. pp. 203 a 213.
- DE BLEIER ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL. Editorial Interamericana. Cuarta edición. México 1994. Pág. 558.
- ESTEBAN Manuel. CONSTRUCCIÓN DE UNA DISCIPLINA. AEED. Sevilla 1992. PP. 111 a 125.
- FRANÇOISE Colliere Marie. PROMOVER LA VIDA. Editorial Interamericana. México 1993. Pág. 395.
- FREGUA BUTNARESCU Glanda. ENFERMERÍA PERINATAL. Editorial Limusa. Primera edición. México 1982. Pág. 437.
- GUTIÉRREZ Daniel MD., MPH. SALUD REPRODUCTIVA. Concepto e Importancia. Serie Paltex para ejecutores de programa de salud #39. organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. México 1996. Pág. 27.
- HERNÁNDEZ Conesa Juana. HISTORIA DE LA ENFERMERÍA. Editorial Interamericana. México 1995. Pág. 195.
- KOZIER, et al. ENFERMERÍA FUNDAMENTAL concepto procesos y práctica. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Cuarta edición. México 1994. Pág. 1597.
- LLACA, Fernandez. Obstetricia Clínica. Editorial Mac Graw-Hill Interamericana. México 2000. Pág. 580.
- NICOLL L. H. TEORÍAS SOBRE LAS PERSPECTIVAS DE ENFERMERÍA. Lippincot Company Philadelphia. Segunda edición. Pp. 1 a 23.

- Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido; criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Publicado el 6 de enero de 1995. México D.F. SS. Pág. 38.
- Obstetricia y Ginecología. Texto integrado, 6ta. Edición. México 2000.
- OLDS London Ladewig. Enfermería Maternoinfantil. 4ta. Edición. México 1995. Interamericana – Mc Graw Hill. Pág. 1210.
- PÓLIT Hungler. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial. Mac Graw-Hill Interamericana. 5ta. Edición. México 1997. pp.701.
- Programa de actualización y desarrollo para personal directivo de enfermería. Material de apoyo. Documento #9. Pág. 19. IMSS.
- Programa de actualización y desarrollo para personal directivo de enfermería. Material de apoyo. Documento #10. Pág. 15. IMSS.
- Programa de actualización y desarrollo para personal directivo de enfermería. Material de apoyo. Documento #12. Pág. 27. IMSS. Diferentes tipos de estudios en: El protocolo de investigación; lineamientos para su elaboración y análisis. Edt. Trillas. México 1984.
- Publicación científica #557. PROMOCIÓN DE LA SALUD: UNA ANTOLOGÍA. EDITORIAL. Organización Panamericana de la Salud. México 1996. Pág. 403.
- Salud sexual y reproductiva. OPS. Washington 1995. Pp. 36.
- SCOTT, James R. et al. Tratado de obstetricia y ginecología de Danforth. Sexta edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México 1999. 1296p.
- SSA. LA NUTRICIÓN Y LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS NIÑOS MEXICANOS. 1ra. Edición. Editorial Fondo de cultura Económica. México 1990. Pág. 287.
- SSA. MATERNIDAD RESPONSABLE Y SIN RIESGOS, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Primera edición. México del 2000 editorial Dirección General de Salud Reproductiva. SSA. Pág. 55.
- SSA. PLAN ESTRATÉGICO 2001-2006. PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA, MARZO DEL 2001. Pág. 33.
- Una nueva mirada a la mortalidad materna en México. Publicación auspiciada por: Fondo de población de las Naciones Unidas, trabajado por el comité promotor por una maternidad sin riesgos en México. María del Carmen Elu, secretaria técnica. 1ra. Edición. México 1999. Pág. 373.

ANEXOS



HISTORIA CLÍNICA.



DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE: _____ EDAD: _____
 DOMICILIO: _____ SEXO: F() M()
 ESCOLARIDAD: Básica: Primaria y Secundaria () Media: Bachillerato y Lic. ()
 Superior: Maestría y Doctorado () TELÉFONO: _____
 RELIGIÓN: Católica () Protestante () Otra ()

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:

Origen: _____ Residencia: _____
 CASA: Propia () Rentada () TECHO: Concreto () Lamina ()
 PISOS: Concreto () Tierra () Mixto () RECAMARAS: 1 () 2 () Más de 3 ()
 MUROS: Tabique () Madera () Cartón () NÚM. DE HABITANTES: 1 y 3 () 4 y más ()
 SERVICIOS SANITARIOS: _____ FAUNA: _____
 Agua intra domiciliaria () Aves () Gatos () Perros () Otros ()
 Agua extradomiciliaria () ASEO: _____

ALIMENTACIÓN:

Leche _____ Carne _____
 Huevo _____ Frutas _____
 Verduras _____ Cereales _____
 Líquidos _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS:

CICLO MENSTRUAL: _____ IVSA: _____ NUM. DE PAREJAS SEXUALES: _____
 M.P.F: _____ TIEMPO DE UTILIZACIÓN: _____
 ¿Ha presentado algún problema con su uso? Si () No () ¿Cuál? _____
 ¿Ha presentado algún flujo que usted considere fuera de lo normal? Si () No ()
 CARACTERÍSTICAS: _____
 G: _____ P: _____ A: _____ C: _____ PAPANICOLAOU: _____
 FUM: _____ FPP: _____
 PATOLOGÍA AGREGADA: _____

PADECIMIENTO ACTUAL:

INICIO DE CONTROL PRENATAL: _____
 NÚMERO DE CONSULTAS: _____



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN



NOMBRE: _____
EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ RELIGIÓN _____
DOMICILIO _____
OCUPACIÓN _____ TELÉFONO _____
FUM _____ G: _____ P: _____ A: _____ C: _____

1. ¿ Sabe que es una infección Cervico Vaginal?

Sí _____ NO _____

2. ¿ Sabe como se manifiesta una Infección Cervico Vaginal?

- a) Flujo con Comezón
- b) Flujo con Ardor
- c) Flujo con Cambio de Color
- d) Flujo con mal Olor

3. ¿ Sabe como prevenir las Infecciones Cervico Vaginales?

Sí _____ NO _____

4. ¿ Las Infecciones Vaginales se Previenen mediante?

- a.) Higiene
- b.) Evitar vida sexual activa
- c.) Uso de ropa interior sintética
- d.) Uso de ropa de algodón
- e.) Usar pantiprotectores

5. ¿ Ha presentado Infecciones Cervico Vaginales durante su embarazo?

Sí _____ No _____

6. ¿ Qué manifestaciones presento?

- a) Dolor
- b) Ardor
- c) Comezón
- d) Mal olor
- e) Mancha

7. ¿ Conoce las complicaciones de las Infecciones Cervico Vaginales?

Sí _____ NO _____

8. ¿ Cuales Serian?

- a) Abortos
- b) Parto Pretérmino
- c) Ruptura Prematura de Membranas
- d) Cáncer Cervico Uterino
- e) Infertilidad
- f) Niños con bajo peso
- g) Otros

9. ¿ Sabe cuantas veces debe acudir al control prenatal?

- a) Más de 5
- b) 5
- c) 3
- d) 2

10. ¿ Cada cuando asiste al control prenatal?

- a) Mensual
- b) Cada quince días
- c) Cada semana
- d) Una vez durante la gestación
- e) Dos veces

11. ¿ Con que frecuencia es su aseo personal?

- a) Diario
- b) Cada tercer día
- c) Dos veces a la semana
- d) Una vez a la semana
- e) Cuatro o más.

12. ¿Tiene relaciones sexuales durante su embarazo?

SÍ _____ NO _____

13. ¿ Cuantas parejas sexuales ha tenido?

R= _____

14. ¿ Recibe información suficiente del control prenatal en su unidad hospitalaria?

SÍ _____ NO _____

15. ¿ Los temas que recibe en su unidad son acerca de?

- a) Alimentación
- b) Higiene
- c) Sexualidad
- d) Signos y sintomas de alarma
- e) Prevención de ICV
- f) Trabajo de parto
- g) Lactancia materna
- h) Estrés
- i) Cuidados del recién nacido
- j) Métodos anticonceptivos
- k) Inmunizaciones durante su embarazo

16. ¿ Piensa que un adecuado control prenatal reduce los riesgos de una Infección Cervico Vaginal durante su embarazo?

SÍ _____ NO _____

17. ¿ Si lleva un buen control prenatal usted previene?

- a) Abortos b) Parto pretérmino c) RPM d) CACU e) Infertilidad
f) Niños con bajo peso g) Otros.

18. ¿ Considera que una adecuada higiene reduce los riesgos y la aparición de una Infección Cervico Vaginal?

SÍ _____ NO _____

19. ¿ Las causas por las cuales no aparecerían estas infecciones cuales serían?

- a) Mantener limpia el área genital
b) Eliminar residuos de la vagina
c) No contaminar los genitales.

20. ¿ Cree que el uso del condón reduzca la aparición de estas Infecciones?

SÍ _____ NO _____

21. ¿ Su uso previene las ICV por que?

- a) Sirve como barrera protectora
b) Evita el contacto directo del pénis con la vagina.

22. ¿ Conoce los síntomas de alarma para saber si presenta una ICV?

SÍ _____ NO _____

23. ¿ Cuales serían esos síntomas?

- a) Flujo con cambio de color
b) Flujo con comezón
c) Flujo con ardor
d) Flujo con mal olor
e) Si el flujo mancha su pantaleta.

24. ¿ Cree usted que la información que conoce del control prenatal sea suficiente?

SÍ _____ NO _____

25. ¿ Por que SI y por que NO?.

R= _____



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.



NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____ EDAD: _____
 CEDULA: _____ FECHA: _____
 FACTORES DE RIESGO AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL: _____

FACTORES DE RIESGO EN LO REFERENTE A LA HIGIENE: _____

FACTORES DE RIESGO EN LO REFERENTE A LA ALIMENTACION: _____

SDG: _____ FLUJO VAGINAL: (Color y olor) _____

PRURITO: _____ ESCOZOR: _____ EDEMA: _____
 TRATAMIENTO ACTUAL / MEDICAMENTOS: _____

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EDUCATIVAS: _____

PRÓXIMA CITA: _____



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.



NOMBRE: _____
 DOMICILIO: _____ EDAD: _____
 CEDULA: _____ FECHA: _____
 FACTORES DE RIESGO AL INICIO DEL CONTROL PRENATAL: _____

FACTORES DE RIESGO EN LO REFERENTE A LA HIGIENE: _____

FACTORES DE RIESGO EN LO REFERENTE A LA ALIMENTACION: _____

SDG: _____ FLUJO VAGINAL: (Color y olor) _____

PRURITO: _____ ESCOZOR: _____ EDEMA: _____
 TRATAMIENTO ACTUAL / MEDICAMENTOS: _____

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA EDUCATIVAS: _____

PRÓXIMA CITA: _____

DATOS DE ALARMA.

- DOLOR TIPO CÓLICO CADA 5 MINUTOS.
- SANGRADO TRANSVAGINAL MAYOR O MENOR QUE UNA MENSTRUACIÓN.
- SALIDA DE LÍQUIDO POR GENTALES CON O SIN DOLOR.
- DOLOR DE CABEZA.
- VISIÓN BORROSA O VER LUCECITAS.
- ZUMBIDO EN OÍDOS, MAREOS O NAUSEAS.
- DISMINUCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ.
- DEJAR DE SENTIR LOS MOVIMIENTOS DE SU BEBÉ.

EN CASO DE PRESENTAR ALGUNO DE LOS ANTERIORES NO DUDES EN ASISTIR AL SERVICIO MEDICO.



**CONTROL PRENATAL.
CONSULTORÍA DE ENFERMERÍA.**

NOMBRE: _____

EDAD: _____

FUM: _____ FPP: _____

FACTORES DE RIESGO: _____

FECHA	SDG	PESO	TA	TEMA

**... S C N
FALLA DE ORIGEN**