



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



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
PREPARACION FISICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA
FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE
TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO
PRIMER SEMESTRE 2006**

**Tutora:
Prof. Ricarda Montaña**

**Autoras:
Amaná, Aura
C.I. Nº 4.458.129
Cabarca, Yomaira
C.I. Nº 13.046.665
Ramírez, Justina
C.I. Nº 5.116.580**

Valencia 2006



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



**PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA
PREPARACION FISICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO
OBSTÉTRICO ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA
FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE
TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO
PRIMER SEMESTRE 2006**

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

**Tutora:
Prof. Ricarda Montaña**

**Autoras:
Amaná, Aura
C.I. Nº 4.458.129
Cabarca, Yomaira
C.I. Nº 13.046.665
Ramírez, Justina
C.I. Nº 5.116.580**

Valencia 2006

DEDICATORIA

A Dios por estar siempre a nuestro lado y acompañándonos en todo y cada uno de los pasos que hicieron posible la realización de este trabajo.

A mis hijos Johan, José Gregorio y Marianne; Doza y Nahum; Luís Enrique, razón de nuestro existir, su apoyo, cariño, ternura y comprensión que facilitaron nuestro crecimiento personal.

A mi hermana María, mis sobrinas Ana Cecilia, Yusmil y Francis, quienes a pesar de la distancia me han apoyado y brindado su amor incondicional.

A mis padres Luis Carlos y Martina, por estar siempre a mi lado y luchar a pesar de las adversidades para sacar adelante nuestra familia, estoy orgullosa de ustedes, son mi ejemplo a seguir.

A mi esposo Henry, por ser ayuda, amor y constancia.

A mi esposo José por hacerme ver la vida desde una óptica muy diferente y realista, por apoyarme y ayudarme en todo.

A mi compadre José Manuel (TATO) quien ha sido más que un amigo un hermano incondicional.

A Marina y al Lic. Gilbertico Delgado, apoyos económicos y de espíritu inquebrantables.

A nosotras mismas, que este trabajo ha sido la culminación de una meta más y el cumplimiento de nuestros sueños más recientes.

AGRADECIMIENTO

A nuestra tutora Prof. Ricarda Montaña, su generosidad en la entrega de conocimientos y experiencias, le merecen nuestro respeto.

A las Dras. Amarilis Guerra, Nelly Arenas, Marisol García, Dres. Luís Villasana, Sergio Gonzáles, Dra. Evelia Figuera, Prof. Fidel Santos, todos ellos por su especial contribución en nuestro desarrollo profesional, a ustedes nuestra más alta estimación y aprecio.

A mí respetada Lic. Cellys Bastidas, Sra. Marina Chivico, nuestros compañeros de trabajo, quienes siempre han estado dispuestos a ayudarnos cuando más los necesitamos.

A nosotras mismas, que este trabajo ha sido la culminación de una meta más y el cumplimiento de nuestros sueños más recientes.

LISTA DE CUADROS

1. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador asistencia inmediata. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
71
2. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador interrelación afectiva. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
74
3. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador procedimientos específicos. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
76

LISTA DE GRAFICOS

1. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador asistencia inmediata. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
73
- 2.
3. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador interrelación afectiva. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
75
4. Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador procedimientos específicos. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”. Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.....Pág.
77



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



PROPUESTA DE UN PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREPARACION FISICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO PRIMER SEMESTRE 2006

**Autoras:
Amanáú, Aura
Cabarca, Yomaira
Ramírez, Justina**

**Tutora:
Prof. Ricarda Montaña
Año: 2007**

Resumen

El estudio estuvo diseñado en función de una propuesta de un Programa Educativo sobre la preparación física de la embarazada de alto riesgo que se le cumple la monitorización fetal, la investigación fue de tipo descriptiva y su población objeto de estudio estuvo conformada por 26 gestante de alto riesgo que para el momento de la investigación hicieron presencia en la Unidad de Perinatología, Hospital Central de Valencia, Edo. Carabobo “Enrique Tejera”. Para la recolección de la información se aplicó un cuestionario tipo dicotómico (Si – No) conformado por 19 ítems, al instrumento se realizó su confiabilidad por medio de la prueba piloto de Alfa Crombach cuya confiabilidad fue de 0.93%. Los resultados indican que las embarazadas reciben una preparación física de manera parcial en lo referente al aporte de orientación sobre procedimientos específicos de la monitorización que debe conocer la gestante de alto riesgo previo a la monitorización fetal. Hecho que conduce a la propuesta de un programa educativo para la Unidad de Perinatología.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

El profesional de salud (médico – enfermera) que se desempeña en la Unidad de Perinatología, tiene como finalidad proporcionar cuidados de alta calidad y complejidad a embarazadas que necesitan observación continua y precisa, y estos deben ser especializados, enmarcados dentro de una atmósfera de comprensión, bondad y respeto a la dignidad humana; que cumplan con los procedimientos existentes, permitiéndoles actuar como elemento comprometido, responsable y decisivo dentro del grupo de salud, ofreciendo los cuidados en el monitoreo fetal a las embarazadas de alto riesgo.

Cuando se inicia el uso de soporte vital, en este caso el monitoreo electrónico de la frecuencia cardiaca fetal, los esfuerzos iniciales van dirigidos a conseguir a dicho grupo humano, el objetivo primario, salvar la vida al feto y a la madre. Es evidente que el monitoreo fetal ha permitido salvar muchas vidas ante las enfermedades o agresiones que afectan la gestación.

En toda Unidad de Perinatología deben realizarse procedimientos para obtener la información acerca de la salud del feto, ellas son: monitorización estresante, el test de pose o test de tolerancia fetal a las contracciones uterinas, monitorización no estresante, ecográfica, estudio del líquido amniótico, evaluación hormonal y enzimático, monitoreo clínico, y monitoreo electrónico fetal o test de reactividad fetal (TRF); el cual consiste en la observación, medida y registro continuo de variables biológicas utilizadas como indicadores de la condición fetal como frecuencia cardíaca fetal (FCF), el registro simultáneo de las contracciones uterinas y el equilibrio ácido – base en la sangre fetal.

Para la interpretación de este estudio el período de prueba debe ser por lo menos de 30 minutos, para permitir que haya ciclos de descanso fetal. Se considera reactivo o positivo cuando la frecuencia cardíaca fetal aumenta 15 latidos por sobre la basal en reacción a la actividad fetal y que dure 15 segundos. Para poder decir que la frecuencia cardíaca es reactiva, deben obtenerse cinco respuestas así, es un registro de 20 minutos y se considera no reactivo cuando la frecuencia cardíaca fetal no aumenta con los movimientos fetales o se presentan menos de cinco reacciones en un registro de 20 minutos. Por lo general se prolonga el período de prueba para propiciar ciclos de descanso del feto.

Para llevar a cabo este procedimiento, es necesario que la embarazada se encuentre en estado post-pandrial, es decir que haya ingerido alimentos en un tiempo no mayor a las dos horas previas al examen, y que su tiempo de gestación no sea menor de las 30 semanas.

Hay que destacar que dentro de las acciones del equipo humano de salud (médico – enfermera) previas a la monitorización fetal, se debe valorar la condición de la embarazada mediante control de signos vitales, examen céfalo caudal, datos obstétrico y personales, grupo sanguíneo y factor RH y evaluación ecográfica perinatal.

Así mismo, el personal de salud (médico – enfermera) debe crear un clima de confianza, que permita la relajación de la gestante, explicarle el procedimiento a seguir, llamada por su nombre, y proporcionarle el confort necesario, por cuanto uno de los objetivos en los cuidados de maternidad orientadas en la familia que espera un hijo es lograr una salud óptima a través de medidas preventivas de sostén y restauradoras.

En consecuencia, le corresponde a sí a este personal como parte del equipo perinatal la vigilancia estricta de la salud, para lo cual se dispone de recursos esenciales, entre ellos del monitor fetal para la realización del test de reactividad fetal.

En la Unidad de Perinatología de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET), Valencia – Edo. Carabobo, se atiende a diario 24 a 26 embarazadas en el turno de 7:00 a.m. a 1:00 p.m.; sean hospitalizadas o ambulatorias, con previa cita y con información escrita de los requisitos indispensables para la realización del estudio en cuanto a estado post – pandrial y tarjeta de control prenatal así como ecografía perinatal. Cabe destacar que esta Unidad funciona como punto de referencia intra hospitalaria y extramuro.

Dentro de este orden, cabe mencionar los hechos observados durante las actividades cumplidas en la Unidad de Perinatología ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” (CHET) en la realización del monitoreo fetal o test de reactividad fetal, en lo cual las embarazada, generalmente las hospitalizadas, no llevan la preparación previa , ejemplo, no haber ingerido alimentos 2 horas antes de la monitorización y tarjeta de control gestacional, adecuada referida al estado post- pandrial para la realización de este examen y además suelen venir sin la documentación exigida.

Esta situación, genera que los resultados de la prueba suelen no ser confiables para su interpretación, debido a que no cumplen los requerimientos previos, por lo que se crea expectativas desfavorables o de angustia en la propia paciente, retardo en la realización del procedimiento a otras embarazadas que esperan turno para dicha prueba,

lo que motiva a que faltan a controles sucesivos, pérdida de tiempo, pérdida de recursos médico-quirúrgicos, entre otros, que pudiera obviarse si se realizarán los cuidados adecuados previos y durante el procedimiento.

Implica entonces, considerar necesario una mejor información con gestantes y familia sobre la preparación para el monitoreo fetal.

En ese sentido, se vislumbra la necesidad de contar en la unidad perinatal con el uso de un programa educativo que en lo posible propicie medidas de orientación e información necesarias para una monitorización fetal exitosa. Desde ese orden orientar tanto a las embarazadas y familias como al personal de salud adscrito al área obstétrica.

La situación expuesta, da lugar a las siguientes interrogantes:

¿Qué aporte informativo le da el personal de salud (Médico-Enfermera), a las gestantes sobre la preparación previa requerida para la monitorización fetal?

¿Qué aspectos relacionados a la interrelación afectiva toman en cuenta el personal de salud, antes la monitorización fetal a la gestante de alto riesgo?

¿Cuáles son los cuidados que se presta referido al aporte informativo de los procedimientos específicos para la monitorización fetal a la gestante de alto riesgo?

Las respuestas a las interrogantes planteadas, constituyen el marco referencial para desarrollar esta investigación.

En ese sentido se formula proponer un programa educativo sobre la preparación física de la embarazada de alto riesgo obstétrico ante la monitorización electrónica fetal en la Unidad de Perinatología de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006.

Objetivos de la investigación

Objetivo General

Proponer un programa educativo obstétrico sobre la preparación física de la embarazada de alto riesgo obstétrico, antes de la monitorización electrónica fetal. Unidad de Perinatología ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo.

Objetivos Específicos

- Identificar los conocimientos en las gestantes de alto riesgo sobre la asistencia inmediata recibida en la Unidad previo a la monitorización fetal.
- Identificar los conocimientos en las gestantes de alto riesgo sobre la interrelación afectiva recibida antes de la monitorización fetal.
- Identificar los conocimientos en las gestantes sobre los procedimientos específicos recibidos para la monitorización fetal.
- Diseñar un programa educativo sobre la preparación física de la embarazada de alto riesgo previo a la monitorización fetal.
- Verificar la factibilidad para el desarrollo del programa en el área obstétrica del hospital “Dr. Enrique Tejera”.

Justificación

El cuidado es una necesidad humana para el completo desarrollo, el mantenimiento de la salud y la supervivencia de los seres humanos en todas las culturas del mundo, el cual es la esencia de enfermería.

En tal sentido, Rally, G. Citado por Pinto, N. (2002) refiere que:

El cuidado es asistir a un individuo a interpretar su propia realidad. Cuidar es la esencia del personal de salud (médico – enfermera), en su participación con el paciente, en la determinación del sentido único que para él tiene la salud, la enfermedad y la muerte. (p.2)

De manera que para la enfermera el cuidado es un fin y la más alta dedicación a la usuaria.

Es por ello, que en la asistencia moderna de la maternidad, los cuidados abarcan diversos tratamientos y procedimientos, cuya finalidad es reducir los riesgos para la madre y el producto, con la realización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal se cuenta con un instrumento razonable para detectar el feto saludable, o sea, no asfixiado y para el procedimiento del mismo, la embarazada debe tener la información precisa, lo que involucra un aspecto ético de los deberes del equipo de salud, en cuanto a los derechos del enfermo del Código de Enfermería en el artículo 33 establece: “El enfermo tiene derecho a ser informado sobre cualquier procedimiento que deba realizarse para confirmar su diagnóstico”. (p.12)

Cada procedimiento entraña responsabilidades específicas de enfermería y valoración e interpretaciones, intervenciones especializadas. Cabe resaltar la importancia del papel de la enfermería en la atención directa a embarazadas de alto riesgo obstétrico, tomando en esencia de

la función del profesional de Enfermería que consiste en atender y cuidar la persona, la que está investida de una dignidad, característica del ser humano y como tal es capaz de diferenciar entre lo que puede y tienda hacer y lo que es correcto hacer porque acrecienta el bien de sí, de los demás y de la naturaleza, conciencia ética, es decir, actúa, tiene una correspondencia entre el poder y querer y se rige por normas de conductas.

Al respecto Suárez, E. y Parada, M. (2001).

De esta consideraciones la práctica de la enfermería precisa de elementos o instrumentos de trabajo que garanticen una actuación excelente del profesional para tratar y manejar a las personas en situación de enfermedad o necesidad a su cargo, entre ellos, a parte de los principios éticos, los derechos, los valores, la relación de ayuda tiene una justificación importante, la "Regla de Oro", ya que el profesional de Enfermería como persona, debe actuar con dignidad para que sus actos evidencien esta condición. (p.155).

De esta reflexión, se crea la necesidad de aplicar normas, procedimientos y conductas dirigidas al cuidado de la embarazada ante la monitorización fetal, esto justifica el cuidado de enfermería, así mismo dar una orientación eficiente que permita el consentimiento fundamentado en el derecho de elegir y colaborar o rechazar el procedimiento.

Desde ese marco referencial, se justifica el desarrollo de esta investigación ya que proporcionará las oportunidades de enseñanzas y

aprendizaje en fijación de normas para la práctica, investigación, formación y gestión del personal de salud en la realización del monitoreo fetal a las embarazadas de alto riesgo.

Para la Unidad de Perinatología a través del presente proyecto se propone un sistema que sirva de guía en cuanto a la educación, orientación, control y unificación de criterios y así facilitar a un cuidado de calidad en cada embarazada para que la monitorización fetal tenga éxito, para garantizar la ejecución óptima del procedimiento con resultados confiables que revelen de manera fidedigna la salud de la madre y el feto y así obtengan la información en relación al sistema de referencia para la realización de este estudio en relación a las embarazadas de alto riesgo. Hecho que por supuesto beneficiarán a la institución y a la comunidad en sí.

La relevancia social del proyecto y lo significativo es que define ciertos criterios de actuación y de cuidados que deben prodigiarse a toda mujer embarazada que se encuentren en situación de riesgo, precisando en todo caso diversos procedimientos que conlleven al desarrollo de las habilidades, y por ende al éxito de una atención en beneficio del usuario.

De manera que, teóricamente se justifica por los pocos trabajos realizados en esta temática esperando que los resultados sean un aporte que logre estimular al personal de salud, a realizar efectivamente los

cuidados a las gestantes de alto riesgo. Desde el punto de vista metodológico se espera sea de interés para otras investigaciones en esta área temática.

Por último, las autoras consideran necesario aportarle a la institución un útil herramienta educativa como posible solución al problema planteado, que a su vez puede ser utilizada en todas las instituciones de asistencia obstétrica y que beneficiaría a embarazadas, institución y comunidad.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

El presente capítulo describe en un primer momento los antecedentes, referidos a investigación relacionada con el tema en estudio, posteriormente se presentan las bases teóricas que sustentan y amplía la descripción del problema integrando la teoría con la investigación y sus correspondientes relaciones.

Antecedentes

Para muchos expertos del área investigativa uno de los mecanismos que constituyen a familiarizarse con el tema objeto de estudio, es la revisión de investigaciones previamente realizadas que sirvan de base al objeto de estudio y fortalezcan el conocimiento existente sobre el tema. Desde este punto de vista, se presentan a continuación los antecedentes que sustentan la variable en estudio.

Ortegón, S. y Páez, M. (2004) en su trabajo cuyo título es: Diseño de un Protocolo de actuación para la realización del test de reactividad fetal, en el Hospital Materno Infantil, en Valencia – Edo, Carabobo,

buscaron determinar la factibilidad de la investigación, fue un proyecto tipo descriptivo, documental y de campo, elaboraron un instrumento tipo cuestionario de 16 ítems con alternativas de respuestas cerradas (dicotómico Si – No), la población estuvo conformada por 22 enfermeras profesionales que laboran en los tres turnos de trabajo (7 a.m. a 1 p.m.; 1 p.m. a 7 p.m. y de 7 a.m. a 7 p.m.) donde los resultados obtenidos de la investigación, los autores demostraron que el diseño Protocolo de Actuación para realizar test de reactividad fetal en la Sala de Admisión de la Unidad de Emergencia del Hospital Materno Infantil, es factible cuentan con la infraestructura, los recursos humanos capacitados, insumos y tecnología necesaria, además de ser una estrategia rentable, de bajo costo y de amplio impacto en el desempeño laboral y en la atención a las usuarias, optimizando la calidad del cuidado humano impartido en la institución, preservando la salud materno - fetal y previniendo precozmente diversas patologías de la población de embarazadas.

Al respecto se evidencia la factibilidad del diseño protocolo de actuación, ya que determinó la alta responsabilidad en el mantenimiento y mejoramiento de la salud materno – fetal ya que impulsa a examinar el rendimiento, la efectividad y la eficacia de las acciones implementadas, mediante la unificación de ideas y conducta para el establecimiento de pautas y normativas para orientar a las madres sobre el test.

Zapata, Y. y Zurita, N. (2002), realizaron en Lima- Perú, una investigación cuyo propósito fue determinar el valor predictivo del monitoreo electrónico fetal en el diagnóstico de distocia funicular. El estudio fue de tipo prospectivo, longitudinal, correlacional, no experimental con un nivel de confianza del 95%, para ello analizaron 1332 registros de monitoreo electrónico fetal de los cuales 311 presentaron signos subjetivos de distocia funicular y estos fueron evaluados para determinar las características cardiotocográficos (línea de base, variabilidad y Dip III) y la validación de pruebas diagnósticas.

Para la validación de la prueba diagnóstica estimaron la sensibilidad (62.60%), especificidad (93.29%), valor predictivo positivo (76.84%) y valor predictivo negativo (84.52%), según las estadísticas estimaron que la distocia funicular representa a la Unidad de Medicina Fetal del Instituto Materno Perinatal, y además encontraron un resultado perinatal del 0.64% de depresión neonatal teniendo en cuenta el puntaje de Apgar. Los resultados de este trabajo son: las medidas de valoración diagnóstica de una prueba como son la sensibilidad, especificidad, el valor predictivo positivo y predictivo negativo. Así mismo la incidencia de depresión neonatal es baja cuando existen signos subjetivos de distocia funicular en el trazado cardiotocográfico.

Concluyen recomendando tener en cuenta la presencia de desaceleraciones variable no periódicas (espicas) en la lectura del trazado cardiotocográfico, pues está relacionado a distocia funicular; así mismo sugieren también que es de gran utilidad un trazado cardiotocográfico intraparto a las pacientes que presentaron signos sugestivos de distocia funicular. Consideraron que la teroincidencia es muy alta y muchas veces no confirmados por su déficit detección.

Orozco, S. (2001) realizó una investigación titulada: Diagnóstico Prenatal en embarazo de alto riesgo. El objeto de la investigación fue elaborar el diagnóstico prenatal en embarazadas de alto riesgo. La metodología fue un estudio tipo citogenético y la determinación de alfafetoproteinas en líquido amniótico junto al ecosonograma obstétrico como métodos de evaluación fetal, utilizados en embarazadas con alto riesgo de tener descendencia anormal. La población fue referida a 284 gestantes tomando como muestra el total de la misma, fueron seleccionadas entre septiembre 2000 y octubre 2001. A cada embarazada le realizó amniocentesis eco dirigida, al líquido amniótico le practicó estudio citogenético, utilizando la técnica de cultivo in situ y determinación de alfafetoproteinas por inmunoensayo enzimático, con el fin de realizar diagnóstico prenatal de malformaciones fetales y cromosómicas.

La edad gestacional estuvo comprendida entre las semanas 13va. y la 23va. Los resultados según el autor evidenció que los motivos de referencia más importante fueron, edad materna avanzada: 183 (64.44%), sospecha ecográfica de malformación: 20 (7.04%); abortadoras habituales, ansiedad materna, hijo previo con anormalidades cromosómicas: 4 (1,41%); con síndrome de Turner: 2 (0.701 / 16); con síndrome de Down. En un 97.89% (278) los resultados fueron normales, lo que disminuyó la ansiedad, en la pareja. La determinación de alfafetoproteínas la realizó en 93 casos (32,7%) encontraron que estos fueron elevados en tres fetos con defectos del tubo neural. Con estos métodos de diagnóstico prenatal logró demostrar la presencia de malformaciones congénitas en 12 casos (4,22%), y se detectó también un alto porcentaje de enfermedades con origen monogénico.

Es por ello que la investigación realizada por Orozco, aporta conocimientos teóricos al estudio que se realiza, por enfocar una de las variables que se desarrolla en el mismo, la cual se refiere al embarazo de alto riesgo.

Morales, N.; Puerta, M. y Gómez, C. (2000) realizaron en Antioquia, Colombia una investigación cuyo propósito fue realizar el monitoreo fetal en las embarazadas de alto riesgo en las interacciones entre personal de enfermería, paciente y familiares durante el cuidado del paciente. El

abordaje cualitativo de la realidad lo lograron a través de observaciones de estudiantes de enfermería y docentes durante las prácticas consignadas en diarios de campo, la muestra fue de 92 pacientes, 96 familiares y 97 profesionales de enfermería. El instrumento que utilizaron fue una encuesta estructurada bajo consentimiento informado. Los principales hallazgos fueron en la categoría interacción comunicación, señalan las actitudes y gestos y el personal identificó momentos comunicacionales propicios durante la interacción. En la categoría Comunicación y desempeño: los pacientes indican la forma de reconocer al personal de enfermería y éste cuenta las barreras para la comunicación oral. En la categoría cuidado de enfermería, develan lo que es buena atención, la satisfacción o insatisfacción con la misma.

Bases Teóricas

La base personal esencial para el personal de salud (médico-enfermera) de las Unidades de Perinatología se sustenta en el conocimiento especializado obtenido a través de las experiencias vividas en la acción profesional; y el consentimiento teórico – conceptual abordado por fuentes autorizadas. Las diferentes disciplinas de salud especializadas, se focalizan hacia la atención de la persona sana o enferma y se traduce como servicio de ayuda a la embarazada de alto riesgo.

Desde ese marco referencial un programa educativo en un área de asistencia a persona sana y enferma, parte de la responsabilidad diaria del personal de salud equipo multidisciplinario en salud, adscrito a estos lugares de trabajo. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) “al planearse el diseño de un programa como estrategia de enseñanza a clientes y/o pacientes, se debe tomar en consideración diversos factores que pueden influir tanto en la enseñanza como en el aprendizaje durante la atención dada” (p.74). De acuerdo a la referencia el programa al ser diseñado, este debe contar con instrucciones e informaciones para los diversos conceptos que se buscan dar a conocer.

En ese sentido, el programa educativo puede aportar enseñanza individualizada y de grupo, debe ser de fácil comprensión y que permita la dramatización del saber.

El programa para usuarios permite a que los facilitadores y participantes respondan a preguntas y aclaren dudas, proporciona información sobre una situación en particular. Un programa según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998), “permite el refuerzo de las destrezas en sus integrantes popularizando la enseñanza y dirigiendo acciones específicas” (p.96).

Desde ese marco de ideas el programa educativo debe ser organizado con métodos y técnicas que aseguren las instrucciones adecuadas. Es posible emplear diversas estrategias para la enseñanza que van desde películas hasta pancartas, libros, material impreso, es decir, el programa puede ser adaptado a un circuito cerrado o abierto, se puede transmitir en función de explicar u orientar.

Lo que implica considerar al programa educativo de suma utilidad cuando los usuarios acuden a los servicios de salud, dando así la oportunidad para discutir y aclarar ideas.

Al diseñar el programa educativo, es necesario contar con objetivos, metas, estrategias, métodos, contenidos y plan de evaluación, todos van marcados en sus unidades.

Objetivos: Estos deben ser establecidos en función de lo que se espera enseñar a cada participante. Por lo tanto los objetivos deben ser trazados para los participantes, en la búsqueda le aumentan sus informaciones según contenido.

Metas: este segmento del programa, sugiere establecer en el tiempo lo que se espera alcanzar, constituye una manera conveniente para obtener datos del aprendizaje aportado, y tiene espacio para servir como indicador

para una valoración posterior, lo que permite considerar al componente meta como la medición en tiempo y espacio de lo que se espera alcanzar.

Estrategias: en el componente programático las estrategias enmarcan la forma y manera de conducir la enseñanza. Desde ese orden se anotará la conducción del aprendizaje dependiendo de lo que se propone, la recomendación siempre se relaciona al tipo de participante. Ejemplo: edad, cultura, entre otros.

Método: el método es para el aporte informativo, en todo momento debe propiciar una relación estrecha entre el facilitador y los participantes, lo que trae como resultado un mejor aprovechamiento del contenido, para tal objetivo, se debe utilizar; exposiciones, demostraciones, películas, entre otros, el fin es el alcance satisfactorio del aprendizaje.

Contenido: para el programa educativo su contenido debe establecer requisitos mínimos que se refieren a factores como referencia bibliográfica, actualización, pretendiendo de esta manera un aprendizaje con eficacia y claridad.

Es necesario que los contenidos programáticos no solamente sean manejados por el facilitador sino también por el participante. Al planear los contenidos se deben clarificar los conceptos basados en razones de

tipo médico asistencial y de salud. Obviamente se pretende que la información sea veraz y oportuna.

Relacionando estos conceptos de programas educativos con la investigación. En este nivel es necesario recordar que va dirigido a embarazadas de alto riesgo, y también el entorno del personal de servicio, lo que implica, emplear acciones basadas en razones de tipo de preparación y discernimiento sobre lo que en sí requiere la preparación previa de la embarazada de alto riesgo para la monitorización fetal en la unidad obstétrica.

En el caso específico de la investigación el programa forma parte de la atención brindada en dicha consulta, correspondiente a la vigilancia del bienestar de la madre y del producto de la concepción.

En ese orden, el programa educativo, para la Unidad de Perinatología Hospital “Dr. Enrique Tejera” Valencia – Edo. Carabobo, debe ser en función del éxito del cuidado perinatal, enmarcado en un valor clínico para las orientaciones de una atención adecuada por parte de la gestante previo el monitoreo fetal teniendo en cuenta que lo importante es disminuir o evitar, en lo posible, el daño materno y perinatal.

Cuidado al riesgo: Lo anterior resume que es necesario la comprensión de que estas embarazadas tienen mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción el mismo que puede afectar a la madre, al feto o al recién nacido.

El conocimiento de estos factores, y la intervención en forma preventiva para evitar el daño es la acción que permite catalogar como cuidado requerido de manera específica según el riesgo. Desde ese orden se actuaría en función de romper la cadena con algunos de los eslabones que en sí propician la situación del riesgo.

Cabe entonces tener en cuenta que pueden existir un distinto grado de riesgo en cada gestante, en algunos casos pueden existir mayor probabilidad que en otros. Es decir, pueden existir algunas diferencias que establecen un mínimo para las embarazadas de bajo riesgo hasta un máximo para aquellas que presentan una alta probabilidad de sufrir alguna complicación para el feto y ella.

Conviene entonces analizar las definiciones dadas por la OPS (op-cit) sobre riesgo.

Factores de riesgo es toda característica o circunstancia de una persona o grupo que está asociada a una posibilidad patológica o de evolución especialmente desfavorable de este proceso. Riesgo es la probabilidad que tiene una persona o grupo de sufrir daño o enfermedad de origen biológico, social o ambiental (p.18).

De acuerdo a la referencia es necesario evaluar para determinar si existen o pueden aparecer factores de riesgo. En lo que respecta a la clasificación de una gestación como alto riesgo, requiere de una revisión sistemática mediante un sistema de puntuación:

Edad materna: Las madres ≤ 15 años tienen un riesgo aumentado de desarrollar preeclampsia y de presentar recién nacidos de bajo peso o con déficit nutricionales. Las mujeres ≥ 35 años presentan un mayor riesgo de tener o desarrollar una hipertensión crónica o una hipertensión inducida por el embarazo sobreañadida, diabetes gestacional, miomas uterinos y distocias. El riesgo de anomalías cromosómicas aumenta desde un 0.9% a los 35 hasta un 7.8% a los 43 años de edad, la biopsia de vellosidades cromosómico o la amniocentesis para el análisis cromosómico debe ofrecerse a las mujeres gestantes por encima de 35 años de edad.

Peso materno: Las mujeres primíparas que pesan <45 Kg. tienen un alto riesgo de tener un recién nacido pequeño para la edad gestacional (PEG). Un aumento de peso inadecuado durante el embarazo (<7 Kg.) en una mujer de bajo peso aumenta aún más el riesgo, de modo que la incidencia de recién nacidos PEG se aproxima al 30%. Al contrario, la obesidad materna es un factor de riesgo de macrosomía fetal diabetes gestacional e hipertensión.

Talla materna: En mujeres con una altura menor de 1.40 a 1.50 cm. aproximadamente el riesgo de desproporción pélvico-fetal, parto pretérmino y retraso del crecimiento intrauterino está aumentado.

Aborto habitual: El riesgo de aborto recurrente después de tres pérdidas fetales en etapas precoces del embarazo es de aproximadamente un 35%. Las mujeres que presentan abortos habituales tienen más probabilidad de tener mortinatos en el segundo trimestre y comienzos del tercero y de parto pretérmino. Antes de intentar un nuevo embarazo deben excluirse traslocaciones balanceadas en los padres, anomalías uterinas y cervicales, infecciones, enfermedades del tejido conectivo y trastornos hormonales.

Antecedentes de recién nacidos muertos o muerte neonatal: Los antecedentes de pérdida fetal perinatal sugieren la posibilidad de una anomalía citogenética fetal o en los padres, diabetes materna, trastornos vasculorrenales crónicos, hipertensión, enfermedad del tejido conectivo o abuso de drogas. Las mujeres con pérdidas perinatales también pueden tener niveles elevados de anticuerpos anticardiolipina y/o anticoagulante lúcido. El uso de aspirina para reducir trastorno lupus-like en relación con la tasa de pérdida perinatal ha presentado resultados variables.

Antecedentes de parto pretérmino o recién nacido PEG. Cuanto mayor número de partos pretérmino ha presentado una mujer, mayor es el riesgo del mismo en el embarazo actual. Una mujer que haya presentado previamente un recién nacido de peso ≤ 1.5 Kg. Sin otros partos, tiene un 50% de posibilidades de tener un parto pretérmino en la siguiente gestación. En una paciente que ha tenido anteriormente un recién nacido PEG debe investigarse la posibilidad de hipertensión, trastornos renales, aumento de peso inadecuado, infección, tabaquismo y abuso de alcohol o drogas.

Antecedentes de recién nacidos macrosómicos: El parto previo de un recién nacido de peso >4.5 Kg. Sugiere diabetes materna. Si se sospecha este diagnóstico, la paciente debe ser estudiada mediante una prueba de sobrecarga de glucosa de 50 g en 1 h a la 10, 20 y 28 sem. de la gestación; si existen niveles anormales de glucosa, éstos deben confirmarse con la prueba de tolerancia a la glucosa de 3 h.

Multiparidad: Las mujeres que han tenido cinco o más embarazos tienen un riesgo elevado de inercia uterina durante el trabajo de parto y de hemorragias posparto secundario a atonía del útero. Las multíparas también pueden presentar un parto demasiado rápido, con el riesgo de hemorragia y embolia de líquido amniótico. La placenta previa también es más frecuente en las grandes multíparas.

Antecedentes de preeclampsia o eclampsia: La presencia de estas complicaciones en embarazos previos incrementa el riesgo de hipertensión en las gestaciones siguientes, sobre todo si la paciente presenta un trastorno vasculorrenal crónico subyacente identificable.

Hijos previos con trastornos genéticos o anomalías congénitas: deben plantearse a la paciente todas las pruebas necesarias (ecografía, biopsia de vellosidades crónicas, amniocentesis, análisis del ADN) para determinar la presencia de defectos congénitos con probabilidad de reaparición.

Antecedentes familiares de enfermedad genética: Una historia de retraso mental u otros trastornos familiares aumenta el riesgo del mismo déficit en el recién nacido. También tiene incidencia familiar el embarazo gemelar.

Lesiones intraparto previas: Si una mujer tiene antecedentes de dificultades en el parto o ha tenido niños que requirieron cuidados intensivos al nacimiento, puede haber presentado distocia de hombro o parto prolongado y tiene un riesgo aumentado de parto por cesárea en gestaciones posteriores.

Anomalías del tracto vaginal: Un útero tabicado o bicorne puede dar lugar a abortos o partos prematuros. Para su diagnóstico están indicadas la histeroscopia o histerosalpingografía, que también pueden ser útiles para confirmar una incompetencia cervical; ésta también puede determinarse mediante ecografías seriadas de la cervix durante el primer trimestre.

Fibromas uterinos (leiomiomas): Estas lesiones son más frecuentes en mujeres de edad y pueden asociarse con un mayor riesgo de parto pretérmino, distocia, presentación anómala, placenta previa y aborto habitual. La degeneración carnososa (infarto del tumor) puede dar lugar a un abdomen agudo. Para su diagnóstico pueden estar indicadas una histeroscopia o una histerosalpingografía. El diagnóstico diferencial incluye la rotura o torsión anexial y la apendicitis. El tratamiento de la degeneración carnososa consiste en líquidos, reposo y analgesia.

Isoinmunización: El tipo más frecuente de sensibilización es la que se produce contra el antígeno Rh (D). Si una mujer ha tenido un recién nacido con un trastorno hemolítico significativo, debe determinarse el grupo sanguíneo de los padres y los anticuerpos maternos contra sus antígenos lo más precozmente posible. Existen protocolos claros y eficaces para la atención de la gestación en mujeres no sensibilizadas Rh-negativas y en las que presentan anticuerpos irregulares.

Hipertensión: La hipertensión está indiscutiblemente asociada con riesgos elevados de morbi-mortalidad materna y fetal. Sus consecuencias más frecuentes se producen a nivel cerebral, cardíaco y renal en la madre, además de una frecuencia mayor de recién nacido muerto, abrupcio placentue y, en el feto, retraso del crecimiento intrauterino e hipoxia debida a hipertensión inducida por el embarazo sobreañadida.

Infecciones cervicales y vaginales: Durante la gestación, estas infecciones pueden conducir a parto pretérmino o rotura prematura de membranas. Los microorganismos causantes incluyen la estreptococos del grupo B, Chlamydia trachomatis, especies de Micoplasma y Ureaplasma y los relacionados con vaginosis bacteriana. El tratamiento antibiótico adecuado puede evitar la rotura prematura de membranas y detener el parto pretérrnino.

Pielonefritis: En todas las mujeres embarazadas debe cultivarse una muestra de orina, obtenida a mitad del chorro miccional, al inicio de la gestación. Los cultivos se repiten si aparecen síntomas. Las pacientes con bacteriuria significativa deben tratarse con antibióticos para reducir el riesgo de pielonefritis, que se asocia con parto pretérmino y rotura prematura de membranas. Para determinar la respuesta al tratamiento deben efectuarse cultivos seriados de seguimiento.

Fiebre: Una temperatura corporal >39.5 °C durante el embarazo el primer trimestre se asocia con la interrupción del embarazo y con un riesgo aumentado de anomalías del SNC. Un grado similar de temperatura al final de la gestación puede dar lugar a parto pretérmino si la causa de la fiebre es una pielonefritis o amnionitis.

Problemas quirúrgicos agudos: Una intervención quirúrgica aguda durante la gestación se asocia con un riesgo elevado de parto pretérmino. Puesto que los cambios fisiológicos del embarazo pueden dificultar el diagnóstico de un trastorno específico, cuando se establece la causa el proceso a menudo está bastante avanzado, incrementando el riesgo de morbi-mortalidad materna.

Exposición a teratógenos: Las infecciones potencialmente teratógenas incluyen el herpes simple, hepatitis vírica, sarampión, rubéola, varicela, sífilis, toxoplasmosis y las causadas por virus coxsackie y citomegalovirus. Muchos fármacos y drogas, como el alcohol, difenilhidantoína, antagonistas del ácido fólico, litio, estreptomicina, tetraciclina, talidomida y warfarina son teratógenos. Pero tiene una importancia particular el efecto del tabaco, el alcohol y las sustancias de abuso. Tan pronto como sea posible, debe recogerse una historia detallada del uso de drogas y exposición a trastornos infecciosos.

Tabaquismo: Es la adicción probablemente más frecuente entre mujeres embarazadas en Estados Unidos. A pesar de la publicidad creciente se advierte sobre los perjuicios de fumar para la salud, el porcentaje global de mujeres que fuman y el de fumadoras importantes ha aumentado en los últimos 20 años. El hábito de fumar ha aumentado sustancialmente en las adolescentes y supera al que existe en varones en este grupo de edad. Aunque es perjudicial tanto para el feto como para la madre, sólo alrededor de un 20% de las fumadoras que se quedan embarazadas dejan de fumar. El efecto más consistentemente observado es una reducción en el peso del nacimiento; el peso medio de los recién nacidos cuyas madres fuman durante el embarazo es unos 187 gramos menor que el de los hijos de no fumadoras.

Alcohol: El alcohol es el principal teratógeno conocido. La ingesta alcohólica consumida durante el embarazo puede producir un amplio espectro de defectos que varían desde el aborto espontáneo hasta alteraciones severas del comportamiento sin anomalías físicas. El riesgo de aborto espontáneo aumenta aproximadamente al doble, particularmente en las grandes bebedoras. El indicador más factible de exposición prenatal al alcohol es el bajo peso al nacimiento, con una media en estos recién nacidos de unos 2.0 Kg.: el peso al nacimiento medio de todos los neonatos a término es aproximadamente 3.3 Kg. La incidencia del síndrome alcohólico fetal, una de las principales

consecuencias del etilismo durante la gestación, es aproximadamente de 2.2 por cada 1000 nacidos vivos. El síndrome incluye retraso del crecimiento antes o después del nacimiento, anomalías faciales, contracturas articulares, defectos cardiovasculares y disfunción del SNC que consiste en microcefalia, grados variables de retraso mental y alteraciones del desarrollo neuroconductual. El síndrome es una de las principales causas conocidas de retraso mental; su incidencia supera la del síndrome de Down y la parálisis cerebral.

Drogadicción y abuso de sustancias: Incluyen la dependencia crónica de heroína y la experimentación con varios estimulantes, sedantes y fármacos reguladores del ánimo, produciendo un síndrome complejo del ánimo, produciendo un síndrome complejo de abuso de múltiples sustancias. Este último es más frecuente entre las adolescentes. El uso de cocaína y sus derivados se ha convertido en endémico en los últimos años, extendiéndose a todas las clases sociales. Se estima que aproximadamente un 25) de los adultos han consumido marihuana o cocaína al menos una vez y >5 millones de personas en Estados Unidos son consumidoras habituales de cocaína, muchas de ellas, mujeres en edad de procrear. En un 60 a 90) de las mujeres adictas a heroína existen alteraciones menstruales que dificultan el conocer la fecha de la regla, pero estas anomalías no son específicas sino más bien relacionadas con malnutrición, hepatitis, infecciones pélvicas y estrés

causado por el ambiente social, económico y emocional inestable en el suelen encontrarse. El uso de antefetaminas, diazepam y cocaína tiene un escaso efecto sobre el ciclo menstrual y no suele interferir con la concepción. Las gestantes numerosas pueden estar asociadas con una drogadicción concomitante.

Monitorización fetal

Si bien el riesgo representa un conjunto de factores que conllevan a una afección, es necesario también reconocer la importancia de actuar de manera individualizada o conjunta, para predecir o minimizar la aparición del daño, lo cual permite el desarrollo de acciones predictiva para la detección de los factores de riesgo.

Hecho que amerita un conocimiento de cada una de las características que aislada o integradas conducen al riesgo. De ahí, que con la aplicación de dar una asistencia a la embarazada con aplicación del enfoque de riesgo, se permite ser representativo de la realidad, llevar solución o alivio a la parte afectada y ser practicable.

Relacionando estos conceptos con el cuidado de la madre y el feto de riesgo, se amerita el reconocimiento y la aceptación de la vigilancia

requerida en el feto como paciente individual y también en forma de binomio (madre-feto).

Cuidado al feto y madre:

Sazón, J.; Keeder, RN, L, D. (op-cit) consideran:

Existen varias circunstancias en la que el feto se encuentren peligro y que exigen la evaluación del estado fetal. Tales casos van desde la paciente que presenta amenaza de aborto durante el primer trimestre, a quien debe determinarse la viabilidad del embarazo, hasta los estudios que se realizan en el segundo trimestre del embarazo para determinar trastornos anatómicos, congénitos y cromosómicos. En el tercer trimestre es necesario realizar evaluaciones seriadas en madres con trastornos crónicos (diabetes – hipertensión) así como problemas más agudos como preeclampsia y embarazos de post-término (p.1080).

Aunado a la referencia los autores continúan señalando que las medidas de asistencia que ameritan ante un feto en riesgo, significa clasificar y comprender la viabilidad del embarazo y de esa manera reconocer las condiciones fetales. Hecho que requiere medidas exploratorias que ayudan a descubrir problemas fetales durante el segundo trimestre del embarazo. Cabe considerar al cuidado fetal y de la madre desde un orden que permita el análisis de las evaluaciones fetales con la opción del reconocimiento y garantía del feto.

Este reconocimiento conllevará a grados de avances de comprensión que pueden permitir proporcionarle al feto algún tratamiento significativo. Tal acción se da gracias a los avances tecnológicos de la valoración fetal y al rápido incremento paralelo en profesionales especializados y de apoyo en el amplio campo de la perinatología.

Tal comprensión acerca del concepto emitido induce a la necesidad de contar con personal de salud cada vez con más sub-especialidades y entrenamiento, que hacen posible el cuidado del feto.

Desde ese marco referencial, los métodos y técnicas de usos para propiciar cuidados intrauterinos como por ejemplo: obstetra, enfermeras clínicas perinatales y médicos, asesores genéticos neonatólogos, etc. hacen posible el cumplimiento de esa vigilancia lo cual quiere decir, que el cuidado del feto y madre, pase hacer una acción especializada que requiere del gran apoyo de los otros integrantes del equipo de salud, de la propia embarazada y del grupo familiar.

Para la OMS (2001) sostiene:

Se ha demostrado que la observación del feto antes del parto durante un embarazo de alto riesgo, reduce de manera significativa tanto la mortalidad fetal como perinatal. Estas acciones son mediadas por diferentes métodos que hacen posible el diagnóstico fetal. (p.1080).

De acuerdo a la referencia el programa de observación fetal son métodos efectivos que reducen la frecuencia de muertes fetales. Por lo tanto las madres deben estar instruidas al respecto. Ejemplo, como contar movimientos fetales y la importancia de notificar de inmediato cualquier disminución en la actividad fetal.

De acuerdo a ello, se hace evidente la importancia de contar con la preparación de la madre, sobre cada uno de los procedimientos, a fin de alcanzar condición exacta del feto.

Dentro de todas estas especialidades y sub-especialidades de diagnóstico fetal para su cuidado hay que mencionar la monitorización de la frecuencia cardiaca fetal antes del parto (último trimestre), referente al estado de la salud del feto, siendo la frecuencia cardiaca fetal (F.C.F) la variable que más se utiliza para este fin.

Zapata, Y.; y Zurita, N. (2002) define el monitoreo cardiaco fetal como: “un procedimiento diagnóstico que estudia el comportamiento de la frecuencia cardiaca del feto en relación a los movimientos del mismo y la dinámica uterina” (p.5).

La primera vez que se evaluó la frecuencia cardiaca fetal por Philippe Le Gauss en “The History in Fetal Monitory en el siglo XVII quien

describió en un poema “La auscultación de los latidos cardiacos asegura el diagnóstico de la vida fetal”.

En el mismo orden de ideas Zapata, Y.; y Zurita, N. (op-cit) continua señalando que en el inicio se dio la evaluación electrónica de la frecuencia cardiaca fetal, cuando Cremer reportó por primera vez la impresión del electrocardiograma fetal (p.8), esto dio inicio a apariciones numerosas de electrocardiogramas fetales en la literatura médica y, a lo largo del tiempo ha sido usado para el diagnóstico de vida fetales. Hom (1958) citado por Zapata (op-cit) el uso de una técnica electrónica para la evaluación de la frecuencia fetal instantánea, debe ser desde el inicio del primer periodo de parto hasta la expulsión del feto, ya que el autor consideró un difícil diagnóstico de distres fetal con la auscultación intermitente, pues él concluye que el uso de esta técnica electrónica moderna que evalúa los cambios en la frecuencia cardiaca fetal durante todo el trabajo de parto puede lograr valorar con exactitud el distres fetal. El mismo autor introdujo el concepto de frecuencia cardiaca fetal instantánea y sus variaciones.

Paúl y Hom hicieron la primera introducción del monitoreo fetal durante la década de los 60 en Yabe New Habun hospital E.O América ha contribuido al descenso de la mortalidad perinatal. Desde ese orden destacan los autores que en ese período la se ampara en uno de los

primeros lugares en el mundo, a partir del uso del monitoreo electrónico fetal en 1974 bajaron a un 21%. Esto se demuestra a través de un estudio realizado en 1975 por Tuterá y Newman, ellos demuestran la mortalidad perinatal en un grupo de mujeres monitorizadas de mediano riesgo es de 8 por mil nacimientos vivos, frente al otro grupo que no fue monitorizado y fue de 19 por mil nacidos vivos. Entonces la reducción de mortalidad perinatal es uno de los más importantes hechos en obstetricia, en relación al uso del monitoreo electrónico fetal.

Ahora bien, aunado a la monitorización fetal el que procede con la valoración física de la embarazada (examen físico) también incluye la valoración biofísica del feto y condiciones vitales de la madre. Existen diversos protocolos para la valoración física de la embarazada, la eficacia de esta técnica de valoración física se basa en varios factores. La embarazada debe estar bien informada sobre el proceso y de esa manera cumplir con las instrucciones cuando se defina de manera específica sus factores de riesgo.

En lo referente a la valoración física del feto este se medirá por medio de la observación de cambios en la frecuencia cardiaca fetal, aunado a los movimientos fetales espontáneos o evocados, señalados por el M.S.A.S. (1997) “como prueba de tensión por contracciones (PTC)

prueba de estimulación con oxitocina (PEC)” (p.4), significa interpretar el protocolo de valores.

Partiendo de los preceptos antes señalados se debe contar por parte del personal, la autonomía y destreza en la monitorización para hacer lo correcto frente a las embarazadas, lo cual implica dar una asistencia a través de:

Por su parte Sazón, J. Keeder, RN, L. D. (op-cit)

La monitorización electrónica y periódica durante el tercer trimestre, es un método frecuente para evaluar al feto de alto riesgo. Al igual que otra forma de valoración fetal, el resultado normal es un indicador muy exacto del bienestar fetal. Sin embargo, como ocurren resultados falsos positivos con bastante frecuencia, es necesario que se lleven a cabo dos o más pruebas diferentes del bienestar fetal antes de recomendar un parto prematuro u otras medidas terapéuticas. (p.1101).

La experiencia clínica, destaca el mismo autor de la referencia acerca de la monitorización fetal requiere darle una asistencia inmediata a la embarazada con eficacia de técnicas y valoración basada en principios científicos y de protocolos para llevar registros de la percepción que tenga la madre acerca de la monitorización.

Añez, R. (1999) Considera a la “monitorización fetal desde una perspectiva que permite observar, medir y registrar de manera continua

las condiciones fetales o variables biológicas; frecuencia cardíaca, condiciones fetales, registro simultáneo de la contractilidad uterina y el equilibrio ácido base en la sangre fetal” (p.231). La misma referencia destaca a la monitorización electrónica como el acto que permite la obtención de información de manera continua por medio de la estrecha supervisión.

Indicadores de la monitorización fetal, Añez, R. (op.cit) “En condiciones ideales todas las parturientas deberán ser monitorizadas electrónicamente, puesto que en cualquier parto pueden surgir complicaciones que pongan en peligro la integridad fetal” (p.232) destaca el autor que dado el alto costo de la mayoría de los hospitales, esto se restringe actualmente a las embarazadas de alto riesgo en el efecto Doppler. En cambio la actividad del corazón fetal se vigila registrando continuamente su ritmo con ecocardiograma fetal directa o con el fonocardiograma.

¿Qué es la monitorización electrónica anteparto?

Se basa en la evaluación antenatal para identificar los fetos que se encuentran en peligro durante el embarazo, y en aquellos que se puedan morir al iniciarse el parto.

Cifuentes, R. (2000)

Prueba de reactividad fetal es altamente eficaz para la evaluación fetal, por el estudio de la capacidad de respuesta de la frecuencia cardiaca fetal, a los movimientos fetales y a las contracciones uterinas espontáneas. A esta capacidad se denomina reactividad fetal. La técnica consiste en detectar en un monitor fetal con dos canales de registro externos, la FCF, los movimientos fetales y/o actividad uterina por métodos externos y observar por 30 minutos las aceleraciones de la FCF, con el movimiento y la variabilidad a largo plazo. (p.273).

En la actualidad según Cifuentes, R. (op.cit) “Este método de evaluación anteparto muy preciso de la reserva respiratoria feto placentaria mediante la monitorización biofísica antenatal, dirigidas a las gestaciones de riesgo elevado obstétrico, médico, económico o social en donde la prueba de reactividad fetal es altamente eficaz” (p.274).

Asistencia inmediata

Aceptando la utilización del razonamiento como punto inicial para la asistencia inmediata de la embarazada, puede entonces agrupar alimentos que hagan posible una buena interrelación para así, describir, explicar o predecir algo que pueda estar relacionado con el alcance de un buen rol en el desempeño de la asistencia. Esa acción debe constituir el primer paso del proceso de la preparación física de la embarazada de alto riesgo ante la monitorización fetal.

En lo que respecta a la asistencia inmediata, significa la creciente capacidad que debe existir previamente y de manera inmediata una vez que la embarazada asiste a la unidad. Al respecto Leydy, S. y Pepper, J. (1992) señala “La esencia de una asistencia inmediata debe estar estructurada en un proceso de pensamiento lógico y crítico que funcione como un método de reducción de problema, un sistema para recopilar y organizar información, decidir y evaluar” (p.50). Es decir, de acuerdo a la referencia, una asistencia inmediata puede permitir poner en práctica un método específico de atención, entre varios posibles, y evaluar los resultados de dichas acciones.

Estas habilidades deben ser esenciales para el desempeño de atención con las embarazadas de alto riesgo que acuden a la unidad para ser monitorizadas, incluyen la colaboración con las usuarias, sus familiares y los miembros del equipo de salud, lo cual significa aunar la asistencia en un acto necesario en el sistema de atención y que representa parte de la clínica obstétrica. Ejemplo, valoración física.

La valoración física de la embarazada forma parte del cuidado integral de las embarazadas, su núcleo de acción son las necesidades básicas, centradas en alcanzar el bienestar de la persona que atiende, en este caso la embarazada de alto riesgo durante el monitoreo fetal. El apoyo valorativo – valoración de la situación maternal y fetal supone un

elemento diferencial importante para el resultado del embarazo. En términos generales, la finalidad de la valoración es crear una base de datos a partir de las respuestas del usuario de los servicios, para identificar con precisión los cuidados que se requiere de enfermería.

Para Kozier, B; Erb, G; Blais, K. y Wilkinson, J. (1999), la valoración "...consiste en recoger, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el estado de salud de un cliente" (p.91). Para una efectiva valoración se precisa aplicar distintos métodos como observación, entrevista y examen físico, en la consulta como norma institucional, se debe entrevistar a la embarazada para recoger datos que luego registrará en la historia clínica, la recolección de datos según Frías Osuna, A. (2000), "debe ser planificada, sistemática, exhaustiva y objetiva" (p.168).

En tal caso, mediante la entrevista individualizada, colecciona de la embarazada en la primera consulta de control sus datos personales, antecedentes relacionado con enfermedades que ha vivenciado, alergias y otros, antecedentes ginecológicos, monarquía, duración de cada periodo menstrual, dolor, etc. La medición de signos vitales: temperatura, pulso, respiración, tensión arterial, se determinan con el fin de vigilar las funciones orgánicas.

Signos vitales: Dickason, E.; Silverman, B. y Kaplan, J. (1999):

Las constantes vitales. La TA, es la señal más importante de un posible problema. Una medida basal temprana es esencial... si la TA está elevada, se interrogará sobre los signos de cefalea, vértigo, epistaxis y aumento de edema en las extremidades (p.177).

La interpretación cuidadosa de la presión arterial es importante en el análisis del riesgo de las embarazadas. Desde la clínica, se asume la responsabilidad de medir los signos vitales de la embarazada de alto riesgo, registrarlos en la historia e informarlos verbalmente, haciendo énfasis cuando estén alterados en relación a lo normado; puesto que ello induce complicaciones para la embarazada y su futuro hijo. Así mismo, es importante la determinación del peso y la talla, puesto que la obtención es compatible con el plan global de ganancias de peso durante el embarazo de alto riesgo y su monitoreo.

En referencia a los signos vitales, Beare, P. y Myers, J. (1998), señalan que: “El tratamiento satisfactorio del paciente requiere de una evaluación continua y cuidadosa de su estado, la presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, debe monitorearse cada cuatro horas o con mayor frecuencia si se modifica el estado del paciente” (p.87).

Anamnesis

La anamnesis es la forma de adquirir información acerca de los individuos, sanos o enfermos, que solicitan atención médica. No es fácil percibir las sensaciones de otra persona o apreciar en su justa medida la orientación vital de cualquiera que no sea uno mismo. Aunque los estímulos que se reciben del medio externo pueden ser frecuentemente muy similares, la manera en que se incorporan dichas sensaciones al acervo de la propia experiencia e información básica varía enormemente. Hay que evitar que las interpretaciones sean mal comprendida y las percepciones mal percibidas, esforzarse en sentir el mundo de cada paciente tal y como ello siente. Por lo tanto se debe estar sensible a todo aquello que incremente la vulnerabilidad de quienes solicitan la ayuda profesional.

En ese sentido, la anamnesis como parte de la historia clínica y la exploración física constituyen el núcleo central de los procesos de diagnóstico y tratamiento, ya que representan el cúmulo de información. La valoración subsiguiente analiza e integra esta información. El modo empleado debe ser sistemático, puesto que los métodos poco ordenados suelen dar lugar a soluciones descuidadas que reducen seriamente la probabilidad de obtener resultados satisfactorios. Sin embargo, el concepto orden no implica necesariamente rigidez.

Al recoger la información Dickason, E.; Silverman, B. y Kaplan, J. (1999) refiere que: “hay que ser extraordinariamente meticuloso y prestar mucha atención a lo que resulta evidente, de modo que se comprenda y documente exactamente, y que se debe mantener abierta la sensibilidad a los indicios indirectos” (p.170), ya que casi siempre se encuentran en la historia clínica o en la exploración física, la capacidad para realizar adecuadamente la tarea caracteriza al buen clínico. Además, puesto que la contención de los costes es esencial, si la anamnesis y la exploración física se realizan con habilidad, en una sociedad avanzada pueden racionalizar el empleo de los recursos tecnológicos logrando una adecuada relación entre costos y eficacia, y en una sociedad retrasada pueden compensar en gran medida la ausencia de estos recursos.

Datos personales y obstétricos

En la entrevista con el paciente la información incluyen:

- Los datos personales: edad, estado civil, nivel educativo, hábitos tabáquicos y alcohólicos, antecedentes familiares y patológicos.
- El examen céfalo – caudal: consiste en la exploración de cabeza, ojo, oídos y nariz, boca, dientes, faringe, tiroides, inspección de mamas y pezones, auscultación del corazón, auscultación y

percusión de pulmones, palpación del abdomen, observación de genitales y miembros inferiores.

- Datos obstétricos: infertilidad, gestas, paras, cesáreas, partos normales, abortos, fórceps, número de hijo, peso mínimo al nacer y peso máximo al nacer, fecha de última regla, edad gestacional, fecha probable de parto, datos de laboratorio.
- Grupo sanguíneo
- Factor RH
- Estado post-pandrial

Interrelación Afectiva

Es una relación terapéutica de comunicación interpersonal entre personal de salud y usuarios para resolver los problemas de salud de ésta. De acuerdo con Arenas, N. (2003) opina “que para una interrelación afectiva en el personal de salud, es necesario poseer vocación profesional, asentada en el sustrato contextual de la condición humana, influenciada por la sensibilidad humana de la persona y orientada por valores y creencias que son las que guiarán sus acciones” (p.242).

Desde ese orden la interrelación afectiva permitirá brindar atención humanizada de respeto y de protección del paciente.

La comunicación

Puede decirse que desde la creación del mundo el hombre ha sentido la necesidad de relacionarse, como se refiere en la historia, cuando Adán se sentía sólo en el paraíso, sin tener con quien comunicarse.

El proceso de establecer relaciones interpersonales con las embarazadas de riesgo, se basa en la propia opinión; es decir, en el sistema del Yo personal. Las relaciones interpersonales saludables contribuyen a lograr una opinión favorable del dador asistencial y quien la recibe, hecho que ayuda al profesional de salud a la relación. La calidad de una interrelación afectiva permite:

- Ordenamiento de los objetivos
- Evaluación o apreciación
- Descripción de conducta
- Suministro de orientaciones y educación necesaria.

Desde el punto de vista de interrelación afectiva por parte del personal de salud de la unidad de perinatología, las acciones con las embarazadas de riesgo que se le va hacer monitorización fetal, las etapas conductuales asumidas deben ser periodos combinados que relacionan

aspectos de afectos y de discernimiento de los procedimientos a cumplir, al mismo tiempo preparen a las embarazadas en el desempeño de su previa preparación antes de la monitorización.

Sin duda la interrelación debe buscar la adaptación de la gestante a los cambios con el fin de evitar perturbaciones.

Al respecto Sullivan, S. H. citado por Leydy, S. P. (op-cit)

Hay tranquilidad cuando se alivian las tensiones biológicas y de esta forma se atienden las necesidades de satisfacción. La seguridad se obtiene por evaluaciones reflejadas de valor, por parte de personas que tienen importancia para el individuo. Cuando se satisfacen las necesidades de seguridad se alivia la ansiedad (p.144).

Aunado a lo expuesto en la referencia el mismo autor considera que la muestra de afecto y comprensión que presentan las personas disminuyen a la tensión biológica y a su necesidad de seguridad. El hecho de: hablar, conversar, atender, da como resultado captación de un mensaje enfático de seguridad. Ello hace hincapié en el afecto que tiene las relaciones interpersonales sobre la formación del sistema del yo, que de hecho guiara la monitorización, tanto en el acto previo durante y después.

Comunicación Terapéutica

El idioma, desde hace tiempo emprendido en por los profesionales que conforman el equipo multidisciplinario en salud pública de fundamentos que vislumbran a la comunicación dentro de estas profesiones parte de su actuación en el hacer de sus acciones.

Dice, Leydy, S. P. (op-cit)

La comunicación como interacción constituye una gran influencia en el éxito de la relación profesional, la cual permite una influencia positiva tanto en el elemento interpersonal, como también en el componente esencial de las relaciones de ayuda (p.270).

En ese sentido, la comunicación humana es definida por Leydy Susan (op-cit) como la generación y transmisión de significado (p.271). Continuando en el mismo orden, la autora consideró que el acto de comunicación es una interacción dinámica entre dos o más personas en la que se intercambian metas, ideas, creencias y valores, sentimientos. Cabe entonces, la comprensión de percibir el acto de comunicación como un proceso dinámico y constante que puede generar cambios de manera constante en las personas.

Berlo citado por Leydy, S. P. (op-cit) postuló un modelo de comunicación, generalmente aceptado.

Una fuente definida desde el punto de vista interpersonal como una persona o personas con ideas, necesidades, intervenciones información y

una razón para comunicar. Un mensaje, conjunto de símbolos codificados y sistemáticos que representan ideas, fines, intenciones y sentimientos, un codificador, mecanismo para expresar o traducir el propósito, un canal que representa un medio para transmitir el mensaje, un descifrador y un receptor (p.271).

En este marco, la transmisión de significado es un proceso con intención y propósito que transcurre con dinamismo motora y habilidades. La comunicación en el campo de la salud suele identificarse como terapéutica relacionada fundamentalmente en la palabra hablada por medio de la producción y recepción del lenguaje hablado. También la comunicación puede ser no verbal la cual se caracteriza por signos (gestos), acciones o movimientos corporales, todos los movimientos del cuerpo que pueden ser percibido positivo o negativo dependiendo en toda instancia del desarrollo de los gestos y contactos.

Relacionando estos conceptos con el estudio; todos los procesos sensoriales se convierten en poderosos elementos del proceso de la comunicación. Es decir, cuando el personal de la unidad se comunica con las embarazadas, estas deben demostrar resonancia (explicar), (flujo, velocidad y movimiento de la voz en consonancia con la expresión interpretada con claridad, que demuestre capacidad de comunicación y estimulación en la voz.

En general que exista una relación en los movimientos corporales (ojos y manos) gesticulando de manera accesible. Ejemplo: transmisión de significados (acciones motoras) acorde con las verbales (habladas).

Es posible, entonces lograr una comunicación que logre influir en las embarazadas de riesgo para que alcancen una mejor salud y que sean más eficaces para convertir en realidades el potencial de crecimiento de estas; estos conceptos deben ser la principal razón para el alcance de la comunicación terapéutica por medio de la apreciación del valor impartido por medio del respeto a los sentimientos y creencias de estos grupos.

Cuidar la comunicación es responsabilidad del personal de salud, conocer las habilidades comunicacionales que existen a su alcance para que la relación asistencial sea lo más fluida y fructífera posible, pues comunicación siempre existe, sólo que ésta puede ser más o menos eficaz tanto para el paciente como para el profesional.

En términos generales la comunicación se asume como la transmisión de información entre personas. Es a su vez, un medio de contacto donde se transmiten ideas, datos, reflexiones, opiniones y valores. En palabra de Davis, K. Y Neestron, J. (1999) “cuando la comunicación es eficaz, ofrece un puente de significado entre dos

personas para que puedan compartir entre sí lo que sienten y saben” (p.53). Puente que permite a la enfermera y al paciente a relacionarse entre sí para compartir información referente a la enfermedad, el tratamiento y la recuperación cuando la comunicación es eficaz, el paciente se siente seguro, confiado, respetado como ser humano.

La comunicación es un aspecto importante para el cuidado del personal de salud, cuando el profesional se comunica en forma eficaz puede como lo señala, Kosier, B. Erb, G. Blais, K. (1999) “...establecer una relación de confianza con un cliente y las personas de apoyo..., la comunicación es especial para la creación de una relación con el cliente” (p.374).

Criterio compartido por las autoras de esta investigación debido a que, durante la asistencia ofrecida por el personal de salud con las gestantes de alto riesgo durante la monitorización fetal, debe dar inicio a una relación interactiva, cara a cara para ofrecer la información apropiada, el procedimiento a cumplir, las posibles reacciones subyacentes al tratamiento, como debe enfrentarlos, así mismo, el paciente al sentirse reconocido como persona, puede expresar sus sentimientos, dudas, preocupaciones respecto a la enfermedad, al mismo tratamiento y posibles complicaciones.

Este planteamiento es de suma importancia por ser parte fundamental en el proceso de la comunicación, ya que ésta se hace a través de una mirada, con la posición del cuerpo, con gestos que resultan más significativos que las palabras y acciones al momento de establecer una comunicación con el paciente para que fije en él una actitud de confianza, amabilidad, cortesía y respeto, elementos esenciales requeridos para el éxito del proceso de comunicación.

En el marco de la descripción de técnicas de comunicación terapéutica centrada en el problema es preciso, tratar también lo concerniente al uso del respeto, que es un sentimiento que lleva a conocer los derechos, la dignidad, decoro de una persona o cosa y abstenerse de ofenderlos.

Este principio, implica según Leddy, S. y Pepper, J. M. (1992), que: “se debe mostrar una actitud receptiva que valore los sentimientos, opinión, individualidad y carácter único del usuario” (p.279). Añaden además que: “En la relación con el cliente, se muestra respeto cuando hay igualdad, reciprocidad y se comparte el pensamiento sobre los aspectos positivos y los problemas” (p.279). El respeto al paciente es fundamental, ya que sentirse respetado por el profesional de salud, es poder compartir ideas, pensamientos, sentimientos y afectos que conducen a la satisfacción y al bienestar.

Es común leer, la importancia del respeto en la vida diaria, más aún en una comunicación terapéutica que requiere de una base sólida para fomentar la interacción enfermera – paciente. Por lo que la enfermera debe poseer una justa apreciación de los valores morales y creencias del paciente de manera que pueda comunicarse con él, respetando su individualidad y así proporcionar una atención de enfermería de calidad.

La confianza es fundamental que exista para así establecer la relación de ayuda entre la enfermera y el paciente sobre la seguridad que se tiene en sí mismo, en otro o en una cosa, familiaridad en el trato, ánimo, aliento y vigor para obrar. Por lo tanto la amabilidad es fundamental para el paciente y es por ello necesario mostrarse amable, afable, complaciente, afectuoso, cariñosos y que es merecedor de ser amado.

Todo lo antes señalado da una visión general de la interacción afectiva que se establece entre los usuarios como eje central de las acciones tendientes a satisfacer las necesidades interferidas que se basa en la comunicación y ésta a su vez en la confianza, amabilidad, cortesía y respeto, que con habilidad logre establecer para alcanzar el éxito de sus acciones.

Procedimientos específicos en el cumplimiento de la monitorización

Son los métodos y recursos tecnológicos apropiados para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los sectores materno fetal y placentario, los cuales consisten en:

La evaluación electrónica de la frecuencia cardiaca fetal tiene sus inicios en la auscultación del foco cardiaco que puede obtenerse con la utilización del estetoscopio de pinar, doppler fetal o monitor electrónico fetal, la frecuencia cardiaca fetal debe estar entre los parámetros de 120 a 160 latidos por minutos.

El monitoreo fetal, como prueba de bienestar fetal la literatura ha establecido que dicha prueba, Ferreiro, R. (2003) enfatiza que “es un instrumento razonable para detectar el feto saludable (no asfixiado) en el momento del estudio” (p.2), y por lo tanto en gestante con posibilidades de deterioro fetal rápido existe una alta incidencia de falsos negativo (1% - 2,7%); y las altas tasas de falsos positivos (50% - a 75%).

La hipotensión materna y la hipoxemia fetal puede prevenirse con la posición: semifowler o de lado izquierdo ya que aumenta la posibilidad del flujo sanguíneo a la madre y el útero mejora en esta posición, ya que

la vena cava está en el derecho, y el feto puede comprimirla ocasionando alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal.

Maniobras de Leopold: son los métodos y maniobras que realiza la enfermera a la embarazada para valorar la presentación y determinar la posición del feto, y así facilitar la auscultación del foco fetal.

El registro de frecuencia cardiaca fetal, se realiza a través del monitor electrónico fetal, este permite evaluar los cambios en frecuencia cardiaca fetal, y permite valorar sus cambios con exactitud el distres fetal, y controla de manera simultánea la frecuencia cardiaca del feto ya que efectúa un registro permanente y continuo, la información obtenida a través del monitor electrónico junto con otros datos como la ausencia o presencia de líquido amniótico con meconio, proporciona los fundamentos para tomar decisiones respecto a la necesidad de intervenir. Es por ello que se benefician las embarazadas de alto riesgo, y pueden ser aplicados por la enfermera y así permitir un registro permanente de la frecuencia cardiaca fetal.

Interpretación de los resultados del monitoreo fetal: Se deben reconocer e interpretar los diversos patrones de la frecuencia cardiaca fetal y comunicar sus datos al médico para que pueda iniciar una intervención apropiada para prevenir daño cerebral irreversible o la muerte del feto. Al respecto Guyer (2000) refiere que “la enfermera debe

desarrollar un método para interpretación de los resultados del monitoreo fetal positivo, hiporreactivo y negativo” (p.313).

La Conducción del caso: por el equipo de salud a una embarazada que se le ha efectuado una prueba de monitoreo fetal, se sabe o se sospecha que tiene una complicación que podría poner en peligro el bienestar del feto, el médico o la enfermera pueden calmar al paciente al manifestarle comprensión, alivian cierta parte su ansiedad en lo referente a la prueba explicarle el procedimiento, dentro de sus límites, y no se debe opinar sobre resultados antes de que se conozcan, dejando la toma de decisiones al perinatólogo en caso de estar el resultado alterado.

Sazón, J. Keeder, RN, L, D. (op-cit)

La monitorización fetal aunada a movimientos fetales espontánea o evocados recibe el nombre de prueba sin tensión (PST). La evaluación de la frecuencia cardíaca fetal antes la presencia de contradicciones espontáneas o inducidas por oxitocina se denomina prueba de tensión por contracciones (PTC) o prueba de estimulación con oxitocina (PEO) (p.1101).

Los autores continúan señalando que existen otros términos que clasifican las pruebas llamadas (no satisfactorias, sospechosas y ambiguas). Desde ese orden, la monitorización como prueba puede ser clasificada y de ahí diagnosticar.

Entonces los procedimientos específicos son:

- Conducir a la paciente a la sala de partos o unidades de pruebas de perinatólogo.
- Explicar a la paciente el procedimiento de la prueba y el tiempo que requiere la prueba (30 minutos).
- Hágase que la paciente se ponga una bata.
- Registro de tarterm en un intervalo de 5 a 10 minutos.
- Colocar a la paciente en posición semi sentada.
- Aplicar transducer de ultrasonidos sobre el abdomen materno, en el sitio más adecuado para una buena señal doppler.
- Colocar en la mano del paciente el dispositivo del tocotransducer con la instrucción de presionar suavemente cada vez que perciba un movimiento fetal.
- Realizar un registro de ambas variables (FCF y movimientos fetales), durante 30 minutos el cual puede ser prorrogados de acuerdo a los resultados.
- Velocidad del papel: 1 centímetro por minuto.

TRF positivo: Es aquel cuyo cardiograma presenta ascensos transitorios (2 o más) mayores de 15 lats, con duración de 15 o más segundos y asociados a igual número de movimientos fetales. La línea de base debe encontrarse dentro de los límites normales (120 a 160 latidos por minutos).

TRF negativo: Se caracteriza por ausencia de ascensos transitorios espontáneos o inducción durante los movimientos fetales, pudiendo estar asociados a desaceleraciones no periódicas, una línea de base alterada y una pérdida de las oscilaciones.

TRF Insatisfactorio: Es aquel cuyo trazado de la FCF no permite interpretación alguna de los fenómenos que la acompañan, suele observarse en fetos hiperactivos, con hipo, con dorsos posteriores, pacientes con grueso panículo adiposo y traduce la existencia de una “mala señal” para la integración y conteo por parte del monitor.

La negatividad de la prueba fuera del compromiso de la salud fetal se puede encontrar asociada a inmadurez fetal, períodos de reposo o sueño fetal, efectos de medicamentos “betaestimulantes, atropinicos, diazepam, barbitúricos”, por hipotensión materna, y finalmente se han encontrado asociados a bajo nivel de glucosa en sangre, con la transformación de la prueba en positivo si se le administra a la madre glucosa por vía oral o parenteral.

Para dar como negativo un TRF es necesario descartar todos los factores antes expuestos, repetir la prueba en un intervalo de dos horas, luego de haber hecho deambular a la paciente y haberle permitido la ingestión de elevado contenido glucosídico.

Por todo lo antes expuesto, se considera la importancia de la capacidad de actuación con eficiencia y eficacia que debe tener el personal de enfermería al realizar procedimientos de control y seguimientos fetales.

Sistema de Variables

Variable única: Preparación física de la embarazada de alto riesgo antes de la monitorización electrónica fetal, parte del personal de salud.

Definición conceptual: Es realizar un examen físico, donde se toman datos antropométricos, signos vitales al paciente, de una manera integral e individual, realizando la evaluación cefalo – caudal, tomando en cuenta que los métodos de exploración, se abordan con procedimientos, materiales y equipos diversos.

Definición operacional: Se refiere al contenido enmarcado en los procedimientos previos que debe cumplir cada embarazada de alto riesgo antes del monitoreo fetal.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLE

Variable: Preparación física de la embarazada de alto riesgo previo a la monitorización electrónica fetal, por parte del personal de salud (Médico – Enfermera).

Definición Operacional: Se refiere al contenido enmarcado en los procedimientos previos que debe cumplir cada embarazada de alto riesgo antes del monitoreo fetal.

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
<p>Procedimientos previos que debe cumplir cada embarazada antes del monitoreo fetal. Se refiere al conocimiento sobre los pasos a seguir por la embarazada de alto riesgo para la monitorización fetal, referido a:</p>	<p>Asistencia inmediata: Es un sistema para recopilar información, con el fin de identificar necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas emanadas de la embarazada de alto riesgo a través de:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Signos vitales ✓ Estado post-pandrial ✓ Nombre y apellido (embarazada) ✓ Fecha de última regla ✓ Edad gestacional ✓ Grupo sanguíneo y Factor RH ✓ Estado de salud gestacional 	<p>1-2-3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7-8</p> <p>9-10</p> <p>11-12</p>
	<p>Interrelación afectiva: Es la relación terapéutica de comunicación interpersonal entre personal de salud (Médico – enfermera) y la embarazada de alto riesgo basada en:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Demostración de afecto ✓ Interés en la conversación ✓ Respeto ✓ Cortesía 	<p>13</p> <p>14</p> <p>15</p> <p>16</p>
	<p>Procedimientos específicos para la monitorización fetal: Son indicaciones específicas requeridas durante la monitorización fetal que garantice un estudio eficaz, referido a:</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Posición semi-sentada ✓ Condición del foco cardíaco ✓ Conducción de la monitorización 	<p>17</p> <p>18</p> <p>19</p>

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

En el presente capítulo, se describe el diseño de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos, confiabilidad y validez, procedimientos para la recolección de datos y técnicas de tabulación y análisis.

Diseño de la investigación

La investigación realizada se sustenta en un diseño de investigación no experimental definido por Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1998), como “Aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que se hace...” es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos” (p.189).

En tal sentido, se buscó identificar en las embarazadas de alto riesgo las acciones cumplidas por el personal de la salud en el Departamento de Perinatología.

De acuerdo a como se organizaron los elementos muestrales para obtener los datos deseados, el diseño de esta investigación se ubica en

los no experimentales de campo y de un solo grupo, porque la recolección de datos se realiza directamente en las embarazadas que asisten a la Unidad de Perinatología, por lo que no hay manipulación de la variable de estudio y la no utilización del azar para la selección del grupo de embarazadas que participan en la muestra.

Tipo de Estudio

Un tipo de estudio se refiere, según Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1994), al “Esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprenden para buscar respuestas al problema y objetivos planteado” (p.80). En función del objetivo propuesto y al tiempo de recolección de la información es de tipo proyecto factible ya que se hace una propuesta de un programa educativo para la preparación física de la embarazada de alto riesgo, antes de la monitorización fetal unidad de Perinatología. Valencia – Edo. Carabobo.

Población

Palella, S. y Martins, (2003), la población es el conjunto de unidades de las que se desea obtener información y sobre las que se van a generar conclusiones (p.26).

La población objeto de estudio estará conformada por 26 embarazadas de alto riesgo que asisten a la Unidad de Perinatología de la ciudad hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” primer semestre 2006.

Muestra

Según Balestrini, M. (2001) “... es una parte de la población, o sea, un número de individuos u objetos seleccionados científicamente, cada uno de los cuales es un elemento del universo” (p.141). Sostiene el mismo autor que el problema que se presenta con la muestra es cómo garantizar que ella sea representativa de la población. Dada las características de la población que es pequeña y finita (conformada por 26 gestantes), se toman como unidades de estudio e indagación a todos los individuos que la integran, que representan el 100% de la población objeto de estudio y que según Hernández, R , Fernández, C y Baptista P (1996) puede ser definida como una muestra no probabilística, llamadas también muestras dirigidas, en que la elección de “...los sujetos no depende de que todos tienen la misma probabilidad de ser elegidos, sino de la decisión de un investigador o grupo de investigadores, de tal manera que en esta investigación no se aplicaron criterios muestrales.

Métodos e instrumento para la recolección de datos

Betancourt, L, Jiménez, C. y López, G. (2004). Método es el medio o camino a través del cual se establece la relación entre el investigador y el consultado para la recolección de datos y el logro de los objetivos (p.197).

Instrumento es el mecanismo que utiliza el investigador para recolectar y registrar la información para el estudio se empleara un formulario como instrumento. En relación al estudio se elaboró un instrumento tipo dicotómico (Si – No) conformado por 19 ítemes.

Para la recolección de la información se empleará como instrumento la encuesta tipo cuestionario que considerado por Sabino, C. (1993) “el conjunto de preguntas dirigidas a medir las opiniones y comportamiento de un conjunto de personas” (p.44), el cuestionario, es definido por el autor como: “La modalidad de encuesta que se realiza de forma escrita mediante un formato de papel contentivo de una serie de preguntas” (p.72).

Al respecto Betancourt, L. Jiménez, C. y López, G. (2004) refieren que “es el método que utiliza un instrumento o formulario impreso, destinado a obtener respuestas sobre el problema en estudio y que el investido o consultado llena por sí mismo” (p.203).

Dicho cuestionario se aplicó a la población en estudio que corresponde a embarazadas de alto riesgo para su monitorización en la Unidad de Perinotología, hecho que permitió obtener la información necesaria sobre los aspectos que interesan para la realización del estudio y de acuerdo a la variable en estudio. (Anexo A)

Validez

Una vez diseñado el instrumento, se procedió a su validez, la cual “se refiere al grado en el instrumento refleja dominio específico de lo que mide”.

Para la obtención de la validez del instrumento, se tomaron como base el criterio de juicio de expertos, especialistas en metodología de la investigación relacionados en el área, los cuales emiten su opinión en relación a los siguientes aspectos: correspondencia entre los ítemes y las dimensiones de las variables a medir, claridad y redacción, presentación y longitud del instrumento. (Anexo B)

Confiabilidad

Hernández, C. (1998) "La confiabilidad de un cuestionario de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto, produce resultados" (p.235). Para el cálculo de la confiabilidad se usará un coeficiente de consistencia interna, el cual será aplicado a las embarazadas de alto riesgo. En lo referente a la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 8 embarazadas de alto riesgo de control para monitorización y no forman parte de la población objeto de estudio. Los resultados demuestran que el instrumento es confiable. ((Anexo C)

Procedimientos para la recolección de la información

En todo diseño metodológico es necesario incluir una sección sobre procedimientos, según Betancourt y Col (1995) define el procedimiento como "La descripción que se seguirá en la recolección de datos y en otras etapas de la ejecución del estudio (Pág. 225).

Por consiguiente el objetivo básico de éste proceso es asegurar la validez y confiabilidad del estudio, sirviendo de guía para la ejecución de la investigación, determinando en gran medida los elementos que deben incluirse en el proceso.

Los elementos que con mayor frecuencia se consideran son: tiempo, recursos, procesos, adiestramientos, coordinación y supervisión.

Para efectos de la presente investigación se tomo el tiempo, recursos y procesos, ya que los autores de este estudio realizaron la recolección de datos basándose en la afirmación de Betancourt y Col (1995) quienes expresan que..."Cuando el mismo investigador hace la recolección de datos no es preciso incluir adiestramiento, coordinación y supervisión" (Pág. 225)

A continuación se explica el proceso de recolección de información:

Autorización

Previo al desarrollo de esta investigación, se realizó entrevista con la coordinadora de la Unidad de Perinatología, con la finalidad de contar con su apoyo para la aplicación del mismo.

Tiempo

Esta investigación se realiza en un período de seis (06) meses, contados a partir de la planificación hasta el informe de resultados a las autoridades involucradas en el estudio.

El proceso de recolección de datos se llevo a cabo en tres (03) meses abarcando desde la fase de preparación de las encuestadoras hasta la revisión y organización del instrumento.

Recursos

Para la recolección de datos intervinieron directamente las tres (03) autoras responsables de esta investigación. Con respecto a gastos de materiales, papelería y transporte, así como gastos de informe final, fueron cubiertos por las mismas.

Proceso

1. Se contó con tres (03) investigadoras en la recolección de datos para cubrir el área de la Unidad de Perinatología, siendo orientadas por la tutora en cuanto a la metodología que se siguió, tiempo de duración para llenar los cuestionarios y revisión de los instrumentos.
2. Previa a la orientación de las investigadoras las embarazadas contestaron el cuestionario sobre un programa educativo para la preparación física de las embarazadas de alto riesgo obstétrico antes de la monitorización electrónica fetal.
3. Para la protección de los derechos de las personas que participan en el estudio, se les indicó que la información aportada era de carácter confidencial por lo tanto no se pidieron datos personales de los mismos.

Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F. (1994), la tabulación “consiste en determinar qué resultados de las variables que se presentaron y qué relaciones entre variable de estudio necesitan ser analizadas, a fin de dar respuesta al problema y objetivos planteados” (p.157).

Los datos obtenidos serán procesados por medio de la estadística descriptiva, abarcando cada uno de los indicadores de la variable contenida en el instrumento de recolección de datos. Se utilizó la distribución de frecuencias relativas (porcentajes). Los resultados obtenidos se analizarán desde el punto de vista cualitativo y cuantitativo, relacionándolos con las teorías expuestas y a la luz de la realidad conocida.

CAPITULO IV

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El contenido de este capítulo hace referencia a los resultados obtenidos de la investigación con sus respectivos análisis e interpretación en función de los objetivos trazados previamente.

Estos resultados se demuestran mediante cuadros y gráficos enmarcados por medio de frecuencia y porcentaje que hacen más comprensible su interpretación.

A continuación se presentan los resultados de la investigación.

Cuadro N° 1

Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo. Indicador: Asistencia inmediata en la preparación física previo a la monitorización electrónica fetal. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006

Alternativas	Respuestas				
	Si	%	No	%	Total
1 Signos vitales	18	69%	08	31%	100%
2 Valores encontrados	14	54%	12	46%	100%
3 Valores de signos vitales alterados	14	54%	12	46%	100%
4 Estado post-pandrial	24	92%	02	8%	100%
5 Nombre y Apellido	26	100%	00	0%	100%
6 Fecha de última regla	24	92%	02	8%	100%
7 Edad del embarazo	26	100%	00	0%	100%
8 Conocimiento de la edad gestacional para el estudio	25	96%	01	4%	100%
9 Exigencia del grupo sanguíneo y factor Rh	22	85%	04	15%	100%
10 Conocer el grupo sanguíneo y factor Rh	14	54%	12	46%	100%
11 Participación del estado de salud gestacional	18	69%	08	31%	100%
12 Valoración física	12	46%	14	54%	100%

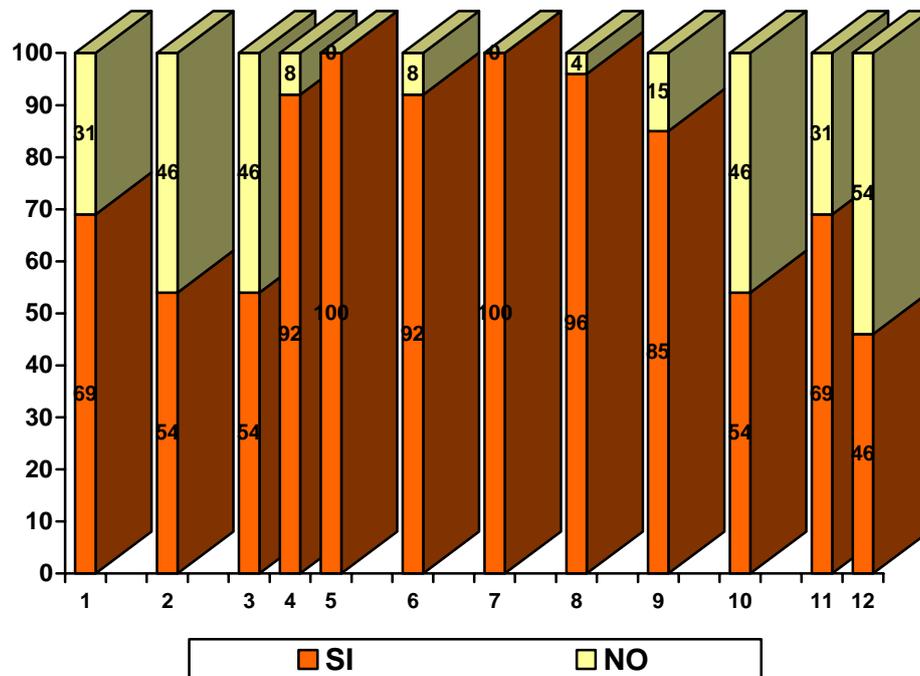
Fuente: Instrumento aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos del indicador asistencia inmediata de las embarazadas de alto riesgo que van a cumplir con el estudio de

monitorización fetal, de la pregunta medición y control de signos corresponde al 69% para la categoría Si y 31% para el No. En cuanto a la pregunta indicación de los valores encontrados corresponde el 54% para el Si y 46% para el No. En cuanto al seguimiento hecho de los valores vitales alterados 54% para el Si y 46% para el No. De la pregunta hecha referente a las indicaciones de ingerir alimentos de 30 minutos a dos horas antes de la monitorización fetal, señalan 92% fue para el Si y 08% para el No. Referente a la identificación de nombre y apellido correspondió al 100% para el Si. En cuanto a la pregunta sobre la última regla 92% para el Si y el 08%. Para la pregunta sobre la edad del embarazo el 100% para el Sí. Referente a la pregunta de las semanas requeridas (30) para la realización del monitoreo fetal correspondió al 96% para el Si y el 4% para el No. En cuanto a la pregunta exigencia del grupo sanguíneo y factor RH fue el 85% para el Si y el 15% para el No. Referente a la pregunta de conocer el grupo sanguíneo y factor RH el 54% respondió que Si y el 46% que No. Referente a la participación que se haga a cada embarazada sobre su estado gestacional 69% fue para el Sí y 31% para la categoría No. Referente al cumplimiento de la valoración física 46% fue para el Sí y el 54% para el No.

Gráfico N° 1

Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo. Indicador: Asistencia inmediata en la preparación física previo a la monitorización electrónica fetal. Unidad de Perinatología, Hospital Central “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, primer semestre 2006



Cuadro N° 2

Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador interrelación afectiva, Unidad de Perinatología en el hospital central “Dr. Enrique Tejera” primer semestre 2006

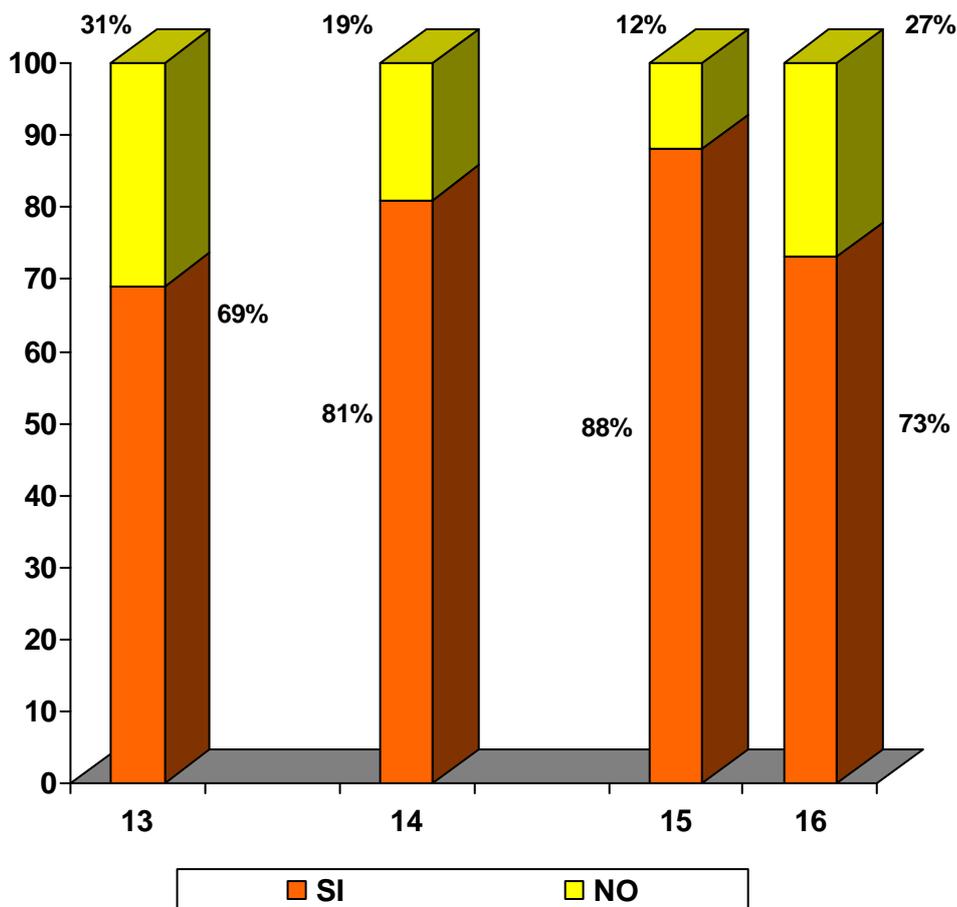
Alternativas		Respuestas				
		SI	%	NO	%	Total
13	Mostración de afecto	18	69%	08	31%	100%
14	Interés por la conversación	21	81%	05	19%	100%
15	Muestran respeto	23	88%	03	12%	100%
16	Muestran cortesía	19	73%	07	27%	100%

Fuente: Instrumento aplicado

De acuerdo a los resultados obtenidos del indicador interrelación afectiva corresponde para la pregunta que indica demostración de afecto recibido por la embarazada de alto riesgo previo a la monitorización fetal el 69% fue para el Si y 31% para el No. En la pregunta acerca del interés mostrado por el personal de salud cuando la atiende, el 81% para el Si y el 19% para el No. En cuanto a la muestra de respeto el 88% para el Si y el 12% para el No. Referente a la respuesta de cortesía el 73% para el Si y el 27% para el No.

Gráfico N° 2

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador interrelación afectiva, Unidad de Perinatología en el hospital central “Dr. Enrique Tejera” primer semestre 2006



Cuadro N° 3

Distribución de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el procedimientos específicos, Unidad de Perinatología en el hospital central “Dr. Enrique Tejera” primer semestre 2006

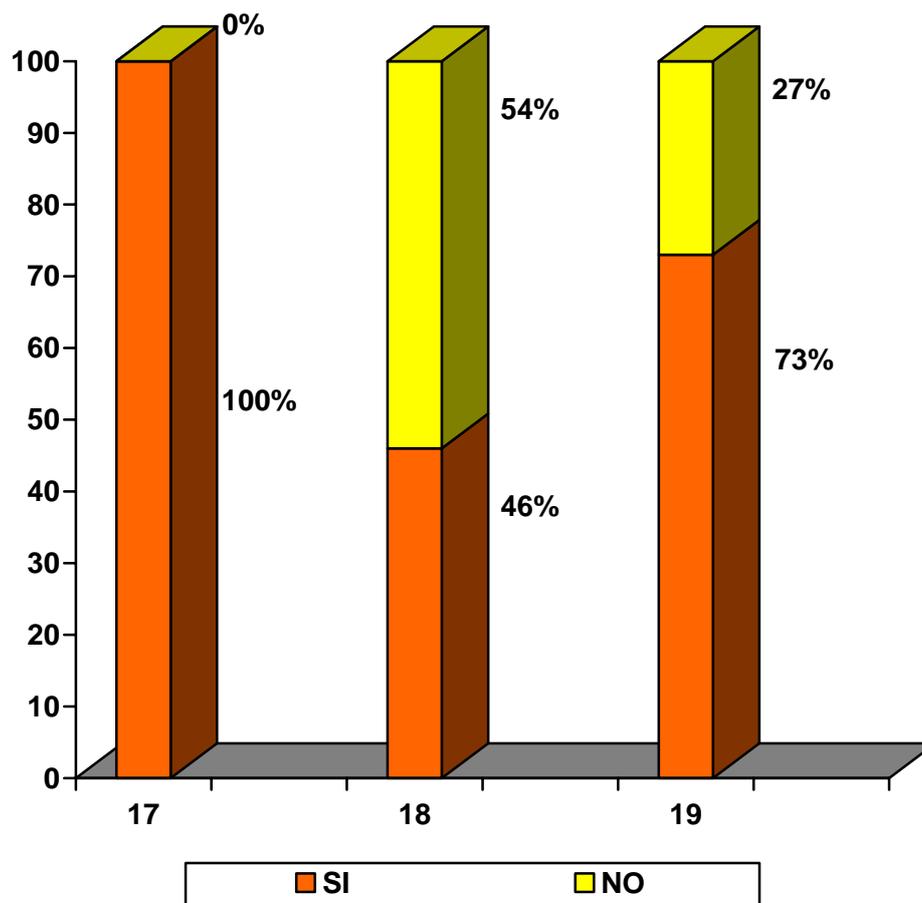
Alternativas	Respuestas				
	SI	%	NO	%	Total
17 Posición semi sentada	26	100%	0	0%	100%
18 Conducción del foco cardíaco	12	46%	14	54%	100%
19 Conducción de la monitorización	19	73%	07	27%	100%

Fuente: Instrumento aplicado

Los resultados correspondientes al indicador procedimientos específicos para la monitorización señalan, para la pregunta referente a la posición indicada para el acto de monitorización corresponde al 100% para el Si. Para la pregunta una participación que le hace de las condiciones del foco fetal el 46% para el Si y 54% para el No. En cuanto a conducción de la monitorización el 73% para el Si y para el No el 27%.

Gráfico N° 3

Distribución porcentual de las respuestas obtenidas de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas, sobre el indicador interrelación afectiva, Unidad de Perinatología en el hospital central "Dr. Enrique Tejera" primer semestre 2006



ANALISIS DE LOS DATOS

A continuación se presentan los análisis e interpretación de los datos obtenidos de la investigación hecha con embarazadas de alto riesgo; unidad de perinatología que se les realizan la monitorización fetal. Para ello se establecieron objetivos específicos y general e indicadores.

En ese sentido, para el indicador asistencia inmediata de las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas: para la categoría Si correspondió 76,5%, es decir, la población objeto de estudio consideran que se le proporciona una asistencia inmediata requerida en la unidad de perinatología.

Para el indicador interrelación afectiva por las embarazadas de alto riesgo por parte del equipos de salud corresponde 77.75% para la categoría Si. Lo cual significa que este porcentaje de la población objeto estudio consideró que recibe un trato afectivo en la unidad de perinatología previa a la monitorización.

En lo que corresponde al indicador procedimiento específico para la monitorización corresponde 73% para la categoría Si. Desde ese orden y de acuerdo a los resultados este segmento de la población en estudio consideró que sí les cumplen los procedimientos adecuados para el acto de la monitorización fetal.

En función de los resultados y considerando las condiciones de las embarazadas de alto riesgo, es necesaria la búsqueda de que el 100% de la población objeto de estudio se les informe de manera clara la preparación requerida previa a la monitorización fetal.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El contenido de este capítulo hacer referencia a las conclusiones obtenidas en función de los objetivos previamente establecidos con sus recomendaciones.

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones obtenidas de acuerdo a los objetivos del estudio, desglosados por indicador:

- Para el indicador asistencia inmediata, las embarazadas de alto riesgo (26) 100% el 76.5% consideró que en la unidad de perinatología les dan una asistencia aceptable previo a la monitorización fetal (valoración de signos vitales, estado post-pandrial, datos obstétricos y valoración gestacional).
- Para el indicador interrelación afectiva recibida por las embarazadas de alto riesgo (26) 100%; el 77.75% consideró que en la unidad de perinatología el 77.75% reciben un trato afectivo (afectivo durante el diálogo, respeto y cortesía).
- Para el indicador procedimientos específicos para el acto de la monitorización dada a las embarazadas de alto riesgo (26) 100%

de la población objeto de estudio el 73% fue para la categoría Si. (posición semi sentada, condición del foco fetal y condición de la monitorización).

Recomendaciones

- En consideración que la monitorización fetal a embarazadas de alto riesgo es un acto que debe ser conocido por todas las pacientes, así como los cuidados previos requeridos para el éxito del acto, es meritorio proponer un programa educativo en servicio, el cual de la oportunidad de que tanto el personal de salud, embarazadas y a acompañantes conozcan la asistencia requerida antes, durante y después.
- Enseñar los resultados y hacer entrega a la Unidad de Perinatología.
- Continuar con el seguimiento de esta investigación y evaluar la puesta en práctica del programa educativo.

CAPITULO VI

LA PROPUESTA

Presentación y Justificación

El diseño de una propuesta para un programa educativo dirigido a embarazadas de alto riesgo para su preparación física previo al acto de monitorización electrónica fetal, nace de la necesidad reflejada en la Unidad de Perinatología “Dr. Enrique Tejera”, Valencia – Edo. Carabobo, en donde diariamente se observa la poca información por parte de las embarazadas sobre la preparación física requerida antes de la monitorización electrónica fetal.

Desde ese orden se busca como estrategia, ofertar un programa educativo a la unidad cuyo contenido se fundamenta en aspectos teóricos –prácticos establecidos por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), acompañado de lineamientos de la Escuela de Enfermería, Universidad Central de Venezuela (E.E. – U.C.V.) Estrategias que busca aportarle a la institución hospitalaria una salida ante la situación planteada en el problema.

Objetivo General

- Ordenar el área en función de dar a conocer la propuesta.
- Diagnosticar las informaciones en las embarazadas de alto riesgo sobre preparación física requerida antes de la monitorización electrónica fetal.
- Diseñar la propuesta
- Normas para la puesta en práctica de la propuesta: el objeto de la propuesta es desde una perspectiva operativa para ser puesta en práctica en la unidad de perinatología.

Normas generales

El programa debe efectuarse tomando en cuenta los siguientes parámetros:

1. La política de la Unidad en concordancia con las directrices emanadas por el CLAP Ministerio de Salud. Caracas – Venezuela.
2. La situación organizacional de las unidades contenidas en el programa deben estar relacionadas con los cuidados que debe cumplir la embarazada de alto riesgo antes de la monitorización electrónica fetal.
3. Debe ser puesta en práctica diariamente en la consulta con la participación de las autoridades de la Unidad de Perinatología.

La puesta en práctica del programa educativo, debe contar con los siguientes pre-requisitos:

1. Plan programa o esquema de práctica formulada y organizada de acuerdo al período.
2. Se prevén los recursos humanos, materiales, tecnológicos (vídeo, televisor, etc.)
3. Diagnóstico operativo que define claramente el desarrollo y asistencia del programa.
4. Diagnóstico de la disminución de mala preparación de la embarazada antes de la monitorización electrónica fetal.

El programa educativo en la unidad debe facilitar el logro de los aspectos siguientes:

1. Llevar el control de participantes
2. Comprobación. Si las estrategias educativas se ajustan a las necesidades de aprendizaje de las embarazadas de alto riesgo sobre monitorización electrónica fetal.
3. Evaluar periódicamente los resultados del plan educativo.
4. Ambiente físico y recursos materiales.

La unidad de Perinatología cuenta con su área espacio-física (sala de espera) aunado a ello, cuenta con recursos audiovisuales que pueden ser utilizados en lo referente al aporte informativo.

Normas específicas

1. El programa educativo debe consolidar los resultados concretos en concordancia con la problemática.
2. Las unidades deben propiciar los contenidos exactos en concordancia con lo que se busca enseñar.

Apoyo para la organización logística: provisiones de suministro para el desarrollo de las sesiones docentes-asistenciales, incluyendo espacio físico y materiales instruccionales.

Supervisión y monitoreo: Este acto requiere la dirección del personal de servicio, que garantice el apoyo del mismo de esa manera se logre su constitución en el servicio como una acción de rutina.

Apoyo del personal de salud en lo referente a la acción para la conducción de la enseñanza.

Enmarcado el contenido del Programa Educativo sobre la preparación física de la embarazada de alto riesgo antes de la monitorización fetal.

Objetivo General

Una vez cumplido con orientaciones hechas en la unidad de perinotología, las embarazadas de alto riesgo sabrán sobre los cuidados requeridos previos a la monitorización fetal.

Unidad I

Identificación sobre la asistencia inmediata requerida en las embarazadas de alto riesgo que van hacer monitorizadas en sus componentes: control de signos, estado post-prandial datos obstétricos anamnesis.

Unidad II

Interrelación afectiva en sus componentes comunicación terapéutica.

Unidad III

Procedimientos específicos para la monitorización fetal en sus componentes: posición, maniobra de Leopold, auscultación, interpretación de los resultados y conducción del caso.

Objetivos específicos

- Informar a las gestantes de alto riesgo sobre asistencia inmediata que deben cumplírseles en la Unidad de Perinatología.
- Informar a las gestantes de alto riesgo sobre cada uno de los procedimientos específicos que se le deben cumplir en la Unidad de Perinatología.

Contenidos:

- Monitorización concepto
- Estado post-prandial
- Datos obstétricos
- Factor RH
- Comunicación terapéutica
- Evaluación fetal
-

Metas:

La ejecución del programa se realizará en un período de seis meses: julio 2007 a diciembre 2007; y la evaluación del proceso en enero 2008.

Estrategias:

- Exposición Oral
- Dinámica de grupo
- Demostración practica

Recursos:

Humano:

- Enfermeras
- Embarazadas

Materiales:

- Monitor fetal
- Retroproyector
- Computadora
- Carteleras
- Guías
- Trípticos
- Lápiz
- Papel

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREPARACIÓN FÍSICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO

Unidad I: Asistencia Inmediata

Objetivo Terminal: Una vez cumplido con orientaciones hechas en la unidad de perinatología, las embarazadas de alto riesgo sabrán sobre los cuidados requeridos previos a la monitorización fetal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS	EVALUACIÓN
Informar a las gestantes de alto riesgo sobre asistencia inmediata que debe cumplírseles en la Unidad de Perinatología.	Unidad I ✓ Signos vitales ✓ Estado post-pandrial ✓ Nombre y apellido (embarazada) ✓ Fecha de última regla ✓ Edad gestacional ✓ Grupo sanguíneo y Factor RH ✓ Estado de salud gestacional	Exposición Oral Dinámica de grupo	Humano: - Enfermeras - Embarazadas Materiales: - Retroproyector - Carteleras - Guías - Lápiz -Papel	Retroalimentación grupal

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREPARACIÓN FÍSICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO
ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE
TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO**

Unidad II: Interrelación afectiva Objetivo Terminal: Una vez cumplido con orientaciones hechas en la unidad de perinatología, las embarazadas de alto riesgo sabrán sobre los cuidados requeridos previos a la monitorización fetal

PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREPARACIÓN FÍSICA DE LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS	EVALUACIÓN
Informar a las gestantes de alto riesgo sobre interrelación afectiva que debe brindárseles en la Unidad de Perinatología	Unidad II ✓ Demostración de afecto ✓ Interés en la conversación ✓ Respeto ✓ Cortesía	Exposición Oral Dinámica de grupo	Humano: - Enfermeras - Embarazadas Materiales: - Computadora - Retroproyector - Cartelera - Guías - Lápiz - Papel	Retroalimentación grupal

ANTES DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA FETAL. UNIDAD DE PERINATOLOGIA, HOSPITAL “ENRIQUE TEJERA”, VALENCIA EDO. CARABOBO

Unidad III: Procedimientos específicos

Objetivo Terminal: Una vez cumplido con orientaciones hechas en la unidad de perinatología, las embarazadas de alto riesgo sabrán sobre los cuidados requeridos previos a la monitorización fetal.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDO	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS	EVALUACIÓN
Informar a las gestantes de alto riesgo sobre cada uno de los procedimientos específicos que se deben cumplir en la Unidad de Perinatología	Unidad III ✓ Posición semi-sentada ✓ Condición del foco cardiaco ✓ Conducción de la monitorización	Exposición Oral Dinámica de grupo Demostración practica	Humano: - Enfermeras - Embarazadas Materiales: - Monitor fetal - Computadora - Retroproyector - Carteleras - Guías - Lápiz - Papel	Retroalimentación grupal

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Añez, R. (1999) ***Pruebas de Salud Fetal***. Caracas – Venezuela
- Arenas, N. (2003) Trabajo de Grado. ***La Enfermera (o) en la cotidianidad del cuidado humano***. Universidad de Carabobo – Venezuela.
- Balestrini, A. (2001). ***Como se elabora el proyecto de investigación***. Caracas – Venezuela.
- Beare, P. y Myers, A. (1999) ***enfermería Médico-quirúrgico***. Ediciones Harcourt. 1ra. ed. Madrid.
- Betancourt, L; Jiménez, C. y López, G. (2004) ***Investigación Aplicada al Área de Enfermería II***. UCV.
- Cifuentes, R. (2000) ***Embarazo de Alto Riesgo***. 4ª. Edición. Bogotá – Colombia.
- Código Deontológico de Venezuela (1999). Federación de colegios de Enfermeras de Venezuela. Comité ejecutivo. Caracas – Venezuela 1999.
- Davis, K. y Newsatron, J.W. (1999) ***Comportamiento humano en el trabajo***. 4ta. Edición en España. Ed. Mc Graw Hill Interamericana – México.
- Dickason, E; Silverman, B. y Kaplan, J. (1999) ***Enfermería Materni Infantil***. Barcelona 3ª. Edición. Ed. Salvat.
- Ferreiro, R. (2003) ***Perfil Biofísico: Una prueba de bienestar fetal***. Hospital Ramón González Coro.

Frías, A. (2000) **Salud Pública y Educación para la Salud**. Editorial Manzón.

Guyer, B. (2000) **Valoración del estado del feto**. México Interamericana.

Hernández, A. (2002) **Salud Perinatal**. Pontifica Universidad Javeriana – Colombia.

Hernández, S; Fernández, C. y Baptista, L. (1998) **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Mc Graw Hill, 2ª edición.

Kossier, B; Erb, G; Blais, K. y Wilkinson, J. (1999) **Fundamentos de Enfermería: Conceptos, Procesos y Práctica**. Vol. 1, 5ª Edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana, Madrid.

Leddy, S. y Pepper, J. M. (1992) **Bases conceptuales de la Enfermería Profesional**. Filadelfia J. B. Lippin Cott.

Morales, N; Puerta, M. y Gómez, C. (2000) **Analizar el Monitoreo Fetal en las embarazadas de alto riesgo**. Tesis Antioquia – Colombia.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) **Embarazo de Alto Riesgo**.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) **Diseños de Programas de Enseñanza**.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998) **Programa de Enseñanza**.

Orozco, s. (2001) **Diagnóstico prenatal en embarazo de alto riesgo**. Tesis de Grado. U. C. Carabobo – Venezuela.

Palella, S. y Martins, F. (2004) ***Metodología de la Investigación cuantitativa.*** Caracas, FEDUPEL.

Pineda, E; Alvarado, E. y Canales, F. (1994) ***Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud.*** 2ª edición. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.E.U.A.

Pinto, N. (2002) ***Indicadores de Cuidados.*** Facultad de Enfermería – Universidad Nacional Colombia.

Sazón, J. y Keeder, R.N.L. (2000) ***cuidado a la Embarazada de Alto Riesgo.*** Madrid –España.

Suárez, E. y Parada, M. (2001) ***La Ética y la Moral en la Práctica de Enfermería.*** 4ª. Edición. Universidad Central de Venezuela – Caracas.

Zapata, Y. y Zurita, N. (2002). ***Valor Predictivo del Monitoreo Electrónico Fetal en el Diagnóstico de Distocia Funicular.*** I.M.P. marzo-mayo 2002. Trabajo de Ascenso. Lima – Perú.



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



**INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE PREPARACION FÍSICA DE
LA EMBARAZADA DE ALTO RIESGO ANTES DE LA MONITORIZACION
FETAL**

**Autoras:
Amaná, Aura
Cabarca, Yomaira
Ramírez, Justina**

Valencia 2006



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



Presentación

Por medio de la presente le hago entrega de un formulario con el propósito de que usted responda.

Gracias

		SI	NO
1	Siempre te controlan: pulso, temperatura, tensión arterial y respiración (signos vitales).		
2	Te indican de los valores encontrados		
3	Si tiene algún signo vital alterado debe repetir el control hasta que se normalice		
4	Te indican que es importante no ingerir alimentos dos horas antes de la monitorización		
5	Te preguntan tu nombre y apellido		
6	Crees necesario la pregunta sobre la última regla		
7	Es importante que le informen la edad de su embarazo		
8	El grupo sanguíneo y el factor RH es necesario que lo sepa		
9	Te indican que deben tener una edad gestacional mayor de 30 semanas para darle cumplimiento a la monitorización fetal.		
10	Te exigen el factor RH		
11	Te participan tu estado gestacional		
12	Valoran tu estado físico previo a la monitorización.		
13	El personal que te atiende en la Unidad se muestra afectivo		
14	Muestran interés en las conversación		
15	Muestran respeto		
16	Muestran cortesía		
17	Te indican que durante el acto de monitorización debes estar en posición semi sentada.		
18	Te indican condición del foco cardiaco.		
19	Te indican condición de la monitorización		

