



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



**ASISTENCIA DE LA ENFERMERA CON LAS EMBARAZADAS EN
CONTROL EN EL FOMENTO DE LA SALUD POR MEDIO DE LOS
COMPONENTES MEDICO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO
COMUNITARIO. HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE.
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008**

(Trabajo Especial de Grado presentado como requisito para optar al
Título de Licenciada de Enfermería)

Autoras:

T.S.U. Álvarez, Emiles

T.S.U. Rivas, Maribel

T.S.U. Rojas, Yesenia

Tutora:

Mgs. Ricarda Montaña

Puerto La Cruz, Octubre de 2008

**ASISTENCIA DE LA ENFERMERA CON LAS EMBARAZADAS EN
CONTROL EN EL FOMENTO DE LA SALUD POR MEDIO DE LOS
COMPONENTES MEDICO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO
COMUNITARIO. HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE.
PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008**

DEDICATORIA

A Dios Padre nuestro, por iluminarme y darme la fe y la fortaleza para afrontar todos los retos.

A La Mgs. Marisol Romero, amiga incondicional quien me ofreció desinteresadamente las observaciones y correcciones desde el comienzo de la profesionalización hasta alcanzar la meta trazada.

A la Licda Lilia Betancourt, por su valiosa dedicación en las asesorías, sugerencias para el desarrollo del este trabajo.

A todos aquellos profesores y personas quienes de una u otra forma aportaron sus buenas intenciones para la culminación de este trabajo.

Emiles

DEDICATORIA

A Dios Padre Todopoderoso, quien con su infinita misericordia nos dio la fuerza y la voluntad en los momentos mas difíciles para continuar y lograr alcanzar esta meta.

A mi Padre, (ausente) que siempre está presente en mi corazón, a mi madre que siempre está presente dándome apoyo y estímulo para la culminación de mi trabajo de grado.

A mis hijos, Luís, Ana, Marilú, Jesús, Marianny y mi nieta Mariana, por su ayuda, compañerismo y consideración en los momentos en los cuales tuve que dejar de compartir con ellos haciendo posible la realización de este trabajo.

A todos ellos mis mas sinceras gracias.

Maribel

DEDICATORIA

A Dios, ser supremo, infinito y omnipotente quien guía cada uno de nuestros pasos en esta experiencia maravillosa que es la vida.

A mis Hijos, Bladimir Junio y Marvi del Valle por todas las privaciones a las que fueron sometidos y por toda la ayuda, este logro es especialmente para ustedes.

A mi Esposo, Wilson no tengo palabras para agradecerte por tu colaboración, amor y paciencia.

A mi Madre y Hermanos, quienes han dado todo sin exigirme nada para lograr la culminación de las metas proyectadas.

Yesenia

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios, nuestro padre supremo por permitirnos presentar hoy este trabajo de investigación a la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela y al cuerpo de profesores por su valioso aporte de conocimientos, hicieron posible nuestra preparación.

Expresamos nuestra eterna gratitud la Mgs. Ricarda Montaña, nuestra tutora por su dedicación, orientación y sus valiosos conocimientos por la realización de esta investigación.

A la Licda. Lilia Betancourt, nuestra asesora quien nos aportó los recursos necesarios para la culminación de este trabajo.

A la Licda. Mireya Millán, quien nos aportó de manera desinteresada todos sus conocimientos para alcanzar la meta trazada.

Al Departamento de Gineco – Obstetricia del Hospital General del Tigra, especialmente a las enfermeras en el área de la Consulta Prenatal por haber contribuido a la realización de esta investigación a todas ellas, muchas gracias.

Emiles, Maribel y Yesenia

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi carácter de Tutor del Trabajo Especial de Grado, presentado por las **T.S.U. Álvarez Emiles, Rivas Maribel y Rojas Yesenia**; titulado **“ASISTENCIA DE LA ENFERMERA CON LAS EMBARAZADAS EN CONTROL EN EL FOMENTO DE LA SALUD POR MEDIO DE LOS COMPONENTES MEDICO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO. HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE. PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008”**, para optar al título de Licenciado en Enfermería, considero que dicho trabajo reúne los requisitos para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En Caracas a los _____ días del mes de _____
del año 2008.

Mgs. Ricarda Montaña

C.I. N° _____

INDICE

	Pág.
Dedicatorias	iv
Agradecimiento	vii
Aprobación de Tutor	viii
Lista de Cuadros	x
Lista de Gráficos	xii
Resumen	xiv
Introducción	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación	
Objetivo General.....	7
Objetivos Específicos.....	7
Justificación del estudio.....	8
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes del Estudio.....	10
Bases Teóricas.....	17
Sistema de Variable.....	79
Operacionalización de la Variable.....	80
Definición de Términos Básicos.....	81
Capítulo III: Marco Metodológico	
Tipo de estudio.....	82
Población y Muestra.....	83
Métodos y Técnicas de Recolección de Datos.....	84
Validez.....	85
Confiabilidad.....	85
Procedimientos para la recolección de datos.....	86
Plan de tabulación de datos.....	86
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados	88
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones.....	113
Recomendaciones.....	115
Referencias Bibliográficas	116
Anexos	119

LISTA DE CUADROS

Nº		Pág.
1	DISTRIBUCION DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DE SUBINDICADOR A EMBARAZADAS EN CONTROL USO DE ALIMENTOS NECESARIOS QUE DA A CONOCER EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	89
2	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR MENÚ DIETÉTICO QUE DA A CONOCER A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	92
3	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PREPARACIÓN DE LA DIETA A CONSUMIR POR PARTE DE LA EMBARAZADA EN CONTROL PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	95
4	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL POR ESPECIALISTA EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	98
5	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PLANIFICACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	101
6	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEI SUBINDICADOR recursos materiales requeridos en la VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS	104

- A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO Anzoategui PRIMER SEMESTRE (2008)
- 7** DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA POR PARTE DE LA ENFERMERA CON EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL HOGAR DE LAS EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008) **107**
- 8** DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR EVALUACIÓN FÍSICA A LA EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008) **110**

LISTA DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	DISTRIBUCION DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DE SUBINDICADOR A EMBARAZADAS EN CONTROL USO DE ALIMENTOS NECESARIOS QUE DA A CONOCER EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	91
2	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR MENÚ DIETÉTICO QUE DA A CONOCER A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	94
3	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PREPARACIÓN DE LA DIETA A CONSUMIR POR PARTE DE LA EMBARAZADA EN CONTROL PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	97
4	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL POR ESPECIALISTA EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	100
5	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PLANIFICACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	103
6	DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR RECURSOS MATERIALES REQUERIDOS EN LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)	106

- 7** DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA POR PARTE DE LA ENFERMERA CON EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL HOGAR DE LAS EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008) **109**
- 8** DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR EVALUACIÓN FÍSICA A LA EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008) **112**



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



ASISTENCIA DE LA ENFERMERA CON LAS EMBARAZADAS EN CONTROL EN EL FOMENTO DE LA SALUD POR MEDIO DE LOS COMPONENTES MEDICO NUTRICIONAL Y SEGUIMIENTO COMUNITARIO. HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE. PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2008

Autoras:

T.S.U. Álvarez, Emiles

T.S.U. Rivas, Maribel

T.S.U. Rojas, Yesenia

Tutora: Mgs. Ricarda Montaña

Fecha: Octubre 2008

RESUMEN

El presente estudio se encuentra enmarcado en la determinación de la asistencia que dan las enfermeras a las embarazadas en control en sus dimensiones cuidado gestacional y búsqueda comunitaria Hospital General de el Tigre Estado Anzoátegui. El diseño de la investigación es descriptiva y de campo estuvo conformado por 17 enfermeras adscritas al área de atención materna y salud reproductiva. La recolección de información se hizo por medio de una lista de cotejo con tres respuestas (siempre, alguna vez, nunca), de 35 preguntas. El instrumento amerito su confiabilidad por medio de una prueba piloto dando como resultado 0,88; luego se procedió la investigación y sus resultados demuestran una asistencia parcial de la enfermera en el fomento de la salud del gestante y el producto de la concepción.

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna, es una de las principales preocupaciones de la sociedad contemporánea debido a las consecuencias que se generan en su entorno, ya que en la mayoría de los casos se trata de mujeres jóvenes sanas, cuya muerte de alguna manera pudiera evitarse. Para las mujeres la maternidad es una experiencia de vida, que en ocasiones se convierte en experiencia de muerte.

La atención que le brinda la enfermera a las gestantes es tan importante que contribuye al fomento de la salud materna en especial durante la atención primaria porque permite la detección y atención oportuna de factores de riesgo por medio de acciones básicas.

Este trabajo investigativo tiene como finalidad de corroborar la asistencia de la promoción y educación para la salud y el de abordar las comunidades como reconocedoras en el impulso de su propio cuidado reproductivo y obstétrico. Cada mujer tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable que le permita llegar a su término con el mínimo de riesgos y complicaciones tanto para ella como a su hijo, mediante la toma de medidas necesarias para el fomento de un cuidado en beneficio de la madre

y del producto de la concepción. En ese sentido, se desarrolla la investigación en la Consulta Prenatal del Hospital General del Tigre.

La presente investigación se presenta en cinco (5) capítulos:

El **Capítulo I**, contiene el planteamiento, los objetivos y la justificación del estudio.

El **Capítulo II**, comprende el marco teórico, antecedentes, bases teóricas, bases legales, sistema de variables y operacionalización de variables.

El **Capítulo III**, presenta el diseño metodológico de la investigación, tipo de estudio, población, muestra, métodos e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y técnicas de análisis.

El **Capítulo IV**; se establece con los resultados de la investigación.

El **Capítulo V**, con las conclusiones, recomendaciones y finalmente la bibliografía consultada y los anexos.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La salud materna durante el período gestacional es una de las principales preocupaciones de todos los países del mundo, hecho sustentado en la última Conferencia en México (2005), durante el encuentro de los países para el pronunciamiento de una asistencia integral a la salud de la gestante que debe ser punto de apoyo en las consultas prenatales. En ese sentido según pronunciamiento de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) (2005) determina la vigilancia prenatal en cualquier circunstancia de índole social y de tipo institucional, en lo cual se representa la oportunidad “para que cada embarazada fomente la salud y alcance el periodo del parto y puerperio bajo condiciones favorecedoras para una maternidad sin riesgo”, (Pág.126)

Implica el reconocimiento de la consulta prenatal del papel que representa en garantía de que el periodo gestacional culmine con una madre y un producto de la concepción sano.

Visto así, el control prenatal en sí se sitúa como una orden institucional que debe cumplirse con toda embarazada. Sin embargo, a pesar de ser impuesto con orden normativo, la morbi-mortalidad de acuerdo a informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005)

Se presenta en las complicaciones obstétricas un promedio de 46 en cada 100 mujeres con mayor incidencia en las procedentes de países Latino Americano y del Caribe en donde destacan anemias, inducida en el embarazo, ruptura prematura de membrana, prematuridad, trabajo de parto prolongado y una gran tendencia a la mortalidad perinatal”, (Pág. 115).

Estas complicaciones continúan señalando los autores, son mayores en los pueblos con marcada presencia de pobreza como uno de los factores determinantes para que ello ocurra.

Dentro de este marco referencial, bien vale mencionar a Venezuela país del trópico en donde los informes por proyección del año 2005 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lo sitúan como “uno de los países con prevalencia en morbi-mortalidad materna con un promedio de 9 en cada 100 mujeres”, (Pág. 76). Estos autores mencionan dentro de las complicaciones, parto prolongado, ruptura prematura de membrana, prematuridad, anemias, entre otras.

En este orden, se encuentra la región nororiental, específicamente en el Tigre estado Anzoátegui allí se cuenta con un hospital tipo III en donde se prestan servicio de atención materna desde el periodo gestacional hasta el puerperio. Es decir, en toda la asistencia perinatal para la población del casco urbano y punto de referencia rural. La situación corresponde a la presencia constante en el área de parto y puerperio del Hospital General del Tigre mujeres que presentan complicaciones señaladas por historias médica (205), ruptura prematura de membrana para un total de (14) casos, (18) trabajo de parto prolongado, (46) casos de prematuros, anemia (26) casos y 16 casos de niños de bajo peso al nacer. (Pág. 6), hecho que demuestra la falta de una asistencia integral prenatal que involucre aspectos de índole físicos, nutricional y médico asistencial.

Aunado a lo expuesto cabe también destacar lo planteado en el Departamento de Historias Clínicas del mismo hospital (2005), el cual señala “que el 80% de las complicaciones proceden de madres que no cumplieron con los (7) controles mínimos normados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud de los Pueblos (MPPSP) (2000), además de asistir a la consulta de control prenatal al final del embarazo de manera irregular”.

En consideración de lo expresado, merece recordar a la consulta prenatal y al personal que ahí labora específicamente al profesional de

enfermera cuyas acciones les exige captar a cada embarazada para la protección de la vida tanto para la madre como para el producto de la concepción. Al respecto Wagner, O (1999) refiere; “frecuentemente las complicaciones obstétricas se asocian a la carencia de una asistencia prenatal medico y de otras especialidades que captan de manera oportuna alguna emergencia”. (Pág. 101)

En el marco de lo citado, puede asumirse que las enfermeras para disminuir las complicaciones relacionadas con las anemias y la asistencia a los controles de embarazadas deben adoptar un rol relevante en la consulta prenatal para el alcance de una participación influyentes para lograr aumentar el aporte nutricional del binomio madre-hijo y la captación de las embarazadas en las comunidades.

En atención a ello surgen las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cómo la enfermera promueve el cuidado gestacional en los componentes médico nutricional medico en la consulta prenatal?

¿Qué acciones de seguimiento a la comunidad realiza la enfermera para la búsqueda de las gestantes que no dan continuidad a sus controles?

De acuerdo a las interrogantes expuestas se hace el siguiente planteamiento de investigación: ¿Cuál es la participación de la enfermera en el fomento de la salud de las gestantes en control por medio de los componentes nutrición medico asistencial y seguimiento comunitario?

1.2.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1.- Objetivo General:

Determinar la asistencia de la enfermera con las embarazadas en control en el fomento de la salud por medio de los componentes medico nutricional y seguimiento comunitario.

1.2.2.- Objetivos Específicos:

- Identificar la asistencia de la enfermera promoviendo al cuidado gestacional por medio de los componentes medico nutricional.
- Identificar la asistencia de la enfermera en la comunidad para la búsqueda de las gestantes que no den continuidad a sus controles.

1.3.- Justificación

La salud materna se ve afectada por múltiples factores biológicos, asistenciales, económicos, culturales que influyen en el estado de bienestar de la gestante, constituyendo una de las reglas requeridas en el área de la consulta prenatal como parte esencial de la existencia de dicha consulta.

En ese sentido, se justifica el desarrollo de la investigación, ya que por medio de su ejecución se estará dando la oportunidad de actuar la participación de enfermera en la consulta prenatal. Desde ese orden, la investigación se justifica más aún cuando trata de identificar sobre una situación que afecta a las gestantes.

Entonces la investigación dará beneficios a gestantes, a la institución, comunidad y por supuesto al personal de enfermería. Será importante para el profesional de enfermería, porque contribuirá a enriquecer los conocimientos y actualizarse.

Por otro lado, la ejecución y puesta en práctica de la investigación será de gran importancia para las(os) enfermeras(os), que realizan labores comunitarias porque podrán disponer de la información necesaria a través de los resultados obtenidos en la investigación los cuales servirán de base para

motivar y profundizar sobre el tema en futuras investigaciones, la posibilidad de mejorar su praxis profesional mediante el mejoramiento del ejercicio de su rol educativo, permitiendo la integración de sus roles asistencial-docente, con la finalidad de contribuir a la promoción de la salud y la satisfacción de las usuarias mediante la prestación de una atención de enfermería de calidad.

Así mismo, le brindará a las gestantes una mejor calidad de atención garantizando su recuperación dentro del tiempo previsto sin complicaciones.

Metodológicamente la investigación también permitirá beneficios, ya que su ejecución servirá para otras investigaciones que traten sobre la importancia del fomento de la salud de la mujer durante su periodo gestacional y por ende alcanza un producto de la concepción sano.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo está relacionado con los antecedentes y basamentos teóricos y legales involucrados en la variable implícita en el problema planteado, como lo es, la participación de la enfermera con la embarazada en control en el fomento de la salud por medio de los componentes medico nutricional y seguimiento comunitario.

2.1.- Antecedentes de Investigación:

En revisión y análisis de bibliografías consultadas, que guardan cierta relación con la variable participación de la enfermera con la embarazada en control en el fomento de la salud, por medio de los componentes médico nutricional y seguimiento comunitario se mencionan algunos trabajos con informaciones importantes; los cuales sirvieron como material de apoyo y se consideraron de gran utilidad para incrementar los conceptos relacionados con la investigación realizada.

Morillo y Cortés (1998), efectuaron una investigación titulada: “Cuidado de las embarazadas relacionados a los factores de riesgo asociados” en el

Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescente en la Universidad de Chile y se conformó una muestra de 652 embarazadas durante el periodo de 1998-2000 para identificar los factores de riesgos a través de un análisis bifactorial y multifactorial que permitió a los investigadores determinar un total de siete (7) factores predictivos donde mencionan: grado instruccional, estado nutricional de enflaquecimiento, estatura de la adolescente o menos años, dos años de educación media, pareja estudiante o en el servicio militar, embarazo consecuencia de seducción, violación y actitud indiferente o negativa. Factores estos que permitieron diseñar un instrumento aplicativo para determinar la población de “Alto Riesgo” y de “Riesgo No Predecible”.

Los investigadores sugieren un esquema de atención por niveles de complejidad aplicado antes de los episodios de enfermedad y concluyen diciendo que la atención de la embarazada en situación de riesgos necesitan de programas basados en el riesgo obstétrico detectado en la consulta prenatal, lo que implica el reconocimiento de la importancia del control prenatal.

Las autoras consideran que la investigación anterior permite percibir la necesidad de realizar una valoración integral a las gestantes para ayudar a determinar su estado biológico y al mismo tiempo obtener herramientas para

lograr la coparticipación gestante-profesional de enfermería, logrando identificar el nivel de atención requerido de acuerdo al riesgo obstétrico detectado. Y en consecuencia el profesional de enfermería pueda aportar orientaciones terapéuticas en el área de la consulta prenatal en forma preventiva antes de la ocurrencia de las complicaciones.

En éste orden, las orientaciones dadas a las gestantes permitirán desarrollar estrategias de promoción y educación para la salud al grupo precipitado.

Duendas, D (2000), realizaron un estudio titulado: "Estatus de crecimiento y su relación con la evaluación nutricional y antropométrica en gestantes adolescentes. El estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil "10 de Octubre" en La Habana, Cuba. Se realizó un estudio prospectivo a 108 mujeres recolectando la información a través del instrumento de la encuesta aplicada bajo un criterio de inclusión a todas las gestantes adolescentes que fueron atendidas en la consulta de nutrición, captadas antes de las 14 semanas de embarazo y comparados la evaluación obtenida; a un grupo control de embarazadas adultas. Como resultado se encontró una prevalencia de desnutrición total de 38,9% en los siguientes niveles: leve 20,4%, moderadas 14,8% y severa 3,7% en otro orden descendente de importancia fueron detectados otros factores de riesgo como

son: bajo nivel de instrucción presencia de estrés psicosocial, desempleo y solteras o sin relación estable de pareja.

Los resultados analizados confirmaron que existió mayor recuperación nutricional en las adolescentes gestantes con status de crecimiento incompleto que repercutieron sobre la armonía neonatal a través de las orientaciones nutricionales aportadas por los investigadores durante el periodo de estudio. Se concluyó que el seguimiento nutricional adecuado durante la gestación influye sobre el estado de salud de la embarazada adolescente y de su hijo.

Mendoza, P (1996), en Argentina realizaron una investigación titulada "Embarazadas con riesgo socio-económicas y la valoración de predictores antropométricos". La finalidad primordial fue para identificar algunos predictores antropométricos en la consulta externa especializada. La población objeto de estudio estuvo conformada por 85 embarazadas con riesgos socio-económico por defecto y carencia además de otro grupo control constituido por 50 embarazadas de bajos riesgos socio-económico promedios de Índice/Energía se obtuvieron en las embarazadas con peso alto y en los controles. Concluyendo los autores que el control prenatal desde etapas tempranas del embarazo permite eliminar el bajo peso al nacer

y contribuye a la obtención de indicadores de salud reproductiva adecuados en los recién nacidos de las embarazadas en riesgo socio-económico.

La investigación anterior, concatena con el realizado, evidenciándose la necesidad de conocer los riesgos socio-económicos presentes en las embarazadas por medio del control para proporcionarles orientaciones para el cuidado durante su asistencia a la consulta prenatal, la cual debe ser realizada en etapas tempranas de gestación como un indicador de bienestar y predictor de ganancia o ajuste además del cuidado correspondiendo a la participación del profesional de enfermería la valoración para determinar el estado de salud y dar información y sugerencias para el mejoramiento en este periodo y por ende una culminación feliz del periodo gestacional.

Romero de Pino, I., (1992), realizó una investigación sobre: El Nivel de Conocimiento de las adolescentes gestantes sobre nutrición en el embarazo, en el Centro de Medicina Integral de la Universidad de Carabobo en Valencia. El objetivo del estudio fue comprobar la influencia de un programa de enseñanza sobre nutrición en el embarazo, el conocimiento de las adolescentes gestantes, referida a los factores: nutrición, grupos de alimentos, nutrientes y elaboración de menú antes y después de recibir un programa todo ello como parte de las estrategias en bien de la salud gestacional. La población objeto de estudio fue conformada por 60

adolescentes gestantes inscritas en el programa de Atención de Salud de Adolescentes Embarazadas, (PASAE). La muestra fue tomada al azar de 15 gestantes; la que representaba el 25% de la población.

La autora concluye señalando que diferencias significativas en el nivel de conocimientos de las adolescentes gestantes, sobre nutrición en el embarazo, en sus factores nutrición, grupos de alimentos, nutrientes y elaboración de menú antes y después de haber recibido el programa de enseñanza.

Concluyendo lo antes mencionado las investigadoras consideran de gran importancia la participación del profesional de enfermería, en la orientación nutricional que debe recibir la gestante, en la consulta prenatal, sobre el consumo de una dieta balanceada que contenga los nutrientes necesarios durante el periodo de la gestación y así lograr un resultado favorable del binomio madre-hijo, mediante la elaboración del menú adecuado.

Pope (1998) referido en Anales Nestlé (1995) realizaron un estudio de investigación en embarazadas referido a valorar los antojos alimentarios y averiguaciones en adolescentes embarazadas, las opiniones acerca de los antojos alimentarios y cómo estos factores influían en el aporte alimenticio.

Se estudiaron 97 gestantes, evidenciando que un 86% comunicaban antojos por lo menos de un alimento en algún momento durante el embarazo; la mitad de las adolescentes embarazadas los tenían a dos o más alimentos y el 10% restante a más de 5 alimentos. Significativamente los alimentos más comunicados como antojo eran: dulces especialmente el chocolate, frutas, jugos de frutas, platos con alto contenido en proteínas, vegetales, helados y pizza. Los antojos se presentaron en un 41% durante las primeras 12 semanas, y un 86% se presentaron al final del trimestre, en el último trimestre se reportaron muy pocos antojos. Con relación a las averiguaciones en el 66% de las 97 embarazadas se referían a la carne y huevos.

De acuerdo a los datos que reporta ésta investigación, las autoras consideran que es de gran importancia que las gestantes reciban orientaciones nutricionales durante su embarazo para que puedan cubrir las demandas de nutrientes con algunas variaciones en su ingesta con la finalidad de aportar energía dietética extraordinaria requerida durante ese periodo, es de hacer notar que los antojos, las aversiones a ciertos alimentos puede ser potencialmente nociva para el proceso de crecimiento y desarrollo tanto del feto como a la madre.

2. 2. Bases Teóricas

En este contexto, se hace referencia a los elementos teóricos sustantivos del estudio. En tal sentido se describe brevemente: la asistencia de enfermería, igualmente se describe el sistema de variables, así como la definición de términos.

Como el objetivo principal de la investigación es determinar la participación de la enfermera con las embarazadas en control en el fomento de la salud, por medio de los componentes medico nutricional y seguimiento comunitario se considera de gran importancia la proporción de una mejor atención en la Consulta Prenatal, por lo que es conveniente exponer la Fundamentación conceptual y teórica de la variable en estudio.

2.2.1. Asistencia de la Enfermera

La salud de la persona y del grupo está determinada por la biología humana, el medio ambiente, los modos de vida de la comunidad y el sistema de asistencia sanitaria; dentro del sistema antes mencionado, la enfermera participa como miembro del equipo terapéutico; conformando una sólida organización en la estructura de la prestación de servicio, que va desde el

medio rural disperso hasta los establecimientos de salud de alta complejidad. Los cuales ofrecen su atención en los diferentes niveles de atención primaria.

En tal sentido, Barrios, M. (1992) considera que:

La atención primaria de salud representa implicaciones para Enfermería. Las que pueden ser afectiva con su dedicación en la participación en la meta de salud para todos en el año 2000, ya que ninguna profesión se adapta mejor a las diversas actividades de la atención primaria, que el profesional de enfermería. (Pág.8).

En el marco de lo citado, se asume que la enfermera a nivel de consulta prenatal, como parte del equipo de salud cumple acciones asistenciales con las embarazadas en control que abarcan: el examen físico, participando el examen obstétrico, impartiendo educación y orientaciones relacionadas con la vigilancia y control requerido para el fomento de la salud por medio del cumplimiento del control durante el embarazo.

En ese sentido, la participación de las enfermeras se basará en un modelo de ejercicio profesional autónomo, para lo cual Leddy, S y Pepper, M (1992) manifiestan que:

El interés primordial en este caso consiste en brindar el apoyo al usuario para mejorar su estado y potencial de bienestar. Los

conocimientos necesarios incluyen información sobre la condición bienestar del usuario incluyendo puntos débiles y fuertes, sistemas de apoyo, conocimientos, creencias y valores sobre la salud, estilo de vida y metas relacionadas con la salud. (Pág.252).

Esta referencia permite destacar que la participación de las enfermeras con gestantes es para mejorar su estado de salud y potenciar el bienestar; implica la responsabilidad de garantizar una asistencia de acuerdo a las requeridas para ayudarla al fomento del bienestar de la salud.

En tal sentido, las autoras consideran imperativo, proporcionar en la consulta prenatal todas las medidas requeridas para que, al realizar el organismo de las embarazadas los ajustes necesarios, dado a la demanda de cuidado del feto; pueda recibir un soporte biopsicosocial y nutricional de acuerdo a las necesidades detectadas.

En el caso específico del estudio, la asistencia de la enfermera estará enfocada para la atención inmediata a las gestantes en control desde un orden biopsicosocial incluyendo familia y comunidad, para lo cual instituirá la estrategias basadas en reciprocidad, respeto mutuo, consideración de la información y de los sentimientos y participación activa en la solución de problema relacionados con la salud de cada gestante en control. Esto implica asegurar a que cada usuaria tenga acceso al servicio adecuado a sus

necesidades, asegurando y buscando a que estas asuman la responsabilidad de su cuidado.

Esto refleja un compromiso, representado en la asistencia de las/os enfermeras (os) dentro de un consenso cuyo propósito es el de proyectar:

- Autonomía.
- Colaboración.
- Responsabilidad.

Autonomía: en esta parte la enfermera debe proyectar una auto imagen que contribuye a la motivación colectiva, internalizando los comportamientos y reforzando constantemente conductas en las embarazadas que promuevan la formación real de actitudes más preventivas. En consecuencia la enfermera por medio de su participación desarrolla una imagen profesional con tendencia a generar a la profesión y la pericia dentro de unas perspectivas de liderazgo y conocimiento.

Colaboración: El papel de colaborador ejercido por la enfermera dentro de la asistencia, corresponde a la naturaleza protectora creada para satisfacer las necesidades de salud de cada persona (gestante) en control. Dice Leddy, S y Pepper, M (1992), "los comportamientos de colaboración

incluyen intervenciones destinadas a respaldar la capacidad de adaptación y las funciones relacionadas con el bienestar del usuario o cliente” (Pág.351), esta autora continua señalando que el componente colaboración como parte de las acciones permite la reciprocidad en los cual la enfermera y usuarios se consideran capaces y responsables en una relación caracterizada por el apoyo y aceptación mutual.

En el caso específico del estudio cabe recordar que la participación corresponde a la consulta prenatal (asistencia a embarazadas) durante las etapas y duración de embarazos señalados por Reeder, S (1999), “etapa del desarrollo del cigoto, embrión y feto” (Pág.153). En ese sentido la colaboración ejercida va con la intención de protección desde el inicio de la fecundidad hasta la duración de la gestación.

Partiendo de estos preceptos señala Reeder, S (op.cit):

El desarrollo prenatal se divide entres periodos que se indican a continuación cigoto desde la fecundación hasta la embrionario como el más crítico en donde se diferencian los principales sistemas y órganos, que son vulnerables a las influencias del medio, como por ejemplo; fármacos, virus, radiaciones e infecciones, periodo fetal el cual comienza en la décimo octava semana hasta el momento del nacimiento, pasando por un periodo de crecimiento y maduración de las estructuras que lo forman. (Pág.153).

Dado a cada uno de estos periodos, se hace necesario cumplir con una participación de colaboración que resguarde el crecimiento y desarrollo del producto de la concepción intrauterino. Es decir, cigoto el cual se caracteriza por un periodo de desarrollo que incluye la formación de mórula, blastocito, vellosidades primarias e implantación, luego prosigue el periodo del desarrollo embrionario a partir de la segunda semana de gestación hasta la octava, periodo caracterizado por la formación definitiva del embrión y finalmente el periodo del desarrollo fetal que comienza en la décima octava semana hasta el momento del nacimiento.

Cabe entonces, aportar la colaboración para garantizar la supervivencia del producto en cada uno de los períodos de crecimiento y desarrollo fetal desde un orden fisiológico, Al respecto destaca Reeder, S (op.cit)

Los cambios fisiológicos durante el embarazo son modificaciones locales y generales en las estructuras del cuerpo de la mujer y en sus funciones. La mayoría de estos cambios desaparecen durante el puerperio. Al mismo tiempo que el útero y el abdomen aumentan de tamaño: cambios metabólicos caracterizados por la presencia del feto y de la placenta la cual genera el aumento de peso unido a las membranas fetales y el líquido amniótico. Cambios circulatorios, el volumen sanguíneo materno, o sea la cantidad total de líquido que circula en los vasos aumenta. Cambios respiratorios debido a los efectos mecánicos del mayor tamaño del útero. Consumo de oxígeno y ventilaciones caracterizadas por una mayor cantidad. Cambios gastrointestinales, alteración

digestiva por disminución del apetito durante los primeros meses. Cambios renales y urinarios (aumento de la cantidad de orina). Cambios endocrinos entre otros. (Pág.305)

En atención a la referencia, durante el periodo gestacional ocurren cambios los cuales requieren ser evaluados durante todo el proceso a fin de garantizar que estos no interfieran en el proceso negativamente.

Se supone entonces que la consulta prenatal representa el medio idóneo para que durante el embarazo mantener en lo posible un medio eficaz para facilitar dicho proceso. Basado en ello, la consulta es el instrumento para garantizar el apoyo y la colaboración para alcanzar el éxito con un periodo gestacional sin problema.

Responsabilidad: El segmento de responsabilidad transferido por las enfermeras (os) a cada gestante en la consulta prenatal se sugiere aplicar por medio de la participación aspecto de valores y de cognición en cada gestante para que ellas asuman con gallardía la vigilancia de su embarazo. En ese sentido la enfermera (o) le debe transmitir a cada embarazada que debe ocuparse de acatar un código de comportamiento que refleje el sentimiento de lo que está bien o mal con relación al alcance de una

respuesta global de bienestar por medio del ofrecimiento y acceso de todos los beneficios de la consulta prenatal mencionados a continuación:

- Valoración.
- Identificación de necesidades

Valoración: La valoración dentro del componente de la consulta prenatal forma parte de la participación del personal de enfermería para adaptarse a los elementos de reconocimiento físico como emocional en cada gestante. En ese caso no solo se valorará acerca del cuidado del embarazo, sino que se considerará las necesidades prioritarias y los deseos de adaptación de los diversos comportamientos que caracterizan a la mujer durante este periodo. Es decir ayudarla a comprender los cambios físicos destaca el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2005):

La valoración prenatal debe incluir la observación de la gestante, historia completa de la entrevista, maniobras de Leopold, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, peso, talla, valoración cardíaca de la madre, además en miembros y control de exámenes de laboratorio. (Pág.324).

La valoración como parte de la consulta prenatal representa parte importante de la acción de la consulta. Por lo tanto, se requiere que la mujer

sea evaluada por lo menos siete (7) veces durante el periodo gestacional según el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) (2003).

Aunado a la referencia la valoración también permite reconocer signos y síntomas generales de peligro que indican la necesidad urgente de una asistencia oportuna Reeder, S (op.cit) los define:

Hipertensión, anemias y otras afecciones sanguíneas, trastornos del tiroides, diabetes, antecedentes como por ejemplo; trabajo de parto repentino retraso en el crecimiento intrauterino hemorragia durante el embarazo obesidad excesiva o falta extrema de peso y antecedentes de estilo de vida sedentario. (Pág. 337).

Desde ese orden la evaluación representa una guía para identificar algún signo de alarma. Por lo tanto es necesario cumplir de manera constante con el reconocimiento físico.

Identificación de necesidades: Por medio de la valoración física y entrevista cumplida en la consulta prenatal ello permitirá determinar características y tipo de necesidades para luego planear la intervención.

Se visualiza entonces la consulta prenatal un medio de participación para la vigilancia y control del embarazo como medida de apoyo al fomento de la salud del bienestar tanto de la madre como del hijo.

En este orden, la participación de la enfermera se enmarca dentro de principios técnico científico para proporcionar asistencia directa con un nivel adecuado de conocimiento.

Según Kron, T., (1993) citado por Torres (1996), manifiesta que:

La función asistencial o de atención directa es emplear los procedimientos del profesional de enfermería que incluyen obtener información y valorar el estado del cliente, lo que lleva a reconocer alguna necesidad y de una manera planificar la asistencia y llevar a cabo el plan previsto. (Pág. 59)

Este modo de participación globaliza una gran variedad de actividades que deben realizar las enfermeras (os) de atención directa, dirigidos a las necesidades básicas del paciente y/o persona como son: respiración, eliminación, alimentación, circulación, descanso y sueño, entre otras. Las mismas deben llevarse a cabo, mediante un método ordenado y sistemático, cuyo centro sea la persona.

En ese sentido, la participación de las(os) enfermeras(os), deben poner en práctica las acciones que le permitan lograr un mejor desempeño y satisfacción en el trabajo, de esta manera proporcionar una asistencia especializada materna basada en el cuidado.

Al respecto referente al cuidado Orem Dorothy, referido Leddy, S y Pepper, M (1992):

Se centra en el arte y la práctica de Enfermería, la cual se describe como la asistencia proporcionada a las actividades. La auto atención es una tarea que el individuo inicia y realiza personalmente para conservar la vida, salud y bienestar y contribuyen a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo. (Pág. 513).

Aunado a lo expuesto en la referencia esta autora continúa señalando que se plantean tipos de cuidados:

El primero es el procedimiento de respaldo educativo para el paciente que es capaz y necesita aprender las actividades del cuidado propio, este procedimiento facilita el cuidado universal de sí mismo mediante la enseñanza, la guía y el cambio ambiental; el segundo procedimiento, parcialmente compensatorio, asiste a los pacientes incapacitados para realizar algunas actividades de auto atención. El profesional de enfermería mejora los requisitos de desarrollo del cuidado propio asistiendo al paciente en esas actividades; por último, el procedimiento totalmente compensatorio del cuidado de sí mismo se proporciona a pacientes incapacitados, es decir, el profesional de enfermería realiza todas las actividades del cuidado propio para el paciente. (Pág. 514).

De acuerdo con el estudio realizado, las autoras consideran que el modelo teórico de Orem Dorothy, la cual centra su teoría en la auto atención (autocuidado) fue la más apropiada para basar esta investigación; considerando que las gestantes, independientemente de su edad

gestacional; constituye un evento biopsicosocial de alto riesgo, el cual requiere cuidado de su salud física, mental, apoyo y orientación terapéutica; para que pueda participar responsablemente en el autocuidado de su salud. Esto implica la determinación de los valores y conocimientos de las gestantes para el desarrollo de actividades de promoción e información en base a las necesidades identificadas en forma individual.

En relación al estudio, la enfermera promoverá el autocuidado por medio de la inclusión y fomento de cada gestante para que ellas mismas sean generadoras del autocuidado lo cual constituye un proceso de información periódica y permanente para que la gestante genere cambio de actitud, comportamiento; y además de promover y conservar un buen estado de salud, para ella y también a su hijo, con este procedimiento se facilitará el cuidado desde un orden universal en lo cual se incluyen las enseñanzas guiando la asistencia en sí por medio de procedimientos regidos para identificar los factores de riesgo controlables mediante el cuidado, con especial referencia a las necesidades al apoyo.

En ese mismo orden de ideas, Wagner, O (1999) refiere que:

Los factores de riesgo en el embarazo se asocian más frecuentemente a complicaciones obstétricas que se traducen en una elevada mortalidad materna y prenatal; por lo que se

debe realizar una anamnesia minuciosa que le permita identificar cualquier otro riesgo asociado, y esto se logra mediante el llenado, completo y correcto de la historia clínica; realizar examen físico integral donde además se evalúan lo concerniente al embarazo en sí, se debe examinar el estado nutricional y la salud gestante con la finalidad de ofrecer orientación adecuada y referencias oportunas a los servicios de salud, donde se garantice su celeridad. (Pág. 45).

En ese sentido, la consulta prenatal significa un punto de apoyo tanto para el reconocimiento del riesgo como para apoyar a las gestantes que promuevan sus cuidados en del riesgo.

Cuidado gestacional en el componente medico nutricional.

La nutrición desempeña un papel clave en el resultado del embarazo. El estado nutricional de la mujer en la época de la concepción y la calidad de la dieta que consume durante los meses siguientes, contribuyen a determinar su salud y bienestar, así como la producto concepcional, lo que implica reconocer la importancia de la nutrición durante el embarazo, se encamina con la intención de la disminución de efectos de la mala nutrición, bien sea por excesos o también el de desnutrición.

Destaca Reeder, S (op.cit):

La obtención de información acerca de las gestantes y su consumo real incluye efectuar una evaluación nutricional que reconozca el tipo de alimento, cantidad de alimentos y el método de prepararlos, forma de adquisición y los utilizados. (Pág. 361).

Estos autores continúan destacando que de acuerdo al departamento del servicio de salud OMS (1998) “es de gran utilidad valorar los hábitos alimenticios de los pacientes y los factores nutricionales que se relaciona con ellos” (Pág. 361). Esto implica, que en cada consulta prenatal la enfermera debe averiguar en estos grupos acerca del consumo dietética, acompañado de las asesoráis nutricionales.

En publicación de la OMS (2001), “considera una formula que permite reconocer los hábitos alimentarios, ejemplo, pedirle al paciente información acerca del consumo dietética durante las ultimas 24 horas incluyendo la hora, el sitio y el tipo y cantidad de alimento que consumió” (Pág.206). Como se observa este método sencillo le permitirá al personal de enfermería del área obstétrica un reconocimiento del hábito alimentario de gestantes.

Acompañado lo expuesto, el cuidado nutricional requiere de una información previa para así poder diseñar el cuidado requerido. Por lo tanto, también es aplicable darle la oportunidad a la gestante para que ella por medio de un cuestionario describa su consumo, cantidad de alimento y

balance de nutrientes. En ese orden el componente nutrición señalada por Krause, T (1990) es: “la combinación de nutrientes por los organismos vivos reciben y utilizan los materiales (alimentos) para conservar sus funciones, y para el crecimiento y la renovación de sus componentes” (Pág. 4)

Esto significa aceptar el componente nutricional como la constitución de un proceso por medio del cual el organismo vivo recibe y transforma las sustancias sólidas y líquidas provenientes del ambiente, necesarias para su mantenimiento orgánico y producción de energías. Cuando estos no ocurre el organismo se ve forzado a realizar ciertos ajustes para poder utilizar cantidades de sustancias nutritivas; al agotar las reservas aparece signo de trastornos de malnutrición.

Se espera que en la consulta prenatal se lleve a cabo la valoración nutricional precisando áreas problemáticas y utilizando parámetros establecidos que faciliten la medición de los cambios que presentan las gestantes por lo tanto se deben tener claros conocimientos de los propósitos de la misma, para hacer el análisis y las comparaciones de los resultados en las consultas posteriores. Al respecto Krause, T. (op.cit): entre los parámetros establecidos para la medición de los cambios se utiliza la evaluación Antropométrica:

Esta evaluación incluye diversas medidas del cuerpo; la altura y el peso son las más comunes. Al comparar la altura con el peso antes del embarazo se obtiene una determinación de la constitución corporal, que es útil para determinar el peso promedio e identificar a las personas de bajo peso. (Pág. 70).

De acuerdo a los criterios emitidos anteriormente, se considera que el peso y la talla determinan si la gestante presenta un déficit de desarrollo físico representado en talla y peso y que es necesario realizar la medición, en cada consulta obstétrica, llevar un registro para observar la curva de peso; que permitirá comparar si el aumento es adecuado a su estado reproductivo.

El peso materno según opinión de varios autores tiene valor clínico para determinar el aumento de peso durante la gestación, siendo un requisito necesario que el personal de enfermeras de la Consulta Prenatal lo registre en el historial clínico de cada gestante. Según Morillo (1998), manifiestan que: “la ganancia ponderal media en el embarazo es de 10.96 Kg. con oscilación entre 9.8 Kg.” (Pág. 330).

No es recomendable la ganancia de peso en forma rápida, si este es el caso la gestante debe ser orientada para que limite u omita por completo alimentos tales como: azúcar, caramelos, mermeladas, aderezos a base de aceite y grasa, carnes grasientas, pasteles y bebidas carbonadas. En ese caso, el nutricionista dará las instrucciones respectivas.

La falta de peso también representa un riesgo en la salud materna durante la gestación, el profesional de enfermería durante la valoración a la gestante constatará si no gana normalmente el peso corporal para decidir qué conducta seguir sea el caso; problema de índole económica, desconocimiento nutricional o de naturaleza psíquica.

Desde esas perspectivas, el reconocimiento antropométrico de las embarazadas forma parte del manejo y diagnóstico nutricional de estas constituyendo uno de los objetivos más importantes del control prenatal con el fin de complementar una serie de medidas en relación con sus necesidades nutricionales.

En ese mismo orden de ideas, El Instituto Nacional de Nutrición (INN) (2000) señala que:

Las asesorías dietéticas, también denominadas orientación nutricional ideal, se inician durante la primera visita prenatal. Al valorar el consumo dietético, se debe reconocer las preferencias y los alimentos que proporcionan los nutrientes esenciales; propiciando y reforzando las selecciones correctas y proporcionándole una buena orientación en donde lo requiera para ayudarla a aumentar su conocimiento sobre la calidad, preparación y elección de los alimentos. (Pág. 77).

De acuerdo a la enfermería, se acotan que el estado nutricional de la mujer en la época de la concepción y la calidad de la dieta que consume

durante los meses siguientes contribuye a determinar su salud y bienestar. En relación a ello, la educación nutricional en los hospitales o centros comunitarios de salud, que atiendan a embarazadas deben ser dirigidas para dar a conocer la importancia nutricional durante dicho período.

La educación nutricional forma parte de programas de asistencia materna, además de centrarse en las necesidades alimentarias y en la selección de una dieta adecuada, también puede hablarse del cuidado nutricional posparto favorecedor para la salud materna y del producto de la concepción.

Cabe entonces recordar, que los alimentos constituyen una combinación de diversos nutrientes, los cuales es necesario consumirlos durante el embarazo, lo que implica sugerirle a las gestantes, que en su consumo diario deban ingerir alimentos que contengan los elementos nutricionales, tales como: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas y minerales, en cantidades adecuadas para el mejor desarrollo del embarazo y un recién nacido sano y a término.

Las necesidades proteicas en las gestantes son variables y aumentan a medida que avanza el embarazo, sobre todo en el segundo y el tercer

trimestre del mismo. Porque es el momento durante el cual el nuevo ser se encuentra en proceso de formación de tejidos y órganos.

Las autoras recomiendan a las gestantes incluir en la dieta diaria el consumo de alimentos ricos en proteínas, tales como: carnes, aves, pescados, huevos, granos, como nutrientes importantes del organismo.

Los carbohidratos son sustancias que proporcionan habitualmente más del 50% de las calorías de la ración alimentaria cada gramo de estos alimentos proporcionan 4 calorías, son agradables y se absorben y dirigen con facilidad.

Por tal motivo, las autoras de esta investigación sugieren a que cada gestante durante su asistencia a la consulta se le identifique desde un orden participativo lo concerniente al reconocimiento de los alimentos contenidos en los grupos (proteínas, carbohidratos y granos).

Proteínas

Su función principal es formar y reparar células corporales. Para el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (op.cit). "Las proteínas se forman de tres combinaciones de más de 20 aminoácidos, ocho de ellos no los pueden

sintetizar el organismo y se denominan aminoácidos esenciales, por tanto deben venir de la dieta” (Pág. 26).

En ese orden, se presentan las proteínas que contienen cantidades adecuadas de aminoácidos y son denominadas proteínas completas, cuyas fuentes son los animales (ganado, aves, pescado, entre otros), también existen las proteínas cuyas fuentes son los vegetales. Existen también aminoácidos con proporción bajas de proteínas y se denominan según el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (op.cit) “aminoácidos limitantes”. (Pág. 36).

Estos componentes alimentarios en relación con las embarazadas su consumo varia según edad, y durante el embarazo y la lactancia. Es decir deben estar ajustados según las necesidades nutricionales de cada embarazada.

Al respecto Reeder, S (op.cit):

Las dietas de modo en general son limitantes o consisten en hábitos alimenticios que se concentran en ciertos alimentos o grupos alimentarios, excluyendo otros. La mujer embarazada tiene mayores necesidades nutricionales y debe cuidar su dieta de no hacerlo además de poner en peligro al feto en ocasiones provocan cambios metabólicos de niños en la madre. (Pág. 377).

De acuerdo a la referencia, la responsabilidad de la evaluación dietética debe ser considerada como un elemento de gran peso en pro del bienestar de la embarazada.

Por lo tanto, la valoración nutricional en estos grupos constituye una manera conveniente para obtener datos sobre forma y manera nutricional acompañados de los cambios corporales y fisiológicos productos del embarazo.

Ahora bien como dar el cuidado medico nutricional, para la OPS (2002). “es conveniente revisar los principios fundamentales de la nutrición. Estos son alcanzar la combinación de diversos nutrientes: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. (Pág. 76). Estos autores continúan destacando que con respecto a los nutrientes energéticos estos se encuentran representados por los carbohidratos, proteínas y grasas ya que aportan energía o caloría a la dieta, en cambio las vitaminas, los minerales y el agua no contribuyen al contenido calórico.

Carbohidratos

Su principal función es producir energía, son necesarios para el metabolismo proteico. Las principales fuentes de carbohidratos son las

frutas, las verduras y los cereales. Destaca el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (2000) “las fuentes no refinadas aportan fibra; los azúcares y dulces, aunque también innecesarias, ya que no contribuyen con nutrientes a la dieta”, (Pág. 380). En ese orden, se requiere cumplir con el consumo de carbohidratos contenidos en frutas y vegetales. En relación con la embarazada, éstos deben formar parte del menú y de preferencia naturales; obviándose un poco en los glucósidos, productos de harina y azúcar refinada.

Grasas

Las grasas son consideradas también como energéticos y generan casi el doble de calorías por gramo con respecto a los carbohidratos. Dice el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (op.cit), “que además de aportar energía, las grasas de la dieta proporcionan ácidos grasos esenciales, además de aportar y transportar las vitaminas solubles en agua: A, D, E y K. las grasas pueden encontrarse en las carnes y sus derivados y en aceites.

Las Vitaminas: Son sustancias orgánicas para el crecimiento y buen funcionamiento del organismo ya que de ellas dependen en gran parte el influjo sobre el tropismo de las células de la madre y del feto; las concentraciones circulantes de muchas vitaminas disminuyen durante la

gestación; estas reducciones se deben a ajustes fisiológicos normales que corresponden a aumento de las necesidades; existe una expansión del volumen plasmático de aproximadamente el 50% a lo largo del embarazo; por lo que muchas de sus vitaminas y proteínas transportadas se diluyen.

En este mismo orden, las investigadoras sugieren a las gestantes, que se debe cumplir con las alternativas antes mencionadas, ya que cada una de ellas les va a suministrar los requerimientos necesarios para una buena formación del feto.

Las vitaminas a las cuales hay que prestar especial atención durante el embarazo son: La Vitamina A, D, B-6 y los folatos.

La Vitamina A: Es esencial para el desarrollo celular, formación de dientes y huesos así como también para el crecimiento del feto. Aunque las concentraciones plasmáticas de retinol, tienden a disminuir durante la gestación no se puede considerar que la deficiencia de esta vitamina constituya un peligro especial para la mujer embarazada. El exceso de la misma durante el embarazo puede producir malformaciones congénitas debido a su potencial teratógeno, el suplemento de esta vitamina debe hacerse con gran cuidado.

Vitamina D: Sirve para la absorción del hierro y para el aprovechamiento del calcio y fósforo por el organismo, para la formación de huesos. La deficiencia de ésta vitamina durante el embarazo se puede asociar con los trastornos del metabolismo del calcio en el recién nacido; así como también una ligera reducción de la calcificación o de la densidad ósea en el feto. Esta deficiencia vitamínica también puede contribuir a una hipocalcemia neonatal y a los aspectos de la formación de los dientes. Los signos clásicos del raquitismo son tan raros en los recién nacidos y sólo aparecen en los casos más raros de deficiencia.

La falta de ésta vitamina puede prevenirse administrando suplementos de calcio durante la gestación, debido a su potencial toxicidad, el aporte de esta vitamina debe hacerse con cautela.

Vitamina B-6: Durante los primeros meses de la gestación las embarazadas presentan síntomas como los vómitos matutinos, depresión y otros; los cuales disminuyen por el aporte suplementario de ésta vitamina. En varios países recomiendan un suplemento adicional de 0,5 gr. durante el embarazo, proporcional al aumento de los aportes de proteínas. En algunos casos es recomendable aumentar la dosis a varios miligramos diarios más para mantener el estado normal durante la gestación.

Los Folatos: Durante el embarazo existe una mayor demanda de folatos para la síntesis del ADN que se está produciendo a causa del rápido desarrollo fetal, de la placenta y de los tejidos maternos, así como para el aumento de la eritropoyesis. Incluso en mujeres bien nutridas se produce una disminución predecible del folato sérico y eritrocitario durante el embarazo y un aumento de la excreción urinaria de folatos, así como alteraciones en otros signos analíticos de una deficiencia de ácido fólico, si bien la anemia megaloblástica es poco frecuente. Cuando la mujer toma antagonistas de los folatos al principio de la gestación, pueden producirse graves malformaciones fetales, pero existen dudas sobre si la deficiencia de folatos contribuye a un aumento del número de abortos, muertes fetales, prematuridad, desprendimientos prematuros de placentas o bajo peso al nacimiento.

La Organización Mundial de la Salud (Revista Nº 115. Nutrición, 1994) recomienda “un aporte adicional de 400 microgramos de folatos durante el embarazo, lo que supone una cantidad doble a la de los aportes recomendados en mujeres no embarazadas. En general, las recomendaciones varían entre 100 y 400 microgramos por día adicionales”, (Pág. 126).

El Ácido Fólico: Se utiliza el nombre de ácido fólico para designar el ácido pteroilmonoglutámico y por extensión a los demás folatos conjugados que lleven dos (2) y hasta siete (7) moléculas de ácido glutámico denominados poliglutamatos.

La función principal de este ácido en el organismo es participar como co-enzima en la transferencia de unidades de carbono durante el metabolismo de los aminoácidos y de los ácidos nucleicos. Las causas de su deficiencia están asociadas a cualquier situación que lleve al requerimiento, aumenta la excreción y/o disminuya la absorción de la vitamina. Entre las causas más importantes se encuentran: la malnutrición, el alcoholismo crónico, los trastornos gastrointestinales que provocan diarreas crónicas, el embarazo.

Los Minerales: Al igual que las vitaminas ejercen una función de gran importancia dentro del organismo. Las alteraciones del metabolismo producen cambios en algunas de las proteínas transportadoras de minerales, que se traducen en una reducción de sus concentraciones circulantes pero que no necesariamente indican una alteración del mineral en cuestión. Existen tres tipos de minerales indispensables en la dieta de la mujer embarazada que son: el calcio, el zinc y el hierro:

El Calcio: Es uno de los minerales más importantes en la dieta de la embarazada, ya que de él depende la formación de huesos y dientes; también se utiliza para la coagulación normal, promover el tono muscular o regular las contracciones cardíacas, durante los primeros meses del embarazo existen una serie de ajustes hormonales y fisiológicos, estos permiten el aumento de la retención de calcio. La mayoría de los aproximadamente 30 gramos de calcio que se ganan durante la gestación pasan al esqueleto fetal.

Hacia la 20ª semana del embarazo se ha duplicado la absorción de este mineral, manifestándose elevada durante el resto del embarazo. Se cree que el exceso de calcio que se almacena durante los primeros meses queda en el hueso materno y se hace accesible al feto en el tercer trimestre, cuando aumentan las necesidades de este. Las pérdidas urinarias del calcio se llevan probablemente a consecuencia del incremento del índice de filtración glomerular. Se recomienda tomar aportes adicionales de calcio durante todo el embarazo para asegurar que el esqueleto materno no pierda, pero las cantidades específicas varían de unas personas a otras.

El Zinc: Es otro de los minerales importantes durante el embarazo, las necesidades fetales de este mineral son superiores al final del embarazo, ya que tiene una importancia crítica para la órgano génesis de las etapas

iniciales del mismo. La concentración Zinc en los embriones humanos es siete (7) veces superior en el día 35 de la gestación que en el día 31; parece que se almacena al comienzo del embarazo gracias a una disminución de su excreción urinaria, en comparación con las mujeres no embarazadas. El aumento de la excreción urinaria de Zinc al final de la gestación es concordante con el aumento de las pérdidas de calcio, vitaminas hidrosolubles y de otras sustancias al incremento del índice de filtración glomerular. El aumento de su absorción y la posible liberación del Zinc óseo y muscular pueden ayudar a cubrir las necesidades fetales respecto del mineral que son de 0,5 - 0,75mg/día durante el último trimestre. Su masa puede aumentar al final del embarazo a medida que se produce la expansión del volumen plasmático.

El Hierro: El hierro es un elemento importante en el metabolismo y está presente en todas las células del organismo. Es una parte fundamental de la hemoglobina y es un componente clave de las enzimas que participan en la producción de energía celular.

La causa más frecuente de la anemia por deficiencia de hierro corresponde a un insuficiente aporte de hierro biológicamente disponible a partir de la dieta.

La deficiencia de hierro no sólo causa anemia, sino también afecta a la mayoría de los tejidos, alteraciones de la conducta y del desarrollo intelectual, disminución de la capacidad de trabajo físico y compromiso de la función inmunológica.

La Anemia Ferropénica: Es un problema en las mujeres no embarazadas y muchas comienzan sus gestaciones teniendo ya escasos depósitos de hierro. Las necesidades totales fetales y maternas durante el embarazo y el parto se cubren con aproximadamente 1200 Mg. de hierro. Las concentraciones séricas de hemoglobina y de hierro tienden a disminuir durante la gestación a la vez que aumenta el porcentaje de saturación de la transferrina. La capacidad total de transporte de oxígeno de la sangre aumenta al hacerlo el volumen plasmático.

La absorción del hierro se incrementa de manera significativa y se movilizan los depósitos maternos del mineral para satisfacer la demanda fetal del mismo que se inicia en etapas avanzadas del embarazo. La cantidad de hierro que se absorbe, el grado de expansión de los hematíes maternos y la magnitud de los depósitos de hierro que adquiere el recién nacido dependen del estado del hierro en la madre. Entre las recomendaciones muchos Comités Maternos sugieren suplementos de hierro durante el embarazo, ya

que el aumento de las necesidades no puede cubrirse con las dietas habituales ni siquiera en las poblaciones bien nutridas.

En este sentido, las investigadoras sugieren a las gestantes que deben cumplir con las alternativas antes mencionadas, ya que cada una de ellas le van a proporcionar todos aquellos requerimientos nutricionales que son esenciales para la buena formación de un recién nacido sano y fuerte.

Desde ese marco conceptual el componente nutricional al ser conocido por las gestantes, Banqué, M (1998), manifiesta que: “ello será parte del cuidado, por lo tanto una de las principales funciones para alcanzar el cuidado es que las madres tengan noción de todos los grupos que conforman los nutrientes requeridos para el cuidado nutricional durante el embarazo”.

Plan nutricional en las embarazadas

Plan nutricional en las embarazadas los consumos de alimentos requeridos diariamente sus promedios deben ser calculados por especialista (nutricionista), sin embargo el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (2001), considera que “en lo que respecta al plan nutricional de una mujer durante el embarazo hay que contar con la edad o estado, peso (Kg. – Libras), estatura

(cm. Plg.), consumo promedio de energía”. (Pág. 30). Es decir, estas acciones deben ser cumplidas por el especialista y evaluada durante el proceso gestacional. A su vez Reeder, S (op.cit) en relación alelan nutricional los define de la siguiente manera:

Edad	Peso	Estatura	Consumo P de Star
11 a 14	46	157	2.200
15 a 18	55	163	2.200
19 a 24	58	164	2.200
25 a 50	63	163	2.200

- Embarazada primer trimestre requiere más 300 calorías de consumo promedio de energía
- Embarazada segundo y tercer trimestre requiere más 500 calorías de consumo promedio de energía, sexto mes al duodécimo también se debe consumir más de 500 calorías. (Pág. 381).

En ese sentido, de acuerdo a la referencia la gestante tiene mayor necesidad del consumo proteico en los últimos trimestres y esto se debe a la necesidad del consumo necesario de calorías durante el embarazo. Los consumos se expresan teniendo en cuenta las variaciones individuales, es decir; mujer obesa tendrá un consumo de caloría acorde a sus necesidades calóricas tanto para ella como para el feto.

En el caso específico de la investigación el plan nutricional de la embarazada se debe planear con el contenido de alimentos que evite las

calorías innecesarias o restricciones de una dieta acorde a embarazos. Por lo tanto es bueno hacer la sugerencia para favorecer una dieta que satisfaga el apetito que también nutra.

Por lo tanto el plan nutricional deben constituir una combinación de diversos nutrientes:

- Carbohidratos
- Proteínas
- Grasas
- Vitaminas y Minerales.

Todos estos componentes conforman el grupo de nutrientes enérgicos los cuales aportan a las embarazadas energías o calorías necesarias a la dieta, determinados por el consumo de proteínas, grasas, carbohidratos, mientras que las vitaminas, minerales y agua funcionan como catalizadores y transportadores de las proteínas. Desde esas perspectivas estas ganaran de manera conveniente el peso ideal así como la manera correcta de alimentarse.

Reeder, S (op-cit):

Planeación del o de la dieta en las embarazadas es conveniente tener presente los principios fundamentales de la buena nutrición durante el embarazo. Sería imposible planear un menú que incluya todos los nutrientes esenciales si se considera cada nutriente de manera individual. Por fortuna, los nutrientes se encuentran en ciertas combinaciones de los alimentos, por lo que al dividirlos en grupos seguir los principales nutrientes que aportan se simplifiquen la planeación. (Pág. 387).

Implica, entonces contar con una guía diaria que permita en la consulta prenatal dar a conocer la alimentación requerida en cada periodo, señala Banque, M. (1998):

Todas las recomendaciones nutricionales pueden resultar demasiado complicadas de llevar a la práctica por las embarazadas, que no suelen tener conocimientos dietéticos, por lo que se sugiere una guía de alimentación diaria para planear una dieta nutritiva, de la cual la embarazada debe ingerir el número de raciones recomendables de cada grupo alimenticio en forma diaria. (Pág. 16).

A continuación se detalla una guía de alimentos diarios para las gestantes:

Desayuno: es el primer alimento por la mañana, puede estar compuesto por los siguientes nutrientes:

- 01 taza de leche o cereal con leche.

- 01 fruta o jugo (pera, mango, naranja), pan tostado con o sin mantequilla.
- 0,8 gramos de jamón o queso.

Almuerzo: debe aportar un gran valor nutritivo con las vitaminas necesarias de la siguiente manera:

- 01 taza de sopa o de caraotas
- 01 bistec de hígado a la plancha, pollo o pescado
- 01 taza de ensalada (zanahoria, tomate, lechuga, pepino) o 01 taza de arroz
- 01 vaso de leche
- 01 fruta (de su preferencia) o jugos naturales

Cena: debe ser liviana, manteniendo los nutrientes esenciales para cubrir las necesidades calóricas, tales como:

- 01 ración de verduras cocidas (papas, apio)
- Pescado y/o pollo a la plancha
- 01 fruta (mango, mandarina) o 01 vaso de leche o yogurt.

En cuanto a la merienda es seleccionada por su preferencia como por ejemplo: leche, fruta, pan tostado, galletas, entre otros.

En este sentido, las autoras consideran imperativo proporcionar orientaciones nutricionales a las gestantes, para que al realizar su organismo, los ajustes necesarios, motivados a la demanda de nutrientes del feto; puedan recibir un soporte nutricional de acuerdo al consumo de vitaminas, proteínas, minerales y carbohidratos, entre otros.

Partiendo de ello, es necesarios recomendar la guía alimentaria diaria para planear una dieta nutritiva con raciones de cada grupo alimentario que va a proporcionar los nutrientes necesarios tanto a la madre como la del nuevo ser.

Ahora bien, en caso de una depresión socio-económica en las embarazadas el INN (1999) “recomienda el uso de alimentos sustitutos, así como también hacer combinaciones de alimentos que favorezcan el contenido proteicos, ejemplo: granos, plátano y otros alimentos de bajo costo con alto contenido proteico como la sardina.

Uso de alimentos que proporcionan nutrientes de bajo costo:

Como ya fue expuesto en otros párrafos, en el componente de alimentos existen algunos de bajo costo que tienen un alto contenido proteico. En ese sentido, estaría de parte del personal de enfermeras darlos

a conocer en la consulta. Al respecto, el INN (2002), recomienda “la sardina, vegetales de origen local y frutas tropicales consumirlas de acuerdo a las épocas de cosecha, ya que ello contribuye a la disminución del costo”. (Pág.18). esto hace referencia, al discernimiento por parte de la enfermera de orientar a las embarazadas en cuanto al tipo de alimentos, épocas de cosechas de los alimentos, lugar donde se pueden adquirir, entre otras.

Sustitutos de alimentos

Como ya fue expuesto en otros párrafos existen grupos de alimentos ricos en nutrientes que son fáciles de adquirir y tienen altos contenidos proteicos. Por lo tanto se les debe orientar a las madres, sobre alimentos sustitutos proteicos como por ejemplo; para las carnes rojas, la sardina como fuente proteica, vegetales, el plátano que actúa como vegetal y proteína en combinación de arroz con frijol o lentejas, plátano, queso con mantequilla, papas, huevo, entre otros.

Preparación de Alimentos

La preparación de los alimentos según el INN (2001), señala “hacer una distribución adecuada de alimentos que contienen proteínas productos lácteos, cereales, frutas y verduras todos ellos ricos en vitamina y minerales”

(Pág.39). Aunado a lo expuesto, estos autores también recomiendan considerar y respetar los valores y creencias, ya que ello representara una gran influencia en cuanto a la preparación y sazón de los alimentos.

Sin embargo, en lo referente a la investigación hay que orientar a las embarazadas en cuanto a la preparación de alimentos ricos en vitaminas, minerales, proteínas y grasas moderadas así como también bajo consumo de sal (sodio).

Esto implica reconocer que en la preparación de los alimentos, es posible recomendar la leche descremada, comida horneada, cereales, queso, aderezos para emparedados, entre otros. Esto constituye según el Ministerio del Poder Popular para la Salud de los Pueblos (MPPPS) (2003):

Es necesario que se acepte que cada embarazada tiene requerimientos nutricionales específicos y gustos. Por lo que al preparar los alimentos se debe tratar que estos conserven sus contenidos nutricionales y sabor con una cocción adecuada que retengan al máximo sus nutrientes (verduras), vegetales, entre otros. (Pág.21).

Además de ir a la búsqueda de conservar las proteínas en los alimentos al cocinarlos, es conveniente que se trate de conservar su sabor y así contribuir al consumo proteico total al prepararlos.

Calidad de los alimentos

Como ya fue expuesto en otros párrafos es necesario que la enfermera cuando asiste a la embarazada le recuerde la importancia de elegir alimentos frescos, de buena calidad ya que son más agradables y seguros al consumirlos. A ello se le incluye la conservación más perdurable en los alimentos que pudieran ser almacenados. Las autoras recomiendan escoger alimentos frescos y de conservación de su valor nutricionales.

Por lo tanto, de acuerdo a información del INN (2004), “los alimentos no deben ser almacenados tanto tiempo, ya que se interfiere su valor nutritivo, así como la creación de hongos que producen aflatoxinas y otros micotoxinas tóxicas para los seres humanos y además tienen efectos teratogénicos y carcinógenos” (Pág.12). En consecuencia, las mujeres embarazadas no deben comer alimentos en fermentación con mucho, putrefactos con decoloración o con mal olor por que tal vez se contamine y ponga en peligro su vida.

Aditivos en los alimentos

Los aditivos alimentarios son sustancias que se añaden de manera directa o indirecta a los alimentos y forman parte de ellos o afectan sus

características funcionales. Los aditivos suelen ser empleados para preservar los alimentarios, en función de evitar su descomposición y asegurar que los productos se preserven bien. Dice el Instituto Nacional de Nutrición (INN) (op.cit), “que también existen otros tipos de aditivos que son empleados para mejorar el sabor, el olor, la textura, el color o el contenido nutricional de los alimentos”. (Pág.14).

Necesidades nutricionales

La mujer durante su periodo gestacional requiere de aportes nutricionales que deben ser reconocidos y enmarcados por especialistas, pero hay que recordar en toda instancia que las necesidades nutricionales deben ser aquellas específicas para el alcance nutricional del binomio madre-hijo que producen el aumento de peso necesario. Reeder, S (op-cit):

No se conoce con exactitud las cantidades de proteínas y consumos de energías por el aumento de peso necesario durante el embarazo y para permitir el desarrollo óptimo de los hijos. En teoría, se deben incluir las recomendaciones normales para el embarazo y para mujeres que aún se encuentren en etapas de crecimiento. En consecuencia las adolescentes de 12 a 15 años de edad aumentan más sus consumos nutricionales que las adolescentes mayores de 16 años o más, ya que el crecimiento en estas etapas es más lento o ya se detuvo. Sin embargo la edad cronológica es menos importante al respecto de la edad ginecológica. (Pág. 393).

Estos autores continúan destacando que el patrón de crecimiento individual de la persona, su peso y estatura antes del embarazo y su actividad son consideración para establecer las necesidades nutricionales en las embarazadas. Es decir, se requiere una buena evaluación (antropométrica y clínica) que incluye:

- Indicadores físicos.
- Valores de laboratorio.
- Hábitos dietéticos actuales.
- Factores individuales.
- Comprensión de la nutrición.
- Nutrientes importantes.

Indicadores físicos: éstos corresponden al peso antes del embarazo y control de peso durante el embarazo y su aumento.

Valores de laboratorio: éstos son los de hemoglobina, hematocrito.

Hábitos dietéticos actuales: éstos corresponden al reconocimiento del tipo de alimento de consumo diario.

Factores individuales: esto beneficia a la obligación que debe prevalecer por parte del personal de enfermera en dar una asistencia

nutricional individualizada a cada embarazada desde un orden biofísico y social.

Comprensión de los nutrientes: en este seguimiento la enfermera debe dar a conocer a las embarazadas los nutrientes contenidos en los alimentos y la importancia de consumo durante el embarazo.

Nutrientes importantes: esto corresponde al contenido existente en los alimentos y su importancia en el alcance nutricional en las embarazadas. Es decir, hay que informar sobre cada componente de los nutrientes y los alimentos que los contiene, donde ubicarlos, costo y preparación aumento a los sustitutos de estos y forma de prepararlos.

Todos estos elementos al ser dados a comprender por las embarazadas por parte de las enfermeras facilitaran la participación al alcance del autocuidado en función del fomento de una salud nutricional en estos grupos como derecho y como acción. Al respecto la Constitución de la Republica Bolivariana de Venezuela (2000):

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección

de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la Republica. (Pág.97).

Como un derecho a la vida, el binomio madre-hijo requiere de un acceso a una buena nutrición para lograr su bienestar siempre orientado hacia el mejoramiento de su calidad de vida, en ese marco legal; la participación de las enfermeras en la promoción y defensa de la salud de las gestantes es para actuar conjuntamente con las demás personas del equipo a través de las políticas diseñadas para tal fin en éste caso concreto, sobre la obligación de promover las iniciativas de dar orientaciones nutricionales para garantizar la salud como un deber social fundamental a este grupo en particular..

Búsqueda comunitaria

En esta era de grandes progresos, las funciones y responsabilidades de las enfermeras(os) de los ambulatorios deben responder a numerosos retos. Las personas en el contexto familiar y/o comunitario exigen atención sanitaria en general, pero al mismo tiempo, el personal de enfermeras(os) cada vez son más especializadas con lo cual se multiplican las participaciones extramuros.

Desde ese marco operacional, se ofrece un aumento en los servicios de programas sanitarios en función del alcance de una participación para el fomento de la salud en personas, grupos y comunidad de embarazadas.

Moreno, A (2000):

Los ámbitos de actualización de la salud pública son cinco (5) a través de los cuales persigue asegurar un nivel óptimo de salud de la población, estos ámbitos son: la promoción y la protección de la salud, la prevención de enfermedades, la atención curativa personalizada y la administración sanitaria. Estos componentes se ejercen sobre la comunidad, mientras que algunas técnicas de prevención, atención curativa y rehabilitación se ejercen básicamente sobre las personas. (Pág.41),

En ese orden, la participación comunitaria para la salud pública busca involucrar a las personas y organizaciones sociales al desarrollo de servicios y acciones para mejor calidad de vida.

En tal sentido, la búsqueda comunitaria se interpreta como un conjunto de medida que tiene por objeto mejorar la asistencia de las embarazadas que no dan continuidad a sus controles prenatales. A tal efecto, es indispensable una serie de medidas institucionales que se han de llevar a cabo mediante estrategias extramuros conducidos por el personal de enfermeras que inciden directamente en la mejora de las condiciones físicas de las embarazadas.

Cabe recordar a la carta de Ottawa (1986): “la asistencia comunitaria debe repercutir directamente sobre la salud de las personas, familia y comunidad”. En este sentido, la participación extramuros con embarazadas busca la captación para el restablecimiento y evaluación oportuna del proceso gestacional.

Resulta fundamental proyectar los servicios comunitarios, los cuales deben ser considerados con un planteamiento integral que comprende más allá de la mera atención médica, si no también el de promover de manera racional la provisión de servicios de carácter interdisciplinarios de salud biopsicosocial.

Esta participación extramuros debe converger entre un conjunto de disciplinas entrelazadas entre sí, ejemplo, ciencia social y ciencia biomédica, construyendo de esta manera el mayor potencial en cada embarazada para su propio cuidado. En ese sentido, las enfermeras prestarán un servicio en función de continuidad evaluando las funciones propias, por medio de:

- Proporción de una atención integral.
- Vigilando el estado de salud de la embarazada.
- Utilizando la capacidad potencial.
- Diagnosticar.

- Referir.

Proporción de una atención integral: esto se basa en conocimientos amplios y profundos de los aspectos del periodo obstétricos, así como la utilización de estos conocimientos en acción conjunta con los demás miembros del equipo (sociólogo, medico social, psicólogo, entre otros), dando así un perfil de asistencia integral con un objetivo único el fomento de la salud gestacional.

Vigilancia del estado de salud de la embarazada: la función básica se basa en el alcance de control prenatal, para ello es imprescindible contar con pericias las cuales deben ser demostradas por medio del reconocimiento fisiológico de la embarazada. Es decir, la enfermera pudiera evaluar a la gestante y así corroborar las condiciones madre-feto.

Utilizar la capacidad potencial: esto corresponde a la acción requerida por parte de las enfermeras para mostrar sus propias capacidades en la definición de cada uno de los parámetros de acción requeridos en la asistencia prenatal desde un orden extramuros eso le dará la confianza necesaria para actuar de acuerdo a la exigencias del momento, desarrollando aptitudes y evaluando.

Diagnosticar las necesidades presentes: estas necesidades se pueden vislumbrar desde varios ángulos bien sean físicos, social y/o afectivos, desde esas perspectivas dar una prestación de servicio acorde a las necesidades identificadas.

Referencia: estas son acciones para trabajar de manera conjunta con profesionales de otras áreas y de prestación de servicios obstétricos. Esto implica la acción de referir a la gestante a otras disciplinas intramuros encargadas de la protección de la salud de embarazadas, familia y comunidad. Estas actividades llamadas referencias seguir el MPP (1999) forman parte de los componentes de la consulta prenatal y se da “cuando la gestante requiere de una evaluación especializada”.

Relacionando este concepto con la investigación la referencia estarán dirigidas al servicio de consulta prenatal como punto de control de la evaluación ejercida en la embarazada. Por lo tanto, la enfermera por medio de la referencia a las embarazadas a la consulta, desarrollará un trabajo integrado (intramuros-extramuros) con profesionales de la salud y otras disciplinas afines.

En concreto el acto de referencia se debe complementar con la contrarreferencia. Es decir toda gestante que a nivel extramuros haya sido

referida a la asistencia y de esa manera llevar el control del cumplimiento de las referencias.

En atención a ello, la búsqueda comunitaria de las gestantes deberá estar en función de los cuidados de la maternidad que abarque la vigilancia materno fetal como unidad, definido por el MPPPS (2005)

Cuidado prenatal como método que permita reducir la fragmentación en servicios preventivos y detención temprana de problemas ya existentes; pero además, también se pueden tratar algunos problemas que no requieren tecnologías sofisticadas ni amplias explicaciones como por ejemplo inspección física”.

Su sensibilidad con aspecto de índole social de la embarazada y demostrar habilidades para abordar y hacer los seguimientos de casos respectivos acompañado de la investigación acción.

Según Moreno, A (2000):

La investigación acción participativa (IAP) se utiliza para promover el desarrollo del entendimiento crítico de los problemas personales y sociales, sus causas estructurales y las posibilidades de superarlas. Estas acciones se logran combinando la educación con lo social y la acción. La (IAP) esta basada en la interacción democrática de las personas comunitarias y su participación activa que tienen como principio alternativas para levantar conciencia y voluntades de transformación crítica. (Pág.47)

De acuerdo a la referencia, la utilidad de la investigación acción participativa (IAP) a utilizar como herramienta con gestantes en el contexto familiar es dar la atención primaria desarrolladas en un contexto de salud.

En atención a lo expuesto y a su vez relacionarlo con la investigación; la búsqueda comunitaria a embarazadas que no dan continuidad a sus controles en este orden se debe favorecer siempre el mantenimiento del contacto de las embarazadas con la consulta prenatal, llevando hasta el contexto del hogar de las embarazadas la filosofía del cuidado gestacional desde un orden comunitario. Señala el Ministerio del Poder Popular para la Salud de los Pueblos (MPPSP) (2006):

Suministrar salud gestacional de tipo social debe contener la suficiente influencia de los conceptos actuales y los cambios que manifiesta la sociedad que los requiere. La filosofía de la asistencia comunitaria a gestantes constituye parte de las vigilancias del control que no requieren un área especializada de servicio médico o de enfermera, constituye una actividad centrada en la evaluación y el diálogo basado en la reciprocidad y las relaciones interpersonales. (Pág.11).

En ese sentido, acompañando lo expuesto en la referencia las investigadoras consideran que al abordar a las embarazadas para que den continuidad a sus controles, la enfermera debe combinar el ámbito de participación enfocado en tres grandes rubros:

- La gestante.
- La familia.
- La comunidad.

El objetivo del seguimiento de la embarazada con el uso de la (IAP) es lograr involucrar a las embarazadas, como miembro que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de acciones de salud.

Por lo tanto, como ya se ha expuesto a lo largo de la investigación, se tiene por objetivo vigilar y contribuir con la asistencia del objeto en acción (madre embarazada).

Visita domiciliaria: la atención domiciliaria de calidad representa un abordaje integral y multidisciplinario, esto solo se puede conseguir si existe una implicación efectiva de todas las instituciones encargadas de dar asistencia a la comunidad. Desde ese orden, se recomienda por parte de las investigadoras integrar a la embarazada dentro de su entorno desde un marco de continuidad y de consonancia, por lo tanto, la visita domiciliaria su propósito fundamental es proyectar el cuidado gestacional en el contexto social de la embarazada. Destacan Contel, J. C. Guez, J. Peaya, M. citan:

En la actualidad, la atención domiciliaria esta integrada en las funciones propias de los equipos de la atención primaria. En muchos casos es una programación de salud, que puede variar de acuerdo a las necesidades. No obstante, no se ha determinado una cartera de servicios que indique el perfil de atención que debe ofertar a cada persona y familia. (Pág. 29).

Sin embargo, hay que destacar que la visita domiciliaria como aporte de la asistencia comunitaria favorece el reconocimiento del entorno y de la comunidad en sí. Esta visita puede ser institucional (escuela, hogares de cuidado, entre otros) y de familias (domicilios).

Relacionando estos conceptos con la investigación, las autoras recomiendan que la atención domiciliaria en el Tigre debe ser multidisciplinaria engarzada por aspectos claves que deben ser incluidos dentro del plan. Es decir, participación de la enfermera con el contexto social por medio de:

- Coordinación interna con utilización de sistema de registro
- Capacidad de análisis de prioridades
- Integralidad
- Coordinación
- Participación en otras disciplinas de salud
- Participación comunitaria.

La consolidación de estas experiencias podría constituir una oportunidad para ampliar las funciones médico asistencial, con la iniciativa de financiación de programas o servicios integrados. Implica la comprensión de que la visita domiciliaria a gestantes debe ser parte para la inclusión de la gestión de casos, en donde la visita domiciliaria fungiría como paquete integrado de servicio para abordar a las embarazadas en su contexto familiar. Según Moreno, A (op.cit):

La visita domiciliaria como parte de las funciones de enfermería debe ser para prestar un servicio que mejore la salud y la calidad de vida de la población. En ese sentido por medio de la visita domiciliaria enfermería integrará los conceptos y métodos de las ciencias de la salud pública para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de personas, familia y comunidad. (Pág.51).

Aunado a lo expuesto en la referencia el MPPSP (op.cit) “considera a la visita domiciliaria un medio para abordar a los grupos y familias y dentro de los hogares con tendencias a solucionar los problemas de salud”. (Pág.6). Lo que implica considerar a la visita domiciliaria como un servicio que puede actuar como enlace entre el sector salud y la comunidad.

En concordancia con lo antes con lo antes expuesto López, M (1998) “considera a la visita domiciliaria por parte de la enfermera la inclusión de elementos para potenciar la capacidad de la persona y sus familias para

asumir y afrontar el problema planteado, proporcionando una asistencia sanitaria eficaz y continua". (Pág.52).

Entonces, se puede interpretar a la visita domiciliaria una acción que permite abordar a las personas en su propio contexto y a su vez actuando como enlace en unidades de apoyo. Así mismo, evaluar la influencia de las acciones realizadas sobre los grupos atendidos y sobre la comunidad en conjunto.

Relacionando los conceptos emitidos sobre la visita domiciliaria con la investigación cabe destacar que la base de ello se fundamenta en el componente de cooperación entre el centro dispensador de salud (consulta prenatal), gestantes y familias. Hecho que amerita la proyección de la asistencia prenatal en un ámbito basado prioritariamente en la captación y búsqueda de aquellas embarazadas que abandonan sus controles.

En ese sentido, en lo que respecta a la investigación la visita domiciliaria para hacer una herramienta los componentes siguientes:

- Detección oportuna del crecimiento fetal
- Diagnostico de vida fetal
- Diagnostico presentación fetal

- Valoración presión arterial.

Todos estos aspectos pasan hacer las herramienta para el desarrollo de la visita domiciliaria en la aplicación se hace necesario que las enfermeras dominen o tengan adiestramiento al respecto. Es decir: revisión del formulario de datos referidos al control prenatal los cuales deben registrar los datos mínimos indispensables para la planificación de la atención del embarazo y que por supuesto se continuará en todo el proceso (parto, puerperio).

Al respecto, MPPSP (2007):

La historia perinatal cuenta con un sistema de registro por medio de casilleros. Además permite codificar los datos calcados directamente del usuario. El listado de las preguntas constituye un recordatorio para los miembros del equipo de salud, y unas ayudas para el cumplimiento de las normas de evaluación requeridas en cada embarazada evaluada extra ambulatorios e intra ambulatorio. De esta manera y equipo de salud lleva el seguimiento asistencial y situación perinatal, las características de la población asistida y la calidad de la atención brindada, elementos indispensables para la toma de decisiones. (Pág.6).

En atención a la referencia es conveniente que la historia perinatal sea parte de las herramientas, del componente visita domiciliaria. Es decir, hacer uso de ella desde el inicio y durante todo el proceso de control tanto

intramuros (consulta prenatal) como extramuros (control prenatal domiciliario). Visto así, el cumplimiento de esta medida permitirá una mayor y mejor información sobre la evolución del embarazo dentro del contexto comunitario.

Acompañando lo antes expuesto también se requiere del contenido educativo de control. Al respecto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) “considero que el aspecto educativo durante la asistencia extramuros en las embarazadas es quizás uno de los aspectos generalmente más requerido en el control prenatal” (Pág.261). lo que implica entender de acuerdo a la referencia que se debe contar con la planificación de actividades educativas como parte de los contenidos de la visita domiciliaria dirigida a embarazadas.

Por lo tanto, se deben promover las actividades educativas en función de las necesidades de salud detectadas a fin de volver las debilidades y fortalezas. En atención, a ello la/o enfermera(o) elegirá la forma y manera del desarrollo de la actividad de acuerdo a la capacidad de captación de la embarazada y familia. Ejemplo: demostraciones, esto debe ser de manera detallada, entrevista. Por medio del dialogo, uso de materiales didácticos, entre otros. Los temas según las autoras del estudio pudieran incluir; importancia de control, cuidado del embarazo, entre otros.

Planificación para continuidad de los controles

Desde esas perspectivas la visita domiciliaria consiste en un medio para abordar a las embarazadas que abandonan sus controles, basada en un conjunto de actividades que se ejercen sobre la embarazada con el fin de obtener el mejor grado de salud de éstas y su hijo. Basado en estos aspectos se requiere la aplicación de herramientas apropiadas para el ejercicio del contenido de la visita domiciliaria.

Aplicación de la visita domiciliaria

Para las autoras, el primer paso para establecer la planificación de la visita domiciliaria, es ir a la búsqueda de la obtención de un máximo rendimiento. La utilidad se aprecia en distintos campos de la acción, las ciencias sociales y otras disciplinas como la gerencia y/o administración, servirá no sólo la mejor comprensión del éxito de la visita domiciliaria, sino también para ilustrar los trabajos de captación de resolución de problemas a través de la aplicación de la visita domiciliaria.

Concepto sobre aplicación de la visita domiciliaria

La aplicación de la visita domiciliaria de acuerdo al MPPS (2004) “es un conjunto de métodos para dar asistencia, utilizadas para interactuar y

ejercer acciones tendientes a su resolución”. (Pág.3). la aplicación de la visita domiciliaria también conducen al establecimiento de prioridades en su análisis de las actividades realizadas

En relación a la aplicación de la visita domiciliaria con las embarazadas, como ya fue expuesto, esta debe contar con los siguientes aspectos:

- Expediente clínico
- Etapa previa
- Síntesis de información geográfico.

Expediente clínico: en la aplicación de la visita domiciliaria se utiliza para realizar investigación en torno a las características del proceso gestacional; el expediente constituye una frente permanente de la recopilación de datos para reconocer condiciones físicas de las gestantes; peso, valores clínicos, evolución materno-fetal, condiciones sociales; grado de instrucción, situación geográfica como por ejemplo; dirección de vivienda, punto de referencia habitacional y por supuesto tipo de empleo e ingreso. En ese sentido el expediente clínico representa una estrategia para ubicar: dirección de la vivienda, dato que debe ser identificado previamente por la/o enfermera (o) antes de abordar la comunidad. Dice el MPPS (op.cit), “el

expediente clínico (consulta prenatal) también aporta datos de las situaciones o condiciones de riesgo en las gestantes” (Pág.6), por lo tanto en función de los datos existentes en ellos se hará la programación de la visita domiciliaria y por supuesto su aplicación.

Etapa previa: la etapa previa consiste en la planificación de la visita; se considera en este segmento los aspectos: donde y como va a realizarse el trabajo. Esto permite establecer metas en función de lo que se busca atender ello incluye la coordinación con otras áreas y la representación escrita de los hechos o acciones a realizar con la embarazada

Síntesis de información geográfica: a fin de contar con la ubicación de la vivienda de las embarazadas, se requiere la obtención de este dato en cada una de ellos. El propósito es contar con la identificación exacta de la vivienda de gestantes.

Componentes de la visita domiciliaria: en su aspecto histórico la visita domiciliaria desde la creación del Ministerio de Sanidad (1936), ha sido parte de las funciones de las enfermeras adscritas a la red primaria de atención, al igual que las acciones intramuros, la visita domiciliaria, desde el punto de vista de asistencia medica social se aprecia desde varios puntos de vista en primer lugar se pretende que las personas y comunidad, conozcan

participen y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo responsabilidad, sobre ellas.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000) “entiende a los componentes de la visita domiciliaria como un conjunto de pasos que abarcan desde el uso de recursos como hermanos” (Pág.126). Estos autores continúan destacando que en lo que respectan a los recursos materiales estos se definen desde su orden de herramientas para laborar (v..., estetoscopio, cinta métrica, papelería, entre otros) y en cuanto a los recursos humanos ello debe ser conducido por el personal de salud debidamente adiestrado para el alcance de una interrelación efectiva y confiable mutua en el cliente y personal de salud. Entonces los componentes incluyen:

- Comunicación
- Entrevista
- Reconocimiento de algún problema plan asistencial.

Comunicación: desde ese orden la comunicación representa un componente más de la visita domiciliaria en donde el remitente (enfermería) debe transmitir al destinatario (embarazada) un proceso comunicacional por medio de las palabras escritas y habladas y por la conducta no verbal. Es

decir, el proceso de comunicación como componente de la visita domiciliaria permite el fomento de la simpatía entre usuario y enfermera; destaca la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2003) “piénsese que la persona que abandona un servicio de salud es porque no conoce la importancia de esa acción o quizás porque puede arreglársela hasta cierto punto. El desconocimiento y su estado biopsicosocial afectan también su capacidad de auto reconocimiento que requiere del servicio de salud”. (Pág.186). Visto así el acto de una comunicación efectiva disminuirá la conducta de rechazo facilitando una interrelación.

En ese sentido, la comunicación como parte y/o componente de la visita domiciliaria ella deberá tomar en cuenta la comunicación y la forma de comunicarse, el tema y por supuesto como abordarlo. Ejemplo: ¿Qué se debe comunicar?, ¿Por qué se comunica el mensaje y Cómo debe comunicarse el mensaje? ¿Qué se debe comunicar?, ¿Se trata de instrucciones como la forma de dirigirse a un sitio o de llevar a cabo alguna actividad?. Se trata entonces de informar y explicar de manera exacta a las gestantes cada uno de los aspectos que expresan su bienestar.

¿Por qué se comunica el mensaje? Se trata de tener claro los servicios que se pueden ofertar y dar, en ese orden por medio de una actitud

cordial y componente de cognición la enfermera debe saber el porque aporta el tema, así como la importancia del mismo.

En relación a la investigación como ya se ha expuesto se busca a toda instancia el fomento de la salud de la gestante por medio de la captación en aquellos grupos que no hayan dado continuidad a sus controles gestacionales.

Entrevista: Para Sánchez, R (2003) define la

Entrevista como una charla con objeto y forma parte del instrumento básico de comunicación para enfermería; la entrevista es de utilidad para obtener y dar información, evaluar los resultados de los cuidados, orientará a las personas, planificar con los sujetos acerca del bienestar y como instrumento terapéutico". (Pág. 176).

Así al planificar la visita domiciliaria la enfermera debe organizar la entrevista acompañado de los objetivos propuestos en el alcance de la visita domiciliaria. Lo cual requiere los siguientes pasos:

- Hora y sitio de la entrevista
- Iniciación de la entrevista
- Obtención de información específica
- Terminación de la entrevista

- Informe.

Hora y sitio de la entrevista: esto corresponde a la disposición que se tenga para contar con un lapso adecuado para la entrevista hecha por medio de la visita domiciliaria también se debe tomar en cuenta el tiempo que se conduzca y la hora de abordar a la gestante para hacer la entrevista y por supuesto escoger el lugar adecuado para su desarrollo.

Iniciación de la entrevista: en este caso la esencia es la capacidad para alcanzar la conversación. Por lo tanto la enfermera como persona que lleva a cabo la entrevista debe hacer que la gestante se sienta cómoda y de ese modo ir a la búsqueda de la entrevista.

Obtención de información específica: en este segmento será de utilidad tanto la entrevista como las observaciones hechas y desde ese marco operacional planificar el plan específico de asistencia que pudiera ser desde un orden socio cultural que impide la aceptación por parte de la embarazada a cumplir con los continuos controles prenatales.

La obtención de información se ocupa para crear una atmósfera en la cual la gestante perciba que el motivo es la comprensión que existe la posibilidad de recibir una asistencia de calidad en su propio contexto familiar.

Terminación de la entrevista: luego de alcanzado el objetivo de la entrevista en el hogar de la gestante se hace necesario establecer estrategias en el dialogo para el fomento de una relación afectiva entre la enfermera como parte del sector salud y embarazada en su entorno familiar.

Informe: posteriormente hacer el informe, incluyendo la programación para otras visitas domiciliarias. Este informe debe tener contenidos que plasmen las condiciones físicas sociales y afectivas de la embarazada, así como también los sucesos que ocasionaron el abandono de la consulta. Destaca el MPPS (2005) “informe debe plasmar inclusive la planificación de sucesivas visitas” (Pág. 80), así como también la fecha próximas para que la embarazada retome su vigilancia a través de la consulta prenatal efectuada en el centro dispensador de salud conducidos por personal especializados para tal fin.

Relacionando todos estos conceptos con la investigación la entrevista como parte de la visita domiciliaria la enfermera debe ser guía y descubridora de las necesidades. Por lo tanto, la enfermera debe saber escuchar, conversar y mostrar comprensión y ser tolerante, reconocer el problema y seguidamente hacer el plan

Sistema de Variable

Variable: Asistencia de la enfermera en el fomento de la salud de la gestante en control por medio de los componentes: nutrición medico asistencial y seguimiento comunitario.

Definición Conceptual: En tal sentido, Barrios, M. (1992) considera que:

La atención primaria de salud representa implicaciones para Enfermería. Las que pueden ser afectiva con su dedicación en la participación en la meta de salud para todos en el año 2000, ya que ninguna profesión se adapta mejor a las diversas actividades de la atención primaria, que el profesional de enfermería. (Pág.8).

Definición Operacional: se refiere a las observaciones hechos al personal de enfermeras asistiendo a las embarazadas a nivel de consulta con proyección al contexto familiar.

Operacionalización de Variable

Variable: Asistencia de la enfermera en el fomento de la salud de la gestante en control por medio de los componentes: nutrición medico asistencial y seguimiento comunitario.

Definición Operacional: se refiere a las observaciones hechos al personal de enfermeras asistiendo a las embarazadas a nivel de consulta con proyección al contexto familiar.

DIMENSIÓN	INDICADOR	SUB INDICADOR	ITEMS
<p>Cuidado gestacional en el componente nutricional: se refiere a las recomendaciones dadas por las enfermeras a gestantes durante el control prenatal en beneficio de la salud gestacional por medio del plan de alimentación.</p>	<p>Plan alimentario: Se refiere a las orientaciones dadas por las enfermeras sobre la dieta de la embarazada en función del fomento de la salud de la madre y el producto de la concepción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de alimentos: - Menú dietético - Preparación de la dieta - Recomendación nutricional. 	<p>1 al 4</p> <p>5 al 9</p> <p>10 al 13</p> <p>14 al 18</p>
<p>Búsqueda comunitaria a embarazadas: se refiere al cumplimiento de la visita domiciliaria para la revisión de gestantes que no dan continuidad sus controles.</p>	<p>Visita domiciliaria: asistencia a la embarazada en su contexto familiar cuando no da continuidad a sus controles brindado en la consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Planificación de la visita - Recursos materiales requeridos - Conducción de la entrevista - Evaluación 	<p>19 al 22</p> <p>23 al 26</p> <p>27 al 31</p> <p>32 al 35</p>

2.6.- Definición de Términos:

Alimentación: Es la serie de actos voluntarios y conscientes, que consisten en la elección, preparación e ingestión de alimentos.

Anamnesis: Es el interrogatorio que se realiza durante el examen físico.

Anemia: Disminución del número de glóbulos rojos en la sangre.

Embarazo: Estado post-concepcional que comprende desde el momento de la fecundación hasta la expulsión del feto vivo o muerto.

Gravidez: Relacionado con el estado de embarazo, preñez.

Nutrición: Es un conjunto de procesos por medio del cual el organismo vivo recibe y transforma las sustancias sólidas y líquidas provenientes del ambiente, necesarios para su mantenimiento, funcionamiento orgánico y producción de energía.

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

En este capítulo se describe el diseño metodológico de la investigación realizada, el cual consta de los siguientes elementos: tipos de estudio, universo, muestra, métodos e instrumentos para la recolección de datos, procedimientos, fabulación y análisis de los datos.

3.1.- Tipo de Estudio:

Campos, I., referido por Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E (1995) refiere que el tipo de estudio “es el esquema general o marco estratégico que le da unidad, coherencia, secuencia y sentido práctico a todas las actividades que se emprende para buscar respuestas al problema y objetivos planteados”. (Pág. 168)

Se adoptó un tipo de estudio descriptivo de acuerdo al problema y los objetivos planeados donde se determinó la asistencia de la enfermera en el fomento de la salud componente nutricional medico y búsqueda comunitaria, de acuerdo a los criterios emitidos por Bizquera, R., (1996): “El objetivo está

en describir un fenómeno, la observación es el elemento básico, constituyen el primer nivel de conocimiento científicos. (Pág. 66)

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información es un estudio de tipo prospectivo según Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E (1995), expresan: “En los estudios prospectivos se registra la información según van ocurriendo los fenómenos”. (Pág. 169)

3.2.- Población y Muestra:

Según Fayad, C referido por Canales, E. Pineda, F y Alvarado, E (1995), conceptualiza la población como; “La totalidad de individuos o elementos en los cuales pueden presentarse determinadas características susceptibles de su estudio”. (Pág. 180)

En la investigación realizada, la población objeto de estudio quedó constituida por un total de 17 personal de enfermera del área de consulta prenatal y planificación familiar, del Hospital general del Tigre Estado Anzoátegui.

Se decide tomar como población a las 17 enfermeras adscritas al área de salud reproductiva y comunitaria ya que es un personal que rota entre sí,

entre los servicios de atención materna y salud reproductiva así como desarrollar actividades comunitarias por medio de la consulta prenatal dando asistencia intra y extramuros.

En relación al estudio se decidió trabajar con los/as 17 enfermeras(os). Es decir, el 100% de la población del área de la consulta prenatal y comunitaria del Hospital antes mencionado, en este sentido, Sierra Bravo, R., (1996), refiere: “El tamaño de la población que no exceda de 500 elementos, de acuerdo a las tablas prontuarias para poblaciones finitas, se deben tomar como tamaño de muestra a la totalidad de la población”. (Pág. 363)

Para efectos de la investigación realizada se tomó el 100% que son la totalidad de la población, es decir, los 17 personal de enfermería del área de la consulta prenatal y comunitaria que forman parte del área preventiva del Hospital General del Tigre.

3.3.- Métodos e Instrumentos para la Recolección de Datos:

La técnica utilizada para la recolección de datos de la presente investigación fue la observación. Según Hernández, R. Fernández, C y Baptista, P (1995), definen: “La técnica de la observación consiste en un

registro sistemático válido y confiable de comportamientos o conductas manifiestas”.(Pág. 384)

La observación que se llevó a cabo fue de tipo no participante, debido a que las autoras no interactuaron con los sujetos observados, es decir, con el personal de enfermeras de la consulta prenatal y comunitaria.

Como instrumento se escogió la lista de cotejo, la cual fue realizada para observar la participación de las enfermeras asistiendo en la consulta y asistencia comunitaria en el desarrollo de visita a las embarazadas. Cabe destacar que los datos obtenidos aumento el abordaje a la comunidad por medio de la visita comunitaria.

3.4.1.- Confiabilidad

Según Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E (1995), que la confiabilidad se refiere a: “La capacidad del instrumento para arrojar datos o mediciones que corresponden a la realidad que se pretende conocer, o sea, la exactitud de la medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos”. (Pág. 210)

3.5.- Procedimientos de Recolección de Datos:

Según Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E (1995) definen: “Es la descripción del proceso que se seguirá en la recolección de datos y en las otras etapas de la ejecución del Estudio”. (Pág. 225)

Para la recolección de datos correspondientes a la investigación, las autoras realizaron los siguientes pasos:

Localización de la población objeto de estudio 17 personal de enfermeras(os).

La información fue recogida en dos espacios, uno durante el desarrollo de la consulta prenatal (intramuros) y también durante el cumplimiento de la visita domiciliaria por parte de las enfermeras visitadoras con gestantes.

3.6.- Técnica de Análisis:

Según Campos, L referido por Canales, F. Alvarado, E y Pineda, E (1995), define al plan de análisis así: “Significa exponer el plan que se deberá seguir para el tratamiento estadístico de los datos, en general, consiste en decidir como será analizada estadísticamente la información”. (Pág. 231)

Las autoras para el análisis de los datos recabados, utilizaron la estadística inferencial descriptiva a través de tablas de registro de frecuencia y porcentaje se realizó el procesamiento de los datos.

Se utilizó este procedimiento considerando, según Canales y otros (1995) que: “La estadística ayuda a analizar las características de la muestra para ser extrapoladas a la población”. (Pág. 232)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el presente capítulo se presentará el análisis de los resultados obtenidos de la investigación, a través de las listas de observación como de la entrevista estructurada que se realizó en la consulta prenatal del Hospital General de El Tigre, Estado Anzoátegui y en la comunidad por medio de la visita domiciliaria que permitieron evaluar la participación del personal de enfermera en el fomento de la salud de la gestante.

Para efecto de los análisis procedió a transformar las categorías de respuestas, sin alterar el resultado para así facilitar la representación de los hallazgos obtenidos en los cuadros.

En ese sentido, se agruparon las categorías siempre, alguna vez y nunca.

CUADRO Nº 1

**DISTRIBUCION DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DE SUBINDICADOR A EMBARAZADAS EN CONTROL USO DE
ALIMENTOS NECESARIOS QUE DA A CONOCER EN LA CONSULTA
PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI
PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
1. Uso de alimentos con nutrientes.	06	35	09	53	02	12	17	100
2. Alimentos de bajo costos con alto valor nutritivo	06	35	06	35	05	30	17	100
3. Combinación de los alimentos.	03	18	07	41	07	41	17	100
4. Menú con distribución armónica en los grupos de alimentos	06	35	09	53	02	12	17	100

Fuente: Instrumento Aplicado

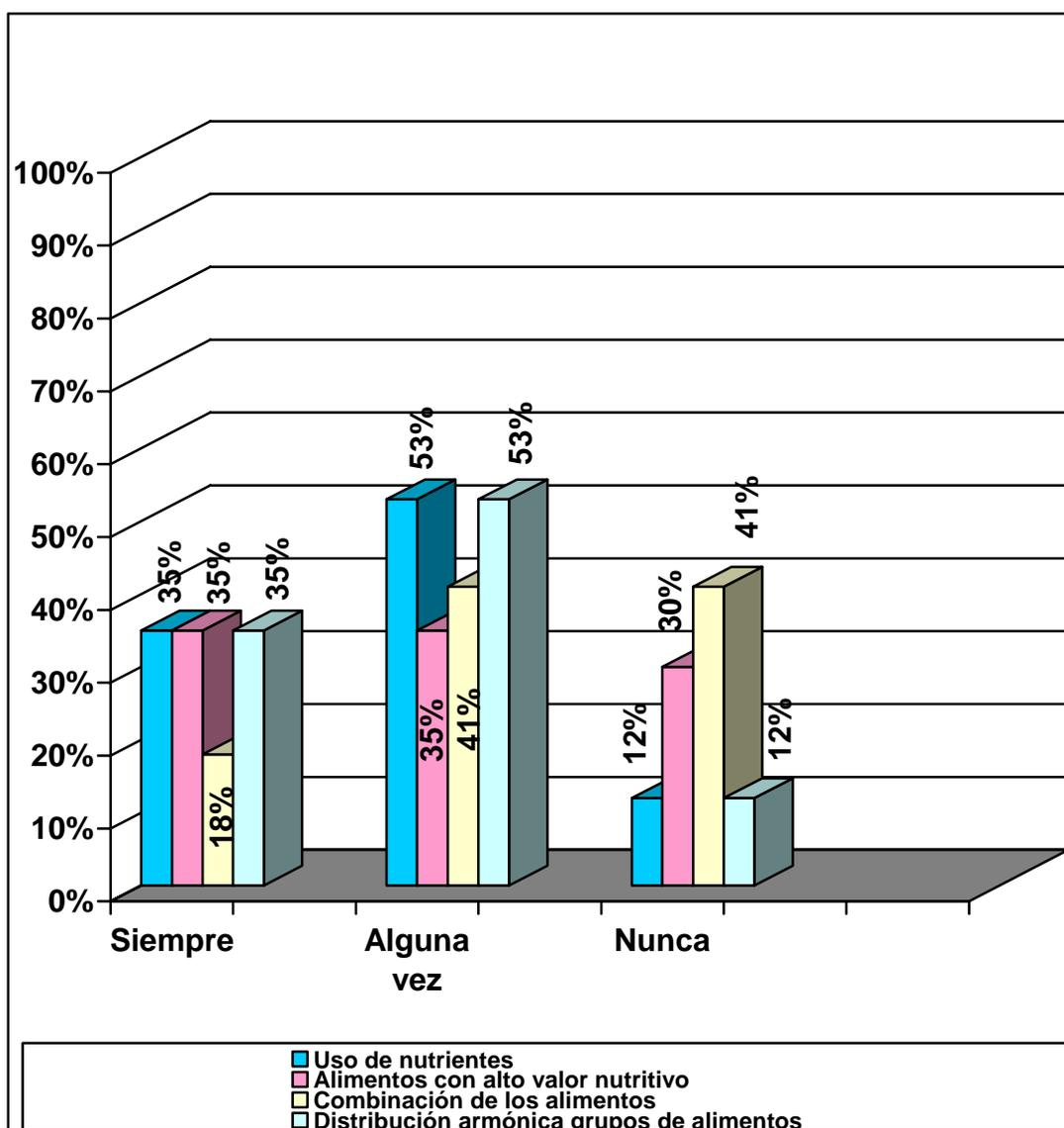
De acuerdo a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a las embarazadas del subindicador: orientación de las enfermeras sobre el uso de alimentos necesarios a consumir la gestante; los resultados señalan: para la pregunta alimentos con nutrientes 35% fue para la respuesta siempre, 53% para la categoría alguna vez y 12% para la categoría nunca. Para la pregunta alimentos de bajo costo con alto valor nutritivo 35% fue para la respuesta siempre también 35% para la respuesta alguna vez y 30% para la respuesta nunca. Para la pregunta combinación de los alimentos 18% fue

para la respuesta siempre 41% para la respuesta alguna vez y 41% para la respuesta nunca.

En atención a los resultados de las observaciones hechas a las enfermeras durante su asistencia con embarazadas estos indican que dicha actividad no se lleva a cabo desde un orden reglamentario por todo el personal de servicio. Hecho que sin lugar a dudas merece llamar un poco a la reflexión sobre todo al considerar la situación de anemia y condiciones patológicas mencionados en el planteamiento del problema.

GRÁFICO Nº 1

DISTRIBUCION DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DE SUBINDICADOR A EMBARAZADAS EN CONTROL USO DE ALIMENTOS NECESARIOS QUE DA A CONOCER EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro Nº 1

CUADRO Nº 2

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR MENÚ DIETÉTICO QUE DA A CONOCER
A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL
GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER
SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr	%
5. Presencia de proteínas en carnes y vegetales	07	41	09	53	01	6	17	100
6. Consumo de vitaminas.	12	71	05	29	-	-	17	100
7. Presencia de vitaminas en frutas y vegetales.	05	29	09	53	03	8	17	100
8. Presencia de minerales en el consumo de agua.	05	29	11	65	01	06	17	100

Fuente: Instrumento Aplicado

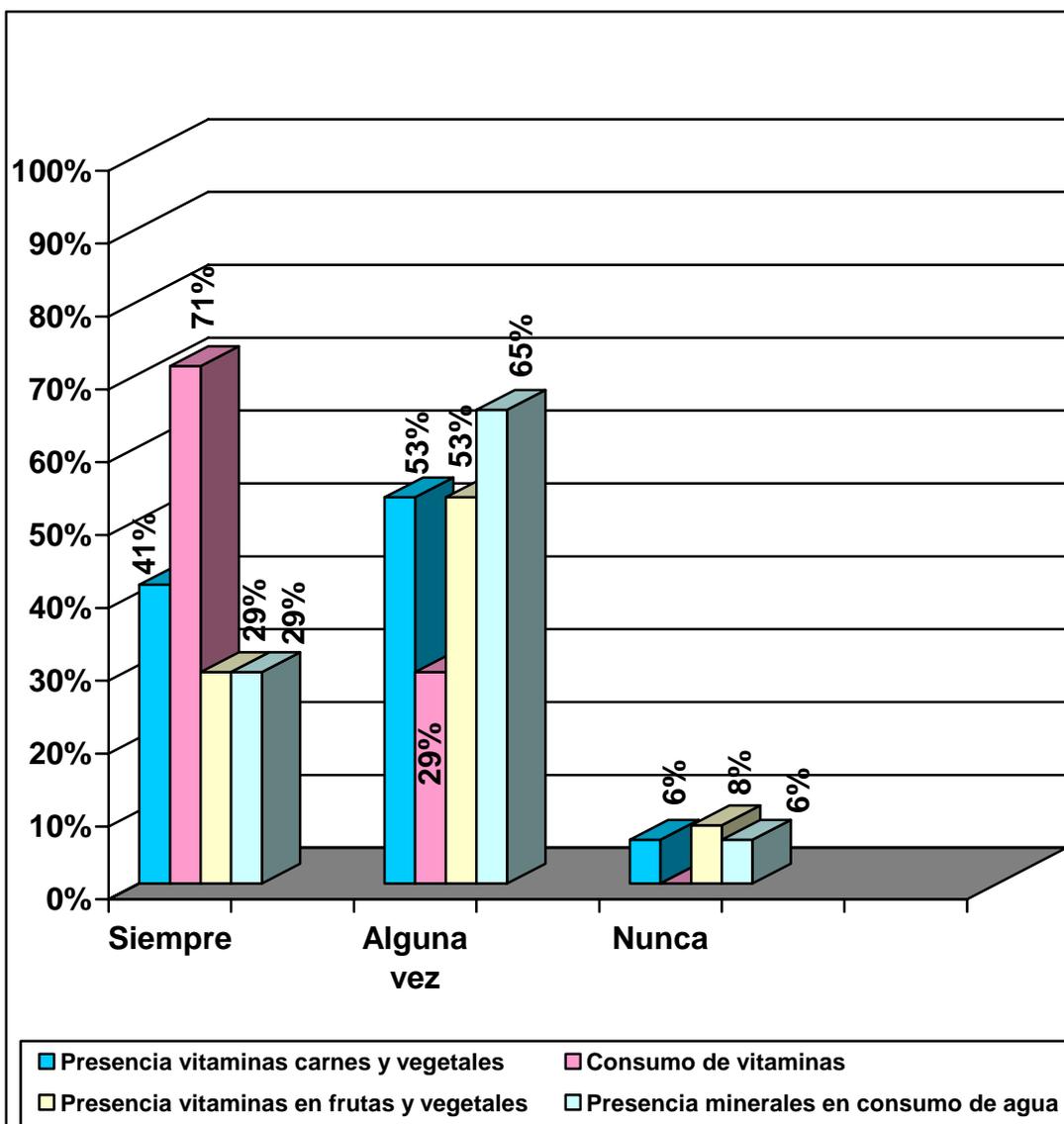
En atención a los resultados de las observaciones hechas al personal de enfermeras referente al subindicador menú dietético que se debe dar a conocer a cada embarazada en control, estos indican: Para la pregunta presencia de proteínas en carnes y vegetales 41% fue para la respuesta siempre, 53% para la respuesta alguna vez y 6% para la respuesta nunca. Para la pregunta consumo de vitaminas 71% fue para la categoría siempre y 29% para la categoría alguna vez, para la pregunta presencia de vitaminas en frutas y vegetales 29% fue para la categoría siempre, 53% para la categoría alguna vez y 18% para la categoría nunca. Para la pregunta

presencia de minerales en el consumo de agua 29% fue para la fue para la categoría siempre, 65% para la categoría alguna vez y 6% para la categoría nunca.

De acuerdo a los resultados las enfermeras durante la asistencia dada a cada embarazada medianamente ofrece recomendaciones que permitan aumentar el cuidado sobre como preparar el menú que favorezca la ingesta de los grupos alimentarios.

GRÁFICO Nº 2

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR MENÚ DIETÉTICO QUE DA A CONOCER A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro Nº 2

CUADRO Nº 3

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR PREPARACIÓN DE LA DIETA A
CONSUMIR POR PARTE DE LA EMBARAZADA EN CONTROL
PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO
ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
9. Rica en fibra y baja de sal.	06	35	09	53	02	12	17	100
10. Leche descremada.	07	41	07	41	03	18	17	100
11. Preparación que permita conservar su valor nutritivo.	06	35	06	35	05	30	17	100
12. Evitar consumo de alimentos en descomposición.	07	41	07	41	03	18	17	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Referente a los resultados obtenidos del subindicador preparación de la dieta a consumir por las embarazadas, los resultados señalan: para la pregunta rica en fibra y baja en sal correspondió para la categoría siempre 35%, mientras que el 53% fue para la respuesta alguna vez y 12% para la categoría nunca. En cuanto a la pregunta de la leche descremada 41% fue para la respuesta siempre, 41% también para alguna vez y 18% para la categoría nunca.

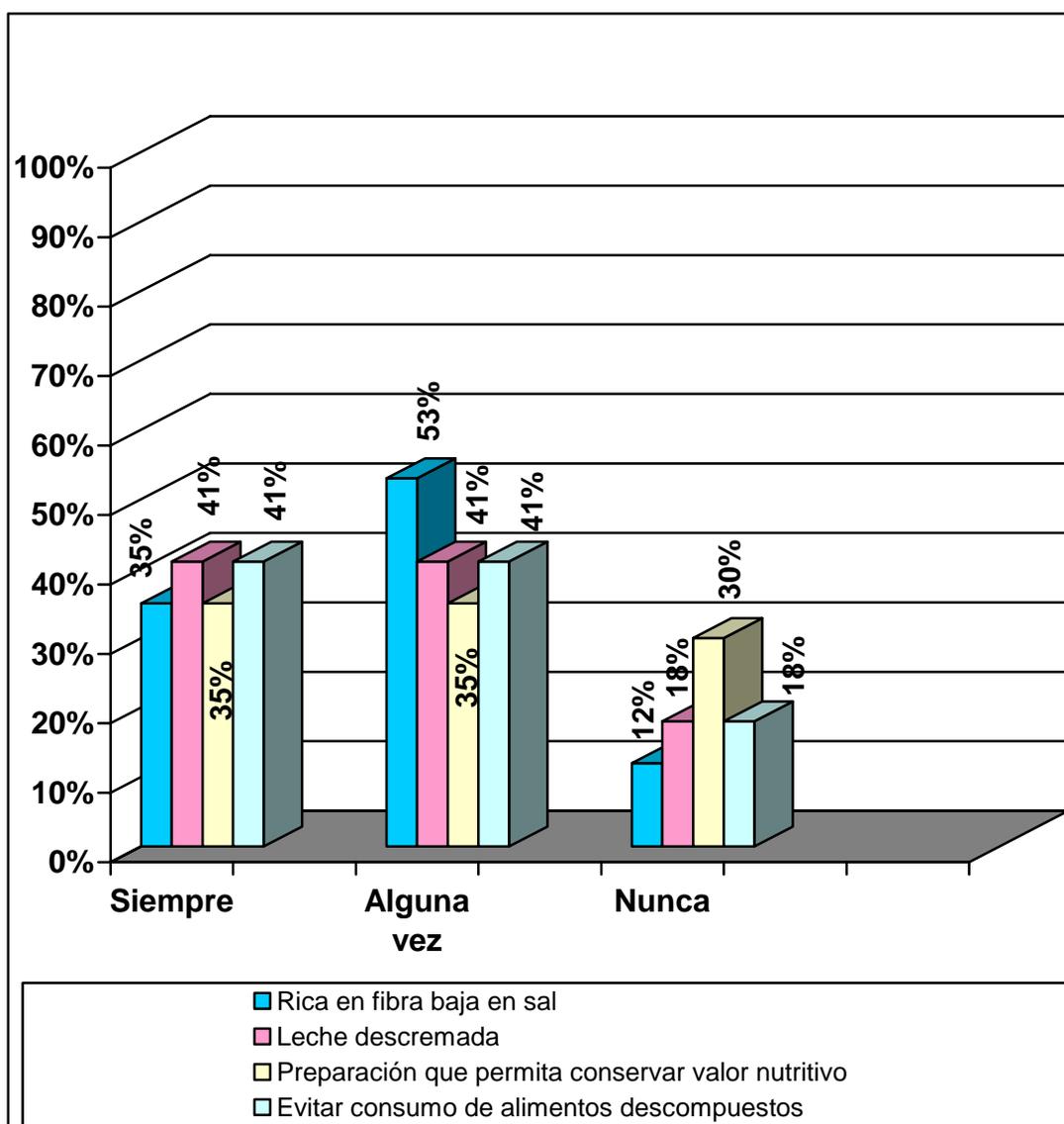
Para la pregunta conservación del valor nutritivo de los alimentos durante la preparación 35% fue para la categoría siempre, 35% para la

respuesta alguna vez y 30% para la respuesta nunca. Para la pregunta evitar el consumo de alimentos en descomposición 41% fue para la categoría siempre, también 41% fue para la respuesta alguna vez y 18% fue para la respuesta nunca.

De acuerdo a los resultados de las observaciones hechas a las enfermeras durante su asistencia a las embarazadas en control esto plantea una realidad para la cual no se presentan de manera satisfactoria el acto de orientar, enseñar recomendar acerca de la preparación de una dieta que favorezca la salud del binomio madre-hijo.

GRÁFICO N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PREPARACIÓN DE LA DIETA A CONSUMIR POR PARTE DE LA EMBARAZADA EN CONTROL PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro N° 3

CUADRO Nº 4

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL
POR ESPECIALISTA EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL
GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER
SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	Fr	%
13. Indicación nutricional por el especialista (nutricionista).	08	47	03	18	06	35	17	100
14. Nutrición a la madre y el feto.	05	29	12	71	-	-	17	100
15. Evaluación antropométrica.	07	41	10	59	-	-	17	100
16. Examen de laboratorio.	13	76	04	24	-	-	17	100
17. Hábitos dietéticos.	05	29	12	71	-	-	17	100

Fuente: Instrumento Aplicado

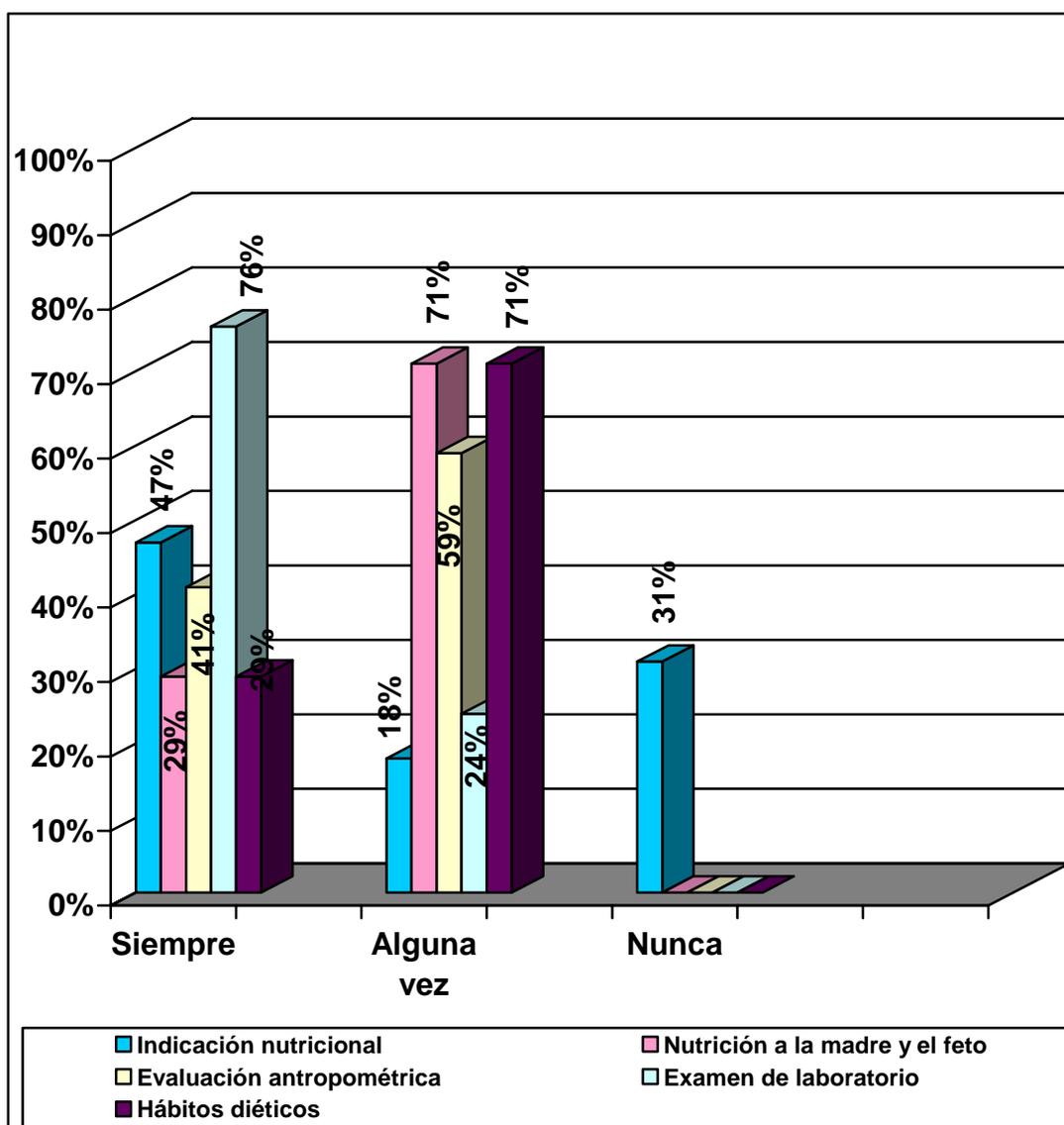
En atención a los resultados de las observaciones hechas a las enfermeras correspondientes al subindicador recomendación nutricional durante el cumplimiento de la visita domiciliaria a embarazadas estos indican: para la pregunta indicación nutricional por el especialista, 47% fue para la categoría siempre, 18% para la categoría alguna vez y 35% para la respuesta nunca. Para la pregunta nutrición a la madre y el feto 29% para la respuesta siempre y 71% para la respuesta alguna vez. Para la pregunta evaluación antropométrica 41% fue para la respuesta siempre y 59% para la respuesta alguna vez. Para la pregunta examen de laboratorio correspondió 76% para la respuesta siempre y 24% para la categoría alguna vez. Para la

pregunta hábitos dietéticos 29% fue para la respuesta siempre, 71% para la respuesta alguna vez.

En relación a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a enfermeras en el desarrollo cumpliendo con el acto de recomendaciones nutricionales por especialistas de acuerdo a los resultados estas acciones se desarrollo medianamente, sobre todo en la importancia que implica contar con resultados de laboratorio y peso corporal de las gestantes así como también contar con el reconocimiento de los hábitos dietéticos de estas usuarias. Desde esas perspectivas el personal de enfermeras mayormente durante las asistencias con las embarazadas obvia el reconocimiento de gran valor para detectar cualquier situación de riesgo, como por ejemplo el peso corporal de la embarazada.

GRÁFICO Nº 4

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR RECOMENDACIÓN NUTRICIONAL POR ESPECIALISTA EN LA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro Nº 4

CUADRO Nº 5

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR PLANIFICACIÓN DE LA VISITA
DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL
CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO
ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr	%
18. Según riesgo (expediente clínico).	11	65	05	29	01	06	17	100
19. Continuidad de la vigilancia gestacional.	08	47	02	12	07	41	17	100
20. Coordina con otras áreas de la salud	11	65	05	29	01	06	17	100
21. Sintetiza la información geográfica.	17	100	-	-	-	-	17	100

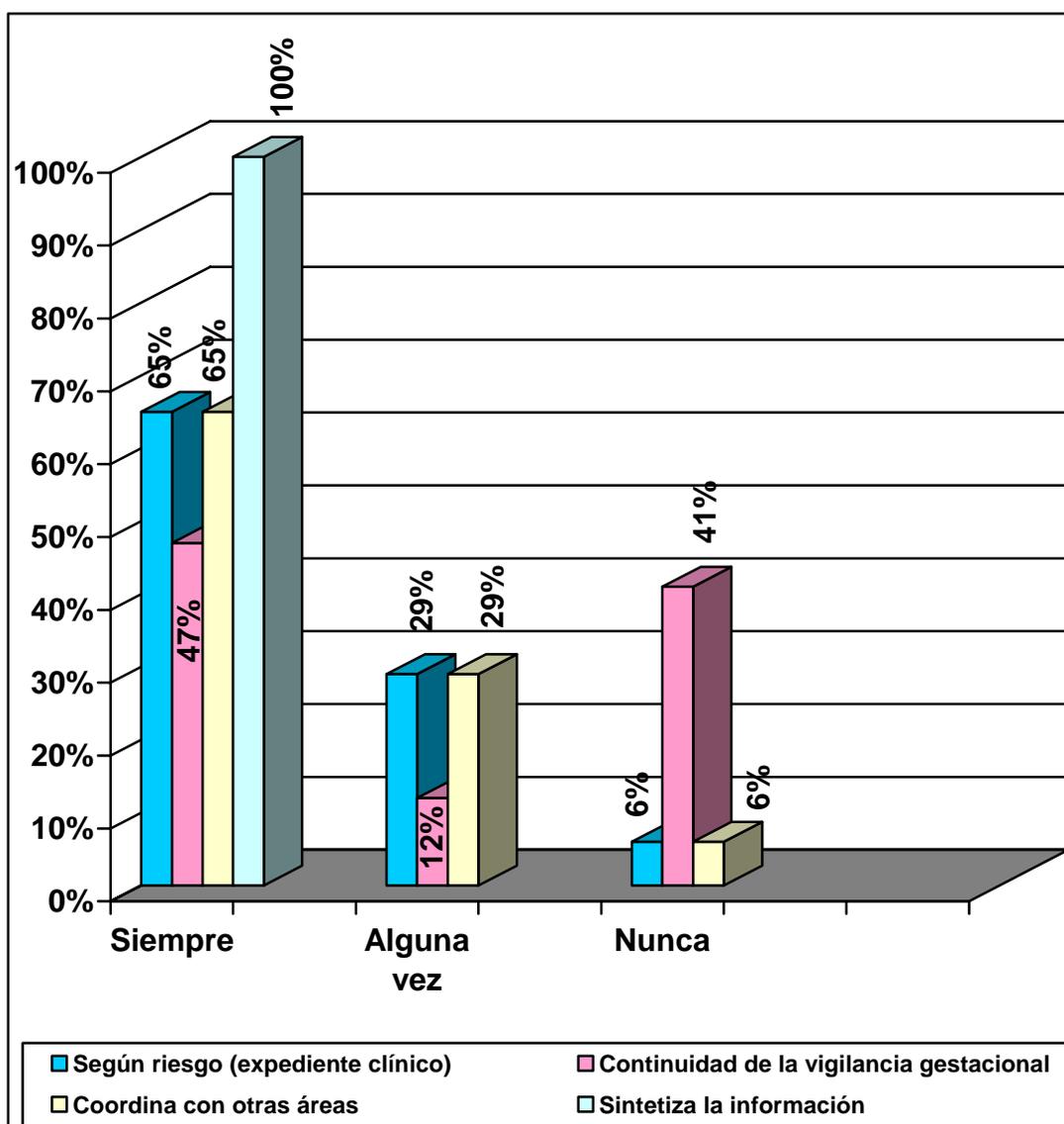
Fuente: Instrumento Aplicado

En atención a los resultados de las observaciones hechas a enfermeras correspondiente al subindicador planificación de visita domiciliaria : corresponde a la pregunta según riesgo 65% para la categoría siempre, 29% para la categoría alguna vez y 6% para la categoría nunca. Para la pregunta acerca de la continuidad de la vigilancia gestacional 47% fue para la categoría siempre, 12% para la categoría alguna vez y 41% para la categoría nunca. Para la pregunta; coordina con otras áreas de la salud, 65% fue para la respuesta siempre, 29% para la respuesta alguna vez y 6% para la categoría nunca. En cuanto a la pregunta sintetiza la información geográfica 100% fue para respuesta siempre.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las observaciones desarrolladas al personal de enfermeras en el acto de planificar la visita domiciliaria se presenta unos resultados que demuestran que se hace medianamente una planificación de visita domiciliaria en función de captar aquellas embarazadas que en algunos casos no cumplen con las citas reglamentarias para el control prenatal.

GRÁFICO Nº 5

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR PLANIFICACIÓN DE LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro Nº 5

CUADRO Nº 6

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR RECURSOS MATERIALES REQUERIDOS
EN LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN
CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE
ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
22. Historia de control.	03	18	06	35	08	47	17	100
23. Estetoscopio de Pinard.	02	12	10	59	05	29	17	100
24. Cinta métrica.	02	12	10	59	05	29	17	100
25. Tensiometro.	12	47	05	29	-	-	17	100

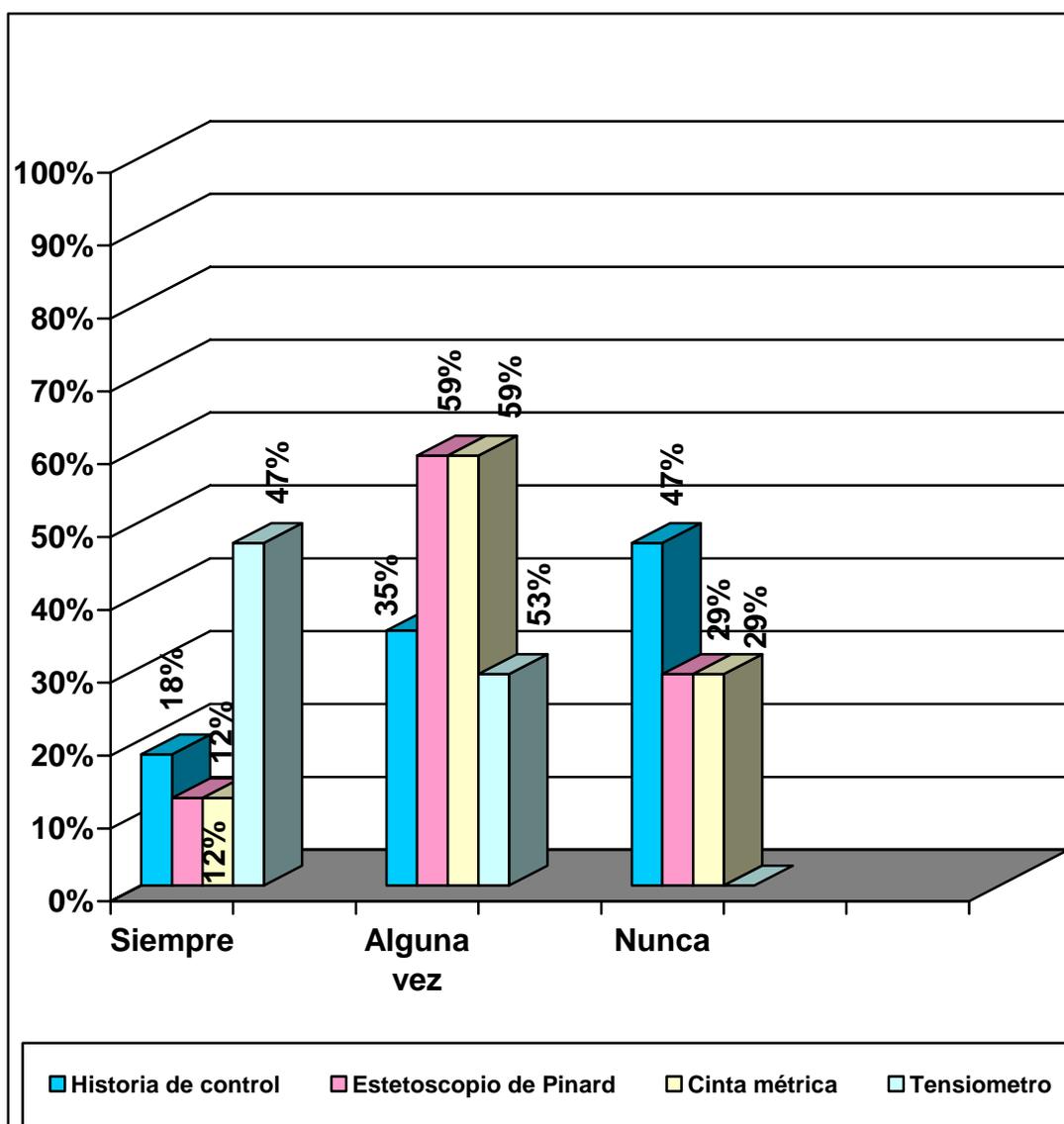
Fuente: Instrumento Aplicado

Estos resultados corresponden al subindicador recurso material requerido en la visita domiciliaria de acuerdo a lo observado a continuación se señalan los resultados: Para la pregunta historia de control 18% fue para la respuesta siempre, 35% para la respuesta alguna vez y 47% para la respuesta nunca. Para la pregunta estetoscopio de pinard 12% fue para la respuesta siempre 59% para la respuesta alguna vez y 29% para la respuesta nunca. Para la respuesta cinta métrica 12% fue para siempre, 59% alguna vez y 29% para la respuesta nunca. Para la pregunta tensiómetro, 71% fue para la respuesta siempre y 29% para la respuesta alguna vez.

En relación a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a enfermeras acerca del subindicador recursos materiales. El grupo de enfermeras encargadas de realizar la visita domiciliaria a embarazadas alguna vez cuentan con recursos materiales requeridos para la evaluación física de las embarazadas visitadas. En ese orden al abordar a las embarazadas mayormente las visitas se hacen con un orden de dialogo.

GRÁFICO Nº 6

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR RECURSOS MATERIALES REQUERIDOS EN LA VISITA DOMICILIARIA DIRIGIDAS A EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro Nº 6

CUADRO Nº 7

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA POR
PARTE DE LA ENFERMERA CON EMBARAZADA DURANTE LA VISITA
DOMICILIARIA EN EL HOGAR DE LAS EMBARAZADAS EN CONTROL
CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO
ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
26. Promueve una interrelación afectiva	06	35	11	65	-	-	17	100
27. Promueve la confianza con la gestante	05	29	12	71	-	-	17	100
28. Cuenta con material escrito para sustentar la información dada	03	18	14	82	-	-	17	100
29. Conduce la entrevista con la embarazada	14	82	03	18	-	-	17	100
30. Escoge un lugar adecuado para el desarrollo de la entrevista.	08	47	09	53	-	-	17	100

Fuente: Instrumento Aplicado

Referente a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a las enfermeras visitadoras durante el acto de conducción de la entrevista en los hogares de las embarazadas, estos son los resultados. Para la pregunta de promover una interrelación afectiva 35% fue para la categoría siempre y 65% para la categoría alguna vez.

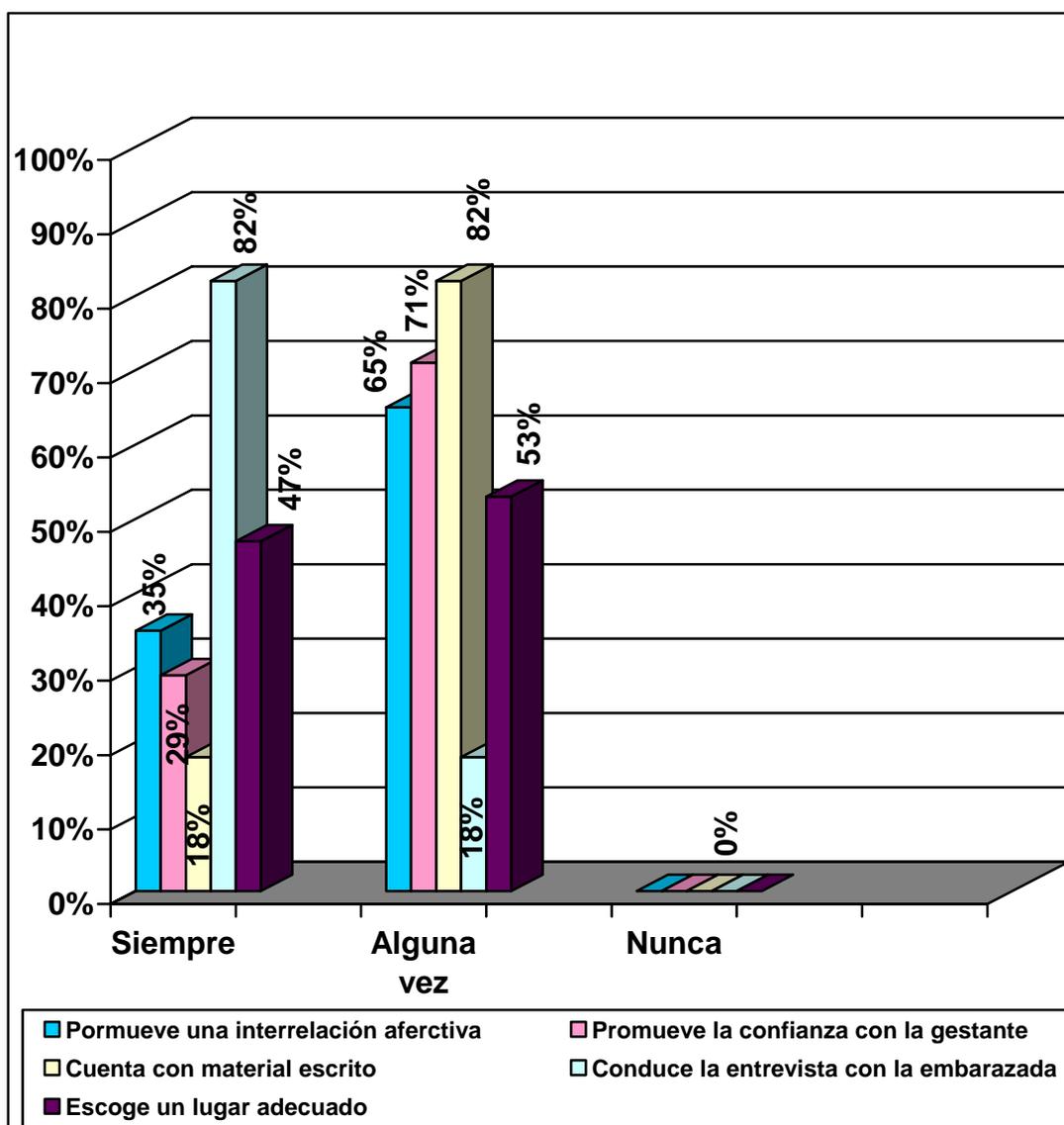
Para la pregunta promover confianza 29% fue para la respuesta alguna vez. Para la pregunta promover confianza 29% fue para la respuesta

siempre y 71% para la respuesta alguna vez. Para la pregunta sobre el material escrito que debe utilizar 18% fue para la respuesta siempre y 82% para la respuesta alguna vez. En cuanto a la pregunta acerca de la conducción de la entrevista 82% fue para la categoría siempre, es decir las enfermeras durante la visita domiciliaria en el desarrollo de la entrevista ella la conduce. En lo que refiere a la escogencia del lugar para el desarrollo de la entrevista 47% siempre lo hace y 53% alguna vez.

En atención a los resultados las enfermeras alguna vez cumplen en la conducción de la entrevista favorecedora para el fomento de una interrelación afectiva y por ende de alcance y favorezca el cuidado materno fetal.

GRÁFICO N° 7

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR CONDUCCIÓN DE LA ENTREVISTA POR PARTE DE LA ENFERMERA CON EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA EN EL HOGAR DE LAS EMBARAZADAS EN CONTROL CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro N° 7

CUADRO Nº 8

**DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS
ACERCA DEL SUBINDICADOR EVALUACIÓN FÍSICA A LA
EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA CONSULTA
PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI
PRIMER SEMESTRE (2008)**

Alternativas	Siempre		Alguna Vez		Nunca		Total	
	fr.	%	fr.	%	fr.	%	fr.	%
31. Evalúa desde un orden físico (fetal).	02	12	08	47	07	41	17	100
32. Controla la presión arterial	06	35	10	59	01	06	17	100
33. Refiere a la consulta prenatal.	17	100	-	-	-	-	17	100
34. Elabora plan de asistencia de la embarazada según resultados.	08	47	09	53	-	-	17	100

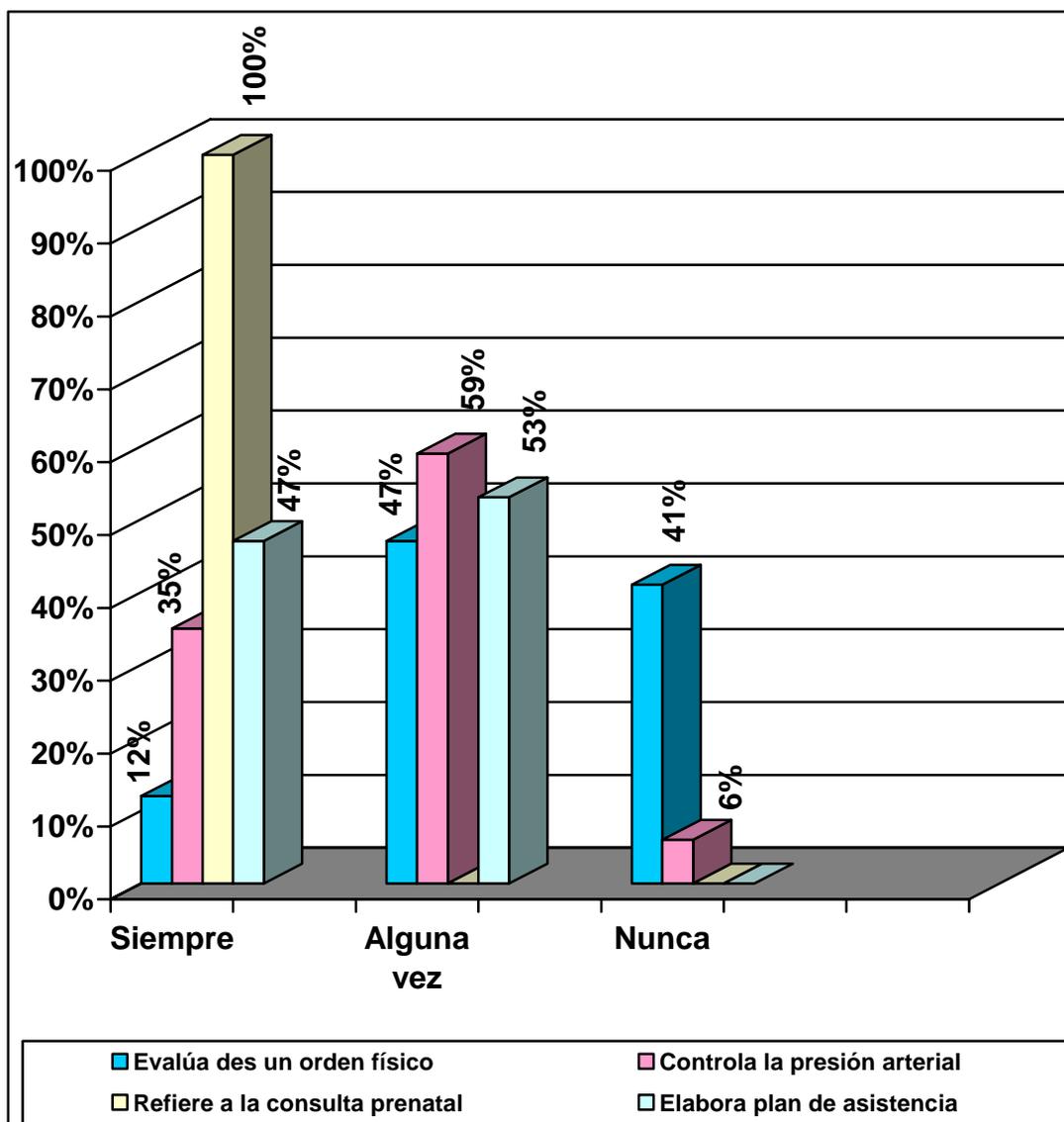
Fuente: Instrumento Aplicado

Los resultados que hablan sobre la evaluación física a la gestante que debe ser cumplida por parte de las enfermeras cuando visita a las embarazadas señalan: para la pregunta evaluación crecimiento fetal 12% fue para la respuesta siempre y 47% para la respuesta alguna vez y 41% para la categoría nunca. Para la pregunta control de la presión arterial 35% fue para la categoría siempre, 59% para la respuesta alguna vez y 6% para la respuesta nunca. Para la pregunta refiere a la consulta prenatal 100% fue para la categoría siempre. Para la pregunta elabora plan de asistencia de acuerdo a los resultados obtenidos 47% fue para la categoría siempre y 53% para la categoría alguna vez.

Desde un orden de resultados, el personal de enfermeras no cumple de manera total con la evaluación física de la embarazada hecho que merece un poco la reflexión debido a la necesidad de aprovechar el contacto con la gestante para identificar cualquier necesidad de salud que interfiera el bienestar de la madre y su hijo.

GRÁFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LAS OBSERVACIONES HECHAS A ENFERMERAS ACERCA DEL SUBINDICADOR EVALUACIÓN FÍSICA A LA EMBARAZADA DURANTE LA VISITA DOMICILIARIA CONSULTA PRENATAL HOSPITAL GENERAL DEL TIGRE ESTADO ANZOATEGUI PRIMER SEMESTRE (2008)



Fuente: Cuadro N° 8

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- Conclusiones:

De acuerdo a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a las enfermeras en su dimensión componente nutricional acerca de los subindicadores:

- Se pudo evidenciar en cuanto al fomento de la salud para el alcance del consumo de alimentos el 41,82% según resultados siempre orienta a las embarazadas, el 61,88% algunas veces cumple con dicha actividad y el 32,3% nunca aporta orientación al respecto.
- En lo referente al subindicador Menú dietético 52,02% según resultado las enfermeras siempre orientan acerca del menú, mientras que el 85,68% de las enfermeras orientan algunas veces y el 6,8% nunca realiza esta acción.
- En lo relacionado a la Preparación de la dieta el 51,68% siempre da estas indicaciones a las embarazadas, el 57,8% algunas veces y el 26,52% nunca lo hace.

- Para la Recomendación nutricional el 75,48% siempre le da la información a las embarazadas, el 82,62% algunas veces cumple con esta función y el 35% nunca la realiza.

De acuerdo a los resultados obtenidos de las observaciones hechas a las embarazadas en su dimensión Búsqueda comunitaria a embarazadas acerca de los indicadores:

- Planificación de la visita el 94,18% de las enfermeras siempre planifica las visitas domiciliarias, el 25,84% algunas veces planifican las visitas domiciliarias y el 18,02% nunca lo hace.
- Recursos materiales requeridos 30,26% siempre obtiene los materiales, el 61,88% algunas veces y el 35,7% nunca.
- Conducción de la entrevista 71,74% de la población objeto de estudio siempre es la que lleva la conducción de la misma, el 98,26% algunas veces lo hace.
- Evaluación 65,96% de la población siempre lleva a cabo esta evaluación, el 54,06% algunas veces y el 15,98% nunca lo hace.

En consecuencia a todo lo anterior, es fundamental que en las consultas prenatales dirigidas a las gestantes se les incremente y establezca una atención inquisitiva y sistemática con el firme propósito de mejorar los

niveles de asistencia y poder proporcionar el servicio óptimo y de calidad que se requiere para ese período reproductivo.

5.2.- Recomendaciones:

- Dar a conocer los resultados a las autoridades del Hospital General del Tigre, incluyendo al personal de enfermería y a las enfermeras comunitarias.
- Continuar con otras investigaciones sobre la asistencia comunitaria a las embarazadas.
- Promover actividades de orientación acerca de la importancia de los componentes médico nutricional y seguimiento comunitario como parte de las acciones a favor del control de la embarazada y el fruto de la concepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANQUE, M (1998) **La Nutrición en el Embarazo**. Trabajo de ascenso no publicado. Universidad nacional de Medellín.
- BARRIOS, M. (1992) **La primaria de salud y las implicaciones comunitarias en el programa de lucha contra el SIDA**. Caracas.
- BIZQUERA, R (1996) **Métodos de investigación educativa. Guía práctica capítulo IV**. Ediciones Ceac. Barcelona, España.
- CANALES, F. ALVARADO, E Y PINEDA, E (1994) **Metodología de la Investigación**. Manual para el Desarrollo de personal de salud. 2da edición Organización Panamericana de la Salud.
- CONSTITUCION BOLIVARIANA DE VENEZUELA (2000) **Derecho a la Salud**. Caracas, Venezuela.
- DUENDAS, D. (1996). **“Estatus de crecimiento y su relación con la evaluación nutricional y antropométrica en gestantes adolescentes. El estudio fue realizado en el Hospital Materno Infantil” “10 de Octubre” en La Habana, Cuba.**
- HERNÁNDEZ, R. HERNÁNDEZ, C Y BAPTISTA, P (1995). **Metodología de la Investigación**. México, Interamericana Mc Graw Hill.
- INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) (1999) **Conocimientos Actuales sobre Nutrición**. Washington.
- INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) (2000) **Sistema de Vigilancia Alimentaria y nutricional (SISVAN)** Boletines Informativos.
- INSTITUTO NACIONAL DE NUTRICIÓN (INN) (2004) **Planificación de Menús**. Serie Comunitaria. Módulo 4. Caracas.
- KRAUSE, T (1990). **Nutrición y Dietética en la Clínica. Unidad Cap.1** Pág. 04 Material Mimeográfico UCV. Caracas.
- LEDDY, S Y PEPPER, M (1992) **Bases conceptuales de la enfermería profesional**. 2ª edición. Editorial Organización Panamericana de la Salud.

- LÓPEZ, M (1998) **Educación Sanitaria**. Editorial Mc Graw – Hill Interamericana.
- MENDOZA, P (1996) “**Embarazadas con riesgo socio-económicas y la valoración de predictores antropométricos**”. Buenos Aires – Argentina
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MPPSP) (2003) **Preparación de los alimentos**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MPPSP) (2004) **Aplicación visita domiciliaria**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MPPSP) (2005) **Valoración prenatal de cambios físicos**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MPPSP) (2006) **Suministro de salud gestacional**. Caracas, Venezuela
- MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD DE LOS PUEBLOS (MPPSP) (2007) **visita domiciliaria**. Caracas, Venezuela
- MORILLO, CORTÉS (1998) “**Cuidado de las embarazadas relacionados a los factores de riesgo asociados**” en el **Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescente**. Universidad de Chile
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1994) Revista N° 115. Nutrición
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS) (2005) **Acciones Comunitarias**. Washington, Revista N° 6
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1998) **Atención Primaria en Salud**. www.metabase.net
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001) **Embarazo y sus Cuidado**. www.todosalud.com
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2008) **Visita Domiciliaria**. <http://www.ops-oms.org.ve/>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2002) **Preclínica**.
www.infoslaud.com

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) (2005) **Estrategia de Abordaje** Revista Informativa, N° 37. Washington.

POPE (1998) **valorar los antojos alimentarios y averiguaciones en adolescentes embarazadas, las opiniones acerca de los antojos alimentarios y cómo estos factores influían en el aporte alimenticio**. Anales Nestlé (1995)

REEDER, S (1999) **Enfermería Materno Infantil**. México Interamericana Mc. Graw Hill.

SÁNCHEZ, R (1994) **Calidad de la Atención de Enfermería, Modulo autoinstruccional**. E.E.E., Facultad de Medicina, U.C.V., 1era Edición, Caracas – Venezuela.

Anexos

LISTA DE OBSERVACIONES

Siempre Alguna Nunca
 Vez

- 1.- ¿La enfermera durante la asistencia a la embarazada le indica acerca del uso de alimentos que contienen nutrientes?
- 2.- ¿La enfermera le indica a la embarazada acerca de los alimentos de bajo costo que contienen alto valor nutritivo (sardina, plátano, granos)?
- 3.- ¿La enfermera le indica a la embarazada acerca de la combinación de alimentos de bajo costo y su alto valor nutritivo (arroz, caraota, plátano, queso, papa)?
- 4.- ¿La enfermera le indica a la embarazada acerca de la distribución armónica de alimentos que debe tener el menú?
- 5.- ¿La enfermera le indica a la embarazada que las proteínas se encuentran en las carnes y los vegetales?
- 6.- ¿La enfermera le indica a la embarazada acerca de la importancia del consumo de vitaminas?
- 7.- ¿La enfermera le indica a la embarazada que las vitaminas se encuentran en las frutas y vegetales?
- 8.- ¿La enfermera le participa a la embarazada sobre el consumo de agua como parte componente del consumo de minerales?
- 9.- ¿La enfermera le participa a la embarazada que la dieta a consumir debe ser rica en fibra y baja en sal?
- 10.- ¿La enfermera le recomienda a la embarazada acerca del consumo de leche descremada?
- 11.- ¿La enfermera le recomienda a la embarazada que al preparar los alimentos es conveniente conservar su sabor y valor nutritivo?
- 12.- ¿La enfermera le recomienda a la embarazada evitar el consumo de alimentos en descomposición?
- 13.- ¿La enfermera le participa a la embarazada

que las necesidades nutricionales deben ser recomendadas por el especialista?

14.- ¿La enfermera le participa a la embarazada que las necesidades nutricionales son todas las que alcancen nutrir a la madre y al feto?

15.- ¿La enfermera le participa a la embarazada acerca de la importancia de la evaluación antropométrica?

16.- ¿La enfermera le participa a la embarazada acerca de la importancia del control de exámenes de laboratorio (glicemia, triglicéridos, colesterol)?

17.- ¿Reconocer en cada embarazada sobre hábitos dietéticos?

18.- ¿Planifica la visita domiciliaria a embarazadas según riesgo (expediente clínico)?

19.- ¿Planifica la visita para dar continuidad a la vigilancia gestacional?

20.- ¿Previo al cumplimiento de la visita domiciliaria la enfermera coordina con otras áreas de salud?

21.- Sintetiza la información geográfica de la visita domiciliaria a realizar

22.- ¿Utiliza la historia de control de la embarazada como componente de la visita domiciliaria?

23.- ¿Utiliza cinta métrica para cumplir la visita domiciliaria a gestantes?

24.- ¿Utiliza Estetoscopio de Pinard para cumplir la visita domiciliaria a gestantes?

25.- ¿Utiliza el tensiometro para cumplir con la visita domiciliaria?

26.- ¿En el acto de visita domiciliaria a embarazadas la enfermera promueve una interrelación afectiva?

27.- ¿Promueve la confianza con la gestante durante la visita domiciliaria?

28.- ¿Cuenta con material escrito para sustentar la información dada a la embarazada durante la visita domiciliaria?

29.- ¿Conduce la entrevista con la embarazada durante la visita domiciliaria?

30.- ¿Escoge el lugar adecuado para el desarrollo de la entrevista?

- 31.- ¿Evalúa desde un orden físico a la gestante (gestación)?
- 32.- ¿Controla Presión Arterial?
- 33.- ¿Refiere a la consulta prenatal?
- 34.- ¿Elabora plan de asistencia a la embarazada de acuerdo a las necesidades encontradas?