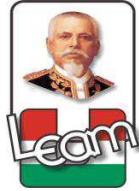


UNIVERSIDAD “LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ”



**EL CUIDADO ENFERMERO EN MADRES EMBARAZADAS
ASISTIDAS EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ
ZAMBRANO**

Autora: María Alexandra Ruíz Alvarado.

Unidad académica Facultad de Enfermería. Carrera Enfermería

Agosto de 2016, Manta.

APROBACIÓN DEL TRABAJO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Previa a la Obtención del Título de Licenciada/o en Ciencias de la Enfermería

Sometida a consideración de los señores miembros del tribunal de sustentación como requisito previo a la obtención del título de: Licenciada en Ciencias de la Enfermería.

APROBADO

Mg. Estelia García

Decana de la Facultad

Lcda. Yubagni Rezabala Mg S.C

Tutora de Tesis

Lector/a Imparcial

Miembro del Tribunal

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado; por ello, con toda la humildad que de mi corazón puede emanar, dedico primeramente mi trabajo a Dios.

Con mucho cariño a mis padres que me dieron la vida y han estado conmigo en todo momento. Gracias por todo papá y mamá por darme una carrera para mi futuro y creer en mí, aunque hemos pasado momentos difíciles siempre han estado apoyándome y brindándome su amor de forma incondicional, por esto y más les agradezco su apoyo e infinito amor durante mi vida y la trayectoria de formación profesional.

A mis hermanos por ser no solo mis hermanos si no unos grandes amigos, y los seres más importantes en mi vida. Que siempre ha estado junto a mí brindándome su apoyo, los quiero.

"A los hombres fuertes les pasa lo que a los barriletes; se elevan cuando es mayor el viento que se opone a su ascenso." José Ingenieros-

RECONOCIMIENTO

El presente trabajo investigativo no sería posible sin la valiosa colaboración de personas e instituciones a las cuales rendimos nuestro agradecimiento:

A la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” y a la Facultad de Enfermería por brindar la oportunidad de obtener una profesión.

Al personal del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano, que brindaron su apoyo y proporcionaron los datos respectivos para realizar la investigación.

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados desde el inicio de la vida humana y en todas las etapas de la existencia (Franco, 2015); lo que representa para el Licenciado en enfermería desarrollar una importante función en la salud materno fetal para contribuir al disfrute del embarazo, parto y nacimiento como una experiencia única en la madre.

El profesional de enfermería debe conocer todos los cambios que se suceden en la anatomía de la gestante, el proceso del desarrollo del embrión y el feto, para intervenir en el cuidado prenatal. Atención que demanda controlar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

De esa forma, se podrá controlar la morbimortalidad en la vida del ser humano, particularmente en la mujer joven por mortalidad materna, que a nivel mundial aproximadamente el 80% se deben a causas directas que incluyen trastornos hipertensivos, hemorragias e infecciones y parto obstruido.

Entre las causas indirectas se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por padecimientos como el dengue, zika, anemia, el VIH/sida o las enfermedades cardiovasculares (Alanís-Guzmán, Pérez-Sánchez, Álvarez-Orozco, Rojas-Rodríguez (2015).

En el Ecuador a pesar de los esfuerzos que se vienen realizando a través del Sistema Nacional de salud Pública con el reforzamiento de información y de la vigilancia epidemiológica en muerte materna, así como el mejoramiento de la atención a las Emergencias Obstétricas (Ministerio de Salud Pública, 2007).

La mortalidad materna registra 166 muertes, dando como resultado una razón de 49,16. Lo que significa que por cada 100.000 nacimientos, fallecen aproximadamente 49 mujeres en edad fértil (Anuario, 2014) y una tasa de 8,35 de mortalidad infantil por 1000 nacimientos. Cifras que si bien presentan descenso, aún constituyen un importante problema de salud pública para el Ecuador.

Diferentes investigaciones desde la arista perinatal declaran que los problemas que con mayor frecuencia se asocian a la morbimortalidad son la prematuridad, asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones (González & Granja, 2010).

Estudios relativos a la morbimortalidad materna, declaran que estos problemas se asocian a hemorragias obstétricas, infecciones, síndrome hipertensivo, preclampsia, diabetes y otras enfermedades del embarazo (Landon, Catalano & Gabbe, 2014). (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Las publicaciones en enfermería contemplan importantes enfoques de los especialistas sobre el cuidado a la madre con embarazo normal, cuidado de enfermería en la embarazada hospitalizada por preclampsia (Piray & Riofrio, 2014), Cuidado de enfermería por placenta previa.

Estos autores en sus publicaciones enfatizan en el cuidado enfermero dirigido a la madre con embarazo complicado, razón por la que reciben atención hospitalizada con intervención profesional en la que de enfermería cumple un rol muy importante.

La formación en enfermería obstétrica en la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, está expresada en el plan de estudio de grado, a través de una asignatura, formación que la prepara para la intervención del cuidado preventivo y

asistencial con la aplicación del tratamiento prescrito y el seguimiento clínico a domicilio.

A partir de los elementos analizados anteriormente, se realizó un diagnóstico a través de la aplicación de encuestas, observación participante y revisión de documentos para constatar cómo se comporta esta situación en el desempeño de la enfermera (o) Las insuficiencias determinadas son las siguientes:

- ✓ La carrera de enfermería incorpora obstetricia y problemas ginecológicos en el plan de estudio desde el año 1982 y en la actualidad esta asignatura está vigente en la malla curricular.
- ✓ La carrera desarrolla actividades prácticas pre-profesionales en atención de la madre embarazada hospitalizada, en el parto, post parto y el cuidado perineonatal. A ello se suma el criterio de los enfermeros, la revisión de documentos académicos destacan los aspectos siguientes: La carrera durante sus prácticas formativas ha pasado de la acción a la observación, sumándose a ello la disminución de horas dedicadas a la experiencia práctica pre-profesional.
- ✓ En ocasiones los estudiantes son dirigidos y auxiliados por otros estudiantes sin experiencia docente.
- ✓ Limitadas investigaciones enfocan la problemática del cuidado enfermero, enfermera en la embarazada hospitalizada.
- ✓ Insuficiente publicaciones relacionadas con el tema en el Ecuador.

RESUMEN

El presente trabajo investigativo “El cuidado enfermero en madres embarazadas asistidas en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta.” tiene como objetivos:

- ✓ Analizar la situación actual referente a los cuidados de enfermería en la madre embarazada asistida en el hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano
- ✓ Sistematizar los fundamentos teóricos y metodológicos que sirven de sustento científico para determinar los cuidados de enfermería desde su historia hasta la intervención de la enfermera en el cuidado prenatal y.
- ✓ Establecer de acuerdo a los resultados una propuesta de acciones para llevar un buen control prenatal. Referente al diseño metodológico la población es de 145 madres embarazadas que se encuentra estructurada de acuerdo al número de casos encontrados en los registros desde junio del 2015 hasta mayo del 2016 de ellas la muestra representa a 105, analizados e interpretados los datos se concluye que la edad que representa mayor porcentaje con el 78% es el grupo de 18 a 36 años; se determinó con el 43% casos de hipertensión; el 28% casos de preeclampsia, el personal de enfermería si realiza en un 95% el control de signos vitales que incluye toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura; se demuestra con el 68% al tomar la presión arterial casos de hipertensión relacionados para la toma de frecuencia cardiaca; se realizó una observación al personal de enfermería en el control de la frecuencia cardiaca siendo el mismo adecuado de acuerdo a su evaluación con el 85,71%.

Palabras claves: cuidado enfermero, madres embarazadas, hospital.

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL TRABAJO	ii
DEDICATORIA	iii
RECONOCIMIENTO	iv
INTRODUCCIÓN	v
ÍNDICE	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
I. TÍTULO DEL PROYECTO	1
II. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
a) Definición del problema.....	1
b) Formulación del problema	3
c) Preguntas derivadas sub-preguntas	3
III. OBJETIVOS	3
IV. JUSTIFICACIÓN	4
V. MARCO TEÓRICO	6
1.1. Antecedentes históricos y evolución del cuidado de Enfermería a la mujer embarazada.	6
1.1.1. La actividad del cuidado de enfermería como realidad histórica.....	6
1.1.2. Institucionalización del cuidado de enfermería	9
1.1.3. Historia de la Enfermera en América Latina.	11
1.1.4. Cuidados de enfermería en la embarazada en el Hospital Rodríguez Zambrano.	12
1.1.5. Diagnóstico de la situación.	13
1.2. Fundamentos etimológicos relacionados con el cuidado de Enfermería a la embarazada hospitalizada.	14
1.2.1. Contribución de la obstetricia y la ginecología a la embarazada.....	14
1.2.2. Implicaciones fisiológica, educativa y práctica de Enfermería.....	17
1.2.3. Intervención de enfermería en el cuidado prenatal.	19
1.2.4. Educación a la embarazada	25

VI. HIPÓTESIS	28
VII. METODOLOGÍA.....	29
Métodos.....	29
Técnicas.....	31
Recursos.....	31
VIII. PRESUPUESTO.....	32
IX. ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE RESULTADOS	33
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	40
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	41
XII. PROPUESTA.....	42
CONCLUSIONES	48
RECOMENDACIONES	49
CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.....	50
ANEXOS.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Número de casos de frecuencia cardíaca desde junio del 2015 hasta mayo del 2016 en el área de ginecología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.....	30
Tabla 2: Edad de las pacientes ingresadas	33
Tabla 3: Nivel de instrucción de las pacientes ingresadas en el área de ginecología.....	34
Tabla 4: Tipo de enfermedad que padece las mujeres ingresadas en el área de ginecología.....	35
Tabla 5: Control de signos vitales en mujeres ingresadas en el área de ginecología	36
Tabla 6: Calificación del cuidado de enfermería en la toma de frecuencia cardíaca.....	37
Tabla 7: Datos de presión arterial al ingreso de la paciente	38

INTRODUCCIÓN

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado para administrar cuidados desde el inicio de la vida humana y en todas las etapas de la existencia (Franco, 2015); lo que representa para el Licenciado en enfermería desarrollar una importante función en la salud materno fetal para contribuir al disfrute del embarazo, parto y nacimiento como una experiencia única en la madre.

El profesional de enfermería debe conocer todos los cambios que se suceden en la anatomía de la gestante, el proceso del desarrollo del embrión y el feto, para intervenir en el cuidado prenatal. Atención que demanda controlar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

De esa forma, se podrá controlar la morbilidad y mortalidad en la vida del ser humano, particularmente en la mujer joven por mortalidad materna, que a nivel mundial aproximadamente el 80% se deben a causas directas que incluyen trastornos hipertensivos, hemorragias e infecciones y parto obstruido. Entre las causas indirectas se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por padecimientos como el dengue, zika, anemia, el VIH/sida o las enfermedades cardiovasculares (Alanís-Guzmán, Pérez-Sánchez, Álvarez-Orozco, Rojas-Rodríguez (2015).

En el Ecuador a pesar de los esfuerzos que se vienen realizando a través del Sistema Nacional de salud Pública con el reforzamiento de información y de la vigilancia epidemiológica en muerte materna, así como el mejoramiento de la atención a las Emergencias Obstétricas (Ministerio de Salud Pública, 2007)

La mortalidad materna registra 166 muertes, dando como resultado una razón de 49,16. Lo que significa que por cada 100.000 nacimientos, fallecen aproximadamente 49 mujeres en edad fértil (Anuario, 2014) y una tasa de 8,35 de mortalidad infantil por 1000 nacimientos. Cifras que si bien presentan descenso, aún constituyen un importante problema de salud pública para el Ecuador.

Diferentes investigaciones desde la arista perinatal declaran que los problemas que con mayor frecuencia se asocian a la morbimortalidad son la prematuridad, asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones (González & Granja, 2010).

Estudios relativos a la morbimortalidad materna, declaran que estos problemas se asocian a hemorragias obstétricas, infecciones, síndrome hipertensivo, preclamsia, diabetes y otras enfermedades del embarazo (Landon, Catalano &, 2014). (Ministerio de Salud Pública, 2014)

Las publicaciones en enfermería contemplan importantes enfoques de los especialistas sobre el cuidado a la madre con embarazo normal, cuidado de enfermería en la embarazada hospitalizada por preclamsia (Piray & Riofrio, 2014), Cuidado de enfermería por placenta previa.

Estos autores en sus publicaciones enfatizan en el cuidado enfermero dirigido a la madre con embarazo complicado, razón por la que reciben atención hospitalizada con intervención profesional en la que de enfermería cumple un rol muy importante.

La formación en enfermería obstétrica en la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, está expresada en el plan de estudio de grado, a través de una asignatura, formación que la prepara para la intervención del cuidado preventivo y asistencial con la aplicación del tratamiento prescrito y el seguimiento clínico a domicilio.

A partir de los elementos analizados anteriormente, se realizó un diagnóstico a través de la aplicación de encuestas, observación participante y revisión de documentos para constatar cómo se comporta esta situación en el desempeño de la enfermera (o) Las insuficiencias determinadas son las siguientes:

La carrera de enfermería incorpora obstetricia y problemas ginecológicos en el plan de estudio desde el año 1982 y en la actualidad esta asignatura está vigente en la malla curricular.

- La carrera desarrolla actividades prácticas pre-profesionales en atención de la madre embarazada hospitalizada, en el parto, post parto y el cuidado perineo natal. A ello se suma el criterio de los

enfermeros, la revisión de documentos académicos, de los que se destacan los aspectos siguientes:

- La carrera durante sus prácticas formativas ha pasado de la acción a la observación, sumándose a ello la disminución de horas dedicadas a la experiencia práctica pre-profesional.
- En ocasiones los estudiantes son dirigidos y auxiliados por otros estudiantes sin experiencia docente.
- Limitadas investigaciones enfocan la problemática del cuidado enfermero, enfermera en la embarazada hospitalizada.
- Insuficiente publicaciones relacionadas con el tema en el Ecuador.

A partir de lo analizado se determinó el siguiente problema científico **¿Cómo favorecer el cuidado prenatal de la embarazada internada en el hospital Rodríguez Zambrano con la intervención enfermero?**

El Objeto de estudio de la investigación es: el proceso de enfermería en el cuidado prenatal de la embarazada hospitalizada.

El Objetivo es: elaborar una propuesta programa de intervención enfermero en el cuidado prenatal, sustentado en la obstetricia para favorecer el nivel de educación en la embarazada internada en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

El campo de la investigación: el desarrollo de la intervención enfermera (o) en el cuidado prenatal en pacientes del hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

A partir de lo anterior se formula **la hipótesis:** la implementación de un programa de intervención enfermero para el cuidado prenatal sustentado en la Obstetricia dirigido a la salud y bienestar, que integre el diagnóstico, el contexto y el enfoque profesional, contribuirá a mejorar el nivel de educación en la embarazada asistida en el hospital Rodríguez Zambrano.

Variable Independiente: Cuidado prenatal

Variable dependiente: intervención enfermero.

Diseño metodológico: Es un estudio explicativo, retro prospectivo, con enfoque cuali-cuantitativo y transversal. La población de estudio es de 145 madres, de ellas se toma una muestra de 105 embarazos.

De los métodos empíricos se alude a la técnica de encuesta y a la revisión de documentos para obtener la información; mientras que para el análisis de la información fue necesario aplicar los métodos teóricos: Análisis-síntesis, Hipotético- deductivo y el Histórico-lógico.

Para aportar a la solución del problema y cumplir con el objetivo propuesto, se plantean las **tareas científicas** siguientes:

1. Analizar los antecedentes históricos y la evolución del cuidado Enfermero en la embarazada.
2. Sistematizar los fundamentos epistemológicos relacionados con el cuidado Enfermero a la embarazada hospitalizada.
3. Caracterizar la situación actual que presenta el cuidado Enfermero en la embarazada asistida en el hospital Rodríguez Zambrano.
4. Elaborar una propuesta programa de intervención enfermero para el cuidado prenatal en la embarazada

Se obtiene como **resultados científicos en el presente trabajo**, una propuesta programa de intervención enfermero para el cuidado prenatal en la embarazada.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La atención de la mayoría de gestaciones, partos y recién nacidos se realiza con técnicas basadas en cuidados primarios de salud, con frecuencia se encuentra que la atención que se les brinda no es la más apropiada debido a que permanecen fuera del sistema formal de atención o ingresan tardíamente a este y cuando consultan oportunamente no reciben los cuidados necesarios por incapacidad para reconocer dichos problemas.

Dentro de las causas de riesgo que pueden contribuir a la morbi-mortalidad se encuentran, mujeres embarazadas menores de 15 años y mayores de 40 años,

aumento de peso mayor de 2 kilos por semana a partir del 5to mes, cesárea anterior lo cual implica el riesgo de resolver el parto por cesárea y/o ruptura uterina por cicatriz reciente, parto gemelar, anemia, hipertensión arterial, edema, posición fetal transversa, hemorragia vaginal, ausencia de ruidos cardíacos fetales, falta de inmunización antitetánica durante el embarazo, abortos previos.

En Ecuador la mortalidad total por complicaciones del embarazo, parto y puerperio en el 2015, por mil habitantes, fue de 13.993 en mujeres de quince a cuarenta y nueve años y la mortalidad en la población femenina de quince años y más relacionadas con las complicaciones anteriores fue de 809, siendo mayor en las mujeres de treinta y cinco a cuarenta y nueve años.

De acuerdo con la OMS (2015), la mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Es probable que para finales del 2015 habrán muerto unas 303.000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se producen en países de ingreso bajo y la mayoría de ellas podrían haber evitado.

Según los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000) la mejora de la salud materna era uno de los ocho objetivos adoptados por la comunidad internacional espacio donde los países se comprometieron a reducir la mortalidad materna en un 75% hasta el 2015, porcentaje que se ha reducido al 43%, comportamiento que puede calificárselo de exitoso en otras regiones como Asia y el norte de África, donde los progresos han sido mayores.

El alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya la diferencia entre ricos y pobres. El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años, particularmente en los países en desarrollo.

El Comité Coordinador Interagencial adoptó las metas establecidas por la OMS y el UNICEF (2015), y las adapta a la región de América Latina y El Caribe, cuatro de estas metas son: disminuir y mejorar la planificación familiar, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, mortalidad materna y propone diferentes logros al resto del mundo, tomando en cuenta situación, posibilidades y capacidad de llevar a cabo actividades específicas acordes con las necesidades de estos países.

Las condiciones de salud de la mujer continúan siendo causa de gran preocupación pues es importante una adecuada calidad de vida para desarrollar todo su potencial y realizar su rol de madres, esposas y miembros productivos de la sociedad.

La mujer debe tener la posibilidad de sobrellevar el embarazo, el parto y el puerperio en forma segura y libre de complicaciones, para que el resultado sea exitoso en términos de sobrevivencia y bienestar, tanto para ella como para su hijo o hija. Por otra parte, las parejas deben ejercer su sexualidad en forma responsable, sin que ésta implique un embarazo no deseado o el riesgo de contraer una enfermedad.

Formulación del problema

A partir de lo analizado se determinó el siguiente problema científico ¿Cómo favorecer el cuidado prenatal de la embarazada internada en el hospital Rodríguez Zambrano con la intervención enfermero.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Elaborar una propuesta programa de intervención enfermero en el cuidado prenatal, sustentado en la obstetricia para favorecer el nivel de educación en la embarazada internada en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

Objetivos específicos.

- Analizar los antecedentes históricos y la evolución del cuidado Enfermero en la embarazada.
- Sistematizar los fundamentos epistemológicos relacionados con el cuidado Enfermero a la embarazada hospitalizada.
- Caracterizar la situación actual que presenta el cuidado Enfermero en la embarazada asistida en el hospital Rodríguez Zambrano.
- Elaborar una propuesta programa de intervención enfermero para el cuidado prenatal en la embarazad.

JUSTIFICACIÓN

El proyecto al proporcionar educación a la madre en cada control prenatal, fomentará en ella, mayor acercamiento y confianza en los servicios de salud, además de evaluar en forma oportuna los problemas que puedan complicar el embarazo, también desarrollará en la madre habilidades de autocuidado y con ello identificará la necesidad de ayuda a la instancia pertinente.

El control prenatal adecuado en calidad, contenidos y oportunidad, con enfoque de riesgo, es uno de los potenciales de contribución a la salud materna y perinatal en la medicina preventiva, área desde donde también interviene el Licenciado en enfermería.

Según datos del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano uno de los indicadores más bajos son las consultas prenatales y posnatales y ambas, más, con respecto a otras consultas, lo que demuestra el ausentismo y el no-cumplimiento del derecho al cuidado de la salud que se brinda a la mujer y que se dan en ellas mismas en estas etapas tan trascendentales de sus vidas, ya que el control prenatal, como lo dicen las normas del Ministerio de Salud (2011), debe iniciarse lo más pronto posible para así identificar el riesgo que

puedan presentar durante el embarazo y planificar el lugar y la atención que debe recibir.

La participación del Licenciado en Enfermería es activa, porque es un profesional que tiene en su perfil la responsabilidad de brindar educación a la usuaria desde el período de la adolescencia, además que ellas atendidas por obstetras se sienten mejor, ya que desde el período colonial existe una costumbre arraigada que hace a las mujeres sentirse mejor al ser atendidas por sus iguales en el proceso reproductivo, esta función se le atribuyó al médico que atiende en la localidad, por lo cual, las enfermeras actualmente no brindan esta consulta y se encuentran frente al reto de buscar nuevas estrategias para educar a las mujeres en el período reproductivo.

La presente investigación pretende identificar los cuidados de enfermero en la madre embarazada asistida en el hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano. El proyecto es factible porque se contara con financiamiento de la investigadora y además servirá como material de apoyo en la unidad en estudio para beneficio de las usuarias que acuden a la consulta de control posnatal.

MARCO TEÓRICO

Capítulo 1. Antecedentes históricos y evolución del cuidado de Enfermero a la mujer embarazada.

1.1 La actividad del cuidado enfermero como realidad histórica y Evolución.

Según indica Colliere (Munguía, 2013), En los primeros estadios evolutivos del hombre es considerado el cuidado como la práctica intuitiva más antigua. El origen de estas prácticas está ligado a las intervenciones maternas que aseguraban la continuidad de la vida y de la especie.

En este sentido, la alimentación, como necesidad básica que implica suplencia y ayuda es asumida por parte de la madre o la sustituta en los primeros años de la vida en el ser humano. La historia reconoce que la diaconisa Febe, atendía a los pobres en sus hogares y con el tiempo se convirtió esta labor en parte primordial.

Los conocimientos fueron divulgados de una generación a otra mediante la expresión oral, convirtiéndose el cuidado en una vocación de ayuda y de servicio en la que se logra simular una experiencia empírica y un quehacer que no se diferenciaba de los otros oficios de la época (Ariza,2011).

El cristianismo tuvo vínculos históricos importantes con la práctica del cuidado de enfermería a través de las órdenes religiosas, como consecuencia del pensamiento medieval relacionado con la reconquista de Santos lugares; con lo que surgió un movimiento organizado que cristalizó el fenómeno de las cruzadas, las cuales dieron lugar a la aparición de tres figuras: el guerrero, el religioso y el enfermero.

Entre los años 1500 y 1860 la enfermería tuvo su peor momento, debido a que la idea predominante era que la enfermería constituía una ocupación más religiosa que intelectual (hermanas de la caridad 1633). Donahue (primer texto en enfermería publicado en 1885) denominó a este período la “época oscura de enfermería”.

En 1859, Florence Nightingale, tras su experiencia en la guerra de Crimea supuso “un texto de crucial influencia sobre la enfermería moderna”. La originalidad del proyecto Nightingale fue considerado que debía ser que las propias enfermeras formasen a las estudiantes de enfermería.

Según Benavent, Ferrer & Francisco (2012). Los logros conseguidos por Florence fueron reconocidos y homenajeados por Gran Bretaña. Este prestigio favoreció la fundación de la Nightingale School en el sitio Thomas Hospital y en el King’s College Hospital de Londres. Este legado abrió el camino hacia la profesionalización y el cuidado enfermero.

En la segunda guerra mundial, la enfermería adquirió mayor importancia y relieve valorando a la enfermería como una profesión. En Nueva York Lilian Wald fue la precursora de lo que hoy se entiende como Enfermería Comunitaria, por medio de un proyecto que comenzó en 1893 como una organización filantrópica, la que posteriormente instaura la base para el desarrollo de la salud Pública en este país; mientras que en España la enfermería está en vanguardia.

La enfermería moderna, según Potter & Perry (2001) “es un arte y una ciencia, consistente en aplicar conocimientos y actividades relacionadas con las ciencias sociales básicas, ciencias físicas, ciencias del comportamiento, éticas, temas contemporáneos y conocimientos de enfermería. La enfermería como profesión es única porque es la que transmite las respuestas sobre los problemas de salud a los individuos y los familiares”.

En América Latina, el término enfermera habitualmente se aplica a la profesional que, habiendo recibido una preparación universitaria, trabaja como miembro de un equipo de salud, en el cuidado y atención de los pacientes encomendados a su asistencia. La misión y formación de la enfermera o enfermero han ido variando en el tiempo de acuerdo al desafío científico, tecnológico y a la demanda de la sociedad.

Según el consejo Internacional de enfermeras (CIE, 2012), la enfermería se define como la actividad que abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos.

Este accionar, también incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y la formación.

Este proceso evolutivo conduce a que se establezcan planes de estudios y programas estructurados que permitan una mejor fundamentación de la base teórica profesional, con el aporte de otras ciencias como las biomorfofisiológicas, sociales, filosóficas, entre otras, que enriquezcan el conocimiento, las habilidades y los valores ético-morales, para el cuidado.

En Ecuador, la enfermería, igual que en otras partes del mundo nació con el cuidado de la madre en el hogar, posteriormente se apoya en la experiencia de la práctica auspiciada por los hospitales, sin formación científica, hasta 1942 que surgió como carrera universitaria, con la creación de la primera escuela en la universidad Central con apoyo académico de enfermeras americanas (Velasco, 2002).

Esta experiencia motivó la apertura de varias escuelas y facultades de enfermería en todo el territorio ecuatoriano, entre las que se encuentra la carrera de enfermería de la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí; instituciones, que vienen contribuyendo al cuidado enfermero con bases científica, tecnológica, principios éticos y humanos.

Proceso de formación académica que supone, impulsar la investigación científica, la innovación y la promoción de vida saludable, en correspondencia con las necesidades de la sociedad, el plan del Buen Vivir y los objetivos del milenio, para aportar al desarrollo socioeconómico del país.

1.2. Institucionalización del cuidado enfermero

Para reflexionar sobre la institucionalización del cuidado enfermero, se hace necesario partir de la revisión de los hospitales, como el establecimiento que viene favoreciendo el “tratamiento de las personas enfermas” (Malagón-Londoño, 1996), bajo el cuidado de la enfermera o enfermero, así como también la docencia como factor de estímulo para los trabajadores.

Desde el siglo XVI fueron agrupándose los hospitales urbanos antiguos en establecimientos más rentables. Muchos de estos hospitales, bajo el auspicio de cofradías y hermandades, se especializaban progresivamente en atender solo a enfermos. Poco a poco se fueron abandonando los hospitales rurales y algunos pasaron a convertirse en hospitales-asilos.

A lo largo de todo este período, la atención a los enfermos dejaba mucho que desear. La higiene no era un requerimiento indispensable, ni para el hospital ni para el enfermo que estaba en hacinamiento; la alimentación era escasa. Los medios para tratar a los enfermos eran rudimentarios y los tratamientos médicos daban escasos frutos.

La pobreza era otro problema colectivo y de primer orden en las sociedades del antiguo régimen, catalogaba a todos los indigentes como una población de riesgo ante todo tipo de enfermedades.

La reforma protestante en el siglo XVI, orientada por la filosofía “no son necesarias las obras de caridad para obtener la salvación”, tuvo consecuencias para los cuidados de salud debido a la supresión de las instituciones de caridad. Lo que propició la aparición de las órdenes militares dedicadas a la enfermería, y con ello el abandono del cuidado desde el ámbito católico.

La desorganización de los cuidados de enfermería protestantes fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

A medida que avanza la época moderna se aprecia más la tendencia a la duplicación del sistema asistencial. Por un lado los hospitales que cada vez tienden a especializarse más, y por otro lado, los hospicios o asilos son los que se encargan de incorporar a todo tipo de personas relegadas por la sociedad.

En **Ecuador** la población sin atención de salud, era muy grande, de cada mil niños que nacían morían cien. Para esos años no existía un sistema de salud en el país, sino solamente instituciones trabajando aisladamente y con diferentes objetivos.

La atención preventiva estaba en manos de la sanidad. El aspecto curativo de la salud estaba en manos de los médicos familiares privados, para las clases medias y acomodadas y en los hospitales de la Asistencia Social para los más pobres.

Según la historia, existen varios hospitales que han prestado servicios reconocidos a la sociedad ecuatoriana, entre ellos el hospital San Juan de Dios

creado en 1565 en Quito como la primera casa asistencial, la que cerró sus puertas en 1974 y luego de 38 años fue reabierto como museo (El Telégrafo, 2011).

En Manabí, el hospital de Portoviejo, que hoy tiene el nombre de “Verdi Cevallos Balda” se estableció en 1884 cuando las guerras de esa época obligaron a la creación de la primera casa de salud manabita que se denominó “hospital de sangre” (El diario, 2008), su nombre cambió por varias ocasiones. En 1914 recibe el nombre de “Hospital civil” y con ello una remodelación que se inauguró con 40 camas, dos médicos, una enfermera y ayudantes.

En Manta la historia del hospital General “Dr. Rafael Rodríguez Zambrano” inició en el año de 1910 y su apertura se dio en el sitio Masato, hoy parroquia Los Esteros, con el apoyo del General Eloy Alfaro Delgado, quién tenía conocimiento de la existencia de una partida presupuestaria sin inversión en el cantón Montecristi, decretó su transferencia para la construcción del mismo.

Este inicio dio los cimientos para que la sociedad mantense y ecuatoriana disponga en la actualidad de un hospital del Ministerio de Salud Pública ubicado geográficamente en el barrio Santa Martha. También la población cuenta con otro centro asistencial del Ministerio de Bienestar social-IESS, Centro de Salud y Subcentros que brindan atención primaria de salud. Lugares donde enfermeras y enfermeros brindan cuidado integral y competente al ser humano, en los distintos ciclos de la vida.

1.3. El cuidado enfermero a la embarazada en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta.

Las complicaciones del embarazo pueden poner en serio peligro la salud de la madre y de su hijo que aún no nace. Reeder, Mastroianni & Martin (1981) sostienen que “aunque se han hecho progresos sorprendentes en la reducción de la morbilidad y la mortalidad tanto materna, como perinatal, algunos problemas están aún sin solución”, entre ellos se citan:

- Las complicaciones del embarazo mismo que no se habían presentado anteriormente y
- Las enfermedades concomitantes que no están relacionadas con el embarazo.

Las segundas cuando coinciden con el embarazo, el trastorno tiene probabilidades de complicar este estado e influenciar su curso, igualmente el trastorno mismo puede agravarse por el embarazo. Existen unas pocas complicaciones importantes como resultado del embarazo, que pueden presentar grave peligro para la salud de la madre.

Para explicar el cuidado enfermero, la autora considera necesario enunciar las complicaciones más frecuentes, que según diagnóstico médico se presentan en el ambiente hospitalario, con ello se refiere a:

- las hemorragias al principio del embarazo
- hiperémesis gravídica
- hemorragias de origen placentario al final del embarazo
- trastornos de hipertensión en el embarazo.

Complicaciones a las que estará referida la intervención enfermero, enfermera.

La hemorragia vaginal en la primera mitad del embarazo, sin consideración de la cantidad, siempre se considerará como una amenaza de aborto.

La paciente será puesta en cama y se notificará al médico.

La enfermera debe tener presente que aunque el apoyo emocional que ella da a la paciente es importante, nunca deberá tratar de tranquilizarla diciéndole “que todo resultará bien” porque de hecho la paciente puede perder el embarazo.

Las almohadillas perineales y todo tejido o coágulo sanguíneo expelido será retenido, ya que el médico querrá examinarlos para determinar la cantidad de sangre y, cuando se han expulsado tejidos, examinar los

productos de la concepción para asegurarse, entre otros factores, si el aborto ha sido completo o no.

Si la hemorragia es tan copiosa hasta llegar a ser alarmante, se elevarán los pies de la cama (posición de shock) mientras se espera la llegada del médico. Si se llevara a cabo una intervención quirúrgica para completar el aborto, se practicará la misma técnica aséptica del parto.

Todos los casos de aborto llevados a cabo por manos no médicas deben ser vistos como potencialmente infectados, y se tomarán estrictas precauciones antisépticas para impedir que la infección se extienda a otros. Al cuidar de una mujer que ha tenido recientemente tal clase de aborto, o de una historia que es sospechosa, la enfermera (o) no debe reflejar una actitud de condena. Conviene recordar que no corresponde a la enfermera (o) hacer juicios morales mientras proporciona cuidados de enfermero.

En tal situación ella dirigirá su interés a la gravedad de la enfermedad de la paciente. En algunos casos, las circunstancias facilitan que la enfermera pueda prestar valiosa asistencia educativa a sus pacientes y al público.

Cuidado enfermero en hiperémesis gravídica, Aunque puede ser necesario ocasionalmente tratar este tipo de casos en el hogar, la hospitalización es deseable, debido a que la separación de la familia, el cambio de atmósfera y las mejores condiciones para la medicación intravenosa resultan de gran beneficio para esta afección.

Durante las primeras 24 horas en el hospital se acostumbra prescindir de todo alimento por vía oral para dar al tracto gastrointestinal tanto descanso como sea posible. Se administra por vía intravenosa solución de glucosa, generalmente a una concentración del 10% y, además solución salina normal por la misma vía.

La administración total de líquidos deberá aproximarse a, o exceder de 3000 ml en 24 horas. La enfermera (o) mantendrá un cuidadoso registro

de las cantidades exactas de los líquidos administrados, de la cantidad de orina excretada y de la cantidad de vómitos.

Los sedantes, por lo general, se administrarán de forma de barbitúricos por vía hipodérmica o por instilación rectal de compuestos barbitúricos tales como amobarbital sódico, de 0,2g cada seis horas. El Hidrocloruro de tiamina, 50 mg diariamente por vía hipodérmica, suple las necesidades más urgentes de vitaminas durante las primeras 24 horas.

Después de tal régimen durante 24 horas, se dará alimentos a la paciente por vía oral: tostadas, galletas o cereales cada dos o tres horas. Se le dará líquidos en horas alternadas, en pequeñas cantidades (no más de 100 ml de una vez). Té caliente y gaseosa generalmente son mejores tolerados que el agua pura. Si no ocurre el vómito, las cantidades y variedad de los alimentos aumenta gradualmente hasta que la paciente tenga una dieta suave regular, con alto contenido vitamínico. La administración de fluidos por vía intravenosa a veces deberá continuarse por varios días, dependiendo de la ingestión oral.

Las porciones serán muy pequeñas y presentadas en forma atractiva. Líquidos fríos tales como gaseosas o limonada deben estar verdaderamente fríos; alimentos calientes como sopas, chocolate y té estarán bien calientes, ya que los líquidos tibios pueden causar náuseas.

Siempre se mantendrá oculto el recipiente para vomitar pues su vista puede provocar náuseas. En la misma forma el olor de alimentos podría ser origen de náuseas; en consecuencia, la habitación se mantendrá bien ventilada y estará tan lejos como sea posible del lugar de preparación de alimentos.

Si se presentaran vómitos a pesar de estas medidas, como raramente sucede, el médico podría instituir alimentación a través de sonda nasogástrica. La sonda es asegurada a la mejilla de la paciente y conectada con un recipiente colector suspendido de un soporte, para

evitar tracción. El éxito de la alimentación por sonda está en la introducción lenta, pero constante, de los alimentos al estómago.

Cuidado enfermero en hemorragia de origen placentario al final del embarazo:

En tales circunstancias, es necesario el reposo absoluto en cama y la observación con frecuencia darán resultado que cese la hemorragia y se ganen días de gran valor para la maduración del feto.

Toda hemorragia debe observarse cuidadosamente y registrarse, así como también las almohadillas perineales, para una evaluación razonable de pérdida adicional de sangre.

Deben vigilarse los latidos cardiacos fetal a intervalos frecuentes hasta que la hemorragia se detenga completamente, y el útero debe palpase periódicamente para detectar el inicio de contracciones que reflejaría el principio del parto. Todo incremento de actividad uterina o de hemorragia debe ser informado inmediatamente.

Es necesario tener a mano espéculo estéril para identificar mediante examen especializado condiciones tales como hemorragia, cervicitis y pólipos cervicales.

Asimismo hay que disponer de la tipificación sanguínea de la madre, en caso de necesitar reposición de sangre por pérdida.

2. Fundamentos etimológicos relacionados con el cuidado de Enfermería a la embarazada hospitalizada.

2.1. Contribución de la obstetricia y la ginecología a la embarazada.

En el terreno ginecobstétrico muchas e importantes fueron las aportaciones a su favor, que explican el progreso alcanzado. Para ello se hará una relación cronológica de las consideradas claves, aunque no se trata de un recuento exhaustivo sino de una rápida visión panorámica. (Flores, 2011).

- 1809 -. En Donville, Kentucky, el cirujano Efraim Mc Dowell (1771- 1830) practica una ovariectomía, que fue la operación que despejó el camino de acceso a la cirugía abdominal.
- 1820 -. Alfred Louis Velpau (1795-1867), famoso cirujano de París, ante el temor a la operación cesárea, propone la provocación del parto prematuro en casos de pelvis estrecha.
- 1834 -. Comienza a darse explicación fisiológica al fenómeno de la menstruación. Robert Lee lo relaciona con la presencia del folículo de De Graaf; hecho confirmado por el alemán E. Pluger en 1865 y por J. Beard en 1865. Así se inicia la ginecología médica o endocrina.
- 1844 -. Charles Clay, en Mánchester, Inglaterra, practica una histerectomía abdominal completa, con extirpación de ambos ovarios.
- 1847 -.Un ginecólogo y partero de Edimburgo, James Young Simpson (1811-1870), utiliza por primera vez el éter en obstetricia y luego el cloroformo. Solo cuando la reina victoria de Inglaterra dio a luz en 1853 al príncipe Leopoldo bajo los efectos de dicho agente anestésico, se consolidó Su empleo.
- En Viena el húngaro Ignaz Philipp Semmelweis (1818-1865) llama la atención sobre los beneficios que deriva el lavado de las manos con una solución de cloruro de calcio, antes de atender los partos. Como consecuencia, decrece asombrosamente la mortalidad por fiebre puerperal. Con esta observación nace la antisepsia.
- 1853 -.En Lancaster, Pensilvania, Washington L. Atlee (1808-1878) publica Sus experiencias acerca de la extirpación quirúrgica de los fibromas uterinos. Se amplía así el radio de acción de la cirugía ginecológica.

- 1860 -.James Marion Sims (1813-1883), cirujano norteamericano, corrige quirúrgicamente las fístulas vesicovaginales y establece en Nueva York el primer hospital dedicado exclusivamente al cuidado de la mujer. La ginecología adquiere entonces personalidad e importancia.
- 1865 -. El monje austriaco Gregor Mendel (1822-1884) presenta su famoso informe acerca de la hibridación en distintas variedades de guisantes, que viene a sentar herencia.
- 1875 -. Gracias al estudio de la célula por Virchow, Oscar Hertwig (1849-1922) descubre que la fecundación consiste en la unión del núcleo del espermatozoide con el óvulo. Se consolida el estudio científico de la reproducción humana, o mejor, animal.
- 1876 -. Emilio Noeggerath (1827-1889), de Bonn, Alemania, relaciona la infertilidad femenina con la blenorragia¹⁰. Esta observación dejó al descubierto la influencia de las infecciones de transmisión sexual en el futuro reproductor de la mujer.
- 1886 -. El alemán Schultz introduce por vía vaginal una pelota de caucho en la cavidad uterina de una mujer embarazada, con el fin de registrar los cambios de presión originados por la contracción uterina. Inicialmente sin mayor trascendencia, esta experiencia da comienzo a la investigación científica de los fenómenos fisiopatológicos del trabajo de parto.
- 1882 -. Los alemanes Fernand Kehrer y Max Saenger ingenian nuevas técnicas para suturar mejor el útero en la operación cesárea. Este aporte permitió otorgarle confianza a la intervención.
- 1885 -.El farmacéutico alemán Walter Rendell comercializa el primer anticonceptivo vaginal; era un óvulo compuesto de manteca de cacao y sulfato de quinina. El control voluntario de la fertilidad principia a hacerse público.

- 1891 -. H. Henking descubre el corpúsculo "X" es decir el cromosoma o corpúsculo accesorio que identifica el sexo. Sigue haciéndose luz en torno de los fenómenos íntimos de la reproducción animal.
- 1896 -. Alfred Dührssen practica la primera cesárea vaginal, que viene a ser para la época un valioso recurso para sortear con éxito las dificultades del parto.
- 1897 -. W.Zoege von Mauteuffel de Dorpat, Livonia, aporta ala cirugía los guantes de goma. Sobra comentar lo que esto significo para el ejercicio obstétrico y ginecológico. (Ruby, 2012).

2.2. Implicaciones fisiológica, educativa y práctica de Enfermería.

El cuidado humano es comprendido en este estudio como la esencia de la praxis de enfermería, desarrollado de forma procesual en la vivencia humana y aprendido como competencia profesional mediante el compromiso con lo humano en su integralidad cuerpo-mente-alma, abrazando la ética, moral y estética, fomentadores de una postura profesional capaz de contemplar las múltiples dimensiones de la persona humana a partir de la transversalidad entre el conocimiento científico y el ser humanístico. (Nunes, 2011).

La necesidad que los profesionales de enfermería tienen de contar con una formación capaz de subsidiar el desarrollo de esta competencia transpersonal para el cuidado humano viene siendo ampliamente discutida, delante de la necesidad de comprensión del ser humano en un contexto social, cultural, histórico y psicoemocional, lo que demanda del profesional enfermero una aproximación a esa integralidad del ser, por medio del desarrollo de habilidades psicocognitivas que enlacen las áreas del conocimiento como la antropología, psicología, filosofía, sociología, y otras, despertando su sensibilidad característica de lo humano para la percepción de sí y del otro en el contexto de su praxis.

En este sentido, las directrices curriculares nacionales de la carrera de Enfermería definen que la educación superior del enfermero debe primar por el desarrollo de competencias y habilidades humanistas, crítico reflexivas con las dimensiones biopsicosociales del ser humano, dotando a su praxis de sentido de responsabilidad social por la salud integral del otro y de sí (autocuidado físico y mental), en búsqueda de la calidad, eficiencia y resolutivez en el cuidado las vidas humanas.

La enfermería contemporánea busca romper el cartesianismo, al cual todavía se encuentra sometida, con el fin de elevar y valorizar los aspectos subjetivos en la relación profesional y persona humana, ambas envueltas en el proceso de cuidado, que envuelve experiencias personales, significados, valores y diferentes formas de estar y enfrentar situaciones cotidianas en el universo de las relaciones, las cuales penetran el conocer-saber, ser, saber-hacer, el cuidado desde la perspectiva holística.

Entre tanto, el desarrollo de esta interrelación en el proceso de cuidado se encuentra con limitaciones que el profesional enfrenta para exponer su objetividad y percibir/acoger la subjetividad del otro. Los estudiosos son unánimes en declarar que la formación superior en enfermería es fragmentada y pautada en las competencias instrumentales, como corresponsable de una dicotomía entre teoría y práctica.

Desde la perspectiva holística el cuidado de enfermería observe los problemas y necesidades del ser humano como un todo; es decir, que se mira la integralidad del entorno donde vive, elabora el ser humano.

También, se discute la formación pedagógica del docente de enfermería para atender las nuevas demandas educacionales de la sociedad, constatándose que no es posible formar enfermeros generalistas, críticos y reflexivos sin que los enfermeros profesores tengan una adecuada formación.

De este modo, se desprende que la praxis de enfermería debe trascender a la acción técnica e ir al encuentro de la acción responsable por el crecimiento

mutuo de quien cuida y de quien es cuidado. Formar para el cuidar transpersonal requiere el rescate del significado de la existencia humana, el cual solamente podrá ser alcanzado cuando sentido y vivido por el amor y respeto a la dignidad de la vida y de la sensibilidad a su existencia.

2.3. Intervención de enfermería en el cuidado prenatal.

Se recomienda realizar en los controles prenatales aplicando el esquema mínimo de (Alicia tinea, 2011) adaptado a nuestra realidad

- Apertura de historia clínica perineal base y el carné perinatal.
 - ✓ Anamnesis.
 - ✓ Medición de peso.
 - ✓ Medición de talla.
 - ✓ Determinación de la presión arterial.
 - ✓ Diagnóstico del embarazo.
 - ✓ Sistema cardiorrespiratorio y otros sistemas.
 - ✓ Evaluación del estado nutricional.
 - ✓ Examen de mamas y pezones.
 - ✓ Toma de Papanicolaou.
 - ✓ Evaluación clínica de la pelvis.
 - ✓ Estimación de la edad gestacional.
 - ✓ Descartar embarazo múltiple.
 - ✓ Medir la altura uterina.
 - ✓ Evaluación del crecimiento fetal.
 - ✓ Diagnóstico de la situación, posición y presentación fetal.
 - ✓ Auscultar latidos fetales.
 - ✓ Movimientos fetales.
 - ✓ Evaluación ecosonográfica.
 - ✓ Detección de factores de riesgo obstétrico.
 - ✓ Determinación de hemoglobina y hematocrito.
 - ✓ Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh.
 - ✓ Detección de diabetes gestacional.
 - ✓ Detección de sífilis.

- ✓ Prueba de Elisa.
- ✓ Examen de orina.
- ✓ Administración de hierro y ácido fólico.
- ✓ Administración de complementos alimentarios.
- ✓ Investigación, diagnóstico y tratamiento de la patología.
- ✓ Información sobre planificación familiar y salud reproductiva.
- ✓ Examen odontológico.
- ✓ Vacunación antitetánica.

Para el desarrollo oportuno de este proceso, es preciso implementar los mecanismos que garanticen la detección y captación temprana de las gestantes, ante la sospecha de embarazo y antes de la semana doce de gestación, para detectar, educar, intervenir y controlar oportunamente sus factores de riesgo biopsicosociales, condiciones propias de este estado.

Este proceso implica:

- ✓ Identificar completa y correctamente a la mujer.
- ✓ Ordenar una prueba de embarazo, si éste no es evidente.
- ✓ Promover la presencia del compañero o algún familiar en el control prenatal.
- ✓ Informar a la mujer, el compañero o familia, acerca de la importancia del control prenatal, su periodicidad y características. En este momento es preciso brindar educación, orientación, trato amable, prudente y respetuoso, responder a las dudas e informar sobre cada uno de los procedimientos que se realizarán, en un lenguaje sencillo y apropiado que proporcione tranquilidad y seguridad.
- ✓ Inscripción de la gestante en el programa de control prenatal.

Consulta por primera vez.

La primera consulta prenatal deberá ser realizada por un médico y tiene por objeto evaluar el estado de salud de la gestante, identificar sus factores de

riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas y propias de la gestación, y establecer un plan de acción para su intervención integral; así como educar a la mujer, compañero o familia al respecto. Esta consulta médica de primera vez deberá tener una duración mínima de 30 minutos.

Elaboración de la historia clínica e identificación del perfil de riesgo.

La historia clínica prenatal base debe ser un documento estructurado con una lista de chequeo que facilite la identificación de los factores de riesgo biopsicosociales, enfermedades asociadas propias de la gestación y la utilización de esta información por parte del equipo de salud. (MSP, 2015).

Elementos básicos de la historia clínica prenatal:

- **Identificación de la gestante:** nombre, documento de identidad, edad, raza, nivel socioeconómico, nivel educativo, estado civil, ocupación, régimen de afiliación, procedencia (urbana, rural), dirección y teléfono.

- **Anamnesis:**
 - Antecedentes personales: patológicos, quirúrgicos, nutricionales, traumáticos, tóxico-alérgicos. Enfermedades, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación actual.

 - Hábitos: nutricionales, actividad física, sexualidad, patrón de sueño, tabaquismo, alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas, abuso de fármacos en general, exposición a tóxicos e irradiación y otros.

 - Valoración de condiciones sicosociales: tensión emocional, humor, signos y síntomas neurovegetativos, soporte familiar y de la pareja, violencia doméstica, embarazo deseado o programado.

 - Antecedentes obstétricos: total de embarazos y evolución de los mismos, complicaciones obstétricas y perinatales previas, fecha de la finalización del último embarazo e intervalos intergenésicos.

- Antecedentes laborales.
- Antecedentes ginecológicos: edad de la menarquia, patrón de ciclos menstruales, fecha de las dos últimas menstruaciones, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de compañeros sexuales, métodos anticonceptivos utilizados y hasta cuándo, antecedente o presencia de flujos vaginales, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, cirugía ginecológica e historia y tratamientos de infertilidad.
- Antecedentes familiares: trastornos mentales, epilepsia, hipertensión arterial crónica, preclamsia, eclampsia, cardiopatías, diabetes, metabólicas, autoinmunes, infecciosas (tuberculosis, HIV, ETS) congénitas, neoplasias, gestaciones múltiples y otras.
- Gestación actual: edad gestacional probable (fecha de la última regla, altura uterina o ecografía obstétrica), identificar la aparición de síntomas, signos y otros eventos adversos asociados con la gestación, tales como: hipertensión arterial, cefalea, trastornos visuales o auditivos, epigastralgia, edemas progresivos en cara o miembros superiores e inferiores, disminución marcada o ausencia de movimientos fetales, actividad uterina, sangrado genital, amenorrea o leucorrea, sintomatología urinaria, intolerancia a la vía oral, patrón de sueño alterado y otros.
- Otros hallazgos y motivos de consulta: inicio y evolución de la sintomatología, exámenes previos, tratamiento recibido y estado actual.
- **Examen físico:**
 - Tomar medidas antropométricas: peso, talla, altura uterina, y valorar el estado nutricional.
 - Tomar signos vitales: pulso, respiración, temperatura y tensión arterial

- Realizar examen físico completo por sistemas: debe hacerse céfalo caudal, incluida la cavidad bucal.
- Valoración ginecológica: realizar examen de senos y genitales, que incluye la valoración de patología infecciosa cervicovaginal y toma de citología vaginal, si no tiene una reciente de acuerdo con la Guía de detección del cáncer del cuello uterino. Comprobar la existencia del embarazo, descartar gestación extrauterina e investigar patología anexial.
- Valoración obstétrica, según edad gestacional: determinar altura uterina y correlacionar.
- Solicitud de exámenes paraclínicos.

- **Administración de toxoide tetánico**

La inmunización antitetánica es el método más eficaz para prevenir el tétanos neonatal. Se deberán colocar a la gestante dos dosis con un intervalo de un mes entre ellas, en los primeros siete meses de embarazo. Si ya ha sido vacunada dentro de los últimos cinco años, se le administrará una sola dosis de refuerzo. Además, se debe educar a la gestante para que complete su esquema de vacunación en el postparto.

- **Formulación de micronutrientes.**

Ácido fólico: para la prevención de los defectos del tubo neural se recomienda administrar durante la etapa preconcepcional, por lo menos en las cuatro semanas previas a la gestación, y en las primeras doce semanas: 4 mg diarios, en mujeres con antecedente de hijo con defecto del tubo neural o en tratamiento con medicamentos que aumenten su incidencia; y 0,4 mg diarios, en gestantes sin estos antecedentes.

- Calcio: debe suministrarse calcio durante la gestación hasta completar una ingesta materna mínima de 1200-1500 mg diarios.
- Sulfato ferroso: deberá suministrarse cuando este indicado como parte de su tratamiento en mujeres gestantes con diagnóstico de anemia.

Remisión a consulta odontológica general.

La infección periodontal ha sido asociada con un incremento en el riesgo de parto pretérmino, y preclamsia-eclampsia, por lo que debe realizarse una consulta odontológica en la fase temprana del embarazo con el fin de valorar el estado del aparato estomatognático, controlar los factores de riesgo para la enfermedad periodontal y caries, así como para fortalecer prácticas de higiene oral adecuadas.

Esta remisión debe hacerse de rutina, independiente de los hallazgos del examen médico o tratamientos odontológicos en curso, y estar incluida en el carné prenatal.

- **Uso del carné materno.**

El carné materno es obligatorio por parte del profesional de la salud y en él se deben registrar los hallazgos clínicos, la fecha probable del parto, los resultados de los exámenes paraclínicos, las curvas de peso materno y la altura uterina, y las fechas de las citas de control. Se debe educar a la gestante acerca de la importancia del carné de control prenatal, y la necesidad de llevarlo consigo en todo momento para facilitar su atención en caso de urgencia en otra institución de salud.

2.4. Educación a la embarazada.

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente

de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal. (Faúndez, 2012).

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

Signos y síntomas de alarma. La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto.

Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución. La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario). Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto.

Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que

se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas. Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal. Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc. (Faúndez, 2012)

Nutrición materna

Lactancia y cuidados neonatales. Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc.).

Derechos legales. El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

- Certificado de leche. Toda embarazada en control prenatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado ad hoc con los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico nutricional y visación por la Isapre respectiva. Con este formulario la embarazada retira su cuota nutricional en el Policlínico del Servicio Nacional de Salud más cercano a su domicilio.
- Certificado de asignación familiar. Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.

- Licencia de descanso prenatal. Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o enfermera. (Faúndez, 2012)
- Orientación sexual. Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada. Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.
- Planificación familiar. Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.
- Exámenes de laboratorio: Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:
 - Grupo sanguíneo.
 - Urocultivo.
 - VDRL.
 - HIV.
 - Hematocrito.
 - Glicemia.
 - Albuminuria.
 - Papanicolaou.
 - Ecografía.

El examen de Papanicolaou: El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye

contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopía (ejemplo: placenta previa).

Diagnóstico de la situación

En Ecuador la captación de embarazo para el control prenatal se ha caracterizado por ser tardío (último trimestre de la gestación) y en número de 2.5 controles prenatales, con un número elevado de madres que no reciben ninguna atención de salud durante la gestación y sólo asisten al hospital o centro de salud para el tratamiento de las complicaciones o para la atención del parto, lo cual ha repercutido en las altas tasas de mortalidad materna y perinatal por causas evitables.

La disminución de la mortalidad neonatal precoz es la que menos cambios ha tenido en los últimos 15 años, así como las secuelas invalidantes en el niño originadas en este período. Lo anterior hace que sean apremiantes nuevas acciones o estrategias en el campo perinatal, con tareas dirigidas a mejorar la atención de la gestante en la etapa prenatal, parto y postparto, así como a brindar un cuidado óptimo al recién nacido.

Con relación a la estructura de mortalidad materna aparecen como primeras causas, sin modificaciones en los últimos años, las siguientes: la hipertensión inducida por la gestación; las hemorragias de la gestación, parto y postparto; el aborto y otras complicaciones del trabajo de parto, parto y puerperio; situaciones que por sus características son susceptibles de reducción mediante la intervención oportuna a través de un control prenatal precoz, oportuno y de calidad.

Según datos de la organización Mundial de Salud en el año 2014, la tasa de mortalidad materna actual estimada en 107 muertes por 100.000 nacidos vivos, es el indicador de salud que menor transformación ha presentado en los últimos años. Los factores institucionales, socioeconómicos y psicológicos ejercen una influencia definitiva en la morbimortalidad perinatal y de éstos se

desprenden las principales causas de mortalidad perinatal, a saber: la desnutrición materna, la ruptura prematura de membranas, el parto prematuro, la hipertensión crónica o inducida por la gestación, el parto distócico, la hipoxia fetal y las anomalías congénitas.

CAPITULO 3. METODOLOGÍA

Es un estudio de tipo explicativo, retro prospectivo, con enfoque cuali-cuantitativo y transversal. La población de estudio es de 145 madres, de ellas se toma una muestra de 105 embarazos.

De los métodos empíricos se alude a la técnica de encuesta y a la revisión de documentos para obtener la información; mientras que para el análisis de la información fue necesario los métodos teóricos: Análisis-síntesis, Hipotético-deductivo y el Histórico-lógico.

HIPÓTESIS

La implementación de un programa de intervención enfermero para el cuidado prenatal sustentado en la Obstetricia dirigido a la salud y bienestar, que integre el diagnóstico, el contexto y el enfoque profesional, contribuirá a mejorar el nivel de educación en la embarazada asistida en el hospital Rodríguez Zambrano.

Variable Independiente: Cuidado prenatal.

Variable dependiente: intervención enfermero.

Tabla 1: Número de casos de madres embarazadas asistidas en el área de ginecología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.

TIEMPO	NÚMERO DE CASOS
Junio/2015	9
Julio/2015	12
Agosto/2015	18
Septiembre/2015	17
Octubre/2015	14
Noviembre/2015	14
Diciembre/2015	10
Enero/2016	17
Febrero/2016	13
Marzo/2016	8
Abril/2016	3
Mayo/2016	10
	145

Fuente: Departamento de estadística

Elaborado por: Alexandra Ruíz

Para la elaboración de la **muestra** se realizó de acuerdo a la siguiente formula:

$n = ?$

$e = 5 \%$

$Z = 1.96$ (tabla de distribución normal para el 95% de confiabilidad).

$N = 145$

$p = 0.50$

$q = 0.50 \quad q = 1-p$

$$n = \frac{Z^2 \cdot pq \cdot N}{N \cdot e^2 + Z^2 pq}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50)(1-0.50)(145)}{(145)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50)(1-0.50)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.50)(0.50)(145)}{(145)(0.0025) + (3.8416) (0.50)(0.50)}$$

$$n = 105,26 \approx 105$$

Técnicas.

La técnica utilizada fue aplicar un cuestionario dedicado a obtener información a través de un sistema de preguntas, estructurados en formularios impresos que la informante responda. La técnica es indispensable en el proceso de la investigación científica, ya que integra la estructura por medio de la cual se organiza la investigación.

Recursos: Humanos

Los recursos humanos que participaron en esta investigación fueron:

- ✓ Las investigadoras.
- ✓ La tutora.

Recursos Físicos

- ✓ Computadora Pentium IV.
- ✓ Impresora Canon.
- ✓ Encuestas.
- ✓ Balanzas.
- ✓ Tallímetros.
- ✓ Hojas de papel Bond.

- ✓ C.D.
- ✓ Bolígrafos.
- ✓ Hojas de papel Bond A4.

Recursos Financieros.

Fueron solventados por la autora del proyecto

PRESUPUESTO

N°	Descripción	Cantidad	V/U	TOTAL
1	Resmas de papel bond	2,00	4,50	9,00
2	Copias de documentos	100,00	0,03	3,00
3	Anillado de textos	3,00	1,50	4,50
4	Empastado	7,00	7,00	49,00
5	Útiles de oficina	1,00	250,00	250,00
6	Transporte	1,00	20,00	20,00
7	Pen driver	1,00	10,00	10,00
8	Cd	5,00	0,50	2,50
9	Internet	1,00	60,00	60,00
10	Gastos varios	1,00	100,00	100,00
TOTAL				508,00

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2016																				
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOS				SEP				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Elaboración del plan	X	X																			
Aprobación del plan			X	X																	
Recolección de datos					X	X	X														
Consulta de bibliografía									X	X											
Trabajo de campo										X	X										
Pruebas y ajustes												X	X								
Elaboración capítulo 1: Marco Teórico														X	X						
Elaboración capítulo 2: Estudio de campo																		X	X		
Elaboración capítulo 3: Interpretación de Datos																			X		
Elaboración del capítulo 4: Propuesta																				X	
Corrección del borrador																				X	
Aprobación de la tesis																				X	
Informe final																				X	
Presentación																				X	

CAPÍTULO 4. RESULTADOS CIENTÍFICOS, PROPUESTA: “PROGRAMA INTERVENCIÓN ENFERMERO EN EL CUIDADO PRENATAL” .

ANÁLISIS Y TABULACIÓN DE RESULTADOS

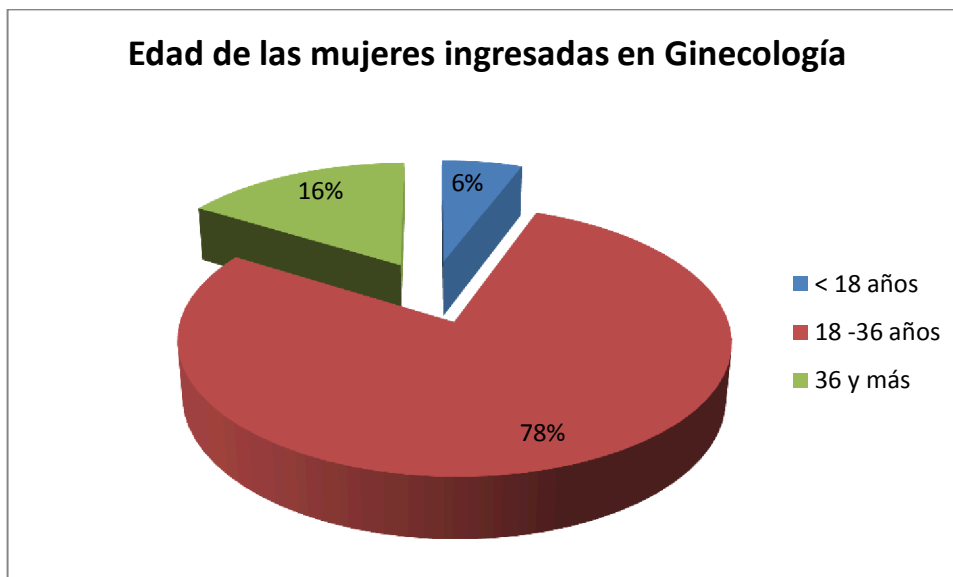
ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIAS INGRESADAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA

Tabla 2: Edad de las pacientes ingresadas

Edad	Frecuencia	Porcentaje
< 18 años	6,00	5,71
18 -36 años	82,00	78,10
36 y más	17,00	16,19
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

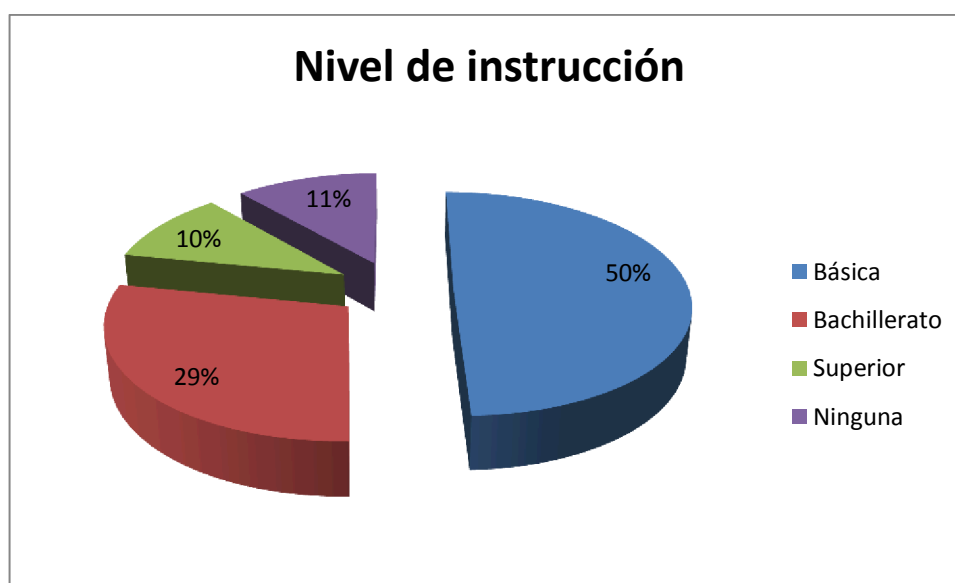
Se observa que la edad que representa mayor porcentaje con el 78% es el grupo de 18 a 36 años; con el 16% de 36 años y más y con el 6% menor de 18 años; comparando con estudios, demostrando y comparando con los datos del INEC que las enfermedades se presentan más en poblaciones jóvenes.

Tabla 3: Nivel de instrucción de las pacientes ingresadas en el área de ginecología.

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Básica	52,00	49,52
Bachillerato	30,00	28,57
Superior	11,00	10,48
Ninguna	12,00	11,43
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

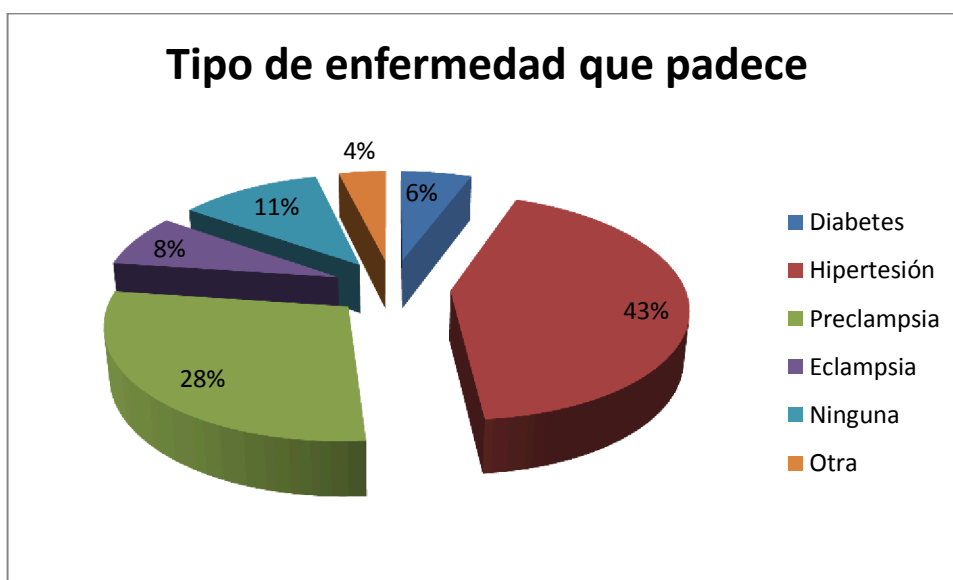
Se evidencia que el 50% de las mujeres encuestadas se encuentran con un nivel de instrucción básico; el 29% bachillerato; el 11% no han estudiado y el 10% tienen estudios superiores; datos que sirven de apoyo para enfocar una propuesta de educación a la usuaria para evitar complicaciones en su salud.

Tabla 4: Tipo de enfermedad que padece las mujeres ingresadas en el área de ginecología.

Enfermedad que padece	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	6,00	5,71
Hipertensión	45,00	42,86
Preeclampsia	30,00	28,57
Eclampsia	8,00	7,62
Ninguna	12,00	11,43
Otra	4,00	3,81
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

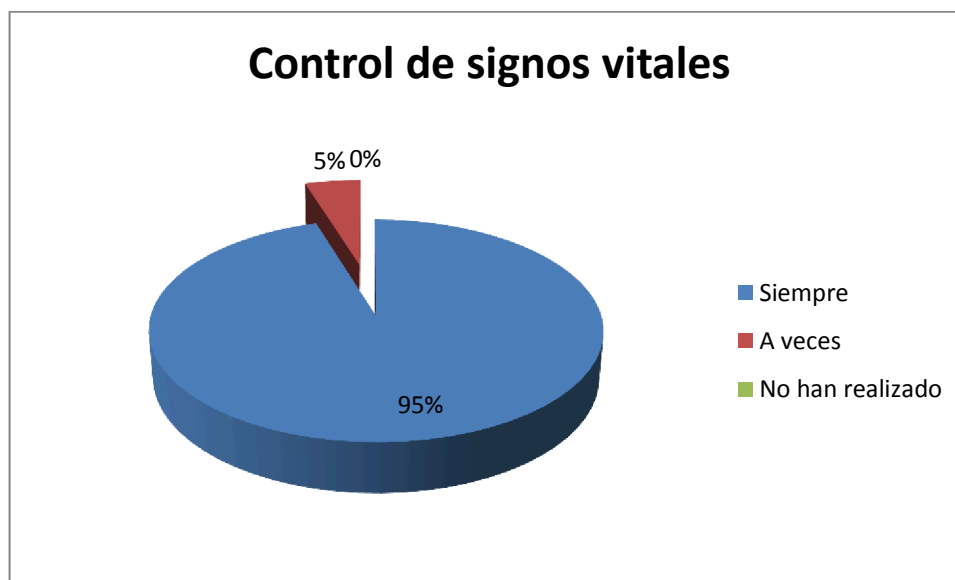
De acuerdo a las encuestas se determina con el 43% casos de hipertensión; el 28% casos de preclamsia; el 11% no presentaron ningún tipo de enfermedad pero le realizaron monitoreo fetal y toma de la frecuencia cardíaca; el 6% diabetes y el 4% por otro tipo de enfermedad; coincidiendo con cifras que representan en Ecuador las enfermedades cardiovasculares (donde la diabetes tiene también su responsabilidad) causaron más del 25,4% de las muertes registradas para el año 2014.

Tabla 5: Control de signos vitales en mujeres ingresadas en el área de ginecología.

Control de signos vitales	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	100,00	95,24
A veces	5,00	4,76
No han realizado	0,00	0,00
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

El personal de enfermería si realiza en un 95% el control de signos vitales que incluye toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura; apenas el 5% mencionaron que en ocasiones no le han realizado el procedimiento de la toma de signos vitales; es decir que se está cumpliendo con las normas del Ministerio de Salud Pública; es necesario que si se presenta alteraciones en cuanto a la

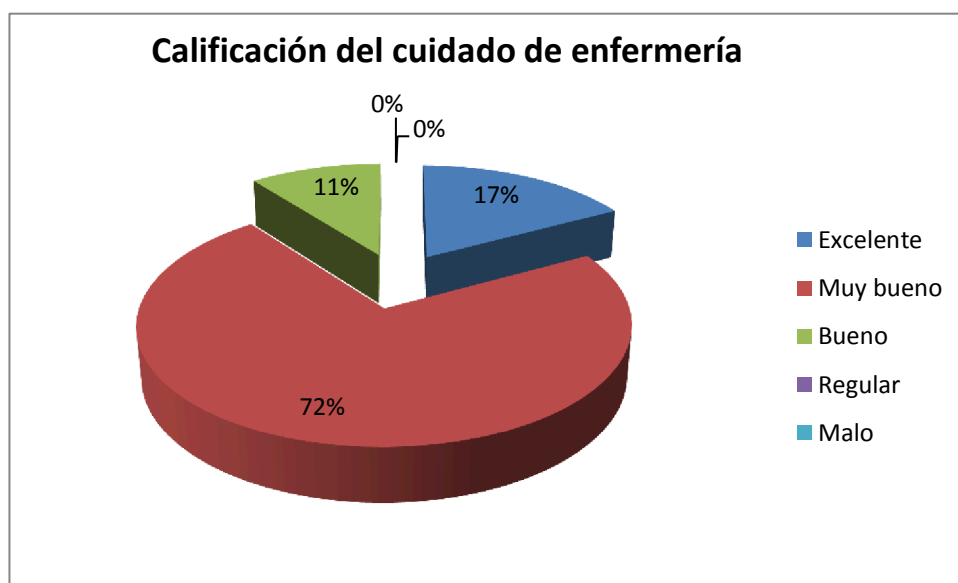
Frecuencia y el ritmo, se valora el estado general del paciente y se toma la presión arterial.

Tabla 6: Calificación del cuidado de enfermería.

Cuidados de enf.	Frecuencia	Porcentaje
Excelente	18,00	17,14
Muy bueno	76,00	72,38
Bueno	11,00	10,48
Regular	0,00	0,00
Malo	0,00	0,00
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

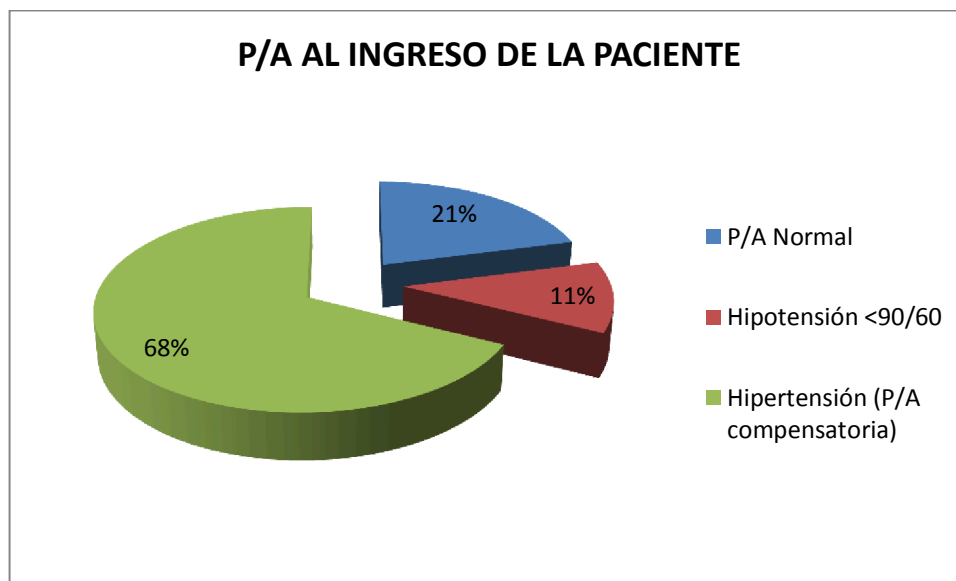
Las usuarias encuestadas mencionan con el 72% que el personal de enfermería si la atendieron muy bien; el 17% lo califica como excelente y el 11% como bueno; demostrando calidad de atención y satisfacción al usuario.

Tabla 7: Datos de presión arterial al ingreso de la paciente.

P/A en el ingreso	Frecuencia	Porcentaje
P/A Normal	22,00	20,95
Hipotensión <90/60	12,00	11,43
Hipertensión (P/A compensatoria)	71,00	67,62
Total	105,00	100,00

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz



Análisis de datos

Se demuestra con el 68% al tomar la presión arterial casos de hipertensión relacionados para la toma de frecuencia cardíaca; con el 21% presentaron presión arterial normal y con el 11% hipotensión. El ritmo cardíaco está influenciado de forma muy importante por la respiración. Hales (1733, cit. por Billman, 2011) fue el primero en detectar la variación de la frecuencia cardíaca y la presión arterial durante el ciclo respiratorio.

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

RECEPCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA.	SI	NO
1. Aplica normas de bioseguridad en la recepción del paciente para la toma de frecuencia cardiaca.	x	
2. Explica a la paciente el procedimiento a realizar	x	
3. Apoyar la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida, ejerciendo presión sobre la misma.	x	
4. Percibe durante unos instantes los latidos antes de iniciar con la contabilidad.		x
5. Cuenta las pulsaciones arteriales durante 15 segundos y multiplicar por cuatro.	x	
6. Registra los resultados.	x	
7. Informa resultados.	x	
TOTAL	6	1

Fuente: Encuestas a usuarias del área de ginecología

Elaborado por: Alexandra Ruíz

$$NC = CT * 100 / PT$$

$$NC = 6 * 100 / 7$$

$$NC = 600 / 7$$

$$NC = 85,71\%$$

DETERMINACIÓN DEL NIVEL DE CONFIANZA Y RIEZGO

Calificación porcentual	Nivel de Confianza	Nivel de Riesgo	Resultado
15-50	Bajo	Alta	
51-75	Medio	Medio	
76-95	Alto	Bajo	85,71%

El Nivel de confianza es alto corresponde al 85,71% determinando un Nivel de Riesgo bajo, es decir que la recepción y cuidados de enfermería en el control de frecuencia cardiaca es el adecuado.

PROPUESTA: “PROGRAMA INTERVENCIÓN ENFERMERO EN EL CUIDADO PRENATAL”

INTRODUCCIÓN.

El control prenatal son una serie de entrevistas o visitas programadas que realiza la embarazada con el equipo de salud, con el objetivo de vigilar el embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza.

La educación sobre control prenatal durante la gestación es muy importante para la salud de la madre y del hijo/a. Durante el control, la mujer embarazada es examinada y se le toman varias pruebas para detectar situaciones (ej., presión alta, anemia, entre otros) que puedan poner en peligro su salud y el desarrollo normal del embarazo. Además durante las visitas se vacuna a la madre con toxoide tetánico para evitar el tétano neonatal.

Sin embargo, existen problemas que merecen preferente atención, por la falta de educación a las usuarias debido a la capacidad económica o ámbito geográfico, la morbi-mortalidad materna está muy relacionada con las condiciones de vida, la contaminación ambiental y con patrones culturales que determinan la forma como se valora la vida y el estatus de la mujer.

De acuerdo a la investigación realizada el promedio de controles prenatales en las mujeres embarazadas son de 1 a 3 controles con un 94.26%, cuando lo requerido por el protocolo de atención son 5 controles mínimos.

JUSTIFICACIÓN.

Con lo antes mencionado es importante educar a la mujer gestante para evitar complicaciones o riesgos durante el embarazo.

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como fuente de información de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente.

El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

OBJETIVO GENERAL.

Realizar un programa educativo dirigido a las gestantes con el fin de disminuir el número de embarazos sin control prenatal en las unidades de salud en estudio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Presentar la propuesta a los Directivos de la Unidad para su respectiva aprobación.
- Integrar al equipo de salud y a las gestantes sobre la importancia del número de controles prenatales que tiene que recibir la misma.

Educar a la comunidad sobre la importancia del control prenatal, su precocidad y periodicidad

META

Se espera la participación del 85% de las gestantes.

UNIVERSO

Mujeres atendidas en el Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano de la ciudad de Manta.

TIEMPO

Desde septiembre del 2016 hasta diciembre del 2016.

RECURSOS HUMANOS

Personal de salud.

Internas de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- Útiles de escritorio.
- Infocus.
- Manual de normas del Ministerio de Salud Pública.
- CD.
- Pen driver.
- Cartuchos para impresión.
- Carnet prenatal.
- Trípticos.

RECURSOS FINANCIEROS

Serán solventados por la autora del proyecto.

ACTIVIDADES PREVIAS

- Organizar y coordinar el programa.
- Oficio dirigido al directivo de la unidad para ejecutar el programa.
- Reunión con el personal de salud para apoyo del programa.
- Verificar mediante historias clínicas las mujeres gestantes.
- Inscribir a las participantes.
- Preparar el material necesario para la capacitación.

ACTIVIDADES DE FONDO

1. Ejecutar la capacitación.
2. Difundir por medios escritos el programa.
3. Evaluación
 - Se realizara en forma cuantitativa y cualitativa

Cuantitativa: por el número de personas inscritas y el número de personas que asisten.

Cualitativa: por el interés de los profesionales a dictar la charla y por el interés de la participación de las usuarias.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que con el programa de educación a la usuaria se realicen mínimo 5 controles y que la información proporcionada les ayude al desarrollo de un buen embarazo en beneficio de la madre y su hijo

SESIONES A DICTAR

Cronograma de charlas a embarazadas

Desde el 2 de septiembre hasta el 16 de Diciembre del 2016

FECHA	HORA	TEMAS	RESPONSABLES
02-09-2016	14h00	Importancia en el control de embarazo.	Médicos
23-09-2016	14h00	Maternidad gratuita.	Licenciadas en Enfermería
07-10-2016	14h00	Signos y síntomas de alarma en la gestación.	Internas de Enfermería
21-10-2016	14h00	Uso del carnet materno.	Obstetras
03-11-2016	14h00	Nutrición materna.	Autoridades de salud
10-11-2016	14h00	Lactancia y cuidados del recién nacido.	
02-12-2016	14h00	Planificación familiar.	
16-12-2016	14h00	Preparación para el parto.	

3.1. LEY DE MATERNIDAD GRATUITA PARA LA ATENCIÓN PRENATAL

La Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional de conformidad con lo dispuesto en la Constitución Política de la República, preparó el Proyecto de Codificación de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, observando las normas constitucionales; Ley de Régimen Tributario Interno; Codificación de la Ley de Creación del Fondo de Solidaridad; Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función

Ejecutiva; Ley para la Promoción de la Inversión y la Participación Ciudadana; así como las reformas expresas, que se han producido en las leyes reformativas a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos-nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

Art. 2.- La presente Ley tiene como una de sus finalidades el financiamiento para cubrir los gastos por medicinas, insumos, micronutrientes, suministros, exámenes básicos de laboratorio y exámenes complementarios para la atención de las mujeres embarazadas, recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de cinco años de edad en las siguientes prestaciones:

- a) Maternidad: Se asegura a las mujeres, la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad para control prenatal y, en las enfermedades de transmisión sexual los esquemas básicos de tratamiento (excepto "SIDA"), atención del parto normal y de riesgo, cesárea, puerperio, emergencias obstétricas, incluidas las derivadas de violencia intrafamiliar, toxemia, hemorragias y sepsis del embarazo, parto y post-parto, así como la dotación de sangre y hemo derivados.
- b) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros-prematuras de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas en la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) y, sus complicaciones todo ello según normas vigentes del Ministerio de Salud Pública.

CONCLUSIONES

Una vez culminado el tema “CUIDADO ENFERMERO EN MADRES EMBARAZADAS ASISTIDAS EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO” y de acuerdo a los objetivos trazados se menciona las siguientes conclusiones:

- Se determinó que los cuidados de enfermería si aplica las técnicas, mediante observación se obtiene un nivel de confianza al 85,71% donde se encuentra nivel de riesgo bajo es decir que la recepción y cuidados de enfermería es el adecuado.
- El personal de enfermería si realiza en un 95% el control de signos vitales que incluye toma de presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura; apenas el 5% mencionaron que en ocasiones no le han realizado el procedimiento de la toma de signos vitales; es decir que se está cumpliendo con las normas del Ministerio de Salud Pública; es necesario que si se presenta alteraciones en cuanto a la frecuencia y el ritmo, se valora el estado general del paciente y se toma la presión arterial.
- Dentro de las teorías se demuestra que el cuidado de la enfermera en ocasiones la mujer embarazada no toma las debidas precauciones y en el presente estudio de acuerdo a los resultados el 68% al tomar la presión arterial presentan casos de hipertensión relacionados para la toma de frecuencia cardíaca; con el 21% presentaron presión arterial normal y con el 11% hipotensión.
- Se realizó una propuesta educativa basada en Acciones preventivas de enfermedades cardiovasculares en mujeres ingresadas en el área de ginecología, debido a que no se encontró un rango diferencial para el personal de enfermería para su capacitación.

RECOMENDACIONES

- En las próximas décadas cerca del 40% de las mujeres en estudio tendrán más de 50 años. Muchas de ellas padecerán enfermedad coronaria o enfermedad aterosclerótica. Es importante prevenir factores de riesgo y cambiar, a través de la educación y los cuidados de enfermería, la creencia de la indemnidad femenina frente a las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres deben tener acceso a la información y a los cuidados de la salud para prevenir, detectar y tratar adecuadamente estas enfermedades.
- La Facultad de Enfermería por medio de la estudiante o interna de enfermería o docentes realicen cuidados mediatos e inmediatos a las mujeres que ingresan en el área de ginecología.
- El presente trabajo sirva como evidencia científica en criterios de tratamiento, prevención y diagnóstico en el área de ginecología del Hospital Dr. Rafael Rodríguez Zambrano.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Prof. Titular Principal Dra. Yubagni Rezabala Villao

Facultad de Enfermería de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Certifica:

Que el presente proyecto de investigación, original de la aspirante Srta. María Alexandra Ruíz Alvarado: “El cuidado enfermero en madres embarazadas asistidas en el hospital Rodríguez Zambrano de Manta” ha sido realizado bajo mi dirección, y a mi juicio, reúne los requisitos y calidad científica para proceder a presentarlo y defenderlo de ser necesario.

Dra. Yubagni Rezabala Villao], PhD.

Manta, 22 de agosto de 2016.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Benavent MA, e. a. (2011). *Fundamentos de Enfermería*. España: Grupo Paradigma. Enfermería 21.
 - 2 Castro, E. (2013). *Historia de la enfermería. Los cuidadores en el siglo XIX*. México: Revista Rol de Enfermería; 209 (1): 57-60.
 - 3 Collière, M. (2011). *Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros*. España: Rev. Rol de Enfermería Jan; 22 (1): 27-31.
 - 4 Flores, L. R. (06 de 07 de 2011). Obtenido de http://www.polgalvan.sld.cu/contenido/artic_historia_ginecologia.htm
 - 5 Fuerbringer M. (2012). *Enfermería, Disciplina Científica*. México: Ed. Universitaria Potosina;.
 - 6 Hall, J. (2011). *Tratado de fisiología médica*. Venecia: Elsevier Health Sciences.
 - 7 Hernández, J. (2014). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Interamericana Mc Graw Hill.
 - 8 INEC. (2014). *Anuario de estadísticas Vitales de defunciones*. Manta.
 - 9 Leddy S, P. J. (2011). *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. Filadelfia: JB Lippincott Company.
 - 10 Martín FAJ Hernández, G. L. (2013). *La Enfermería en la Historia: un análisis desde la perspectiva profesional. Cultura de los Cuidados*. Madrid: Revista de Enfermería y Humanidades. 2o Sem; 5(2): 21-35.
 - 11 ME., L. (2014). *The place of nursing history in an undergraduate curriculum. Nurse Education Today*. Madrid: Set-Oct; 20 (5):395-400.
 - 12 MSP. (2015). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Quito: Protocolo de Atención MSP.
 - 13 Nightingale, F. (2013). *Notas sobre enfermería: qué es y que no es*. México: Salvat.
 - 14 Nunes, E. C. (12 de 04 de 2011). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/es_05.pdf
 - 15 Organización Mundial de la Salud (2015). *Maternidad materna. Programa de OMS Nota descriptiva N°348 de noviembre de 2015* www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/
 - 16 P., I. (2013). *Proceso de Enfermería y Diagnóstico en Enfermería*. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill.
 - 17 Perkiomaki, J. (2011). *Heart rate variability and non linear dynamics in risk stratification*. *Front Physiol*, 2, 81.
 - 18 Ruby, J. (2012). *History of higher education: educational reform and the emergence of the nursing professorate*. Madrid: Journal of Nursing Education. Jan; 38 (1): 23-7.
- Toward, D. P. (2012). *Historia de la Enfermería*. Madrid: Mar-Apr; 46 (2): 105-10.

19 UNICEF. (2015). Who, The World Bank, United Nation Population Division. The inter-agency Group for child Mortality Estimation. Report, New York, USA.

ANEXOS

ANEXOS



UNIVERSIDAD "LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ"

ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIAS INGRESADAS EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA

1. Edad de las pacientes ingresadas

- < 18 años _____
18 -36 años _____
36 y más _____

2. Nivel de instrucción

- Básica _____
Bachillerato _____
Superior _____
Ninguna _____

3. Ha padecido de alguna enfermedad como la siguiente:

- Diabetes _____
Hipertensión _____
Preeclampsia _____
Eclampsia _____
Ninguna _____
Otra _____

4. ¿La han realizado control de toma de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura)?

- Siempre _____
A veces _____
No le han realizado _____

5. ¿Califique los cuidados de enfermería en el control de la frecuencia cardíaca?

- Excelente _____
Muy bueno _____
Bueno _____
Regular _____
Malo _____

6. ¿Cuál ha sido su presión arterial en el momento del ingreso?

- P/A Normal _____
Hipotensión <90/60 _____
Hipertensión (P/A compensatoria) _____



GUÍA DE OBSERVACIÓN PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVO: Obtener datos que oriente sobre la atención inicial que se da por parte del personal de enfermería en el control de la frecuencia cardiaca.

INSTRUCTIVO: La recolección de información se realizó mediante la observación directa al personal de Enfermeras/os que laboran en el servicio de Ginecología durante la toma de frecuencia cardiaca, a comprobar si se aplican los cuidados específicos para este tipo de pacientes.

RECEPCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA	SI	NO
1. Aplica normas de bioseguridad en la recepción del paciente para la toma de frecuencia cardiaca.		
2. Explica a la paciente el procedimiento a realizar.		
3. Apoyar la yema de los dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida, ejerciendo presión sobre la misma.		
4. Percibe durante unos instantes los latidos antes de iniciar con la contabilidad.		
5. Cuenta las pulsaciones arteriales durante 15 segundos y multiplicar por cuatro.		
6. Registra los resultados.		
7. Informa resultados.		

EVIDENCIAS

AREA DE GINECOLOGÍA



SALA DE PREECLAMPSIA DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA



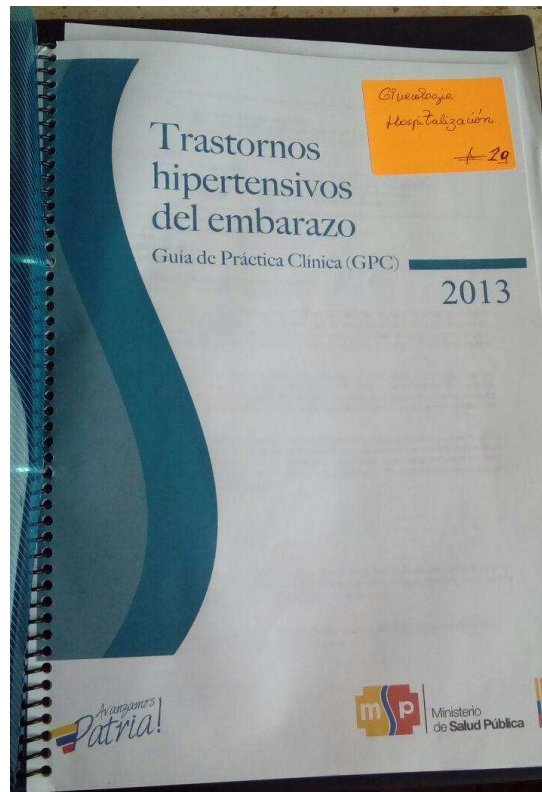
CONTROL DE LAS PACIENTES EN EL ÁREA DE GINECOLOGÍA



SALA DE OBSERVACIÓN DE LA ÁREA DE GINECOLOGÍA



MANUAL UTILIZADO EN LA INVESTIGACIÓN



Manta, agosto 05 del 2016

CERTIFICACIÓN

Por medio del presente Certifico, que la egresada de la Facultad de Enfermería RUIZ ALVARADO MARÍA ALEXANDRA, presentó en el Hospital "Dr. Rafael Rodríguez Zambrano", la solicitud para la elaboración de un proyecto de investigación titulado **"CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA MADRE EMBARAZADA ASISTIDA EN EL HOSPITAL DR. RAFAEL RODRÍGUEZ ZAMBRANO"** para optar el grado del licenciada en Ciencias de la Enfermería, el mismo que fue aprobado para la obtención de datos estadísticos.

Autorizo a la peticionaria hacer del presente documento, el uso que crea conveniente.

Atentamente,



Ing. Rafael Jaramillo Moncayo