



Cuidado humano en todas las etapas de salud reproductiva

María Hilda Cárdenas

Cuidado humano en todas las etapas de salud reproductiva. Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), Universidad de Carabobo (UC), Campus Bárbula. — 1ra Ed. Valencia, Venezuela. 2016.

147p.;

1. Ciencias médicas – Medicina - Salud – Enfermería – Salud pública – Diabetes — Cuidados humanos - Educación

Primera edición, 2017

© Facultad de Ciencias de la Salud (FCS), Universidad de Carabobo (UC), Campus Bárbula.

Compilado y editado por:
María Hilda Cárdenas

Coordinación Editorial:
María Hilda Cárdenas

Diseño de portada:
Francisco A. Ponte-Rodríguez

Diagramación y Montaje:
Francisco A. Ponte-Rodríguez

Depósito Legal: CA2017000110
ISBN Electrónico: 978-980-233-662-3

Hecho en Venezuela
Made in Venezuela

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, conocido o por conocer, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático, siempre que se cite adecuadamente la fuente y los titulares del Copyright.



INTRODUCCION

El nacimiento de un niño sano es un acontecimiento que tradicionalmente se celebra en todas las sociedades del mundo, cuando la parturienta conserva su salud, la alegría se expresa enviando flores, haciendo regalos, repartiendo recuerdos y tarjetas, brindando o bailando. Este acontecimiento significa la culminación exitosa del proceso de reproducción con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para la madre, el niño y la familia.

Sin embargo, para muchas familias el proceso de reproducción se convierte en un acontecimiento sombrío y peligroso, el cual puede dar por resultado morbilidad, secuelas y en última instancia, la muerte de la madre o el producto. Lamentablemente, la tragedia de estas familias pasa desapercibida por el gran subregistro de las defunciones maternas que existe a nivel mundial, principalmente en los países donde el problema es de mayor magnitud. Además, el número de muertes maternas es relativamente bajo, si se le compara con el de muertes infantiles por ejemplo, lo cual dificulta comprender que la muerte de una madre tiene una trascendencia que va más allá de la pérdida misma de una vida joven. Esta muerte puede significar orfandad y disolución de la familia, además de tener implicancias económicas por la participación cada vez más activa que desempeñan las mujeres en el desarrollo de los países.

Por otro lado, la muerte de un feto o de un recién nacido hasta los 7 días de vida es considerada por muchas sociedades como un hecho natural, producto de la mala suerte y del destino. La tragedia se magnifica por el hecho que la mayoría de

las muertes maternas y perinatales son evitables mediante la aplicación de tecnología apropiada y al alcance de los países en vías de desarrollo. Las tasas de mortalidad materna y perinatal son indicadores que reflejan la condición social de la mujer, la morbilidad subyacente y la calidad de vida de una sociedad; la situación social, cultural, económica y política; la cobertura, eficacia y eficiencia de los servicios de salud; y las condiciones de educación, alimentación y vivienda de los países.

También reflejan las diferencias en términos de salud entre los países pobres y ricos. Una de cada 15 a 50 mujeres muere en los países en desarrollo por causas relacionadas con el embarazo, mientras que esta probabilidad se reduce a sólo una de cada 4.000 a 10.000 mujeres en los países desarrollados, la humanidad está reconociendo paulatinamente la magnitud del sufrimiento asociado al proceso de reproducción y la trascendencia del mismo.

Cada vez son más las iniciativas internacionales, nacionales y locales para mejorar la salud en este campo, lo cual indica que el compromiso y la motivación van en aumento para resolver este serio problema de salud pública. Tradicionalmente, el proceso de reproducción humana se ha tratado con un enfoque "matenoinfantil". Sin embargo, en las últimas dos décadas han acontecido una serie de hechos que sobrepasan este enfoque. Entre éstos tenemos los siguientes: las mujeres reclaman con mayor fuerza sus derechos no sólo como madres sino como mujeres, exigiendo una mayor participación en la salud y el desarrollo; la salud del adolescente es considerada una prioridad; existe aumento de la demanda por servicios de planificación familiar; y el reconocimiento a la necesidad de una activa participación de los hombres para preservar y mejorar la salud durante el proceso de reproducción es cada día mayor. En respuesta a esta

situación cambiante y dinámica, surge un concepto, más amplio, panorámico e integrador: el concepto de salud reproductiva.

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

Como la tendencia hasta hace pocos años ha sido preocuparse más por la enfermedad que por la salud, el concepto de riesgo ha pasado a formar parte de la prevención de la enfermedad. Las probabilidades de buena salud se consideraron principalmente como un riesgo bajo de enfermar y los epidemiólogos rara vez estudiaron las características de las personas y poblaciones sanas. En el campo de la salud infantil y materna se llegó a hablar hasta de "supervivencia", término que evidenciaba que el único objetivo era evitar la muerte, postergando y ocultando las secuelas de la morbilidad y más aún, la calidad de vida de la población.

En los momentos actuales es necesario que surja un concepto análogo al de factor de riesgo, que podría llamarse factor promotor de salud. Es decir, una serie de factores interactivos que pudieran utilizarse en conjunto para predecir no solo un riesgo bajo de enfermar o morir, sino la probabilidad de lograr bienestar físico, psíquico, mental y una buena calidad de vida.

Dra. María Hilda Cárdenas

ÍNDICE

	Pág.
Introducción.	I
Situación de salud reproductiva <i>María Hilda Cárdenas</i> Universidad de Carabobo	1
Salud preconcepcional <i>María Hilda Cárdenas</i> Universidad de Carabobo	10
Salud y bienestar en el cuidado prenatal <i>María Hilda Cárdenas</i> Universidad de Carabobo	25
Cuidados en el proceso del parto <i>María Hilda Cárdenas</i> Universidad de Carabobo	61
Cuidados puerperales <i>María Hilda Cárdenas</i> Universidad de Carabobo	88
Modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna <i>María Hilda Cárdenas, Nelly Arenas</i> Universidad de Carabobo	106
Modelo de autocuidado de enfermería para mujeres con enfermedades crónicas <i>María Hilda Cárdenas, Dina Toro</i> Universidad de Carabobo	117
El cuidado enfermero <i>Rosa Reina, Nelly Arenas</i> Universidad de Carabobo	123
Promoción de la resiliencia como modelo de desarrollo en el adolescente <i>Flor Ángela Sanmiguel, María Hilda Cárdenas, Rosa Reina</i> Universidad de Carabobo	135



Situación de salud reproductiva



María Hilda Cárdenas

Situación de salud reproductiva

María Hilda Cárdenas

Varias conferencias internacionales se han realizado con el objetivo de reconocer los derechos de la mujer a la salud en general y a la salud reproductiva en particular, dentro del marco de los derechos humanos y para la necesaria toma de conciencia y compromiso de los gobiernos a desarrollar e implementar planes de acción, con objetivos específicos encaminados a la protección materna durante el embarazo, parto y el puerperio.¹⁻² A pesar de lo anterior cada minuto muere más de una mujer en el mundo a consecuencias del parto o complicaciones durante el embarazo, pero en el 2008 disminuyeron estas muertes al estimarse unas 358 000 fallecidas, para una razón de muerte materna (RMM) de 260 x 100 000 nacidos vivos (n.v.).³

En referencia a esto el quinto objetivo de desarrollo del milenio (ODM-2000) insta y compromete a los países miembros para reducir en tres cuartas partes la RMM entre 1990 y el 2015.⁴ Esto refuerza la necesidad de profundizar sobre los problemas de salud que inciden en la gestante durante el embarazo. Pero sucede que la mortalidad materna es apenas la punta del *iceberg*. La morbilidad, entendida como los problemas de salud, en cambio, constituye la base ancha, aún mal descrita y que pudiera constituir un conocimiento indispensable, no solo para la atención de las gestantes, sino también para aquellas mujeres que desean serlo.

Un análisis dinámico del proceso salud enfermedad, permite comprender que los problemas de salud durante el embarazo representan un continuo entre la buena salud y la muerte prematura, donde la mayor o menor prevalencia e incidencia de estos problemas contribuye directamente a una mayor o menor pérdida de salud, por cuanto, mientras mayor sea esta pérdida aumenta proporcionalmente el riesgo de muerte prematura.^{5,6} Debe entenderse además que los problemas de salud durante el embarazo no solo surgen durante su curso, sino que en buena medida ya están presentes en la mujer desde antes de la concepción o al menos los elementos de riesgo para su aparición, de modo que las exigencias metabólicas del embarazo solo constituyen el elemento biológico que hacen visible dichos problemas.

Durante el proceso reproductivo, el periodo preconcepcional, corresponde a la etapa previa del embarazo. Se estima que un porcentaje considerable de las mujeres que inician la gestación presentan problemas de salud previo y que ellos pudieran agravarse durante el embarazo y poner en riesgo la vida de la madre, el feto o ambos. Desde un punto de vista salud su importancia radica en que constituye un momento estratégico fundamental para la modificación de dichos problemas de salud, así como de factores de riesgo posibles. Por tal razón, si se parte del conocimiento de los problemas de salud durante el embarazo en gestantes de un contexto geográfico específico, con una visión retrospectiva se pudieran inferir las principales áreas de trabajo médico asistencial preconcepcional, así como la necesidad de recursos humanos calificados, medios diagnósticos, medicamentos, métodos anticonceptivos, entre otros, para lograr la mayor efectividad posible en su modificación precoz y garantizar el intervalo de tiempo necesario para ello.

Aspectos Demográficos

Para el año 2011, de acuerdo al Censo Nacional, la población venezolana está constituida por 27.227.930 millones de habitantes, de los cuales más de la mitad son jóvenes, 13.678.178 son mujeres y 13.549.752 son hombres. La población de niños, niñas y adolescentes menores de 19 años alcanza 37% de la población⁷. Entre el Censo 2001 y el Censo 2011, la población venezolana creció aproximadamente 4 millones 140 mil habitantes. La mayoría de la población vive en zonas urbanas, concentrada en las ciudades de la región centro-norte costera y en los estados Bolívar, Zulia, Anzoátegui y Nueva Esparta. Mientras que en los estados del sur, es decir: Delta Amacuro, Amazonas, Trujillo, Barinas y Apure se destaca la presencia de amplios sectores de población rural.

La esperanza de vida presenta una tendencia al aumento, situándose en 79,20 años para 2011, lo que significó un incremento de 21,47 años en 21 años. Por sexo para 2011 se desagregaba en 82,40 años para las mujeres y 76,10 para los hombres. Este aspecto ha repercutido en la visibilización del envejecimiento en la estructura poblacional, y así el grupo de adultas y adultos mayores de 65 años y más, representa cerca de 9% de la población total. Venezuela experimenta un crecimiento interanual de 2,03%, uno de los más altos de la región, muy por encima del nivel deseable de 1% anual mencionado por Naciones Unidas. Otro aspecto de significativa importancia es el progresivo y sostenido descenso de la fecundidad 2,40 hijas/os por mujer en edad fértil en 2011–, la cual constituye una

tendencia asociada a la creciente incorporación de la mujer a la educación y al mercado laboral, a lo cual ha contribuido el acceso a información y servicios de salud cuya acción ha incidido en el control voluntario de la misma⁷.

Del mismo modo, la tasa de natalidad se ubicó en 20,40⁷. También la tasa de mortalidad general es de 4,80 fallecidos por x 1.000 hab., presentando un progresivo ascenso⁷ Las causales de muerte más frecuentes son las enfermedades del corazón 29,7%, seguidas de cáncer con 21,18%, enfermedades cerebrovasculares 10,64% y luego accidentes de todo tipo con 9,8% de los casos de mortalidad diagnosticada por médico tratante o forense⁸.

Principales problemas sociales y de salud pública en salud sexual y reproductiva

La población en edad fértil es 9.158.815 mujeres, las que superan el 25% de la población total⁷ La cobertura de atención prenatal alcanza el 62,00% aun cuando en la mayoría de estos no se cumplen los controles normados⁹. El control tardío se estimó en 75% de las mujeres de menor nivel educativo y en 24% de los nacimientos de adolescentes^{7, 9}. La salud sexual y reproductiva es un área que aglutina importantes problemas de salud pública sobredeterminados por condiciones socioeconómicas estructurales, por lo que son también problemas sociales. Entre ellos destacan: el embarazo en adolescentes, embarazos indeseados y baja cobertura de planificación familiar, las altas tasas de mortalidad materna e infantil por causas prevenibles, la alta incidencia de cáncer cérvico uterino y de mama, infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, así como la violencia doméstica y sexual

Inequidades y fecundidad

La tasa de fecundidad se ha reducido de 6,4 hijos por mujer (Censo 1950) a 2,4 hijos por mujer (Censo 2011), sin embargo, los datos de la encuesta ENDEVE¹⁰ revelan que la tasa en las adolescentes mantiene una tendencia mantenida hacia el incremento: las adolescentes de 15 a 17 años tienen al menos 1 hijo, mientras que las de 18 a 19 años son madres de 1 o más hijos. La fecundidad temprana es 51% mayor en las zonas menos urbanizadas y rurales que en el área metropolitana de

Caracas, revelando importantes diferencias en relación a la distribución de oportunidades y garantía de derechos que se reflejan en patrones de comportamiento reproductivo, con particular énfasis en las adolescentes.

Con respecto al nivel de urbanización y desarrollo, se observa que las tasas globales de fecundidad son más altas en las zonas menos urbanizadas, rurales, con mayor acumulación de brechas de inequidad y exclusión social. Aquí se incluyen los estados llaneros y de alta presencia indígena. Para 2010 en estas zonas y en las ciudades de menos de 25.000 hab. Este indicador registró entre 3,0 y 3,9 hijos por mujer, mientras que en las ciudades de más de 25.000 hab., es de 2,0 y en la zona metropolitana de Caracas es de 1,90. La misma tendencia se reproduce en la edad de las primigestas. Así, 75% de las mujeres entre 25 y 49 años de las zonas menos urbanizadas y de mayor exclusión social, tuvo su primer hijo antes de los 25 años. En las ciudades con menos de 25.000 hab., esta cifra disminuye a 68% y en el área metropolitana es de 51% ¹¹. En general, para 2001 el 50,9% de los nacimientos se registraron en mujeres menores de 24 años, manteniéndose la tendencia a la baja. Las mujeres de 25 a 50 años y más registraron 48% de los nacimientos vivos registrados siendo este grupo el que presenta los más altos registros.

Otro factor que es determinante en el comportamiento reproductivo es el nivel de instrucción. Las mujeres con baja escolaridad –seis años o menos– presentan una fecundidad 2,3% más alta en relación a las que tienen 10 o más años de escolaridad.

Como puede observarse, el comportamiento reproductivo de hombres y mujeres en las diferentes etapas de la vida están determinados por las condiciones de vida, por lo que algunos de sus indicadores reflejan las inequidades sociales.

Para el año 2011, el INE registró 24% de los nacidos vivos registrados (NVR) de madres menores de 19 años. Aun cuando es conocido que existe un significativo subregistro, se observa un lento pero sostenido ascenso de 21,10% en 2001 a la cifra actual⁷. Las cifras continúan por encima de 20% situando a Venezuela entre los países de la región con más altos índices. Se destaca que de cada 10 nacimientos de adolescentes sólo 1 ocurre sin control prenatal y 1 de cada 5 partos es cesárea. El 7% de los nacimientos de hijos de adolescentes es prematuro. En la década de los noventa la mortalidad por causas obstétricas en este grupo alcanzó el tercer lugar del total de muertes. Actualmente ocupa el 7º lugar en morbi-mortalidad por esta causa.

La contribución de las adolescentes a la mortalidad materna global es significativa, alcanzando 40,26% para 2001¹² siendo el embarazo adolescente un importante factor de riesgo. La mortalidad infantil se estimó en 33% mayor en hijos de adolescentes. El Anuario de mortalidad¹³ reporta un total de 412 muertes maternas durante el embarazo, parto y puerperio, de las cuales 17,47% ocurrieron en nuestras adolescentes, registrando 6 muertes en el grupo 10 a 14 años y 66 de 15 a 19 años de edad. Además, las principales causas de muerte por afecciones obstétricas en nuestras adolescentes son enfermedades maternas que complican el embarazo, parto y puerperio.

Las muertes maternas tienen una marcada distribución social y territorial en Venezuela. Estudios del Ministerio del Poder Popular para la Salud muestran que la tasa es muy superior en los estratos más pobres de la población, y es más alta en las mujeres no incorporadas al mercado de trabajo y de bajo nivel educativo¹⁴. La mortalidad infantil en Venezuela está completamente desplazada hacia los primeros 28 días de vida (mortalidad neonatal), que abarca el 71,8% de los fallecidos. Incluso se puede decir que las cifras de mortalidad de 28 días a 11 meses (post-neonatal) son aceptables para una tasa de mortalidad infantil inferior. De estos hechos, junto a la situación relacionada con la morbi-mortalidad materna, se aprecia que los principales problemas están relacionados con los aspectos perinatales, a pesar de que el índice de nacimientos institucionales llegue a más de 95%.

Las causas de muerte infantil son: afecciones originadas en el periodo perinatal (60,54%); anomalías congénitas (19,58%); accidentes (4,20%); Influenza y neumonía (-3,5%); enfermedades infecciosas intestinales (3,98%); deficiencia de nutrición (1,43%), que corroboran lo antes dicho, con bajas tasas de mortalidad relacionadas con periodos posteriores al neonatal, e incluso seguramente relacionados, en gran medida, con la supervivencia de situaciones vinculadas al perinatal.

Entre las causas más frecuentes que ocasionan las muertes se encuentran las principales complicaciones relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, que representan 93% de mortalidad materna; edema proteinuria y trastornos hipertensivos 27%, y embarazos terminados en abortos 10%. La mayoría de estas son condiciones perfectamente detectables y controlables con control prenatal adecuado elevando la calidad de la atención del proceso reproductivo, con énfasis en la atención perinatal. Esto se hace más relevante al considerar los altos porcentajes de atención asistencial e institucional del parto en el país, que para 2012 superaba 97% y que 62% de los nacimientos reciben atención prenatal. Sin

embargo, el MPPS ha reportado alta concentración de parturientas en los centros hospitalarios en servicios especializados agotando la capacidad de respuesta de los mismos¹⁵.

Distintos análisis realizados en las reuniones para el diseño de planes regionales de prevención de la mortalidad materno-infantil, así como en encuentros sobre estos temas, se ha acusado el hacinamiento, maltrato, abuso de intervención médica para acelerar el proceso de parto, entre otras prácticas como causas que inciden negativamente en el desarrollo perinatal. Para 2012, más de 96% de los partos ocurrió en los establecimientos de salud, atendidos por personal calificado. Los partos en casas particulares se mantienen todavía en un porcentaje bajo en la poblaciones indígenas y poblaciones dispersas. La relación entre causas y muertes acusa la baja calidad de los cuidados obstétricos esenciales. Otro aspecto relacionado es la alta incidencia de cesáreas a nivel público (38%, 2012); en el sector privado el porcentaje supera más de 90%, determinando complicaciones en embarazos y partos posteriores, por ejemplo, aumento del porcentaje de acretismo placentario y placenta previa, entre otras. Todos estos aspectos no pueden desligarse de las condiciones de subordinación de la mujer por razones de género en la atención del proceso reproductivo, lo cual ha sido descrito por distintos autores como violencia de género¹⁶.

Preocupa también la significativa incidencia de morbi-mortalidad por complicaciones en embarazos terminados en abortos y prácticas abortivas de riesgo debido a la falta de prevención de los embarazos no planificados e indeseados y ausencia de legislaciones adecuadas y actualizadas a las necesidades de salud en esta materia. Dado que existe un importante subregistro asociado a la ilegalidad de estas prácticas, la cifra se ubicó en 10%¹³.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva. Ginebra: OMS, 2008 Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf
2. United Nations Population Fund. Background Information on the Key International Agreements. New York: UNFPA; 2008. Available from: <http://www.unfpa.org/mothers/consensus.htm#key>

3. World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2010. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2010/trends_matmortality90-08.pdf
4. World Health Organization. Objetivos de desarrollo del milenio. Geneva: WHO; 2011 Available from: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/es/
5. La salud y sus determinantes. Medicina preventiva y salud pública. 9na. ed. Barcelona: MASSON, SALVAT Medicina; 1994.
6. Determinantes del estado de salud. En: Toledo Curbelo GJ, editor. Fundamentos de salud pública. T1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004. p. 42-9.
7. Instituto Nacional de Estadística de la República Bolivariana de Venezuela Censo 2011, 2012,
8. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Anuarios de Mortalidad de Venezuela 2010
9. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Normas y Reglamentos para atención integral 2012
10. ENDEVE República Bolivariana de Venezuela Reportes 2010
11. UNFPA/ Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva. EAT (consultor: Horacio Toro Ocampo). 2001.
12. Ministerio de Salud y Desarrollo Social-MSDS Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva. Venezuela 2000.
13. Ministerio del Poder Popular para la Salud, Programas de Salud 2010
14. Ministerio del Poder Popular para la Salud Dirección de Epidemiología, Venezuela 2010
15. OPS. Manual sobre enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington, USA 2010

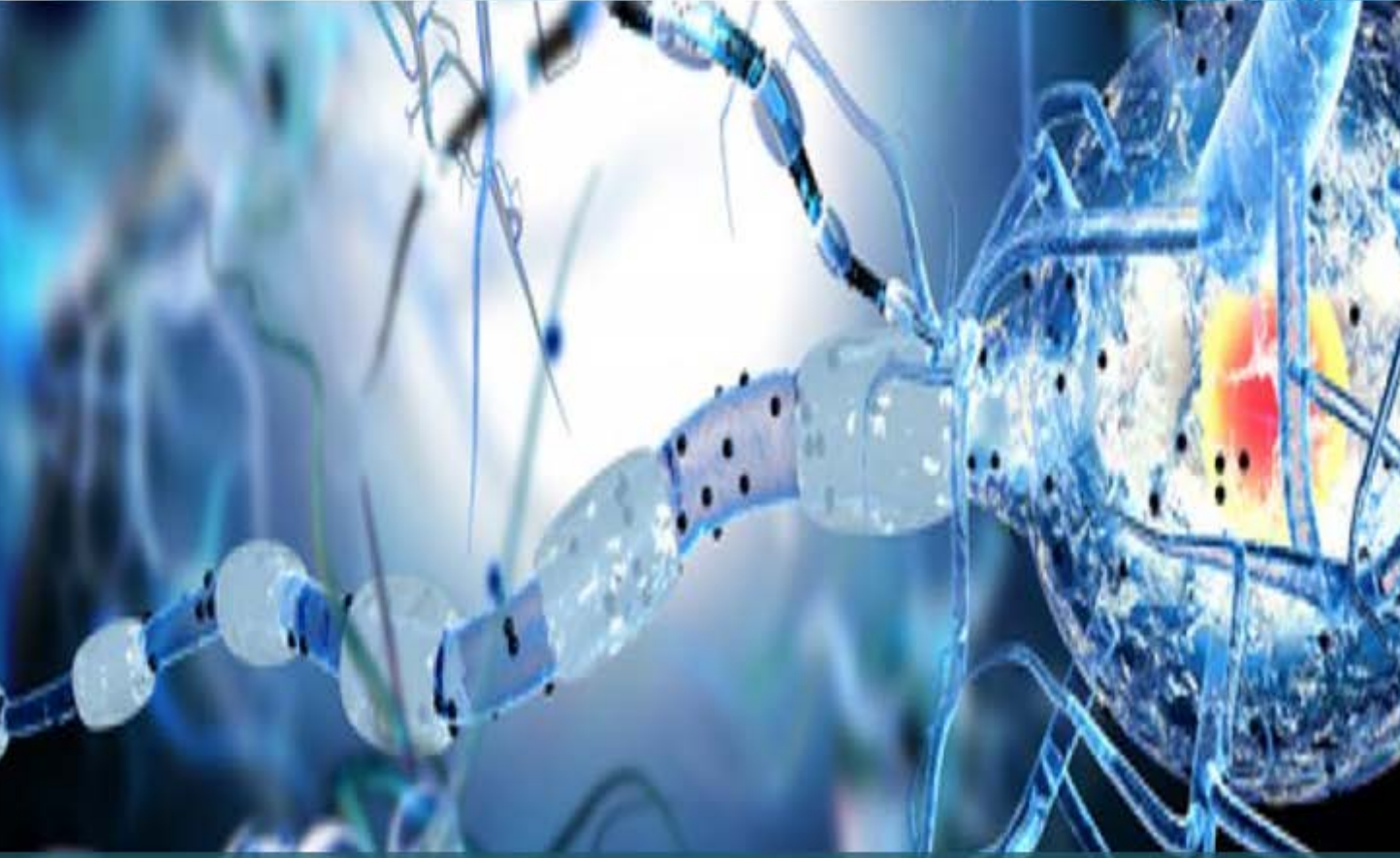
16. Huggins, M. El concepto de género. Plan Estratégico Social. MSDS. (Material Mimeográfico) Venezuela 2002

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estímulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



Salud preconcepcional



María Hilda Cárdenas

Salud preconcepcional

María Hilda Cárdenas

El bienestar de la mujer depende de su estado de salud o enfermedad, nutrición, hábitos personales, estilo de vida e influencias ambientales. Como la salud de la mujer durante el embarazo depende de su salud antes de la gestación, el cuidado durante el período preconcepcional se considera que forma parte del cuidado prenatal. La consulta preconcepcional puede ser útil tanto para la mujeres que acuden espontáneamente a solicitar consejo antes de iniciar un embarazo, como para aquellas que acuden o por la existencia de factores de riesgo, como antecedentes negativos reproductivos o por padecer una enfermedad crónica, como ocurre en la actualidad¹.

La identificación de una mujer con cualquier enfermedad crónica o con hábitos perjudiciales para su salud, cuando planifica un embarazo, permite el tratamiento de la enfermedad, la utilización de acciones educativas para modificar sus comportamientos, proporcionar información para que la mujer tome decisiones en relación con su futuro embarazo de acuerdo con los riesgos identificados y en raras ocasiones recomendar que el embarazo sea evitado. Además es una ocasión ideal para educar a la mujer sobre las ventajas de la planificación de sus embarazos, y sobre la importancia de la asistencia prenatal precoz, de su contenido y de su frecuencia.

Como muchos embarazos no son planificados, el equipo de salud que proporciona asistencia sanitaria a la mujer durante los años reproductivos debe considerar la posibilidad de una gestación y aconsejar a la mujer sobre aquellos comportamientos o hábitos que pueden poner en riesgo a la madre y al feto. Las mujeres y el equipo de salud deben ser conscientes de las limitaciones del conocimiento. Aunque la mayoría de los embarazos finalizan con el nacimiento de un niño sano, incluso en condiciones ideales existen abortos espontáneos, defectos congénitos y complicaciones fetales, neonatales y maternas, que no pueden ser evitadas.

Sobre este particular La Organización Mundial de la Salud ha definido a la salud reproductiva como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción"². Sobre la base de esta definición se puede interpretar que el objetivo de la salud reproductiva no solamente es evitar que la madre y el producto (feto o recién nacido) enfermen o mueran durante el proceso de reproducción, sino que el mismo se lleve a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social de la madre y el padre que permita la obtención de un recién nacido saludable.

El concepto de salud reproductiva fue formulado desde la historia antigua de la humanidad y se puede resumir en la frase: "padres saludables = hijos saludables". A pesar de que ha existido consenso en este concepto, no lo ha habido en las acciones de salud que se deben realizar para obtener hijos saludables². En un inicio y por muchos siglos, la mujer embarazada recibió atención solo en el momento mismo del parto, con la creencia que esto era suficiente. Transcurrió mucho tiempo para que esta concepción se modificara y es recién a fines del siglo XIX que muchos médicos señalaron la importancia del cuidado prenatal.

Con los cuidados brindados en el periodo prenatal y durante el parto se contribuyó a disminuir gradualmente la morbimortalidad materno-infantil, pero los resultados no fueron óptimos. Por este motivo, en los últimos años se ha señalado que el cuidado debe empezar en la etapa preconcepcional, es decir antes que la mujer se embarace, si es que se desea hacer una labor realmente preventiva. Por ejemplo, si se detecta a una gestante en el tercer mes de embarazo con anemia y tuberculosis, se diagnosticaría un embarazo con alto riesgo obstétrico³. Se podría actuar de inmediato y limitar el daño, pero no prevenirlo. Sin embargo, si se le hubiese captado antes del embarazo, se le podría haber tratado la anemia y la tuberculosis y luego ella hubiera gestado con un bajo riesgo obstétrico. Esta es la importancia de actuar en la etapa preconcepcional, además de actuar en el prenatal, parto y puerperio.

Por lo tanto, el concepto de salud reproductiva comprende la atención preconcepcional, donde los cuidados deben estar dirigidos tanto a la futura madre como al futuro padre; la atención prenatal; la atención del parto y del recién nacido; y la atención neonatal precoz, periodo que comprende desde el nacimiento hasta el séptimo día de vida del recién nacido³. Cualquier alteración que se produzca en las etapas mencionadas de la salud reproductiva tendrá repercusión en el futuro del recién nacido, en el de su familia y en la sociedad.

Por este motivo, la salud reproductiva está íntimamente relacionada a la salud del niño menor de 5 años, del niño de 5 a 9 años y del adolescente (10-19 años). Por otro lado, las acciones de salud en estas etapas de la vida también contribuirán a la obtención de un individuo saludable, el cual unido a otro con la misma característica reiniciará el ciclo reproductivo en las mejores condiciones⁴. Sin embargo, no se debe olvidar que la salud reproductiva está condicionada por factores de tipo social, cultural, político y económico y por acciones provenientes de otros sectores, como vivienda, educación y alimentación; de allí la imperiosa necesidad de buscar la coordinación intersectorial con la finalidad de concertar esfuerzos y concentrarlos en las áreas prioritarias en busca de un mayor impacto en el bienestar de la población.

Además, la salud reproductiva también está condicionada por factores de tipo afectivo y en forma muy especial por la situación social de la mujer. Por lo expuesto, el concepto de salud reproductiva es el derecho que tienen las parejas a ejercer su sexualidad libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad; a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones, con resultados positivos en términos de sobrevivencia y bienestar para los padres y sus hijos. En términos más amplios, la salud reproductiva contribuye a que en el futuro los individuos tengan una buena capacidad de aprendizaje y de trabajo; puedan ejercer su derecho a participar en el desarrollo; y disfruten de los beneficios sociales de la vida⁵.

La prevención de la enfermedad y la muerte durante el proceso de reproducción es uno de los pilares fundamentales para el buen desarrollo de la salud reproductiva. El principal instrumento para lograr este fin es el manejo del concepto de riesgo reproductivo, el cual está basado en el "enfoque de riesgo".⁶

Enfoque de riesgo

El enfoque de riesgo es un método epidemiológico para la atención de las personas, las familias y las comunidades, sustentado en el concepto de riesgo. *Riesgo* se define como la probabilidad de sufrir un daño; y daño es el resultado temporal o definitivo no deseado (enfermedad o muerte). Este enfoque está basado en que no todas las personas tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunas esta probabilidad es mayor que para otras.

Se establece así una gradiente de necesidades de cuidado que va desde un mínimo, para los individuos con bajo riesgo o baja probabilidad de presentar daño, hasta un máximo necesario, sólo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro complicaciones en su salud. Esto supone un cuidado no igualitario de la salud y requiere que los recursos sean distribuidos y usados con mayor eficacia, eficiencia y equidad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos poblacionales y en función del principio de justicia distributiva que exige dar más a aquellos que tienen mayor necesidad⁷.

Riesgo reproductivo

La aplicación del enfoque de riesgo en el campo de la reproducción humana, generó el concepto de riesgo reproductivo. Este se define como la probabilidad principalmente a la madre, al feto o al recién nacido pero también al padre y la familia en general. El riesgo reproductivo es un indicador de necesidad que nos permite identificar a aquellas mujeres, familias o poblaciones más vulnerables, es decir, a aquellas con mayor probabilidad de sufrir un daño durante el proceso de reproducción.

La vulnerabilidad al daño reproductivo se debe a la presencia de ciertas características biológicas, psíquicas, genéticas, ambientales, sociales, culturales, económicas o políticas que interactúan entre sí. Estas características son conocidas como factores de riesgo reproductivo. La estimación de las probabilidades de un resultado adverso cuando uno o más factores de riesgo reproductivo están presentes, la medición de sus interacciones como elementos predictivos y el cálculo de lo que sucedería en la salud de la población si se les eliminara, modificara o por lo menos controlara, hacen posible la aplicación del riesgo reproductivo en medicina preventiva⁸.

El enfoque de riesgo reproductivo implica la existencia de una cadena o secuencia causal. Un factor de riesgo es un eslabón de una cadena de asociaciones que dan lugar a una enfermedad, la cual puede llevar a la muerte. Este hecho permite actuar en cualquiera de los eslabones para interrumpir la secuencia de acontecimientos. Los factores de riesgo reproductivo, por consiguiente, pueden ser causas o señales, pero lo importante es que son observables o identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen. En consecuencia, la importancia del enfoque de riesgo reproductivo radica en que permite identificar las necesidades de salud de los individuos, familias o comunidades, utilizando la

presencia de factores de riesgo como guía para acciones futuras. De esta forma, facilita la redistribución de recursos, el aumento de la cobertura, la referencia y contra-referencia de pacientes, el cuidado de la familia y la asistencia clínica.

El enfoque de riesgo reproductivo se viene usando desde hace muchos años. Sin embargo, en general sólo se ha enfatizado su uso durante el periodo prenatal y el parto, descuidándose su utilización en el periodo preconcepcional. Acorde con el concepto de Salud Reproductiva, la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo debe empezar antes de la concepción. En esta etapa se denomina *riesgo* preconcepcional; durante la gestación y el parto se denomina riesgo obstétrico; y desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del neonato se denomina riesgo perinatal. El enfoque de riesgo reproductivo unifica estos tres conceptos ofreciendo un panorama más coherente e integrador:

Riesgo reproductivo = riesgo preconcepcional + riesgo obstétrico + riesgo perinatal

A continuación se describen los tres conceptos de riesgo reproductivo y los principales factores de riesgo en cada etapa⁹.

Riesgo reproductivo preconcepcional

El concepto de riesgo reproductivo preconcepcional se aplica a las mujeres en edad reproductiva en los periodos no gestacionales. El objetivo del concepto es clasificar a la mujer en edad fértil no gestante de acuerdo al riesgo que un futuro embarazo produciría en la salud de ella, el feto o el recién nacido. Se sabe que las mujeres que tienen alto riesgo preconcepcional posiblemente presentarán un alto riesgo obstétrico, en el caso de gestar; y son estas últimas las que tienen mayor probabilidad de sufrir un daño en el proceso de reproducción.

Por esta razón, es imperativo actuar en el periodo preconcepcional con la finalidad de identificar a aquellas mujeres con alto riesgo para brindarles una atención de mayor complejidad, de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos. Los factores de riesgo reproductivo preconcepcional son muchos: analfabetismo, pobreza, malnutrición, vivir en zonas urbano-marginales o rurales con servicios de salud insuficientes, etc. Estos factores varían entre los países y entre las distintas regiones de los mismos. Sin embargo, existen algunos factores

que son universales, es decir, que persisten independientemente de la condición social o del área geográfica en que habitan las mujeres. Entre estos, cuatro son los más reconocidos:¹⁰

- Edad. Una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35 años.
- Paridad. El riesgo es mayor en la primera gestación o después de la quinta.
- Intervalo intergenésico. El riesgo es mayor cuando el intervalo entre las gestaciones es menor de dos años.
- Antecedente de mala historia obstétrica. El riesgo es mayor cuando la mujer ha tenido previamente abortos, hijos nacidos muertos, hijos muertos menores de un mes, dos o más cesáreas, toxemia, etc.

Existen otros factores de riesgo preconcepcional que catalogan a la mujer como alto riesgo preconcepcional con su sola presencia, como insuficiencia cardíaca, hipertensión crónica, psicosis, enfermedad neurológica incapacitante, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia pulmonar (tuberculosis avanzada), cáncer, diabetes, enfermedades congénitas (Down y otras), baja estatura de la mujer (menor de 140 cms), dos o más cesáreas, 7 o más embarazos y otras¹¹. Es importante resaltar que el riesgo indica solamente una probabilidad. Por ejemplo, cuando se dice que una mujer no gestante tiene alto riesgo preconcepcional por tener 38 años, 7 hijos, presentar anemia, tuberculosis e historia obstétrica de abortos y cesáreas, se está diciendo simplemente que en el caso de gestar, ella tendrá *una probabilidad más alta* que otras mujeres de sufrir un daño, sea para ella misma, para el feto o para el recién nacido. Es decir, no se tiene la certeza que ello ocurrirá, sino que las posibilidades de sufrir un daño durante el proceso de reproducción serán más altas para ella de lo que sería para otra mujer que no presentara estos factores de riesgo. En consecuencia, ella debe recibir un cuidado preferencial por parte del personal de salud.

Si no desea gestar habrá que curarle la anemia, la tuberculosis y brindarle una adecuada información para que voluntariamente elija un método anticonceptivo. Si desea gestar habrá que curarle la anemia, la tuberculosis y luego deberá recibir un cuidado especial durante la gestación, pues se tratará de un embarazo con alto riesgo obstétrico o perinatal por los factores de riesgo edad, paridad y antecedente de mala historia obstétrica que presenta. En conclusión, lo importante es que el sector salud debe actuar antes de la concepción, tratando de *eliminar*, modificar o cuando menos controlar los factores de riesgo preconcepcional. En la actualidad

no es aceptable, desde ningún punto de vista, esperar la gestación para recién actuar.

Riesgo reproductivo obstétrico

El concepto de riesgo obstétrico se aplica durante el embarazo, tanto en el periodo prenatal como en el parto. Los factores de riesgo en esta etapa son prácticamente los mismos que fueron descritos en la etapa preconcepcional, con la diferencia que si no se intervino en esa etapa, aquí el riesgo aumenta por la misma gestación¹¹. Por este motivo, es conveniente actuar no sólo en el prenatal y el parto, sino también en la etapa preconcepcional. La aplicación del concepto de riesgo reproductivo preconcepcional es importante porque significa realizar prevención primaria, la cual potencialmente evita la morbilidad materno-infantil al prevenir un embarazo de alto riesgo; sin embargo, este concepto es poco conocido y por lo tanto su uso es limitado, de allí la importancia de difundirlo y fomentar su aplicación.

El concepto de riesgo reproductivo obstétrico, en cambio, es usado desde hace muchos años por los ginecólogos obstetras y tiene amplia aceptación y difusión a nivel mundial. Su utilización permite disminuir pero no evita la morbilidad materno-infantil, pues es un instrumento de prevención secundaria. Estos conceptos, junto al de riesgo perinatal, son complementarios. Existen otros factores de riesgo durante el periodo prenatal y el parto que están directamente relacionados con la gestación. En vista que los conceptos de riesgo obstétrico y riesgo perinatal se superponen desde la vigésimo octava semana de gestación hasta el parto, sin embargo, durante los primeros 5 meses de gestación existe un problema que es significativo y trascendente para la salud reproductiva: el aborto.

Se estima que en Latinoamérica se realizan alrededor de cinco millones de abortos anuales, lo que significaría una relación de 500 abortos por cada 1.000 nacidos vivos¹², algo realmente alarmante. El aborto provocado, que es ilegal en la mayoría de países de América, es una de las principales causas de muerte materna. Se considera que las complicaciones del aborto ilegal son la principal causa de defunción para las mujeres latinoamericanas comprendidas entre los 15 y los 39 años¹². Mientras que el aborto legal es uno de los procedimientos quirúrgicos más inocuos, los resultados del aborto ilegal dependen directamente de la condición social y económica de la mujer y su familia. Aquellas con buena situación económica tendrán acceso a ser atendidas por un cirujano especializado y en condiciones higiénicas. Las pobres, en cambio, se verán forzadas a acudir a

un empírico incompetente y correrán un riesgo de defunción quizá de 100 a 500 veces mayor que las anteriormente mencionadas. El aborto practicado en malas condiciones de asepsia, por personal inexperto y en etapas avanzadas del embarazo, es un problema grave de salud pública.

Las principales complicaciones en estos casos son las infecciones pélvicas y las hemorragias. También las perforaciones uterinas con daño en los intestinos y vejiga. Si estas complicaciones no producen la muerte de la mujer, producirán morbilidad y secuelas. Sin embargo, el aborto no sólo produce traumas físicos y psíquicos a las mujeres, sino un excesivo gasto a los servicios de salud. En América Latina, aproximadamente entre el 10% y el 30% de las camas en los servicios de ginecología y obstetricia están ocupadas por mujeres con diagnóstico de aborto incompleto¹².

El aborto provocado es la consecuencia de una educación sexual deficiente, de insuficiente consejería, información y comunicación social y de una baja cobertura de los servicios de planificación familiar. Un estudio realizado en Chile demostró que los abortos provocados y sus complicaciones disminuyeron cuando aumentó la cobertura y la calidad de los programas de planificación familiar¹³. Por lo tanto, la planificación debe ser considerada como un instrumento útil para la prevención del aborto provocado legal o ilegal, al evitar el embarazo no deseado. Por esta razón, la planificación familiar también contribuye a disminuir el número de niños abandonados y el maltrato de los menores. La planificación familiar tiene innegables ventajas sobre el aborto provocado ilegal.

La Planificación Familiar se define como "la decisión consciente y voluntaria del individuo o la pareja para determinar el número de hijos que se desea y el espaciamiento entre ellos". Para que la definición se cumpla a cabalidad es necesario que la población tenga acceso a información, educación, servicios para el manejo de la infertilidad, y métodos de abstinencia periódica ("naturales") y modernos para regular su fecundidad. La planificación familiar es el ejercicio de un derecho humano y un instrumento de salud. Lamentablemente, en algunos países de Latinoamérica se confunde el concepto de planificación familiar con el concepto de control de la natalidad. Este último tiene una connotación muy especial; por este motivo, es conveniente diferenciar claramente el significado de estos conceptos con el fin de evitar confusión en la población y el personal de salud, y el uso malicioso de la misma. Por lo expuesto, la planificación familiar siempre debe ser considerada un componente de los servicios integrales de salud reproductiva.

Riesgo reproductivo perinatal

El periodo perinatal abarca desde la vigésimo octava semana de gestación hasta la primera semana de vida del recién nacido, comprendiendo el periodo fetal tardío y el periodo neonatal precoz. En esta etapa del proceso reproductivo se usa el concepto de riesgo perinatal, que es un concepto más evolucionado que el de riesgo obstétrico pues es un instrumento de predicción que, además de considerar los riesgos maternos, incluye los riesgos para el feto o recién nacido. Los factores de riesgo en esta etapa son los siguientes:

Factores de riesgo durante el embarazo

Los principales factores de riesgo durante el embarazo son los siguientes: anemia, diabetes, infecciones, insuficiente aumento de peso, excesivo aumento de peso, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA, enfermedad hipertensiva del embarazo (toxemia), embarazo múltiple, hemorragias del tercer trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta y rotura uterina), exposición a radiaciones, riesgos ocupacionales y abuso de alcohol, drogas o tabaco.

Factores de riesgo durante el parto

Durante el parto los principales factores de riesgo son:

- Hemorragias por desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, rotura uterina o laceraciones del canal del parto;
- Infecciones por higiene inadecuada del tracto genital o por uso de instrumentos no esterilizados. La ruptura prematura de membranas y la retención de fragmentos de placenta predisponen a las infecciones;
- Parto obstruido por alteraciones en la presentación fetal, desproporción céfalo-pélvica o alteraciones en la dinámica uterina
- Pre-eclampsia que puede desencadenar una eclampsia (convulsiones).

Factores de riesgo durante el puerperio

Los principales factores de riesgo durante el puerperio son:

- Hemorragias por atonía uterina
- Infecciones

Factores de riesgo para el recién nacido

Como consecuencia de la mejora de los aspectos sociales, económicos y el desarrollo de la infraestructura asistencial, la mortalidad infantil tiene tendencia a disminuir rápidamente en la mayoría de los países. En cambio, la mortalidad perinatal disminuye con lentitud, pues se ve menos afectada por el proceso general de transformación social y más por la labor de promoción, prevención y tratamiento en las etapas preconcepcional, prenatal y durante el parto. En la mayoría de los países, la mitad de las defunciones perinatales ocurren antes del parto (periodo fetal tardío) y la otra mitad en la primera semana que sigue al nacimiento (periodo neonatal precoz)¹⁴.

Las principales causas de muerte neonatal y perinatal están poco documentadas en los países en desarrollo. Sin embargo, sobre la base de estudios comunitarios limitados, la OMS estima que las principales causas (factores de riesgo) son las siguientes¹⁴:

- Prematuridad/Bajo peso al nacer
- Infecciones (Tétanos, diarrea, neumonía, septicemia)
- Asfixia
- Traumatismos durante el nacimiento

En líneas generales, se ha concedido escasa prioridad a la atención neonatal, posiblemente por las siguientes razones:

- 1) Muchas sociedades no reconocen que la mortalidad neonatal sea un problema. A veces el hecho es tan común que la sociedad, por razones afectivas y culturales, lo considera algo "natural".
- 2) El subregistro es tan grande que no permite a las sociedades darse cuenta de la magnitud del problema.

3) Finalmente, existe la creencia errónea que para mejorar la salud del recién nacido se necesita una tecnología moderna y cara, así como personal altamente especializado. No obstante, la mayoría de afecciones que terminan con la vida del recién nacido podrían evitarse o tratarse sin necesidad de recurrir a técnicas complejas y costosas. Bastaría una mejor comprensión y manejo de los factores de riesgo durante los periodos preconcepcional, prenatal y del parto, así como de las necesidades biológicas del recién nacido después del parto y en los primeros 7 días de vida, para mejorar la salud de éste y de la madre.

Una inversión módica en tecnología apropiada y al alcance de países en vías de desarrollo como un sencillo equipo de reanimación, calefacción suficiente, lámparas para el tratamiento de la ictericia y la reorganización de los servicios de maternidad para permitir el alojamiento conjunto, es decir, la cohabitación del niño con su madre desde el nacimiento, con la finalidad de favorecer la relación afectiva madre-hijo, la lactancia materna y otros beneficios, mejoraría la salud del recién nacido.

Cualquier alteración que se produzca en el periodo perinatal tendrá efectos no solo en la salud de la madre sino en el crecimiento y desarrollo del niño, disminuyendo sus aptitudes físicas y mentales, su capacidad de aprendizaje y su futuro rendimiento laboral. Estas secuelas significarán una mayor carga y tensión a la familia, a la comunidad y a las diversas instituciones sociales.

Referencias

1. Johnson K, Posner SF, Biermann L, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recomendaciones para mejorar la salud antes de la concepción y el cuidado de la salud - Estados Unidos. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep. 2006 55: 1-23.
2. Sánchez Ruiz JC, González López E, Aparicio Tijera C, Ezquerro Gadea J. Consulta preconcepcional en atención primaria. Semergen. 2005; 31(9):413-7.
3. Capitán Jurado M, Cabrera Vélez R. La consulta preconcepcional en Atención Primaria. Evaluación de la futura gestante. Medifam. 2001; 2(4):207-15.
4. El Collage Americano de Obstetras y Ginecólogos, Distrito II / IV. Cuidado preconcepcional. Una guía para optimizar los resultados del

embarazo.

Disponible

en: <http://mail.ny.acog.org/website/PreconBooklet.pdf>.

5. Ibáñez LP, Fabre E. Consulta preconcepcional. En: Bajo Arenas JM, Melchor JC, Mercé LT (eds). Fundamentos de Obstetricia. Madrid: SEGO, 2007.p.217-25.

6. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R et al. Las mujeres sanas, los resultados reproductivos saludables: recomendaciones para el cuidado de rutina de todas las mujeres en edad reproductiva. AJOG. 2008; 199(6 Suppl.B):S280-S289.

7. Atrash H, Jack BW, Johnson K. Cuidado preconcepción: una actualización de 2008. Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20 (6): 581-9.

8. Brú Martín C, Martínez Galiano JM. Mujeres que reciben asistencia preconcepcional en Granada. Matr Prof. 2008; 9(1):11-14. 37% CPC

9. Arijá V, Cucó G, Vila J, Iranzo R, Fernández-Ballart J. Consumo, hábitos alimentarios y estado nutricional de la población de Reus en la etapa preconcepcional, el embarazo y el posparto. Med Clin (Barc) 2004; 123(1):5-11.

10. Lu MC. Recomendaciones para el cuidado preconcepcional. Am Fam Physician. 2007; 76 (3): 397-400.

11. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS et al. El contenido clínico de la atención antes de la concepción: mujeres con condiciones médicas crónicas. AJOG. 2008; 199 (6 Suppl. B): S310-27.

12. INE. Indicadores Sociales 2011. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_analisoc.htm.

13. Organización Panamericana de la Salud. "Prevención de la mortalidad materna en las Américas: perspectivas para los años noventa". (Texto preparado por el Dr. César A. Chelala), "Comunicación para la salud" No. 2, OPS, 2013.

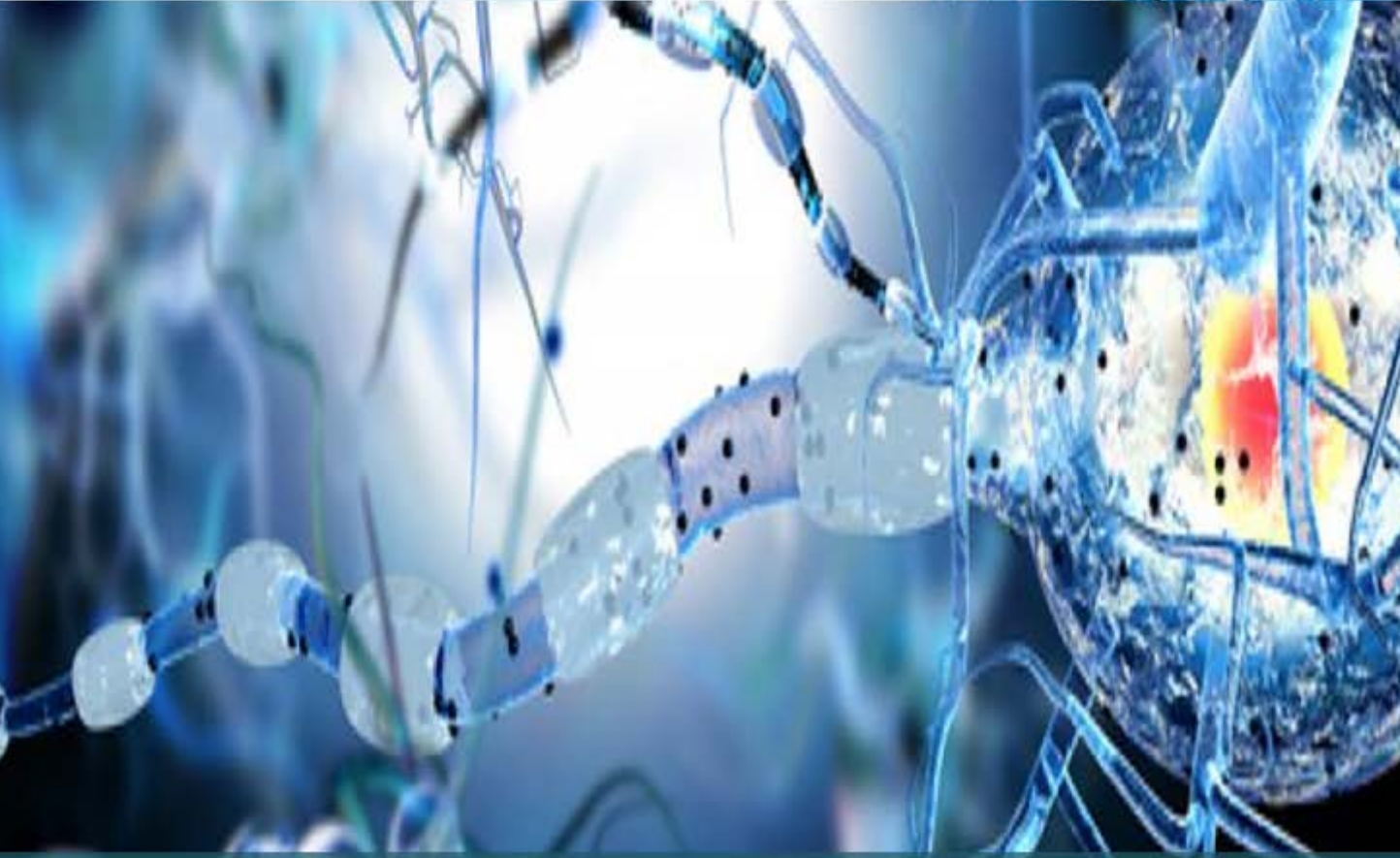
14. Organización Mundial de la Salud. "Salud y desarrollo infantil: salud del recién nacido". 89a. Reunión del Consejo Ejecutivo, diciembre 2014.

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estímulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



Salud y bienestar en el cuidado prenatal



María Hilda Cárdenas

Salud y bienestar en el cuidado prenatal

María Hilda Cárdenas

La atención prenatal permite disminuir las molestias y síntomas propias del embarazo, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal; además identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, incluso es un momento óptimo para la preparación física y mental de la madre para el nacimiento de su hijo y al fin de cuentas, todo contribuye en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

Las principales causas de mortalidad materna son prevenibles, y se cuenta con los conocimientos y la tecnología necesarios para lograr su reducción. Para conseguir el cumplimiento de las metas de disminución de la mortalidad materna y perinatal debe darse una oportuna atención durante la gestación, el parto y el puerperio; manejar los riesgos asociados con la maternidad y el recién nacido¹.

El control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada, que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo. Este seguimiento tiene como fin reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, además de prevenir y controlar los factores de riesgo biopsicosociales que inciden en el mencionado proceso.

Se ha comprobado que el control prenatal modifica la incidencia de bajo peso al nacer y prematurez en los neonatos; igualmente, identifica los factores de riesgo de la gestante y su hijo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo. Implica no solo el número de visitas, sino cuándo fueron realizadas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. Las alteraciones durante la gestación pueden ser detectadas mediante las actividades que realiza el profesional de enfermería en el control prenatal¹.

Control Prenatal

Se entiende por control prenatal, a la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza¹.

Características

Un control prenatal eficiente debe cumplir con cuatro requisitos básicos:

Precoz. La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir.

Periódico. La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que presenta la embarazada. Para la población de bajo riesgo se requieren 5 controles.

Completo. Los contenidos mínimos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

Amplia cobertura. En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbimortalidad materna y perinatal.

Objetivos. El Control Prenatal tiene los siguientes objetivos:

- Brindar contenidos educativos para la salud de la madre, la familia y la crianza.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Vigilar el crecimiento y vitalidad del feto.
- Detectar y tratar enfermedades maternas clínicas y subclínicas.

- Aliviar molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- Preparar a la embarazada física y psíquicamente para el nacimiento.

En general, para realizar un control prenatal efectivo no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni un laboratorio sofisticado; pero si requiere el uso sistemático de una Historia Clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos, oportunidad y diferenciado acorde al riesgo contribuye positivamente a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva

Objetivos específicos y actividades propuestas para el control prenatal

- Confirmar el embarazo: realización de exámenes clínicos y paraclínicos para diagnosticar embarazo
- Mejorar la calidad del control prenatal: utilización de algunas tecnologías apropiadas
- Obtener datos para planificar el control prenatal, la atención del parto, el puerperio: empleo del Sistema Informático Perinatal y el recién nacido
- Contar con una hoja de ruta que guíe al prestador para brindar una atención prenatal de calidad: uso de la Historia Clínica Perinatal
- Detectar riesgo en la población: evaluación del Riesgo Perinatal

Conocer información relevante del embarazo: anamnesis

- Fijar un cronograma que permita planificar las actividades del control prenatal: determinación de la edad gestacional y fecha probable de parto
- Evaluar el estado nutricional materno mediante antropometría: medición del peso y de la talla materna. Índice de masa corporal (IMC) Calculo del incremento de peso durante la gestación
- Investigar estilos de vida de riesgo: interrogatorio sobre tabaquismo (activo y pasivo), drogas, alcohol y violencia

- Disminuir el impacto negativo de las infecciones de transmisión vertical: prevención, detección y tratamiento de las infecciones de transmisión vertical
- Prevenir el tétanos neonatal y puerperal: vacunación antitetánica.
- Detectar posibles procesos sépticos buco dentales: examen Buco-dental
- Detectar posibles alteraciones del pezón, patología inflamatoria o tumoral de la mama: examen de mamas.
- Descartar cáncer de cuello, lesiones precursoras y evaluar la competencia cervical: examen genital, colpocitología oncológica, colposcopia.
- Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal: determinación del grupo sanguíneo y el factor Rh.
- Prevenir, detectar y tratar la anemia materna: determinar niveles de hemoglobina y tratamiento con hierro y ácido fólico.
- Descartar proteinuria, glucosuria y bacteriuria: examen de orina y urocultivo.
- Detectar Diabetes Mellitus y Gestacional: determinación de la glucemia y prueba de tolerancia oral a la glucosa.
- Brindar contenidos educativo-informativos para el parto y la crianza: preparación para el parto, asesoramiento en lactancia materna.
- Confirmar la existencia de vida fetal: pesquisar movimientos y Frecuencia Cardíaca Fetal.
- Anticipar el diagnóstico y prevenir el parto prematuro: evaluación del patrón de contractilidad uterina.
- Pesquisar alteraciones de la presión arterial: medición de la presión arterial, identificación de edemas y proteinuria.
- Descartar alteraciones del crecimiento fetal: evaluación del crecimiento por medición de la altura uterina, ganancia de peso materno, ecografía.
- Detectar precozmente el embarazo múltiple para prevenir sus complicaciones: diagnóstico de números de fetos.
- Pesquisar presentaciones fetales anormales: examen de presentación fetal.
- Detectar posibles distocias pélvicas: evaluación de la pelvis.

Diez Principios para el cuidado prenatal emitidos por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud

- 1.** Ser no-medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto a partir de la utilización de un conjunto mínimo de intervenciones y aplicando el menor nivel posible de tecnología.
- 2.** Estar basado en el uso de tecnología apropiada. Esto se define como un conjunto de acciones que incluyen métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico y tendiente a reducir el uso de tecnología compleja o sofisticada, cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o mejores.
- 3.** Estar basado en las evidencias, lo que significa ser avalado por la mejor evidencia científica disponible.
- 4.** Estar regionalizado, basado en un sistema eficiente de referencia desde centros del primer nivel de atención hasta niveles de tercer nivel de atención.
- 5.** Ser multidisciplinario, con la participación de profesionales de la salud como Obstétricas, Obstetras, Neonatólogos, Enfermeras, Educadores, Trabajadores Sociales, etc.
- 6.** Ser integral; es decir, que tenga en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus niños y sus familias, y no solamente un cuidado biológico.
- 7.** Centrado en la familia, dirigido a las necesidades de la mujer, su pareja y su hijo.
- 8.** Ser apropiado, es decir, que tenga en cuenta las diferentes pautas culturales.
- 9.** Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
- 10.** Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Estos Principios deben aplicarse tanto en el cuidado del embarazo, como en la atención de todos los nacimientos.

Acciones a implementar

Enfoque de riesgo perinatal

Para implementar las actividades de normalización del control prenatal dirigido a las mujeres con embarazos de bajo riesgo, es necesario un instrumento que permita identificarlas. Este objetivo se logra al constatar la presencia o ausencia de factores de riesgo. El enfoque de riesgo se fundamenta en el hecho de que no todos los individuos tienen la misma probabilidad o riesgo de padecer un daño determinado, sino que para algunos, dicha probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidados que va desde un mínimo para las mujeres con bajo riesgo o baja probabilidad de presentar un daño, hasta un máximo, solo necesario para aquellas con alta probabilidad de sufrir problemas vinculados al proceso reproductivo. La evaluación del riesgo no es una tarea sencilla. El concepto de riesgo es fundamentalmente probabilístico y la cadena que asocia un factor de riesgo con un daño no siempre está definida. En algunos, por ej.: el daño muerte fetal, deriva claramente de un factor; en otros, la relación es mucho más difícil de establecer por desconocimiento del factor o factores intervinientes o por dificultad en establecer el peso individual de cada uno de ellos, cuando el problema es multifactorial.

Los primeros sistemas de evaluación de riesgo fueron elaborados sobre la base de la observación y la experiencia de sus autores, y solo recientemente han sido sometidos a evaluaciones, persistiendo dudas sobre su eficacia como discriminador del mismo. Los sistemas basados en puntajes adolecen todavía de exactitud respecto del valor asignado a cada factor y a las asociaciones de ellos, y hay grandes variaciones de acuerdo a su aplicación a individuos o poblaciones. Deberían elaborarse en cada lugar, luego de conocer el real peso que tienen localmente los factores. El uso simple de listados, permite separar a las embarazadas en dos grupos. Existen características cuya presencia en la embarazada la califican de alto riesgo y la excluyen del control prenatal de bajo riesgo. Esto es imprescindible para la toma de decisiones sobre estudios ulteriores, la frecuencia de los controles y la derivación oportuna al nivel de complejidad correspondiente.

Debemos asegurar que todas las instituciones donde se producen nacimientos sean capaces de resolver las emergencias que pueden ocurrir. En más de la mitad

de los nacimientos en los que se presenta alguna complicación, no existen factores de riesgo previamente establecidos, por lo que deben asegurarse las **Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE)** propuestas por la Organización Mundial de la Salud:

- Quirúrgica y procedimientos obstétricos: poder realizar cesáreas, reparación de desgarros vaginales altos, cervicales y rotura uterina, histerectomía, ectópico, fórceps, ventosa, extracción de la placenta, legrado por aborto incompleto.
- Anestésica: general y regional.
- Transfusión de sangre segura: determinar grupo y factor Rh, prueba cruzada, contar con banco de sangre o reserva renovable.
- Tratamientos médicos para resolver el shock, sepsis, eclampsia.
- Asistencia neonatal inmediata: recepción y reanimación cardiopulmonar, control térmico.
- Evaluación del riesgo materno y neonatal: listado de factores de riesgo obstétrico y neonatal para la derivación al nivel de complejidad adecuado.
- Transporte oportuno al nivel de referencia: teléfono, radio y vehículo permanente.

Identificación de factores de riesgo

Listado de Factores de Riesgo que deben ser evaluados en todas las embarazadas:

Condiciones socio-demográficas

- Edad < de 17 años o > de 35 años.
- Desocupación personal y/o familiar.
- Analfabetismo.
- Desnutrición.
- Obesidad.
- Dependencia de alcohol, drogas ilícitas y abuso de fármacos en general.
- Tabaquismo.
- Violencia Domestica

Antecedentes obstétricos

- Muerte perinatal en gestación anterior.
- Antecedente de recién nacido con malformaciones del tubo neural.
- Amenaza de parto prematuro en gestas anteriores.
- Recién nacido con peso al nacer < de 2500 g, igual > a 4000 g.
- Aborto habitual o provocado.
- Cirugía uterina anterior.
- Hipertensión.
- Diabetes gestacional en embarazos anteriores.
- Nuliparidad o multiparidad.
- Intervalo intergenesico < de 2 años

Patologías del embarazo actual

- Desviaciones en el crecimiento fetal.
- Embarazo múltiple.
- Oligoamnios/ polihidramnios.
- Ganancia de peso inadecuada.
- Amenaza de parto pretermino o gestación prolongada.
- Preeclampsia.
- Hemorragias durante la gestación.
- Ruptura prematura de membranas ovulares.
- Placenta previa.
- Diabetes gestacional.
- Hepatopatías del embarazo
- Malformaciones fetales.
- Madre con factor RH negativo con o sin sensibilización.
- Óbito fetal.
- Enfermedades Infecciosas: TBC, Sífilis, HIV; Rubeola; Citomegalovirus, Parvovirus B19; Varicela, Herpes Genital, HPV, Hepatitis A, B y C, Chagas, Toxoplasmosis Aguda.

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.

- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas.

Clasificación de riesgo en la atención prenatal

De acuerdo al enfoque de riesgo, la atención o control prenatal ubica a la población en dos grupos de riesgos:

Embarazadas de bajo riesgo: son aquellas que evaluadas integralmente, presentan los criterios de condiciones óptimas para el bienestar de la madre y el feto y no se evidencian en ellas factores epidemiológicos de riesgo, antecedentes de patología gineco-obstétrica perinatal o general, patología intercurrente, pérdidas reproductivas o embarazo no deseado.

Embarazadas de alto riesgo: aquellas en las que se cumplen los siguientes factores:

- Edad: menos de 18 años y mayores de 35 años.
- Paridad: IV gestaciones y más.
- Intervalo intergenésico: menos de 24 meses entre uno y otro embarazo.
- Patologías del embarazo: el antecedente personal y familiar o la presencia de alguna patología en el embarazo determina el riesgo.
- Condiciones socioeconómicas. La presencia de uno o más factores tales como analfabetismo materno, pobreza crítica, unión inestable, entre otros, determinan el riesgo.

Embarazadas de alto riesgo, Tipo I: se encuentran en buenas condiciones de salud, pero presentan uno o más factores de riesgo de tipo epidemiológico y/o social:

- Analfabetismo
- Pobreza crítica
- Vivienda no accesible al establecimiento de salud
- Unión inestable
- Trabajo con esfuerzo físico
- Stress

- Tabaquismo, alcohol, otras drogas
- Embarazo no deseado
- Control prenatal tardío
- Edad materna menor de 18 y mayor de 35 años
- Talla menor de 150 centímetros
- Peso materno menor de 45 Kg u obesidad
- Paridad mayor de IV
- Intervalo intergenésico menor de 2 años y mayor de 5 años.

Patologías maternas previas al embarazo

- Cardiopatías.
- Neuropatías.
- Endocrinopatías.
- Hemopatías.
- Hipertensión arterial.
- Epilepsia.
- Enfermedades Infecciosas.

Embarazadas de alto riesgo, Tipo II: aquellas que se encuentran en buenas condiciones de salud pero presentan uno o más antecedentes de patología gineco-obstétrica, perinatal o general, con o sin morbilidad materna y/o perinatal:

- Bajo peso al nacer
- Peso inadecuado para la edad gestacional
- Fetos gigantes
- Malformaciones congénitas fetales
- Trauma y/o infección fetal
- Retardo mental
- Parálisis cerebral
- Madre Rh (-) no sensibilizada
- Edad gestacional desconocida
- Parto prematuro
- Embarazo prolongado
- Preeclampsia o eclampsia
- Cesárea anterior

- Ruptura prematura de membranas
- Distocias dinámicas
- Hemorragias obstétricas
- Mola hidatiforme
- Accidentes anestésicos
- Trastornos neurológicos periféricos.

Embarazadas de alto riesgo, Tipo III: son las embarazadas de mayor riesgo y las que ameritan la atención más especializada. Se dividen en dos subtipos:

- Cuando la gestación ocurre con patología gineco-obstétrica y/o fetal;
- Cuando la gestación ocurre con patología general, que afecta la salud materna y/o fetal con o sin antecedentes de morbilidad materna y/o mortalidad perinatal.

Niveles de atención integral a la embarazada

Crterios de riesgo	Niveles de atención	Actividades
Alto riesgo	Nivel III	Atención especializada del equipo de salud.
	Hospital II, III, IV	Apoyo de alta tecnología. Cuidados intensivos perinatales. Exámenes clínicos y paraclínicos de alta complejidad.
Bajo riesgo	Nivel II	Atención especializada del equipo de salud. Exámenes clínicos de mediana complejidad.
	Nivel I Red ambulatoria	Atención general del equipo de salud. Exámenes clínicos básicos de apoyo.

Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva (2013)

Uso de medicamentos durante el embarazo y su teratogenicidad*

Penicilina A	Naproxeno B	Diazepan D	Teofilinas C
Ibuprofeno B	Nitrofurantoina B	Efedrina C	Ácido Valproico D
Amilorid B	Nistatina B	Etambutol C	Fenitoina D
Carbenicilina B	Fenobarbital B	Estreptomicina C	Heparina D
Cefaclor B	Sulfonamidas B	Furocemida C	Hidroclorotiazida D
Cefazolina B	Amikacina C	Gentamicina C	Hidroclorotiazida D
Clindamicina B	Aminofilina C	Isoniazida C	Litio D
Digital B	Amoxicilina C	Metildopa C	Metimazol D
Eritromicina B	Aspirina C	Nadolol C	Propiltiuracilo D
Hidralazina B	Betametasona C	Propanolol C	Dicumarol X
Insulina B	Carbamacepina C	Prednisolona C	Metotrexate X
Lincomicina B	Cloranfenicol C	Rifampicina C	Warparina X
Meperidina B	Clorpromazina C	Tetraciclinas C	
Morfina B	Dexametasona C	Tetraciclinas C	

Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva (2013)

The Food and Drug Administration (FDA) ha establecido cinco (5) categorías (A, B, C, D, X) que indican el potencial de la droga para causar efectos adversos. La etiqueta describe la información apropiada de la categoría que ha sido clasificada una droga sistemáticamente absorbida y que debe ser administrada durante el embarazo.

Categoría A: Se aplica a las drogas donde estudios bien controlados efectuados en mujeres no mostraron un riesgo para el feto. Sin embargo deberían ser usadas durante el embarazo cuando son estrictamente necesarias.

Categoría B: Indica:

- 1) Que los estudios realizados en animales no han demostrado un riesgo fetal pero que no se han efectuado estudios adecuados en mujeres.
- 2) Que los estudios en animales han demostrado cierto riesgo que no fueron confirmados en estudios en mujeres y animales.

Categoría C: Indica que los estudios efectuados en animales han revelado efectos adversos en el feto y no se han realizados estudios de control adecuados en mujeres y/o no se han llevado estudios en mujeres y animales.

Categoría D: Incluye las drogas que en los experimentos con humanos han demostrado asociación con defectos en el nacimiento, pero que los beneficios potenciales de las drogas pueden ser aceptados a pesar de su riesgo conocido. Cuando se administra una droga de categoría D a una embarazada, ésta debe ser informada sobre el riesgo potencial para el feto.

Categoría X: Incluye las drogas sobre las que han demostrado anomalías fetales en animales y humanos y cuyo riesgo potencial supera visiblemente los beneficios potenciales. Dichas drogas están contraindicadas definitivamente durante el embarazo.

Tecnología básica para el control prenatal.

- Gestograma
- Cinta obstétrica
- Estetoscopio de Pinard
- Historia Clínica Perinatal
- Carnet Perinatal
- Otros: peso-tallímetro, tensiómetro, estetoscopio, termómetro, espéculo, etc.

Cronología de actividades para las consultas prenatales de bajo riesgo

Las actividades para el control prenatal deben estar dispuestas en un cronograma elaborado de acuerdo a la oportunidad en que deben ser realizadas a lo largo del embarazo. En cada consulta debe confluír la mayor cantidad de

actividades con la finalidad de reducir el número de controles al mínimo útil, siempre que las características del embarazo continúen siendo de bajo riesgo.

El esquema de seis (6) Consultas, será de la siguiente manera:

- 1ª Consulta: en el transcurso de las primeras 13 semanas.
- 2ª Consulta: entre las 15 - 18 semanas
- 3ª Consulta: entre las 22 - 24 semanas
- 4ª Consulta: entre las 27 - 29 semanas
- 5ª Consulta: entre las 33 - 35 semanas
- 6ª Consulta: entre las 38 - 40 semanas

Después de las 38 semanas de gestación se requiere efectuar controles prenatales semanales con el objeto de detectar, prevenir y tratar factores que aumenten el riesgo materno perinatal en este periodo, evitando de esta forma el embarazo cronológicamente prolongado. La atención del control prenatal se realizará hasta las 41 semanas inclusive, en las unidades de bajo riesgo, de tal manera que el control siguiente se hará en un servicio de alto riesgo obstétrico (tercer nivel de atención) donde se garantice el uso de la tecnología apropiada para la vigilancia del feto y la madre.

CONSULTA	Consulta Preconcep	Antes de las 20 Sem 1ª visita	Entre las			
			22 y 24 Sem 2ª visita	27 y 29 Sem 3ª visita	33 y 35 Sem 4ª visita	38 y 40 Sem 5ª visita
Calculo de la Edad Gestacional		X	X	X	X	X
Historia Médica y Evaluación de Riesgo	X	X	X	X	X	X
Examen Clínico completo	X	X	X	X	X	X
Peso corporal	X	X	X	X	X	X
Talla	X	X	X	X	X	X
Medida de la tensión arterial	X	X	X	X	X	X
Suplementación con hierro y ácido fólico	X	X	X	X	X	X
Examen Ginecológico, Papanicolaou y colposcopia	X					

Cárdenas, M (2016)

CONSULTA	Consulta Preconcep	Antes de las 20 Sem 1ª visita	Entre las			
			22 y 24 Sem 2ª visita	27 y 29 Sem 3ª visita	33 y 35 Sem 4ª visita	38 y 40 Sem 5ª visita
Detección de ETS y Vaginosis Bacteriana	X	X				
Detección de Sífilis	X	X			X	
Detección de VIH con consentimiento informado	X	X				
Detección de Hepatitis B	X	X				
Detección de Chagas	X	X				
Detección de Toxoplasmosis	X	X				
Medida de la altura uterina		X	X	X	X	X
Diagnostico de vitalidad fetal		X	X	X	X	X
Determinar Grupo y Factor Rh (si no fue determinado en la consulta preconcepcional se reiterara el pedido en la primer consulta prenatal)	X	X				
Aplicación de gamma globulina Anti D (en pacientes Rh no sensibilizadas- recomendación entre las semanas 28 a 32)				X		
Detección de Hemoglobina	X	X		X		
Detección de Glucemia para descartar Diabetes	X	X				
Orina completa		X			X	
Cultivo de orina		X			X	
Examen odontológico		X				
Examen mamario	X	X	X	X	X	X
Estudio ecográfico	X	X			X	
Descartar embarazo múltiple		X				
Preparación Integral para la Maternidad/Paternidad				X	X	X

Cárdenas, M (2016)

CONSULTA	Consulta Preconcep	Antes de las 20 Sem 1ª visita	Entre las			
			22 y 24 Sem 2ª visita	27 y 29 Sem 3ª visita	33 y 35 Sem 4ª visita	38 y 40 Sem 5ª visita
Recomendaciones para la detección de signos de alarma	X	X	X	X	X	X
Asesoramiento en Lactancia Materna	X	X	X	X	X	X
Consejería sobre Métodos Anticonceptivos				X	X	X
Actividades para reducir el tabaquismo	X	X	X	X	X	X
Descartar presentación pelviana						X
Evaluar capacidad pelviana y relación feto-pélvica						X
Detección de Estreptococo Grupo B Agalactiae (se solicita cultivo entre las 35 y 37 semanas de edad gestacional)					X	

Cárdenas, M (2016)

Actividades específicas

1. Diagnóstico de Embarazo

El diagnóstico de embarazo se basará en los clásicos signos de presunción, probabilidad y certeza.

Signos de presunción

- Estos signos son inconstantes, variables, pueden faltar o ser muy atenuados. Aparecen al final de la 4ª semana de embarazo y desaparecen alrededor de la 18ª semana. Se trata de manifestaciones subjetivas y objetivas: sialorrea, vómitos, modificaciones del apetito y del gusto, aversión a ciertos olores, irritabilidad, preocupación, tristeza, ciclos alternados de alegría y melancolía, mareos, lipotimias, somnolencia, desgano, polaquiuria, modificaciones en las mamas (turgencia), etc.

Signos de probabilidad

- Amenorrea: ante cualquier mujer en edad fértil, sana y con periodos regulares que presente un atraso en la aparición de la menstruación, debe pensar que está embarazada. Es un hecho importante que orienta en la mayoría de los casos hacia el diagnóstico, pero con la condición de que los ciclos hayan sido antes normales, es decir, con sus características habituales de periodicidad, duración y aspecto.
- Modificaciones Uterinas: el tacto por vía vaginal combinado con la palpación externa permite reconocer los signos más seguros. La forma del útero se hace más globulosa, los fondos de sacos vaginales se hacen convexos (signo de Noble-Budin) y su consistencia disminuye (reblandecimiento).

Signos de certeza

- Detección de Sub-unidad Beta de la HCG (Gonadotropina Corionica Humana): es detectable aun antes de la nidación y es exclusivamente producida por el sinciotrofoblasto, con lo que evitan reacciones cruzadas con otras hormonas. Constituye el método de diagnóstico más precoz y sensible.
- Visualización fetal: la ecografía transvaginal permite diagnosticar el embarazo a la 4ª semana de la fecha de la última menstruación, visualizándose el saco gestacional, a la 5ª semana el embrión y a la 6ª semana la actividad cardíaca.
- Palpación abdominal: en la segunda mitad de la gestación la palpación del abdomen permitirá reconocer el tamaño, consistencia y desviaciones del útero grávido, apreciar las contracciones y los movimientos del feto y hacer el diagnóstico tanto de la colocación fetal (actitud, situación, presentación) como del número de fetos.
- Detección de latidos fetales: debe estudiarse su frecuencia, intensidad, ritmo y localización, pueden identificarse a través del Estetoscopio Obstétrico de Pinard o detectores Doppler.

2 Cálculo de la Edad Gestacional

Se efectuara tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se utilizaran para el cálculo las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma. De

ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho calculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la edad gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.

Métodos para el cálculo de la edad gestacional	
Uso del calendario	Es el método más preciso en las mujeres con ciclos menstruales regulares y que últimamente, no hayan estado tomando anticonceptivos. Esto supone conocer la fecha de la última menstruación.
Uso del Gestograma o Disco Obstétrico	Se debe ubicar la flecha roja en el primer día de la regla, la fecha corresponde a la edad gestacional.
Evaluación del tamaño uterino	El examen uterino bimanual antes de las 16 semanas de gestación, provee un dato de gran valor para determinar la edad gestacional (cuando se desconoce la última regla)
Antropometría ecográfica	Su aplicación está basada en la relación que existe entre amenorrea, desarrollo anatómico del feto y la medida de ciertos segmentos fetales. Cuanto más temprana se realice, se obtiene mayor precisión. Se mide: Longitud máxima céfalo-caudal (parámetro más fiel); Diámetro biparietal y Longitud del fémur.

Cárdenas, M (2016)

3 Aplicación de Tecnologías Apropriadas

3.1 Gestograma

Esta tecnología de apoyo facilita, a partir de la fecha de ultima menstruación, calcular la edad gestacional y del recién nacido, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial y de las contracciones uterinas. También recuerda las medidas antropométricas fetoneonatales ecográficas.



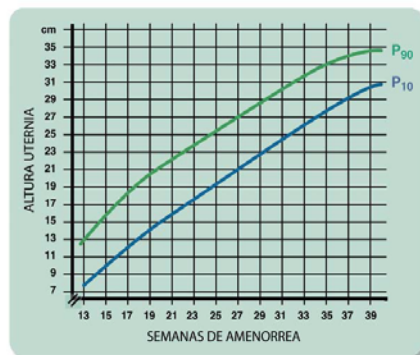
3.2 Cinta obstétrica

La medición de la altura uterina es un método sencillo y accesible para todos los niveles de atención y debe realizarse en cada control a partir del segundo trimestre (Lindhard, 1990). La cinta métrica debe ser flexible e inextensible. Se realiza con la embarazada en decúbito dorsal, el extremo de la cinta en el borde superior del pubis, dejándola deslizar entre los dedos índice y mayor hasta alcanzar con el borde de la mano el fondo uterino. La medida seriada de la altura uterina durante el control prenatal permite verificar el crecimiento fetal normal y detectar posibles desviaciones. Para ello se diseñó una curva de altura uterina en función de la Edad Gestacional (Fescina et al, 1983; Fescina et al, 1984; Lindhard et al, 1990 a).

Cintaobstétrica



Curva de altura uterina en función de la edad gestacional



Se considera un incremento normal cuando la medida se encuentra entre los percentiles 10 y 90 de dicha curva. Cuando los datos de amenorrea son confiables y se descarta la posibilidad de feto muerto y oligoamnios, la medida de la altura uterina permite diagnosticar un crecimiento intrauterino retardado con una sensibilidad del 56% y una especificidad del 91%. Para diagnosticar macrosomía fetal una vez descartada la gestación múltiple, polihidramnios y miomatosis uterina, la sensibilidad es de 92% y la especificidad de 72%.

Cálculo de la fecha probable del parto.

La fecha probable del parto se ha estimado sobre la base de la duración promedio de un embarazo normal (280 días o 40 semanas de gestación a partir de la FUR).

Métodos para el cálculo: Gestograma. Regla de Naegele (más usada).

Se le agregan 7 días al primer día de la última menstruación y se retrocede 3 meses. Ejemplos:

FUR = 07/05/16 FPP = 14/02/17

FUR = 28/06/16 FPP = 05/04/17

3.3 Historia Clínica Perinatal

Normalización del control prenatal

Para garantizar una correcta ejecución de la norma de control prenatal es imprescindible disponer de un sistema que permita registrar toda la información relevante para una correcta planificación de la atención de la embarazada y su hijo. El sistema de registro es el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de la norma y brindar los datos indispensables para su evaluación ulterior.

La Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) fue diseñada para cumplir con los siguientes objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normalizar y unificar la recolección de datos.

- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación en los centros de atención para la madre y el recién nacido.
- Ayudar a la capacitación del equipo de salud.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.
- Constituir un registro de datos de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención.

Además, cuenta con un sistema de advertencia sobre algunos factores que pueden elevar el riesgo perinatal o que requieren mayor atención, seguimiento o cuidado. Este sistema se caracteriza por destacar algunos casilleros con color amarillo. Este color se usa como código internacional de alerta. En el reverso de la HCPB aparecen listas abreviadas para la codificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, como así también un listado para la codificación de las principales indicaciones de parto operatorio o de inducción al parto, además de una lista de medicación efectuada durante el parto.

3.4 Carnet perinatal

El carnet perinatal (CP) es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, el parto y el puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que puede producirse en algún momento de estas etapas del proceso reproductivo y con ello contribuye a mejorar la calidad de la atención. Debe estar SIEMPRE en poder de la embarazada, quien lo utilizara para toda acción medica que solicite en su estado grávido-puerperal.

En 1983, el CLAP/SMR publico el Sistema Informático Perinatal (SIP) y desde entonces muchos han sido los establecimientos de salud que lo han utilizado, tanto en Latinoamérica como en el Caribe. El SIP está constituido por un grupo de instrumentos originalmente diseñados para el uso en los servicios de Obstetricia y Neonatología de instituciones que atienden mujeres y recién nacidos sanos o con complicaciones menores. Consta de un programa de computación para recoger y analizar la información clínica que se integra al proceso de atención de la salud en los diferentes niveles de complejidad; está constituido por

la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carnet perinatal (CP), el partograma y los programas para las computadoras PC.

Los objetivos del SIP son:

- servir de base para planificar la atención;
- verificar y seguir la implantación de prácticas basadas en evidencias;
- unificar la recolección de datos adoptando normas;
- facilitar la comunicación entre los diferentes niveles;
- obtener localmente estadísticas confiables;
- favorecer el cumplimiento de normas;
- facilitar la capacitación del personal de salud;
- registrar datos de interés legal;
- facilitar la auditoria;
- caracterizar a la población asistida;
- evaluar la calidad de la atención;
- categorizar problemas;
- realizar investigaciones epidemiológicas.

El SIP permite que, en la misma maternidad, los datos de la HC puedan ser ingresados a una base de datos y así producir informes locales. A nivel nacional o regional, las bases de datos pueden ser consolidadas y analizadas para describir la situación de diversos indicadores en el tiempo, por áreas geográficas, u otras características poblacionales específicas. En el nivel central, se convierte en un instrumento útil para la vigilancia de eventos materno-neonatales y para la evaluación de programas nacionales y regionales

3.5 Fichero cronológico

El fichero cronológico es de gran utilidad para la programación de la atención. Permite identificar a las embarazadas que deberían concurrir al control de salud y una rápida visualización de las gestantes de riesgo. Es la herramienta fundamental para la organización de distintas estrategias de captación de estas pacientes. En casos de deserción de los controles del embarazo, el rescate se realizara a través de los Profesionales Sanitarios o recurriendo a las redes sociales como representantes de salud comunales, promotores de salud, etc., debiendo

establecerse una fuerte articulación entre el profesional de la salud y estas representantes de la comunidad.

4 Evaluación Clínica Obstétrica

Se ha de tener en cuenta que puede tratarse de la primera vez que la mujer se pone en contacto con el equipo de salud. En consecuencia, se pondrá énfasis sobre la transmisión de los contenidos de educación para la salud, como tarea preventiva. La evaluación clínica general permitirá la detección de probables patologías actuales o previas, que puedan complicar la evolución del embarazo o resultar agravadas por el mismo, requiriendo un control más especializado. Dicho examen consiste en:

4.1 Anamnesis

Con el interrogatorio comienza el examen clínico de toda gestante. Por las consecuencias administrativas y legales y por la asociación que algunos factores tienen con el riesgo perinatal, una correcta anamnesis de incluir:

- Identificación de la gestante.
- Condición socio-educacional.
- Antecedentes obstétricos
- Antecedentes familiares.
- Antecedentes personales.
- Examen físico:
 - Inspección de piel, mucosas, hidratación, cianosis, etc.
 - Inspección de los miembros inferiores (varices, edemas).
 - Palpación abdominal, puno percusión lumbar.
 - Auscultación cardiaca. Detección de cardiopatías.
 - Tensión arterial, pulso y temperatura.
 - Medidas de talla y peso.

4.2 Importancia del control de la Tensión Arterial

Durante las visitas preconcepcional y de embarazo, es necesario el control de la tensión arterial en todas las consultas, ya que la mayoría de las mujeres será inicialmente asintomática. Los trastornos hipertensivos complican alrededor del 10% de los embarazos. Sus formas severas (preeclampsia y eclampsia) representan alrededor del 4,4% de todos los nacimientos. En el caso de algunos países en vías de desarrollo y en situaciones de desventaja (África), puede

alcanzar una incidencia cercana al 18% (WHO 2002). El término hipertensión en el embarazo (o estado hipertensivo del embarazo) describe un amplio espectro de condiciones cuyo rango fluctúa entre elevaciones leves de la tensión arterial y la hipertensión severa con daño de órgano blanco y grave morbilidad materno-fetal.

La consideración más importante en la clasificación de la hipertensión en el embarazo reside en diferenciar los desórdenes hipertensivos previos al embarazo, de los trastornos hipertensivos propios del embarazo, particularmente la preeclampsia. También se debe tener en cuenta que la hipertensión puede estar presente antes del embarazo y, no obstante, ser diagnosticada por primera vez en el curso del mismo. Además, la hipertensión puede hacerse evidente durante el trabajo de parto o en el postparto.

En el pasado se ha recomendado usar como criterio diagnóstico todo incremento de 30 mmHg en la tensión arterial sistólica y/o 15 mmHg en la diastólica, incluso si los valores absolutos están debajo de 140/90 mmHg. Aunque para algunos este aumento es suficiente para diagnosticar hipertensión mientras que para otros no lo es, su presencia obliga a un seguimiento y un control mucho más estrictos (Working Group 2000).

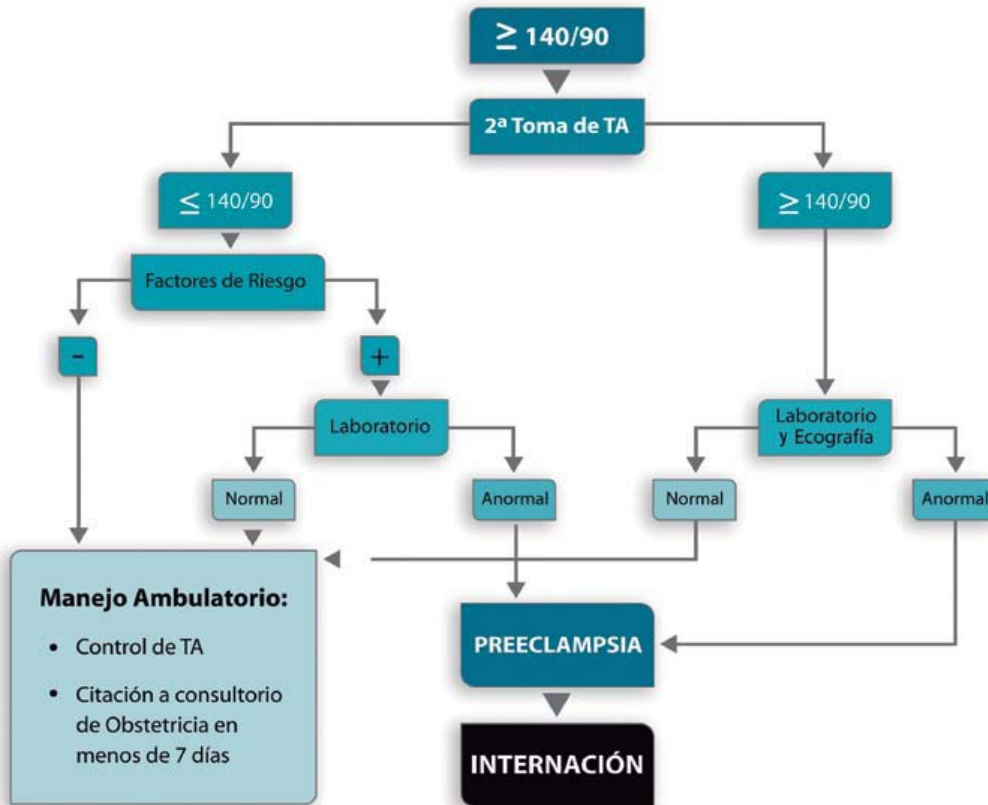
Valores normales de Tensión Arterial en embarazadas

El nivel promedio de la Tensión Arterial normal durante el embarazo es de 116 +/- 12 y 70 +/- 7 (Sistólica y diastólica respectivamente) (Voto 1987, 1993).

Recomendaciones para la medición de la Tensión Arterial

1. La toma debe realizarse con la paciente sentada, con el brazo extendido a la altura del corazón.
2. Debe utilizarse un manguito apropiado, que cubra 1,5 veces la circunferencia del brazo. Las pacientes con sobrepeso usualmente no tienen presión sanguínea más alta si no que los manguitos pequeños causan lecturas falsamente altas. En esos casos es necesario utilizar un manguito grande.
3. Para la medición de la tensión diastólica debe utilizarse el 5o ruido de Korotkoff, correspondiente al momento en el que deja de escucharse el sonido del pulso. (López 1994).
4. Si hay diferencias en la toma de ambos brazos, debe considerarse el registro mayor. Ese brazo debe ser el utilizado en tomas posteriores.

5. La medición de Tensión Arterial diaria (automonitoreo), en pacientes instruidas en la técnica, podría ser de utilidad.



4.3 Examen obstétrico

4.3.1 Diagnóstico de la vitalidad fetal

La metodología empleada para diagnosticar la vitalidad fetal dependerá de la edad gestacional. A partir de la 6a semana, se puede confirmar la actividad cardiaca embrionaria por ecografía transvaginal. A partir de la semana 14a, puede comenzar a detectarse en forma externa por medio de un estudio Doppler. A partir de las semanas 20a a 25a, se lo puede detectar por medio de la auscultación con el estetoscopio de Pinard. La frecuencia cardiaca fetal oscila entre los 110 y 160 latidos por minuto. Entre las 18a y 20a semanas de gestación la madre puede comenzar a percibir los movimientos fetales.

4.3.2 Diagnóstico de presentación fetal

La presentación fetal se define a partir de la parte del feto que se encuentra en contacto con la pelvis materna, capaz de desarrollar un mecanismo de parto. Puede ser la cabeza fetal (presentación cefálica) o pueden ser las nalgas (presentación pelviana). En caso de ser el hombro del feto, la presentación se denomina situación transversa y no podrá terminar espontáneamente en parto por vía vaginal.

Presentación podálica

La frecuencia de la presentación podálica, en embarazadas de término, con feto único, de peso igual o mayor a 2500 g. varía entre 2,5% y 3% de los partos. Circunstancias que aumentan la frecuencia de presentación podálica:

- Parto de pretermino.
- Embarazo múltiple.
- Polihidramnios.
- Placenta previa.
- Malformaciones fetales (anencefalia-hidrocefalia).
- Malformaciones uterinas.

Situación transversa

Su frecuencia es menor a 1 cada 200 partos. Se asocia con las mismas circunstancias que la presentación podálica y, si queda librada a su evolución espontánea, al cabo del embarazo termina en una rotura uterina, con alto riesgo de muerte materna y fetal.

Maniobras de Leopold para diagnosticar la colocación del feto en el útero ⁸

• Primera maniobra de Leopold

Quien examina, dando frente a la cara de la embarazada, hunde los bordes cubitales de ambas manos en la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero. Con esta maniobra, además de apreciar la altura del útero, se palpa el polo que ocupa el fondo uterino. El polo pelviano es grande, blanduzco, desigual y reductible y en el alternan partes blandas y duras, sin peloteo. El polo cefálico, por el contrario, es redondeado, liso, irreductible, duro y pelotea.



• **Segunda maniobra de Leopold**

Palpando los flancos, se determina situación y ubicación del dorso fetal. En la situación longitudinal, el dorso se aprecia como una superficie regularmente plana o ligeramente convexa, lisa y resistente. En el lado contrario, los miembros se localizan como pequeñas partes desiguales, movibles, que se desplazan con la palpación. En situación transversa, se palpan los polos fetales



• **Tercera maniobra de Leopold**

Permite palpar el polo presentado en la pelvis. Es una maniobra unimanual. Se abarca el polo entre el pulgar, por una parte, y el índice y el medio, por la

otra. Habitualmente, es el polo cefálico el que se ofrece a la pelvis. Esto se confirma con la maniobra de peloteo, abriendo algo la tenaza digital realizando sacudidas rápidas.



• **Cuarta maniobra de Leopold**

Colocándose de espaldas al rostro de la mujer examinada, se aplican ambas manos en el hipogastrio, deslizándolas lateralmente desde la parte inferior del abdomen hacia la profundidad de la pelvis, de modo de alcanzar y abarcar el polo inferior del feto entre la punta de los dedos de ambas manos, que tratan de aproximarse. Permite evaluar encajamiento de la presentación en la pelvis. Si los dedos se introducen en una excavación vacía, debe sospecharse una situación transversa.



Estas maniobras deben ser confirmadas en caso de dudas mediante un estudio ecográfico.

La versión externa debe ser llevada a cabo solo en aquellas pacientes que no tengan contraindicaciones. Será realizada únicamente por personal capacitado en realizar la maniobra y en un establecimiento que cumpla con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales, debido a los riesgos que implica. Contraindicaciones par realizar la versión externa

- Edad gestacional < a 38 semanas.
- Desproporción pélvico-fetal.
- Cirugías previas en el útero (cesáreas, miomectomias, etc.).
- Tono uterino elevado.
- Útero malformado o con miomas.
- Embarazo múltiple.
- Feto muerto.
- Malformaciones fetales mayores (hidro o anencefalia).
- Placenta previa.
- Oligoamnios.
- Obesidad materna.
- No contar con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales

4.4 Examen ginecológico

4.4.1 Papanicolaou y colposcopia

Un correcto examen ginecológico incluye una detenida inspección vulvar, de las paredes vaginales y del cérvix con especulo, y el tacto vaginal. Se recomienda hacer una evaluación dentro del primer trimestre de la gestación. En oportunidades, teniendo en cuenta los factores de riesgo psico-emocionales que rodean al examen ginecológico y la eventual falta de conocimiento entre la embarazada y el equipo de salud, podrá posponerse el examen hasta que se considere más apropiado.

La prueba de Papanicolaou es un método sencillo de tamizaje que permite detectar anormalidades celulares en el cuello del útero. Se extrae una muestra de células tomadas del cuello del útero y se fija en un vidrio, que es transportado a un laboratorio donde es evaluado bajo el microscopio.

El personal encargado de realizar la toma debe estar debidamente capacitado y entrenado en la técnica de la toma de Papanicolau. Se puede capacitar para esta tarea a:

- Médico/as ginecólogos/as y obstetras.
- Médicos generalistas o de familia.
- Otros profesionales médicos.
- Enfermeros/as.

La realización del Papanicolau estará de acuerdo a las normas locales. La frecuencia recomendada por el Programa Nacional de Cáncer Cervico Uterino es la realización de un Pap cada 3 años, luego de 2 Papanicolau anuales negativos consecutivos. La Colposcopia es un examen que, mediante una lente de aumento, permite localizar lesiones detectadas previamente con el Papanicolau, para ser biopsiadas y diagnosticadas definitivamente. Esta técnica debe ser realizada por un especialista con entrenamiento suficiente. El Papanicolau, la colposcopia e incluso una biopsia de las lesiones sospechosas, son los estudios de elección para identificar patología cervical, en particular el cáncer de cuello uterino y las lesiones precursoras.

4.4.2 Examen mamario

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto a todas las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar aquellas anomalías que pudieran interferir con la lactancia (pezones planos, umbilicados); descartar la existencia de alguna patología tumoral (grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones etc.) y la presencia de secreciones anómalas por el pezón.

4.5 Evaluación nutricional

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia, tanto para ella misma como para el bebe en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactara de forma negativa. Como contrapartida, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematurez, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc. La evaluación alimentario-nutricional de la mujer antes y durante el embarazo, así como la educación alimentaria pertinente deben ser practicas rutinarias incorporadas a la consulta preconcepcional y obstétrica, como herramientas para mejorar las condiciones del embarazo y el puerperio. Para ello será indispensable conocer el peso

preconcepcional y la talla (o la mejor estimación posible) y realizar un seguimiento del IMC/edad gestacional según la gráfica, en cada consulta programada. También es aconsejable la evaluación de prácticas alimentarias, para detectar tempranamente los hábitos que pueden ser mejorados o corregidos, e influir positivamente sobre el estado nutricional de la mujer y el niño.

Estado nutricional de la mujer en edad fértil

- Detección de las gestantes malnutridas e incorporarlas a programas nutricionales
- Controlar el incremento de peso durante la gestación mediante la Curva Incremento de peso/semanas de amenorrea cuando la embarazada conozca su peso habitual pre-gravídico y/o peso de la captación.
- Considerar desnutrición materna con incremento de peso menor que el p 25 o el peso para la talla es menor que el p 10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el p 90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta, retención hídrica, embarazo múltiple o feto macrosómico.
- Pesquisar la malnutrición fetal y ofrecerle atención priorizada (valorando altura uterina, peso materno y evaluación ecográfica) y atender especialmente aquellas con antecedentes de nacidos de bajo peso.
- Sospechar retardo del crecimiento intrauterino (RCIU) cuando el incremento de peso materno es inferior al que corresponde al p 25 (peso para la talla menor que el p 10) o la altura uterina inferior al p 10 de sus correspondientes curvas.
- Participación activa del personal de nutrición y dietética de los establecimientos, en las actividades de educativas sobre nutrición en la mujer gestante.
- Promover conocimientos sobre nutrición de la embarazada tanto al personal de salud como a comunidad.

4.6 Evaluación odontológica

La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada, ya que no solo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse la enfermedad periodontal y las lesiones de la boca y lengua. La enfermedad periodontal es un factor de riesgo modificable. Su prevención y tratamiento permitirán mejorar la salud de la mujer y mejorar los resultados perinatales, ya que su presencia se vincula con bajo peso al nacer, parto pre-

termino, aborto, muerte fetal. Es bueno recordar que el embarazo raramente es una contraindicación para tratar las afecciones buco-dentales.

Inmunizaciones

Primera dosis de toxoide tetánico al momento de la captación y la segunda dosis de seis a ocho semanas después de recibida la primera dosis. En caso de haber recibido inmunización completa con toxoide tetánico en los últimos cinco (5) años, la cual consiste en el esquema de dos (2) dosis a intervalo de ocho (8) semanas, luego un refuerzo cada año por tres (3) años hasta completar 5 dosis en total, en este caso aplicar, un refuerzo después de la semana veinte (20) de gestación o un mes antes del parto.

Promoción y educación para la salud en la consulta prenatal

El equipo de salud debe preparar el material para ofrecer oportunidades de aprendizaje sobre el autocuidado de la salud durante el embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, en función de las necesidades identificadas. Proponemos un esquema de siete reuniones grupales. Se recomienda incluir oportunidades de aprendizaje acerca del cuidado prenatal, su importancia y el rol protagónico de la gestante y su pareja o cualquier otro miembro del grupo familiar durante cada etapa del proceso reproductivo, así como también fomentar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre:

- Hábitos de higiene personal y familiar.
- Nutrición materna.
- Embarazo normal, factores de riesgo para el embarazo.
- Preparación en psicoprofilaxis obstétrica.
- Trabajo de parto.
- Puerperio.
- Lactancia materna.
- Embarazo complicado.
- Planificación familiar post-evento obstétrico.

Objetivos específicos y actividades propuestas para la atención integral a la embarazada

Objetivos específicos

- Detectar riesgos en la población.
- Mejorar la calidad del control prenatal.
- Planificar el control prenatal de la madre.
- Fijar cronograma de las actividades del control prenatal.
- Conocer información relevante sobre el embarazo.
- Evaluar el crecimiento fetal.
- Evaluar estado nutricional.
- Pesquisar una posible incompatibilidad sanguínea materno-feto-neonatal.
- Detectar tabaquismo y otras adicciones.
- Evaluar estado clínico general, adaptación al embarazo y posible patología en curso.
- Detectar posibles alteraciones del pezón y patología tumoral de la mama.
- Detectar procesos sépticos dentales para su tratamiento.
- Confirmar el embarazo.
- Confirmar la existencia de vida fetal.
- Anticipar el diagnóstico y la prevención del parto prematuro.
- Detectar precozmente patología ginecológica.
- Detectar infecciones de transmisión sexual y del tracto genital.
- Detectar, prevenir y tratar anemia materna.
- Descartar proteinuria, glucosuria y cuerpos cetónicos en la orina.
- Identificar y tratar infecciones urinarias.
- Pesquisar hipertensión y/o hipertensión inducida.
- Detectar el embarazo múltiple.
- Descartar diabetes mellitus.
- Detectar presentación fetal anormal.
- Detectar posibles distocias pélvicas.

Actividades

- Utilización de tecnologías apropiadas.
- Empleo de un sistema informático prenatal.
- Anamnesis.
- Evaluación de riesgo perinatal.
- Determinación de la edad gestacional y fecha probable del parto.

- Investigación del peso pregestacional y medición de la talla materna, ganancia de peso y altura uterina durante la gestación. Complementar con estudios ecográficos.
- Vacunación con toxoide tetánico.
- Determinación del grupo sanguíneo y del factor Rh.
- Interrogatorio sobre tabaquismo, alcohol y uso y abuso de otras drogas.
- Examen clínico integral.
- Examen de las mamas.
- Examen odontológico.
- Examen gineco-obstétrico, signos de probabilidad y certeza de embarazo.
- Examen clínico integral y diagnóstico de vida fetal.
- Evaluar el patrón de la contractilidad uterina (frecuencia, duración, intensidad).
- Examen genital.
- Papanicolaou-colposcopia. Prevención, detección y tratamiento.
- Hemoglobina, administración de hierro y ácido fólico.
- Examen de orina. Determinación de proteinuria, urocultivo y antibiograma.
- Determinación de la presión arterial.
- Diagnóstico del número de fetos. Antecedentes.
- Determinar glicemia y tolerancia glucosada.
- Diagnóstico de la presentación fetal.
- Examen y evaluación de la pelvis.

Referencias

1. Burroughs Arlene y Leifer Gloria. **Enfermería Maternoinfantil**. México. Editorial McGraw – Hill Interamericana.
2. Dickason Elizabeth, Silverman Bonnie y Schult Martha. **Enfermería Maternoinfantil**. España. Mosby/Doyma Libros.
3. Didona Nancy, Marks Margaret y Kumm Rhonda. **Enfermería Maternal**. México. Editorial McGraw – Hill Interamericana.
4. Esguerra, Carmen Rosa. **Atención de Enfermería en la Etapa Prenatal**. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

5. NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Primera edición: Noviembre 2013 ©Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia–UNICEF Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA
6. Lowdermilk Deitra, Perry Shannon y Bobak Irene (2012). **Enfermería Materno Infantil (tomo I)**. España. Editorial Océano.
7. Junta de Andalucía. Embarazo, parto y puerperio: proceso asistencial integrado, 2ª ed. Sevilla: Consejería de Salud, 2014.
8. Darren F, Donald J. D. Fetal Assessment During Pregnancy. Division of Maternal – Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Texas Health Science Center at San Antonio. 2014
9. Fescina RH; De Mucio B; Díaz Rossello JL; Martínez G; Abreu M; Camacho V; Schwarcz R. Salud sexual y reproductiva - Guía para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en APS. Organización Panamericana de la Salud. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva-CLAP/SMR Montevideo - Uruguay Publicación Científica No 1562– 2013.
10. Larguia M, González MA, Solana C, Basualdo MN, Di Pietroantonio E, Bianculli P, Esandi ME. Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] Conceptualización e Implementación del Modelo. Primera edición, Marzo 2011.
11. Lawrence D, Devoe MD. Antenatal fetal Assessment: Contraction Stress Test, Nonstress Test, Vibroacoustic Stimulation, Amniotic Fluid Volume, Biophysical Profile, and Modified Biophysical Profile--An Overview: Semin Perinatol 2008; 32:247-252

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería

“Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



Cuidados en el proceso del parto

María Hilda Cárdenas

Cuidados en el proceso del parto

María Hilda Cárdenas

En la antigüedad el parto era atendido por un grupo de mujeres expertas en esa tarea, llamadas las comadronas. El recinto donde ocurría esto era vedado a los hombres. Con el paso de los años el progreso de la medicina y los avances tecnológicos, los partos pasaron a ser institucionalizados en un ambiente aséptico y con la participación de los médicos y enfermeras capacitados para la atención de la madre, por un lado, y el recién nacido por otro.

La medicalización del embarazo y en particular la del parto, con sus condiciones prácticas rutinarias y despersonalizadas como el rasurado, enema, medicación aislamiento, la inmovilidad estricta, la episiotomía y separación de La madre e hijo está desde hace años en revisión, en la actualidad se está tratando de "humanizar" la atención y recuperar la concepción del embarazo y el parto como un proceso de salud normal y fisiológico. Hoy se fomenta la participación de la parturienta y de su pareja. A la mujer se le reconoce la necesidad de compartir con la persona que participo para que ese momento ocurra: tener un hijo y el derecho de estar acompañada por quien considera que la puede contener afectivamente.

El acompañamiento de su pareja durante el parto permite diluir la fantasía del hombre de "aquí estoy demás" o "en esto yo no entro" como que es una instancia exclusiva de la mujer, porque es la que va a parir. Con una preparación previa él puede estar y ayudar durante el parto. Para poder llegar juntos a este momento es necesario promover desde el principio del embarazo, presencia del compañero en los controles y cuidados prenatales, preparación para el parto etc.

La finalidad es que el hombre se involucre en todo sentido, no solo como espectador, y comience a ejercer su función de padre. Su presencia en el parto favorece al recién nacido desde el punto de vista de reconocimiento, cuando escucha su voz y lo olfatea, así también por su contención. Además ayudara a la madre disminuyendo la ansiedad y la fantasía en torno al parto; ella se sentirá que no está sola, con la sensación de quedar vacía después del nacimiento y estará tranquila sabiendo que el padre cuidara del bebé en la sala de recepción.

En los últimos años la idea del parto natural se ha extendido en algunos países con la vuelta del parto domiciliario, con la preparación previa adecuada y legal del lugar y de los familiares que asistirán al alumbramiento. Nos parece importante que tengamos en cuenta una serie de conductas y recomendaciones para el trabajo de parto y parto más natural. Entre otras se proponen las siguientes:¹

- Confeccionar una historia perinatal como instrumento de registro.
- Evitar el enema evacuante y el rasurado perineal.
- Promover el acompañamiento de la mujer embarazada durante el trabajo de parto y parto.
- Disminuir el número de tactos vaginales durante el trabajo de parto.
- Restringir la práctica de episiotomía
- No demorar la interacción madre – hijo – padre.

Cuidados de enfermería durante el trabajo de parto²

"El parto es un proceso mediante el cual el útero expulsa o intenta expulsar el feto, la placenta y el saco amniótico y se lleva a cabo mediante contracciones rítmicas. La presión contra el cuello uterino originada por el feto y el saco amniótico producen dilatación y borramiento, lo que facilita el paso del feto desde el útero a través del cuello y el canal de parto hasta el medio extrauterino" Al ingresar la embarazada a la sala de dilatación debe realizarse todas las actividades relacionadas con el momento del trabajo de parto para garantizar una buena calidad de atención, reduciendo los factores de morbilidad perinatal.

La enfermera a cargo de la parturienta seguirá la evolución y registrará cada procedimiento en la historia clínica.

Objetivos de enfermería en esta etapa

- Identificar los signos y síntomas que determinan el trabajo de parto normal.
- Detectar los signos y síntomas que pueden alterar el trabajo de parto normal.
- Establecer prioridades en la asistencia a la parturienta durante el trabajo de parto.
- Limitar y evitar las intervenciones innecesarias.
- Conducir a enseñar la respiración adecuada

- Procurar la presencia de la pareja o un acompañante de la parturienta

Acciones

- a) Ingresar a la parturienta al servicio de maternidad
- b) Recabar los datos para comenzar a realizar historia clínica
- c) Trasladar a la gestante y a su pareja hasta el servicio de dilatación
- d) Ayudar en la colocación de vestimenta adecuada
- e) Colocar a la parturienta en una posición cómoda y segura, preferentemente en decúbito lateral izquierdo. Mientras la bolsa de las aguas este integra, la parturienta puede deambular y adoptar un decúbito diferente. Cuando esta acostada se recomienda el decúbito lateral izquierdo por las razones de irrigación sanguínea al feto.
- f) controlar los signos vitales y el patrón actual de las contracciones

Los fenómenos comprendidos en el trabajo de parto tienden a "la adaptación de los diámetros fetales", sobre todo de aquellos de la presentación, a los de la pelvis ósea y blanda materna, por intermedio de las contracciones uterinas. Estos fenómenos se dividen en activos y pasivos

Los fenómenos activos son las contracciones y los pujos. La onda contráctil normal se caracteriza por un triple gradiente descendente. Las contracciones del útero se originan en zonas determinadas. La onda invade totalmente el útero en el término de 10 a 20 segundos, siguiendo una dirección descendente.

La dinámica de la distinta parte del útero en el momento de las contracciones:

- El sentido descendente o propagación de la onda permite que las partes altas del útero, acorten y traccionen a las que están por debajo, levantándolas. Este proceso se repite de arriba abajo hasta llegar al cuello, sobre el que ejerce la máxima tracción.
- La duración de la contracción disminuye progresivamente a medida que se aleja, logrando que todas las partes del útero alcancen el acmé de la contracción y sumen sus efectos, ejerciendo sobre el útero una fuerte tracción longitudinal y una presión excéntrica.
- La intensidad la contracción también disminuye de arriba hacia abajo; en consecuencia la contracción del cuerpo uterino que es la más intensa, distiende el segmento inferior y dilata el cuello

Esta coordinación entre las distintas partes del útero se denomina dinámica normal. Las contracciones en el trabajo de parto son periódicas y regulares, con frecuencia de 2-5 en 10 minutos, con una intensidad y duración equivalentes y la caracteriza el dolor.

Fenómenos pasivos

Son las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero. Estos fenómenos son los siguientes:

- **Ampliación del segmento inferior:** el segmento uterino inferior se puede definir como la porción del miometrio que se encuentra en la parte inferior del útero en que se encuentra el anillo fisiológico de retracción el cual se modifica durante el embarazo y trabajo de parto, y que sufre un adelgazamiento por acción de las contracciones y la presión que ejerce la presentación. Tiene una longitud de 7 a 8 cm. Pero al comenzar el periodo expulsivo puede alcanzar entre 11 a 12 cm.
- **Borramiento y dilatación del cuello.** Son los fenómenos más característicos del trabajo de parto, siendo el primero más significativo que el segundo.
- **Expulsión del tapón mucoso:** pérdida de sustancia mucosa espesa de aspecto herrumbroso que durante el embarazo ocupaba el cérvix y que se desprende con la iniciación de la dilatación.
- **Formación de las bolsas de agua:** estas ayudan de protección al feto contra gérmenes y contra la acción de las contracciones uterinas. Estas despegan y deslizan la bolsa hacia abajo, ayudando a la dilatación del cuello.
- **Ampliación del canal de parto:** corresponde a la distinción progresiva de los órganos genitales como consecuencia del descenso del feto.

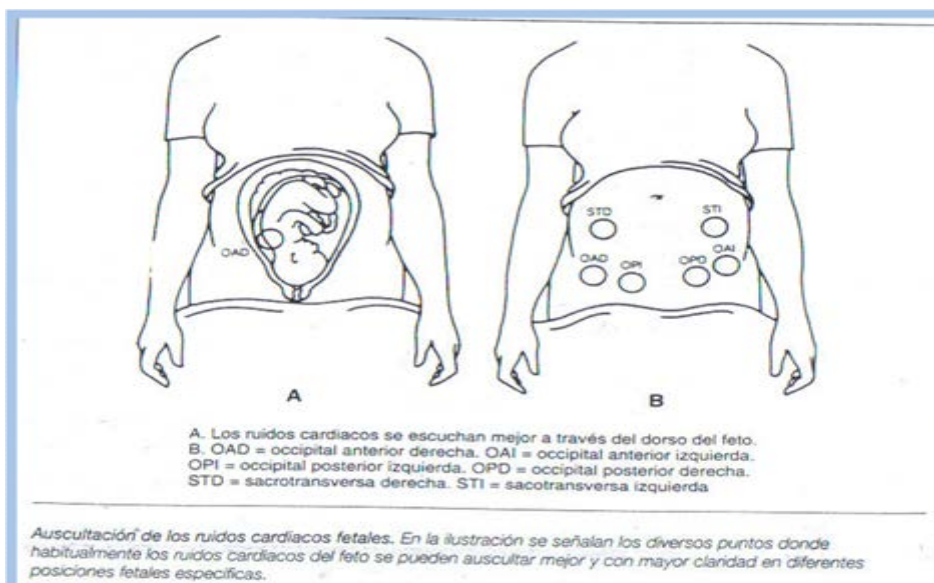
Recuerde que para confirmar el comienzo del trabajo de parto la embarazada debe tener una dilatación de 3 a 4 cm. Y que al finalizar esta etapa llegara a 10 cm que es la dilatación máxima.

- **Fenómenos plásticos del feto:** son las deformaciones que sufre el feto para ubicarse en la pelvis materna
- **Actitud fetal** la relación de todos los segmentos fetales (cabeza, tronco y extremidades) entre sí. Normalmente la actitud del feto es de flexión:
 - Cabeza flexionada sobre el tronco
 - Miembros superiores cruzados delante del tórax
 - Muslos flexionados sobre el abdomen
 - Piernas flexionadas sobre los mulos

- Situación: es la relación del eje longitudinal entre la madre y el producto.
- Presentación. Es la parte del feto que se entra y se presenta en la pelvis materna. Las modalidades de presentación dependen de la actitud fetal.
- La más común cefálica de vértice (flexión)
- Pélvica o de nalgas. Esta puede ser franca (flexión de muslos y rodillas) pelviana completa (flexión de muslos y extensión de rodillas) o pelviana incompleta (extensión de rodillas y muslos)
- Posición: es la relación que existe entre el punto de referencia fetal y el lado derecho o izquierdo de la pelvis materna.

g) Controlar la frecuencia cardiaca y la tensión arterial materna. La tensión arterial y la frecuencia cardiaca en la embarazada serán un referente durante las horas sucesivas. Reconocer las variaciones de la tensión arterial permite detectar precozmente valores de alarma en esta etapa, como también alteraciones de la frecuencia cardiaca durante la administración de oxitócica.

h) Controlar los latidos cardiacos fetales. Estos se deben mantener entre 120 – 160 latidos por minuto. El control de los latidos cardiacos fetales con estetoscopio de Pinard o por medio de un monitor captador de LCF y dinámica uterina en forma continua permite evaluar la respuesta del feto a las contracciones (monitoreo fetal)



- i) El trabajo de parto normal no produce alteraciones de la vitalidad fetal. En algunas circunstancias, cuando el útero ejerce presión sobre la cabeza del feto, se produce una desaceleración de los LCF por reflejo vagal y se recupera una vez que la contracción cede.
- j) Administración de medicamentos según prescripción médica en algunos casos se ayuda a conducir las contracciones administrando oxitócicos. La acción terapéutica de la oxicítica es estimular las contracciones uterinas, se administra en venoclisis, diluida en 500 ml de solución de dextrosa al 5%. La dosis y el ritmo de infusión incrementan según el ritmo de respuesta de la parturienta y la indicación médica.
- k) Administrar líquidos. El trabajo de parto implica el incremento y la actividad física y el aumento de pérdidas de líquido corporal (sangrado por los genitales externos, aumento de la frecuencia respiratoria- jadeo-, sudor) que pueden llevar a la deshidratación. La reposición se hará por vía parenteral u oral.
- L) Realizar tactos vaginales solo cuando sea necesario. Esto es recurso del obstetra.
- Ll) Detectar signos de alarma, por ejemplo, pérdidas vaginales, aumento de la temperatura.
- m) Higienizar y colocar apósitos estériles cada vez que se examine a la parturienta.
- n) Controlar signos vitales cada tres horas y registrar.
- ñ) Registrar ruptura prematura de membrana y sus características, en la hoja de evolución. La bolsa e aguas puede romperse de forma espontánea o artificial; en este último caso, lo realizará el obstetra para ayudar a progresar la presentación y acortar el tiempo de trabajo de parto. Cuando la gestante ingresa a la institución con la bolsa de las aguas rota es de vital importancia conocer el tiempo en horas en que se produjo porque define la conducta desde el punto de vista de riesgo de infección y de las complicaciones a que está expuesta. Las características del líquido amniótico normal son: color claro, olor a lavandina, y pH alcalino.
- o) Estimular a la parturienta realice ejercicios respiratorios en el momento conveniente; hacer participar al familiar/pareja durante los mismos
- p) Preparar a la gestante para el parto. El método psicoprofiláctico del parto facilita la conducción del trabajo de parto y disminuye el círculo temor-tensión-dolor. La enseñanza de los ejercicios respiratorios consiste en diferenciar y aplicar los que son convenientes en la etapa preexpulsiva (respiración intermitente) y los que utilizan en la etapa expulsiva y evacuante (pujos).

Como ya se comento la presencia del compañero de la mujer que va a dar a luz durante el trabajo de parto y parto afianza la relación entre ambos y favorece el vínculo con el bebé que va a nacer porque de alguna manera los dos están viviendo la misma experiencia. Cuando la pareja no está, se recomienda la presencia de algún ser querido elegido por la parturienta. Con respecto a la preparación de la gestante para el parto, le recordamos que solo se realizara el corte del vello con tijera en la región de la horquilla vulvar, con fin de reducir el riesgo de cortes, fuente de entrada de microorganismos por la piel.

Cuidados de enfermería en el parto³

Una vez completado el proceso de dilatación cervical y el descenso de la presentación, la parturienta será trasladada a la sala de partos. La asistencia comienza con la dilatación completa o completable.

Objetivos de enfermería en esta etapa

- Estimular a la parturienta durante los pujos para que se relaje y ventile adecuadamente entre las contracciones.
- Favorecer la relajación entre las contracciones
- Promover la participación activa de la gestante y de un miembro del grupo familiar que la acompañe durante la expulsión del feto.
- Establecer el contacto precoz madre e hijo y favorecer la lactancia.

Acciones

a) Colocar a la parturienta en la camilla o sillón de parto, en una posición cómoda. Se recomienda la posición sentada o semi sentada, ya que fisiológicamente es la que permite que la parturienta realice los pujos con eficacia favoreciendo el descenso y la expulsión del feto. Desde el punto de vista anatómico, permite que la expansión torácica y el descenso del diafragma sobre los órganos abdominales. Desde esta posición también se puede ver en nacimiento del bebé

b) Control de los latidos cardiacos fetales. Se considera normal el descenso de la frecuencia cardiaca hasta 100 latidos por minuto por compresión, durante la expulsión del polo cefálico.

c) Ayudar y guiar los pujos según la dinámica uterina. Durante las contracciones los pujos deben ser originados por la parte del diafragma sobre los órganos abdominales. Si la parturienta realiza la fuerza a nivel de la cara y cuello, no favorece el descenso del feto a través del canal de parto y conduce al agotamiento

de la mujer. El pujo materno espontaneo suele ser suficiente para la expulsión fetal lo que se constata por el progreso, descenso y la rotación de la presentación.

El mecanismo del parto tiene cuatro tiempos, en los que en cada etapa el feto cambia de actitud y realiza movimientos de rotación para acomodarse a los distintos diámetros y ejes de la pelvis. Esta acomodación es resultante de las fuerzas de la contracción y de los obstáculos opuestos por el canal de parto.

Descenso: desplazamiento sostenido del feto hacia abajo, producido por la presión de las contracciones uterinas

Flexión: actitud natural que se ajusta a la forma de la cavidad uterina y la resistencia del suelo pélvico durante el trabajo de parto.

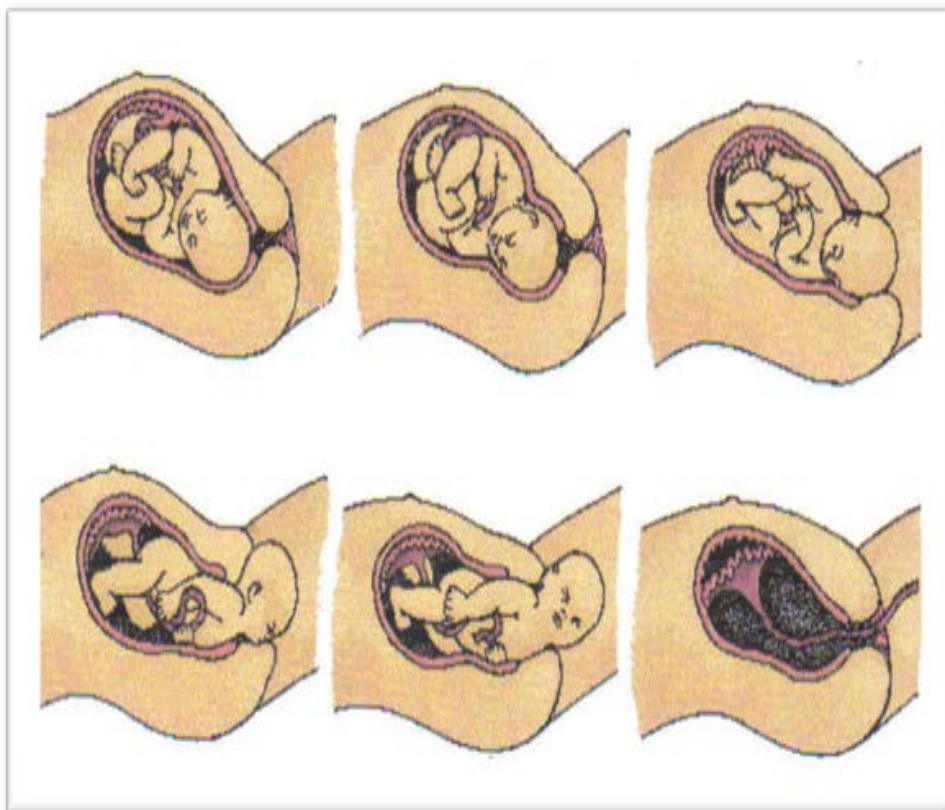
Rotación interna: cuando la cabeza fetal llega a la parte media de la pelvis, debe girar hacia posición occipital para adaptarse al diámetro transversal.

Extensión: la presión sostenida de las contracciones uterinas hacia abajo y la resistencia del suelo pélvico, producen extensión de la cabeza fetal, esta se mantiene extendida hasta el coronamiento mientras se distiende el perineo.

Restitución: movimiento automático que ocurre cuando la cabeza sale por el perineo, y consiste en un ajuste del cuello del feto hasta que la cabeza guarde relación normal con los hombros.

Rotación externa y expulsión: esta etapa puede ocurrir junto con la restitución. Consiste en rotación de los hombros del feto y la salida del hombro anterior por debajo de la sínfisis del pubis, a la vez el hombro posterior se desliza por el perineo.

d) Colocar al recién nacido sobre el cuerpo de la madre después de la expulsión. El contacto precoz favorece **el vínculo madre-hijo**. Se estimulara a la pareja para que participe de este momento único. Este es el momento más favorable para comenzar con la **lactancia**.



Etapas del parto

Asistencia al recién nacido⁴

Objetivo

Brindar a todos los recién nacidos las condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina, interviniendo precozmente en aquellos casos que presenten situaciones que pongan en riesgo su vida o se asocien con secuelas. Este objetivo se logra con el cumplimiento de las actividades que se señalan a continuación.

Actividades para la atención integral del recién nacido

-Al ingresar la embarazada, determinar la situación prenatal a través de la historia materna, el embarazo, el trabajo de parto, que pueden estar asociados a nacimientos de alto riesgo (revisión de la historia clínica perinatal).

- En el momento que ingresa la gestante a la sala de partos, preparar la mesa de reanimación, la fuente de calor radiante, la mesa con un campo limpio y el equipo de aspiración y reanimación.
- Se prepara la mesa de recepción y se solicita la presencia inmediata del responsable de atender al niño.
- Proporcionar un ambiente ideal al recién nacido para mantener su temperatura corporal normal, con la mínima pérdida de calor de manera de conservar los procesos metabólicos vitales basales y evitar aumento en el consumo de oxígeno y la actividad metabólica.
- Colocarse guantes limpios y estériles, botas, bata quirúrgica y tapaboca limpio.
- Aspirar el feto desde la expulsión de la cabeza y antes de la extracción del cuerpo con pera de succión limpiando la boca y las fosas nasales, continuándola hasta la salida del recién nacido.
- Apenas se produzca el nacimiento, colocar el neonato sano sobre el abdomen de la madre y proceder a secar la cara, boca y fosas nasales con un campo estéril.
- Esperar que el cordón deje de latir y proceder a la sección del mismo, a una distancia no menor de 15 cm del abdomen del niño, dejando varios centímetros entre las dos (2) pinzas y tomar muestra de sangre del cordón. En caso de incompatibilidad, sufrimiento fetal, eritroblastosis fetal, el pinzado debe ser inmediato en los primeros 15 segundos. En caso de prematuros sin patología adicional debe realizarse al minuto. Si ocurre hemorragia placentaria se procederá a los 2 minutos.
- Iniciar apego precoz.
- Realizar cuidados inmediatos, uso de vitamina k intramuscular, colirio, limpieza corporal, examen físico, biometría.
- Evaluación de Apgar, Capurro y Silverman.

En caso de recién nacido en situación de alto riesgo.

- Colocar el neonato en la mesa de reanimación, bajo la lámpara de calor radiante en posición de Trendelemburg (ángulo alrededor de 30°) y proceder a la succión de la orofaringe para asegurarse de que el niño no tenga nada que aspirar. Se recomienda el uso de la pera para no producir bradicardia o apnea.

Sujetar suavemente la cabeza del recién nacido, evitando la hiperextensión y con los dedos índice y medio se realiza presión suave sobre el mentón para abrirle la boca y limpiar las secreciones en cavidad bucal y fosas nasales con la pera de succión, la cual debe colapsarse antes de introducir la cánula en la nariz y/o boca del neonato.

-Cuando el líquido amniótico es meconial o el niño nace deprimido, proceder a aspirar con sonda de succión conectada al aspirador (Nelaton N° 8 o 10), previo pinzamiento con los dedos índices y pulgar e introducir suavemente en la boca del recién nacido. Una vez dentro, soltar el pinzado y aspirar, sin succionar muy vigorosamente, con ligeros movimientos de entrada y salida de la sonda en sentido lineal y no circular para evitar respuesta vagal. La succión no debe durar más de 10 segundos.

-Prevenir cuadros hemorrágicos con el empleo de la Vitamina K, un miligramo intramuscular, en pretérmino use 0,5 miligramos (cara lateral del muslo).

-Realizar examen físico breve e integral del recién nacido con peso, talla, circunferencia cefálica, torácica y abdominal. Los elementos guías para el examen inicial son la determinación de la viabilidad, evidencias de traumatismo obstétrico, problemas en la adaptación inmediata y defectos y patologías congénitas cuya detección precoz beneficia su manejo. Es muy importante obtener los mayores datos posibles para informar a los padres sobre la salud de su hijo o hija, sin interferir con la normal adaptación mediante maniobras semiológicas prolongadas.

-El método de Capurro es útil para establecer la edad gestacional, el método de Ballard para valoración física neurológica y el índice de Silverman-Anderson es utilizado para evaluar el estado respiratorio en recién nacidos con problemas.

-Proceder a la limpieza corporal del recién nacido con compresas estériles tibias, sin remover el unto sebáceo.

-Practicar ligadura del cordón umbilical con hilo grueso estéril o pinza plástica descartable, seccionando el excedente con tijera estéril, a 5 centímetros de la piel del bebé.

-Aplicar esquema de inmunizaciones según las pautas establecidas por el MPPS.

-Referir el neonato a la consulta de recién nacidos a los 7 y 27 días, tratando de hacerla coincidir con la consulta de control postnatal.

Atención inmediata:

- Garantizar condiciones óptimas para la adaptación inmediata a la vida extrauterina
- Prevenir la pérdida de calor
- Vigilancia de la respiración espontánea
- Profilaxis y control de infecciones
- Detección de los errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo congénito y PKU)
- Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto
- Apego precoz (amamantamiento inmediato) y alojamiento conjunto
- Otorgar ciudadanía
- Evaluación y referencia adecuada

Para garantizar condiciones óptimas y la adaptación inmediata a la vida extrauterina, se debe:

- Evitar pérdida de calor
- Asegurar permeabilidad de vías respiratorias
- Evaluar frecuentemente al recién nacido y mantenerlo vigilado
- Realizar el apego precoz
- Detectar tempranamente malformaciones externas.
- Realizar antropometría (peso, talla, circunferencia cefálica, abdominal)
- Evaluar vitalidad, Frecuencia cardíaca y respiratoria y temperatura
- Evitar maniobras bruscas
- Permitir el contacto temprano con sus padres
- Prevenir las pérdidas de calor:
 - Colocar con la madre piel a piel
 - Apego precoz
 - En caso necesario colocar en fuente de calor, secar y abrigar con pañal tibio seco.

Vigilancia de la respiración espontánea⁵:

- Estimulación táctil sutil
- Succión boca nariz
- Mantener vías aéreas permeables
- Evitar agitarlo, palmearlo o aspirarlo bruscamente.
- Evaluar respiración, frecuencia cardíaca, color y tono (aplicar test de Apgar).
- Evaluar el Apgar del recién nacido al primer minuto, a los 5 minutos y repetir a los 10 minutos. De acuerdo al estado de vitalidad con la que nace el niño se tienen los siguientes puntajes:

Entre 7 y 10 puntos: Apgar normal.

Entre 4 y 6 puntos: Apgar intermedio (depresión moderada)

Entre 0 y 3 puntos: Apgar bajo (depresión severa)

Si el recién nacido tiene Apgar normal debe colocarse al seno materno para favorecer la vinculación afectiva madre-hijo, la lactancia materna y el éxito del alumbramiento. En caso de respiración comprometida, aplicar protocolo de reanimación asistida por personal entrenado.

Puntaje de Apgar

Elemento	Signo	Método para asignar puntuación	0	1	2
Aspecto	Color	Evaluación visual	Cianosis, palidez general	Cuerpo rosado. Acrocianosis	Totalmente rosado
Pulso	Frecuencia cardíaca	Pulso del cordón umbilical o auscultar corazón	Ausente	< 100	> 100
Gesto	Irritabilidad refleja	Estímulo de la planta del pie	Sin respuesta	Movimiento moderado	Llanto
Actividad	Tono muscular	Manipulación de la extremidad	Flacidez e inmovilidad	Moderada flexión de extremidad	Flexión adecuada
Respiración	Esfuerzo respiratorio	Evaluación visual	Ausente	Hipoventilación lenta e irregular	Llanto vigoroso

Profilaxis y control de infecciones⁶

- Asegurar un ambiente limpio.
- Usar vestimenta adecuada.

- Mantener un lavado estricto de las manos, antes y después de manipular al recién nacido.
- Profilaxis de oftalmia del recién nacido.
- Evaluar constantemente el proceso de atención inmediata al recién nacido.
- Mantener un registro permanente de Infecciones intrahospitalarias.

Detección de los errores innatos del metabolismo (hipotiroidismo congénito y Fenilcetonuria - PKU)⁷

- Tomar muestra de sangre entre los primeros 2 a 5 días de vida.
- Enviar muestras de sangre al laboratorio regional.
- En caso de resultado negativo informar al centro asistencial y a los padres
- En caso de resultado sospechoso referir al especialista, notificándolo inmediatamente a padres, centro asistencial y al laboratorio.
- Prevención del retraso mental producido por hipotiroidismo congénito y detección precoz de otros errores congénitos del metabolismo.
- Toda unidad que atienda partos y recién nacidos debe efectuar el examen de tamiz neonatal entre el nacimiento y preferiblemente antes de la segunda semana de vida, mediante la determinación de tirotrópina (TSH) y errores congénitos del metabolismo, en sangre extraída por punción del talón o venopunción colectada en papel filtro (la prueba debe efectuarse antes de cumplir los 15 días de nacido, para evitar daño cerebral que se manifiesta por retraso mental). Para hipotiroidismo congénito la muestra puede ser tomada en el transcurso de la primera media hora a través de sangre del cordón umbilical, lo que debe explicitarse en la hoja del papel filtro que se envía al laboratorio, lo ideal es a partir del 2° al 5° al día, que haya realizado un ciclo completo de digestión, para la detección de otros errores innatos del metabolismo como la fenilcetonuria.
- La muestra de sangre debe remitirse a un laboratorio previamente definido a nivel de la institución que corresponda o de conformidad con convenios de coordinación establecidos para el efecto. El resultado debe remitirse a la unidad de salud correspondiente, en un plazo no mayor de dos semanas.
- El diagnóstico de un caso comprobado de hipotiroidismo congénito se establece por determinación de tirotrópina y tetrayodotironina (T4) en suero de sangre extraída.

-El tratamiento del caso comprobado de hipotiroidismo congénito se debe llevar a cabo por administración de hormona tiroidea a dosis terapéutica (10 a 12 microgramos) de L-tiroxina por kilo de peso por día). El control y el tratamiento del paciente deben continuarse y por ningún motivo suspenderlo hasta que alcance una edad neurológica equivalente a los dos años. Si se requiere corroborar el diagnóstico, a partir de ese momento se puede suspender durante 6 a 8 semanas el tratamiento, y realizar nuevos exámenes tiroideos.

Detección de malformaciones congénitas y lesiones consecutivas al parto ⁸.

- Detectar tempranamente lesiones consecutivas al parto o por maniobras instrumentales y/o anomalías de actitud o inamovilidad.
- Detectar tempranamente defectos congénitos existentes y/o anomalías cromosómicas.
- Informar al padre y a la madre sobre el diagnóstico, evaluación y pronóstico.
- Coordinar la atención con otros niveles.

Amamantamiento inmediato.

- Colocar al recién nacido al pecho, inmediatamente después del parto (apego precoz).
- Asegurar el contacto piel a piel de madre y recién nacido (estrecha el vínculo afectivo).
- Asegurar el alojamiento conjunto madre-niño.
- Promover la lactancia materna exclusiva durante su hospitalización.
- En niños con situación especial, establecer criterios adecuados de alimentación con lactarios y bancos de leche materna.
- Evitar la separación del niño y la madre.
- Evitar el suministro de soluciones glucosadas y/o fórmulas lácteas.

Evaluación y referencia adecuada.

- Realizar un examen físico integral que determine: gravedad de las patologías, presencia de malformaciones congénitas, valoración antropométrica,

determinación de peso según edad gestacional, mecanismos de adaptación extrauterina y tipo de riesgo.

-Referir al recién nacido según riesgo y/o patología a los diferentes niveles de atención según capacidad resolutive.

-Asegurar las interconsultas de seguimiento con las diferentes especialidades, según riesgo y/o patología.

-Llenar adecuadamente los formularios de registro, para vigilancia epidemiológica.

Otorgar ciudadanía

-Asegurar el llenado correcto de la constancia de nacimiento vivo.

-En caso de muerte del recién nacido, asegurar el llenado correcto del certificado de defunción.

Algunas situaciones de alto riesgo en las que puede preverse la reanimación⁹

Situación de alto riesgo	Intervención primaria
Parto pre-término	Intubación. Expansión pulmonar
Líquido meconial espeso	Aspiración endotraqueal
Hemorragia materna	Expansión de volumen
Uso de narcóticos en el trabajo de parto	Administración de Naloxona
Hidrops fetal	Intubación, paracentesis o toracocentesis
Polihidramnios (obstrucción gástrica)	Aspiración nasogástrica
Oligoamnios (hidroplasia pulmonar)	Intubación, expansión pulmonar
Infeción materna	Administración de antibióticos
Diabetes materna	Alimentación precoz

Equipo mínimo para reanimación del recién nacido⁹.

-Mesa de reanimación con fuente de calor.

-Oxígeno con flujómetro.

-Estetoscopio neonatal.

-Laringoscopio. Hojas N° 0 al 1.

-Bolsa de reanimación (< 750 ml) con manómetro.

- Máscaras faciales N° 0 y 1.
- Tubos endotraqueales N° 2,5 a 4 ml.
- Catéteres umbilicales 3, 5 y 5 F.
- Pera de succión bucal o catéter De Lee.
- Guiador de metal maleable.
- Succión de pared o portátil con manómetro.
- Equipo de cateterismo umbilical.
- Catéter de alimentación N° 8 con jeringa de 20 ml.
- Catéteres de succión 5, 8 y 10 F.

Medicamentos:

- Bicarbonato de Sodio
- Solución Fisiológica 0,9%
- Albúmina Hiposódica 5%
- Dextrosa de 5 y 10%
- Naloxona (Narcan)
- Heparina
- Ringer Lactato
- Adrenalina 1/10 mil
- Gentamicina/terramicina (gotas o ungüento)
- Vitamina K1 (amp)
- Alcohol absoluto

e) **Alumbramiento**¹⁰: normalmente este ocurre de forma espontánea entre los 5 y 30 minutos después del parto. **Son signos de desprendimiento** la reaparición de las contracciones percibidas por la madre, la salida de sangre por los genitales, el descenso del útero después de haber ascendido hasta el ombligo y que el extremo del cordón no se asciende cuando el útero se eleva; esto puede comprobarse por el signo de pescador. Esta maniobra la realiza el obstetra, consiste en hacer una leve tensión del cordón unido a la placenta hacia abajo. El indicador de que la placenta

se ha desprendido es que el cordón no vuelve a elevarse. **La cantidad de sangre que la mujer pierde** solo en el alumbramiento es aproximadamente de 500 ml. **Las dos horas posteriores al alumbramiento se denominan periodo de latencia** ya que se pueden producir hemorragias causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales.



Fomento en la parturienta de la lactancia materna¹¹

La lactancia materna es la alimentación natural de la especie y la que permitió a la raza humana sobrevivir y evolucionar durante milenios "Amamantar es dar vida y amor. Es alimentar, brindar confort, protección y comunicación entre madre-hijo" Por otra parte, innumerables estudios han demostrado que el mejor alimento que puede recibir el bebé es la leche de su madre. En este sentido, esta es un tejido vivo que se adapta las necesidades del hijo y tiene variaciones funcionales lo cual permite afirmar que cada madre produce la leche que su propio hijo necesita.

La leche materna es fundamental y vital para el recién nacido y en sus primeros meses de vida, esta fortalece una relación especial entre a madre y su bebé, además de ser practica, económica, protege al bebé contra enfermedades futuras como catarro, diarrea, otitis, muerte súbita del lactante, además favorece el desarrollo intelectual y disminuir la aparición de patologías maternas tales como

anemia posparto, hipertensión, osteoporosis etc. Por todas estas razones la OMS recomienda "la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y continuar el amamantamiento junto con las comidas complementarias hasta los dos años"

¿Cómo está formado el órgano mamario?

La mama está compuesta por un gran número de alveolos productores de leche, y conductos de salida de la leche, la cual se junta en los senos lactíferos, esperando la orden para salir por el pezón. Los alveolos están ubicados sobre el tórax y los conductos lactíferos en la mitad anterior de los senos. Alrededor de cada alveolo hay células llamadas mioepiteliales, capaces de contraerse comprimiendo al alveolo de tal manera que lo obliga a expulsar la leche hacia los conductos.

Elementos nutritivos de la leche materna

En los primeros días todo se facilita si la madre está junto a su bebé. Desde el posparto hasta al regreso a su casa, debe prenderlo continuamente, así podrá tocarlo, mirarlo, hablarle, tocarlo y acunarlo cuando le parezca.

La leche los primeros días llamado **calostro**, es amarillenta y espesa. Precisamente por ello es rica en anticuerpos que protegen al bebé de infecciones graves y lo estimula a mamar frecuentemente. El calostro tiene efectos laxantes y ayuda al bebé a evacuar el meconio de su intestino, eliminando bilirrubina que en exceso provoca el color amarillento en su piel.

Durante los primeros siete días el calostro va perdiendo ese color, y la leche se va poniendo cada vez más blanca. Esta leche es de dos clases: la primera es aguada y escasa y se produce y junta en los pechos en los intervalos de las mamadas; la segunda se produce en las mamadas, es abundante y espesa sacia, alimenta y engorda al bebé. Es más blanca porque contiene más cantidad de grasas y proteínas. La llamada leche aguada es la primera que el bebé toma y calma la sed. La llamada leche gorda es la segunda que el bebé toma y calma el hambre del bebé.

Técnicas para amamantar

La primera mamada

Esta será inmediatamente después del parto. No tema y no permita que le den el biberón, el bebé tiene las reservas suficientes como para esperar a su mamá.

Posición

Existen varias posiciones y todas ellas tienen algo en común. **El vientre y la cara del bebé están enfrentados a la mamá, es primordial que la madre y el bebé estén cómodos y juntos.** Con los cambios de posición el bebé comprime los distintos puntos de la areola y el pezón, a la vez que el pecho se vacía mejor, evitando dolor y gritas del pezón.

¿Cómo lograr que el bebé se prenda bien al pecho?

Estimule el pezón rotando los dedos en su base, como dando vueltas a un reloj, hasta que se ponga erecto y sea más fácil para que el bebé pueda tomarlo. Toque con el pezón los labios del bebé para que él lo busque y abra la boca. Cuando el bebé busque con la boca bien abierta, levante la mama con su mano e introduzca el pezón y parte de la areola (área oscura alrededor del pezón) dentro de su boca. Controle que el bebé tenga su labio inferior hacia afuera.

Asegúrese que el bebé tome en su boca la totalidad del pezón y parte de la areola. La posición de la boca del bebé es importante para evitar irritación y grietas del pezón. Verifique que al succionar el bebé tenga las mejillas infladas (es decir no hundidas hacia adentro) Al succionar el bebé no debe hacer ruidos con los labios. Debe observarse los movimientos en la sien y en la oreja del bebé, no en la mejilla y en los labios. Después de una serie de succiones rápidas (con la que el bebé estimula la eyección de la leche de su mamá), el ritmo de las succiones cambiara a uno más lento. Cada varias succiones largas y lentas escuchara el ruido del bebé a tragar

¿Cómo terminar la mamada?

Permita que el bebé mame un pecho hasta quedar satisfecho. Cuando el bebé suelte el primer pecho, saque los gases y ofrézcale el otro. Si no toma o mama poco ofrézcale ese en la siguiente mamada. Para retirar la boca del bebé de la mama despréndalo interrumpiendo la succión con un dedo puesto en la comisura

de los labios del bebé, no lo separe sin interrumpir la succión ya que puede lastimar el tejido de la mama y el pezón.

Recursos simples para el cuidado e higiene de los pechos

Aire: fortifica los pezones

Agua: úsela sin jabón (puede secar la piel) saque los pezones al aire. Realice lavado luego de cada mamada.

Sol: 15 minutos diarios los fortifica

Leche materna: los lubrica deje secar al aire

En definitiva los beneficios de la lactancia materna que todos los integrantes del equipo de salud deberían conocer son tantos y tan significativos que nos hacen visualizarla como protectoras de la salud biopsicosocial del niño la madre y la familia

Clasificación de actos en el parto normal ¹²

Este apartado clasifica los actos más comunes de conducta durante el parto normal en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, efectividad y peligrosidad, según la Organización Mundial de la Salud

CATEGORIA A:

Actos que son claramente útiles y debieran ser fomentados

- 1) Un plan personalizado acerca de dónde y por quién va a ser atendido el parto, hecho con la mujer durante el embarazo con conocimiento de este por parte del marido/compañero y por la familia si se considera necesario.
- 2) Evaluación de los riesgos del embarazo durante el cuidado prenatal, reevaluación de este en cada contacto existente.
- 3) Monitorización del bienestar físico y emocional materno durante el parto, alumbramiento y puerperio.
- 4) Ofrecer fluidos orales durante el parto y alumbramiento.
- 5) Respetar la elección informada de la paciente acerca del sitio en donde dar a luz.

- 6) Dar cuidados durante el parto y alumbramiento en los lugares más periféricos donde un parto sea posible y seguro y donde la mujer se encuentre segura y cómoda.
- 7) Respetar la privacidad de la mujer en la habitación de parto.
- 8) Apoyo por parte del equipo de salud durante el parto y nacimiento.
- 9) Respetar la elección de la mujer respecto a los acompañantes durante el parto y nacimiento
- 10) Dar a la parturienta toda la información y explicaciones que ella desee
- 11) Uso de métodos no invasivos y no farmacológicos de alivio del dolor, como masajes y técnicas de relajación.
- 12) Monitorización fetal con auscultación intermitente.
- 13) Uso único de materiales desechables y descontaminación apropiada de materiales reutilizables durante el parto y nacimiento.
- 14) Uso de guantes en los exploraciones vaginales, durante el nacimiento del niño y mientras se manipule la placenta.
- 15) Libertad de movimientos y posición durante el parto.
- 16) Animar a adoptar la posición no supina durante el parto.
- 17) Monitorización cuidadosa del progreso del parto.
- 18) Empleo profiláctico de Oxitocina en el alumbramiento de mujeres con riesgo de desarrollar una hemorragia postparto.
- 19) Asepsia al cortar el cordón.
- 20) Prevención de hipotermia neonatal.
- 21) Contacto "piel a piel " temprano entre la madre y el hijo y ayuda con la iniciación de la lactancia materna, dentro de la primera hora postparto, de acuerdo con las indicaciones de la OMS.
- 22) Examen rutinario de la placenta y membranas.

CATEGORIA B

Actos que son claramente dañinos o inefectivos y debieran ser eliminados

- 1) Uso rutinario de enemas

- 2) Uso rutinario de depilación púbica
- 3) Uso rutinario de infusiones intravenosas
- 4) Inserción profiláctica de vías intravenosas
- 5) Exploraciones rectales
- 6) Uso rutinario de la posición supina durante el parto
- 7) Uso de pelvimetrías radiológicas
- 8) Administración de oxitócicos en cualquier momento del parto, de tal modo que su efecto no pueda ser controlado.
- 9) Uso rutinario de la posición de litotomía
- 10) Empujes sostenidos y constantes (maniobra de Kristeller) durante el expulsivo.
- 11) Masajes y estiramientos del periné durante el expulsivo.
- 12) Uso de comprimidos orales de Ergometrina en el alumbramiento, para prevenir o controlar una hemorragia.
- 13) Uso rutinario de Ergometrina parenteral en el alumbramiento.
- 14) Lavado uterino de rutina después del parto.
- 15) Exploración manual de rutina del útero después del parto.

CATEGORIA C

Actos en los que no existe una clara evidencia para fomentarlos y que deberían ser usados con cautela hasta que diversos estudios clarifiquen el asunto.

- 1) Métodos no farmacológicos de alivio del dolor durante el parto, como hierbas, inmersión en el agua y estimulación nerviosa.
- 2) Amniotomía temprana de rutina en la fase de dilatación
- 3) Presión sobre el fondo uterino durante el parto.
- 4) Maniobras relacionadas con la protección del periné y el manejo de la cabeza fetal en el momento del nacimiento.
- 5) Manipulación activa del feto al nacer.

- 6) Oxitocina de rutina, tracción controlada del cordón, o combinación de estos dos durante el alumbramiento.
- 7) Pinzamiento temprano del cordón umbilical.
- 8) Estimulación de los pezones para incrementar la contractilidad uterina durante el alumbramiento.

CATEGORIA D

Actos que son llevados a cabo frecuentemente de manera errónea

- 1) Restricción de la ingesta de fluidos y sólidos durante el parto
- 2) Control del dolor por agentes sistémicos.
- 3) Control del dolor con anestesia epidural
- 4) Monitorización electrónica fetal.
- 5) Usar máscaras y batas estériles al atender al parto.
- 6) Exploraciones vaginales repetidas y frecuentes especialmente por más de un miembro del equipo.
- 7) Aumentación con Oxitocina.
- 8) Movilización de la parturienta a otra habitación una vez ha alcanzado la dilatación completa.
- 9) Cateterización de la vejiga urinaria.
- 10) Aconsejar a la mujer a que empiece a empujar antes de que se haya diagnosticado la dilatación completa o de que la mujer sienta que tiene ganas de empujar.
- 11) Rigidez en cuanto a la duración estipulada del expulsivo, como 1 hora, si las condiciones maternas y fetales son óptimas.
- 12) Partos instrumentales y cesáreas.
- 13) Uso rutinario de la episiotomía.
- 14) Exploración manual del útero después del alumbramiento.

Referencias

1. Jaime Botero, Alfonso Jubis, Guillermo Hengo .Obstetricia y ginecología 6ª edición. 2000.-
2. Dirección de salud materno-infantil. Guía para atención del embarazo. Ministerio de salud Argentina. 2004.-Océano centrun. Enciclopedia de enfermería.-
3. Manual para atención de la madre y el niño. Serie Paltex OPS/ ONS.-
4. Paneuf M. Cuidados de enfermería. El proceso de la atención de enfermería. Edición interamericana McGraw – Hill Interamericana
5. Wolf L Veme. Curso de enfermería moderna. Editorial Hcala 1988.-
6. Proenfermeria. Programa de actualización de enfermería materno infantil. Editorial medica panamericana.2012.-
7. Wharley y Wong. Enfermería pediátrica. Edición cuarta
8. NORMA OFICIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Primera edición: Noviembre 2013 ©Ministerio del Poder Popular para la Salud-MPPS Publicado con la colaboración y el apoyo de: Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia–UNICEF Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA
9. Dicknson E, Silverman B, Kaplan j. Enfermería materno infantil. Tercera edición Madrid -
10. Facultad de ciencias medicas. Escuela de enfermería. Manual de enfermería segunda edición.-
11. Torres, M. **La lactancia materna en Venezuela.** (amamantar). Ciencia al día Segunda edición. 2006.
12. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de Acciones durante el Trabajo de Parto, OMS, 2014

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior,
Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en
Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano.

Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



Cuidados puerperales

María Hilda Cárdenas

Cuidados puerperales

María Hilda Cárdenas

Puerperio:

El puerperio es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este periodo se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del postparto¹. Estos cuidados centrados en la madre, el niño y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma. Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebe y a reconocer y responder ante un problema.

Objetivos del cuidado puerperal

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este periodo sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

Etapas del puerperio

Desde el punto de vista clínico se divide en diferentes momentos evolutivos:

- 1. Puerperio Inmediato:** Comprende las primeras 24 hs posteriores al nacimiento.

2. Puerperio precoz: Abarca del 2do al 10mo día posnatales.

3. Puerperio alejado: Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días luego del parto

4. Puerperio tardío: Abarca desde el día 43 hasta los 60 días posteriores al nacimiento.

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, este periodo se extiende hasta los 364 días cumplidos.

1. Puerperio Inmediato

Luego del parto comienza un tiempo de observación por parte del personal de salud (Enfermero/a, Obstetra. Medico) de la madre y el recién nacido. Durante las primeras dos horas, ambos se adaptan a este nuevo estado. La permanencia continua del recién nacido con su madre en internación conjunta favorece el vinculo temprano y el comienzo precoz de la lactancia materna³. Se deben realizar los controles de rutina ya que durante dicho periodo se producen la mayoría de las hemorragias postparto, causadas principalmente por atonía uterina, retención de restos placentarios y desgarros cervicales o vaginales. Por ello deberá vigilarse:

Estado clínico

- **Estado general:** Evaluación del sensorio, mucosas y conjuntivas coloreadas.

Temperatura axilar: Es un parámetro clínico de suma importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de Enfermería cada 4 a 6 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Habitualmente los valores oscilan entre $\geq 36^{\circ}\text{C}$ a $\leq 37^{\circ}\text{C}$. Coincidiendo con la “bajada de la leche”, alrededor de las 48-72 hs del nacimiento, puede registrarse un leve y transitorio aumento de la temperatura axilar, que no supera los 38°C .

- **Pulso:** es lleno, regular y amplio; La frecuencia habitual del pulso de la púérpera normal oscila entre 60 y 70 latidos por minuto. Tener en cuenta que registros cercanos a 100 latidos por minuto obligan a descartar cuadro infeccioso, anemia u otras patologías subyacentes.

- **Tensión arterial:** Es también un parámetro clínico de importancia en el control puerperal. Se recomienda su registro por parte del personal de Enfermería cada 6 a 8 hs, salvo que existan situaciones individuales que ameriten mayor frecuencia de control. Los valores del control tensional durante el puerperio siguen los mismos estándares de normalidad establecidos para el embarazo.
- **Involución uterina:** Mediante palpación abdominal se debe constatar la formación y permanencia del globo de seguridad de Pinard que indica una efectiva retracción uterina. El útero se encontrara a nivel de la línea umbilical o infraumbilical, con límites bien definidos y una consistencia firme y elástica. Durante este periodo continua la actividad contráctil del miometrio, lo que puede generar una sensación de dolor leve, especialmente coincidiendo con la succión del recién nacido, que cede espontáneamente o con analgesia de primera línea (AINE's)
- **Loquios:** En las primeras 48hrs. después del parto o cesárea son abundantes, su aspecto y color es sanguinolento. Recién al tercer día se vuelven serosanguinolentos, disminuyendo su cantidad progresivamente. Alrededor del 10o día son serosos y suelen desaparecer a los 15-20 días. Tener en consideración cualquier modificación de la cantidad (en demasía o ausencia), aspecto u olor, a fin de diagnostico y tratamiento oportuno de alguna complicación⁴.
- **Evacuación de los emuntorios:** Se vigilara desde un comienzo la diuresis espontanea y las deposiciones. Estas ocurren habitualmente al tercer día y se ven facilitadas con una adecuada hidratación, alimentos ricos en fibras y deambulación.

Cuidados locales

Para la higiene corporal se procederá al baño de ducha DIARIO y se evitara el de inmersión. La región perineal deberá higienizarse con un simple lavado externo, con agua tibia y jabón neutro o antiséptico por lo menos 2 veces al día o luego de las deposiciones. Las duchas vaginales no son útiles ni beneficiosas. La episiotomía debe mantenerse limpia, y seca. Una vez finalizada la limpieza, es necesario secar la zona y aconsejar que se use ropa de algodón para que transpire la piel adecuadamente

- **Antiespasmódicos y analgésicos:** El dolor en el puerperio inmediato o después de un parto normal puede ser causa de la episiotomía o de los

dolores tipo cólicos en el hipogastrio (entueños) Para el tratamiento del dolor se prescriben antiespasmódicos y analgésicos del grupo AINE (Paracetamol, Diclofenac, Ibuprofeno).

- **Control de las mamas y apoyo a la lactancia materna:** Se vigilara el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta y la prendida del bebe, también se hará hincapié en la importancia del amamantamiento a libre demanda. El profesional de salud debe conocer y transmitir los beneficios a corto, mediano y largo plazo sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebe.

- **Consejería en Salud Sexual y Salud Reproductiva:** luego del nacimiento, la mujer suele disminuir su deseo sexual durante un tiempo, periodo que suele coincidir con la etapa de los loquios. Comenzar la actividad sexual mientras la mujer aun tiene loquios puede elevar el riesgo de infecciones uterinas, por lo que se sugiere abstenerse durante este tiempo. Posteriormente, la mujer púérpera junto a su pareja decidirá cuando recomenzar la actividad sexual, recordando que es conveniente haber elegido un método anticonceptivo en forma previa, ya que si bien es raro que la mujer que amamanta ovule en los primeros tres meses de puerperio, esta posibilidad puede ocurrir. De optar por anticonceptivos orales, se indicaran aquellos formulados solo de progestágeno (Minipildora), sin estrógenos, ya que los estrógenos son secretados por la lactancia materna.

La lactancia materna **EXCLUSIVA** mantiene inhibido el eje hormonal femenino, produciendo frecuentemente anovulación. Sumado a eso, el mecanismo de acción de la progesterona, que produce un espesamiento del moco cervical dificultando el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, provee una anticoncepción altamente efectiva. Si la lactancia materna **NO ES EXCLUSIVA**, este anticonceptivo **disminuye su efectividad**.

- **Alta Hospitalaria:** será otorgada siempre y cuando las condiciones físicas y emocionales maternas sean las adecuadas. Después de un parto vaginal, el alta hospitalaria se indicara a partir de las 48 horas postparto y a partir de las 72 horas de un postoperatorio de cesárea. Debemos aprovechar que el puerperio Inmediato transcurre durante la internación de la madre y el recién nacido para instalar una práctica diaria institucionalizada en la maternidad: el **Consultorio de Alta Conjunta de Madres y Recién Nacidos**. Además

de la madre y el bebe que se van de alta, mas algún familiar si lo deseara, participan de él:

- un/a **Licenciado/a Enfermería/ Psicología/Trabajo Social**
- un **profesional Médico Obstetra**
- y un **Neonatólogo o Pediatra**

Sus objetivos son:

- **Completar el llenado de la Historia Clínica y el Carnet Perinatal** del binomio madre/hijo que se va de alta, con fines documentales y estadísticos.
- Certificar que las pacientes han recibido la información prevista sobre lactancia, cuidados postparto, consejería en Salud Sexual y Reproductiva y puericultura prevista en este proceso.
- Confirmar que se ha realizado la pesquisa neonatal prevista en la ley
- Confirmar la entrega de materiales previstos en esta estrategia (elementos sanitarios, folletos, carnet perinatal).
- Constituir un **espacio de consejería y de atención de dudas** y consultas acerca de los cuidados de la madre y el recién nacido.
- Realizar la evaluación del riesgo socio sanitario.
- Realizar **la contrarreferencia al Primer Nivel de Atención.**
- Establecer los mecanismos de derivación en función del riesgo social detectado

Situaciones especiales

• **Puérperas de post operatorio de cesárea**

Estas puérperas recibirán indicaciones para el cuidado de la herida que deberán realizar en su casa, antes de concurrir al primer control puerperal en el centro de salud.

Estas indicaciones incluirán:

- Descubrir diariamente la herida, previa higiene de manos y cepillado de uñas.

- Realizar cura plana con gasas estériles con el alcohol de 70° o antiséptico tipo betadine.
- Observar signos de alarma como: dolor, rubor, tumefacción o secreción. **Si aparece alguno de estos signos luego del alta a las 72 horas del postoperatorio, consultar al centro de salud más cercano al domicilio.**
- Cubrir nuevamente la herida con gasa estéril y seca, y sostener con cinta adhesiva, hasta el día siguiente.
- Antibióticos, en caso de ser necesarios y prescritos.
- Analgésicos del grupo AINE
- Paracetamol 500 mg c/ 6-8 hs
- Ibuprofeno 400 mg c/ 6-8 hs
- Diclofenac 50 mg c/ 6-8 hs.

Durante el primer control puerperal, al 7mo día del postoperatorio, además de las actividades antes detalladas que corresponden al control en esta etapa, se realizara la cura plana y la evaluación de la herida en el centro de salud por el profesional a cargo del control puerperal. En caso de identificar alguno de los signos de alarma se evaluara el riesgo. Si se considera necesario, se derivara a un centro de complejidad. Se realizara un 2do control a los 14 días del postoperatorio y se evaluara la herida teniendo en cuenta el retiro de los puntos de sutura de piel.

Consideraciones

- Las mujeres que han tenido una cesárea tienen un mayor riesgo de enfermedad tromboembolica (tanto de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar), por lo que los profesionales de salud deben prestar especial atención a las mujeres que tienen síntomas respiratorios (como tos o falta de aliento) o bien síntomas en los miembros inferiores (como inflamación dolorosa de los mismos).
- Solo después de haber alcanzado plenamente su recuperación, podrán reanudar actividades habituales tales como conducir un vehículo, cargar objetos pesados, hacer ejercicio físico o mantener relaciones sexuales.
- Los profesionales de la salud que atienden a las mujeres que han tenido una cesárea deben informarles que esta circunstancia no aumenta su riesgo de

tener dificultades para la lactancia materna, depresión, síntomas de estrés post-traumático, dispareunia o incontinencia del esfínter anal.

- **Puérperas postaborto, muerte perinatal o RN malformado**

Se debe asegurar la rehabilitación integral (biopsicosocial) de las puérperas con aborto espontáneo habitual, muerte perinatal o recién nacido malformado, evaluando la necesidad de un manejo interdisciplinario.

2. Puerperio Precoz

Constituye el periodo de máxima involución de los órganos genitales y de instalación de la lactancia materna. La puérpera de bajo riesgo será referida al Centro de Salud de origen, a fin de que el profesional realice el control de salud materna evaluando:

- Estado general (facies, conjuntivas, mucosas, edemas, varices).
- Pulso, temperatura, peso y tensión arterial.
- Examen mamario, promoción y consejería en la Lactancia Materna (evaluar posibles problemas en la lactancia).
- Involución uterina.
- Examen ano-perineo-vulvar (genitales externos, episiorrafia, loquios).
- Evaluación de diuresis y catarsis.
- Evaluación alimentaria materna.
- Consejería en salud sexual y procreación responsable.

3. Puerperio Alejado

Al finalizar este periodo concluye prácticamente la involución genital y se alcanza, en términos generales, el estado pregravídico. Si no se ha establecido la lactancia, sobreviene la primera menstruación. Se recomienda el segundo control puerperal con el objeto de evaluar la evolución de la salud materna y brindar asesoramiento sobre salud reproductiva y procreación responsable, con el objeto de lograr un periodo intergenesico adecuado. En algunos casos, este será el último control entre la mujer y el equipo de salud, por lo que es recomendable efectuar un examen clínico general y ginecológico en caso de que fuere necesario.

4. Puerperio Tardío

Se asocia, en la mayor parte de los casos, con la mujer que amamanta. Se deben reforzar acciones de promoción de la salud (prevención de cáncer genito mamario, beneficios de la planificación familiar, continuidad de la lactancia materna).

Patologías puerperales prevalentes

Se pueden clasificar las complicaciones postparto en: tempranas, aquellas que se manifiestan en las primeras 48 horas, y tardías las que aparecen desde el 3er día a la 6ta semana. Existen etiologías infecciosas y no infecciosas, dentro de estas últimas, la tensión mamaria y la reabsorción de líquidos y hematomas ocupan un lugar importante. La incidencia global de infección es del 5% al 7%, siendo la endometritis el proceso más frecuente.

Fiebre en el puerperio

Se define como fiebre en la paciente postparto a la detección de dos o más picos febriles $> 38^{\circ}\text{C}$ que se manifiesta entre el 1er y 10mo día del puerperio. La causa de la fiebre es detectable al realizar un examen físico completo. El examen debe abarcar tanto las áreas genitales como extragenitales. Además, exige la solicitud de exámenes complementarios tales como hemograma completo, urocultivos, hemocultivos, y muestras de punciones y aspiraciones de áreas flogóticas para cultivo. Los cuadros que más frecuentemente originan fiebre en el puerperio son:

Endometritis

Es la infección del endometrio y decidua. Si se extiende al miometrio se denomina endomiometritis. La incidencia de endometritis postparto vaginal es de 1% a 3 %, presentando una incidencia 10 a 20 veces mayor luego de una cesárea. La endometritis puerperal es una infección polimicrobiana (cocos gram positivos aerobios y anaerobios; bacilos gram negativos aerobios y anaerobios). Cuando una paciente manifiesta fiebre alta y sostenida en las primeras 24 a 48 horas postparto, es importante considerar al *Estreptococo agalactiae* y al Hemolítico

grupo A. En las endometritis tardías (14 a 40 días postparto), puede estar involucrada la *Chlamydia trachomatis* y debe ser contemplada en la elección del esquema antibiótico empírico.

Diagnóstico

El diagnóstico de endometritis es fundamentalmente clínico. Si bien los síntomas son: fiebre, dolor pelviano, secreciones vaginales purulentas, hemorrágicas o malolientes, y leucocitosis, no siempre están presentes en forma completa. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy variadas. **En el 50% de los casos se presenta como fiebre sin foco.** Cuando la fiebre se prolonga más allá de 48 horas y se acompaña de repercusión del estado general, se deberá realizar una evaluación integral que incluya examen físico completo y ginecológico, con colocación de especulo para visualizar loquios y el aspecto macroscópico del cuello. La inspección bi-manual (tacto vaginal y la palpación abdominal) permitirá evaluar si la infección ha excedido los límites del aparato genital.

En relación con el inicio de las manifestaciones clínicas, el 25% de los casos de endometritis se manifiestan en las primeras 48 horas postparto; el 50% entre los días 3 y 7; y el 25% restante, más allá de los 7 días. Es importante tener en cuenta que no es necesario el diagnóstico etiológico en la Endometritis, para realizar un tratamiento antibiótico adecuado. Los microorganismos implicados son predecibles. Por otro lado, las técnicas de obtención de muestras de la cavidad uterina son complejas. Se produce una alta tasa de contaminación de los cultivos tomados a través de la vagina, y no son de utilidad clínica. La muestra más útil y representativa (por menor tasa de contaminación) son los hemocultivos, con una tasa de recuperación del 10% al 20 %, y hasta el 50% en pacientes febriles postcesárea.

La toma de urucultivos también está recomendada, ya que su resultado contribuirá en la posibilidad de descartar otros focos en los diagnósticos diferenciales. El hemograma y la eritrosedimentación no resultan definitorios en la evaluación de la paciente febril postparto. Asimismo, se han detectado valores de recuentos de glóbulos blancos con leucocitosis en púerperas normales. Lo mismo ocurre con la eritrosedimentación. La ecografía abdominal suele detectar un útero aumentado de tamaño y una cavidad uterina ocupada por pequeños hematomas, que suelen ser parte de un puerperio normal. La mayoría de las veces la ecografía no ayuda a definir el diagnóstico de Endometritis, pero si a descartar otras patologías.

En la paciente con falta de respuesta al tratamiento antibiótico, se evaluará la solicitud de tomografía computada con contraste para el diagnóstico de absceso, hematoma, celulitis pelviana o tromboflebitis séptica. Otra posibilidad es la emergencia de infecciones por *Enterococcus faecalis* o *Enterobacter cloacae*, especialmente frecuente en infecciones postcesárea con regímenes de antibióticos profilácticos o previos prolongados. También está justificado descartar infecciones nosocomiales secundarias, bacteriemias asociadas a catéteres endovasculares o infecciones urinarias en pacientes que hayan requerido colocación de sonda vesical.

Tratamiento

En pacientes con fiebre y descartados otros focos, se comenzará tratamiento antibiótico empírico y se evaluará la respuesta al tratamiento. Se sugiere utilizar en el tratamiento empírico, antibióticos con cobertura para bacilos Gram (-), estreptococos y anaerobios. Los antibióticos generalmente no modifican las manifestaciones clínicas en las primeras 24 horas de evolución, pero evitan que la infección se torne más severa. Si se eligen combinaciones antibióticas se tendrán en cuenta las combinaciones más recomendadas en la bibliografía tales como Clindamicina+ Gentamicina; Ampicilina + Gentamicina + Metronidazol; Ceftriaxona + Metronidazol. Es importante tener presente que la combinación de Clindamicina + Gentamicina puede administrarse en el mismo set de infusión ya que no hay incompatibilidades entre ambas drogas. Pueden seleccionarse regímenes de aminoglucosidos en monodosis. De los esquemas con monoterapia, nos orientamos hacia Ampicilina/Sulbactam en la paciente sin antecedentes de antibióticos previos o internación prolongada. La duración del tratamiento antibiótico tendrá directa relación con la respuesta clínica. Puede discontinuarse con 24-48 horas de mejoría clínica y curva térmica autolimitada.

Muchos trabajos han demostrado que son innecesarios regímenes antibióticos más prolongados. La revisión del Cochrane 2007 plantea como apropiada la asociación Clindamicina + Gentamicina (esta última en régimen de monodosis), y se sugiere que en los casos de Endometritis no complicadas, una vez que se ha logrado la defervescencia con el tratamiento parenteral, no es necesario continuar tratamiento con antibióticos orales.

Las pacientes que presenten retención de restos ovulares requerirán además del tratamiento médico (indicación de antibióticos), el quirúrgico (legrado de la cavidad uterina) para la evacuación uterina.

Prevención

El uso de antibióticos profilácticos en las cesáreas reduce en forma significativa la incidencia de endometritis postparto. Los esquemas recomendados plantean monodosis de cefalosporinas de primera generación, previo a la incisión en piel, dado que reducen la incidencia de endometritis e infecciones postparto sin modificar los resultados neonatales. También, resulta fundamental el cumplimiento de medidas de bioseguridad que incluyen, entre otras, minimizar el número de tactos vaginales, realizar el adecuado lavado de manos y usar guantes para el examen ginecológico de las pacientes

Para recordar:

- La mitad de las veces, la fiebre es el único síntoma presente en una endometritis postparto, y la respuesta al tratamiento antibiótico confirma el diagnóstico.
- Los tratamientos antibióticos son parenterales y cortos. Se sugiere no extender más allá de las 24 a 48 horas, luego de la respuesta clínica.
- El cultivo de loquios resultan muy trabajosos en su procesamiento y no aportan información útil clínicamente. No se recomienda realizarlos.

Infección mamaria puerperal

• Grietas y fisuras del pezón

Las grietas constituyen heridas superficiales, mientras que las fisuras se profundizan hasta alcanzar la dermis. Generalmente ocupan una parte de la base del pezón, en semicírculo o circundándolo por completo. Su etiología se relaciona con defectos en la colocación al pecho y o la prendida del bebe, y no con succión frecuente ni mamadas prolongadas. A veces son lesiones múltiples ubicadas a distintas alturas del cono del pezón, en cuyo caso adquieren el aspecto de una vesícula del tamaño de una cabeza de alfiler, que al romperse deja salir un líquido claro. La cubierta cae y deja una superficie ulcerada, que se agranda y se profundiza, o bien evoluciona hacia la curación. La grieta se cubre de una costra que se forma cuando sangra, por la succión del niño, quien en la siguiente lactada puede desprenderla, dejando la herida nuevamente al descubierto.

El síntoma más importante es el dolor, generalmente muy intenso, con irradiación al parénquima mamario. Si el niño presenta vómitos de sangre o deposiciones en forma de melena, habrá que tener en cuenta, antes de alarmar a los familiares, que ello puede deberse a la succión de la sangre que sale por la grieta. El diagnóstico se hace al localizar la grieta o la fisura. El pronóstico de la grieta en sí es benigno, pero constituye una indiscutible puerta de entrada para la infección. Otra consecuencia es que en algunos casos puede llevar, por el dolor, a espaciar las mamadas, a la hipogalactia o aun a la supresión total de la lactancia.

Tratamiento curativo

- Evaluar y corregir la técnica de ser necesario (postura y prendida)
- Comenzar a amamantar por el pecho menos dolorido.
- Buscar la posición en que haya menos dolor (las mandíbulas paralelas al eje mayor de la grieta para evitar que la misma se abra).
- No disminuir el tiempo de las mamadas.
- Para retirar al bebe del pecho romper el vacío con el dedo.
- Luego de cada mamada colocar unas gotas de leche sobre los pezones (la leche materna tiene propiedades cicatrizantes) y permitir que se sequen al aire.
- Exponer los pechos diariamente al aire y al sol.
- Eventualmente aplicar pomadas cicatrizantes que contengan vitamina A (sin corticoides ni antibióticos).
- Promover medidas de higiene básicas para disminuir el riesgo de infección.
- Brindar contención emocional a la madre

La lactancia proseguirá, eventualmente mediante el uso de pezoneras siliconadas cuya higiene entre tomas debe ser meticulosa; en casos de dolor intolerable puede ser necesario el reposo mediante la suspensión transitoria de tal función en la mama agrietada indicando la extracción de leche (en estos casos preferentemente manual) a fin de prevenir la estasis láctea. Si se sospecha de alguna infección (ej: Cándida Albicans) en la boca del bebe, los pezones de la madre, y/o la zona del panal, se deberá tratar al binomio consultando previamente al profesional médico.

• Taponamiento de Conductos

Se manifiestan por zonas del pecho endurecidas y dolorosas. En una etapa posterior se agregan rubor y calor locales. Se observa con frecuencia cuando el bebe toma menos leche de la que produce la madre, y/o cuando no se varía la posición para amamantar. Es importante su atención temprana para evitar el dolor y las complicaciones, como la mastitis durante la lactancia.

Prevención

- Variar las posiciones para amamantar
- Colocar la barbilla del bebe en dirección a la dureza para favorecer el vaciamiento de dicha zona
- Reforzar la libre demanda y aumentar la frecuencia de mamadas
- Masajear suavemente la región afectada antes y durante la mamada
- Colocar paños de agua tibia varias veces al día en la zona afectada masajeando en dirección al pezón.
- Extraer pequeñas cantidades de leche para disminuir la molestia del área afectada.
- Aconsejar el uso de sostén o brasier holgados y sin aro.

Mastitis

La mama de la puérpera presenta, a partir de las 48 a 72 horas postparto, un proceso de tensión mamaria fisiológica no eritematosa de 4 a 16 horas de evolución que refleja la Lactogenesis II o inicio de la secreción copiosa de leche. El manejo de esta tensión mamaria fisiológica consiste en mamadas frecuentes y efectivas, y en ciertos casos exige la expresión manual o mecánica de la mama. Los procesos que involucran a la glándula mamaria en el puerperio pueden clasificarse en estasis de la leche, inflamación no infecciosa y mastitis infecciosa. Esta última se diferencia del resto porque la muestra de leche tendrá recuentos de leucocitos $> 106/ml$ y recuento bacteriano $>103/ml$; sin embargo, el diagnóstico es generalmente clínico. Algunas investigaciones reportan prevalencias de mastitis postparto de hasta el 30%, con formación de abscesos en 10% de los casos. Otras, plantean prevalencias del 5%. Se han identificado tres factores como determinantes de la génesis de la mastitis: colonización materna por *Staphylococcus aureus*, flora nasofaríngea del recién nacido y la estasis de leche.

Generalmente se presenta después de la primera semana postparto. Se especula que hasta un 10% de las mujeres que presentaron tumefacción mamaria no resuelta tendrán luego mastitis. Esto puede asociarse a la introducción de complementos alimentarios que al disminuir la frecuencia de las mamadas produce retención de leche en los conductos con tumefacción. En general, muchas pacientes con este diagnóstico, al ser reinterrogadas revelan déficit en la técnica de amamantamiento así como antecedentes de episodios de mastitis en gestas previas.

Prevención

- Medidas de prevención señaladas para posibles dificultades de la lactancia.
- Atención temprana de grietas, fisuras y pezones dolorosos.
- Detección temprana de madres con episodios de mastitis en gestas previas.

Etiología

Los agentes más frecuentes involucrados son el *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, estreptococos y, con menor probabilidad, las enterobacterias. Si bien los cultivos de leche materna no se realizan de rutina, ya que los agentes causales pueden ser predecibles, el aislamiento de los *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus agalactiae* se asocia con mayor morbilidad y mayor posibilidad de desarrollar abscesos. En los últimos años, se han reportado infecciones por *Staphylococcus aureus* meticilino resistentes en comunidades donde las infecciones de piel y partes blandas por este agente son prevalentes. Este germen posee mayor facilidad para evolucionar formando abscesos.

Manifestaciones clínicas

Las más frecuentes son el dolor, la tumefacción localizada en un cuadrante de la glándula y fiebre. En ocasiones la hipertermia precede a la aparición de la inflamación en la mama. En general los síntomas y signos se establecen en forma aguda refiriendo la paciente malestar general, cefalea y, en ocasiones, escalofríos. Si se interrumpe la lactancia, la isquemia tisular asociada con el estasis de la leche y la demora en la instalación del tratamiento antibiótico, favorecen la formación de abscesos que están presentes en el 1% de las pacientes.

Diagnóstico

El diagnóstico de mastitis y abscesos superficiales se realiza a través del examen físico. En general son subareolares y se identifican al palpar el área eritematosa y dolorosa. Dado el actual aumento de prevalencia de esta patología y su mayor gravedad, la sospecha de mastitis requiere la consulta inmediata. Algunas estructuras de la mama (ligamentos de Cooper), actúan como barrera para mantener el proceso restringido a un solo lóbulo. Las colecciones retro-mamarias son más difíciles de identificar y en estos casos la mamografía o ecografía es necesaria.

Tratamiento

El tratamiento antibiótico y el drenaje manual de la glándula deben ser instituidos precozmente. En general se trata de una patología no complicada que puede ser adecuadamente tratada en forma ambulatoria, sin embargo, es importante indicar reposo para la madre y licencia por enfermedad si trabaja en relación de dependencia.

El tratamiento farmacológico solo será indicado por profesional médico. Las cefalosporinas de primera generación (250 a 500 mg cada 6 horas) por vía oral durante 7-10 días son la primera opción terapéutica, siempre que no se sospeche *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente. También están recomendados otros antibióticos como Amoxicilina/Acido clavulánico (500mg/125mg cada 8 horas) y TMP-SMZ (800 mg/160 mg cada 12 horas), Clindamicina 300mg. c/8hs por iguales periodos. Algunos autores recomiendan Eritromicina, Ampicilina o Penicilinas cuando se aíslan microorganismos sensibles. Solo en casos excepcionales deberá indicarse antibióticos parenterales (compromiso del estado general o falla de respuesta al tratamiento). La mayor parte de las veces no es necesario contraindicar la lactancia.

Absceso

Proceso infeccioso que compromete todo el tejido mamario. Es una complicación no muy frecuente de la mastitis. Para comprobar si existe material purulento junto con la leche, colocar unas gotas de esta sobre un algodón: si hay pus, quedara en la superficie del algodón; la leche, por el contrario, escurrirá fácilmente. Ante el diagnóstico de absceso se indicaran antibióticos (pueden plantearse los mismos esquemas referidos para la mastitis), debe realizarse el drenaje por punción o quirúrgico, y enviar material a cultivo y a estudio anatómico-patológico. Se suspenderá transitoriamente la lactancia de la mama afectada,

empleando técnicas suaves de ablandamiento (masaje y/o extracción manual para mantener buen flujo y no disminuirla producción).Restablecer el amamantamiento del pecho afectado apenas cese la eliminación canalicular de pus. Esta decisión debe ser consensuada entre los profesionales que atienden al binomio.

Referencias

1. French LM, Smaill FM. Regímenes de antibióticos para la endometritis postparto. Base de Datos Cochrane de Revisiones Sistemáticas 2014, Issue 4. No.:CD001067. DOI: 10.1002/ 14651858.CD001067.pub2.
2. Ledger WJ. Post-partum endomyometritis diagnosis and treatment: a review. J Obstet Gynaecol Res 2013; 29(6): 364-73
3. Maharaj D. Puerperal pyrexia: a review Part. I Obstet Gynecol Surv 2014; 62: 393-9.
4. Ministerio de Salud Publica de la República Oriental del Uruguay .Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio. Uruguay 2014
5. Ministerio de Salud de la Nación, Métodos Anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Marzo 2012.
6. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health Commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence Surgical site infection prevention and treatment of surgical site RCOG October 2015
7. National Institute for Health and Clinical Excellence. Routine postnatal care of women and their babies. Clinical guideline 37. London. July 2014.
8. World Health Organization (WHO) Technical consultation on postpartum and postnatal care held in Geneva, WHO/MPS/10.03.2010.

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



**Modelo de cuidado de
enfermería y familiar
para la práctica de la
lactancia materna**

**María H Cárdenas y
Nelly Arenas**

Modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna

María Hilda Cárdenas y Nelly Arenas

Escoger como y que darle como alimentación al bebé, es una decisión personal que merece una consideración cuidadosa y exhaustiva. La leche materna es la fuente nutricional natural para bebés menores de un año. La mayoría de los profesionales de salud, entre ellos, la Academia estadounidense de Pediatría (The American Academy of Pediatricians) y la Asociación Nacional de Enfermeras Pediátricas y médicos asociados (National Association of Pediatric Nurse Associates and Practitioners) recomiendan la lactancia materna durante el primer año de vida del bebé^{1,2}. Sobre lo mismo, Talayero, Rivera y Fernández sustentan que la leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros seis meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas, grasa y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren³.

Además, la leche materna contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones. De ahí, que los expertos están de acuerdo que amamantar al bebé durante cualquier período de tiempo, por corto que sea, es beneficioso tanto para el bebé como para la madre. Sin embargo, desde otro prisma, la lactancia materna es considerada como un fenómeno biocultural, simbiosis de instinto y cultura, así lo refiere Arruga, Burguieri y Delgado⁴. Se puede decir que es el aspecto cultural el que le confiere una especial vulnerabilidad: avances científicos, cambios sociológicos, desinterés de los profesionales de la salud y presiones comerciales que han estado a punto de hacerla desaparecer en el último siglo.

La lactancia materna, como fenómeno cultural con implicaciones biológicas determinantes para la supervivencia de la especie humana, a semejanza de lo que ocurre con otros mamíferos, vemos como se ha modificado su práctica por factores sociales, económicos y psicológicos. De acuerdo a mi experiencia en la

práctica profesional en el área asistencial pública y privada he venido observando que cada día las madres de todas las edades amamantan menos, justificándose con una serie de razones en todo caso valederas para ellas. Algunas argumentan que tienen los senos pequeños y no son capaces de alimentar al bebé, otras dicen que deben salir a trabajar, en consecuencia, carecen de tiempo suficiente para lactar al bebé. Hay quienes expresan que el niño llora mucho y no queda satisfecho, además manifiestan que en su círculo familiar le han aconsejado que le suministre fórmulas lácteas, agua y jugos para que el niño aumente de peso, se desarrolle y crezca más rápido, sin preguntarse los riesgos de que el niño enferme.

Ante tales aporías yo me pregunto: ¿Será que el grupo familiar necesita ser educado sobre los beneficios de la lactancia materna? ¿Será necesario contar con el apoyo de un programa educativo durante el puerperio y la crianza del niño, asumiendo que la leche materna es lo mejor que una madre puede ofrecer a su hijo?

La leche materna es un alimento completo, específico de la especie humana que contiene todos los nutrientes que un bebé necesita para crecer sano, facilita su adaptación a la vida, le transmite afecto tanto a la madre como al niño, le protege de enfermedades y estimula su desarrollo intelectual, a la vez que beneficia la salud de la madre y la economía de tiempo y economía familiar. Economía de tiempo porque el alimento va directamente del productor al consumidor y economía financiera porque es gratuita.

En ese sentido, Ruiz. L y otros, sustentan que la leche humana es la más idónea para todos los lactantes, incluidos los prematuros y enfermos. Además, es un derecho básico del niño ser amamantado por su madre y comenzar la vida de manera más apropiada¹. Se conoce que en la sociedad tradicional las familias eran numerosas y existía la cultura de protección a la lactancia materna. Las otras mujeres ayudaban a la nueva madre en el aprendizaje del amamantamiento. En cambio en la sociedad actual, industrial y urbana, las familias son pequeñas y las nuevas madres carecen en algunos casos del apoyo de la familia tradicional, la mayoría no saben dar el pecho y en otros casos, nunca han visto amamantar, se nota definitivamente que el fenómeno biocultural de la lactancia materna precisa y merece de la promoción integral y política de los poderes públicos, gobiernos y administradores de salud.

En este sentido, toman fuerzas las iniciativas de la Organización Mundial de la Salud siendo acatadas, interpretadas y aplicadas con mayor o menor empeño por los ministerios de salud de los diversos países y comunidades autónomas. De

allí que los profesionales de enfermería tenemos el compromiso moral como ciudadanos y la obligación por ley de hacer educación sanitaria, divulgando y promocionando por los medios a nuestro alcance, hábitos y estilos de vida saludables, que incluyan la promoción integral de la lactancia natural por parte del equipo de salud.

Esta es una de las razones de mi interés por abordar la temática de un modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna. El mismo está adscrito a la línea de investigación Promoción del Cuidado Humano en la Experiencia de la Salud y Calidad de Vida del Doctorado en Enfermería de la Universidad de Carabobo. El estudio será abordado desde el paradigma cualitativo por el método de la Teoría Fundamentada en los Datos.

El cuidado es esencial para la existencia humana y es por eso que enfermería lo ha tomado como esencia de su práctica cotidiana; nosotras basamos nuestro día a día en la identificación de necesidades de salud que están interferidas; le buscamos un soporte de posible solución y de esta forma lograr el bienestar de la persona a nuestro cuidado, para así brindar calidez y humanismo a nuestro trabajo, de la misma manera nos damos cuenta que educar es otra forma de prestar cuidado ya que así se orienta al individuo, familia y comunidad sobre las medidas de prevención que se deben tomar para llevar una vida sana. Es aquí donde enfermería juega un papel primordial porque es a la Enfermera la que el usuario verá como su educadora e integrante del equipo de salud que le enseñara a vivir de una manera más sana, y le orientara sobre la manera de evitar riesgos que pongan en juego su salud.

Por otra parte, es preciso entrar en un nuevo paradigma del cuidado, desde la mirada del concepto de Cuidado Humano, concibiéndolo, como una definición amplia, que incluye múltiples aspectos compuestos que no deben separarse. Es por eso que, se requiere avanzar en este concepto y emplearlo como ciencia y arte en nuestra conducta personal y profesional. Desde la óptica de Leonardo, Boff, un estudioso del cuidado humano nos afirma que el cuidado se da a priori, antes de toda actitud y situación de ser humano, lo que significa decir que este se halla en toda actitud y situación de acto. Quiere decir que el cuidado se encuentra en la raíz primera del ser humano, antes que este haga cualquier otra cosa. Significa reconocer el cuidado como un modo- de- ser esencial, siempre presente e irreducible a otra realidad anterior⁵.

Analizando lo aportado por este autor, se puede decir que sin cuidado no habría vida, ya que el cuidado existe desde la creación de la misma humanidad y se trata de una razón de supervivencia, y que el ser humano necesita del cuidado para vivir y el mismo autor dice que este sin cuidado dejaría de ser humano, es

por eso que se dice que el cuidado es más que una conducta necesitaría para sobrevivir, es un acto de compasión y comprensión, una actitud. Insiste Boff en que el cuidado “Representa una actitud de ocupación, preocupación, de responsabilidad y de involucramiento afectivo con el otro”. Es por eso que el cuidado es considerado por la humanidad como algo necesario para que perdure la especie.

Sobre este particular y partiendo de lo especificado anteriormente se dice que cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, a la mejoría y la preservación de la dignidad del otro. En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida, Su énfasis está más bien, en la idea de que el cuidado ha potencializado los resultados de la auto curación y por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.

El Modelo Teórico de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna se presenta para fundamentar y orientar el cómo, cuando, donde, con qué y quienes van a proporcionar cuidado a la madre que amamanta y a su grupo familiar, con la finalidad de fortalecer y apoyar la práctica de la lactancia materna exclusiva. En el proceso se da un conjunto de acciones articuladas entre sí que se deben aplicar y en el contexto hay agentes de acción con funciones específicas, en este caso, la enfermera en funciones de comunicadora, educadora y agente de cambio, es la que presta cuidados a la madre que amamanta y orienta a la familia. Tomando como base las cinco categorías originadas durante la fases de análisis, interpretación y discusión de los resultados y la manera como se relacionan las categorías y sub-categorías entre sí y con la idea central, la lactancia materna: La Alimentación idónea para el Recién Nacido, la cual está directamente relacionada con la practicas alimentarias del recién nacido (Condicionando el amamantamiento de su hijo, Justificando el uso de otras alternativas, Decidiendo amamantar como producto biocultural); Indagando sobre lactancia materna, que se encuentran vinculadas con: Informándose la propia madre, Copiando modelos parentales y Recibiendo información del personal de salud; Las Barreras y dilemas del amamantamiento, vinculadas con las Experiencias Vividas, Cultura Intergeneracional y Comunicación y creencias populares; Promoción y beneficios de la lactancia materna que se relaciona con Promoviendo la lactancia materna y Reconociendo los beneficios de la lactancia materna y por último los agentes externos que dieron origen a los Grupos de apoyo a la lactancia materna, considerados esenciales, por ser ellos los que apoyaran y acompañaran a la madre en los quehaceres de su

cotidianidad, para que ella se dedique con mayor comodidad física y más libertad de tiempo para el amamantamiento de calidad de su hijo.

Después de analizados los datos y construidas las categorías, en la fase de codificación selectiva, se procedió con la elaboración de diagramas para buscar las relaciones entre las categorías arriba anunciadas, en este juego de diagramación quedo reflejado la importancia que representan los grupos de apoyo para fortalecer la práctica de la lactancia materna exclusiva. De allí que el equipo de salud, específicamente la enfermera, debe considerar su inclusión en el modelo de cuidado y tomarlos en cuenta a la hora de orientar a la embarazada o madre lactante.

Estructura del modelo de cuidado de enfermería y familiar para la práctica de la lactancia materna

Definición de los supuestos teóricos:

Persona: es toda mujer que esta amamantando y que amerita una orientación para lograr una práctica de lactancia materna exclusiva ideal.

Entorno: son todos los factores de tipo cultural, creencias, social, biológico, físico y psicológico que rodean a la madre y que pueden interferir en determinado momento en su práctica de lactancia materna exclusiva

Grupo Familiar: son las personas que están cerca de madre que amamanta y pueden; aportar criterios personales que influyen de manera positiva o negativa en la práctica de la lactancia materna exclusiva

Lactancia Materna Exclusiva: alimento idóneo que debe recibir el Recién nacido humano desde que nace hasta que cumple seis meses; y luego complementarlo con otros nutrientes hasta después de los dos años de edad

Enfermería: es el acto de cuidar a la madre que amamanta y establece la relación interpersonal e intrafamiliar que incluye valoración de factores positivos y negativos que están presentes en el ambiente y que pueden afectar la práctica de la lactancia materna.

La enfermera: es la encargada de aconsejar y de proveer herramientas tanto a la madre como a la familia para el logro de una lactancia materna exclusiva y exitosa.

La lactancia es la alimentación con leche del seno materno. La OMS y el UNICEF señalan que la lactancia "es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños"⁶, sin embargo, vemos a diario que las madres ofrecen muchas dudas en cuanto a tomar la decisión de alimentar a su hijo, convirtiéndose esto en algunas oportunidades en un verdadero dilema entre lo que es ideal y lo que la madre está dispuesta a dar y hacer por su hijo.

Es bueno decir que aún queriendo y con más conocimientos, no es fácil enmendar el error producido: en efecto, más de una generación de mujeres no han amamantado a sus hijos, interrumpiéndose la transmisión de conocimientos intergeneracional, perdiéndose una cultura. Si todo en lactancia fuese instinto, no habría mayor problema, pero en ella hay un componente instintivo, fundamentalmente de la parte del recién nacido (reflejos de búsqueda y succión-deglución), unos reflejos sumamente eficaces en la madre (la estimulación del pezón que provoca aumento de las hormonas prolactina y oxitocina) y un importante componente cultural transmitido (la técnica o arte femenino de amamantar, legado sabiamente de madres a hijas y que formaba parte del acervo cultural de la humanidad, sin que los trabajadores de la salud tuviésemos que intervenir en ello). Pues bien, eso es lo que se ha perdido: la cultura del amamantamiento, de la crianza natural y, posiblemente, el vínculo afectivo natural entre madres e hijos.

Ante esto podemos decir que dar de mamar es el mejor regalo para comenzar la vida de un niño; dar el pecho hace crecer el amor entre la madre y el hijo. El contacto con la piel suave y caliente de la madre le da tranquilidad y placer a ambos. Es el mejor método de alimentación de los lactantes, por razones tanto económica, como higiénica y afectiva. La leche materna es un recurso material de bajo costo, el cual contiene proteínas que favorecen la respuesta inmunitaria y elementos que fomentan la respuesta del cerebro⁷.

Sobre este particular es bueno aclarar que la lactancia materna no es sólo instintiva, también es una conducta adquirida, por lo que en la actitud hacia ésta influyen la observación durante la niñez, el medio familiar y social y la información que el personal de salud trasmite a la mujer principalmente durante el embarazo. Según Pérez Guanipe, en esta etapa la mujer es muy receptiva a todo aquello que es mejor para su hijo. Desafortunadamente durante la atención prenatal no siempre se proporciona orientación que permita a la embarazada tomar una decisión ponderada sobre el tipo de lactancia que realizará⁸.

Orientaciones de cierre

Debe existir un ambiente familiar favorable, sobre todo, en aquellas madres que enfrentan esta experiencia por primera vez. El apoyo de la familia es esencial para que disminuya la ansiedad que es un factor importante y muy frecuente en estas madres. La lactancia materna es un proceso único que proporciona la alimentación ideal a lactantes y contribuye a su crecimiento y desarrollo saludables, reduce la incidencia y la gravedad de las enfermedades infecciosas, y disminuye la morbilidad y la mortalidad infantil.

Es por eso que la labor de promoción de Lactancia Maternas debe ser un trabajo que comienza con la educación para la salud, que debe realizarse en cada consulta y cada vez que se presente la oportunidad con la embarazada o la madre, se le debe explicar los beneficios que ofrece la lactancia materna y la técnica adecuada para lactar mejor, entre muchas orientaciones generales. Se recomienda que la información debe comenzar en edades tempranas en ambos sexos, sobre todo en las instituciones infantiles de forma didáctica y mediante juegos de roles en los niños, que además de estimular la creatividad y el aprendizaje, ayudan a un mejor ajuste social.

Sobre lo arriba descrito, es importante destacar el rol que juega la enfermera como comunicadora para con su conocimiento sea capaz de producir los cambios deseados, al transmitir las orientaciones a las futuras madres y obtener el éxito esperado en esta importante misión, logrando de esta forma que los familiares del bebé, pueden tomar una decisión a lo que se aplica el término bioético, consentimiento informado.

Para que la lactancia materna se inicie y establezca debidamente, es preciso que durante el embarazo y el puerperio, las madres cuenten con el apoyo activo, no sólo de sus familiares y de la comunidad, sino también con el todo el personal del sistema de salud, en el sentido de que al entrar en contacto con las futuras y nuevas madres, sean los interesados en promover la lactancia natural al facilitar la información oportuna, basada en el conocimiento de cómo mantener la lactancia.

Hoy es un hecho aceptado universalmente que la leche materna debe constituir el único alimento que el niño reciba durante los primeros 6 meses de vida, lo cual garantiza el alimento ideal para el desarrollo y crecimiento pleno, reduce la morbimortalidad en edades tempranas y disminuye el riesgo de adquirir enfermedades crónicas no transmisibles en la adultez. El interés por detener en cierto modo, el problema de la tendencia al abandono de amamantar al bebé, se

enfoca desde el nivel primario de salud, mediante los programas preventivos. Este enfoque se debe a la importancia que tiene la lactancia materna en la disminución de la mortalidad infantil, en el crecimiento y desarrollo del niño sano, de allí que entre los principales lineamientos del Ministerio Popular para la Salud, está el programa de promover y fomentar la lactancia materna.

No podemos cerrar este capítulo sin destacar la importancia de la vía metodológica seguida en esta investigación para la comprensión del significado del problema en estudio: Modelo de cuidado de enfermería y familiar para fortalecer la práctica de la lactancia materna. La particularidad del uso de la Teoría Fundamentada en los Datos, estriba en que se pueden producir aportes teóricos, fundamentado en lo que la gente dice y hace a través del análisis comparativo. En este caso, se produjo un modelo teórico-práctico del cuidado de enfermería con inclusión de la familia, que el equipo de salud, específicamente las enfermeras de puerperio, pueden ofertar a las púerperas y mamás que asisten a los centros de salud, para la promoción de la lactancia materna, en beneficio de la madre, el niño, la familia, de la comunidad y del país.

Se evidencia en esta investigación la importancia de producir conocimientos guiados por los fundamentos teórico-metodológicos de la TFD, los cuales se basan en la información ordenada de los datos procedentes de la investigación. Con una explicación clara y comprensible de las relaciones de, y entre las categorías, de manera que pueden ser verificadas en investigaciones presentes y futuras. Además de reunir las siguientes características: ser adaptable a la situación que estamos estudiando, ser funcional porque tiene aplicación práctica, las categorías emergen como expresión abstracta de los datos, no forzadas.

Asimismo de producir conocimientos para enfermería en el manejo de metodologías que ofrezcan resultados transferibles y aplicables al contexto estudiado, para fortalecer el objeto material y formar de enfermería, como son el cuidado y las teorías del cuidado.

El interés por detener en cierto modo, el problema de la tendencia al abandono de amamantar al bebé, se enfoca desde el nivel primario de salud, mediante los programas preventivos. Este enfoque se debe a la importancia que tiene la lactancia materna en la disminución de la mortalidad infantil, en el crecimiento y desarrollo del niño sano, de allí que entre los principales lineamientos del Ministerio Popular para la Salud, está el programa de promover y fomentar la lactancia materna.

Referencias

1. Centro Latino Americano de Perinatología de salud, de la mujer y reproductiva y organización panamericana de la salud (OPS) www.clap.ops.oms.org/weg 2005/estadísticas
2. Monitoring the situation of children and women. New York: UNICEF; web site: <http://www.childinfo.org>
3. Martín Calama J, Lozano MJ, Lasarte JJ, Valero MT. La industria dietética y la promoción de la lactancia materna. *Actual Nutric* 2003; 21: 4-10.
4. Jiménez ph. La enfermedad diarreica en Cuba. *Rev Cub Ped* 2009 ;65:6372.
5. Boff, L. Saber Cuidar. Editora Vozes. Brasil.1999.
6. UNICEF OMS. Práctica y promoción de la lactancia natural en hospitales amigos del niño. Argentina. 1993.
7. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones para la lactancia materna. Asociación Española de Pediatría. 2008
8. Pérez Guanipe. Enrique. Compendio de puericultura y pediatría. Primera ed . 2003.


María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estímulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud

Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC

Nelly Arenas

Licenciada en Enfermería, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano, Formo parte de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería, Profesor a dedicación exclusiva de la Universidad de Carabobo, Profesor de la Cátedra de Anatomía, Profesora de Pre y Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de La universidad de Carabobo, Actualmente es Profesora Jubilada Activa



**Modelo de autocuidado
de enfermería
para mujeres con
enfermedades crónicas**



María H Cárdenas y Dina Toro

Modelo de autocuidado de enfermería para mujeres con enfermedades crónicas

María Hilda Cárdenas y Dina Toro

El modelo de autocuidado de enfermería para el cuidado de su salud sexual y reproductiva de las mujeres con enfermedades crónicas está basado en la interrelación transpersonal enfermera usuaria, en consejería sobre estilos de vida saludables y rescate de confianza y dignidad humana para las pacientes con una condición de salud que pudiera afectar su bienestar.

Este modelo fue producto de una investigación cualitativa con el método de la Teoría Fundamentada en los Datos, de allí que según los datos interpretados y lo analizado a lo largo de mi experiencia en la investigación pude deducir que el cuidado que se le debe ofrecer a las mujeres con enfermedad crónica para que tengan una salud reproductiva adecuada debe estar basado en la preocupación y ocupación del bienestar de esas mujeres que además de tener una condición de vida especial, pueden verse afectada sus relaciones familiares, de pareja y sociales es por eso que decidí analizar la situación desde la óptica de Jean Watson ella asegura que una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada¹. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo².

Los cuidados de enfermería deben estar encaminados hacia la comprensión, la educación, la consejería, la orientación y el acompañamiento para que de esta forma la usuaria le tenga confianza a la enfermera y así logre mantener su afección controlada y libre de complicaciones³. De aquí puedo decir que para cuidar a una mujer con enfermedad crónica se debe demostrar y poseer empatía con los sentimientos y necesidades que la mujer este experimentando en determinados momentos; de tal manera que la enfermera debe involucrarse con la mujer, su familia, su entorno familiar y social e incluso laboral para de esta

manera tomar en cuenta todos los detalles que pudieran influir en su bienestar y por ende en su salud sexual y reproductiva.

Definición de los supuestos teóricos

Persona: es la mujer en edad reproductiva portadora de una condición de salud, que pudiera afectar el bienestar físico, biológico, emocional, social y espiritual que está en constante desequilibrio con su entorno.

Entorno: son todos los factores de tipo cultural, creencias, social, biológico, físico, emocional y espiritual que rodean a la mujer con enfermedad crónica y le afectan su salud y la predisponen a una complicación.

Entorno Familiar: son todas las personas significativas que están cerca de la mujer con enfermedad crónica y ejerce influencia sobre su comportamiento

Cuidado: es la interrelación enfermera/usuario de tipo transpersonal que tiene como objetivo el mantenimiento y restauración de la salud de la mujer con enfermedad crónica.

Autocuidado: es la forma que tiene la mujer con enfermedad crónica de cuidar su salud sexual y reproductiva.

Enfermería: es la acción de brindar afecto, amor, desvelo, preocupación a través de una relación transpersonal que alcanza a la mujer con enfermedad crónica y a su entorno familiar que busca más que curar; brindar salud.

Enfermera: Es la encargada de brindar afecto, amor, desvelo y preocupación con la finalidad de rescatar la dignidad humana y preservar la salud sexual y reproductiva de la mujer con enfermedad crónica.

Consideraciones finales

El autocuidado se inicia cuando la usuaria interioriza en si misma sus fortalezas y debilidades, suyo en su totalidad: mente, cuerpo, entorno familiar y social⁴. La mujer que vive con una enfermedad crónica experimenta en su cotidiano vivir muchos desajustes que la hacen susceptibles a nivel emocional, de salud, familiar y social.

Las mujeres deben tener en todo tiempo orientación sobre el cuidado de su salud reproductiva ya que esto garantizara un autocuidado integral y estilos de vida saludables, además garantiza un mejor cuidado en mujeres que desarrollan una enfermedad crónica. Para alcanzar y conservar la salud de estas mujeres se requiere de acciones de atención integral en apoyo con el personal de enfermería

que le oriente y brinde cuidados específicas y diferenciados tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación⁵.

Watson reconoce que el cuidado es parte fundamental del ser y es el acto más primitivo que un ser humano realiza para efectivamente llegar a ser, este ser es un ser en relación a otro que lo invoca⁶. Este llamado desde el otro, es la base fundadora del cuidado en general y, a la vez, del cuidado profesional propio de la enfermera. Este cuidado profesional es estructurado, formalizado y destinado a satisfacer las necesidades del ser humano con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud. Sobre este particular es importante destacar que el rol de la enfermera es fortalecer la interrelación transpersonal de las usuarias para restaurar la salud de la mujer con enfermedad crónica. Además el cuidado va integrado a la familia y entorno donde se desenvuelve la mujer en su vida cotidiana día a día con el objetivo de promover estilos de vida saludables.

Por su parte Oren enfatiza en promover el autocuidado y bienestar implica identificar las áreas de fortaleza y de necesidad⁷. Se debe fortalecer las cualidades, talentos y habilidades que tenga la mujer con enfermedad crónica para cuidar, y recuperar su salud sexual reproductiva a través del cuidado de sí misma. Para que la mujer en edad reproductiva con enfermedad crónica tenga autocuidado de su salud sexual y reproductiva es preciso que durante todas sus etapas de desarrollo tenga la orientación, la educación, consejería, y el acompañamiento para que de esta forma mantenga una salud integral y bienestar biopsicosocial.

Para finalizar es importante destacar la vía metodológica seguida en esta investigación para la comprensión del significado del problema en estudio: significado de cuidado de la salud reproductiva para mujeres con enfermedades crónicas y Construir una teoría a partir del significado de cuidado de la salud reproductiva para mujeres con enfermedades crónicas. La particularidad del uso de la Teoría Fundamentada en los Datos, estriba en que se pueden producir aportes teóricos, fundamentado en lo que la gente dice y hace a través del análisis comparativo⁸. Se evidencia en esta investigación la importancia de producir conocimientos guiados por los fundamentos teórico-metodológicos de la teoría fundamentada en los datos, los cuales se basan en la información ordenada de los datos procedentes de la investigación. En este caso, se produjo un modelo teórico-práctico de autocuidado para las mujeres con enfermedad crónica, que el equipo de salud, específicamente las enfermeras pueden ofrecer cuidados integrales en los centros de salud, para la prevención, y promoción de estilos de vida saludables para el autocuidados de mujeres en edad reproductiva con enfermedad crónica.

Referencias

1. Dialnet. López G. R, Riera Velasco R. R. Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas, aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas.2004.
2. Texto & Contexto Enfermería, Mulher, Saude e Enfermagem Mujer, Salud y Enfermería. Julio/Septiembre 2008 volumen 17 numero 03, p527y544. 25/07/20013.
3. Scribd. Cuidado Humanizado de Enfermería: Visibilizando la Teoría y la Investigación en la Práctica, en la Clínica del Country, Octubre 2007 Disponible en: [70http://es.scribd.com/doc/69895646/Cuidado-Humanizado-de-Enfermeria-Visibilizando-La-Teoria-y-La-Investigacion-en-La-Practica](http://es.scribd.com/doc/69895646/Cuidado-Humanizado-de-Enfermeria-Visibilizando-La-Teoria-y-La-Investigacion-en-La-Practica). 20/07/2013.
4. Barrera L, Pinto N, Sánchez B. “Cuidando a los Cuidadores”: un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. IndexEnferm
5. Montoya G.J. La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. RevScielo Acta bioeth. v.13 n.2 Santiago nov. 2007 (15-06-14) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726569X2007000200003&script=sci_arttext.
6. Jean Watson. El Cuidado, 12 de octubre 2012. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/jean-watson.html>. 01/12/2013.
7. Teorías de Dorotea Orem (autocuidado)15-06-14 Disponible en: <http://laestenosisaortica.wordpress.com/teorias-de-dorotea-orem-autocuidado/>
8. Hernández, José Gregorio Herrera, Larry. Generación de Teoría Teoría Fundamentada. Universidad del Zulia. Puerto Ordaz, Enero de 2011. DISPONIBLE en:<http://www.eduneg.net/generaciondeteoria/files/INFORMETEORIAFUNDAMENTADA.pdf>.23/07/2013.

María Hilda Cárdenas

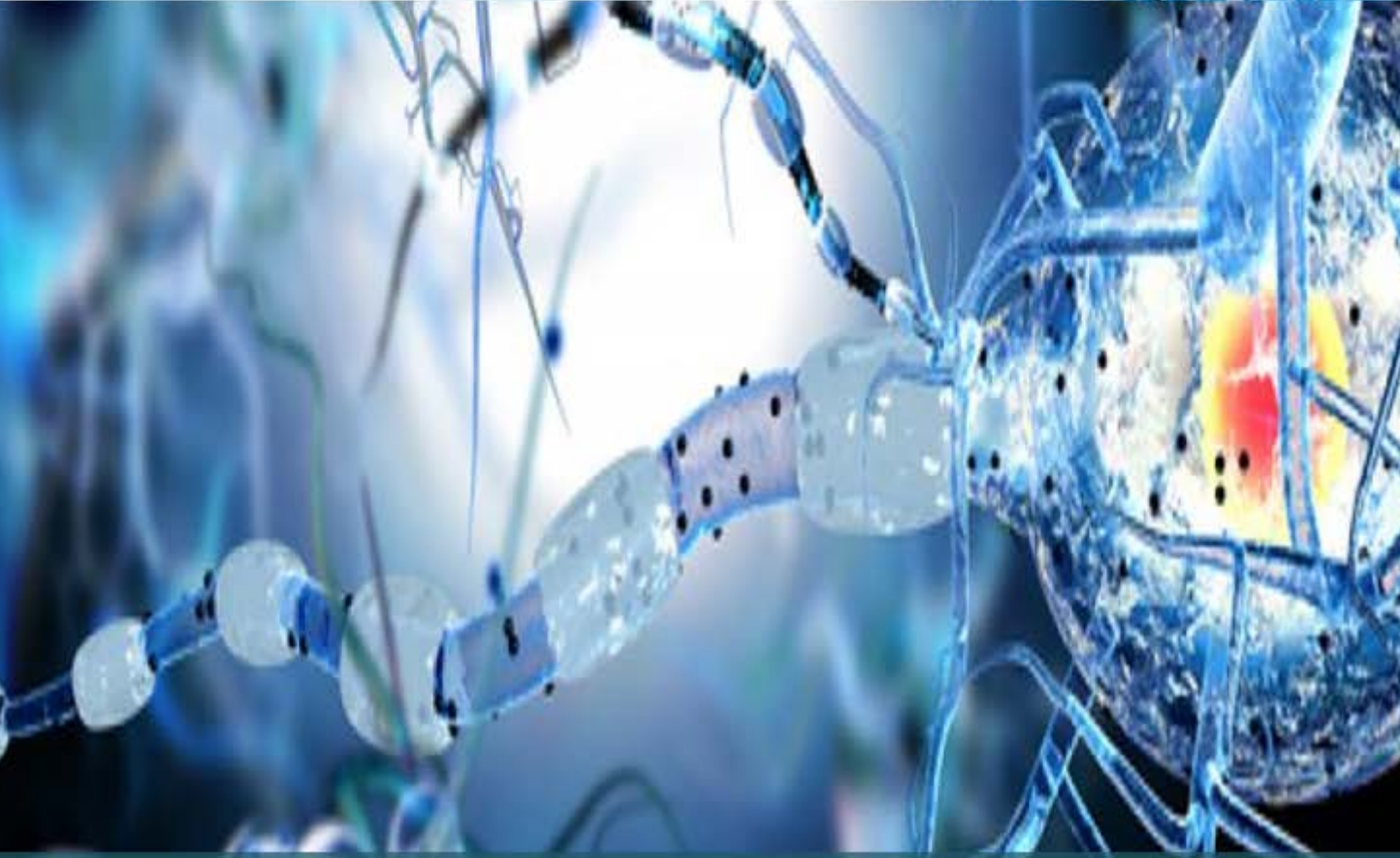
Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estímulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC

Dina Toro

Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva. Enfermera de Cuidado Directo del Hospital Joaquina de Rotondaro, de Tinaquillo, Estado Cojedes, Venezuela



El cuidado enfermero



Rosa Reina y Nelly Arenas

El cuidado enfermero

Rosa Reina y Nelly Arenas

El proceso de cuidar a una persona sana o enferma solo puede ser óptimo si es individual, porque cada persona humana es un ser único e irrepetible.

Cuando se les pregunto a las enfermeras cómo percibes tú el arte de cuidar, esta fue su respuesta:

Cada paciente es un mundo, yo debo individualizar el cuidado, saber que necesidades tiene uno diferente del otro, brindar cuidados no solo físicos sino emocionales, espirituales y psicológicos, brindarle cuidado que lo ayuden a recuperarse (Juren)...ayudar al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas, alimentación, hidratación, respiración e higiene, escuchar y hablar con el paciente, acompañarlo en el proceso de recuperar su salud, enseñarle para que pueda hacerlo por sí mismo (Talo)

Juren y Talo expresan su percepción del arte de cuidar con diferencias textuales, pero al analizarlas coinciden en su significado con características comunes, muy congruentes que a la vez pueden conceptualizarse como: cuidado individualizado, basado en las necesidades humanas.

Significa que las entrevistadas están claras en lo que respecta al cuidado individual, se intuye que basadas en esa individualidad, es que perciben el arte de cuidar basado en las necesidades del paciente, cuando expresan: *saber que necesidades tiene uno diferente del otro*. De hecho, perciben al paciente desde una concepción holística, puesto que consideran el cuidado en su dimensión física, emocional y espiritual. La unicidad del hombre es evidente y se manifiesta en el mundo a través del lenguaje, de la expresión, de su cuerpo y de su rostro. Por todo eso es imposible cuidar en masa o en grupo, porque cada ser humano tiene su propia realidad y cuidarlo en su enfermedad es apostar a su singularidad¹.

La teoría de las necesidades humanas: propone los conceptos de que el cuidado está centrado en satisfacer las necesidades humanas. Entre las autoras de estas teorías se encuentra: Virginia Henderson, Dorotea Orem, Faye Abdellah y Nancy Roper. Estos modelos aplican conceptos de la teoría de la psicología humanística, formulada por Abraham Maslow, quien centra su propuesta en definir las necesidades humanas como unidades de motivación personal, organizadas en jerarquía dispuesta en una pirámide de cinco (5) niveles: Fisiológicas Básicas, Seguridad, Afiliación, Autoestima y Autorrealización.

La enfermera como persona experta en proporcionar cuidado a la población, basa su actividad en cubrir las necesidades del individuo en todas las dimensiones del ser humano. El concepto del ser humano como un todo indivisible ha proporcionado unos conceptos a las enfermeras para dirigir su práctica al cuidado integral individualizado. El cuidado desde la percepción individual presupone gran conocimiento personal, de su circunstancia, biológica y biográfica. Mayeroff. Afirma: Para cuidar de otro, es preciso conocer principalmente quien es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles son sus necesidades y lo que conduce a su crecimiento, preciso saber cómo responder a sus necesidades y cuáles son mis propios poderes y limitaciones². Ese conocimiento tiene que ser general y específico.

El discurso de las enfermeras entrevistadas, además de estar relacionado con la tesis de Mayeroff, revela también la característica fundamental de los modelos que pertenecen a la escuela de las necesidades, que definen la acción de la enfermera como la persona que ayuda en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o de sus capacidades para el auto cuidado.

En la asistencia centrada en la satisfacción de las necesidades humanas, la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, la eliminación y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden inferior, mientras que la actividad/ inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior. La autorrealización es una necesidad intra e interpersonal de orden superior. De allí que las informantes le dan prioridad y orden a las necesidades básicas.

Se interpreta en este discurso, que no solo se corresponde con la teoría de las necesidades de Maslow, sino que a su vez cabe perfectamente dentro de la jerarquía de las necesidades humanas, ubicándolas en el nivel inferior de la pirámide. Maslow, quien es uno de los principales representantes de la escuela de psicología humanística, defiende en su teoría que los seres humanos están en continuo crecimiento y desarrollo desde su concepción hasta la muerte. Las necesidades motivan la conducta del individuo, la persona tiene que satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad (nivel inferior) para pasar a satisfacer otras más elevadas (nivel superior) como el amor, la autoestima, para llegar al final de la pirámide donde se sitúa la necesidad de autorrealización³. Una de las teóricas de enfermería que trabaja el modelo de las escuelas de las necesidades es Virginia Henderson, quien define a la enfermería en términos funcionales: " La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible"⁴.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica catorce (14) necesidades básicas y fundamentales que comparten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales.

Juren percibe el arte de cuidar con una visión integral, lo cual pone de manifiesto en su verbo de manera muy expresa: *brindar cuidados no solo físicos sino emocionales, espirituales y psicológicos*. Aquí volvemos a encontrar su coincidencia con la visión holística del paciente. Cada vez somos más conscientes de que el conocimiento de la salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva holística, global e integral.

Para Virginia Henderson, la persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales.

La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad⁴. Cuidar en sentido holístico significa entonces considerar a las personas en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa. En enfermería podemos decir que

humanizar la salud es generar salud holística, en efecto, es uno de los indicadores del cuidado humanizado, es la consideración de la persona ayudada en sentido holístico, en toda su corporeidad.

La naturaleza intangible y variable de la espiritualidad, variedad de formas en que se experimenta entre diferentes personas y en distintos momentos, las múltiples formas que tiene a través del cuerpo, del pensamiento, de los sentimientos, los juicios y la creatividad, y su relación con los aspectos no materiales de la vida, explican en parte esta percepción.

La espiritualidad agrupa las ideas filosóficas del sentido de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, del saber y del hacer que se puede reconocer como un impulso unificador para el bienestar humano que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias. De allí que Talo percibe en su visión de salud holística, la espiritualidad como una necesidad del paciente hospitalizado que debe ayudarlo a satisfacer, estableciendo una relación de encuentro enfermera-persona cuidada con presencia auténtica. Para admitir que un profesional cuida y valora a una persona se debe partir de que el mismo sea formado y valorado como persona y este en capacidad de asumir el reto de la totalidad.

El cuidado espiritual según Remen referido por Potter, sugiere que la curación no es una cuestión de mecanismos como los tratamientos y las medicaciones, sino más bien un trabajo del espíritu. Parece que en factor de curación existe un espíritu intrínseco del individuo. La salud espiritual se alcanza cuando una persona encuentra el equilibrio entre sus propios valores vitales, sus objetivos y sus creencias y los de los demás⁵. Establecer una relación de cuidado con un cliente implica una interconexión entre la enfermera y el paciente. Esta es la razón por la que Watson describe la relación de cuidado en un encuentro espiritual. La espiritualidad ofrece un sentimiento de colectividad tanto intrapersonal como personal y transpersonal, conectado con lo invisible, Dios o poder superior.⁶

En otra expresión de Talo, se observa que verbaliza su percepción del arte de cuidar así: *escuchar y hablar con el paciente, acompañarlo en el proceso de recuperar su salud, enseñarle para que pueda hacerlo por sí mismo*. En lo expresado por la entrevistada se interpreta que ella anuncia tres características muy importantes en la actitud de cuidar: escuchar y hablar con el paciente, denota que ella entiende que cuidado empieza por la relación enfermera/paciente, lo cual es fundamental porque en ella se expresan sentimientos, emociones y la sensibilidad por el arte de cuidar. Segundo, se percibe que la actitud de la

enfermera en el cuidado debe ser también de acompañamiento para no dejarlo solo en el dolor y tercero enseñarlo para el auto cuidado, a manera de evitar la dependencia, vale decir, acompañarlo en su recuperación con una visión de su futura reinserción a la familia. Una meta común del cuidado de enfermería relacionada con el mantenimiento o la restauración de la salud es ayudar a los pacientes a lograr un estado en donde ellos sean independientes.

De allí, que gran parte de la practica actual refleja una actitud de valor unida a la meta de independencia, e indica acciones de enfermería para ayudar a los pacientes a asumir su responsabilidad tan pronto como sea posible. Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia. Tiene una serie de necesidades básicas para la supervivencia. Necesita fuerza, deseos, conocimientos para realizar las actividades necesarias para una vida sana e independiente. Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que Henderson denomina cuidados básicos de enfermería⁴. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Se concluye que la característica fundamental de los modelos de cuidado que pertenecen a la escuela de las necesidades es que definen la acción de la enfermera como ayuda en la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona o del uso de sus capacidades para el auto cuidado.

Por otra parte, cuando se les pregunto a las enfermeras cómo percibes tú el arte de cuidar, esta fue su respuesta:

Para mí el arte de cuidar es proporcionar apoyo a una persona de manera empática, significa ponerse en el lugar de la otra persona, no hacerlo que no quisiera que me hagan a mí, hay personas que tienen lesiones físicas y esas lesiones les causa un daño psicosocial o espiritual y para que puedan aprender a vivir con esa limitación hay que brindarle apoyo, también tener la técnica, preparación académica, que influye en la calidad del cuidado (Lugon) preocuparse por el bienestar del paciente crea un vinculo de confianza, preguntarle donde es el dolor, lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve, se crea una empatía, eso es arte de cuidar(Marsa)

Para disertar sobre esta subcategoría del cuidado veamos algunos relatos: *para mí el arte de cuidar es proporcionar apoyo a una persona de manera empática. La empatía es la habilidad de las personas para comprenderlos sentimientos y*

emociones de otras personas, supone saber ponerse en el lugar del otro para entender su punto de vista, en nuestro caso el significado del arte de cuidar a una persona en situación de enfermo, para lo cual la enfermera debe ser humanamente sensible.

De lo anterior se extrae, que la enfermera comprende la situación humana por la cual está pasando el enfermo, significa que ella lo percibe como una persona igual a ella, con los mismos derechos y deberes, tal como lo expresa: *no hacerlo que no quisiera que me hagan a mí*, en ese sentido, la enfermera cuando entra en la relación terapéutica con el paciente debe tratar de conocer el contexto del malestar del paciente, eso le ayudará a escoger e individualizar las intervenciones de enfermería que realmente puedan ayudar al enfermo. De allí que ellas perciben el arte de cuidar como empatía y la define como ponerse en el lugar de los demás. La persona que se coloca en lugar de los demás, supone decir que respetara la libertad y la toma decisiones del otro, porque una cosa es sentir empatía y otra muy diferente es querer dominar al otro.

El diccionario de filosofía de Ferrater Mora⁷, dice que la empatía es conocida como “endopatía” y la define como una “vivencia por la cual quien la experimenta se introduce en una situación ajena objetiva o subjetiva, real o imaginaria, de tal suerte que aparece como dentro de ella”. Ferrater Mora cita varios autores para explicar que la endopatía si bien es la introducción en el otro, de ninguna manera ese estar dentro anula la distancia. La introducción no significa una disolución del acto propio en la situación ajena, como si ocurre con el recién nacido en su relación con la madre, quien se siente fusionado con ella como si ambos fueran una sola persona.

En enfermería para que se produzcan cambios eficaces en cualquier relación de ayuda, es preciso observar el principio de empatía. Con el fin de ser útil, la enfermera debe demostrar la capacidad de participar en los sentimientos o ideas del paciente, sintiendo, compartiendo y aceptando al otro. Según el Diccionario Médico biológico University definen la empatía como “proyección imaginativa de un estado subjetivo a un objeto, de tal forma que este parezca lleno de él” y también como el grado de sintonía afectiva con las demás personas y su ambiente circundante. Si la enfermera posee empatía, como en el caso que expresan las informantes, demuestra estar consciente del carácter único e individualidad de la persona cuidada; está dispuesta a compartir los sentimientos de ésta, se interesa en ella como un ser igual a sí misma. Si el paciente percibe que la enfermera se interesa por él y por lo que siente, la relación generará confianza y una comunicación abierta.

Para que la enfermera desarrolle empatía, según Hammond, se necesitan dos cosas: conciencia y aceptación de ella misma como persona que siente y está abierta a sus propias experiencias, y capacidad de escuchar todos los mensajes transmitidos por el paciente, identificar los sentimientos relacionados con cada uno y responder a la sensibilidad de él⁸.

Para Rogers. M. en un contexto de relación de ayuda implica penetrar los sentimientos y significados personales del otro, y solo así alcanza el objetivo de la comprensión empática, ponerse en el lugar del paciente, sucede en un contexto de relación de ayuda, y esta es la condición en la relación enfermera-paciente, penetrar los sentimientos y significados personales del otro, tiene como objetivo la comprensión empática⁹, la relación interpersonal, como manifestación de apertura a experiencias humanas, se caracteriza por la escucha empática.

Actualmente la psicología emplea la palabra empatía en tres sentidos: *conocer* los sentimientos de otra persona, *sentir* lo que está sintiendo y *corresponder* compasivamente ante los problemas que la aquejan. Cuando escuchamos y vemos las vivencias y sentimientos del paciente, estamos ante una enfermera que se relaciona desde el entenderse, pero al imaginarse lo que siente, lo expresa así: *preguntarle donde es el dolor, lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve*, significa que mueva su yo al otro y con ello se coloca en su dolor, en su enfermedad, en su vida.

Si analizamos el discurso de Lugony Marsa, muestra que hay entendimiento en la relación, la relación desde el entenderse, en la teoría de Gervaeer representa el primer nivel de relación ínter subjetiva de carácter constructivo, en donde se establece un acercamiento sincero entre dos o más personas que están dispuestas a compartir ideas, ideales, criterios y formas de vida¹⁰. Es así, que cuando la enfermera entiende al paciente, éste tiene nombre definido y significativo, tiene un rostro definido. *Lo tocamos, hay contacto, lo vemos, el nos ve*. En otras palabras, en esta relación el otro se siente importante para los demás, se siente respetado, con derechos y deberes; de igual modo, el yo reconoce la presencia del otro como una persona significativa, que conoce, con quien comparte, a quien desea lo mejor. La empatía, hace referencia a todas aquellas actitudes y acciones positivas que surgen en la interacción de cuidado tales como escuchar, comprender lo que el otro siente y ponerse en su lugar (transpersonalizar), estableciéndose una relación cálida, agradable y cercana. En el enfermero genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson⁶, la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las

percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión. El afecto no posesivo se demuestra hablando en un tono de voz moderado y adoptando una postura abierta y relajada, y unas expresiones faciales coherentes con otras comunicaciones, tal como lo expresa la entrevistada.

En otro aparte de la narrativa, Lugón se refiere al daño espiritual causado por las lesiones físicas del paciente que requiere del apoyo por parte de la enfermera.

La espiritualidad es intrínseca a la naturaleza humana y es el recurso más profundo y potente de sanación que tiene la persona. Cada ser humano es capaz de desarrollar en forma gradual su espiritualidad. Florence Nightingale¹¹, decía para que los profesionales de Enfermería puedan brindar un buen cuidado espiritual, debe apoyar al cliente según identifiquen y exploren lo que es significativo en sus vidas y según ellos busquen formas de ajustarse al dolor y sufrimiento de las enfermedades.

Por su parte Remen, refiere que la curación no es una cuestión de mecanismo, como los tratamientos o las medicaciones, sino más bien un trabajo del espíritu, parece que en el factor de curación existe un espíritu intrínseco del individuo. La salud espiritual se alcanza cuando una persona encuentra el equilibrio entre sus propios valores vitales, sus objetivos, su sistema de creencias y las de los demás. Las creencias y las expectativas de un individuo pueden tener y tienen efectos sobre el bienestar físico de una persona.

Esta es la razón por la que Watson describe la relación de cuidados en un sentido espiritual. Dice la autora, la espiritualidad ofrece un sentimiento de colectividad tanto intrapersonal o sea, conectado con uno mismo, como interpersonal, conectado con los demás y el entorno y transpersonal, conectado con lo invisible, Dios o un poder superior¹². Cuando se establece una relación de cuidados el cliente y la enfermera llegan a conocerse entre sí, de manera que ambos avanzan hacia una relación de curación mediante la movilización de esperanza del cliente y de la enfermera, comprensión del malestar, síntomas o emociones aceptables para el cliente y lo ayuda para que utilice recursos sociales, emocionales y espirituales.

Por ello, la relación terapéutica que se establece entre paciente- enfermera se constituye en esa situación particular, única e irrepetible, en donde se pueden identificar las diferentes manifestaciones de espiritualidad que idealmente conforman el referente de intervención para lograr la adaptación. Teóricas en

enfermería como Watson, Neuman, y Roy han contribuido a la conceptualización de la espiritualidad con los conceptos como: el autoconocimiento, la fortaleza, capacidad de trascendencia, armonía entre cuerpo, mente y espíritu, potencial humano, trascendencia del límite físico a la dimensión espiritual; de esta forma se potencia el sentido de la interacción entre la enfermera y el paciente con el fin de encontrarle sentido a la existencia y a las diferentes situaciones particulares vividas en forma adversa.

Ver el porqué y el para que de una situación particular relacionada con el cuidado de la salud humana, de tal forma que puede trascender hacia el bienestar a través del cuidado espiritual. El profesional de enfermería a partir de la concepción holística, única y trascendente del ser, puede identificar a través de la espiritualidad su esencia como estrategia para crecer en el cuidado a través del desarrollo de relaciones terapéuticas armoniosas, que permitan a la persona cuidada y a la enfermera, reconocerse en el cuidado como protagonistas activos en lograr la adaptación.

El cuidado espiritual puede suponer que la enfermera demuestre interés, que facilite el recibimiento de ayuda, estableciendo de este modo relaciones significativas con el paciente. El cuidado espiritual está representado por la búsqueda del equilibrio entre cuerpo, mente y alma, a través de una relación terapéutica cálida, oportuna e incondicional por parte del profesional de enfermería. Este profesional posee recursos propios que le permiten identificar las necesidades espirituales de las personas cuidadas, afianzada en el recurso de la relación terapéutica, a través de la comunicación verbal y no verbal, el contacto visual, físico y la escucha.

Como conclusión de esta subcategoría, consideramos que los aspectos más importantes para el éxito del cuidado desde la empatía, es crear una relación enfermera-paciente desde el entenderse¹⁰. Establecer las buenas relaciones humanas es imprescindible para mejorar la comunicación con los demás, habilidad que debemos cultivar y tener presente en nuestras relaciones cotidianas con los pacientes para conocer su experiencia vivida durante la enfermedad, porque para el desarrollo de la empatía se requiere vivir y conocer cualquier situación humana, ya sea propia o de otros, la cual constituye la experiencia de situaciones similares.

En el caso de la relación enfermera-paciente, se requiere la experiencia del proceso de enfermedad y de sus consecuencias personales. Una enfermera empática ha de ser capaz de entender humanamente, no sólo los pensamientos y sentimientos que el paciente está expresando, reconociendo su significado, sino

también comprendiendo los impactos emocionales y conductuales que tienen en su vida personal.

Por tal razón el cuidado en la salud reproductiva; tiene un impacto significativo dado que cada etapa por la cual la pareja pasa en busca de la procreación comprende un mundo de sentimientos y experiencias únicas e irrepetibles que con un buen enfoque de cuidado se convierte en una experiencia placentera de allí que la enfermera debe concebir su arte y darle la cualidad del enfoque epistémico.

Referencias

1. TORRALBA. I. ROSELLÓ, F. **Antropología del cuidar**. Ed.Vozes. Brasil, 2009.
2. MAYEROFF, MILTON. **A Arte de Servir ao Próximo para Servir a Si Mesmo**. Traductora: Cristina Carvalho Boselli. Editorial Record. Brasil. 1971.
3. MASLOW. A. H. **A Theory of Human Motivation**. Originall and Published in Psychological Review, 50. 1943.
4. KOZIER y otros. **Fundamentos de Enfermería. Conceptos, procesos y prácticas**. Vol. 1. McGraw- Hill.Ed. Interamericana. Madrid. España. 1998.
5. POTTER. PERRY. **Fundamentos de Enfermería**. Editorial Harcourt, Madrid. España. 2001.
6. WATSON. J. **Philosophy and Theory of Human Caring in Nursing**. In: Riehlsidca, Joan P. Conceptual Models for Nursing Practice. 3ed. San Mateo; Appleton Lange.1988FERRATER MORA. **Diccionario de Filosofía**. Tomo II. Ariel, S.A. Barcelona. 20
7. LEDDY, S y PEPPER, M. **Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional**. Copany. New York. U.S.A Lippincott. O.M.S. 1.989.
8. ROGERS. M E. **Nursing: A science of unitary man**. En Riehl JP, Roy SC(eds): Conceptual Models for Nursing Practice. Nueva York. Appleton-Century-Crofts. 1980.

9. GEVAERT. J. **El problema del hombre**. Editorial Sigueme. Salamanca. España. 1976.
10. NIGHTINGALE. FLORENCE. **Notas sobre Enfermería**. Masson S.A. España. Barcelona. 1990.
11. ARENDT. HANNAH. **La Condición Humana** Barcelona. España. Paidós.1996

Rosa Ysabel Reina Caballero

Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Coordinadora de la Asignatura Pasantías del Cuidado de Enfermería, Investigadora Nivel C del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Coordinadora del Grupo de Investigación GIPRACUSARE, Investigador Activo de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Coordinadora de la Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC

Nelly Arenas

Licenciada en Enfermería, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano, Profesor Titular Jubilada Activa, Formo parte de la Comisión Coordinadora del Doctorado en Enfermería, Profesor de la Cátedra de Anatomía, Profesora de Pre y Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud de La Universidad de Carabobo, Actualmente es Profesora Jubilada Activa



**Promoción de la
resiliencia como
modelo de desarrollo
en el adolescente**

**Flor Sanmiguel, María
Cárdenas y Rosa Reina**

Promoción de la resiliencia como modelo de desarrollo en el adolescente

Flor Ángela Sanmiguel, María Hilda Cárdenas y Rosa Reina

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como: “Etapa que transcurre durante el segundo decenio de la vida de los seres humanos, es decir, entre los 10 y los 19 años, existiendo una diferencia entre su etapa temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años). La adolescencia se comporta, por tanto, como una etapa en la cual los niños pasan de un estado de dependencia socioeconómica total a otro de relativa independencia¹. La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento básico para el avance social, económico y político de un país. Los cambios que ocurren desde el punto de vista biológico, psicológico y social hacen que sea la adolescencia, después de la infancia, la etapa más vulnerable del ciclo vital, por lo que debe ser privilegiada y atendida de manera especial.

Hablar de adolescencia es hablar de transformaciones y de cambios, de nuevas formas de mirar y vivir el mundo. Para muchas personas es hablar de conflicto, de peligro, de rebeldía, de delincuencia y de enfermedad; para otras, de potencialidad, desarrollo, posibilidad para conformar valores como libertad, autodeterminación, responsabilidad, equidad, solidaridad, respeto, no violencia y autocuidado. Es por ello que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que los adolescentes representan 30 % de la población de América Latina.²

De allí, que los programas de promoción de salud, dirigidos a los adolescentes requieren fortalecer un enfoque integral, orientado hacia el contexto socioeconómico, político, jurídico y cultural, al ambiente grupal, familiar y al propio desarrollo individual del adolescente.³ El lapso entre los diez y los dieciocho años marca aspectos diferenciales en el desarrollo que se reflejan en importantes transformaciones psicosociales y coinciden con las edades aproximadas en que se inician las modificaciones sexuales y la culminación de este crecimiento. El desarrollo adolescente se da en una delicada interacción con los entes sociales del entorno; tiene como referente no sólo la biografía individual, sino también la historia y el presente de su sociedad.^{1,4}

Por otra parte, el apoyo a estos jóvenes, la mayoría de los cuales siguen siendo menores de edad según la Convención sobre los Derechos del Niño, no debe terminar al final de su primer decenio de vida. Un buen comienzo en la vida es necesario pero no suficiente para romper las ataduras de la pobreza y la desigualdad: para marcar una diferencia duradera, tanto para los individuos como para las sociedades, es preciso complementar el apoyo que se ofrece durante la primera y la mediana infancia con la inversión en la educación, la salud, la protección y la participación de los adolescentes, especialmente de los más pobres y marginados.⁵

En la actualidad, en este mundo donde la globalización ha aumentado la inequidad, ya que los beneficios se distribuyen de forma más desigual y que se caracteriza por una agenda inconclusa en salud, es que se debe actuar ahora desde la resiliencia cuando se piense en políticas de salud. Específicamente los indicadores de conducta patológicos más frecuentes específicamente en niños y adolescentes son: adicciones, violencia, depresión, trastornos en la conducta alimentaria, ansiedad, angustia, estrés, déficit de atención, conductas de trasgresión y evasión, embarazos precoces, suicidio, entre otros, ante los cuales se puede suponer que frente a este panorama pareciera que la prevención aparece como la solución más viable.¹ De esta forma, en el marco de investigaciones de epidemiología social se ha venido observando que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o padecimientos de algún tipo, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación y hasta surgían fortalecidos de ella. A este fenómeno se le denomina "Resiliencia".⁶ Sin embargo, desde la resiliencia es posible hacer una redefinición del rol de los adolescentes como seres con capacidad para interactuar con el ambiente, es decir, para impactarse sin lugar a dudas, pero sobre todo para modificarlo demostrando facultades de adaptación positiva. En este caso, dejan de ser sujetos pasivos beneficiarios que reciben información para ser reconocidos como actores de su propio desarrollo.

Conceptualizaciones de la resiliencia

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término "resilio", que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. A lo largo de la historia, el concepto de resiliencia ha tenido varias definiciones sirve "para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos".⁷ Uno de los mayores exponentes en el mundo de la teoría y práctica de la resiliencia, la define como "la

capacidad de los seres humanos sometidos a los efectos de una adversidad, de superarla e incluso salir fortalecidos de la situación".⁸ Tomando en cuenta la opinión de otros autores ¿Qué es la resiliencia? Se puede interpretar que puede indicar las fuerzas negativas, expresadas en términos de daño o riesgos sobre el cual se puede encontrar un verdadero escudo protector que hará que dichas fuerzas no actúen linealmente, sino que atenúen los efectos negativos y en otras circunstancias las transformen en factor de superación de la situación adversa.

De toda esta amplia variedad de concepciones acerca de la resiliencia resulta difícil para los investigadores proponer una definición única, sin embargo, a partir de la experiencia en investigación se llega a definirla como el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan para superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Esto es dinámico en el sentido de que las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permiten al niño y adolescente una construcción sana de su desarrollo y de un ajuste social positivo al entorno.⁹

Sin embargo, es perentorio la necesidad de un Modelo de Desarrollo Integral para los Adolescentes que permita considerar a los jóvenes y adolescentes como recursos a desarrollar más que como problemas a solucionar permitiéndoles: Enfatizar en las potencialidades más que las supuestas carencias de los y las adolescentes, incluso de los más desfavorecidos y vulnerables. Visionar a los y las jóvenes como personas deseosas de explorar el mundo, que van ganando en competencias y que adquieren la capacidad para hacer su contribución al mundo en el que viven. Implicar a la juventud en actividades productivas y significativas, en lugar de ocuparse de corregir, curar o tratar sus conductas problema. Permitir el desarrollo de las competencias personales es un factor de protección que hace a chicos y chicas más resistentes y previene el surgimiento de problemas de ajuste psicológico y comportamental.¹⁰

Consideraciones finales

Y para reflexionar de lo anterior planteado, la necesidad de promover lo positivo. Es decir, el desarrollo adolescente positivo, alienta la autonomía pero canaliza la curiosidad en una dirección positiva. Construye sobre las inversiones hechas durante la temprana niñez y más allá, buscando asegurar un proceso continuo de crecimiento positivo que desarrollo de las capacidades y habilidades requeridas para la ciudadanía y la vida adulta.⁸ Es apostar a crear mejores condiciones de vida a las generaciones futuras. De allí, que es necesario que los

psicólogos, educadores, trabajadores sociales y demás profesionales de la salud comprendan cómo las personas responden positivamente a situaciones adversas y cómo debemos empezar a usar este conocimiento para potencializar las fortalezas de los individuos, con especial atención nuestra población adolescente.¹¹

Referencias

- 1.- Krauskopf, D. Dimensiones del Desarrollo y la Salud Mental en la Adolescencia. En indicadores de Salud en la Adolescencia. O.P.S. San José Costa Rica; 1995. p. 100-103.
- 2.- Blanco Pereira María Elena, Jordán Padrón Marena, Pachón González Liliam, Sánchez Hernández Tania Bárbara, Medina Robainas Rolando Ernesto. Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. Rev. Med. Electrón. [Revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Junio 06] ; 33(3): 349-359. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000300012&lng=es.
- 3.- Proyecto de Desarrollo y Salud Integral de Adolescentes de Adolescentes y Jóvenes en América Latina y el Caribe 1997- 2000. Washington: OPS; 1998 Consultado el 25-06-2016 Disponible en: <https://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd59/saludintegral.pdf> de FWK Kellogg - 1998.
- 4.- Krauskopf, D. Adolescencia y Educación. Segunda edición. Editorial EUNED. San José Costa Rica; 1994. p. 80-81.
- 5.- Educación en la Primera Infancia – OEI. Consultado el 10-12 2014 Disponible en: https://www.oei.es/pdf2/aportes_aduacion_primera_infanciauruguay.pdf
- 6.- Cardozo, G. y otros Adolescencia. Promoción de Salud y Resiliencia. Córdoba: Editorial Brujas. 2005, México. p. 2.- 7.
- 7.- Quintero, A. Resiliencia: contexto no clínico para trabajo social. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud, p. 2.- 7.
- 8.- Donas, S. Vulnerabilidad, Protección y riesgo. OPS/OMS, Caracas. Venezuela, en Adolescencia latinoamericana Vol. 1 No4, 2000, Porto Alegre, Brasil.

9.- González Arratia, L.F.N.I. y M.J.L. Valdez (2007). “Resiliencia y enfrentamiento a los problemas en niños de familias y niños huérfanos”, Conferencia presentada en el VIII Congreso al Encuentro de la Psicología Mexicana y IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología. Michoacán.

10.- Desarrollo Positivo Adolescente y Activos que lo promueven Consultado el 24-06 2016 Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/.../Adolescencia/desarrolloPositivo/desarrolloP>

11.- La resiliencia como un aporte a intervenciones sociales sustentables. Relatoría del Seminario Taller Fundación Bernard Van Leer Universidad Nacional de Lanus Colección Salud Comunitaria Ediciones de la UNLA. Buenos Aires 2001 pág. 12 – 15

Flor Ángela Sanmiguel

Licenciada en Enfermería, Especialista en Salud y Desarrollo del Adolescente, Magister en Gerencia en Salud y Enfermería, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel C del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA, Investigador Adscrita a la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de la Especialidad Salud y Desarrollo del Adolescente, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC.

María Hilda Cárdenas

Licenciada en Enfermería, Especialista en Educación Superior, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Actualmente es Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería

“Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Investigadora Nivel B del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología. Investigador Activo del Grupo de Investigación GINUMUNA y GIPRACUSARE, Investigador y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Miembro de la Comisión Coordinadora de Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC

Rosa Ysabel Reina Caballero

Licenciada en Enfermería, Magister en Enfermería en Salud Reproductiva, Doctora en Enfermería Área de Concentración Salud y Cuidado Humano. Profesor Asociado adscrita al Departamento de Salud Reproductiva y Pediatría de la Escuela de Enfermería “Dra. Gladys Román de Cisneros” de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo. Coordinadora de la Asignatura Pasantías del Cuidado de Enfermería, Investigadora Nivel C del Programa de Estimulo al Investigador (PEII) de la ONCTI del Ministerio de Ciencia y Tecnología, Coordinadora del Grupo de Investigación GIPRACUSARE, Investigador Activo de la Unidad de Investigación en Salud Reproductiva UNISAR, Coordinadora de la Maestría en Enfermería en Salud Reproductiva, Facilitadora de cursos de Consejería en Lactancia Materna de la UNIRCALAMA/UC



Cuidado humano en todas las etapas de salud reproductiva

ISBN: 978-980-233-662-3



9 789802 336623