
Atención integral de la embarazada en la comunidad*

Mara Mercedes Osorno Navarro**

Recibido: 31 de marzo de 2013

Evaluado: 10 de abril de 2013

Aceptado: 5 de mayo de 2013

RESUMEN

El presente artículo es el resultado de la práctica de enfermería en la comunidad, en el proyecto Modelo de Atención Materno Infantil, dirigido a un grupo de gestantes de la zona suroriental de Sincelejo, ejecutado en los años 2008-2010. Este programa brinda atención integral a las usuarias de acuerdo con la Norma Técnica 0412 de 2000, el Modelo Biosicosocial propuesto por el Ministerio de Salud, la Política de Salud Sexual y Reproductiva y los nuevos objetivos del milenio. Incluye un componente educativo que involucra a la familia y la pareja, a fin de afianzar factores protectores, prevenir factores de riesgo y obtener hijos y madres sanos. Para esto, se escogieron quince historias familiares de las gestantes que participaron de este programa, para realizar un análisis de la práctica de los estudiantes de enfermería, teniendo en cuenta sus características sociodemográficas. En esta investigación se determinó que las gestantes se identifican y se vinculan al programa y al curso psicoprofiláctico, pues reciben educación con respecto a su embarazo, parto y posparto, además de recibir efectivos ejercicios de relajación, respiración y estimulación intrauterina, a través de metodologías y dinámicas contextuales.

Palabras clave: gestante, comunidad, práctica de enfermería.

* Reporte de caso. Resultado de la práctica de enfermería en la comunidad en proyección social en el proyecto Modelo de Atención Materno Infantil (MAMI).

** Enfermera. Especialista en Docencia Universitaria por la Universidad Santo Tomás. Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar por la Universidad Nacional de Colombia. Docente de la Universidad de Sucre. Investigadora. Correo electrónico: monosrno@hotmail.com

Comprehensive care of pregnant women in the community

ABSTRACT

This paper is the result of nursing practice in the community, in the frame of the project "Maternal and Child Care Model", which is oriented to a group of pregnant women in the southeastern part of Sincelejo and was executed during 2008 and 2010. This program provides comprehensive care to its users according to the Technical Regulation 0412 of 2000, along with the Biopsychosocial Model proposed by the Ministry of Health, the Sexual and Reproductive Health Policy and the new millennium goals. It includes an educational component that involves the family and the couple in order to strengthen protective factors, prevent risk factors and obtain healthy children and mothers. For this, fifteen family histories of the pregnant women who participated in this program were chosen to perform an analysis of the practice of nursing students, taking into account socio-demographic characteristics. This research found that pregnant women identify and connect themselves to the program and the psychoprophylactic course because they receive education regarding pregnancy, childbirth and postpartum, and receive effective relaxation exercises, breathing and intrauterine stimulation through methodologies and contextual dynamics.

Keywords: pregnant, community, nursing practice.

Recibido: 31 de marzo de 2013

Evaluado: 10 de abril de 2013

Aceptado: 5 de mayo de 2013

Atendimento integral da mulher grávida na comunidade

Recibido: 31 de marzo de 2013

Evaluated: 10 de abril de 2013

Aceptado: 5 de mayo de 2013

RESUMO

O presente artigo é o resultado da prática de enfermagem na comunidade, no projeto Modelo de Atenção Materno Infantil, dirigido para um grupo de mulheres grávidas na zona sudeste de Sincelejo, executado nos anos 2008-2010. Este programa oferece assistência integral para as usuárias de acordo com a Norma Técnica 0412 do 2000, o Modelo Biopsicossocial proposto pelo Ministério da Saúde, a Política de Saúde Sexual e Reprodutiva e novas metas do milênio. Inclui um componente educativo que envolve à família e o casal, a fim de fortalecer fatores de proteção, e prevenir fatores de risco e obter filhos e mães sãos. Para isso, escolheram-se quinze histórias familiares das mulheres grávidas que participaram neste programa, para realizar uma análise da prática dos estudantes de enfermagem, tendo em conta a suas características sócio-demográficas. Nesta pesquisa determinou-se que as mulheres grávidas se identificam e se vinculam ao programa e ao curso psicoprofilático, pois recebem educação sobre sua gravidez, parto e pós-parto, além de receber exercícios de relaxamento, respiração e estimulação intrauterina, por meio de metodologias e dinâmicas contextuais.

Palavras-chave: mulher grávida, comunidade, prática de enfermagem.

INTRODUCCIÓN

A largo de los nueve meses que dura el embarazo, las mujeres se van preparando tanto física como psicológicamente para afrontar la vivencia de la maternidad. La Universidad de Sucre, a través de su Programa de Proyección Social (Acuerdo 13 de 2010 del Consejo Superior Universitario), un convenio de la Alcaldía de Sincelejo y otros sectores, dedica sus energías para proporcionar la atención especial que las circunstancias requieren.

El programa Modelo de Atención Materno Infantil (MAMI) se fundamenta en la Norma Técnica para la Detección de Alteraciones del Embarazo (Resolución 0412 de 2000, Ministerio de Salud), en la historia de riesgo biosicosocial (Herrera, 1997), propuesto por el Ministerio de Salud a través de la Política de Salud Sexual y Reproductiva, líneas de acción Maternidad Segura y Planificación Familiar (Ministerio de Protección Social 2003), y por los nuevos objetivos del milenio: reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2000). Además, el programa MAMI resalta la participación comunitaria, autogestión, red perinatal y atención integral desde su comunidad. Se constituye así en un elemento innovativo y diferencial de los proyectos de atención materno-infantil propuestos.

El Programa MAMI, dirigido a las gestantes, puérperas, mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, menores de cinco años y adolescentes, surgió como uno de los compromisos contraídos entre la Alcaldía Municipal de Sincelejo y la Universidad de Sucre, con la suscripción del Convenio

Relación Docencia-Servicio, Decreto 2376 del Ministerio de Protección Social (2010), operacionalizado a través de la Empresa Social del Estado de Sincelejo, la Secretaría de Salud y la Facultad de Ciencias de la Salud. El objetivo de este programa es desarrollar y evaluar un modelo de atención integral materno-infantil conformado por un conjunto de cuidados esenciales en la salud de la mujer gestante, la mujer puérpera, el recién nacido, al infante y la mujer en edad fértil, para asegurar una maternidad sin riesgo, nacimientos seguros y comportamientos saludables en la asunción de una sexualidad sana y la salud reproductiva desde la familia y la comunidad.

En este sentido, el programa MAMI destina recursos asistenciales necesarios para suministrar vigilancia, cuidados prenatales y perinatales apropiados, además de conceder un importante papel en la atención primaria en salud y la promoción de la salud para fomentar que la mujer viva, de manera positiva y participativa, la llegada de su hijo. La práctica de enfermería evidencia el significado de la atención en salud en la comunidad, la captación temprana de la gestante desde el inicio de su embarazo, la gestión de los exámenes de laboratorio para su inscripción y participación temprana a los controles prenatales en una institución prestadora de servicios (IPS), la pronta vinculación al curso psicoprofiláctico y educación materna.

En la práctica de enfermería de la Universidad de Sucre (específicamente en el Programa de Proyección Social, desarrollado en una comunidad vulnerable de la zona suroriental de Sincelejo, el modelo de salud comunitaria y el proyecto MAMI), los estudiantes de enfermería realizan actividades,

individuales y en grupo, en los domicilios, con las gestantes, llevando registros a través de una historia familiar que contiene instrumentos que reúnen información sociodemográfica de la familia, el ambiente donde viven, la dinámica familiar (familiograma o ecomapa) y los controles de la IPS con sus laboratorios.

Los resultados de la práctica de enfermería en la Universidad de Sucre, en lo concerniente a la proyección social en la comunidad, evidencia la importancia de la atención integral de la gestante, tanto en la comunidad como en su domicilio, para detectar tempranamente algún problema y poder solucionarlo, evitando complicaciones. El fin de la intervención en estas gestantes es disminuir la morbilidad y mortalidad perinatal y materna y reforzar el conocimiento de sus derechos y deberes reproductivos.

Además de las actividades que ejecutan los estudiantes de enfermería, el grupo de proyección social tiene un equipo multidisciplinario con estudiantes de medicina, enfermería, fonoaudiología, psicología y trabajo social. Este equipo es necesario para la atención integral de la gestante, según las necesidades encontradas, teniendo en cuenta otros sectores e instituciones que hacen parte de este trabajo, a través de convenios y alianzas que establece la Universidad de Sucre. En este artículo se reflexiona sobre la práctica de enfermería y su importancia para el crecimiento y enriquecimiento del conocimiento de la profesión y el sentido de un ejercicio profesional benéfico en las actividades de salud pública, a fin de contribuir en la disminución de cifras de morbimortalidad materna e infantil del

perfil epidemiológico de la población de gestantes.

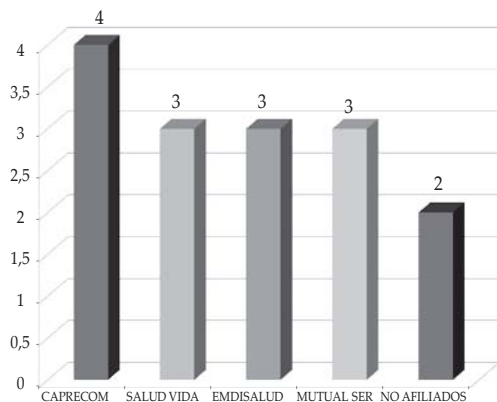
El programa MAMI se viene ofertando desde 2001 en la zona suroriental de Sincelejo, a través del programa de enfermería de la Universidad de Sucre. MAMI ha tenido un importante impacto en el grupo familiar de las gestantes, de ahí la importancia de dar a conocer los resultados de la práctica de los estudiantes, ya que este programa se guía por la estrategia de atención primaria en salud, con los componentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El programa monitorea todos los controles que realizan a las gestantes en la IPS, con los registros y el desarrollo del curso psicoprofiláctico. Este último es un curso de preparación del parto y del puerperio, en el que se desarrollan acciones a nivel grupal e individual, en los domicilios, para así detectar cuál problema puede afectar la salud de la gestante y brindar educación que permita modificar estilos de vida, conocer el resultado de la gestación y evaluar la práctica de enfermería en la atención de gestantes

RESULTADOS Y DISCUSIONES

Características sociodemográficas

Respecto a la práctica realizada en el periodo 2008-2010, es importante mostrar que la población de gestantes por atender tiene unas características particulares importantes, para poder diseñar los diferentes planes de atención. A continuación se describirán aspectos significativos de las familias de las gestantes objeto de atención.

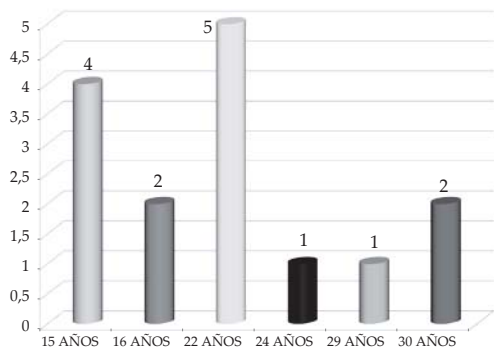
Figura 1. Afiliación al Sistema de Seguridad Social



Fuente: elaboración propia.

Como puede observarse en la figura 1, un 86,66% de las gestantes están vinculadas al Sistema General de Salud del Régimen Subsidiado, lo cual avala una atención de control prenatal en una IPS del sector público.

Figura 2. Edades de las gestantes

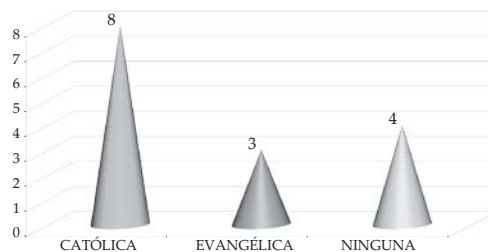


Fuente: elaboración propia.

Como se aprecia en la figura 2, las gestantes son mujeres que en su mayoría tienen 22 años (33%), sin desconocer que en algunas no es su primer embarazo. El 33% de las gestantes están en embarazo de su tercer hijo. En segundo lugar se encuentran las

adolescentes (26,6%), jóvenes que necesitan de mucha orientación y que, en su mayoría, son primigestantes. En la actualidad, el embarazo en adolescentes es uno de los problemas más sentido en el mundo y se aprecia un aumento en su incidencia, lo que refleja que aun cuando existen los conocimientos, las medidas ejecutadas para frenar esta realidad no han generado el impacto esperado.

Figura 3. Religión que practican las gestantes



Fuente: elaboración propia.

En la figura 3 se observa que un 53,3% de las familias son católicas, y en un menor grado son evangélicas.

Figura 4. Ingresos familiares



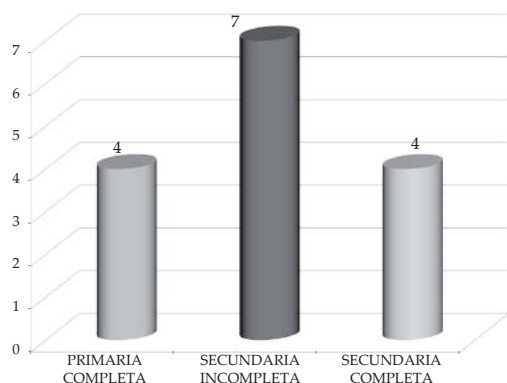
Fuente: elaboración propia.

Un 53,3% de las familias de las gestantes ganan un salario mínimo mensual para suplir las necesidades básicas de sus familias,

como se muestra en la figura 4. Es evidente que no son suficientes los ingresos para su subsistencia. En cada hogar de la gestantes, un solo integrante es el que trabaja; en alguno de los casos trabaja la pareja; en otros casos, quien mantiene a la familia es uno de los padres de la gestante, ya que el 40% de las gestantes no conviven con su pareja. El 100% de estas gestantes son amas de casa, lo cual permite evidenciar la falta de dinero para el transporte de algunas gestantes para asistir a los controles prenatales.

Díaz (2012) refiere acerca de la implementación de un programa de atención prenatal que apoyará embarazadas en riesgo de exclusión social o ante los primeros cuidados de su bebé. Anticiparse a muchos de los problemas a los que se enfrentan hoy día los niños es una la tarea de protección a la infancia, resultado de ciertas conductas durante el embarazo.

Figura 5. Nivel educativo de las gestantes

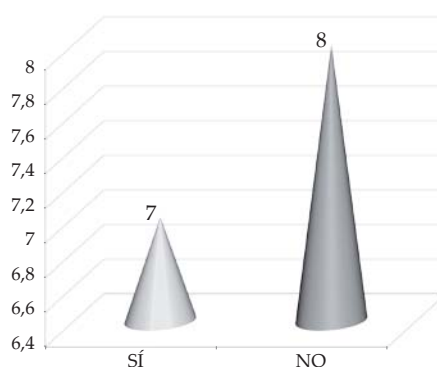


Fuente: elaboración propia.

Según la figura 5, la educación de estas embarazadas no es ideal, porque un 46,6% no alcanzó a terminar sus estudios de secundaria, en algunos casos por el deseo de

conformar una familia a temprana edad y por la crianza de sus hijos. En otros casos, desertan de las instituciones educativas por falta de dinero en sus familias. Estas gestantes tienen la necesidad de plantearse una independencia frente al embarazo y sienten que se desdibuja su rol, responsabilizándose de la situación, enfrentándose a carencias por su baja capacitación, por la edad y escolaridad insuficientes para acceder a trabajos de buena calidad y bien remunerados.

Figura 6. Tratamiento del agua para consumo



Fuente: elaboración propia.

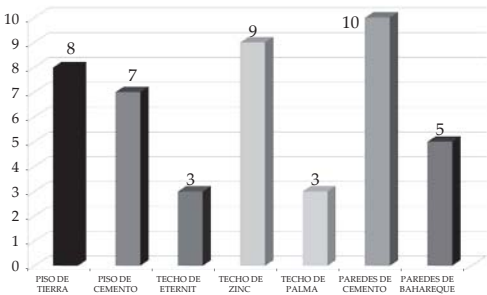
La figura 6 muestra que 53,3% de las familias no tratan el agua; en algunos casos, argumentan, por motivos culturales, y en otros porque al hervir el agua aumentarían aún más los gastos.

Como se puede observar en la tabla 1 y en la figura 7, el 53,3% de las vivientes tienen piso de tierra; el 60%, techo de zinc y paredes de cemento. De igual manera, todas cuentan con el servicio de energía y acueducto. Es importante resaltar que el agua no está disponible todos los días, no todas las familias cuentan con el servicio de alcantarillado y un 26,6% cuentan con letrina.

Tabla 1. Tenencia de vivienda

Tenencia	Número de familias
Propia	8
Arrendada	7
Total	15

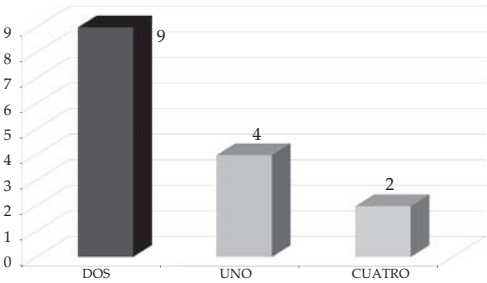
Figura 7. Características de la vivienda



Fuente: elaboración propia.

Según se muestra en la figura 8, el 60% de las familias cuenta con un número de habitaciones insuficientes para sus integrantes. Esto se debe a la falta de recursos económicos para suplir las necesidades familiares

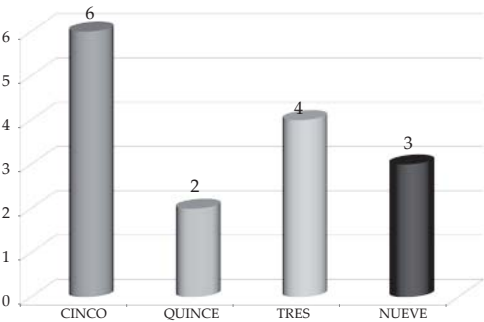
Figura 8. Número de dormitorios de la casa



Fuente: elaboración propia.

Entorno familiar

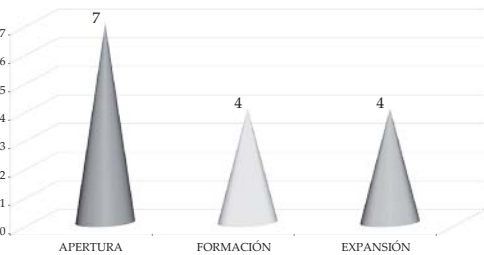
Figura 9. Número de integrantes de la familia



Fuente: elaboración propia.

Si se detalla la figura 9, el 40% de las familias de las gestantes tienen en su casa seis integrantes por familia. Según la figura 10, se evidencia el número de dormitorios: el 60% tiene dos cuartos en su casa, y la cocina no está de manera independiente, razón por la cual esta se encuentra en uno de esos dos cuartos. La vivienda de estas familias no es ideal, porque no tiene las características suficientes para considerarse un espacio seguro y digno para el desarrollo de los individuos.

Figura 10. Etapas del ciclo vital familiar



Fuente: elaboración propia.

El 46,6% de las familias de gestantes se encuentra en la etapa de apertura del ciclo vital familiar. Es esperable que en esta etapa

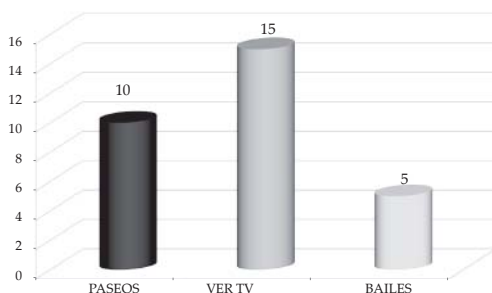
la pareja cese en su función de acompañamiento y cuidado de los hijos; suceso que no ocurre en estas familia, pues por razones económicas, los hijos siguen viviendo bajo el mismo techo con sus padres, a pesar de que ya deberían tener su propio hogar, con sus hijos y una familia diferente a la de origen. Esto es así a causa de no poder suplir sus necesidades básicas. Estas familias, en un 66,6%, manejan límites claros, utilizando una comunicación complementaria para la solución de sus problemas. Los integrantes tratan de igualar las conductas recíprocas: tratan de ponerse en el mismo nivel.

Igualmente, estas familias, en un 66%, expresan sus sentimientos a través de caricias, besos y abrazos. La autoridad es ejercida en forma democrática (86,6%) por los integrantes de la familia, deduciéndose que es una familia organizada de manera tal que todos tiene voz y voto y desempeñan un papel importante. Todos tienen derechos y responsabilidades y están en la mejor disponibilidad de cumplir su papel de forma justa y sin abuso de poder. Los resultados demuestran que son familias con una funcionalidad positiva para la madre gestante y demás integrantes. Con ello se fortalecen lazos que permiten comprender los cambios dados en la gestante, a causa del alto estrés que ponen en juego las capacidades de adaptación a nivel individual y grupal, por los cambios biológicos y psicosociales (Magno, 2011).

Tabla 2. Tipología familiar

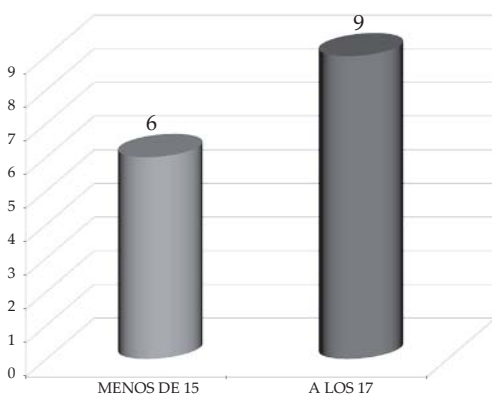
Tipología	Número de familias
Extensa	7
Mixta	6
Nuclear	2
Total	15

Según se muestra en la tabla 3, un 46,6% corresponde a familias de tipología extensa conviviendo aún con los padres; las gestantes acuden a los padres a las redes más amplias de parentesco, en busca de soporte moral, apoyo en las crianzas y cuidados de los hijos. Muchos padres y madres mayores que creían que su misión procreativa había culminado tuvieron que reacomodar el hogar para recibir a una hija y a los nietos. La familia como red de apoyo demuestra su relevancia al hacer posible la supervivencia de la madre y de los hijos al tomar como responsabilidad familiar el cuidado de los niños (Pachón, 2000). La tabla 3 muestra que en segundo lugar están las familias de tipología mixta, donde se evidencia las relaciones reincidentes entre las parejas de las gestantes; se trata de una familia cuya estructura dinámica difiere de la familia tradicional. Hoy se sabe que cuando las pautas de funcionamiento están acordes con la estructura particular, son perfectamente viables para el crecimiento y desarrollo de los miembros. Son familias con un modo de funcionamiento e identidad propios (Davison, 2010).

Figura 11. Formas de diversión en la familia

Fuente: elaboración propia.

Según se muestra en la figura 11, las familias de las gestantes aprovechan su tiempo libre para compartir y divertirse en familia, a través de lo cual fortalecen las relaciones y los lazos entre sus integrantes; aporte significativo para el proceso de gestación de la madre.

Figura 12. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Fuente: elaboración propia.

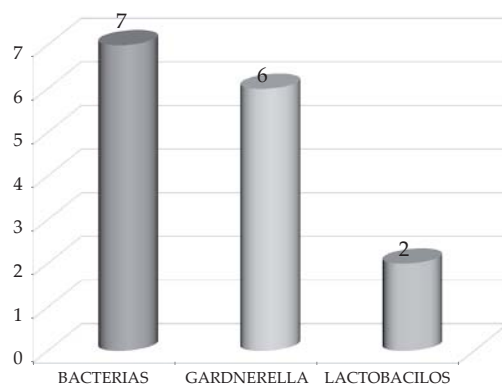
Como se observa en la figura 12, las mujeres gestantes han iniciado sus relaciones sexuales a una edad muy temprana: 60% aún no han llegado a los 18 años; de alguna forma, son irresponsables de sus actos y no miden las consecuencias. Son factores que motivan el despertar precoz de la sexualidad: la evidencia del cambio de costumbre en el medio social donde se desenvuelven; una nueva libertad sexual que se da por igual en los diferentes niveles socioeconómicos; la pertenencia a sectores sociales desprotegidos y en circunstancias en que ellos crecen, adolescencia con características sociales muy particulares.

Este deseo se afianza por el sentido que le dan a las vidas, carentes de otros intereses, con escolaridad pobre, sin proyecto de vida, con modelos familiares de inicio precoz de relaciones sexuales, estimulación de los medios de comunicación, inicio a muy corta edad de sus relaciones sexuales con chicos muy jóvenes, con muy escasa comunicación verbal, predominio del lenguaje corporal. Las gestantes tienen relaciones sexuales sin protección, contraen enfermedades de transmisión sexual y buscan fantasías de amor que compensen sus carencias (Secretaría de Educación Pública, 2002).

Menacho (2010), en un artículo sobre el embarazo en adolescentes, refiere que cuando hay un proyecto de vida que prioriza alcanzar un determinado nivel educativo y pospone la maternidad para la edad adulta, es muy probable que la joven, aun teniendo relaciones sexuales, adopte una prevención efectiva del embarazo.

Resultados de paraclínicos

Figura 13. Resultados de frotis de flujo vaginal



Fuente: elaboración propia.

Los resultados de los laboratorios arrojan registros negativos en la serología para VDRL (prueba serológica para la sífilis) y negativos en todos los casos para la prueba de Elisa, convirtiéndose en un factor protector y significativo que evita teratogénesis en el producto.

En todas las embarazadas, las pruebas para toxoplasma se registraron normales, factor protector de mucho significado que quiere decir que las gestantes no le transmitirán la enfermedad a sus bebés o causarán problemas oculares o daños cerebrales.

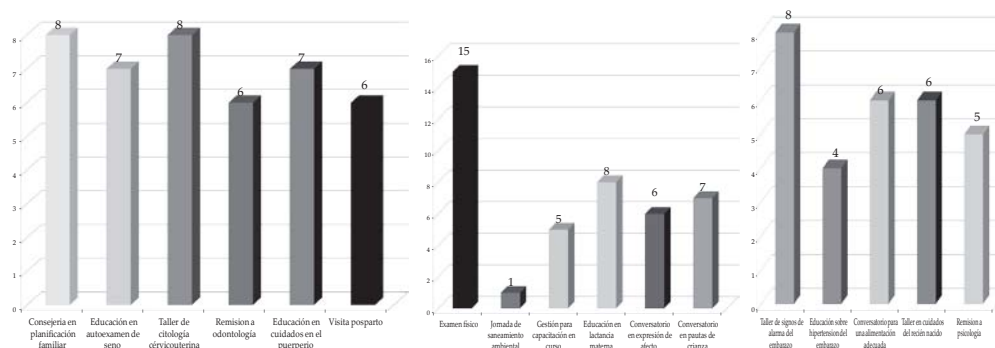
En cuanto a los parciales de orina, la mayoría de gestantes presentan infección de

vías urinarias y reciben tratamiento oportuno, sin ninguna alteración para la gestante. Mesa (2009) manifiesta, en cuanto a las bacterias, que entre un 10% y 20% de todas las mujeres sufren esta infección durante el embarazo, por lo que siempre deben ser tratadas para evitar complicaciones tanto para la madre como para el niño. Un 29% de las mujeres gestantes se les complica el embarazo por una infección urinaria, siendo unas de las condiciones médicas más comunes de las gestantes. Factores de riesgo relacionados con este tipo de infección son: anomalías del tracto urinario, retención urinaria, diabetes, condiciones económicas bajas, actividad sexual (Mesa, 2009).

Intervenciones según los factores de riesgos

Como se puede observar en la figura 14, las muestras de frotis de flujo vaginal presenta, en un 46,6%, infección por bacterias, y en segundo lugar por gardnerella (40%). Algunos autores reportan que un tercio de las embarazadas cursan con esta afección. Ante esta situación, los estudiantes de enfermería monitorean si las gestantes asisten a los controles para recibir el tratamiento y corroboran si reciben el tratamiento, para evitar contracciones uterinas y evitar partos prematuros.

Figura 14. Intervenciones realizadas en las familias



Fuente: elaboración propia.

En la figura 14 se demuestra que a estas gestantes se les ha realizado diferentes intervenciones, según el caso encontrado. Teniendo en cuenta los factores de riesgos identificados en las familias de las gestantes, se ejecuta la intervención, que puede ser operativa, como en el caso del examen físico que se realiza a la gestante mensualmente, el cual se registra en su historia familiar. De igual manera, se registran las remisiones para realizarse los diferentes laboratorios, y en la historia reposan copias de estos. Las remisiones a odontología, la realización de maniobras, toma de peso y talla, toma de altura uterina se reportan en la historia familiar.

El programa MAMI, antes de efectuar las intervenciones, realiza búsquedas activas de embarazadas casa a casa, en la comunidad asignada. En promedio, por semestre se vinculan 24 embarazadas, de las cuales, en su mayoría, 60% se vinculan al programa MAMI en el tercer trimestre de su gestación. Después de su identificación, las gestantes se remiten a una IPS del área de influencia, para realizarse los paraclínicos e iniciar sus controles prenatales. De la misma manera,

se motivan para que asistan al curso psicoprofiláctico en la comunidad, y se les realiza visita domiciliaria pre- y posparto. Se recolecta la información necesaria en su historia familiar para realizar los diagnósticos de enfermería. Teniendo en cuenta la problemática familiar, se diseñan los planes de intervención, según la teoría de Dorthea (Marriner, 2009).

Los resultados arrojan que los principales problemas encontrados en las gestantes son: no tratamiento del agua, inadecuados hábitos higiénicos, bajo recursos económicos, hacinamiento, déficit de conocimiento para una buena lactancia materna, déficit de conocimiento en los signos de alarma en el embarazo, déficit de conocimiento en las pautas de crianza, inefectiva formas de expresión de sentimientos, falta de capacitación para realizar un trabajo, déficit de conocimiento para la prevención de cáncer cérvico-uterino y de mama, falta de conocimiento en los métodos anticonceptivos, inadecuados hábitos alimenticios, déficit de conocimiento para los cuidados del puerperio y del recién nacido.

Formulados los diagnósticos de enfermedad, los estudiantes diseñan los planes de intervención y programa educativo de la familia de la gestante. Teniendo en cuenta la problemática encontrada, estipulan las acciones para realizar en un tiempo predeterminado, acordes con el periodo académico.

Las visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias posparto reportan que en 66% nacieron los niños por parto vaginal y en 34% por cesárea. De igual forma, durante la visita se registran los datos del examen físico realizado con el propósito de verificar loquios e involución uterina y ver cualquier signo de infección y de complicación en la madre y en el recién nacido. Igualmente, se registra el examen físico del recién nacido, evaluando sus reflejos, reportando observaciones del ónfalo y estableciendo cualquier anomalía que se pueda presentar. El estudiante determina las curaciones para la madre y el hijo, según el caso.

En cuanto a lo educativo, se utilizan diferentes estrategias metodológicas para que reciban oportunamente la información necesaria, efectúen su autocuidado y sean orientadas con el fin de evitar complicaciones durante su embarazo, parto, puerperio. Es importante resaltar que la educación es recibida por todos los miembros de las familias y es desarrollada en el domicilio. En un estudio realizado por Canoles (2009), se formulan estrategias para disminuir la mortalidad materna. El autor resalta que el tercer retardo es la de tomar la decisión de buscar atención, igualmente el de garantizar información oportuna y adecuado en la comunidad. Otra de las estrategias es ejecutar y fortalecer acciones de planificación

familiar y fomento de autocuidado y nutrición perinatal, motivando la participación activa de la pareja en la crianza e iniciar control prenatal antes de la décimo segunda semana de gestación. De igual forma, es importante conocer el lugar donde pueda recibir atención de urgencia o atender el parto.

Estas acciones están muy relacionadas con las actividades de educación que realizan los estudiantes en la práctica de enfermería, en la atención integral a la gestante, con el propósito de disminuir los riesgos y consecuencias relacionadas con el embarazo. Además, se realiza la búsqueda activa de embarazadas casa a casa para la captación oportuna durante su primer trimestre y se desarrolla el *tour* de gestantes o paseo por todas las instituciones oficiales de atención a embarazadas del área influencia. Esto permite conocer las diferentes IPS posibles para su atención, estar al tanto del personal encargado de la atención en cada IPS y fortalecer la red perinatal establecida por el programa.

Al observar los resultados, se establecen las características de la población de gestantes y se determina que es un grupo vulnerable con muchas necesidades básicas, que requieren de una atención personalizada, continua y permanente, acorde con toda la problemática presentada en forma contextual. Al analizar los factores de riesgos ambientales, del entorno familiar, físicos de las familias, enunciados anteriormente, se confirma que la práctica de enfermería es más acertada, organizada, planificada, con una atención eficiente y eficaz a la población. Es evidente el valor del ejercicio de la profesión de enfermería en la comunidad y la atención primaria en salud, lo cual se

fundamenta en este artículo y motiva a los profesionales de la salud el significado de realizar atención en salud a gestantes en sus comunidades y en sus domicilios, fortaleciendo los planes de contingencias y disminuyendo la morbilidad materna y perinatal en los diferentes contextos en el país.

Proceso de atención en enfermería

Los estudiantes de enfermería efectúan un seguimiento y monitoreo minucioso de la gestante, diseñando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Teniendo en cuenta la teoría Dorothea Orem, desarrollan la valoración, diagnóstico, planeación y ejecución de sus actividades, en forma individual, en el domicilio de la gestante. La consecución del PAE ha dado resultados positivos para la completa atención, detección precoz de factores que impiden el curso de un embarazo sano, con resultados acertados semejante al estudio de Malpica (2011): déficit de autocuidado de la teoría de Orem, que aduce que el PAE es un método sistemático y organizado para prestar cuidados eficaces, orientados al logro de los objetivos.

En un estudio realizado por Salazar (2009) se afirma que la teoría del déficit de autocuidado de Orem facilita el planteamiento de la asistencia y muestra la efectividad y eficacia para hacer que los individuos se ocupen de su actividad, identificando los registros universales y desviación de la salud desde la perspectiva de los cuidados preventivos de la salud, satisfaciendo de manera positiva el registro universal y desarrollo de los individuos. Esto contribuye a la promoción de la salud y prevención de complicaciones en esta fase de desarrollo.

Durante el embarazo, la mujer experimenta diversas modificaciones en su cuerpo. Ello ocasiona necesidades de autocuidado que deben ser resueltas o compensadas para el mantenimiento de la salud y preservación del bienestar de la gestante. Para la solución de necesidades de autocuidado, los embarazos deben ser motivados y educados, a fin de realizar acciones de autocuidado, debiendo comprender la naturaleza de la asistencia y los factores que intervienen en esta. Los requisitos de autocuidado de desarrollo estarían definidos por cambios físicos, psicológicos, sociales, por acciones destinadas a promover y mantener la salud, en función de mejorar y alinear los factores negativos a causa de los cambios experimentados durante el periodo de gestación.

En este sentido, el fin último es satisfacer e identificar condiciones humanas y ambientales para no permitir ser obstáculo o interferencia en el proceso. Luego de esto, se elabora la planificación de enfermería de acuerdo con el déficit identificado: si son sistemas de enfermería totalmente compensatoria, parcialmente compensatoria o de apoyo y educación. Se identifican los requisitos específicos, las operaciones requeridas y las necesidades que contribuyen a establecer un punto de partida para la aplicación del proceso de atención de enfermería con énfasis en capacitación y desarrollo de la capacidad de autocuidado de la mujer y sus familias. Esto puede mejorar la atención proporcionada a mujeres embarazadas y facilitar el abordaje del proceso de atención de enfermería para la formación académica del estudiante.

El PAE, con la teoría de Dorothea, eleva la calidad de la atención profesional del

enfermero y la satisfacción de las necesidades de los individuos, además de que permite cumplir con los principios de la profesión en la búsqueda e inserción del conocimiento para entender y enfrentar complejos y combatir problemas. Pérez (2009) resalta que el PAE proporciona el mecanismo por el cual los profesionales de enfermería utilizan opiniones, conocimientos y habilidades para el diagnóstico y tratamiento de respuestas del paciente en relación con los problemas reales y potenciales de la salud.

Los profesionales de enfermería, mediante contacto directo con la gestante y su entorno, estructuran, conocen necesidades y diferentes problemas, crean planes de cuidados que garantizan la ejecución de acciones para la evolución satisfactoria de cada gestante y la resolución de problemas. La teoría refuerza la capacidad de participación activa del usuario, como responsable de las decisiones que condiciona su situación. Esto coincide con la finalidad de la promoción de la salud, necesaria para los cuidados de forma individual, motivando cambios de comportamientos. La práctica de enfermería para ayudar a la gestante permite llevar a cabo acciones de autocuidado para mantener la salud y la vida de los pacientes y el logro de una pronta y satisfactoria recuperación, y de esta manera afrontar consecuencias de las gestantes (Junco, 2012).

Curso psicoprofiláctico

Otras de las actividades que realizan los estudiantes de enfermería de la Universidad del Sucre en la práctica es la vinculación y desarrollo del curso psicoprofiláctico, en el que, en promedio, asisten 12 embarazadas, un 50% de la población captada vinculada

al programa. Dentro de las actividades ejecutadas en el curso se encuentra una parte educativa, para informar el conocimiento de temas relacionados con su gestación, parto y posparto, indispensables para que las gestantes y los miembros de la familia se instruyan y comprendan el periodo de gestación; en la segunda parte realizan ejercicios de relajación y respiración, con el propósito de disminuir dolores durante el parto, ejercitando a la gestante cuando ocurra el periodo; por último, se realizan ejercicios motores activos que preparan los músculos durante el parto; también se efectúa la estimulación intrauterina en la madre, desarrollando la habilidad de ayudar en el crecimiento de un niño sano y despierto en su aprendizaje.

Las gestantes manifiestan una respuesta positiva en el conocimiento y en las recomendaciones, evitando alteraciones y atendiendo cualquier cambio en este periodo de embarazo. Las púrpas comentan la utilidad productiva durante el trabajo de parto, por las recomendaciones y ejercicios aprendidos, mejorando sus actitudes y acciones en la práctica; refieren también su utilidad en la disminución del dolor en el parto.

En un estudio realizado por Orjuela (2007): “La preparación psicofísica de la gestante en la comunidad”, se muestra cómo se puede favorecer el nivel de preparación de las gestantes para el parto a través de actividades que mejoren no solo la condición física para asumir el parto, sino también su disposición psicológica durante todo el periodo de gestación. El estudio demuestra insuficiente nivel de preparación teórica de la gestante para el parto, además de no realizar ejercicios eficientes. Con el desarrollo

del curso, la actividad física mejora el estado de ánimo y disminuye el riesgo de padecer estrés, ansiedad y depresión, aumenta la autoestima, proporciona bienestar psicológico, fomenta sociabilidad, disminuye las consultas por dolores y molestias pre- y posparto. Ello influye en el positivo efecto en el nivel de energía, estado de ánimo y la imagen de sí mismo, además de estimular las endorfinas, ejerciendo un poderoso efecto tranquilizador en las gestantes.

En un estudio realizado por Vargas (2011), se señala la necesidad de realizar el análisis a nivel individual, familiar y de la comunidad, incluyendo su entorno de manera adecuada y sistemática para poder planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería, resaltando ofrecer atención prenatal organizada. Resultado semejante a lo realizado en la práctica de los estudiantes de enfermería de la Universidad, donde es importante fomentar a la mujer embarazada una actitud proactiva en su cuidado personal, brindándole información, para tomar decisiones adecuadas, detectar tempranamente eventos y complicaciones, establecer una relación estrecha con la mujer y su familia. En este sentido, se fomenta el autocuidado y disminución de riesgos.

En el estudio de Vargas se resalta la existencia de una relación significativa entre la intervención de la enfermera en la clínica prenatal y en su función docente, impartiendo el conocimiento de la adolescente embarazada sobre los riesgos fisiológicos, subrayando la importancia de incluir a enfermería en la educación, para identificar riesgos potenciales, realizando acciones pertinentes con los demás miembros del equipo. El cuidado de enfermería, como herramienta

fundamental en la atención de la embarazada, independiente del riesgo que ella pueda presentar, obra como puente y es el indicado para evidenciar la necesidad de la mujer gestantes que son oídas y asistidas de forma individualizada, bajo una mirada holística y humanizada.

En un estudio realizado por Zambrano (2009), en relación con la atención integral a la adolescente, se refiere que la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o la aparición de enfermedades entre sus miembros. El 70,6% de la funcionalidad familiar influye de forma positiva en el vínculo con su pareja e hijos. Subraya, además, la necesidad de un equipo multidisciplinario para monitoreo del embarazo y la necesidad del apoyo familiar y de pareja para lograr un estado emocional, afectivo, que propicie tranquilidad. Dato que corrobora la importancia de realizar familiograma y ecomapa como instrumentos necesarios para establecer la dinámica familiar y el funcionamiento de las familias de las gestantes para tomar decisiones conjuntamente con las gestantes para afianzar o mejorar la funcionalidad familiar. De igual manera, el curso psicoprofiláctico, que se desarrolla en la práctica en la comunidad de la universidad, motiva a la pareja u otro miembro de la familia para que se involucre positivamente en el proceso del embarazo.

CONCLUSIONES

La gestación en familias vulnerables de las comunidades es un impacto de considerable magnitud en la cotidianidad de las familias, en la salud propia, en la del producto por nacer y del ambiente donde se

desenvuelven. Es importante que las enfermeras se constituyen en una red de apoyo para el abordaje y comprensión de todas las dimensiones de la gestante (físicas, biológicas, psicológicas, sociales, culturales y educativas), para disminuir la morbilidad materna e infantil y, en consecuencia, dar soluciones a la problemática de cada familia

Por tanto, es necesario la implementación de programas integrales para la atención a embarazadas, liderados por enfermeras, como el MAMI, para dar contribuciones de tipo científico que fortalezcan el conocimiento de la disciplina de enfermería y mejoren dicha problemática.

Asimismo, el significado del PAE, guiado por una teoría, eleva la calidad de la atención profesional del enfermero, aumenta la satisfacción de las necesidades de los individuos y permite cumplir con los principios de la profesión, en función de la búsqueda y la inserción del conocimiento para entender, enfrentar complejos y combatir problemas.

Es evidente que para alcanzar una atención integral de la embarazada es necesario la confluencia de varias disciplinas y el trabajo en equipo, para orientar, cuidar, apoyar y acompañar a los grupos de gestantes en la constitución de condiciones de vida mejores y en el mantenimiento de la salud y manejo con acciones específicas de la práctica de enfermería, de la educación en salud y de la investigación, la cual muestra otras perspectivas para producir el conocimiento y el desarrollo de la práctica.

La práctica de enfermería consolida su identidad como profesión en la comunidad, en el campo de la promoción de la salud, en

el cual la calidad de vida y el bienestar se constituye en la razón del ser del desarrollo del ejercicio, orientado en el esfuerzo colectivo de llevar la salud a las comunidades, por la preocupación de grupos vulnerables, de los diversos escenarios y niveles en los que ocurren.

REFERENCIAS

- Canoles, R. (2009). Estrategia para disminuir la mortalidad materna en México: tres demoras de mortalidad materna. Recuperado de <http://www.cinu.org.mx/gig/Documentos/RaymundoCanalesMEXICO.pdf>
- Davison, D. (2010). Familias reconstituidas, reconstruidas, ensambladas. Acerca de su denominación. *Psicopedia Hoy*. Recuperado de <http://psicopediahoy.com/familias-reconstituidas-reconstruidas-ensambladas/>
- Díaz, V. (2012). Un programa de atención prenatal apoyará embarazadas sin recursos: ABC.ES. Recuperado de <http://www.abc.es/20120310/comunidad-castillaleon/abcp-programa-atencion-prenatal-apoyara-20120310.html>
- Herrera, J. (1997). *Aplicación de un modelo biopsicosocial*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública.
- Junco, I. (2012). Aplicar el PAE a gestantes con diagnóstico de piel nefritis aguda sustentada con la teoría de Orem. Portalesmedicos.com
- Magno, C. (2011). Autoridad y democracia van de la mano también en la familia. Recuperado de <http://blog.pucp.edu.pe/item/149933/autoridad-y-democracia-van-de-la-mano-tambien-en-la-familia>
- Malpica, A. (2012). Cuidados de enfermería a adolescentes embarazadas, déficit de autocuidado Dorothea Orem. Recuperado de <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/>

- articles/4785/1/Cuidados-de-Enfermeria-en-adolescente-embarazada-con-deficit-de-autocuidado-basada-en-la-teoria-de-Dorotea-Orem.html
- Marriner, A. *et al.* (2009). Modelos y teorías en enfermería (6.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Menacho, L. (2010). Embarazo adolescentes. Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos32/embarazo-adolescente/embarazo-adolescente.shtml>
- Mesa, C. (2009). *Infección urinaria en el embarazo*. Instituto de Ciencias de la Salud.
- Ministerio de la Protección Social (2010). Decreto 2376, por medio del cual se regula la relación docencia servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Recuperado de http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/vice_academica/1documentos_vice/Decreto%20N%FAmero%202376%201-jul-2010.pdf
- Pérez González, A. (2009). *Modelo de autocuidado: su aplicación en el PAE en Cuba*. Matanzas: Facultad de Ciencias Médicas.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2013). Objetivos del Desarrollo Milenio. Las metas de Colombia.
- Salazar, A (2009). Teoría de Orem aplicada a intervención durante el embarazo y climatario. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400021
- Secretaría de Educación Pública (2002). Atención educativa a los adolescentes en situaciones de riesgos. Licenciatura en Educación Secundaria.
- Universidad de Sucre (2010). Acuerdo 13 por medio de la cual se establece el Estatuto de Extensión y de Proyección Social de la Universidad de Sucre.
- Vargas, J. M. (2001). Atención de Enfermería a gestantes de alto riesgo en la consulta prenatal. Portalesmedicos.com
- www. Monografias.com. (2007). La preparación psicofísica de las gestantes en la comunidad.
- Zambrano, G. (2009). Programa de atención integral a la adolescente: *Revista de Ciencia y Cuidado*, 5(1), 109-124.