

Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal*

BERNARDA SÁNCHEZ-JIMÉNEZ,^a MARÍA HERNÁNDEZ-TREJO,^b TERESA LARTIGUE-BECERRA^c

RESUMEN

Antecedentes: El profesional de enfermería contribuye con aportes importantes en programas de salud a nivel preventivo, aplica la educación sanitaria y fortalece el autocuidado en la población.

Objetivo: Mostrar los resultados de una estrategia educativa de enfermería y la adherencia al control prenatal como factor de autocuidado en embarazadas.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo, realizado en el Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes", en los años 2005 y 2006. La estrategia educativa se realizó mediante la implementación de un taller, en donde se aportaron elementos para que las mujeres tuvieran un aprendizaje sobre cómo detectar signos y síntomas de alarma durante el embarazo e inicio del trabajo de parto, así como sobre higiene personal y dietética. La información se analizó con medidas de dispersión y tendencia central.

Resultados: De las 98 embarazadas participantes, 98% presentaron alguna enfermedad, 67% tuvo dos o más complicaciones, 83% de las mujeres con sobrepeso u obesidad presentaron alguna complicación y 100% de las pacientes deprimidas tuvieron algún evento morbido durante el embarazo. El 91% tuvo un control prenatal adecuado y 65% no planeó el embarazo. El 90% de las participantes tuvieron un parto a término y 87% un recién nacido con peso mayor a 2,500 g.

Conclusiones: Este trabajo mostró que 98% de las participantes tuvieron un embarazo de alto riesgo, los resultados finales fueron muy satisfactorios, con frecuencias altas de nacimientos a término y de peso adecuado del recién nacido; es posible que la estrategia de salud implementada por enfermería haya contribuido a ello.

PALABRAS GUÍA: Embarazo, complicaciones médicas, enfermería, intervención educativa, autocuidado, México.

* Este artículo forma parte del Informe Final de la Investigación "La depresión materna. Su efecto en el desarrollo mental y motor en el primer año de vida", realizada con el apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Registro de CONACYT: SEP-2003-C0243690/AI, INPerIER 212250-50091).

^a Lic. Enfermería y Obstetricia. Adscrita al Departamento de Investigación Psicosocial. Subdirección de Investigación en Salud Pública. Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes.

^b Médica Pediatra, Maestra en Ciencias. Adscrita a la Dirección de Investigación. Instituto Nacional de Perinatología.

^c Doctora en Psicología, Psicoanalista. Co-chair para América Latina del Comité de Mujeres y Psicoanálisis, Asociación Psicoanalítica Internacional.

Correspondencia:

Lic. Bernarda Sánchez Jiménez

Torre de Investigación 2º piso, Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes, Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. Tel.: 5520-9900, ext. 459, 120 y 195. Fax: 5540-2947. Correo electrónico: emiberna20@yahoo.com.mx

Recibido: 21 de junio de 2007.

Aceptado: 4 de octubre de 2007.



INTRODUCCIÓN

Históricamente el profesional de enfermería ha contribuido en brindar importantes aportaciones en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud. La enfermera propicia que la población participe consciente y permanentemente para el logro de objetivos comunes que le beneficien, es decir, aplica la educación sanitaria e imparte información a las personas para cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina autocuidado.¹ En este sentido, una de las funciones de este profesional es, justamente, realizar actividades de educación para la salud y apoyar el autocuidado de la paciente embarazada, por lo que es posible afirmar que la enfermera participa como un catalizador en el cuidado de la salud de la población.

De acuerdo al modelo transcultural, el conocimiento y las experiencias de una cultura influyen en la planificación e implementación de los cuidados de enfermería y recalca que el único camino para que la enfermera pueda motivar al usuario para asumir su autocuidado es aprendiendo acerca de sus formas culturales y planificando estrategias a partir de ellas.² En otras palabras, el autocuidado de salud incluye las acciones aceptadas culturalmente por la comunidad para mantener un buen estado de salud y para curar la enfermedad.

El concepto de autocuidado de la salud surge como un recurso para dar respuesta a las demandas de extensión de cobertura de servicios de salud y a la contención de costos implicados en dichos servicios. En el ámbito de la enfermería, el autocuidado se define como “la contribución continua de un adulto para su propia existencia, salud y bienestar continuos”, y como “una función regulatoria que los individuos llevan a cabo deliberadamente para cubrir requerimientos vitales, mantener su desarrollo y funcionar integralmente”.³

El autocuidado se puede expresar como tres estilos de vida:

1. Como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud (e.g. fumar, beber).
2. Como conductas que conscientemente buscan mantener la salud.

3. Como conductas que responden a los síntomas de enfermedad.²

El autocuidado en salud es la base de la pirámide de la atención primaria y por lo tanto, el personal idóneo para fomentarlo es el de enfermería, que tiene una participación más directa y activa con la población y puede transmitir acciones de orientación, utilizando criterios propios, a fin de contribuir a mejorar las situaciones de las problemáticas que van surgiendo en los grupos más necesitados y vulnerables en términos de salud, como son las mujeres embarazadas. El motivo de este estudio es señalar la importancia del control prenatal, ya que es internacionalmente reconocido su efecto en la reducción de la morbilidad y la mortalidad materna y los buenos resultados sobre el producto.⁴

El manejo oportuno de los factores de riesgo beneficia la salud materna y perinatal, además de que las acciones educativas preparan a la mujer física y mentalmente para el parto y el cuidado del recién nacido.^{5,6} Para que el control prenatal sea eficaz, deberá ser oportuno, continuo, integral y extenso.⁵ El promedio nacional de consultas prenatales es de 3.3 por embarazo.⁶ Está claro que el control prenatal modifica sustancialmente los resultados neonatales y maternos, pero aún no existe un consenso acerca de cuál es un control adecuado.⁷ De igual forma, cuando existe adherencia al control prenatal, se puede detectar y tratar oportunamente las complicaciones que ponen en riesgo la salud materno fetal, a continuación se describen algunas de las más importantes:

1. Hipertensión arterial. Su presencia durante el embarazo incrementa el riesgo de que la madre desarrolle preeclampsia-eclampsia y de que el producto tenga bajo peso al nacer y de muerte fetal.⁸
2. Diabetes gestacional. Afecta a 5% de todos los embarazos, eleva la incidencia de cesáreas, repercute en traumas perinatales y complicaciones neonatales como la macrosomía.⁹
3. Anemia. La prevalencia en México es de 25% en las gestantes, su importancia radica en que la madre puede tener productos prematuros o con bajo peso al nacer.¹⁰

4. **Sobrepeso y obesidad.** Consiste en un exceso de grasa (tejido adiposo) y su medición es un indicador que se utiliza en estudios epidemiológicos para estimar la gravedad de la obesidad, pues se acompaña de múltiples y graves consecuencias para la salud.¹¹
5. **Infección de vías urinarias.** Se estima que entre 5 y 10% de las embarazadas cursan con bacteriuria asintomática. Esta patología durante el embarazo está asociada a parto pretérmino, corioamnionitis, óbito y sepsis neonatal.¹²
6. **Ruptura prematura de membranas.** Es la pérdida de líquido amniótico por solución de continuidad de las membranas ovulares, con ascenso de bacterias al producto y endometrio.
7. **Cervicovaginitis.** Proceso infeccioso genital materno de etiología variable que puede complicar el embarazo con parto pretérmino, ruptura prematura de membranas y sepsis neonatal.
8. **Parto pretérmino.** La prematuridad es la principal causa de mortalidad neonatal y responsable de 50% de la morbilidad neurológica a largo plazo; representa el mayor problema de la obstetricia moderna.¹³
9. **Depresión psicológica.** Es una complicación del embarazo y puerperio que se detecta cada vez con mayor frecuencia en México. Asimismo, es uno de los trastornos del estado de ánimo que se caracteriza por la aparición de sentimientos de tristeza, pesimismo, disgusto con uno mismo, pérdida de la energía, la motivación y de la capacidad de concentración.¹⁴ Es considerado como uno de los problemas más importantes de la salud mental en nuestro país. En las mujeres puede aparecer en forma temprana o precoz pero tiene su máxima prevalencia en la edad reproductiva, con picos en la menarca, el embarazo, el puerperio y la perimenopausia, etapas que constituyen los periodos de mayor vulnerabilidad social, psicológica y biológica. Además la depresión durante el embarazo y los problemas conyugales son factores predictivos de la depresión posparto, entre otros factores de riesgo.¹⁵ Las personas con depresión no tienen deseos de atender sus propias necesidades físicas y, quizá por ello, acuden con menos frecuencia a una consulta médica. Los objetivos del presente

estudio fueron mostrar los resultados de una estrategia educativa de enfermería en un grupo de mujeres embarazadas que acudieron al Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER) y conocer la adherencia al control prenatal como factor de autocuidado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal y descriptivo, con dos años de duración (2005 y 2006) realizado en el INPerIER. Con una muestra de pacientes embarazadas seleccionadas en forma intencional y consecutiva, las cuales firmaron una carta de consentimiento informado previamente a su participación.

Participantes

Se invitó a las mujeres que asistieran al Servicio de Consulta Externa Prenatal del INPerIER que cursaran con un embarazo entre la semana 15 a 37, con un rango de edad entre 18 y 43 años, que supieran leer y escribir, radicaran en el área metropolitana y que aceptaran participar libre e informadamente en el estudio. Se excluyó de la investigación a las participantes con diagnóstico de psicosis u organicidad (criterios del DSM-IV R) y también a las que tuvieran un embarazo gemelar. El proyecto general fue aprobado por los Comités de Investigación y de Ética en Investigación del INPerIER. Se recibió apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario que constó de seis apartados:

1. Datos sociodemográficos (edad, escolaridad, ocupación, nivel socioeconómico, tipo de hogar).
2. Antecedentes obstétricos (número de gestaciones, partos, cesárea, óbitos e hijos vivos).
3. Datos del embarazo actual (fecha última menstruación, edad gestacional, fecha probable del parto).
4. Adherencia al control prenatal, la cual se consideró adecuada cuando la paciente tuvo cinco o más consultas médicas antes del parto.¹⁶



5. Morbilidad materna durante la gestación (hipertensión arterial, diabetes gestacional, anemia, infección de vías urinarias, infección cervico-vaginal, sobrepeso, obesidad, ruptura prematura de membranas y depresión psicológica).
6. Consulta al expediente clínico, mediante la cual se verificaron los diagnósticos médicos de cada una de las pacientes respecto a presencia de preeclampsia, diabetes tipo I, II y gestacional, anemia, infección de vías urinarias, infección cervico-vaginal y complicaciones obstétricas. En forma similar, se obtuvieron datos relativos a la resolución del embarazo, semanas de gestación y peso del recién nacido.

Para el diagnóstico psicológico y psiquiátrico se emplearon los siguientes instrumentos aplicados por psicólogos del mismo equipo de investigación:

1. La Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) de Cox *et al.*, que explora la sintomatología depresiva específicamente durante el periodo prenatal y postnatal,¹⁷ cuya puntuación es de 30 y el punto de corte establecido fue de 12/13 para distinguir un “probable caso” de un no caso. Se considera que una puntuación de 15 o más, identifica con bastante exactitud un trastorno depresivo mayor.
2. El Cuestionario General de Salud de Goldberg en su versión de 30 reactivos (GHQ-30),¹⁸ validado para la población del INPerIER por Gómez.¹⁹
3. La Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico (OMS-CIDI), que proporciona diagnósticos según los criterios del DSM-IV y de la CIE-10.²⁰
4. Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II (conocida como SCID II) del DSM-IV-R.²¹

Con base en las entrevistas diagnósticas se conformaron tres grupos, el primero integrado por mujeres sin evidencia de psicopatología en los ejes I y II del DSM-IVR, el segundo por gestantes con un trastorno depresivo en el eje I y un tercer grupo que padecían además un trastorno

depresivo en el eje I y un trastorno de personalidad en el eje II.

Con base en la *Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo*²² y según las semanas de edad gestacional que cursaba cada paciente, se efectuó a cada mujer participante una evaluación de su estado de salud, llevada a cabo por una licenciada en Enfermería y Obstetricia, previamente estandarizada y con experiencia en el manejo de mujeres embarazadas. La evaluación se realizó cada mes y a partir de la semana 36 de embarazo cada 15 días. Con duración de 30 minutos aproximadamente, a través de la cual se mantuvo una relación personalizada con cada participante, lo que permitió brindar a todas las embarazadas una orientación sobre las medidas preventivas y de promoción de la salud en general y efectuar mediciones de somatometría con técnicas estandarizadas. De igual forma, se aplicó un cuestionario estructurado con el fin de investigar características del proceso perinatal.

Estrategia educativa

La aproximación a las mujeres fue a través de establecer relaciones personalizadas en un espacio tipo taller. En cada evaluación se orientó a la paciente sobre higiene personal y hábitos dietéticos, además, previa explicación de cada técnica, se registró el peso corporal, la medición de estatura, de fondo uterino y toma de la presión arterial. Se aportaron elementos para que las mujeres tuvieran el aprendizaje sobre cómo detectar signos y síntomas de alarma durante el embarazo, así como de las manifestaciones del trabajo de parto. De igual forma, se respondió a dudas específicas, sobre los cambios físicos y hormonales que hay durante la gestación. Cuando las pacientes manifestaron ciertas ideas o percepciones de acuerdo a sus creencias y explicaciones mágico-religiosas, algunas suscritas al conocimiento de la medicina tradicional (reconocida por especialistas de la cultura),²³ pudo efectuarse un intercambio de ideas y conocimientos para establecer una adecuada retroalimentación que permitiera aclarar sus dudas y mejorar su actitud y afrontamiento del embarazo y del trabajo de parto. Cabe mencionar que algunas mujeres acudieron con sus parejas a

las evaluaciones de salud, lo que permitió extender y reforzar la estrategia implementada. Se entregó un tríptico -elaborado por el propio equipo de investigación- con la información mencionada para fortalecer la orientación verbal y para que las mujeres y sus parejas estuvieran en posibilidad de consultarlo, cuando fuera necesario. Los resultados de la evaluación se mostraban a las pacientes explicándoles los mismos, ya que esto apoyaba la continuidad de su asistencia. Cabe destacar que al encontrar alguna alteración en cualquiera de las variables de salud evaluadas, se orientó sobre las mismas y en caso necesario, se remitió a las mujeres con acompañamiento de la misma enfermera, al servicio médico asistencial correspondiente del propio INPerIER para recibir atención médica especializada.

Es importante también señalar que en los casos en que se diagnosticó depresión psicológica durante el embarazo, las mujeres recibieron apoyo y tratamiento psicológico institucional, mediante un modelo psicodinámico de psicoterapia breve, con un seguimiento realizado por psicoterapeutas con orientación psicoanalítica, cuyo número de sesiones fue de tres hasta 38, dependiendo del diagnóstico y disponibilidad para acudir a las sesiones. Todo ello, como parte integral del cuidado preventivo que el personal de enfermería realiza a la población embarazada para detectar oportunamente cualquier factor de riesgo.

Las evaluaciones de salud que se proporcionaron en este estudio forman parte de la atención integral que recibieron las embarazadas al aceptar participar. La esencia del mismo radicó en la motivación y concientización de las gestantes sobre la importancia del autocuidado de su salud, ya que tradicionalmente la mujer es responsable de la salud de toda su familia y ha dejado en segundo término la propia, lo cual ha generado que su estado físico y anímico se descuide.

Análisis estadístico

Se calcularon medidas de dispersión y tendencia central, así como ANOVA para designar los diagnósticos psicológicos, con las medias de calificación de la batería de pruebas de psicología.

RESULTADOS

Las embarazadas que aceptaron recibir la orientación educativa por parte de enfermería fueron 98 mujeres. En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y obstétricas de las embarazadas que participaron. Resalta el hecho de que en el control prenatal, únicamente nueve mujeres tuvieron menos de cinco consultas

Tabla 1
Características sociodemográficas y
obstétricas de las participantes (n = 98)
INPerIER, 2005-2006

Variable	Frecuencia	Proporción
Edad (años)		
18-30	55	(0.56)
31-43	43	(0.44)
Escolaridad		
≤ Secundaria	49	(0.50)
≥ Preparatoria	49	(0.50)
Ocupación		
No remunerada	79	(0.81)
Remunerada	19	(0.19)
Tipo de hogar		
Nuclear	52	(0.53)
Extensa	46	(0.47)
Nivel socioeconómico		
Medio Bajo	34	(0.35)
Medio	64	(0.65)
Tabaquismo		
Sí	27	(0.28)
No	71	(0.72)
Planeó embarazo		
Sí	34	(0.35)
No	64	(0.65)
Control prenatal		
Adecuado *	89	(0.91)
Inadecuado	9	(0.9)
Gestaciones		
1	58	(0.59)
2 a 7	40	(0.41)
Hijos vivos		
No	58	(0.59)
1 a 3	40	(0.41)

* ≥ 5 consultas durante el embarazo.



a lo largo del embarazo, lo cual es considerado como un control prenatal inadecuado y que una mayor proporción de mujeres (65%) no planearon el embarazo.

La morbilidad asociada al embarazo y semanas de gestación en que se presentó se muestra en la tabla 2. Destaca por su elevada frecuencia el sobrepeso y la obesidad (83%) al término de la gestación, seguida de la depresión (59%) y la anemia (26%) en el séptimo mes del embarazo; en menor proporción las otras complicaciones y sólo dos mujeres no presentaron complicaciones.

En la tabla 3 se muestra la frecuencia y el tipo de morbilidad encontradas en las evaluaciones de salud efectuadas por enfermería durante la gestación. Se observa que 96 mujeres presentaron alguna complicación durante su embarazo y de ellas, 67 gestantes tuvieron de dos a cinco complicaciones.

En la tabla 4 es posible observar los diagnósticos psicológicos encontrados. Sin evidencia de psicopatología (sin depresión) hubo 40 embarazadas y 58 con diagnóstico de un trastorno depresivo con y sin trastorno de personalidad.

Tabla 2
Complicaciones durante embarazo y edad gestacional en la que se presentó (n = 98)
INPerIER, 2005-2006

Morbilidad*	Frecuencia	Proporción	SDG**
Sobrepeso/obesidad	81	(0.83)	38.3
Depresión	58	(0.59)	29.5
Anemia	26	(0.26)	28.3
Infección cérvico-vaginal	22	(0.22)	29.0
Infección vías urinarias	14	(0.14)	27.3
Diabetes gestacional	11	(0.11)	28.0
Ruptura prem. membranas	9	(0.09)	38.3
Preeclampsia	8	(0.08)	37.0
Amenaza parto pretérmino	6	(0.06)	29.0

* Dos mujeres sin morbilidad y 67 con dos o más complicaciones.

** SDG: Semanas de gestación, media.

Tabla 3
Frecuencia y tipo de morbilidad encontrada en
las evaluaciones de salud durante el embarazo (n = 98) INPerIER, 2005-2006

Número de complicaciones maternas	Embarazadas		Tipo de morbilidad								
	Fx	Proporción	Sobre/Ob	Dep	Anemia	ICV	IVU	D. Gest.	RPM	Preeclam	APP
0	2	(0.02)	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1	17	(0.17)	14	—	1	2	—	—	—	—	—
2	39	(0.40)	32	26	7	6	1	—	2	3	1
3	24	(0.25)	21	18	11	3	6	5	6	1	1
4	11	(0.11)	9	9	4	7	3	4	—	3	3
5	5	(0.05)	5	5	3	4	4	2	1	1	1
Total	98	(1.00)	81	58	26	22	14	14	11	9	6

Sobre/Ob: Sobrepeso y obesidad. Dep: Depresión. ICV: Infección cérvico-vaginal. IVU: Infección de vías urinarias. D. gest.: Diabetes gestacional. RPM: Ruptura prematura de membranas. Preeclam: preeclampsia. APP: Amenaza de parto pretérmino.

Tabla 4
Diagnóstico psicológico de las participantes (n = 98) INPerIER, 2005-2006

Dx. psicológico	Frecuencia	Proporción
Sin depresión	40	(0.41)
Deprimidas sin trastorno de personalidad	27	(0.27)
Deprimidas con un trastorno de personalidad	31	(0.32)

Tabla 5
Tipo de parto y peso del recién nacido según
frecuencia de complicaciones maternas (n = 98) INPerIER, 2005-2006

Número de complicaciones maternas	Tipo de parto				Peso del recién nacido (gramos)			
	Pretérmino*		A término		< 2,500		≥ 2,500	
	Fx	Proporción	Fx	Proporción	Fx	Proporción	Fx	Proporción
0	0	(0)	2	(100)	1	(0.50)	1	(0.50)
1	1	(0.06)	16	(0.94)	3	(0.18)	14	(0.82)
2	5	(0.13)	34	(0.87)	7	(0.18)	32	(0.82)
3	2	(0.08)	22	(0.92)	5	(0.21)	19	(0.79)
4	1	(0.09)	10	(0.91)	1	(0.09)	10	(0.91)
5	1	(0.20)	4	(0.80)	0	(0)	5	(100)
Total	10	(0.10)	88	(0.90)	17	(0.17)	81	(0.83)

* < 37 semanas de gestación.

El tipo de resolución del embarazo que tuvieron las participantes y el peso del recién nacido según frecuencia de morbilidad se muestra en la Tabla 5. Las frecuencias más altas se presentaron cuando las mujeres tuvieron dos complicaciones. En general e independientemente de la morbilidad materna, la gran mayoría de las mujeres tuvo un parto a término, sólo diez embarazadas no alcanzaron las 37 semanas de edad gestacional y 17 recién nacidos tuvieron un peso menor a 2,500 g.

DISCUSIÓN

Es importante considerar que dos terceras partes de las mujeres de la muestra no planearon el embarazo, al respecto Riquer consigna la vivencia de muchas mujeres frente a la maternidad como una “fatalidad”,²⁴ donde el embarazo es resultado de un desafortunado “accidente”. Se encontró también que una tercera parte de las pacientes fumaban cigarrillos, lo cual es un factor de riesgo para la madre y compromete seriamente el desarrollo óptimo

del feto.²⁵ Consideramos que la orientación educativa que se brinde en futuras intervenciones, deberá contemplar el tabaquismo, con el fin de informar a las gestantes sobre la conveniencia de dejar de fumar durante su embarazo o de ser posible, para siempre.

Respecto al control prenatal, la mayoría de las mujeres tuvieron un nivel aceptable, con cinco o más consultas en el INPerIER, con excepción de nueve casos, por lo que la orientación educativa, si bien no fue evaluada como tal, pudo haber repercutido en este rubro. Al respecto, en casos de depresión durante el embarazo, se ha encontrado una asociación con un pobre control prenatal, como demostró Kim en un estudio con 150 embarazadas,²⁶ en contraste con los datos del presente estudio.

Con relación a la morbilidad durante el embarazo, hubo una alta proporción de mujeres con sobrepeso y obesidad (83%), lo que concuerda con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006; cabe recordar que el



sobrepeso aumenta los riesgos obstétricos (diabetes, preeclampsia, muerte perinatal) y de angustia psicológica en las embarazadas.²⁷ También se encontró una elevada proporción de mujeres con depresión psicológica (59%) comparada con lo reportado en la literatura, que oscila entre 10 a 29%,²⁸ por lo que es importante tener en cuenta que una mujer que cursa el embarazo con depresión, donde hay baja autoestima y percepción negativa de la gestación (situación concomitante a su estado depresivo) ello también constituye un factor que aumentan el riesgo durante la gestación, además de que disminuyen o nulifican los deseos de la madre por cuidar su salud física y con un inadecuado control prenatal.

Al evaluar la anemia como complicación de las gestantes, se encontró un porcentaje igual de embarazadas anémicas a la prevalencia registrada en nuestro medio en otros estudios (25%).¹⁰

Tocante al desarrollo del parto, sólo 10 mujeres tuvieron parto pretérmino, porcentaje semejante a una intervención a través de llamadas telefónicas, realizada por enfermeras con mujeres gestantes (entre las semanas 24 hasta la 37) de bajos recursos económicos, que logró reducir el número de casos de parto pretérmino.²⁹ Los recién nacidos con un peso inferior a 2500 g alcanzaron 17%, cifra más alta que la encontrada en un estudio previo (4.1%) donde a través de un programa administrado por enfermeras se logró reducir el riesgo de bajo peso al nacer de los hijos de mujeres indigentes.³⁰

Al explorar el diagnóstico psicológico obtenido en cada paciente, encontramos una alta frecuencia de depresión, la cual se asocia a una carga significativa de la enfermedad que afecta no solamente a la madre sino a la relación de pareja y a la relación filial, con probables implicaciones en el desarrollo mental de su recién nacido.³¹ He aquí la importancia de identificar la prevalencia de depresión como una estrategia útil para tener una estimación del trastorno en población gestante, a fin de tomar medidas de prevención primaria, como la que se practicó en este estudio. Una investigación reciente en 175 embarazadas, encontró que el manejo de la depresión en etapas tempranas del embarazo puede mejorar la calidad de vida relativa a la salud de estas mujeres.³² En otros hallazgos no descritos previamente, se

encontró que 81% de las gestantes con diagnóstico de depresión tuvieron sobrepeso u obesidad, 83% de las mujeres con sobrepeso u obesidad presentaron complicaciones; asimismo el 100% de las pacientes deprimidas -con o sin trastorno de personalidad- tuvieron una o más complicaciones durante el embarazo.

A pesar de la elevada morbilidad presentada, sólo un bebé tuvo sepsis y otro recién nacido un defecto estructural, ambos fallecieron. Al respecto, la presencia de dos muertes neonatales hace un llamado al profesional de enfermería para enriquecer las intervenciones educativas dirigidas a las gestantes. Con base en la evidencia de los resultados, consideramos que la estrategia educativa –que no fue estrictamente evaluada– pudo contribuir para que las pacientes cumplieran con las recomendaciones hechas por médicos y la enfermera, fortaleciendo el autocuidado y la adherencia al cuidado prenatal, obteniendo así frecuencias altas de recién nacidos a término y con un peso adecuado. Este trabajo refleja que las mujeres están interesadas en cuidar de su salud, utilizando los servicios médicos durante la gestación independientemente de su cultura y nivel socioeconómico.

Al considerar que la educación es y seguirá siendo la forma más utilizada por los profesionales de la salud, hacemos mención especial en el profesional de enfermería por su capacidad para aproximarse y fortalecer el autocuidado de las personas,³³ por ser quien está en contacto más cercano con las pacientes y porque se encuentra distribuido en todas las instituciones de salud del país y en los tres niveles de atención. Por todo lo anterior, se recomienda seguir realizando intervenciones educativas a fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, en virtud de que las actividades educativas sistemáticas en las instituciones de salud en América Latina son escasas y han contado con pocos recursos, en particular, las autoras piensan que se necesita primero sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado y en segundo término, es necesario dedicar un esfuerzo extra a crear evidencia a nivel institucional, acerca del costo/efectividad del modelo de autocuidado,

otorgando cuidados de alta calidad sin incrementar los costos en salud.

La información obtenida en el presente estudio orienta hacia la necesidad de realizar estrategias educativas con muestras más grandes, captadas en diferentes instituciones de salud, que permitan

evaluar su efectividad, eficacia y eficiencia en el fortalecimiento del autocuidado de la salud, que es el campo donde el profesional de enfermería tiene una gran tarea a realizar, principalmente entre las mujeres en condiciones de pobreza y vulnerabilidad psicosocial.

ABSTRACT

Antecedents: Nursing as a profession has contributed with important health programs at promotional and preventive levels, in respect to sanitary education and self care improvement for the population.

Objective: To show the results of an educational nursing strategy and the prenatal control adherence as a factor of self-care in pregnant women.

Material and methods: Transversal and descriptive study at the Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes during 2005 and 2006. The educational strategy was a workshop type that contributed elements for detecting alarm signs and symptoms during pregnancy and the beginning of labor; also about personal hygiene and diet. The information was analyzed with dispersion and central tendency statistics.

Results: Out of the 98 participants, 98% presented some morbidity, 67% had two or more complications, 83% of the overweight or obese women presented some complication and 100% of the depressed patients showed morbidity during pregnancy. 91% presented an -adequate prenatal control and 65% did not plan their pregnancy. 90% had a timely delivery and 87% had a newborn weighting more than 2,500 g.

Conclusions: This study reveals that 98% of the participants had a high risk pregnancy; the final results were very satisfactory with a high frequency of term deliveries and an adequate newborn weight. It is possible that the health strategy implemented by the nurses contributed for this outcome.

KEY WORDS: *Pregnancy, medical complications, nursing, educational intervention, self-care, Mexico.*

REFERENCIAS

1. Angerami E, Soto I, Nájera RM, De Escobar V. Programa general de desarrollo de investigación en enfermería. OPS/OMS. Coordinación de recursos humanos enfermería. Washington, DC. En: Nájera RM, McDermit MT, Maya JM. Estudio diacrónico, sincrónico y prospectivo de la enfermería en México. México: UAM-Xochimilco. División: Ciencias Biológicas y de la Salud. Cuadernos CBS; 1996.
2. Lange I, Urrutia M, Campos C, Gallegos E, Herrera LM, Jaimovich S, et al. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud 2006. THS/0506/7.
3. Orem DE. Nursing. Concepts of practice. 3rd. Ed. New York: McGraw Hill; 1985.
4. Wagner M. Servicios oficiales de atención del embarazo en Europa. Conferencia Interregional en tecnología apropiada en la atención



- prenatal. AMRO/EURO, Washington, DC; 1984.
5. Kroeger A, Luna R. Atención primaria de la salud. OPS, México 1992. En: Tezoquipa I, Lozano E, Castañeda A, Fernández V, Jiménez J, Martínez P, et al. Boletín de Información Científica para el cuidado de Enfermería. Cuidados prenatales. Instituto Nacional de Salud Pública 2002; 1(1): 1-4.
6. Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. NOM-007-SSA2-1993. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. 14 de julio de 1994, 1a Secc., p. 48-68.
7. Abreo G, Ayala L, Morales M, Sosa R, Aguirre D, Acosta J. Control prenatal y resultados perinatales. Doc Medical Rev Científica 2002; 1(4): 90.
8. Atención prenatal en medicina familiar. Guía diagnóstico-terapéutica. Rev Med IMSS 1998; 36(1): 45-60.
9. Cypriak K, Pertynska-Marczewska M, Szymczak W, et al. Overweight and obesity as common risk factor for gestational diabetes mellitus (GDM), perinatal macrosom in offspring and type-2 diabetes in mother. Przegl Lek 2005; 62(1): 38-41.
10. Casanueva E, De Regil LM, Flores-Campuzano MF. Anemia por deficiencia de hierro en mujeres mexicanas en edad reproductiva. Historia de un problema no resuelto. Sal Pub Mex 2006; 48: 106-75.
11. Kaufer M, Tavano L, Ávila H. Obesidad en el adulto. En: Casanueva E, Kaufer M, Perez-Lizaur AB, Arroyo P (eds.). Nutriología Médica. 2a Ed. Fundación Mexicana para la Salud: Edit Panamericana; 2001, p. 284-99.
12. Smaill F. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.
13. Goldenberg RL. The management of preterm labor. Obstet Gynecol 2002; 100: 1020-37.
14. Lara MA, Acevedo M. ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre la depresión. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría, Instituto Latinoamericano de Comunicación educativa; 1996.
15. Hock E, Schirtzinger M, Lutz W, Widaman K. Maternal depressive symptomatology over the transition to parenthood: Assessing the influence of marital satisfaction and marital sex role traditionalism. J Fam Psychol 1995; 9(1): 79-88.
16. Villar J, Ba'aquell H, Piaggio H, Lumbiganon P, Belizan JM, Farnot U, et al. Investigación clínica aleatorizada de control prenatal de la OMS para la evaluación de un nuevo modelo de control prenatal. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá 2001; 20(3): 125-6.
17. Cox L, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh postnatal Depression Scale. Br J of Psych 1997; 150: 782-6.
18. Goldberg DP. Detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
19. Gómez M, Morales F, Aretia A, Gutiérrez E. Detección de alteraciones emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas. Ginecol Obst Mex 1990; 58: 112-6.
20. World Health Organization (WHO). Composite International Diagnostic Interview (CIDI) version 15. Ginebra 2002.
21. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. Structured clinical Interview of DSM-IV Axis 11 Personality disorders (SCID-II). Washington, DC: American Press; 1997.
22. NOM-007-SSA2-Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Secretaría de Salud; 1993.
23. Viesca C. Veinte años de investigación en medicina tradicional de México. En: Campos R (comp.). La antropología médica en México. Antologías Universitarias. UAM; 1992, p. 115-38.
24. Riquer F. La maternidad como fatalidad. En: Lartigue T, Ávila H (comp.). Sexualidad y reproducción humana en México. Vol. 1, México: Plaza y Valdés; 1996, p. 195-217.
25. Doménech A, Minguez J, Díez E, Monleon J. Bajo peso al nacimiento: Incidencia etiológica del consumo de tabaco, alcohol y café. Rev Esp Obstet Ginecol 1983; 42: 541-51.
26. Kim HG, Mandell M, Crandall C, Kuskowski MA, Dieperink B, Buchberger RL. Antenatal

- psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9: 103-7.
27. Cameron RP, Grabill CM, Hobfoll SE, Crowter JH, Ritter C, Lavin J. Weight, self-esteem, ethnicity and depressive symptomatology during pregnancy among inner-city women. *Health Psychol* 1996; 15: 293-7.
 28. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de la depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh, en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
 29. Moore ML, Meis PJ, Ernest JM, Wells HB, Zaccaro DJ, Terrell T. A randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 656-61.
 30. Visintainer PF, Uman J, Horgan K, Ibalda A, Verma U, Tejani N. Reduced risk of low weight births among indigent women receiving care from nurse-midwives. *J Epidemiol Community Health* 2000; 54: 233-8.
 31. Villar J, Farnot U, Barros F, Victoria C, Langer A, Belizan JM. A randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies. *N Engl J Med* 1992; 327: 1266-71.
 32. Mian AL. Depression in pregnancy and the postpartum period: balancing adverse effects of untreated illness with treatment risks. *J Psychiatry Pract* 2005; 11: 389-96.
 33. Nicholson WK, Setse R, Hill-Briggs F, Cooper LA, Strobino D, Powe NR. Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 798-806.

