

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa



Seminario de graduación para optar al título de licenciatura en enfermería con mención en materno infantil.

Tema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre del año 2016.

Subtema: Intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el sector número 1 del Policlínico Trinidad Guevara Narváez del municipio de Matagalpa segundo semestre 2016.

Autores:

- Enf. Chavarría Castro Marian Solieth
- Enf. Valle Martínez Cristian Lisseth

Tutor:

Msc. Marisela Martínez Olivas

Matagalpa febrero 2017.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa



**Seminario de graduación para optar al título de licenciatura en enfermería con
mención en materno infantil.**

Tema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre del año 2016.

Subtema: Intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el sector número 1 del Policlínico Trinidad Guevara Narváez del municipio de Matagalpa segundo semestre 2016.

Autores:

- Enf. Chavarría Castro Marian Solieth
- Enf. Valle Martínez Cristian Lisseth

Tutor:

Msc. Marisela Martínez Olivas

Matagalpa febrero 2017.

Índice

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración docente.....	iii
Resumen.....	iv
I. Introducción.....	1
II. Justificación.....	4
III. Objetivos.....	5
IV. Desarrollo.....	6
V. Conclusiones.....	81
VI. Bibliografía.....	82
VII. Anexos.....	83
Anexo 1	
Anexo 2	
Anexo 3	

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo a Dios por permitirnos lograr nuestros propósitos y ser lo que hasta hoy somos.

A nuestros padres quienes nos han dado el apoyo para poder llegar a esta instancia de nuestros estudios, ya que ellas han estado presente para apoyarnos.

A nuestros maestros y tutora por guiarnos en este camino y enseñarnos con dedicación y aprecio.

A mis hijos que han sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios y poder llegar a ser un ejemplo para ellos.

Marian Chavarría Castro.

Cristian valle Martínez.

Agradecimiento

El agradecimiento de este trabajo es principalmente al personal del centro de salud policlínico Trinidad Guevara Narváez del municipio de Matagalpa por ayudarnos a realizar este trabajo ahí y a la vez por el gran apoyo que nos brindaron.

A todas aquellas personas ajenas al círculo de salud que también nos apoyaron de diferentes formas para lograr este trabajo.

Marian Chavarría Castro.
Cristian Valle Martínez.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa



VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al **Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil**, que lleva por **Tema:** Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre del año 2016. **Subtema:** Intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el sector número 1 del Policlínico Trinidad Guevara Narváez del municipio de Matagalpa segundo semestre 2016. Reúne los requisitos científicos y metodológicos.

Enf. Chavarría Castro Marian Solieth

Enf. Valle Martínez Cristian Lisseth

MS.c. Marisela Martínez

Tutora del seminario

I. Resumen

Después de desarrollar este tema, la problemática sobre las intervenciones de enfermería en la atención prenatal se llegó a la conclusión que existe todavía mucha dificultad para la elaboración de un control prenatal con calidad y calidez.

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos muy importantes destinados a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, así como la preparación de la madre para el parto y cuidado del recién nacido.

También sirve para detectar y manejar adecuadamente factores de riesgos y problemas que resulten durante el embarazo, parto y puerperio.

El propósito de nuestra investigación fue relacionar las intervenciones de enfermería según la norma y la aplicación de esta durante la atención prenatal en el centro de salud Trinidad Guevara Narváez de Matagalpa durante el segundo semestre del año 2016. Una vez por semana desde agosto hasta noviembre del 2016 se visitó el sector 1 de este centro de salud para observar la calidad de la atención prenatal en mujeres con embarazos de bajo riesgo.

Se observó que en la mayoría de los controles prenatales se realizaron de acuerdo a las normativas Minsa, pero también existen muchas dificultades en el cumplimiento del 100% de dichas normativas protocolos de atención, debido a diferentes factores, tanto como tiempo lugar de la entrevista, recursos necesarios y disposición del personal de enfermería y paciente. Por lo que es de suma importancia que el personal de enfermería se involucre más en la docencia para una atención de calidad

II. Introducción

La salud de la madre y el niño está contemplada en este momento como una prioridad, de orden mundial, su situación de salud y desarrollo son indicadores de las condiciones de vida de un país.

La atención del embarazo es un proceso socio-histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente. Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbimortalidad que se genera a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo.

Los objetivos de las atenciones prenatales deben garantizar el derecho a que la madre y su hijo alcancen al final de la gestación un adecuado estado de salud. La atención prenatal se inicia desde el momento en que la madre sospecha la gestación, debiendo garantizarle las adecuadas atenciones prenatales que como mínimo deben ser cuatro.

Aunque no se sabe con exactitud los orígenes de la atención del embarazo, Hall pedagogo y psicólogo estadounidense, refiere que surgen como una necesidad de tener infantes saludables. Los primeros hechos en torno a la atención de la embarazada, se remonta a inicios de la raza humana, su atención, ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente se concibe en un entorno lleno de mitos y tabúes. Los patrones culturales tradicionalmente han asignado a las mujeres el rol de curanderas, y ellas han sido quienes se han encargado de la atención del parto, la cual se realizaba en la casa de la embarazada.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo.

En 1950 hubo los primeros indicios de control prenatal, pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal, que consiste en una serie de visitas programadas donde se brindan cuidados óptimos, acerca de la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados para el recién nacido. Mencionaremos solo los ítems más importantes, los cuales deben ser llenados por preferencia en el modelo de historia clínica perinatal del centro latinoamericano de perinatología (CLAP).

Los requisitos básicos de la óptima atención prenatal deben ser precoz, periódica, continua y completa.

La mortalidad materna en Latinoamérica y el Caribe es un problema de salud existente en la región que se expresa en la pérdida de mujeres a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La tasa de mortalidad ha descendido a un 50.6 de muertes por cada 100,00 nacidos vivos en 2012, según el ministerio de salud hoy en día.

En su portal electrónico, el ministerio de salud indicó que los avances en este campo se deben a medidas sanitarias de mayor acceso a los sistemas de salud y a programas específicos que brindan apoyo médico y de enfermería a mujeres embarazadas que viven en zonas rurales alejadas de las ciudades. El seguimiento que se le da al proceso prenatal es importantísimo, se le ha dimensionado correctamente, las mujeres tienen más conocimiento de cómo llevarlo y evitar más riesgos. Esto debido a la implementación de estrategias el gobierno recibió en el 2011 el premio “las Américas” de parte del sistema de Naciones Unidas.

La mejora de la salud de las madres es uno de los ocho objetivos del milenio, suscritos en el 2000 por los gobiernos del mundo, entre ellos Nicaragua. La meta que para el 2015 es una reducción de la mortalidad materna en un 75% respecto a la de 1990.

El ministerio de salud, en su calidad de ente regulador continua impulsando intervenciones que contribuyan al mejoramiento de la salud de la mujer la familia y la comunidad, mediante acciones concretas, así mismo viene trabajando, en el desarrollo de los pilares de la maternidad segura.

Por ende el presente trabajo describe las intervenciones de enfermería aplicadas durante la atención prenatal a mujeres embarazadas de bajo riesgo, que fueron atendidas según la normativa que es un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible que contribuye a la actualización de los conocimientos del manejo de la atención prenatal en el Policlínico Trinidad Guevara Narváez.

III. Justificación

La atención materna en las áreas de salud ha venido mejorando en los últimos años, esto gracias a la implementación del gobierno de las normativas y protocolos de atención en salud, siendo todavía de vital importancia incrementar los esfuerzos y renovar los impulsos al fortalecimiento de los servicios de salud, con el fin de avanzar en el logro de las metas y satisfacer la necesidad de mejorar la calidad en la atención prenatal.

Con este trabajo se pretende relacionar las intervenciones que ha tenido enfermería y la aplicación de cuidados en la atención prenatal de bajo riesgo a embarazadas que acudieron a los centros de salud de Matagalpa, a través de la investigación y observación realizada, con el fin de obtener una valoración sobre la calidad y calidez de los controles prenatales realizados por el personal de enfermería y así evaluar la actuación de dicho personal.

Esta investigación resulta importante ya que aporta mayor información sobre el cumplimiento adecuado de las intervenciones de enfermería que se están teniendo en los diferentes centros de salud, y así servirá a las autoridades de la institución a valorar el cumplimiento de las normativas durante la atención prenatal para la prevención de complicaciones y disminuir los índices de morbilidad materna.

IV. Objetivos

Objetivo General

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación durante la atención prenatal de bajo riesgo en el centro de salud Policlínico Trinidad Guevara Narváez, en el sector 1 del segundo semestre del año 2016.

Objetivos Específicos

Documentar las intervenciones durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención del parto en las pacientes en estudio.

Evaluar las intervenciones de enfermería aplicadas a las pacientes en estudio.

V. Desarrollo

El centro de salud donde se realizó el presente trabajo fue en el policlínico Trinidad Guevara Narváez donde fue el viejo hospital San Vicente presta atención médica a un 56% a la población urbana y un 44% a la población rural, cuenta con un área de emergencia, área de consultas generales, una clínica materno infantil, casa materna, área de fisioterapia, programas de control a la mujer niños y personas de la tercera edad, programa de tuberculosis, VIH-Sida, higiene y epidemiología, cuenta con un laboratorio y farmacia. Tiene un área de 7026 metros cuadrados. Cuenta con médicos, enfermeras, laboratoristas, personal de limpieza, estadísticas y personal administrativo. Se encuentra ubicado contiguo al complejo judicial.



Intervenciones de enfermería

Se define a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente, estas pueden ser directas o indirectas.

Intervenciones directas

Es un tratamiento realizado directamente con el paciente y o familias a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Intervenciones indirectas

Es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Intervenciones independientes

Son las que realizan los profesionales de enfermería sin una indicación médica. Es decir, son las actuaciones que las enfermeras están autorizadas a prescribir y ejecutar sin supervisión ni indicación de otros profesionales.

Intervenciones interdependiente

Son las actuaciones que definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud.

Este tipo incluye las prescripciones de los médicos, dentistas, asistencia social y fisioterapeuta.

Cuidados de enfermería

Están vinculados a la preservación o conservación de algo o la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser viva. El término deriva del verbo cuidar.

Los cuidados de enfermería, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente.

Sus características dependerán del estado la gravedad del sujeto aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y asistir sanitariamente el paciente.

Embarazo

Es una condición de la mujer feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente.

Embarazo de alto riesgo

Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto.

Embarazo de bajo riesgo

Aquel en la que no existen estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre o del feto son mínimos.

Atención prenatal

Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención en salud para la mujer, es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales

Expediente clínico

Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, o cualquier tipo de almacenamiento, en los cuales el personal de salud autorizado anota, registra y certifica sus intervenciones, correspondientes a los servicios de atención de salud suministrados a las personas.

El expediente clínico necesariamente debe reflejar las actividades asistenciales, docentes, administrativas, e investigativas que realiza el personal de salud ya que son los procesos fundamentales.

El expediente clínico actualmente es considerado elemento fundamental del sistema de información de salud, por que proporciona los insumos básicos a los procesos de monitoreo y evaluación en la gestión clínica y la gerencia general de los servicios de salud, simultáneamente contribuye con los contenidos científicos positivos a la medicina basada en evidencia, adicionalmente aporta elementos indispensables a la

gestación de la calidad de los servicios de salud, incluyendo las auditorías médicas en los casos que es requerida.

Objeto de la norma

Regular la generación, utilización y resguardo del expediente clínico (información del paciente) en establecimientos proveedores de servicios de salud públicos o privados.

Campo de aplicación

Esta norma es de estricto cumplimiento para todos los profesionales y técnicos de la salud involucrados en la generación, utilización y resguardo del expediente clínico, en todos los establecimientos públicos y privados proveedores de servicios en el sector salud.

Disposiciones

Generales

Las instituciones y establecimientos, proveedores de servicios de salud públicos y privados, deben aplicar obligatoriamente la Norma del Expediente Clínico establecida por el MINSA.

El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el monitoreo y evaluación al buen desempeño del personal, en el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos establecidos en esta normativa.

Todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados deben garantizar la confidencialidad y sigilo de toda la información en relación a la atención médica a las y los pacientes, registrada a través del expediente clínico orientado por problemas, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso, salvo las excepciones legales.

El expediente clínico podrá reproducirse o copiarse de forma parcial o total solamente en casos justificados con el debido permiso de la máxima autoridad del establecimiento prestador de servicios de salud; para tal efecto se podrá utilizar métodos mecánicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, grabación en disco compacto (CD, DVD), cintas magnéticas y otras Tecnologías de Información y Comunicación autorizadas y disponibles

A toda persona que recibe servicios de salud en los establecimientos públicos y privados se le debe elaborar un expediente clínico, de acuerdo a lo establecido en el manual de procedimientos del expediente clínico el cual se dará a conocer a través de previa capacitación al personal de estadística para su implementación.

Las hojas, formatos y formularios del expediente clínico serán rotuladas e identificadas conteniendo el nombre completo, número de expediente, número de cama, sala, servicio o departamento de atención al paciente, además del nombre de la institución proveedora de salud. La numeración debe ir en orden cronológico anexando en la parte superior de las páginas y hojas con fechas más recientes, esto es válido en las hospitalizaciones y servicios de consulta externa.

Las hojas del expediente clínico serán de tamaño carta, salvo aquellas hojas de formatos que por la especificidad de su función no se ajusten a este precepto, por ejemplo los reportes de laboratorios.

Utilización del Expediente Clínico.

La utilización correcta del Expediente Clínico está disponible en este mismo documento el Manual de procedimientos del Expediente Clínico, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada.

El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las historias clínicas orientadas a problemas, las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.

Tendrán derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública y privada.

Es obligación de todas las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo.

Las carpetas o cubiertas del expediente clínico en uso activo deben tener un porta expediente, que consiste en un sujetador metálico, en atención hospitalaria, donde se colocan el nombre completo del o la paciente, número de expediente y número de cama.

Todo personal de salud autorizado que haga anotación en el expediente clínico debe registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código de internado o del MINSA. Se exceptúan del código a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería que responden a sus planes docentes.

Las anotaciones en el expediente clínico se realizarán con claridad para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado. A fin de garantizar la integralidad, calidad y seguimiento de los planes diagnósticos, terapéutico y educativos de los pacientes, incluyendo los procesos auditables.

En el ejercicio activo de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, los errores en alguna nota consignada en el expediente se corregirán pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha de ocurrencia, las iniciales y código del personal.

Norma para el Manejo del Expediente Clínico y Manual para el Manejo del Expediente Clínico de la salud. El dato correcto se anotará en la línea siguiente a continuación del error o en el lugar que corresponda. Normativa 004 (2013).

La Historia Clínica Perinatal (HCP)

Es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Objetivos

Proporcionar al personal de salud un documento orientado al llenado e interpretación correcta de la HCP y la estandarización de la información, para incidir en la reducción de la mortalidad materna y perinatal en el marco del MOSAFC.

Políticas de Operación

La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

Cuando su contenido forma parte de una base de datos del SIP, la HCP se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica y epidemiológica de éstos eventos desde una visión de Salud Pública.

Es esencial que los datos registrados en la HCP sean completos, válidos, confiables y estandarizados. El llenado de cada segmento no es responsabilidad de una persona sino de un equipo multidisciplinario y la calidad del llenado es vital, ya que la HCP forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

Además el llenado correcto de este instrumento, hará que el personal de salud desarrolle las siguientes actividades:

1. Evaluar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad.
2. Brindar seguimiento y evaluación clínica.
3. Servir de base para planificar la atención de la embarazada y el recién nacido/a.
4. Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.
5. Unificar la recolección de datos y obtener localmente estadísticas confiables.

6. Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
7. Registrar datos de interés legal.
8. Facilitar la auditoria médica.
9. Caracterizar a la mujer embarazada en la base de datos del SIP.
10. Categorizar problemas SIP.
11. Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales SIP.

Listado de Procedimientos

Esta información es presentada siguiendo las secciones de la HCP. Para Ayudar a los usuarios/as del SIP a alcanzar este ideal el presente manual incluye la siguiente información:

Explicación concisa acerca de la definición y conceptos relacionados con los términos incluidos en la HCP.

Cuando sea relevante, se sugiere el uso de formas validadas de obtener el dato (ya sea por pregunta, observación, o medición).

Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la HCP.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.
5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.

8. Egreso del Recién nacido/a.

9. Egreso Materno.

10. Anticoncepción.

En la presente Historia Clínica Perinatal, Amarillo significa ALERTA (cuadritos, triángulos, círculos o rectángulos en color amarillo) e indica que: más información, análisis y decisiones se encuentran registradas en otra/s hoja/s del expediente clínico. No indica necesariamente riesgo ni practicas inadecuadas.

Se hace énfasis en el llenado de las variables, de tal manera que no exista dificultad para el ingreso de la HCP al software del sistema informático perinatal. Posteriormente antes de brindar la atención prenatal proceda a saludar cordialmente a la mujer embarazada y proceda a llenar la siguiente historia clínica. Los términos de la HCP serán presentados tanto en su denominación completa como en su versión abreviada o iniciales.

En Nicaragua se está implementando otros sistemas como el del adolescente. Normativa 106 (2013).

Tabla numero 1: El personal de enfermería realiza el llenado completo del expediente clínico perinatal de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizó el llenado del expediente de forma satisfactoria en 28 expedientes para el 100%.

El expediente clínico es un documento legal, la enfermera es el recurso que más utiliza el instrumento debe realizarse de manera clara y precisa para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado al fin de garantizar calidad y seguimiento de las pacientes. La historia clínica perinatal constituye la fuente de datos más valiosa con la que cuenta el personal de salud ya sea para conocer las características de la usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada e identificar los problemas.

Factores sociales

Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.

Violencia

Es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño o sometimiento grave (físico, sexual, verbal o psicológico) a un individuo o a una colectividad; o los afectan de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o las futuras. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones.

Tipos de violencia

Violencia física

Es la más conocida y puede ser percibida objetivamente por otras personas ya que habitualmente deja huellas externas.

Violencia psicológica

Es toda conducta que esté orientada a la desvalorización de la otra persona y suele darse conjuntamente a otro tipo de violencia.

Violencia sexual

Se ejerce mediante presiones tanto físicas como psíquicas que pretenden imponer cualquier contacto sexual no deseado.

Violencia social

El agresor intenta evitar todo posible contacto de la víctima con la sociedad que la rodea, como amigos, familiares o compañeros de trabajo de manera que quede aislada y desprotegida al no tener apoyos fuertes a su alrededor.

Violencia económica

Se trata de evitar que la persona maltratada pueda acceder al dinero, quedando esta desvalida y sin recursos bien apropiándose del dinero de la víctima o impidiendo que esta trabaje.

Pobreza es la situación o condición socioeconómica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permiten un adecuado nivel y calidad de vida tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable.

Tabla numero 2: El personal de enfermería indaga sobre factores sociales (violencia, pobreza, falta de apoyo de familia o pareja) de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%	Frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería indago sobre factores sociales de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

A través del interrogatorio la enfermera logra identificar si la embarazada presenta algún peligro social en su entorno que de forma deliberada provocan daño físico psicológico.

Censo gerencial para las embarazadas, puérperas y postnatales:

Es un con-junto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto. Por cada comunidad, barrio o establecimiento de salud, existirá una carpeta (folders) que deberá con-tener:

Boleta del censo gerencial.

Control semanal de las embarazadas próximas a parir.

Reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales. Croquis actualizado.

Objetivo General

Proporcionar al personal de salud, una herramienta gerencial actualizada y contextualizada en el marco del MOSAFC, para estandarizar el seguimiento y llenado correcto del censo gerencial, poniéndole énfasis a las acciones de prevención de la inasistencia a la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

Políticas de Operación

El censo gerencial de embarazadas, puérperas y postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

Listado de Procedimientos

Se realizaran las siguientes acciones:

1. Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.
2. Actualización del Croquis
3. Análisis e interpretación de los datos
 - a) Revisión Diaria del Censo Gerencial
 - b) Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir
 - c) Llenado del Reporte mensual de las Inasistentes
 - d) Inasistentes; prevención y búsqueda

Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria Monitoreo y Evaluación

Tabla numero 3: El personal de enfermería realiza el ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza el ingreso y seguimiento de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

El personal de enfermería es el encargado de darle seguimiento a las embarazadas para llevar un control claro y preciso sobre lo estipulado en el censo gerencial.

Antecedentes familiares, personales y obstétricos

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento diferente al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del Carné Perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Antecedentes Familiares: se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Preguntar:

En su familia alguien ha tenido...?(mencionar cada una de las patologías de la HCP). Si la respuesta es afirmativa, preguntar ¿Quién?

Personales a los propios de la embarazada. Marcar el círculo no o si. En el caso de otros, especificar. En el caso de la diabetes se marcará el tipo de diabetes o si es gestacional (Tipo I, Tipo II, G). El término cirugía genitourinaria no incluye a las cesáreas, pero si incluye las OTB. En cuanto al tema de violencia, se recomienda indagar simultáneamente tanto el antecedente como la presencia o no de indicadores de violencia en el embarazo actual (ver sección de gestación actual). Marcar el círculo si o no según corresponda.

Obstétricos o gestas previas

Se refiere al número de gestaciones previas, sin incluir el embarazo actual. Colocar 00 si el embarazo actual es el primero. El número de gestas debe coincidir con la sumatoria de los partos (vaginales + cesáreas) más abortos (los embarazos ectópicos son abortos según clasificación de la CIE-10), excepto en el caso de antecedentes de embarazo múltiple. Marcar el círculo sí o no según corresponda.

Partos/vaginales, cesáreas: Se refiere al número de partos. Si corresponde se anota el número de partos y de ellos preguntar: ¿Cuántos fueron partos vaginales y cuántos fueron por cesárea?

Además se indagará sobre el peso del recién nacido/a en el último embarazo. Marcar si peso menos de 2500 gr. o fue mayor o igual a 4000 gr. fue normal o n/c (no corresponde) si no hubo nacimientos previos.

Finalmente en relación a las gestaciones previas, registrar si hubo antecedente de embarazo múltiple (gemelar) (si/no) según corresponda. Abortos: según la cie-10, se define el aborto a la expulsión del producto de la gestación antes de las 22 semanas o con un peso menor a 500 gr. Se registrarán de la misma manera los antecedentes de abortos espontáneos. Normativa 106 (2013).

Tabla numero 4: El personal de enfermería interroga sobre antecedentes familiares, personales y obstétricos de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería interroga sobre antecedentes familiares, personales y obstétricos de forma satisfactoria en 4 expediente para el 14.28%.

Mediante el interrogatorio el personal de enfermería obtiene los datos al momento de la primera consulta prenatal un análisis adecuado a la embarazada, y a la vez sirven como indicadores para la clasificación del embarazo.

Talla

Es la medición de la estatura o longitud del cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza.

Objetivos

Obtener la talla exacta para ayudar a establecer el diagnóstico y tratamiento de la embarazada, seguir el curso del embarazo. Se medirá en la primera visita de control.

Es importante su toma en el comienzo del embarazo ya que debido a la lordosis o curvatura de la columna vertebral hacia adelante lleva a obtener una talla menor que la real. Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control.

La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro. El dato obtenido se registrará en centímetros. Normativa 106(2013)

Tabla numero 5: El personal de enfermería en estudio realizo la medición de la talla de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizo la medición de la talla de forma satisfactoria en 4 expediente para el 14.28%.

Cabe destacar que esto se realiza solo en el primer control prenatal, pero que si no fue así se deberá realizar en cualquiera de los otros controles prenatales ya que significa una actividad de importancia.

Peso

Es la medición de la masa corporal del individuo.

Objetivo

Obtener un peso exacto para ayudar a establecer el diagnóstico y tratamiento de la embarazada.

Dar seguimiento a una enfermedad.

Peso anterior: se refiere al peso habitual de la mujer previo del embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como peso anterior. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Calibrar la pesa al menos cada semana. Cuando el peso anterior es desconocido, estimarlo utilizando la tabla de peso materno para la talla, según edad gestacional diseñada por el CLAP. Preguntar ¿Cuánto pesaba antes de este embarazo? Se registrará el peso expresado en kilogramos. Normativa 106 (2013)

Tabla numero 6: El personal de enfermería en estudiada realizo la medición del peso de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizo la medición del peso de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

El personal de enfermería realiza de forma adecuada toma del peso, ya que de esta forma se valorara el estado nutricional de la embarazada

Objetivo

Entregar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible para apoyar a los equipos de salud bucal en la toma de decisiones clínicas para mejorar la salud bucal de la mujer embarazada y su hijo/a, fomentando las buenas prácticas con un uso eficiente de los recursos.

Examen odontológico (odont.):

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer y su familia. La infección periodontal incluye diagnósticos como gingivitis (inflamación de los tejidos blandos alrededor del diente) y periodontitis (destrucción de las estructuras de soporte del diente –hueso, ligamentos, cemento, etc.). La transmisión del streptococo mutans de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños.

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda. Si el examen fuera anormal registrar no y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar sill. Normativa 106 (2013).

Un auto examen de mamas es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios o problemas en el tejido mamario.

Objetivos

1. Valorar la importancia de la aplicación de la técnica del auto-examen de mama para el diagnóstico precoz de sus patologías.
2. Identificar factores de riesgo en la población femenina que puedan incidir en la aparición de patologías de las mamas.
3. En la inspección se observan ambas mamas tratando de descubrir asimetrías, abultamientos, deformaciones, retracciones, etc. El examen se efectúa estando la

paciente acostada, sentada o de pie (hay que recordar que es una parte más del examen físico). Para distinguir asimetrías entre una y otra mama puede ser conveniente pedir a la persona que se siente y que ponga sus brazos a los lados en forma de jarra y empuje con sus manos contra las caderas. Después, se examina solicitándole que levante los brazos hacia arriba.

4. En las aréolas mamarias es posible distinguir unas prominencias pequeñas que corresponden a glándulas sebáceas (tubérculos de Montgomery) y algunos folículos pilosos. Normativa 106 (2013).

5. Algunas mujeres presentan más debajo de las mamas, siguiendo la dirección de una supuesta línea mamaria embrionaria, unas formaciones solevantadas que corresponden a pezones, y eventualmente, mamas supernumerarias (recordar que esta condición es normal en animales mamíferos).

6. Si el pezón de una mama está aplanado o retraído (umbilicado) y esto ha ocurrido en el último tiempo, conviene tener presente la posibilidad de una lesión cancerosa que haya retraído el pezón. Si esta condición es antigua, probablemente no indique una condición de cuidado como la anterior.

Palpación

La palpación se efectúa habitualmente estando la paciente acostada de espalda. Se le pide que levante el brazo del lado que se va a examinar y coloque la mano detrás de la cabeza. Toda la glándula debe ser examinada, incluyendo los cuatro cuadrantes, el tejido bajo del pezón y la cola de las mamas. Además, se deben examinar las axilas.

Examen de Mamas

Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del

examen puede la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. Normativa 106 (2013).

Tabla numero 7: El personal de enfermería indaga sobre examen odontológico y de mamas de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería indaga sobre examen odontológico y de mamas de forma satisfactoria en 4 expediente para el 14.28%.

Mediante la observación, el personal de enfermería identifica infecciones en la cavidad oral promoviendo la salud de la embarazada y el feto. También el examen de mama asemeja los problemas que pueden afectar la alimentación de la lactancia materna

Calculo de edad gestacional

Es el periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento .durante este tiempo el bebe crece y se desarrolla dentro del útero de la madre la edad gestacional es el termino común usado durante el embarazo para describir que tal ha avanzado este.

Objetivos de cálculo

De la edad gestacional y técnicas de cómo calcular la edad gestacional se calcula desde el primer día de la ultima menstruación normal hasta el nacimiento o evento

gestacional en estudio .la edad gestacional se expresa en semanas y días completas se basa en fecha de ultima regla y debe ser confirmada más tarde por ecografía antes de las 26 semanas.

Técnica del cálculo de edad gestacional

Partiendo de la fecha de la ultima menstruación contando en el calendario por semanas correspondiente a cada mes o conteo matemático (contar el número de días que han transcurrido desde la fecha de la ultima menstruación hasta la fecha de la consulta y luego se divide entre 7, el resultado será las semanas de gestación que tiene la paciente.

Manejo del gestograma es una de las tecnologías de apoyo al control prenatal, para facilitar la correcta vigilancia del embarazo al calendario obstétrico se agregan medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten calcular a la amenorrea, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, estimar la edad del embarazo, estimar la edad del recién nacido y verificar la normalidad del incremento del peso materno, de la presión arterial de la contractilidad uterina.

Si se desconoce la fecha de la última menstruación al reverso del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embriofetales.

Objetivos

1. Describir los criterios para estimar las etapas de desarrollo feto utilizado por gestograma.
2. Estimar la edad gestacional de feto.

3. Fecha de última menstruación: este dato es esencial para calcular la edad gestacional y la fecha probable de parto. Muchas decisiones clínicas están basadas en la edad gestacional y por ello es crítico obtener un dato confiable. Anotar en la HCP el dato proporcionado en formato día, mes, año preguntar: ¿Cuál fue el primer día de su última menstruación? Si se desconoce el dato anotar 00.
4. Cuando la fecha de última menstruación no está disponible, una posibilidad es estimar a partir de un usg antes de las 20 S/G u otro método que sea confiable. Fecha probable de parto. Se anotara el día, mes y año en que se cumplirán las 40 semanas de gestación. Para su cálculo, se recomienda usar el gestograma diseñado por el CLAP o cualquier otro calendario obstétrico.
5. En caso de no contar con un gestograma, se recomienda utilizar la regla de los 280 días, partiendo de la fecha del primer día de la menstruación se contarán 280 días consecutivos sobre un calendario, el día 280 coincidirá con la FPP.
6. Existen fórmulas matemáticas que facilitan el cálculo de la fpp (Regla de Neagle, Pinard, Wahl, etc.)
7. Confiabilidad de la edad gestacional (eg confiable por fum o eco < 20 s): aquí se solicita al personal de salud una evaluación subjetiva acerca de la confiabilidad del cálculo de la edad gestacional, ya sea por fum o por eco (usg(si/no)).
8. Registrar si la edad gestacional es considerado dato confiable a partir del dato de fum y/o la ecografía (si/no), según corresponda. En caso de no efectuarse ecografía dejar en blanco. Normativa 106 (2013)

Tabla numero 8: El personal de enfermería realizo edad gestacional de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente. Guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizo edad gestacional de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

El personal de enfermería interroga a la embarazada sobre la fecha de la última menstruación o ecografía así obtiene el cálculo de la edad gestacional

Evaluación estado nutricional

Estado de crecimiento o el nivel de micronutrientes de un individuo.

Estado nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo.

Índice de masa corporal.

Es una relación entre el peso y la estatura que permite establecer rangos de déficit, adecuación y excesos de peso fuertemente asociados a la obesidad. El IMC es un indicador de gran utilidad para evaluar el estado nutricional, es una forma práctica, sencilla y económica para establecer el exceso de peso asociado a la obesidad, lo que puede ayudar a determinar los posibles riesgos para la salud, tanto cuando se encuentra por debajo como por encima de lo normal.

La evaluación del IMC es importante en la primera atención prenatal (antes de las 12 semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las apn

subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de la misma. Con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de complicaciones en cada una de las etapas de la gestación con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes.

De acuerdo a la clasificación de la organización mundial de salud (oms) y el instituto médico de nutrición durante el embarazoⁱ (iom), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al imc. Formula: Peso en Kg/ Talla en m²

- ✓ Desnutrición: (< 18.5 Kg/m²)
- ✓ Peso normal, Eutrófica: (18.5 – 24.9 Kg/m²)
- ✓ Sobrepeso: (25 – 29.9 Kg/m²)
- ✓ Obesidad: (> 30 Kg/m²)

La ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según imc pre-embarazo

Estado nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo

El estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.

Tabla numero 9: El personal de enfermería realizo evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	05
Total	4	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.28%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza sobre evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal de forma satisfactoria en 4 expediente para el 14.28%. El personal de enfermería valora el estado nutricional de la embarazada en base a la fórmula del índice de masa corporal. $IMC = Kg/Tm^2$.

Incremento de peso

La ganancia de peso gestacional es un factor pronóstico importante de los desenlaces de salud a corto y largo plazo, tanto para mujeres en edad fértil como para su descendencia.

El crecimiento y desarrollo satisfactorio del nuevo ser en el útero materno dependen, en buena medida, de una contribución uniforme de nutrientes de la madre al futuro bebé. En consecuencia, un aporte deficiente en el ingreso dietético, la absorción inadecuada de nutrientes a partir del intestino, el metabolismo anormal de proteínas, lípidos, carbohidratos y micronutrientes en el organismo de la grávida, la insuficiencia en la circulación placentaria, así como una utilización anormal de los productos nutritivos por el feto pueden ocasionar un notable deterioro en el desarrollo de este último.

En las Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo del año 2008, se establece que cuando el incremento de peso de la embarazada es menor que el percentil 25, debe sospecharse subnutrición y cuando los valores son mayores que el percentil 90, debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.

La ganancia aproximada de peso durante la gestación es de 12.5 kilogramos; sin embargo, esta varía de acuerdo con las condiciones propias de cada mujer. Esta ganancia de peso se debe a dos componentes principales: 1) los productos de la concepción, feto líquido amniótico y placenta, y 2) el aumento de tejidos maternos con expansión del volumen sanguíneo y el líquido extracelular, crecimiento del útero y de las mamas, e incremento de los depósitos maternos.

La ganancia escasa de peso se asocia con un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacer. La ganancia elevada se asocia con alto peso al nacer, y secundariamente con un mayor peligro de complicaciones relacionadas con la desproporción céfalo- pélvica; además que se constituye en un signo de riesgo para preeclampsia.

Tabla numero10: El personal de enfermería realizó evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza sobre evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno de forma satisfactoria en 24 expediente para el 85.7%.

El personal de enfermería identifica los valores de incremento de peso normal de la embarazada en cada control para obtención de datos. El esquema de vacunación es una guía de inmunizaciones, técnicamente diseñada, que indica, para las vacunas aprobadas en un país, cuáles son las edades de aplicación, el número de dosis, la vía de aplicación y la cantidad de vacuna por dosis. Normativa 121(2013).

Vacunación

Se refiere a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. Normativa 121(2013).

Vacuna DT de adulto

Es una mezcla de toxoide diferido y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. Normativa 121(2013).

Dosis.

Una dosis a los 10 a 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis.

Tabla numero 11: El personal de enfermería determina esquema vigente de dt de las embarazadas de bajo riesgo

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	0	0%	0	0%	12	42.85%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	0	0%	0	0%	12	42.85%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería determina esquema vigente de dt de forma satisfactoria en 12 expediente para el 42.85%.

Con la aplicación de la vacunación a la embarazada se previene del tétano y el tétano neonatal en caso que sufran algún factor predisponente a esta infección.

Signos vitales

Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una emergencia médica o en cualquier sitio.

Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes

- 1.- Frecuencia Cardíaca.
- 2.- Frecuencia Respiratoria.
- 3.- Presión Arterial.
- 4.- Temperatura Corporal.
- 5.- Oximetría de Pulso

Tabla numero 12: El personal de enfermería determina los signos vitales de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería determina los signos vitales de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

La realización de la toma de los signos vitales refleja el estado fisiológico de la embarazada llevado a cabo por el personal de enfermería.

Examen de laboratorio

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud, se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. (Ricardo L Shchwarez, Carlos A Gonzales Diaz Ricardo H. Fescina, 1995-1997)

Técnica Examen de Papanicolaou.

La realización de esta técnica es muy sencilla. Es preciso introducir un espéculo en la vagina para poder separar las paredes vaginales y visualizar el cuello uterino, de este modo podremos realizar la toma de lo que se denomina endocérvix, la parte externa del cuello uterino y finalmente se realiza otra toma del endocérvix (la parte correspondiente al canal del cuello uterino, que comunica el interior de la cavidad uterina con la vagina).

Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla que posteriormente y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. (MINSA-N-106, 2013)

Paciente embarazada: como estrategia para disminuir la transmisión vertical del VIH, se realizan pruebas serológicas a las embarazadas en el primer y tercer trimestre del embarazo (salvo en los casos que no se ha controlado en el embarazo, al momento de la captación).

En la consejería a embarazadas, además de facilitar el reconocimiento del riesgo de adquirir el VIH, debe: Informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo.

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna).

Prueba de Hemoglobina (Hb)

La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematuridad y bajo peso al nacer. En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo. (MINSA-N-106, 2013)

Examen de glicemia

Es un examen que mide la cantidad de un azúcar llamado glucosa en una muestra de sangre. La glucosa es una fuente importante de energía para la mayoría de las células del cuerpo, incluyendo a las del cerebro. Los carbohidratos se encuentran en las frutas, los cereales, el pan, la pasta y el arroz. Se transforman rápidamente en glucosa en el cuerpo. Esto eleva su nivel de glucosa en la sangre. Las hormonas producidas en el cuerpo ayudan a controlar el nivel de glucosa en la sangre.

Forma en que se realiza el examen

Se necesita una muestra de sangre.

Preparación para el examen

El examen se puede hacer de las siguientes maneras:

Después de no haber comido nada (en ayunas) durante al menos 8 horas

En cualquier momento del día (aleatorio)

Dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa

Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra Región.ⁱⁱ

Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida

de las mujeres a los tres meses del nacimiento. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las compara contra mujeres anglo-sajonas.

Glucemia en ayunas

Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar factores de riesgo. (MINSA-N-106, 2013)

Examen de orina

Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina.

La orina de la mujer embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar una glucosuria, y hasta es factible observar una proteinuria de 0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

Se solicitan al menos tres evaluaciones de orina en la atención prenatal:

- ✓ Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) Y de diabetes (glucosuria).
- ✓ Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.
- ✓ Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

Técnica

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos. (MINSAN-106, 2013)

Tratamiento para IVU

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

Esquema A: Nitrofurantoina con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.

Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. (MINSAN-011, 2015)

VDRL

Es un análisis para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas), llamadas anticuerpos, que su cuerpo puede producir si usted entra en contacto con la bacteria que causa la sífilis.

El examen con frecuencia emplea una muestra de sangre. También se puede realizar usando una muestra de líquido cefalorraquídeo. Este artículo aborda el examen de sangre. se necesita una muestra de sangre

Cuando se inserta la aguja para extraer la sangre, algunas personas pueden sentir un dolor moderado, mientras que otras sólo un pinchazo o picadura. Posteriormente, puede haber una de sensación pulsátil o un leve hematoma. Esto desaparece rápidamente. (MINSAN-011, 2015)

Tratamiento de la sífilis

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacidoⁱⁱⁱ. Grado de recomendación B.

El tratamiento de la sífilis en la embarazada debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de una prueba de tamizaje positiva, preferiblemente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer requieran una atención de mayor complejidad. Para la prevención de la sífilis congénita se considera adecuado si se realiza un mes antes del parto.

El tratamiento para sífilis primaria, secundaria y sífilis latente temprana consiste en una dosis única de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular (B-I).

El tratamiento para la sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida consiste en 7.2 millones de unidades de penicilina benzatínica G en total, administradas en tres dosis (una por semana) de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular. (MINSAN-093, 2012)

Envío de Prueba de VIH

Se debería ofrecer la prueba de detección de la infección por VIH a todas las mujeres que acuden a los servicios de atención materna infantil. Asegurando: Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.

Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)

Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se tratará de conocer su condición ante el VIH de manera temprana, realizándole la primera prueba al momento de la captación en el primer trimestre de embarazo y la segunda prueba en el tercer trimestre del embarazo; esto permite tomar decisiones de tratamiento más eficientes para disminuir el riesgo de la transmisión del VIH de la madre al niño.

En la consejería hay que hacer énfasis en la transmisión mediante la lactancia materna, que constituye un líquido de transmisión viral, se recomienda que la leche materna sea reemplazada por sucedáneos ; en el caso que esta medida no sea posible por ser único alimento disponible se sugiere continuar alimentando al bebé con leche materna.

Como estrategia para disminuir la transmisión vertical del VIH, se realizan pruebas serológicas a las embarazadas en el primer y tercer trimestre de embarazo (salvo en los casos que no se ha controlado el embarazo, al momento de la captación).

En la consejería a embarazadas, además de facilitar el reconocimiento del riesgo de adquirir el VIH, debe: Informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo.

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta

los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). (MINSA-N-093, 2012)

Grupo RH

La determinación del grupo sanguíneo es un método para indicarle cuál es el tipo de sangre que usted tiene. La determinación del grupo sanguíneo se realiza para que usted pueda donar sangre o recibir una transfusión de sangre de manera segura. También se realiza para ver si usted posee una sustancia llamada factor Rh en la superficie de sus glóbulos rojos.

El tipo de sangre que usted tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en sus glóbulos rojos. Estas proteínas se llaman antígenas. Su tipo de sangre (o grupo sanguíneo) depende de qué tipos de sangre heredó de sus padres.

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

Esta información es básica para descartar la incompatibilidad al factor RH, es decir, el bebé puede heredar el de la madre o del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la mamá es negativo pueden presentarse problemas como: Ictericia (aparición amarillenta en la parte blanca de los ojos o en la piel) o incluso muerte fetal.

Forma en que se realiza el examen

Se necesita muestra de sangre. El examen para determinar el grupo sanguíneo se denomina tipificación ABO. Su sangre se mezcla con anticuerpos contra sangre tipo A y tipo B. Entonces, la muestra se revisa para ver si los glóbulos sanguíneos se pegan. Si los glóbulos permanecen juntos, eso significa que la sangre reaccionó con uno de los anticuerpos.

El segundo paso se llama prueba inversa. La parte líquida de la sangre sin células (suero) se mezcla con sangre que se sabe que pertenece al tipo A o al tipo B. Las personas con sangre tipo A tienen anticuerpos anti-B. Las personas que tienen sangre tipo B tienen anticuerpos anti-A. El tipo de sangre O contiene ambos tipos de anticuerpos.

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

Esta información es básica para descartar la incompatibilidad al factor RH, es decir, el bebé puede heredar el RH de la madre o del padre; cuando hereda el RH positivo del papá y la mamá es RH negativo pueden presentarse problemas como: Ictericia (aparición amarillenta en la parte blanca de los ojos o en la piel) o incluso muerte fetal.

Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D):

Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica. (MINSA-N-106, 2013)

Tabla numero 13: El personal de enfermería manda examen de laboratorio de las embarazadas de bajo riesgo

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	Frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.28%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería manda examen de laboratorio de forma satisfactoria en 28 expediente para el 100%.

El personal de enfermería realiza órdenes para la toma de diferentes exámenes a la embarazada así detecta posibles patologías que afecten el embarazo y al feto.

Medición del Altura uterino.

Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal. La altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación.

El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino. Normativa 011 (2015).

Técnica de altura uterina

Se mide en centímetro con una cinta métrica dematerial flexible e inextensible desde el pubis hasta el fondo uterino .el extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano y entre índice y mayor de la otra se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcanza el fondo uterina la altura uterina en función de la edad gestacional muestra el crecimiento lineal hasta la semana 37 con un discreto a planeamiento posterior.

(Ricardo L Shchwarz, Carlos A Gonzales Diaz Ricardo H. Fescina, 1995-1997)

Tabla numero 14: El personal de enfermería realizo medición de altura uterina de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza la medición de la altura uterina de forma satisfactoria en 28 expediente para el 85.7%.

El personal de enfermería lleva a cabo esta actividad, el realizar esta actividad ayudara a saber si él bebe tiene buena medida o si hay alguna anomalía en su crecimiento.

Frecuencia cardiaca fetal

Son los latidos del corazón en un minuto el corazón fetal aparece en la semana 6 y ya se puede detectar su latido mediante una ecografía doppler gestacional a partir de la decima semana se puede escuchar de dos manera la primera con la corneta de pinar a partir de la vigésima semana de gestación y la segunda con un doppler obstétrico el foco máximo de auscultación se encuentra hacia la cabeza y el dorso.la frecuencia cardiaca fetal basal oscila entre 120 a 160 latidos por minutos se habla de taquicardia fetal cuando esta pasa de 160 y de bradicardia cuando la frecuencia es por debajo de 120 latidos por minuto estos cambios se relacionan a estado anímicos maternos .

Auscultación

Tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardiacos fetales. La auscultación de los latidos fetales es de sumo interés porque permite:

Sentar con certeza el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya hecho por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (Ricardo L Shchwarez, Carlos A Gonzales Diaz Ricardo H. Fescina, 1995-1997)

Técnica Auscultación

Se coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa no muy baja

Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de la auscultación Técnica:

1. Se coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa no muy baja.
2. Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de la auscultación.
3. Este foco de auscultación es la zona que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde al hombro fetal anterior .la transmisión hasta el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capa solida que son buenas propagadoras del sonido. ,partiendo del corazón atraviesa el pulmón solido del feto (atelectasia) ,la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina , en relación con la pared abdominal en donde se apoya el instrumento la cabeza del examinador ejercerá una presión continua sobre el estetoscopio manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal esto tiene por objeto la interposición del aire , que dificulta la propagación sonora la mano libre toma el pulso de la madre

a fin de diferenciar los latidos fetales de lo materno una vez que la presión de la cabeza mantiene el estetoscopio se retira la mano que sujetaba a este instrumento por el tallo para evitar que se produzca ruidos extraños y esa mano ahora libre toca el útero apreciando su consistencia de modo de poder auscultar fuera de la contracción .(Ricardo L Shchwarez, Carlos A Gonzales Diaz Ricardo H. Fescina, 1995-1997).

Tabla numero 15: El personal de enfermería realizo auscultación de FCF a partir de 20 sg de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	8	28.57%	5	17.85%	11	39.28%	24	85.7%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería escucha la fcf de forma satisfactoria en 28 expediente para 85.7%.

El personal de enfermería escucha la fcf con estetoscopio doppler o monitoreo fetal continuo y así valorar la condición del corazón del feto.

Movimientos fetales

Se refiere a los movimientos del feto ocasionados por su propia actividad muscular. La actividad locomotora comienza durante la etapa embrionaria tardía y cambia en su naturaleza a lo largo del desarrollo prenatal. A medida que el sistema nervioso madura, los músculos pueden moverse en respuesta a ciertos estímulos.

A las 20 semanas de gestación, la mayoría de las mujeres pueden sentir los movimientos de sus bebés. No obstante, los movimientos varían en frecuencia, fuerza y patrones en función de la madurez del feto.

Objetivo de la técnica

1. Estimar la frecuencia de los movimientos fetales percibidos por la madre durante el tercer trimestre del embarazo normal.
2. Describir la técnica se registran la frecuencia cardiaca y los movimientos fetales durante 20 minutos sin movilizar al feto Si el NST es no reactivo insatisfactorio sinusoidal se moviliza al feto en forma manual durante 5 segundos y se registra nuevamente la actividad fetal durante 20 minutos eventualmente se pueden interrumpir la prueba si se observa 2 ascensos de la FCF con las características. (MINSU-N-106, 2013)

Tabla número 16: El personal de enfermería realiza el llenado completo de la casilla de los movimientos fetales de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	12	42.8%	16	57.1%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	0	0%	12	42.8%	16	57.1%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizó el llenado de la casilla que hace referencia a los movimientos fetales, de forma satisfactoria en 28 expedientes para un total de 100%.

Los movimientos fetales indican el bienestar del bebe, cabe señalar como dice la teoría que los movimientos fetales las madres los perciben a partir de las 20 semanas de gestación por lo que en los primeros controles prenatales las embarazadas no refieren movimientos si no hasta el tercer o cuarto control. El personal de enfermería debe anotar en la casilla correspondiente en cada control si la madre refiere o no movimientos para su respectiva intervención.

Presentación fetal

Relación entre el eje de la cabeza al cóccix del feto y el eje de la cabeza al cóccix de la madre. Si los dos están paralelos, entonces se dice que el feto está en situación longitudinal y si los dos están en ángulo de 90 grados uno del otro, se dice que el feto está en situación transversal.

Situación fetal

Es la relación entre el eje del feto y la madre. Es esencial conocer la situación fetal en el interior de la cavidad uterina en el momento en que comienza el parto, ya que es un factor determinante crítico para decidir la vía de extracción.

Maniobras

Consiste en cuatro acciones distintas que ayudan a determinar la estática fetal y que junto con la evaluación de la pelvis materna puede indicar si el parto será complicado o si resulta necesario realizar una cesare a las maniobras son el factor principal para el diagnostico correcto.

Técnicas para la actividad

Coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa de examen no muy baja
Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de auscultación este foco de auscultación es la zona en la que por condición acústica se percibe más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde de al hombro fetal anterior.

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continua sobre el estetoscopio manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal esto

tiene por objeto evitar la interposición de aire que dificulta la propagación sonora la mano libre toma el pulso de la madre a fin de diferenciar los latidos fetales una vez que la presión de la cabeza mantiene el estetoscopio se retira la mano que sujetaba a este instrumento por el tallo para evitar que se produzcan ruidos extraños y esa mano ahora libre toca el útero apreciando su consistencia de modo de poder auscultar fuera de la contracción.

Frecuencia cardíaca oscila en condiciones normales entre 120 a 160 latidos por minuto los latidos se pueden percibir desde las 20 semanas de la gestación pero prácticamente antes de las 24 semanas es casi excepcional auscultarlo.

Primera maniobra: se trata de abarcar el fondo del útero con los bordes cubitales de ambas manos que buscan identificar el polo superior

Segunda maniobra: se averigua la posición tocando las partes laterales del útero encontrando de un lado una superficie plana o convexa, y lisa y resistente dorso y de otra parte desiguales y móviles miembros

Tercera maniobra: se abarca el polo inferior entre el pulgar por una parte y el índice y el medio por otra con ella se percibe la cabeza cuando esta móvil y se la hace pelotear

Cuarta maniobra: se palpa el polo inferior del feto con la punta de los dedos cuando esta algo descendiendo para ello se desliza las manos lateralmente en el hipogastrio de uno y otro lado hacia la profundidad de la pelvis.

Auscultación se emplea utilizando el estetoscopio obstétrico se debe auscultar en los intervalos contráctiles tomando al mismo tiempo el pulso de la madre. (Ricardo L Shchwarz, Carlos A Gonzales Diaz Ricardo H. Fescina, 1995-1997)

Podemos distinguir tres situaciones:

Situación longitudinal

Ambos ejes coinciden, es decir, el eje longitudinal del feto es paralelo al eje longitudinal materno. Es la situación normal del feto (99% de los casos).

Situación transversa

Al eje longitudinal del feto es perpendicular al de la madre 90 grados. Si el feto se encuentra en esta posición al comenzar el parto, las únicas opciones disponibles serán la realización de una cesárea o la versión cefálica externa hasta alcanzar una postura longitudinal.

Situación oblicua

El eje longitudinal del feto forma 45 grados con el de la madre. Es una situación inestable, que se transformara en cualquiera de las dos anteriores cuando comience el parto.

Presentación fetal

Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por razón de que el feto solo tiene dos polos, solo existen dos presentaciones posibles.

1. A su vez esta presentación consta de 4 variantes, dependiendo si la cabeza esta flexionada, es decir el mentón está en cercana proximidad o en contacto con el pecho.
2. Presentación podálica: hay dos tipos de posiciones adoptadas por el feto cuando el polo caudal del feto, está en contacto con la pelvis materna y puede tener dos variantes, una podálica completa y una podálica incompleta. La presentación podálica se da en un 25% de los embarazos antes de las 30 semanas y se considera de alto riesgo después de las 32 semanas de gestación.

Tabla numero 17: El personal de enfermería realiza la exanimación de la presentación fetal de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	12	42.8%	16	57.1%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	0	0%	0	0%	12	42.8%	16	57.1%	28	100%

Fuente: guía de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realizo la exanimación de la presentación fetal, de forma satisfactoria en 28 embarazadas para un total del 100%.

Examinar la presentación fetal en los controles prenatales es importante ya que da pauta a la realización de intervenciones de enfermería según sea necesario. Como lo refiere la teoría y la normativa esto es posible a partir de las 20 semanas de gestación por lo que solo se refleja en el tercer y cuarto control prenatal

Clasificación del embarazo

El embarazado se clasifica de bajo y alto riesgo.

Embarazo de bajo riesgo

Es aquel en el cual la madre o su hijo tienen probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Embarazo de alto riesgo

Es aquel en el que la madre o su hijo tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Atención prenatal de bajo riesgo

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que no se identificó ningún factor de riesgo, y también en las que se identifiquen factores de riesgos potenciales que no producen alteraciones al estado de salud de la madre, su hijo o ambos.

Atención prenatal de alto riesgo

Es la que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las atenciones prenatales algún factor de riesgo.

Características de la atención prenatal de bajo riesgo

1. No requiere otra evolución o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.
2. Máximo cuatro atenciones prenatales durante la gestación.
3. Se realiza evaluación antes de cada atención prenatal y se decide si continua en componente básico o se refiere a cuidados especiales.

Características de la atención de alto riesgo

1. Constituyen en promedio el 25% de todas las mujeres que inician atención prenatal.
2. Las atenciones de este grupo son un máximo de 7 consultas.
3. La vigilancia es mediante consultas y evaluaciones periódicas sin que estas se consideren atención prenatal.
4. Es importante mencionar que si por alguna razón la paciente acude a una consulta y se le encuentra alguna prueba de laboratorio alterada que requiera re clasificación, se llena la casilla correspondiente y se pasa al grupo de ARO para siguiente atención prenatal.

Tabla numero 18: El personal de enfermería realiza la clasificación de embarazo el ingreso y seguimiento de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería estudiado realizó esta actividad. Esta actividad debe ser siempre realizada en cada atención prenatal ya que esto se convierte en un instrumento útil para la vigilancia clínica desde una visión de salud.

La clasificación del tipo de embarazo ayuda a evaluar la atención y cumplimiento de las normas mediante estándares de calidad y brindar un adecuado y así detectar cualquier peligro que pueda presentarse en el embarazo. Es también muy importante recordar como lo dice la normativa que la clasificación del embarazo debe realizarse en cada control prenatal que se le dé a la embarazada ya que su clasificación puede cambiar en cualquier momento

Consejería

Es un proceso de apoyo que da información y educación, que tiene un fin determinado para toma de decisiones positivas y responsables.

Los objetivos son facilitar a las personas la toma de sus propias decisiones, promover el desarrollo de las potencialidades, y referir o dirigir las inquietudes, dudas y consultas.

Consejería persigue:

Promover la salud.

Incrementar el conocimiento.

Aumentar la confianza, autoestima y aumentar la autonomía.

Favorecer la toma de decisiones asertivas y responsables.

Aclarar dudas.

Lactancia materna

Es la alimentación con leche del seno materno. Es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud.

La lactancia materna fomenta el desarrollo sensorial y cognitivo, y protege al niño de las enfermedades infecciosas y crónicas. Reduce la mortalidad del lactante por enfermedades frecuentes en la infancia, y ayuda a una recuperación más rápida.

Consejería Lactancia Materna

Se entiende por consejería la entrega reglada y oportuna de la siguiente información:

1. Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
2. Formas de amamantar.
3. Los cambios en la leche materna después del parto.
4. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
5. También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna

6. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. (MINSA-N-106, 2013)

Planificación familiar

Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que al ser utilizadas por una mujer, hombre o una pareja de potenciales progenitores orientados básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales.

El control o planificación familiar tiene como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales en las que se desea tenerlos.

Consejería de planificación familiar

Es una ayuda que una persona capacitada brindada a otra en conversación frente a frente por medio de lo cual trasmite información real lo cual permite realizar información elección adecuada sobre el método anticonceptivo que cree conveniente y mas adaptados a sus necesidades. La comunicación de la persona a persona respetuosa permite al usuario a tomar una decisión informada sobre la planificación familiar. (MINSA-N-106, 2013)

Tabla numero 19: El personal de salud da consejería sobre lactancia materna y planificación familiar a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.2%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	14.2%

Fuente: guía de observación.

Se observó que solo el 14.2% del personal de enfermería estudiado realizó la consejería sobre lactancia materna y planificación familiar, y que solo se realizó en el primer control prenatal.

La consejería a las embarazadas sobre estos temas debe darse en cada atención a la embarazada ya que ayudara a promover y concientizar a la mujer sobre la importancia que tienen estos temas, como enfermeras o enfermeros podemos intervenir en la promoción de la salud y la prevención del daño, lo cual a su vez ayudara a mejorar su calidad de vida y la del bebe.

Prescripción de enfermería

Hace referencia a la planificación de acciones basadas en un juicio clínico por parte de un profesional enfermero. Se puede definir como la propuesta de acciones dirigidas a obtener la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de la población.

Sulfato ferroso

Es el tratamiento para casos de anemia y como profiláctico, su uso se recomienda como terapia para la anemia que padecen las mujeres embarazadas.

Ácido fólico

Conocida también como vitamina b9, es una vitamina necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina, es efectiva en el tratamiento de ciertas anemias, además de tratar anemias carenciales juega su papel importante en la prevención de defectos de tubo neural.

Suplementos vitamínicos de sulfato ferroso más ácido fólico

En el embarazo aumenta la demanda del cuerpo por la ingesta de vitaminas y minerales, por lo que para prevenir la anemia y otras complicaciones del embarazo debido a la falta de hierro y ácido fólico es necesario prescribirle a las embarazadas una dosis diaria de estos suplementos durante todo el periodo de gestación.

A embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor de 12gr/dl) prescribir una tableta de sulfato ferroso (60mg) más ácido fólico (0.4mg) diaria.

Administrar entre las comidas o antes de acostarse para evitar el efecto de la alcalinización de los alimentos y aprovechar la acidez gástrica alta en la noche. Aunque además se debe siempre recomendar los alimentos ricos en hierro: carnes rojas, huevos. Pescado, legumbres. La vitamina C favorece la absorción de hierro, mientras el café, gaseosas leche lo disminuyen.

Hierro

El Hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia ferropénica. En nuestro país, el 30% de las mujeres embarazadas padecen anemia, situación que hacia el tercer trimestre se acentúa llegando a 35%. Adicionalmente, se observó que un 20% de las mujeres en edad fértil no consumen suficiente Hierro alimentario, situación que aumenta a casi 60% durante el embarazo.

Por ese motivo, la atención a esta situación nutricional es de relevante importancia y requiere del compromiso profesional del equipo de salud. Una mujer que transita su embarazo anémica tiene más probabilidades de sufrir un parto prematuro, de dar a luz un niño de bajo peso, de padecer anemia postparto y de tener menor respuesta frente a una crisis durante el parto.

La cantidad de Hierro que una mujer embarazada debe consumir es un 50% mayor en relación a la mujer no embarazada y es casi imposible cubrir esa cantidad sólo con alimentos. Por ese motivo, y frente a la situación epidemiológica de Argentina en relación a la prevalencia de anemia y consumo de Hierro, es indispensable que se suplemente (con hierro medicamentoso) a todas las mujeres embarazadas desde el primer control hasta el término del embarazo. La dosis farmacológica recomendada diaria es de 60 mg de Hierro elemental (como Sulfato Ferroso) más 0,5mg de Ácido fólico durante el segundo y tercer trimestre. El suplemento debe ser consumido lejos de las comidas para evitar la acción de sustancias inhibidoras de su absorción. En

caso de que el suplemento produzca intolerancias manifestadas como náuseas, dolores epigástricos, diarrea o constipación se podrá dividir las dosis en dos tomas diarias o consumir el suplemento junto con las comidas.

En Argentina se ha detectado que sólo un 24% de las embarazadas consume suplemento de Hierro; por tal motivo, y dado que las molestias gastrointestinales por su uso son frecuentes, es recomendable que el equipo de salud pregunte a la embarazada en cada consulta sobre el consumo efectivo de suplementos, la forma de su consumo y que sugiera alternativas para evitar que se discontinúe el mismo.

Además de la Suplementación con Hierro, se recomienda indagar sobre el consumo de alimentos ricos en hierro: carnes (vacuna, pollo, pescado), vísceras (hígado, riñón), morcilla y leches adicionadas con hierro. Si la embarazada no los consume o los consume con poca frecuencia es importante aconsejarla sobre la incorporación de los alimentos ricos en Hierro, especialmente en hierro hemínico.

Si bien las carnes son la fuente de Hierro por excelencia, otras fuentes de Hierro son: legumbres, vegetales de hoja verde y alimentos fortificados. Dado que el hierro de estos alimentos no es de fácil absorción, se recomienda consumirlos con una pequeña porción de carnes y/o con vitamina C que podría provenir del uso de tomates frescos o salsa de tomates, pimientos, frutas frescas o jugos frescos de frutas, especialmente cítricos. Asimismo, es importante que la mujer no consuma té, mate, café ni gaseosas cola una hora antes o después de la comida, ya que estas bebidas inhiben la absorción del Hierro que no proviene de las carnes. (MINSANA-029, 2009)

Tabla numero 20: El personal de enfermería entrega suplementos de sulfato ferroso más ácido fólico a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	4	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería en estudio realizo esta actividad. Los requerimientos de estos suplementos durante el embarazo son esenciales, y es difícil que una mujer embarazada pueda satisfacer esta necesidad solo con la dieta, por lo que es de suma importancia prescribir estas vitaminas para nutrir no solo a la embarazada si no que también nutrir el crecimiento del bebe y la placenta. Se debe recordar que también la embarazada debe comer bien para suministrar a su cuerpo nutrientes necesarios y que estos suplementos deben ser complementarios.

Pre eclampsia

Es una complicación medica del embarazo, también llamada toxemia del embarazo, y se asocia a hipertensión inducida durante el embarazo, y está asociada a elevados niveles de proteína en la orina (proteinuria). Debido a que el pre eclampsia se refiere a un cuadro clínico o conjunto sintomático, en vez de un factor casual específico, se ha establecido que puede haber varias etiologías para el trastorno.

Aunque el signo más notorio de la enfermedad es una elevada presión arterial, puede desembocar en una eclampsia con daño. Puede aparecer hasta seis semanas post parto. Es la complicación del embarazo más común y peligrosa, por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente, ya que en casos graves ponen en peligro la vida del feto y de la madre.

Se caracteriza por el aumento de la tensión arterial, junto al de proteínas en la orina así como edemas en las extremidades.

Aspirina y calcio

Se ha demostrado que el uso de aspirina y calcio reducen el riesgo de sufrir pre eclampsia en el embarazo.

Es recomendado tomar una aspirina de 81mg diario para la reducción de este riesgo a partir de las 12 semanas de gestación máximo 16 semanas y continuar hasta las 36 semanas, comenzar la aspirina en el embarazo después de este tiempo no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

Aspirina

Es un agente anti plaquetario, lo cual significa que impide que las células sanguíneas denominadas «plaquetas» se adhieran unas a otras y formen coágulos. Es por eso que algunos pacientes que se restablecen de un ataque cardíaco deben tomar aspirina: para evitar que se formen otros coágulos sanguíneos en las arterias coronarias. La aspirina también reduce las sustancias del organismo que causan dolor e inflamación.

Prescripción de Aspirina

Embarazada con riesgo intermedio de Pre eclampsia: Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

Embarazada alto riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36

semanas de gestación. (MINSA-N-011, 2015)

Calcio

Se debe administrar a partir de las 12 semanas de gestación máximo 16 semanas, y se cumplirá hasta las 36 semanas, la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo de baja ingesta de calcio, por tanto se deberá evitar su uso generalizado en todas las embarazadas. Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ninguna utilidad ni beneficio clínico igual que la aspirina.

Deficiencia de Calcio

Produce debilidad y mal formación en los huesos, detención del crecimiento y malformación de los dientes. En las mujeres después de la menopausia, produce osteoporosis o fragilidad de los huesos. También, la deficiencia de calcio durante el embarazo se relaciona con una mayor incidencia de Síndrome Hipertensión Gestacional.

(MINSA-N-002, 2008)

Prescripción de Calcio

En el grupo de pacientes con alto Riesgo de pre eclampsia se prescribirá calcio vía oral 1,800 mg/día a partir de la 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio) ¹⁷, por tanto se deberá evitar su uso generalizado en todas las embarazadas. Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.

Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios basados en la mejor evidencia la estrategia demostrada que tiene mayor utilidad clínica para la prevención del pre eclampsia es la administración de aspirina. El calcio sigue

siendo únicamente de mayor utilidad en el grupo poblacional de baja ingesta de calcio. En las unidades de salud donde se disponga de los dos productos podrá hacerse uso de ambos (calcio y aspirina) en el grupo de alto riesgo, en el grupo de riesgo intermedio solo usar aspirina.

(MINSA-N-011, 2015)

Tabla numero 21: El personal de enfermería prescribe aspirina y calcio a las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	8	28.5%	7	25%	13	46.4%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No Observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	0	0%	8	28.5%	7	25%	13	46.4%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería en estudio realizó la prescripción de aspirina y calcio. Es importante señalar que el dar a la embarazada la dosis correcta de aspirina y calcio ayudarán en gran medida a reducir el riesgo de padecer en el embarazo pre eclampsia y sus peligros, así como lo indica la normativa, se usan estos medicamentos en mujeres de bajo riesgo a como lo indica la normativa en forma de prevención mas no de tratamiento en caso de ya padecer la enfermedad, se debe tomar mucho en cuenta el tiempo de inicio de este medicamento y finalización ya que esto puede traer sus efectos no deseados, sobre todo la aspirina.

Albendazol

Es un fármaco que se usa como tratamiento de una variedad de infestaciones causadas por parásito.

Indicaciones

Esta indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lumbricoides, trichuris, Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)^{iv} en el 2º y 3er trimestre.

Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida^v. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el Albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

Tabla numero 22: El personal de enfermería prescribe antiparasitario albendazol a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	8	28.5%	0	0%	8	28.5%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	28.5%	0	0%	0	28.5%
Total	0	0	0	0	8	28.5%	0	0	8	28.5%

Fuente: guía de observación.

Se observó que solo el 28.5% del personal de enfermería prescribió Albendazol a embarazadas de bajo riesgo. Según la medicina basada en evidencia el prescribir o el que la embarazada tome Albendazol en el tercer trimestre tiene sus beneficios, reduce considerablemente la prevalencia de anemia en las mujeres y los posibles peligros que esto pueda traer, por lo es muy importante saber bien en qué momento

dar el desparasitante y cuál es la dosis así se ayuda a mejorar la condición de salud de la embarazada.

Consejería sobre signos y síntomas de peligro durante el embarazo

Se llama peligro a todas las circunstancias que puedan ocurrir en cualquier momento en las cuales pueda existir algún riesgo para la integridad física de las personas.

Orientaciones básicas de cada APN

Signos o síntomas de peligro

Sangrado, dolor de parto, expulsión del líquido a través de la vagina, fiebre, Se deberá de explicar qué hacer y dónde acudir. La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicinas.

Los hábitos personales de higiene, alimentación, vestimenta, relaciones sexuales, sexo seguro para prevenir ITS/VIH-SIDA, automedicación durante el embarazo, ingesta de alcohol, fumado, aplicación de drogas

Señales de peligro en el embarazo

Sangrado o manchado vaginal

Durante el embarazo no debe de haber ningún tipo de sangrado, si este aparece es necesario acudir de inmediato a la unidad de salud más cercana.

Flujo continúo

Una pequeña o gran cantidad de líquido proveniente de la vagina, ya que el líquido amniótico solamente debe salir al momento del trabajo de parto.

Dolores en el abdomen

De manera repentina, severo, continuo, o cólicos en la parte inferior de abdomen, o que hacen que el abdomen se ponga duro, más si esto se da antes de la fecha probable de parto.

Movimientos del bebe

Algunas mujeres comienza a sentir los movimientos entre la semana 16 y 22 y otras antes, los movimientos se vuelven cada vez más frecuentes a medida que avanza el embarazo. Él bebe no puede estar más de 24 horas sin presentar movimientos.

Visión borrosa, puntos o ráfagas de luz, zumbidos, mareos con o sin dolor de cabeza, dolor repentino en la boca del estómago.

Hinchazón de los pies, manos y cara significa que la presión arterial está subiendo. Estos síntomas pueden aparecer durante el embarazo, parto o después del parto.

Convulsiones

Esto puede ser producto de una complicación de presión arterial alta.

Fiebre: esto siempre es un signo de algo no anda bien, casi siempre es signo de infección, si la temperatura es de 38 o más se debe acudir a la unidad de salud más cercana.

Tabla numero 23: El personal de enfermería da consejería sobre señales de peligro en el embarazo a mujeres de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería realizó esta actividad. La consejería sobre las señales de peligro en el embarazo resulta de gran apoyo a las embarazadas ya que con esto no solo les debe explicar cuáles son sino que también se le da educación sobre lo que significaría en caso de tener una de estas alertas, así la embarazada conoce mejor lo que es bueno o malo en su embarazo, también les ayuda a conocer cómo va funcionando su cuerpo respecto a lo que pasa cuando están embarazadas.

Plan parto

Es una intervención comunitaria cuyas acciones que realizan la mujer, su pareja, su familia y la participación activa de la comunidad, preparan las condiciones para el cuidado de embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, apoyados por el personal de salud y comunidad organizada en las diferentes expresiones del poder ciudadano, a fin de contribuir a una maternidad segura.

Esta intervención es concebida por la comunidad como: el plan parto es tener listo y a tiempo desde el momento que la mujer sabe que está embarazada todo lo que se va a necesitar para el parto sea bueno y sin peligro para la madre y su hijo.

Propósito del plan parto

Contribuir en la reducción de la mortalidad materna, perinatal y neonatal, promoviendo acciones que incrementen la cobertura en el espaciamiento de los embarazos, atención prenatal de amplia cobertura con calidad y equidad, un parto limpio y seguro y acceso a los cuidados obstétricos esenciales ofertados en el establecimiento de salud, fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad organizada.

Objetivo general del plan parto

Proporcionar al personal de salud una herramienta técnica para promover y operativizar la intervención de plan parto con la embarazada, su familia y la

comunidad, contribuyendo al mejoramiento del acceso a la atención del parto institucional.

Objetivos específicos:

- ❖ Estandarizar en el personal de salud los procesos que implican la implementación, monitoreo y evaluación de la intervención de plan parto para la maternidad segura.
- ❖ Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la participación de la pareja, familia y la comunidad en las decisiones sobre salud reproductiva.
- ❖ Facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el periodo de embarazo, parto y puerperio.
- ❖ Favorecer la corresponsabilidad de los actores sociales claves para la operativización exitosa de la intervención.

Pilares:

1. La **Planificación Familiar** pretende asegurar que las mujeres y las parejas dispongan de información y servicios para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos.

2. Con la **Atención Prenatal** se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible.

3. Con la realización de un **Parto Limpio** se pretende garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las actitudes y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura y pueda proveer los cuidados de postparto inmediato para la madre y el bebé.

4. Los **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales** deben estar disponibles en los establecimientos de salud donde se atienden partos, para garantizar los cuidados

básicos que requieren los embarazos con riesgos y atender las complicaciones de la madre y el bebé.

Modelo las Tres Demoras

Es una guía propuesta para analizar los factores asociados a la muerte materna desde el ámbito familiar comunitario hasta el institucional. Además de explicar porque se mueren las mujeres, nos ayuda a identificar acciones para la prevención de muertes maternas. Este modelo se utiliza actualmente en el análisis de las muertes maternas a nivel local.

Primera Demora: Demora en identificar el problema y toma de decisión

La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación necesita recibir cuidados obstétricos. Esta decisión está influenciada por muchos factores: La mujer, su pareja, la familia o la partera tengan la capacidad de reconocer que tiene una complicación que amenaza la vida de la mujer (Señales de Peligro).

También debe saber dónde acudir con confianza en busca de ayuda. La accesibilidad geográfica de los servicios de salud, condiciones económicas, el respaldo de su familia para acudir al establecimiento de salud, entre otros.

Esta demora puede abordarse con acciones de promoción y comunicación para mejorar el conocimiento de la mujer y su familia: compartiendo e intercambiando conocimientos.

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

Una vez tomada la decisión de buscar ayuda, la mujer debe disponer de los medios que utilizará para trasladarse y llegar al establecimiento de salud donde se le pueda brindar ayuda obstétrica.

La accesibilidad está en función de la distancia al establecimiento de salud, la disponibilidad y eficiencia del transporte y el costo. La accesibilidad puede depender también; de la capacidad de resolución del establecimiento de salud.

Para incidir en esta demora es necesaria la organización de las brigadas de transporte o cualquier otra forma organizativa que la comunidad tenga para este propósito.

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad

Para resolver su problema de salud, la mujer debe acudir a un establecimiento de salud donde se le brinde atención de calidad. La provisión de la atención obstétrica y neonatal de emergencia depende de uno o varios factores, incluyendo el número de personal capacitado, su actitud y aptitud, la disponibilidad de medicamentos y suministros, la condición general del servicio y el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

Captación: de la embarazada para el Plan de Parto puede ocurrir tanto en la comunidad; durante las Visitas Domiciliares (VD) realizada por las parteras, brigadistas o agentes comunitarios que implementan el plan de parto y por el personal de salud durante la Atención Prenatal (APN) o durante las visitas a la comunidad que hacen las brigadas médicas móviles, salidas integrales, etc. También la captación se puede realizar durante la elaboración del registro comunitario.

En el proceso de captación, se realiza el llenado de la Ficha del Plan de Parto (Anexo 4a) según el instructivo de llenado de la ficha (Anexos 4b). Se debe procurar que en el primer contacto la mujer hable libremente, exprese sus dudas e inquietudes sin sentirse obligada a responder “lo que la persona que dirige la negociación quiere” y que ella misma descubra cuales actividades importantes no ha planificado para la atención de su parto y el nacimiento de su niño. En este momento la información se vuelve crucial y las ideas y respuestas que le demos a la embarazada para tomar decisiones o pensar en ellas se vuelve decisivo.

Negociación: Es importante recordar que el plan de parto es desarrollar con la mujer y su familia, un proceso de comunicación y negociación sobre decisiones (acciones) que están encaminadas a disminuir los riesgos y que contribuyan a la buena evolución del embarazo, el parto y el puerperio y no solamente llenar la ficha. (MINSA-N-104, 2012)

Tabla numero 24: El personal de salud negocia el plan parto con las embarazadas de atención de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de salud negocia sobre el plan parto con las embarazadas. El realizar esta actividad se logra sobre la base de un proceso de negociación donde la mujer embarazada, su pareja y familia, decidan las acciones o cuidados más factibles a poner en práctica, siempre guiados por el personal quienes les explican y aconsejan sobre las mejores formas de prepararse para la maternidad segura y feliz.

El que la embarazada su pareja y familia conozcan las mejores opciones para un embarazo seguro ayuda a mejorar los índices de problemas que puedan padecer las mujeres sobre todo del área rural en cuanto al acceso a la atención en salud, de cómo podrían hacer para evitar cualquier atraso que se presente, así como se les explica sobre las mejores opciones para planificación familiar y el cuidado del recién nacido, por lo que todo esto en el plan parto resulta de mucha utilidad para el personal de enfermería para que pueda mejorar los índices de problemas en las embarazadas y madres.

Referencia a otro nivel de atención o casa materna

Una vez que se le identifica algún riesgo a la embarazada, se debe referir para evaluación a otro nivel de atención, donde exista un equipo interdisciplinario especializado, quienes decidirán la aceptación o contra referencia al tercer nivel de atención de acuerdo a la severidad del riesgo.

Casas maternas

Son un centro alternativo que provee albergue alimentación y actividades educativas a mujeres embarazadas a mujeres originarias de comunidades rurales y alejadas a los servicios de salud, tanto antes del parto como después del mismo. El objetivo es garantizar el alojamiento y la promoción básica de la salud a las embarazadas, para de esta manera contribuir a disminuir la mortalidad materna.

Modalidades de Referencia

Las modalidades de referencia describen las diferentes formas de envío de pacientes de un nivel de atención a otro, las que se detallan a continuación:

De la red comunitaria a las unidades de salud de primer nivel (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud familiar y comunitario, Policlínicos Hospital Primario).

De las unidades de salud del Primer Nivel de Atención (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud Familiar y Comunitarios) al segundo nivel: Hospital (Primario, Departamental, Regional) o Policlínicos.

De Hospital de segundo nivel de especialidades básicas (Departamental o Regional) a Hospital de segundo nivel con servicios de referencia nacional (Regional, Referencia Nacional, Servicios Nacionales de Tercer Nivel).

Funciones del responsable de la Norma Técnica de Referencia y Contrarreferencia de cada unidad público y privado son:

Conocer en detalle la norma técnica de referencia y contrarreferencia.

Organizar y apoyar en su unidad de salud, la capacitación de todo el personal en el conocimiento y aplicación de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.

Vigilar el uso adecuado y el llenado correcto de los formatos de registro de la --- norma técnica de referencia y contrarreferencia.

Organizar y apoyar el cumplimiento de la monitoria de la norma en el nivel correspondiente.

Organizar y apoyar el cumplimiento de la supervisión de la norma en el nivel correspondiente.

Organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma en el nivel correspondiente.

(MINSA-N-068, 2011)

Proceso de negociación

a. Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los agentes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia y contrarreferencia del SICO y el personal de salud debe enviar la contrarreferencia para informar a los sobre los avances del

mismo. El voluntario debe de anotar en el registro diario de actividades del SICO, las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla “especifique”.

b. Si la captación y negociación se inició en el establecimiento de salud durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada a visitar el establecimiento de salud; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o voluntario a cargo del plan de parto en la comunidad. (MINSA-N-104, 2012)

Tabla numero 25: El personal de enfermería refiere a otro nivel de atención o casa materna a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	9	32.14%	9	32.14%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	0	0%	0	0%	0	0%	9	32.14%	9	32.14%

Fuente: guía de observación.

Se observó que solo el 32.14% del personal de enfermería en estudio realizo referencia a casa materna a embarazadas de bajo riesgo. El personal de enfermería que refiere a mujeres embarazadas a otro nivel de atención es por que como lo indica la normativa por algún factor de riesgo o peligro que la mujer o él bebe este presentando, más sin embargo se observó que ninguna de las embarazadas lo amerito. Y la referencia a casa materna que se hicieron fueron a mujeres de procedencia lejana y si entraban en los criterios para ser referidas a casa materna.

Enfermedades de transmisión sexual

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto intimo ,casi con exclusividades por medio de relaciones sexuales en las que incluyen el sexo vaginal , el oral y el anal .aunque otras maneras de contagios pueden ser : el uso compartido de jeringas infectadas

por el contacto directo de la sangre infectada o en el embarazo, la madre se contagia al feto mientras transcurre la gestación, si bien la mayoría de este tipo de enfermedades por gérmenes como las bacterias y los virus también pueden ser el resultado de hongos o protozoos.

Objetivo del manejo Sindrómico

Es identificar síndromes en ETS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de servicios de salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible. Como el diagnóstico no depende de exámenes internos o de la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ITS, no solamente aquellos especializados en ITS.

Acciones de salud dirigidas a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación.

Es identificar síndromes en ETS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de servicios de salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible.

Como el diagnóstico no depende de exámenes internos o de la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ETS, no solamente aquellos especializados en ETS.

Manejo Sindrómico

Clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la

búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo.

(MINSA-N-113, 2013).

Tabla numero 26: El personal confirma o descarta una ETS y aplica tratamiento a mujeres embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	28	100%	0	0%	0	0%	0	0%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	28	100%	0	0%	0	0%	0	0%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería descarto una ETS en embarazadas de bajo riesgo, y que solo se dio en el primer control prenatal, la mayoría de estas enfermedades afectan tanto a hombres como mujeres, pero en muchos casos los problemas de salud que provocan pueden ser más graves en las mujeres, si una embarazada tiene una ETS puede causarle graves problemas de salud a ella y su bebe, y es de suma importancia que se le descarte alguna enfermedad en cualquier momento del embarazo ya que puede darse en cualquier momento la infección.

Dexametazona

Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a la de las hormonas esteroides. Se usa para tratar muchas inflamaciones y enfermedades autoinmunes.

También se administra en mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduración pulmonar del feto, esto ha sido asociado con un bajo peso al nacer.

Propósitos

Se usa para tratar muchas inflamaciones y enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide, también se le suministra a los pacientes de cáncer que se están sometidos a quimioterapias para contrarrestar ciertos efectos secundarios de su tratamiento tumoral.

Se puede en pequeñas cantidades normalmente de 5 a 6 tabletas antes y después de algunas formas de cirugía dental, se usa para contra arrear el desarrollo de edema que puede en algún momento comprimir otras estructuras cerebrales.

Dexametazona se administra en las compresiones de la medula espinal especialmente como tratamiento de urgencia en pacientes sometidos a cuidados paliativos.

También se administra en mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduración pulmonar del feto esto ha sido asociado con un bajo peso en el momento del nacimiento aunque no con una elevación de la tasa de mortalidad neonatal. (MINSA-N-011, 2015)

Tabla numero 27: El personal de enfermería aplica Dexametazona en caso de amenaza de parto prematuro a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	28	100%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	0	0%	0	0%	0	0%	28	100%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería aplico Dexametazona en el cuarto control a mujeres embarazadas de bajo riesgo. Se ha demostrado que la Dexametazona antenatal disminuye significativamente el síndrome de dificultad respiratoria en recién nacidos además de disminuir otro problemas en un bebe

premature, por lo que resulta muy beneficioso, por lo que debido a esto y mucho mas se ha indicado que debe ser aplicado a embarazadas de bajo riesgo en forma de prevención por si la situación de la embarazada cambia de bajo a alto riesgo

Evaluación de la disposición de insumos básicos para la atención prenatal: es la valoración de la disponibilidad de los insumos básicos requeridos para la atención prenatal, donde se debe contar con equipo, papelería y tratamiento para cualquier emergencia y/o atención de las embarazadas.

Disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico

Insumos Médicos

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo medico, reactivos de laboratorios, destinados a la prevención, diagnostico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios.

Manejo y alimentación de cintas de Uroanálisis

Se realiza con tiras reactivas a toda embarazada en cada atención prenatal independientemente de que se encuentre asintomática

Termino COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricantes

La normativa 011, (2015), el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimiento para su conservación. Estos terminos son los mismos terminos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura) entre 2 a 8 C, proteger LA luz y no congelar). Oxitocina, Ergonovina, Ergometria, Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE, Sulfato de magnesio de magnesio, Nifedipina, clotrimazol, Matronidazol y Labetalol. (MINSA-N-011, 2015)

Funciones del COE MINSA

1. Mantener comunicación permanente de intercambio de información con Autoridades de Salud de la Región Centroamericana e Instituciones Científicas Internacionales (p. Ej: OMS/OPS, CDC) para asegurar la actualización de la situación internacional y regional de la Influenza Humana.
2. Mantener comunicación permanente entre el Comité del COE-MINSA y las Instituciones y Organizaciones del país, a las que se les requiera de su participación para coordinar los aspectos de la respuesta a la situación de emergencia sanitaria, así como también con los diferentes medios de Comunicación para mantener informada a la población sobre las medidas que se desarrollan.
3. Mantener permanente comunicación con las más altas estructuras del Gobierno Central a fin de mantener una fluida comunicación e información de los avances de los procesos de respuesta a la emergencia sanitaria a como también de la evolución de la situación de salud de la población.
4. Formular Recomendaciones Técnicas o Normas para su estricto cumplimiento en aras de asegurar una participación colectiva (enfoque multisectorial) en las medidas de lucha antiepidémica que se deban ejecutar en todo el territorio nacional.
5. Monitorear permanentemente la evolución de la epidemia, en coordinación con los 17 SILAIS del país, a fin de desarrollar los análisis pertinentes, reportes de situación, determinación del problema y elección del curso de acciones de respuesta a implementar y/o fortalecer.
6. Recepcionar diariamente la información actualizada de la situación de salud en municipios afectados, en cuanto a casos sospechosos, casos confirmados, fallecidos confirmados o sospechosos, la que deberá ser informada a la Autoridad Superior correspondiente y referida para su registro a la Dirección de Estadística Nacional.
7. Recepcionar diariamente la información relativa al estado funcional de los Centros de Atención Alternativos de Salud, las necesidades logísticas, existencias de medicamentos y situación del personal de salud que labora en cada centro.

(MINSA-N-019, 2009)

Tabla numero 28: El personal de enfermería evalúa la disponibilidad de insumos básicos para la atención a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
Satisfactorio	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	14.2%	8	28.5%	5	17.8%	11	39.2%	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se observó que el 100% del personal de enfermería realizó la evaluación de la disponibilidad de insumos básicos para la atención a las embarazadas. El proveer de insumos y otras cosas es un deber del ministerio de salud hacia los usuarios por lo que es importante que en todos los centros de salud y puestos ya sean rurales o urbanos se cuente con un equipo y tratamiento básico disponible ya sea para la atención rutinaria como para la de emergencia que se pueda presentar. El personal indaga sobre la garantía que asegure la presencia de insumos médicos que sean necesario, sobre todo porque es importante garantizar a las embarazadas el abastecimiento de insumos médicos.

Evaluación

Es la acción de estimar, calcular o señalar el valor de algo.

La evaluación es la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de unos criterios respecto a un conjunto de normas. La evaluación a menudo se usa para caracterizar y evaluar temas de interés en una amplia gama de las empresas humanas, incluyendo las artes, la educación, la justicia, la salud, las fundaciones y organizaciones sin fines de lucro, los gobiernos y otros servicios humanos.

El concepto evaluación para algunos aparece en el siglo XIX con el proceso de industrialización que se produjo en Estados Unidos. En este marco surge el moderno

discurso científico en el campo de la educación, que va a incorporar términos tales como tecnología de la educación, diseño curricular, objetivos de aprendizaje o evaluación educativa. Para otros autores la concepción aparece con los mismos comienzos de la sociedad la cual siempre ha buscado dar juicios de valor a las acciones y actitudes de los estudiantes. La evaluación como disciplina ha sufrido profundas transformaciones conceptuales y funcionales a lo largo de la historia y especialmente en el siglo XX y XXI.

Pero quien tradicionalmente es considerado como el padre de la evaluación educativa es Tyler por ser el primero en dar una visión metódica de la misma, superando desde el conductismo, plantea la necesidad de una evaluación científica que sirva para perfeccionar la calidad de la educación. La evaluación como tal desde esta perspectiva ya no es una simple medición porque supone un juicio de valor sobre la información recogida.

Tabla numero 29: Evaluación de las 28 actividades realizadas por el personal de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Categoría	Número de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	23	82.14%
Insatisfactorio	0	0%
No observado	5	17.85%
No aplica	0	0%
Total	28	100%

Fuente: guía de observación.

Se demostró que las actividades establecidas por las normativas para la atención prenatal de bajo riesgo están ubicadas en cuatro categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, una vez analizada la información se procedió a tabular los datos obtenidos.

Se evidencio que existe un déficit significativo entre el personal de enfermería que realiza lo establecido por las normativas, y dejan entre visto que todavía no se ejecuta por completo el cumplimiento de dicha norma en cada atención prenatal de bajo riesgo. El no cumplir con esto conlleva a muchas probabilidades de

desencadenar problemas en las embarazadas y posibles afectaciones con el recién nacido, es decir el no cumplimiento al 100% de esto puede ser un gran factor desencadenante para complicaciones obstétricas que en su gran mayoría pueden ser prevenibles y/o detectables tempranamente, es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse más con la actualización de información y manejo de las normativas así como de habilidades y destreza para brindar cuidados e intervenciones a las usuarias durante la atención prenatal para que concluya con un parto, puerperio y bebe sano.

X. Conclusiones

Como resultado de la investigación podemos concluir que las intervenciones realizadas por el personal de enfermería están estrechamente relacionadas con las normativas, y que se aplica en gran medida los cuidados a las embarazadas de bajo riesgo, pero todavía existe un porcentaje significativo que requiere revisión y mejoría.

Se observó que en su gran mayoría el personal de enfermería cumple las normativas hacia la atención prenatal, y llena bastante las expectativas, siendo siempre claro que hay que mejorar un poco más en el cumplimiento.

Se logró observar que en el centro de salud en estudio hay personal de enfermería capacitado para la atención prenatal tanto que se demostró el cumplimiento casi en su totalidad de las normativas, mas sin embargo el poco porcentaje significativo de déficit en este cumplimiento indica que el personal debe involucrarse más y ser el protagonista esencial en el manejo de intervenciones y cuidados de enfermería a embarazadas de bajo riesgo.

XI. Bibliografía

Minsa (diciembre 2008) "normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas", Managua tercera edición.

Mónica Elizabeth Altamirano, Silvia Carolina Gamarra, Mirtha Soledad Gonzales, alumna del 7mo año de la carrera de medicina de la unan (diciembre 2015) "revista de posgrado via cátedra de medicina no. 152"

Minsa (2009) "normas y protocolos de atención prenatal, parto y puerperio, recién nacido de bajo peso" (normativa 001) Managua 1era edición.

Ricardo L. Schwarcz, Carlos A Dworges, A Gonzalo Díaz, Ricardo H. Fescina (1995-1997) I. obstetricia, Buenos Aires 5ta edición.

Dr. Isidro Aguilar, Dra. Herminia Galbes (noviembre 1992) "vida amor y sexo" editorial safaliz.

Organización mundial de la salud (2000) "manejo de las complicaciones del embarazo y el parto" (IMPH).

Minsa normativa-030 (2010) "guías de cuidados de enfermería, embarazo, Parto, puerperio, y recién nacido" Managua Nicaragua.

Minsa Normativa 011 (2015)

Minsa normativa 060 (2010) manual de lactancia materna para la atención primaria.

Intervenciones basadas en evidencia segunda edición (2010). Normativa plan parto minsa (2013).

ANEXO # 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición operacional	Sub Variable	Indicador	Escala de medición
Intervenciones de enfermería	Tratamiento basado en conocimientos y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería, para favorecer el cuidado esperado del paciente	Intervenciones de enfermería en la primer APN. Intervenciones de enfermería en la segunda APN. Intervenciones de enfermería en la tercera APN. Intervenciones de enfermería en la cuarta APN.	% de intervenciones documentadas en la normativa de atención prenatal parto, puerperio y de bajo riesgo.	Nominal
Evaluación de las intervenciones	Valoración de conocimientos y actitud y rendimiento de una persona o un servicio	Satisfactorio Insatisfactorio	% de cumplimiento de intervenciones de enfermería.	Ordinal

Anexo # 2

Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales

N o.	Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación psicoemocional 	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario)

					realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X	X
➤ Glicemia	X	X	X	X	X
➤ Examen General de Orina	X	X	X	X	X
➤ Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica).	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:
➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)
▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofuantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)
▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.					
➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X (antes de las 20S/G)	X (después de las 20 S/G)	Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado	X (De ser necesario realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)	

	➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	<p>Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico:</p> <p>Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental.</p> <p><u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u></p> <p>MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo.</p> <p><u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. • Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	<p>Suplemento con Ácido Fólico:</p> <p><u>Prevención de ocurrencia (primera vez): 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u></p> <p>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural: (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC \geq 30 Kg/m², Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u></p>	X	X	X	X
22	<p>Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones</p> <p>Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):</p>				

	<p>Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia previa • Anticuerpos anti fosfolípidos • Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente • IMC > 29 Kg/m2 • Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) • Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) • Periodo Intergenésico mayor a 10 años • Migraña • Tabaquismo 	<p>NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS</p>	<p>X</p> <p>Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio</p> <p>Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día), a partir de las 12 S/G)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Abstención de alcohol. • Dejar de Fumar. • Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 		
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sintromico N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	<p>En casos de Amenaza de Parto Prematuro;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg. 		<p>X</p> <p>Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35)</p> <p>Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla.</p> <p>1.Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7</p> <p>2.SOLO hay dos contraindicaciones para uso deNo indicar betas miméticos Intravenoso ni orales de mantenimiento.</p>		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE	X	X	X	X

	Básico				
--	--------	--	--	--	--
