

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Instituto Politécnico de la Salud.

“Luis Felipe Moncada.”

Departamento de enfermería.



**Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería con
Mención en Obstetricia y Perinatología.**

Tema: Protocolo de atención.

Subtema: Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud. Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero, II Semestre 2015.

Autoras: Bra. Johanna Anabel Garay Pérez.

Bra. María Teresa Fornos Orozco.

Tutora:

MSC. Ivette Pérez Guerrero.

Managua, Noviembre de 2015.

Índice

<i>Agradecimiento</i>	i
<i>Dedicatoria</i>	ii
<i>Resumen</i>	iv
I. Introducción	1
II. Justificación	3
III. Antecedentes.....	4
IV. Planteamiento del problema	6
V. Preguntas directrices.....	7
VI. Objetivo general	8
VII. Diseño metodológico.....	9
VIII. Operacionalización de variables	16
IX. Desarrollo del subtema	25
1. Las características socio-laborales	25
1.1 Las características sociales.....	25
1.2 Las características laborales	27
2. Control prenatal.....	27
3. Actividades básicas para todas las consultas de atención prenatal.....	29
4. Actividades específicas en cada control prenatal.....	44
4.1. Primera consulta.....	44
4.2. Segunda consulta.....	47
4.3. Tercer control.....	50
4.4. Cuarta control.....	53
5. Intervenciones terapéuticas basadas en resultados de exámenes.	58
X. Discusión de los resultados.	70
XI. Conclusiones.....	98
XII. Recomendaciones.....	100
XIII. Bibliografía.	101
XIV. Anexos.	103

Agradecimiento

Le agradecemos a Dios por habernos acompañado y guiado a lo largo de nuestra carrera, por ser nuestra fortaleza en los momentos de debilidades y por brindarnos una vida llena de aprendizaje, experiencia y sobre todo felicidad.

Le damos gracias a nuestros padres por apoyarnos en todo momento, por habernos inculcado valores y por habernos dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de nuestra vida, sobre todo por ser un excelente ejemplo a seguir.

Le agradecemos la confianza, apoyo y dedicación a mis docentes, Msc. Marlene Gaitán, Msc Ivette Pérez Guerrero, por habernos compartido sus conocimientos y amistad.

Gracias al personal del Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, por habernos brindado la oportunidad de desarrollar nuestro seminario de graduación, por el apoyo y las facilidades que nos fueron otorgadas por respectivo personal.

Johanna Anabel Garay Pérez.

María Teresa Fornos Orozco.

Dedicatoria

Nuestro seminario de graduación es dedicado a Dios que supo guiarnos por el buen camino, darnos fuerza para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad.

A nuestras familias porque por ellos somos lo que somos.

A nuestros padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, por ayudarnos con los recursos necesarios para nuestros estudios. Nos han dado todo lo que somos como persona valores, principios, carácter, perseverancia y coraje para conseguir nuestros objetivos.

Johanna Anabel Garay Pérez.

María Teresa Fornos Orozco.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LA SALUD
LUIS FELIPE MONCADA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA**

AVAL PARA ENTREGA DE EJEMPLARES DE SEMINARIO DE GRADUACIÓN

Considerando que se han integrado las recomendaciones emitidas por el Honorable Jurado Calificador en la presentación y defensa de Seminario de Graduación. Se extiende el presente AVAL, que les acredita para la entrega de los 3 ejemplares finales empastados al Departamento de Enfermería.

CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN EN OBSTETRICIA Y PERINATOLOGÍA

Tema: Protocolo de atención.

Subtema: Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud. Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero, II Semestre 2015.

Autores: Bra. Johanna Anabel Garay Pérez.

Bra. María Teresa Fornos Orozco.

Tutora: Msc. Ivette Pérez Guerrero

Sin más a que hacer referencia.

Dado en la Ciudad de Managua, a los 05 días del mes de Febrero del 2016.

Msc. Ivette Pérez Guerrero
Tutora de Seminario de Graduación.

Resumen

Durante la atención prenatal es importante vigilar la evolución del embarazo, a través de consultas periódicas dentro de los 9 meses de gestación con el objetivo de detectar, prevenir, solucionar o anular riesgos detectados. El seminario constó de un enfoque cuantitativo, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Su universo constó de nueve profesionales de la salud y cincuenta y cinco expedientes clínicos que cumplieran con los criterios de inclusión. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta y una guía de revisión documental; la información obtenida se tabuló por medio del programa Microsoft Excel 2010, realizando tablas con sus respectivos gráficos y análisis de los datos. Éste estudio se realizó en el Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero, durante el segundo semestre del año 2015; obteniendo como resultado que existe un predominio dentro de las características socio – laborales del sexo masculino con edades de 46 a 55 años, en su mayoría médicos generales con más de 15 años de antigüedad; dentro de las actividades básicas se obtuvieron resultados positivos sobre el cumplimiento del protocolo, encontrando actividades realizadas de manera completa al igual que las actividades específicas; no obstante se registró una minoría de las actividades realizadas de manera incompleta y según las intervenciones terapéuticas basadas en resultados de exámenes, se cumplieron de manera completa según intervenciones basadas en evidencias. Se recomendó utilizar la papelería dispuesta dentro de los expedientes clínicos y realizar controles rutinarios de los expedientes verificando el llenado completo y las actividades realizadas de manera detalla.

I. Introducción

Se ha establecido la importancia de la normalización de las prácticas clínicas, ella ayuda a resolver los problemas de variabilidad mediante la elaboración de documentos basados en la evidencia científica disponible. El protocolo de atención prenatal es un documento que describe en resumen el conjunto de procedimientos técnico-médicos necesarios para la atención de una situación específica de salud.

Los protocolos de atención prenatal son una propuesta que apoya la decisión del médico en la elección de procedimientos y conductas que se ha de seguir ante un paciente en circunstancias clínicas específicas, para mejorar la calidad de la atención médica, reducir el uso de intervenciones innecesarias, ineficaces o dañinas, facilitar el tratamiento de los pacientes con el máximo beneficio y disminuir al mínimo el riesgo de daño. (Sackett DL, 1985).

La salud materna se desarrolla dentro de las estrategias de atención primaria en salud, permite priorizar el desarrollo de las acciones y servicio de promoción, prevención y protección que contribuye al fortalecimiento de conductas saludables.

El Ministerio de salud de Nicaragua, viene trabajando el desarrollo de la maternidad segura como estrategia efectiva para mejorar la salud materna y perinatal del país. La intervención relacionada para alcanzar uno de los objetivos de la maternidad segura en el ámbito institucional.

El control prenatal es un conjunto de acciones, que involucra una serie de visitas de parte de las embarazadas a las instituciones de la salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente los riesgos, prevenir complicaciones y prepararlas para el parto, la maternidad y la crianza. La organización Mundial de la Salud (2009), considera que el cuidado materno forma parte de las políticas públicas como estrategias para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna perinatal.

Su objetivo es identificar las actividades básicas y específicas que se llevan a cabo en cada consulta del control prenatal por parte del personal de salud; al realizar éste estudio se podrá determinar el cumplimiento de las actividades descritas en éste proyecto, además de identificar el actuar oportuno del personal de salud de acuerdo a los resultados de exámenes de laboratorio.

Se realizó éste estudio en el departamento de Managua, en el municipio de El Crucero, recolectando la información en el Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, posterior a haber sido presentado el tema de investigación al director de dicha institución siendo de agrado, ya que permitió una vista externa de la atención brindada y las actividades básicas y específicas realizadas en cada uno de los controles prenatales.

II. Justificación

La cobertura de calidad de atención durante los controles prenatales constituyen un factor de gran importancia en la salud materno - fetal, e impulsa la estrategia para la prevención y promoción de la salud integral de la mujer antes, durante y después del proceso reproductivo.

Éste estudio tiene como propósito analizar el cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo por el personal de salud, Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Será de interés para el personal de salud del centro donde se realizó el estudio para conocer el cumplimiento de actividades descritas dentro del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, para contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal en la comunidad donde se brinda atención de calidad y calidez.

Además se proporcionará a través de éste estudio información acerca de la atención prenatal en la institución, sin ánimos de perjudicar sino para contribuir al mejoramiento de la calidad de atención por medio de estrategias e ideas sugeridas.

Se pretende obtener una perspectiva externa de cómo se realizan las actividades del control prenatal a fin de beneficiar las siguientes atenciones que se realicen en dicho centro mediante los resultados obtenidos, por otra parte se obtuvo el conocimiento de la importancia de realizar las anotaciones correspondientes en el expediente clínico de las actividades que se realizan en cada control prenatal.

De manera directa serán beneficiados el personal que brinda atención prenatal, dando una perspectiva sobre cuáles son las actividades que se deben reforzar y cumplir en los controles realizados en dependencia de la edad gestacional de la mujer y la semanas en la que fue captada. Mientras que de forma indirecta serán beneficiadas las mujeres que asisten a sus controles prenatales mediante el cumplimiento de las actividades para cada control prenatal.

III. Antecedentes

El protocolo de atención prenatal de bajo riesgo es de suma importancia, ya que forma parte de una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal, cuyo objetivo son reducir el número de embarazos no deseados, el número de complicaciones maternas y reducir la tasa de morbilidad perinatal y neonatal.

El estudio realizado por el banco mundial/OMS/UNFPA/UNDP(2003), para la investigación en reproducción humana (HRP), implemento un estudio clínico multicéntrico; éste estudio comparó, el modelo occidental estándar de control prenatal con un nuevo modelo de la OMS que limita el número de consultas a la clínica y restringe el número de exámenes, los procedimientos clínicos y las acciones de seguimiento a aquellos que han demostrado que no existe diferencia significativa entre el modelo estándar y el nuevo modelo en termino de anemia severa, pre eclampsia, IVU y neonato bajo peso al nacer como resultado secundario.

Según el Hospital de Obstetricia de México (2008), señalan que no hay diferencias significativas en los resultados obstétricos entre poblaciones con distintos accesos a controles prenatales. El adecuado control del embarazo es un requisito para eliminar una buena parte de los riesgos que pueden influir sobre el resultado perinatal y hasta el momento se cree que lo ideal es que una embarazada tuviera muchos contactos con el sistema de salud para tener una monitorización continua de todas las variables fisiológicas del embarazo y en caso de alguna desviación de inmediato tomar las medidas correctivas pertinentes.

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha manifestado su preocupación por la promoción integral de la mujer antes, durante y después del proceso reproductivo. Para mejorar la calidad de atención hacia la mujer, impulsando estrategias de la maternidad segura de la atención prenatal y los cuidados obstétricos esenciales (COE).

De acuerdo a los registros del Ministerio de Salud, Nicaragua, la razón de mortalidad materna ha disminuido de 92 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 2006 a 59.8 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos en 2009. Se estima que las causas principales de las muertes maternas se deben principalmente a hemorragias post parto (29.6 por ciento),

trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio (18.3 por ciento) y otras afecciones obstétricas no clasificadas (22.5 por ciento).

La reducción de la mortalidad materna es un resultado del aumento de la cobertura de atención prenatal, que pasó de 89.6 por ciento en 2006 a 92.6 por ciento en 2010, el incremento del parto institucional y estrategias comunitarias (como el Plan Parto y las Casas Maternas) implementadas en comunidades dispersas y de difícil acceso. El número de casas maternas aumentó de 50 en el 2006 a 89 en el 2009, las que en su mayoría cuentan con apoyo económico del Ministerio de Salud.

IV. Planteamiento del problema

En Nicaragua, el Ministerio de Salud trabaja en la prevención y promoción de la salud integral de la mujer con el fin de erradicar los posibles factores de riesgo y complicaciones que se pueden presentar durante todo el proceso de embarazo, por esta razón, el Ministerio de salud, ha creado protocolos para guiar al personal de salud, para brindar una atención con mayor calidad y calidez.

Un incorrecto manejo del protocolo de atención del control prenatal de bajo riesgo, contribuye a causar un incremento de las complicaciones para la mujer en su estado gravídico; al no poder identificar los factores de riesgo y signos de peligro, se lleva a la mujer embarazada a formar parte de un alto riesgo obstétrico, pudiendo causar una muerte fetal y materna.

El Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, provee salud de forma gratuita y oportuna a las comunidades, impulsando acciones que contribuyen a mejorar la salud de la mujer en el desarrollo de la maternidad segura reduciendo embarazos de alto riesgo y mortalidad perinatal. Se realizará un estudio para conocer el manejo a las mujeres embarazadas por parte del personal de salud mediante el cumplimiento del protocolo de atención prenatal.

Es fundamental dar un seguimiento al cumplimiento del protocolo de atención prenatal para mejorar y prevenir complicaciones a corto y largo plazo en la mujer embarazada. Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación. ¿Cómo fue el cumplimiento del protocolo de control prenatal de bajo riesgo por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero?

V. Preguntas directrices

1. ¿Cuáles son las características socio – laborales del personal de salud?
2. ¿Cuáles son las actividades básicas que realiza el personal de salud durante los controles de atención prenatal?
3. ¿Cuáles son las actividades específicas que realiza el personal de salud en cada consulta de control prenatal?
4. ¿Cuáles son las intervenciones terapéuticas del personal de salud según resultados de exámenes?

VI. Objetivo general

Analizar el cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud, Centro de salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero. II semestre 2015.

Objetivos específicos

- 1.** Determinar las características socio – laborales del personal de salud, Centro de salud, Nuestra Señora de las Victorias.
- 2.** Identificar las actividades básicas realizadas por el personal de salud durante los controles prenatales.
- 3.** Identificar las actividades específicas realizadas por el personal de salud en cada consulta del control prenatal.
- 4.** Determinar las intervenciones terapéuticas realizadas por el personal de salud según resultado de exámenes.

VII. Diseño metodológico

Es el conjunto de acciones destinada a describir y analizar el fondo del problema planteado, a través de procedimientos específicos; ésta tarea consiste en hacer operativos los conceptos y elementos del problema estudiado. Arias F (2006) afirma: *“se considera el marco metodológico, como el conjunto de pasos, técnicas y procedimientos que se emplean para formular y resolver problemas”*.

Éste estudio pretendió recolectar la información sobre el cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, a fin de conocer su aplicación y beneficios que tendría para brindar una atención de calidad y calidez con intervenciones oportunas de parte del personal de salud.

A. TIPO DE ESTUDIO

a) Enfoque cuantitativo:

Es la explicación de una realidad social, vista desde una perspectiva externa y objetiva; trabaja fundamentalmente con el número y datos cuantificables. Hernández, Fernández & Baptista (2010) afirma: *“usa la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico para establecer patrones de comportamiento y probar teoría”*.

Se utilizó este enfoque debido a que permitió analizar la información obtenida de una perspectiva real y objetiva donde se utilizaron datos de los expedientes clínicos, permitiendo realizar un proceso secuencial y preciso.

b) Corte transversal.

(Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P., (2006),) Afirma: *“son estudios que se realizan en un momento determinado de los grupos que se investigan y no procesos interaccionales o procesos a través del tiempo”*.

Estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

Fue de corte transversal ya que permitió analizar el cumplimiento del protocolo de atención prenatal por parte del personal de salud durante los meses de Enero, Febrero y Marzo del año 2015.

c) Retrospectivo.

Son aquellos cuyo diseño es posterior a los hechos estudiados y los datos se obtienen de archivos o de lo que los sujetos o los profesionales refieren. El estudio se inicia después de que se haya producido el efecto y la exposición.

Se utilizó éste tipo de estudio, ya que se realizó revisión de expedientes clínicos de embarazadas de bajo riesgo atendidos por el personal de salud de los meses de Enero, Febrero y Marzo del año en curso.

d) Descriptivo

Gómez M (2006), afirma: *“La investigación descriptiva, busca especificar las propiedades, características y los aspectos importantes que se someten al análisis. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ella para así describir lo más detalladamente posible lo que se investiga”*.

Con éste estudio se pretendió describir los datos que se recolectaron por medio de instrumentos, y que permitió mostrar mediante el análisis de los datos, cómo se manifestaron los eventos y hechos del cumplimiento del protocolo de atención prenatal por parte del personal de salud.

B. Universo.

Es la determinación de la población o grupo en que el estudio se realizó; en ese sentido se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtengan a los elementos o unidades involucradas en la investigación.

Según Pérez, (2008) define universo como: *“ La totalidad de individuos o elementos en los cuales puede presentarse determinada característica susceptible a ser estudiada”*.

El universo del estudio constó de los nueve profesionales de la salud que atendieron a embarazadas de bajo riesgo y cincuenta y cinco expedientes clínicos de embarazadas atendidos por los recursos, estos expedientes fueron escogidos según criterios de inclusión.

C. Criterios de inclusión.

Es la selección de sujetos, en esto se describe el “con quien”. Estos criterios establecidos por los investigadores al amparo de los objetivos de investigación y de las variables para evaluar.

Los criterios de inclusión son determinados por la pregunta misma de la investigación y enmarca la población diana o población objeto de estudio, estos criterios singularizan a los sujetos que podrán entrar al estudio; por lo general estos criterios son generales.

Los criterios de inclusión fueron:

- Personal de Salud.
 - Que atiende embarazadas.
 - Que desee participar en el estudio.
- Expedientes clínicos.
 - Atendidos en el periodo de estudio.
 - Embarazadas de bajo riesgo obstétrico

D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos de la información.

El instrumento de recolección de datos e información, es un recurso metodológico que materializa mediante un o formato, que se utiliza para obtener, registrar o almacenar los aspectos relevantes del estudio o investigación.

a. Instrumento a usar

Guía de revisión documental

Es el proceso mediante el cual un investigador recopila, revisa, analiza, selecciona y extrae información de diversas fuentes, acerca de un tema particular, con el propósito de llegar al conocimiento y comprensión más profunda del mismo.

La guía de revisión documental está compuesta por cinco páginas donde se explicaba el propósito del instrumento, acápite para la información del expediente clínico (número de expediente, la edad gestacional en la que fue captada la embarazada y clave que brinda la atención), en las siguientes páginas del instrumento se encontraban las actividades básicas y específicas para cada control prenatal y posterior las intervenciones terapéuticas según resultados de exámenes.

Esto permitió el análisis del cumplimiento de las actividades realizadas durante los controles prenatales por el personal, que brinda atención a embarazadas de bajo riesgo y de las intervenciones realizadas con respecto a los resultados de exámenes.

Encuesta

Es una técnica de recogida de datos, mediante la aplicación de un cuestionario a una serie de individuos. A través de la encuesta se pueden conocer opiniones, actitudes y comportamientos de los individuos.

La encuesta estaba estructurada en una página la cual constaba con tres acápite que nos permitió conocer las características sociales y laborales del personal de salud como son: la edad, el nivel de profesionalización y la antigüedad laboral,

Esta información se recolectó entregando una copia a cada recurso, donde completaron los datos requeridos.

E. Método de recolección de la información.

La manera más formal de proceder a la búsqueda de información es seguir los lineamientos del método científico.

Se recolectó la información, realizando viajes hacia el Municipio de El Crucero, ubicado en el Km 25 ½ carretera Sur frente a Bar Miramar donde queda ubicado el Centro de Salud de Nuestra Señora de las Victorias, durante dos semanas de Lunes a Viernes, se presentó el documento de la investigación ante las autoridades del SILAIS MANAGUA, para que fuera aprobada la realización del estudio, siendo de agrado para la institución y recibiendo una respuesta positiva permitiendo el desarrollo de la investigación, posteriormente fue presentado

el tema ante las autoridades de la institución brindando su apoyo la recolección de datos con los debidos instrumentos.

La información fue obtenida mediante la encuesta la cual fue entregada cada uno de los recursos que realizaron controles prenatales en los meses de enero a marzo de 2015. La información recolectada mediante la guía de revisión del expediente clínico fue posible gracias a la colaboración del personal de admisión de la institución, los cuales nos suministraron los expedientes clínicos que solicitamos posterior a la revisión de los censos de los sectores del Municipio, durante dos semanas consecutivas y en horarios de 8 am a 12md los días lunes a jueves y los días viernes de 8am a 4pm, se realizó la revisión de 55 expedientes clínicos los cuales cumplían los criterios de inclusión, analizando 6 expedientes por día.

La información que fue obtenida mediante la encuesta y guía de revisión de expediente clínico, se tabuló mediante el programa de Microsoft Excel 2010, realizando tablas y gráficos de acuerdo a acápite de los instrumentos. Posteriormente se analizó haciendo énfasis en cada una de las características socio - laborales del personal de salud en las actividades de los controles prenatales y las intervenciones terapéuticas según resultados de exámenes.

F. Prueba de jueces y pilotaje.

A. Prueba de jueces

Fue conformada por expertos en diversa disciplina los cuales fueron seleccionados en conjuntos por los grupos de investigadores. Obedece a la necesidad de establecer una instancia de evaluación de las propuestas de investigación, compuestas por personas idóneas pero no involucrada en su preparación y su ejecución; no proceden bajo ninguna presión o interés académico, personales, económico que puedan influir en la preparación del protocolo de investigación.

Se seleccionaron a tres expertos del Instituto Politécnico de la Salud, los cuales valoraron la propuesta de instrumento emitiendo un dictamen acerca del cumplimiento metodológico y las recomendaciones por cada uno de ellos fueron:

- Dentro del diseño metodológico describir exactamente los meses de año en los que se retomarían los expedientes clínicos de embarazadas de bajo riesgo.
- En la operacionalización de variables, describir si las actividades fueron completas, incompletas o desconocidas.
- Revisar bibliografía con normativa APA

B. Pilotaje

Se realizó una prueba de pilotaje solicitando la colaboración de seis personas, para la evaluación del instrumento presentado; este instrumento fue probado dos veces obteniendo sugerencia y mejorándolos según estas:

- Revisar ortografía y ordenar el acápite de nivel de profesionalización de acuerdo al nivel jerárquico.

G. Procesamiento y análisis de la información.

La tabulación de los datos consiste en el recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos, a través del conteo de los códigos numéricos de las alternativas de las preguntas cerradas y de los códigos asignados a las respuestas de las preguntas abiertas, con la finalidad de generar resultados que se muestran en cuadros o tablas y en gráficos. La tabulación puede ser tratada de forma manual o mecánica.

El análisis de la información de éste estudio se realizó con el programa de Microsoft Excel 2010 haciendo uso del análisis de frecuencia y porcentajes, se representaron mediante la creación de tablas y graficas que muestren los resultados obtenidos con la encuesta y guía de revisión documental

H. Consentimiento informado.

El compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo destinado a informar de forma oral o escrita la naturaleza, los propósitos, la forma de aplicación de los instrumentos de recopilación de información o aplicación de pruebas experimentales, presentando beneficios, riesgos alternativos y medios del proceso en el cual, quien recibe la información, irá a

convertirse en participante objeto o contribuyente al análisis estadístico, constituyéndose el documento resultante en el testimonio escrito del quien va hacer investigado para lograr una autorización clara, competente, voluntaria y autónoma.

Vía institucional: estuvo encargado el Instituto Politécnico de la Salud en realizarlo, donde enviaron una carta al Ministerio de salud, obteniendo la aprobación para la realización de este estudio.

Personal de la institución: Se comunicó al personal mediante una carta la cual contenía los días que realizaríamos la recolección de la información la cual fue enviada por la directora de la institución.

I. Variables.

- Características socio –laborales del personal de salud.
- Actividades básicas realizadas por el personal de salud.
- Actividades específicas realizadas por el personal de salud.
- Intervenciones terapéuticas realizadas por el personal de salud según resultados de exámenes.

VIII.

Operacionalización de Variables

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Criterio
Características socio – laborales.	Características Sociales.	Sexo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Femenina. ▪ Masculino. 	
		Edad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ < 25 años. ▪ 25 años – 35 años. ▪ 36 años – 45 años. ▪ 46 años – 55 años. ▪ > 55 años 	
	Características laborales.	Nivel de profesionalización	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médico ginecológico. ▪ Médico internista. ▪ Médico general. ▪ Licenciada obstetra. ▪ Licenciada materno infantil. ▪ Licenciada en enfermería profesional. ▪ Auxiliar de enfermería. 	
		Antigüedad.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 año – 5 años. ▪ 6 años – 10 años. ▪ 11 años – 15 años. ▪ > 15 años. 	

Variable.	Subvariable.	Indicador.	Valor.	Criterio.
Actividades básicas de las consultas del control prenatal.	Actividades efectuadas en el expediente clínico.	Llenado de HCPB	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Llenado completo de expediente clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Toma de signos vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Talla de embarazada	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Cálculo de IMC	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Cálculo de edad gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Examen físico general	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	
		Clasificación del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto 	

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Criterio
Actividades básicas de las consultas del control prenatal.	Actividades interactivas con el paciente	Indagar sobre factores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Indagar sobre violencia	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Indagar sobre el apoyo de la familia y pareja	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Examen clínico de Mama	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Toma de PAP	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Toma de exudado	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Entrega de sulfato ferroso y ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Consejería sobre signos de peligro	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Criterio
Actividades específicas de cada consulta del control prenatal	Primer consulta (antes de las 12 semanas de gestación)	Inspección de abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Medición de altura uterina	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Vacuna DT 1er dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de hemoglobina	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de glicemia	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de sífilis	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de VIH	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Examen general de orina	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de tipo y RH	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prueba de toxo test	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Criterio
Actividades específicas de cada consulta del control prenatal	Segunda consulta (después de las 12SG y antes de las 26 SG)	Maniobras de Leopold	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Auscultación de FCF	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	Se realiza a partir de las 24 semanas de gestación
		Prescripción de Albendazol 1er dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prescripción de Calcio	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	Se comienza a dar a partir de las 20 semanas de gestación
		Prescripción de Aspirina	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
	Tercer consulta (32 semanas de gestación)	Vacuna DT 2da dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Prescripción de Albendazol 2da dosis	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Instrucciones de parto profiláctico	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Instrucciones de plan parto	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	

Variable	Subvariable	Indicador	Valor	Criterio
Actividades específicas de cada consulta del control prenatal	Cuarta consulta (38 semanas de gestación)	Relación feto-pélvica	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Consejería lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Consejería planificación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Importancia de higiene y cuidado en el puerperio	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	
		Importancia del VPCD	<ul style="list-style-type: none"> • Completo • Incompleto • Desconocido 	

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio	
Intervenciones terapéuticas según resultados de exámenes.	Anemia	Hb < 11gr	Se brinda doble dosis de sulfato ferroso.		
	Sífilis	Positiva	Se refiere a II nivel de atención		
	VIH	Positiva	Se refiere a II nivel de atención		
	Diabetes	Compensada		Manejo ambulatorio con tratamiento	
		Descompensada		Se refiere a II nivel de atención	
	Hipertensión arterial	Compensada		Manejo ambulatorio con tratamiento,	
		Descompensada		Se refiere a II nivel de atención	
	Vías urinarias	IVU		Tratamiento con Nitrofurantoina	
	PAP	CACU		Se refiere a II nivel de atención.	
	Exudado	ITS		Se brinda tratamiento con óvulos.	

Variable	Sub variable	Indicador	Valor	Criterio
Intervenciones terapéuticas según resultados de exámenes.	IMC	<18	Se refiere a nutrición	
	Dental	Caries	Se refiere a odontología	
	Vómitos	Émesis	Manejo ambulatorio	
			Se refiere a II nivel de atención	Cuando los vómitos son abundante y no retiene la comida
		Hiperémesis	Se refiere a II nivel de atención	
Pezones no aptos para lactancia	consejería	Si No		

IX. Desarrollo del subtema

1. Las características socio-laborales.

Una característica es una cualidad que permite identificar algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes, puede tratar de cuestiones vinculadas al temperamento, personalidad, pero también al aspecto físico.

Las características, por lo tanto hacen el carácter propio y específico de un ser vivo o una cosa. Las características son todos aquellos aspectos o variables que configuran el estado e identidad de una entidad en particular, que puede ser tanto una persona, objeto o animal.

“Son aquellos elementos esenciales de una especie, son los que deben formar parte de la definición, porque los define” **Fuente especificada no válida.** Es decir la función de las características es proporcionar información acerca de lo que queremos conocer.

1.1 Las características sociales

Del latín sociālis, social es aquello perteneciente o relativo a la sociedad. Recordemos que se entiende por sociedad al conjunto de individuos que comparten una misma cultura y que interactúan entre sí para conformar una comunidad. Lo social puede otorgar un sentido de pertenencia, ya que implica algo que se comparte a nivel comunitario.

Sexo: El concepto de sexo está relacionado a una serie de variantes que conducen a ideas en general, la diferenciación de las especies y la reproducción de la raza. En biología es el proceso mediante el cual los humanos y cualquier especie se aparean conduciendo a la reproducción de la especie.

También se le llama sexo al carácter que se le inserta a las especificaciones de un espécimen, estas son las que conocemos como femenino y masculino. El sexo representa también una tasa poblacional importante ya que separa a la especie humana en dos, definiendo para tareas y ejercicios propios a cada uno, por sus características físicas y emocionales.

En relación al trabajo, las mujeres tienen mayores dificultades para acceder a posiciones de poder, lo que implica que muchas decisiones tomadas reflejan las preferencias de los hombres y no las de las mujeres. También se puede observar que cuando hombres y mujeres realizan las tareas similares, las mujeres son menos remuneradas que los hombres. Otro aspecto relacionado con el trabajo, es que las mujeres realizan muchas actividades productivas, relacionadas con las tareas hogareñas y familiares, que no son remuneradas materialmente, lo que puede dar lugar a una diferencia de poder entre hombres y mujeres.

Las mujeres constituyen aproximadamente el 80% de todos los trabajadores de salud en toda la región centroamericana, y representan solo una minoría en términos de poder y de capacidad de decisión dentro del sistema de salud, las mujeres se encuentran concentradas en los tramos de más baja remuneración.

“El mundo, es un mundo complejo, y el modelo de trabajo masculino, ni el femenino puede proporcionar una organización equilibrada sin el complemento del otro. Pero no sólo es necesario lograr un equilibrio entre las habilidades masculinas y femeninas en el seno de la organización; también es preciso que ese equilibrio se dé en cada hombre y cada mujer pues, como personas, se enriquecen mutuamente”. (Barcino C, 2010).

La edad: está referida al tiempo de existencia de alguna persona o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento. También marca una época dentro del periodo de existencia o vigencia. Divididas en épocas como la niñez, la juventud, la adultez y/o vejez, son los que comprenden grupos de edades.

Es importante señalar que el declive de las capacidades funcionales no implica necesariamente que los trabajadores de más edad desempeñen las tareas peor que los más jóvenes, o que el desempeño del trabajo siempre va disminuyendo a medida que aumenta la edad. No sólo no significa esto, sino que algunos estudios sobre trabajadores de edad han mostrado que, en ciertos aspectos, los resultados son, al menos, tan buenos como en los grupos de menos edad. Mientras algunas capacidades funcionales de los trabajadores de edad pueden declinar, el desempeño de ciertos tipos de tareas puede mejorar. En general, el desempeño en tareas que demandan un alto nivel de destreza, experiencia y necesidad de toma de decisiones no suele declinar con la edad, pudiendo incluso mejorar.

1.2 Las características laborales

Son un vínculo que se establecen en el ámbito del trabajo. Y todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social.

El nivel de profesionalización: Son los años académicos cursando como la primaria, secundaria y la universidad, etc. También puede considerarse como cada uno de los tramos en que se estructura el sistema educativo formal, se corresponde con las necesidades individuales de las etapas del proceso Psico-físico-evolutivo articulados con el desarrollo.

La antigüedad laboral: Es el tiempo durante el cual una persona ha estado trabajando de manera ininterrumpida para la misma unidad económica para la misma unidad económica en su trabajo principal independiente de los cambios de puestos o funciones que haya tenido dentro de la misma.

Estudios realizados en enfermeras con edades entre 41-50 años y antigüedad laboral de entre 20.1-25 años que muestran falta de realización personal representada en los ítems que tiene que ver con el bajo grado de cumplimiento de expectativas, competencia y objetivos laborales propuestos. (MASLACH, 1981)

2. Control prenatal

El control prenatal es el cuidado que proporciona el equipo de salud a la mujer gestante, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para ella y el feto durante la gestación y, posteriormente, una óptima atención del parto.

Esta actividad debe ser una responsabilidad de carácter institucional, a través de un grupo pequeño y estable de profesionales de la salud, adecuadamente capacitado, que le preste una atención directa a la gestante; que permita integrar la atención brindada antes del embarazo con la actual, durante la gestación, y luego con el parto y el posparto. Las acciones básicas que incluye el control prenatal son la identificación del riesgo, la prevención y manejo de las enfermedades asociadas y propias de la gestación, la educación y la promoción en salud.

2.1. Los objetivos básicos del control prenatal

Busca la atención integral de la gestante y la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal, son:

- Facilitar el acceso de todas las gestantes a los servicios de salud para su atención.
- Promover el inicio temprano del control prenatal, siempre antes de las 8 semanas de gestación; y la asistencia periódica de la gestante a este programa, hasta el momento del parto.
- Identificar tempranamente los factores de riesgo biopsicosociales, y las enfermedades asociadas y propias en la gestante para una atención adecuada y oportuna.
- Dar una atención integral a la mujer embarazada de acuerdo a sus condiciones de salud, articulando de manera efectiva los servicios y niveles de atención en salud de los que se disponga.
- Educar a la mujer gestante y su familia acerca del cuidado de la gestación, la atención del parto y del recién nacido, la lactancia materna y la planificación familiar.

En la atención de bajo riesgo, se realizará cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias.

La captación debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla el primer trimestre del embarazo. La captación tardía impone realizar las actividades correspondientes a las atenciones anteriores además de las que corresponden al periodo actual de embarazo.

2.2 Requisitos básicos de la atención prenatal.

- Precoz: es cuando la primera atención se efectúa durante los tres primeros meses de embarazo.
- Periódica: Es frecuente con que se realizan atenciones prenatales de las embarazadas que acuden a las unidades de salud.

- Continua: es la secuencia de las atenciones que se brindan de forma sistemática e ininterrumpida.
- Completa: Es cuando el contenido de las atenciones garantizan el cumplimiento efectivo de las acciones de fomento. Protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las embarazadas.
- Amplia cobertura: Es el porcentaje de la población embarazada que es controlada en el territorio.
- Calidad: Las atenciones deben brindarse previo consentimiento informado, con base en estándares clínicos, gerenciales y de satisfacción a las embarazadas.
- Equidad: La población tiene la oportunidad de acceder y utilizar los servicios sin distinción de edad, condición económica, raza, religión, credo político y son accesibles desde el punto de vista cultural.

La atención prenatal de bajo riesgo 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, du hijo(a) o ambos,

3. Actividades básicas para todas las consultas de atención prenatal.

3.1 El llenado y análisis de formularios

Historia clínica el instrumento más importante del control prenatal, En general, se prefieren los formatos o documentos de registro y control de la información perinatal, el cual además de garantizar el control de la evolución del embarazo, a través de un sistema de alertas visuales, le permite al personal de salud, reconocer oportunamente los factores de riesgo existentes en cada paciente , para que pueda establecer el diagnóstico temprano de cualquier alteración que pueda desencadenar alguna complicación durante el embarazo.

La historia clínica perinatal facilita la información a persona que no han estado en contacto con la mujer en cualquiera de sus controles y a la hora del parto.

El carné perinatal es un instrumento que permite integrar las acciones que el equipo de salud realiza durante el embarazo, parto y puerperio. Tiende a evitar la falta de datos que se puede producir en algún momento de estas etapas del proceso y con ello contribuye a mejorar la calidad de atención (Aburto, 2014).

Su finalidad es ser un instrumento de seguimiento del embarazo, detector del grado de riesgo obstétrico, permitiendo conocer las características socio-epidemiológicas.

Su importancia es normalizar y unificar la recolección de datos, facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención, facilitar la capacitación, facilitar la autoría, formar un banco de datos perinatales y procesar datos localmente, Implantar un sistema de vigilancia perinatal continua, mejorando la salud perinatal.

Llenado correcto: Al recolectar los datos no se debe dejar ninguna casilla en blanco, excepto a los casos que no tenga información, en los casos que el dato sea negativo o sea cero siempre debe ser marcado.

Los nombres y apellidos deben estar completos con apellido paterno y materno, igual al documento de identidad.

El domicilio se refiere a la residencia habitual de la embarazada, barrio, manzana, avenida, numero de casa y algo que pueda referenciar la casa.

El teléfono ya sea celular o convencional, si la embarazada no posee se podrá pedir el de alguien cercano, edad en años cumplido, si es alfabeto, los estudios cursados en el sistema formal de educación, años aprobados, El estado civil, unión estable se refiere a convivencia sin formalización y otros a estado de viudez, separada o divorciada.

Los antecedentes familiares personales y obstétricos obtenidos por el interrogatorio de la embarazada. El peso anterior en kilogramos, previo al embarazo actual. La talla es la medida estando de pie, descalza en centímetros.

El interrogatorio.

El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio, cuya guía se presenta en el formulario de la Historia clínica perinatal básica.

Según Schwartz (2005), La anamnesis debe incluir datos de identificación, caracterización socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológicos y perinatales.

El nivel socioeconómico y educacional: La fuerte asociación existente entre malos resultados perinatales y bajo nivel socioeconómico y educacional obliga a considerar estos últimos datos toda vez que se evalúa el riesgo de una gestante.

El deterioro socioeconómico y el bajo nivel de educación se asocian a un menor número de consultas prenatales, a familias más numerosas, a hacinamiento a mayor porcentaje de embarazadas que realizan trabajo manual, al mantenimiento de la actividad laboral hasta épocas más avanzadas del embarazo y mayor frecuencia de madres sin pareja estable. La incidencia de nacimientos de niños de bajo peso es mayor en las clases sociales inferiores y es más del doble en las madres solas (Niswander K, 1981).

Antecedentes familiares: se trata de saber si entre personas vinculadas por parentesco de primer grado a la embarazada o a su cónyuge existen patologías que obliguen a adoptar medidas especiales de diagnóstico y tratamiento.

Los antecedentes familiares afectan de manera diferente la salud de las personas. Las características principales de los antecedentes familiares que pueden aumentar el riesgo de ciertas enfermedades son la presencia de:

- Enfermedades que ocurren a una edad más temprana de la esperada (10 a 20 años antes que la mayoría de la gente que contrae la enfermedad).
- Enfermedad en más de un pariente cercano.
- Enfermedad que generalmente no afecta a cierto sexo (por ejemplo, cáncer de seno en un hombre).

- Ciertas combinaciones de enfermedades en una familia (por ejemplo, cáncer de mama y de ovario o enfermedad cardíaca y diabetes).

Antecedentes personales: se tomará en consideración las enfermedades clínicas y quirúrgicas que la embarazada haya padecido y su evolución.

Antecedentes ginecológicos, las afecciones ginecológicas y las intervenciones quirúrgicas pueden ser causada por la modificación de conducta en la atención.

Antecedentes obstétricos se investigará el número de gestaciones y el de partos anteriores, El intervalo intergésico que es el periodo de comprendido entre la finalización del ultimo embarazo e inicio del actual, El intervalo adecuado tanto para la madre como para el niño oscila entre tres a cinco años (Conde-Agudelo, 2006)

Se debe interrogar sobre la presencia de padecimientos que comenzaron durante el embarazo y en el último trimestre se preguntara sobre síntomas de pre eclampsia, eclampsia y otras.

3.3. Medición de signos vitales.

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente, indicando su estado de salud presente, así como los cambios o su evolución, ya sea positiva o negativamente. Los signos vitales incluyen: Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y presión arterial.

Es muy importante desde el primer control y a lo largo de toda la gestación para detectar complicaciones tempranamente. Es muy importante enfatizar sobre los valores obtenidos de presión arterial, pero hay que recordar que estos varían según la posición de la gestante, se recomienda que en cada control se tome la presión a la madre en la misma posición, ya sea sentada o de cubito lateral, después de un periodo de reposo previo a la toma.

Otro aspectos que hay que tomar en cuenta es la hipotensión supina, esto se debe a la relación del útero grávido con la compresión de la aorta y la vena cava inferior.

El pulso, la temperatura y la respiración deben evaluarse de una manera correcta ya que estos no pueden indicar problemas infecciosos, respiratorios y otros.

Temperatura: Se refiere al grado de calor o de frío, expresados en término de una escala específica. La temperatura corporal representa un equilibrio entre el calor producido por el cuerpo y su pérdida. Cuando la producción de calor es equivalente a la pérdida de temperatura corporal, ésta última se mantiene constante en condiciones normales. El control de la temperatura del cuerpo está regulado en el hipotálamo, que mantiene constante la temperatura central. La temperatura normal media de un paciente adulto está entre 36.7 y 37 centígrados.

La temperatura basal sólo aumentará en 0.3°C, la razón son los cambios hormonales que se producen en el cuerpo de la mujer. Estos cambios hormonales conducen a efectos similares a los sofocos que aumentan la temperatura basal

Presión arterial: La presión arterial se define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes arteriales. Depende de la fuerza de contracción ventricular, elasticidad de la pared arterial, resistencia vascular periférica, volumen y viscosidad sanguíneos. El corazón genera presión durante el ciclo cardiaco para distribuir la sangre a los órganos del cuerpo. Existen siete factores principales que afectan a la presión arterial: Gasto cardíaco, resistencia vascular periférica, elasticidad y distensibilidad de las arterias, volumen sanguíneo, viscosidad de la sangre, hormonas, enzimas y quimiorreceptores.

Permitiendo identificar la Hipertensión arterial presión sistólica o diastólica o ambas $>140/90$ tomadas dos veces la segunda toma después de una hora en reposo en reposo sentada 20 minutos previo a la toma de PA si en la primera toma es $>140/90$ mm de HG se debe tomar nuevamente la PA después de 1 Hora en raposo acostada sobre unos de los costados

Hipertensión severa: presión sistólica $>160^{\circ}$ presión diastólica > 110 mm tomada para reconfirmar 15 minutos después.

Hipertensión gestacional: es la hipertensión arterial que se presenta después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria significativa.

Pre eclampsia: hipertensión arterial que se presenta después de las 20 semanas de gestación con proteinuria significativa

Eclampsia es pre eclampsia a la que se agrega convulsión o coma.

Pulso: El pulso es la expansión transitoria de una arteria y constituye un índice de frecuencia y ritmos cardiacos. La frecuencia cardiaca es el número de latidos del corazón por minuto. Por cada latido, se contrae el ventrículo izquierdo y expulsa la sangre al interior de la aorta. Esta expulsión enérgica de la sangre origina una onda que se transmite a la periferia del cuerpo a través de las arterias.

Las mujeres embarazadas tienen un pulso levemente más alto que el de las mujeres no embarazadas, el aumento del pulso en reposo durante el embarazo se atribuye a una mayor tasa de metabolismo

Las cifras normales de la frecuencia del pulso en el paciente adulto hombre es de 70 por minuto, y en la mujer adulta es de 80 por minuto (oscila entre 60 y 80 por minuto)

Respiración: La respiración es el proceso constituido por el transporte de oxígeno a los tejidos corporales y la expulsión de bióxido de carbono. El proceso consiste en inspiración y espiración, difusión del oxígeno desde los alvéolos pulmonares a la sangre y del bióxido de carbono desde la sangre a los alvéolos, y transporte de oxígeno hacia tejidos y órganos corporales. La frecuencia respiratoria normal de un paciente adulto sano es de 15 a 20 respiraciones por minuto (con un margen de 24 a 28 respiraciones por minuto).

La evaluación de la disnea en la gestante presenta la dificultad de diferenciar la hiperventilación fisiológica inducida por progesterona de la disnea como síntoma de una enfermedad subyacente, siendo las más frecuentes: de origen respiratorio (asma o trombo embolismo pulmonar), cardiaco o por anemia grave.

3.3. Medición de peso y talla.

El aumento de peso durante el embarazo recomendado por el instituto de medicina (IOM) y OMS, , depende del estado nutricional de la mujer, tomando su peso preconcepcional y el peso que esta adquiere al estar en cada uno de los trimestres del embarazo, ya que el peso optimo ayuda a tener mejores resultados en la salud materna,

Ya que la ganancia de peso durante el embarazo mayor a lo recomendado, sobre todo en mujeres con sobre peso y obesas, aumenta el riesgo de recién nacidos grandes para la edad gestacional (>4500g), los trastornos del espectro autista y las complicaciones maternas. Los

adultos hijos de madres obesas tienen riesgo de obesidad, problemas cardiovasculares y mayor mortalidad neonatal.

Permite evaluar el estado nutricional de la madre y el incremento de peso durante la gestación. La talla baja, peso insuficiente o poca ganancia o aumento exagerado, está asociado con malos resultados perinatales. El peso debe medirse en cada control con la gestante en ropa liviana y descalza conviene usar balanzas calibradas.

3.4. Cálculo del Índice Masa Corporal

El índice de masa corporal es una herramienta de aplicación fácil aceptada internacionalmente para la evaluación de estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad, el IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros cuadrados.

La educación a las personas hasta tomar conciencia y acciones para lograr la prevención o a la reducción sostenida del peso en el sobrepeso/obesidad, disminuye la morbilidad y mortalidad por todas las causas, tales, como Diabetes tipo II, Hipertensión, Asma, Osteoartritis y mortalidad/morbilidad materna-perinatal.

Por otra parte el sobre peso y la obesidad materna genera efectos adversos maternos fetales, durante el embarazo, en el parto y el posparto. Más riesgo de: Diabetes gestacional, Pre-eclampsia, Hipertensión gestacional, Síndrome metabólico y Malformaciones congénitas.

Durante labor y parto, mayor riesgo de muerte materna, hemorragia, cesárea, trauma al nacer, prematuridad, muerte fetal, neonatal e infantil. Además, programación fetal de las enfermedades crónicas (obesidad, diabetes 2, etc.).

Los hijos de madres con desnutrición, sobrepeso u obesidad periconcepcional tienen menor rendimiento cognitivo.

Categoría IMC pre gestacional	IMC	Ganancia de peso recomendada (KG)
Baja	<19.8	12.5 a 18
Normal	19.8 a 26	11.5 a 16
Alta	>26 a 29	7 a 11.5
Obesa	>29	< 7

(FAO/OMS/ONU.2004)

3.5. Llenado y vigilancia de la curva del peso materno.

La gráfica de incremento de peso para embarazadas es un instrumento mediante el cual, el personal de salud puede evaluar la situación nutricional (peso/talla) en cada control prenatal; consta de un nomograma que permite realizar el cálculo del porcentaje de peso/talla en base al peso y talla de la mujer. Y una gráfica de incremento de peso, donde se proyecta el porcentaje hallado en el nomograma.

Para usarla se debe:

Primero: calcular el porcentaje de peso para talla que tiene la mujer en el momento de la consulta. Para esto se utiliza el Nomograma. En la primera columna se encuentran las Tallas (cm); en la segunda los Pesos (kg) y en la tercera (inclinada) los porcentajes de peso para talla.

Segundo: Comparación con la gráfica de incremento de peso para embarazadas. La gráfica tiene un “marco” con valores. En la parte inferior se encuentra la Edad Gestacional, está expresada en semanas y va desde la semana 10 hasta la semana 42. Cada raya representa 1 semana.

Categorías de estado nutricional: Las curvas señalan áreas que indican distintas categorías de estado nutricional. Bajo peso: comprende el área “A” inferior de la curva. Normal: comprende el área “B” de la gráfica. Sobrepeso: comprende el área “C”. Obesidad comprende el área “D” superior de la curva.

La variación de peso durante el embarazo ha sido objeto de especial atención. Coexisten infinidad de especulaciones al respecto y aún no se sabe con exactitud una cifra de ganancia ponderal óptima que sea válida para todas las gestantes por igual. Estudios realizados demuestran una estrecha interacción entre el peso pre gestacional y su aumento según progresa

la gestación (sobre todo en la segunda mitad). Si en el curso del embarazo es exagerado o insuficiente se le relaciona con resultados perinatales adversos: ganancias superiores a las recomendadas pueden aumentar el riesgo de pre eclampsia, diabetes gestacional, macrosomía fetal y retención del peso materno posparto; en tanto las inferiores incrementan la posibilidad de bajo peso al nacer.

Por lo tanto en la primera consulta, se calcula el IMC, que es la razón del peso materno en kg y la talla materna en metros elevada al cuadrado. Este estima rangos de aumento total de peso adecuado según IMC previo al embarazo.

En mujeres de bajo peso inicial se recomienda un incremento de 12.5 y 18 kg, en tanto en mujeres obesas entre 6 kg. La ganancia se calcula restando el peso actual con el peso al inicio de la gestación

3.6. Cálculo de edad gestacional

Para los biólogos la gestación comienza en el momento mismo de la fecundación, en tanto que la implantación del óvulo fecundado en la mucosa uterina se designa muchas veces como su inicio. Identificar estos momentos con exactitud absoluta es hasta ahora imposible.

Desde Hipócrates (460-377 A.C) hasta Nagele (1777-1851) y sobre la base de innumerables observaciones clínicas se ha determinado que desde el momento en que se inicia el último período menstrual hasta la fecha del parto, transcurren por término medio 280 días, igual a 40 semanas, a 9 meses solares (de calendario) y a 10 lunares (28 días cada uno). De ahí que conociendo la fecha ineludible de la última menstruación, se pueda estimar la edad aproximada del embarazo, contando el tiempo que ha mediado a partir de su primer día hasta el momento en que se determina esta edad.

Haciendo el simple cálculo matemático de sumar los días transcurridos y después dividirlos por 7, se obtiene como cociente el número de semanas completas. Si queda algún residuo por defecto, su valor representa los días que sobrepasan el total de semanas completas. Regla creada por el ginecólogo Alemán Neagle se utiliza en mujeres con periodos menstruales regulares y que no hayan usado anticonceptivos.

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico.

3.7. Examen físico general

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Inspección: Es la apreciación con la vista desnuda o cuando más con la ayuda de una lente de aumento, del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de su superficie externa, como también de algunas cavidades o conductos accesibles por su amplia comunicación, ejemplo: boca y fauces.

Palpación: Es la apreciación manual de la sensibilidad, temperatura, consistencia, forma, tamaño, situación y movimientos de la región explorada, ello valiéndonos de la sensibilidad táctil, térmica y vibratoria, así como de los sentidos de presión de las manos.

Percusión: Consiste en la apreciación por el oído, de los fenómenos acústicos, generalmente ruidos que se originan cuando se golpea la superficie externa del cuerpo. Puede ser practicada golpeando la superficie externa del cuerpo con las manos desnudas, o valiéndose de un martillo especial.

Auscultación: Consiste en la apreciación con el sentido de la audición, de los fenómenos acústicos que se originan en el organismo, ya sea por la actividad del corazón, o por la entrada y salida de aire en el sistema respiratorio, o por el tránsito en el tubo digestivo, o finalmente por cualquier otra causa.

El examen físico es el siguiente:

- **Apariencia general:** Se incluye constitución, postura, movimiento, marcha, higiene, lenguaje, edad aparente, enfermedad aparente.
- **Signos vitales:** Presión arterial en busca de presiones mayores de 140/90, Temperatura, pulso y la respiración.

- **Peso, y talla:** para llevar un mejor control del incremento del peso y la talla para reconocer si es talla baja y colocarlo como factor de riesgo.
- **Cabeza y cuello:** Puede apreciarse hiperemia de las mucosas, tumefacción, gingivitis y caries dentales.
 - ✓ Ojos: se enfatiza en el color de las conjuntivas y el edema palpebral, investigar fotopilas como signo de pre eclampsia.
 - ✓ Oídos: se busca edema, secreciones, valorar audición e investigar presencia de acufenos (zumbidos).
 - ✓ Nariz: buscar congestión nasal y edema de mucosas e hiperemia.
 - ✓ Oro faringe: Se inspecciona boca, dientes y garganta. En la gestantes se puede observar grietas en la comisura de la boca (deficiencia de vitaminas), hipertrofia gingival, si hay alteraciones se debe referir a odontología.
 - ✓ Cuello: se valora la tiroides, ya que en la gestante se puede encontrar ligera hipertrofia de la tiroides después del sexto mes, pueden aparecer nódulos linfáticos.
- **Tórax:**
 - ✓ Pulmones: En la gestante los ruidos pulmonares no se alteran, presenta disminución de la capacidad vital, debido al cambio de posición de los pulmones por el volumen uterino, sobre la segunda mitad del embarazo.
 - ✓ Corazón: En la gestante el volumen uterino causa desplazamiento del corazón lo que a veces hace difícil la auscultación de los ruidos cardiacos. Hay soplos funcionales ocasionales, que se debe descartar si son patológicos.

- **Mamas:**

Se debe realizar la inspección y la inspección cuidadosa, del pezón para la lactancia materna. Hay presencia de aumento de tamaño, cambios en la pigmentación, aumento de la sensibilidad, calostro, aparición de la red venosa hélior y los tubérculos de Montgomery y aparición de estrías.

- **Abdomen:**

Si se lo permita la edad gestacional realizar inspección, palpación, percusión y auscultación.

- ✓ Inspección: Se observan estrías, línea de alba, cicatrices, pigmentación, Además forma, tamaño características de la piel.
- ✓ Medición de la altura uterina: Se realiza a partir de las doce semanas de gestación, Consiste en la aplicación de una cinta, calibrada en centímetros, sobre la curvatura abdominal, desde la parte superior de la sínfisis del pubis hasta la parte superior del fondo uterino, el cual se identifica por la palpación.
- ✓ Palpación abdominal: se realiza a partir de las 26 semanas de gestación y se realiza para establecer la colocación fetal, el tamaño, la presentación, la actitud fetal y la situación.
- ✓ Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal: se realiza a partir de las 24 semanas de gestación, con un estetoscopio, para verificar la vitalidad fetal, la frecuencia oscila entre 120 y 160 con una media de 140 latidos por minuto.

- **Extremidades:**

Se busca edema en miembros inferiores, suele presentarse a nivel de pies y tobillos, si se observa edema por la mañana o es permanente buscar otros síntomas asociados al aumento de la presión arterial, albuminuria y síntomas urinarios para descartar patologías.

- **Espalda:**

Se observa curvatura, estado de la piel y signos de violencia.

- **Genitales:**

Se realiza inspección de genitales externos y rectos. Se busca patologías, se observa leucorrea, se toma Papanicolaou y exudado vaginal si no se lo ha hecho.

- **Sistema nervioso:**

Se evalúa la esfera mental, el estado de conciencia, orientación, memoria, efecto y área psicomotora.

Realizar el análisis de los siguientes reflejos:

- ✓ I Olfatorio- Identifica olores
- ✓ II Óptico- Agudeza visual (Snellen, campo visual)
- ✓ III Oculomotor- PERRLA
- ✓ IV Trochlear, VI Abducen- - movimientos extra oculares
- ✓ V Trigémينو- palpar músculos temporales y maseteros al apretar los dientes, trate de separar su barbilla. Pruebe tacto fino con algodón en la cara, y el reflejo corneal. VII Facial- Prueba de gusto y expresión facial. (fruncir el ceño, sonreír enseñar dientes, elevar cejas, inflar las mejillas)

3.8. Prueba de Papanicolaou.

Esta prueba tiene como fin estudiar los cambios anormales de las células del cuello de la matriz, algunos de ellos pueden ser causados por el virus de papiloma humano, y pueden indicar un riesgo de cáncer o un cáncer ya existente. La detección temprana de células anormales en el cuello de la matriz, seguido del tratamiento adecuado y a tiempo, ofrecen una forma de prevenir el progreso de cualquier problema que afecte potencialmente el pronóstico de tu futuro embarazo y el bebé.

A su vez detecta infecciones por hongos y otros tipos de infecciones bacterianas. Estas últimas llamadas vaginosis bacterianas, se asocian a los partos pre término.

Éste estudio se realiza antes del embarazo y en algunos casos durante el embarazo. Muchos médicos realizan otra prueba de Papanicolaou, posterior al parto.

Detección de Clamidia y Gonorrea: Este análisis se puede hacer aprovechando la muestra del Papanicolaou y haciendo un cultivo. La clamidia es conocida como la infección silenciosa. Ambas infecciones pueden pasar inadvertidas porque no dan síntomas. Estas infecciones afectan seriamente a la madre, al bebé y a la pareja cuando no son tratadas.

3.9. Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso

La deficiencia de ácido fólico ha sido bien identificada como un factor teratogénico que incrementa el riesgo de los defectos del tubo neural. El ácido fólico favorece la producción de purinas y piridinas para la replicación del ADN durante la proliferación celular y la donación de grupos metilo a macromoléculas, incluyendo ADN, proteínas y lípidos.

El ácido fólico es la forma sintética del folato o vitamina B9, Este ayuda a prevenir defectos del tubo neural de los cuales los más comunes son: Anencefalia, Meningocele y Mielomeningocele.

La suplementación periconcepcional de ácido fólico reduce significativamente los defectos del tubo neural en 72%, reduce tanto la ocurrencia de los DTN en 93% como recurrencia en 69%. La sola recomendación de los comprimidos basta sino la recomendación de consumir alimentos ricos en ácido fólico como maíz, naranja, cereales, harinas, etc.

Se indica para la prevención de la ocurrencia de los defectos del tubo neural y otras malformaciones congénitas.

La dosis según Intervenciones basadas en evidencias para reducir la mortalidad neonatal (2008) Ácido fólico 0.4 – 1.0 mg , más multivitaminas, vía oral, lo ideal es tres meses previo al embarazo hasta tres meses posteriores al embarazo.

La dosis de 5mg de ácido fólico y sulfato ferroso no enmascara la deficiencia de vitaminas y no se requiere exámenes de laboratorio antes de iniciar,

En embarazadas desnutridas con IMC > 23.5 o con anemia con valores de Hb >110 g/L se debe administrar ácido fólico con la dosis duplicada en am y pm.

3.10. Identificar factores de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

Según Schwartz (2005), Los factores de riesgo reproductivos que influyen o propician las muertes maternas y perinatales, son factores socioeconómicos, riesgo reproductivo, alto riesgo obstétrico y servicios de salud.

Son condiciones que influyen el estado de salud y que inciden en la salud reproductiva de los niños (as), por las condiciones donde han vivido y crecido. Como el bajo nivel económico, bajos ingresos, la pobreza, la educación deficiente y la violencia. Los malos antecedentes obstétricos como la multiparidad, partos obstruidos, hemorragia, el peso corporal, la talla baja, los abortos los defectos congénitos entre otros.

Cuando se logra una correcta identificación de los factores de riesgo nos permite saber cuáles serán las acciones que realizaremos.

3.11. Consejería sobre signos y síntomas de peligro

Después de terminar la atención prenatal escribir en la historia clínica, indicarle a la embarazada la próxima cita, los exámenes a realizarse y la cita al laboratorio cuando, la importancia de los suplementos de ácido fólico y sulfato ferroso, y los signos de riesgo en el embarazo que los encontrara al reverso de su carne perinatal.

Los signos y síntomas de alarma por los que una gestante, en caso de presentarlos, debe acudir inmediatamente a un hospital o centro de salud más cercano son los siguientes: fuerte dolor de cabeza o zumbido en el oído, visión borrosa con puntos de lucecitas, náuseas y vómitos frecuentes, disminución o ausencia de movimientos del feto, palidez marcada, hinchazón de

pies, manos o cara, pérdida de líquido o sangre por la vagina o genitales o aumentar más de dos kilos por semana, entre otros, como fiebre y las contracciones uterinas de 3 a 5 minutos de duración antes de las 37 semanas.

4. Actividades específicas en cada control prenatal

4.1. Primera consulta (Antes de las 12 semanas de gestación)

Inspección del abdomen: Se observan estrías, línea de alba, cicatrices, pigmentación, Además forma, tamaño características de la piel.

Medición de la altura uterina: Se realiza a partir de las doce semanas de gestación, consiste en la aplicación de una cinta, calibrada en centímetros, sobre la curvatura abdominal, desde la parte superior de la sínfisis del pubis hasta la parte superior del fondo uterino, el cual se identifica por la palpación. La medición de la altura del fondo uterino es uno de los métodos más utilizados en la práctica clínica. Es un método accesible, económico, simple, rápido, fácil de aprender y reproducible; su sensibilidad es de 86% y la especificidad de 91% para detectar alteraciones en el crecimiento fetal. Se define como la distancia en centímetros (cm), entre la parte media del fondo uterino y la parte superior de la sínfisis del pubis, a través de la pared anterior del abdomen.

La altura del fondo uterino incrementa progresivamente a lo largo del embarazo y refleja el crecimiento normal del feto. El útero después del cuarto mes de gestación, crece un promedio de 4 a 5 cm/mes, hasta el octavo mes (36SG); posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.

Una de las finalidades del control prenatal es identificar o detectar las alteraciones en el crecimiento fetal. La medición de la altura del fondo uterino es un método confiable para dicho efecto; sin embargo, es importante que la enfermera aplique sus habilidades cognitivas y conocimientos para la interpretación de los datos obtenidos

Aplicación de vacuna antitetánica.

El tétanos es una infección grave causada por una toxina generada por la bacteria *Clostridium tetani* que está presente en el suelo. No es contagioso y no se transmite de persona a persona. Sin embargo, sí se puede contagiar por heridas, punciones sucias o quemaduras en cualquier persona no inmunizada. Otra forma de tétano es el tétano neonatal, se da en bebés que nacen en lugares con falta de higiene o por contaminación del cordón umbilical cuando las madres no están inmunizadas.

A pesar de tratarse de una enfermedad evitable mediante una inmunización activa a la gestante, sigue causando innumerables muertes en el periodo neonatal. Hay países que no presenta casos de tétano neonatales, pero existe otros que la enfermedad afecta al 0.5 y al 10 % de los nacidos vivos.

La inmunización adecuada de las mujeres con toxoide tetánico, previene el tétano neonatal y puerperal.

El esquema según el ministerio de salud de Nicaragua es:

- Si posee esquema completo, se le administra un refuerzo entre las 12 y 24 semanas de gestación.
- Si no está completo se cumplirá una 1° dosis entre las 12 y 24 semanas de gestación y una 2° dosis entre las 26 a las 32 semanas de gestación.

Así el recién nacido quedará protegido gracias a los anticuerpos de la antitoxina materna que pasa por la placenta al sistema circulatorio del feto.

Exámenes de laboratorio

Biometría hemática. Para medir los componentes de la sangre y descartar la anemia. Revela un panorama amplio del estado de salud de la mujer embarazada, porque detecta padecimientos como la anemia y diversas infecciones. Se toma una muestra de sangre y se analizan los glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. No necesitas ninguna preparación, ni estar en ayunas. Debe realizarse en cuanto se diagnostique el embarazo y al inicio del segundo y tercer trimestres. No tiene ningún riesgo. Permite observar cambios importantes

que, normalmente, se van produciendo en la sangre materna o a lo largo del embarazo, y además permite detectar oportunamente problemas que pudieran ocasionar complicaciones del embarazo.

Química sanguínea de 4 elementos. Detecta alteraciones en los niveles de glucosa, urea, creatinina y ácido úrico, relacionados con el metabolismo de las proteínas y la digestión de los carbohidratos. Se toma una muestra de sangre en ayunas. Debe hacerse una vez al inicio del primer trimestre, otra durante el segundo trimestre y una más en el tercer trimestre (se realiza con la misma cantidad de sangre que te extrajeron para la Biometría Hemática). Permite detectar oportunamente alteraciones metabólicas, controlar padecimientos como la Diabetes gestacional y prevenir complicaciones del embarazo.

Grupo sanguíneo. Detecta el grupo sanguíneo y la existencia del factor Rh en la sangre de la madre. Se extrae una pequeña muestra de sangre para identificar tu grupo sanguíneo. En caso de que el resultado sea Rh positivo, es necesario confirmarlo con otros estudios específicos. Debe realizarse apenas se diagnostique el embarazo y se hace sólo una vez. Es una prueba que debe hacerse tanto en la madre como en el padre del bebé en formación, de esta manera, será más fácil predecir una posible incompatibilidad de Rh entre la madre y el hijo, la cual en el segundo embarazo de la madre podría ser muy peligrosa para el bebé.

VDRL. Es un estudio que se realiza en sangre y detecta enfermedades venéreas, principalmente sífilis. No es muy concreto, por eso en caso de un resultado positivo, es necesario confirmarlo con otros estudios específicos. Se hace una sola vez apenas se diagnostique el embarazo. Orienta al médico sobre cómo manejar a la paciente y sobre el tipo de parto más conveniente.

SÍFILIS es una infección de transmisión sexual que representa un grave problema de salud pública mundial. Se calcula que cada año hay 12 millones de nuevas infecciones y más de dos millones se embarazadas en Latinoamérica.

Existe la “Iniciativa para la eliminación de la transmisión materna infantil del VIH y sífilis para el 2015”.

Es por eso que a toda embarazada debe realizarse una prueba serológica para sífilis en el primer trimestre o antes del parto o puerperio, para brindar tratamiento si el resultado es positivo. La sífilis provoca en el embarazo la muerte del neonato o el feto, un aborto espontáneo solo si es una sífilis positiva que no recibió tratamiento.

Prueba para detectar VIH. Es un virus que ataca a ciertas células del sistema inmunitario del organismo y produce el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Esta prueba se realiza en la sangre. Si tienes sida, hay probabilidad de que se lo transmitas a tu bebé. Aunque estés embarazada puedes recibir medicamentos para reducir en gran medida este riesgo.

Examen general de orina.

La infección de vías urinarias (IVU) que ocurre hasta en el 20% durante el embarazo en pises en desarrollo puede dar rotura a las membranas en pre labor, labor y parto pre término, corioamnionitis e infección neonatal, pre eclampsia, peso bajo al nacer y pre términos .

Se debe de realizar durante cada consulta prenatal. De preferencia se toma la primera orina de la mañana y solamente requiere de un aseo de los genitales externos, la orina se deposita en el envase que te brinde el laboratorio.

Este análisis detecta los niveles de azúcar y proteína. Los niveles elevados de azúcar pueden ser un indicio de Diabetes. La presencia de proteína en la orina puede indicar que hay una infección de las vías urinarias o una enfermedad de los riñones. La presencia de proteínas en la orina en el último trimestre del embarazo puede ser un indicador de pre eclampsia (enfermedad hipertensivos del embarazo).

4.2. Segunda consulta de atención prenatal (a partir de las 26 semanas de gestación)

Maniobras de Leopold

Maniobras de Leopold y Sporlin (1894). Utilizadas para palpar el contenido uterino en etapas cercanas a la terminación del embarazo. Son cuatro. El explorador se coloca al lado derecho de la paciente. Las tres primeras maniobras el explorador se coloca de frente a la paciente mirando hacia su cara. La cuarta maniobra de cara hacia los pies. La primera,

segunda y cuarta maniobra con ambas manos. La tercera con una mano. La madre acostada sobre un lecho firme, o una mesa de reconocimiento con el abdomen desnudo.

Primera maniobra: con los bordes cubitales de ambas manos delimita el fondo uterino y palpa su contenido. En esta forma se reconoce el polo del ovoide fetal que ocupa esa región. Si se trata de una presentación cefálica, el fondo está ocupado por el polo podálico y viceversa.

Segunda maniobra: con ambas manos extendidas, se palpan los costados del útero grávido, determinar hacia qué lado se encuentra el dorso del producto. Así se diagnostica la posición derecha o izquierda del dorso fetal. Esta maniobra también nos permite determinar si el dorso es anterior o posterior.

Tercera maniobra: mano derecha hace especie de tenaza, polo cefálico redondeado, duro, regular permitiendo cierta movilidad si la presentación está libre. Polo podálico es más voluminoso, irregular y consistencia blanda y no pelotea. Prominencia del polo cefálico hacia el mismo lado que el vientre fetal, o si se dirige hacia el lado del dorso fetal la presentación está deflexionada. Presentación encajada no se puede hacer el diagnóstico semiológico.

Cuarta maniobra: la punta de los dedos de ambas manos se tratan de introducir lateralmente entre la presentación y los huesos de la pelvis, con las palmas apoyadas en la superficie del abdomen. Permite palpar el segmento presentado, su altura, su grado de penetración, el grado de flexión y la posición.

Auscultación: Un control esencial para determinar el estado fetal es la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF). Esta podrá percibirse a partir de la semana 14 con 120-160 latidos por minuto y una media de 140.

Parte del diagnóstico certero de embarazo, y si la gestación es simple o múltiple:

- Verifica si hay vitalidad .
- Ayuda a diagnosticar la presentación, posición, variedad de posición .
- Permite apreciar la marcha de la labor de parto y si hay sufrimiento fetal .
- Presentación: lado de la cabeza .

- Posición: lado del dorso.
- Variedad : anterior o posterior .

Prescripción de Albendazol.

La administración de antiparasitarios en el embarazo previene significativamente la anemia en las embarazadas y la mortalidad infantil.

El Albendazol administrado en el segundo trimestre del embarazo se asocia con el incremento de la Hb en el tercer trimestre el incremento fue de Hb <70 g/L Anemia severa a Hb <90 g/L a anemia moderada. La anemia se redujo con Albendazol en el segundo trimestre además de una ingesta adecuada de carnes y productos lácteos. El peso a nacer de los niños cuya madre recibió dos dosis de Albendazol aumento 59 gramos y la mortalidad infantil disminuyo significativamente en el 40 %. (intervenciones basadas en evidencias, 2008) .

Los suplementos de sulfato ferroso y ácido fólico más antiparasitarios, se suman mejorando el Hb. La dosis a administrar de Albendazol es una dosis de 400mg por vía oral en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Prescripción de Aspirina.

La aspirina en mujeres en riesgo de pre eclampsia, reduce significativamente el riesgo de pre eclampsia, nacimiento pre término, recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. No hay evidencia de aumentar el sangrado u otros daños a la madre a recién nacido

En mujeres en riesgo de pre eclampsia, reduce significativamente el riesgo de pre eclampsia, nacimiento pre término, recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. No hay evidencia de aumentar el sangrado u otros daños a la madre a recién nacido La aspirina en mujeres en riesgo de pre eclampsia, reduce significativamente el riesgo de pre eclampsia, nacimiento pre término, recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal.

En una investigación realizada por la OMS en 2005, indico que la aspirina redujo significativamente el riesgo de pre eclampsia en el 17%, mortalidad perinatal 14%, los nacimientos pre términos en un 8%, y RN en un 10%, con dosis de aspirinas de 75mg por día la pre eclampsia en 12% y con dosis de 75mg por día disminuyo en un 36%.

La aspirina comparada con el control placebo en mujeres de riesgo de pre eclampsia redujo significativamente la pre eclampsia en 19%. También se encontró una similar reducción del riesgo de pre eclampsia y sus complicaciones, tanto en las que tienen bajo o alto riesgo .

La dosis en embarazadas con riesgos moderado para pre eclampsia 75 – 100 mg y con riesgos altos 100 – 150mg por día, antes de acostarse a partir de las 12-13 SG, hasta el nacimiento .

Prescripción de calcio

La administración de calcio a la mujer embarazada disminuye significativamente el riesgo de hipertensión arterial gestacional, pre eclampsia grave, muerte materna o morbilidad grave, los nacimientos pretermo, bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal.

La administración de calcio disminuye un 30% el riesgo de hipertensión arterial con o sin proteinuria, el riesgo de pre eclampsia en un 52% en embarazo con cualquier riesgo, el 78% en mujeres con alto riesgo de pre eclampsia y el 64% en mujeres con un bajo ingesta de calcio.

A las embarazadas con bajo riesgo de pre eclampsia se le administra al menor de 1 gramo por día vía oral y si tiene baja ingesta de calcio entre 1.5g-2g al día de calcio elementar ante de las 24 semanas, idealmente antes de las 20 semanas de gestación hasta el nacimiento .

4.3. Tercer control prenatal (32 semanas de gestación)

Parto profiláctico

El Parto Psico profiláctico se refiere al nacimiento de un niño por vía vaginal, sin anestesia, en el que la mujer colabora y confía en su función reproductiva, en su sabiduría interna, así como en su capacidad para dar a luz. Confía en el peso que la mente puede ejercer sobre el cuerpo y conceptualiza el parto como una experiencia plena y gozosa. Para poder llevar a cabo un parto de este tipo es de suma importancia un equipo médico que, además de tener un alto nivel profesional, tenga la sensibilidad para valorar los beneficios del parto natural sin anestesia y la experiencia profundamente humana que es para la mujer, su pareja y su bebé el vivir un parto Psico profiláctico.

El médico que atiende el parto debe estar a favor de que el parto sea lo más natural posible.

- Libertad en posición y movimiento durante el trabajo de parto.
- Permitir la hidratación oral.
- Manejo del dolor con métodos no farmacológicos.
- Eliminar la episiotomía de rutina.
- Permitir el apoyo de dos personas durante el trabajo de parto (padre u otra persona).
- No cateterizar vejiga.

Situaciones en que no se puede aplicar un parto profiláctico.

Existen situaciones especiales y factores de riesgo que requieren de intervenciones médicas como la anestesia o la cesárea. Desproporción céfalo-pélvica (la cabeza del bebé es demasiado grande para el tamaño de la pelvis de la madre), Presentaciones pélvicas o transversas (el bebé no está colocado adecuadamente).

Beneficios de la preparación para el parto: Al recibir la preparación brindada en un curso Psico profiláctico, la pareja es capaz de tomar decisiones conscientes y responsables respecto al embarazo, parto, posparto y tipo de alimentación para su bebé.

Beneficios para el bebé: Al nacer en un parto Psico profiláctico, el bebé se beneficia principalmente en la oxigenación que recibe en la primera respiración, ya que las contracciones del trabajo de parto lo estimulan de tal forma que puede respirar mejor en el momento del nacimiento y estar más activo los primeros días de vida.

Beneficios para la madre: La mujer que ha tenido un parto natural garantiza un vínculo estrecho con su bebé y facilita el proceso de la lactancia, ya que la experiencia de su participación activa la dispone a un estado emocional óptimo, lo que favorece positivamente la nueva relación, provocando que la madre no quiera separarse de su bebé.

Beneficios para la pareja: Este tipo de partos es un proceso que vive la mujer con su pareja desde el embarazo, y el apoyo que éste les brinda, les permite crecer de pareja conyugal a pareja parental. La presencia de la pareja en el nacimiento favorece el apego y la formación del vínculo padre-madre-hijo.

En caso de complicaciones en el parto que requieran de intervenciones médicas, las parejas preparadas entienden mejor lo que sucede y valoran las bondades de la ciencia, realizando de esta forma psicoprofilaxis para su salud y la de sus hijos.

El plan parto

Un plan de parto y nacimiento es un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32.

Su función, a pesar de su nombre, no es exactamente planificar el desarrollo del parto o el nacimiento, en los que están implicadas muchas variables impredecibles, sino ofrecer la oportunidad de expresar sus preferencias para aquellos aspectos en los que existen alternativas igual de eficaces y seguras. En cualquier caso el sólo hecho de leer este documento, les ayudará a usted y a su pareja a comprender mejor todo lo que va a ocurrir y les permitirá participar de forma activa en todo el proceso.

No obstante, la información sobre todos los temas que contempla se la proporcionarán las personas responsables de su atención durante el embarazo, quienes le aclararán las posibles dudas que puedan surgir. No dude en consultarles las implicaciones de cualquier decisión que desee tomar y podrán orientarla adecuadamente. Si es posible visite el hospital donde tiene pensado dar a luz.

La realización de un plan de este tipo le permitirá mejorar su comunicación con el personal sanitario y le evitará tener que exponer sus deseos en unos momentos en los que preferirá centrarse en vivir con satisfacción la experiencia de ser madre.

4.4. Cuarta control de atención prenatal (a partir de las 38 semanas de gestación)

Determinación de la relación feto-pélvica.

Es la medición de los diámetros de la pelvis ósea, y puede ser externa e interna. En la pelvimetría externa se debe analizar el rombo de Michaelis, constituido por la apófisis de la quinta vértebra lumbar, el punto más declive del sacro, el pliegue inter glúteo y las espinas ilíacas posterosuperiores, cuyas características varían de acuerdo con la pelvis, y sus 4 lados y 4 ángulos iguales de 2 en 2. Rigor, O (2012).

La otra medición se realiza con un pelvómetro y se extiende desde la apófisis espinosa de la quinta vértebra lumbar a la cara anterior del pubis. Esta medida nos da el denominado conjugado externo, que puede medirse con la paciente de pie, y a su valor normal (19 a 20 cm) se le restan 8,5 a 9,5 cm de partes blandas y óseas. De esta forma puede deducirse el valor del promonto púbico mínimo. (Baudelocque, Martin y Budín).

Las otras medidas serían la distancia del diámetro biespinoso (24cm) y la distancia entre ambas crestas ilíacas (28cm) y el diámetro bitocantéreo, cuyo valor normal es de 32 cm. A la pelvimetría interna le corresponde medir el conjugado obstétrico calculando a través del tacto vaginal el conjugado diagonal, al medir la distancia que media entre el dedo explorador que se pone en contacto con el borde inferior de la sínfisis y la punta del dedo que toca el promontorio.

El conjugado obstétrico es de 1,5 cm menos que la distancia del CD. En el estrecho inferior debe evaluarse el diámetro bisquiático. El diámetro anteroposterior de este estrecho se mide tomando la distancia entre el cóccix y el punto inferior de la sínfisis del pubis, y por último, en este estrecho inferior se debe explorar el ángulo que forman entre si las dos ramas isquiopubianas y el ángulo pubiano, que es muy agudo en la pelvis masculina, obtuso en la pelvis plana y recto en la pelvis femenina.

Este ángulo se evalúa colocando a la paciente en posición de talla, con las piernas flexionadas sobre el tronco, y los dedos pulgares del explorador palpan dichas ramas isquiopubianas.

Educación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.

La lactancia materna 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.

Se recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más (OMS, 2010).

Durante los últimos decenios se han seguido acumulando pruebas sobre las ventajas sanitarias de la lactancia materna, sobre la que se han elaborado numerosas recomendaciones. La OMS puede afirmar ahora con plena seguridad que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de entonces su refuerzo con alimentos complementarios al menos hasta los dos años.

Para que las madres puedan practicar el amamantamiento exclusivo durante los seis primeros meses, la OMS y el UNICEF recomiendan:

- Iniciar el amamantamiento durante la primera hora de vida.
- Practicar el amamantamiento exclusivo, es decir, proporcionar al lactante únicamente leche materna, sin otros alimentos o bebidas, ni siquiera agua.
- Dar el pecho cuando el niño lo reclame, ya sea de día o de noche.
- No utilizar biberones, tetinas o chupetes.

La leche materna es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida.

La leche materna promueve el desarrollo sensorial y cognitivo, además de proteger al bebé de enfermedades infecciosas y crónicas. La lactancia natural exclusiva reduce la mortalidad infantil por enfermedades de la infancia, como la diarrea o la neumonía, y favorece un pronto restablecimiento en caso de enfermedad. La lactancia natural contribuye a la salud y el bienestar de la madre, ayuda a espaciar los embarazos, disminuye el riesgo de cáncer ovárico y mamario, incrementa los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inocua para el medio ambiente.

La lactancia materna es a la vez un acto natural y un comportamiento que se aprende. Abundantes investigaciones demuestran que las madres u otras cuidadoras necesitan un apoyo activo para instaurar y mantener un amamantamiento adecuado.

En 1992, la OMS y el UNICEF pusieron en marcha la Iniciativa «Hospitales amigos del niño» con la idea de favorecer la lactancia natural ayudando a las mujeres a ejercer el tipo de maternidad que lo propicia. Esta iniciativa está contribuyendo a que la lactancia natural exclusiva gane terreno en todo el mundo. Combinada con medidas de apoyo en todos los eslabones del sistema de salud, puede ayudar a las madres a mantener este modo de alimentación.

Consejería sobre planificación familiar

La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios, mediante el cual se brindan métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

. A partir de la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre Planificación Familiar en el Posparto y el Posaborto, celebrado en Ecuador en 1993, se formularon numerosas recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo, incluida la necesidad de integrar a los servicios de salud reproductiva.

Se protege la vida de las mujeres: si se evitaran los embarazos involuntarios, podría prevenirse aproximadamente una cuarta parte de todas las defunciones maternas.

La anticoncepción: especialmente, ayuda a evitar los abortos practicados en condiciones de riesgo.

También permite que: aumente la edad en el período protogénésico, limitando los nacimientos a los años de mejor salud del período reproductivo y espaciar el período intergénésico entre uno y otro embarazo.

Se protege la vida de los niños: el espaciamiento de los embarazos de dos años como mínimo, ayuda a las mujeres a tener hijos más sanos y contribuye a aumentar la probabilidad de sobrevivencia infantil y a mantenerse sanos.

Consejería sobre higiene y cuidado en el puerperio.

Puerperio es un concepto que tiene su origen etimológico en *puerperium*, un vocablo latino. La noción permite nombrar la etapa que atraviesa una mujer después de dar a luz y antes de recuperar el mismo estado que tenía antes de quedar embarazada.

El puerperio también se conoce como cuarentena, ya que el tiempo aproximado que demora la recuperación de la mujer es de cuarenta días. Ese es el lapso que demora la readaptación del aparato reproductor y el regreso de los niveles hormonales a las condiciones que existían antes del embarazo.

Es importante tener en cuenta que el puerperio es un periodo crítico para la salud de la mujer. Se inicia con el posparto inmediato, compuesto por las dos horas que siguen al alumbramiento. Cuando la recuperación transcurre por las vías normales, se habla de un puerperio fisiológico. En cambio, si surgen complicaciones o alteraciones, el médico diagnosticará un puerperio patológico.

Algunas recomendaciones generales para mantener una higiene adecuada:

- Bañarse diariamente.
- Cambiarse la toalla higiénica las veces que sea necesario.
- No se aplique ningún tipo de antibiótico, crema o antiséptico.
- Lave sus manos antes de dar de comer al bebé.
- Limpie sus genitales de adelante hacia atrás para evitar contaminar la vagina con materia fecal.
- Evite usar ropa interior ajustada o de licra.
- Realice ejercicios suavemente.
- Vigilar si hay presencia de signos de infección (Fiebre mayor o igual a 38°C, cambios de las características de las secreciones vaginales, con mal olor).
- Aseo diario en especial en la zona genital con agua y jabón.
- Si aumenta el sangrado acudir al médico de inmediato.

Técnicas de higiene: Durante el puerperio reciente, el aseo se debe hacer igual que durante el periodo menstrual: con productos con pH ligeramente ácidos. La higiene se debe realizar con agua corriente en temperatura ambiente y se debe utilizar una toalla limpia y suave para el secado. El lavado se realizará haciendo movimientos circulares que eviten llevar el contenido perianal hacia la región vulvar y se deberá alcanzar todos los pliegues sin excepción. En cuanto a los productos de higiene íntima, se indican preferentemente aquellos de formulación líquida, pues los productos sólidos, además de ser más abrasivos, generalmente presentan PH muy alto (alcalino). En cuanto al tiempo de higiene genital, no debe ser superior a los dos a tres minutos para evitar el resecaimiento local.

Consejería sobre Importancia de la valoración del crecimiento y desarrollo.

La evaluación, que es una vigilancia del proceso, permite orientaciones oportunas para estimular al niño en su desarrollo y, si existen problemas, detectarlos para plantear soluciones, con el fin de hacer que mejoren o por lo menos no aumenten en severidad ni afecten otras áreas del crecimiento o del desarrollo.

Un programa de evaluación de crecimiento y desarrollo es el mejor escenario para hacer intercambio de saberes, por medio del cual la familia adquiere y aporta conocimientos crecientes sobre el devenir infantil. Los padres de los niños cuya evaluación es satisfactoria se motivan para continuar con el acompañamiento a sus hijos, y los de los niños que están en la fase de intervención por algún problema detectado con anterioridad, cuando ven los progresos, se reafirman en su voluntad de ayuda y mejoran su autoestima y autonomía.

La evaluación del crecimiento y desarrollo es una herramienta fundamental para monitorizar la salud del niño. El crecimiento es el resultado de la compleja interrelación de aspectos genéticos, nutricionales y medioambientales.

Es importante conocer la diferencia entre los indicadores para la evaluación del crecimiento en una población o en un individuo. Muchos errores surgen de la confusión de trasladar conceptos de la evaluación individual a la población y viceversa.

Las diferencias étnicas explican, en una pequeña proporción, las diferencias en tamaño, siendo éstas fuertemente condicionadas por las condiciones medioambientales. Más complejo es analizar los aspectos que interaccionan en el desarrollo normal del niño. Sobre una base continua de organización biológica se imbrican los aspectos psicológicos y sociales.

5. Intervenciones terapéuticas basadas en resultados de exámenes.

Anemia en el embarazo: se refiere a una biometría hemática completa < 11 g/L,

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo (la sufren hasta en el 95% de las mujeres embarazadas) y es causada por un descenso del hierro por debajo de los valores normales. El hierro es esencial para la producción de hemoglobina, la proteína que

se encuentra en los glóbulos rojos y que lleva el oxígeno a otras células. Durante el embarazo, la cantidad de sangre en el cuerpo de la mujer aumenta hasta un 50 por ciento más de lo usual. Por lo tanto, necesita más hierro con el fin de producir más hemoglobina para toda esa sangre adicional que se suministrará al bebé y a la placenta.

La anemia puede provocar cansancio y fatiga, así como palidez y taquicardia. Todo esto es debido a que al haber menos glóbulos rojos que puedan transportar oxígeno por la sangre, el corazón debe trabajar más aumentando la frecuencia cardíaca. Sin embargo, también es posible que la embarazada no tenga ningún síntoma, especialmente si se trata de una anemia leve.

Según un estudio de la OMS en 1980, la prevalencia de anemia (Hb. < 11 g/L) durante la gestación se estimó en un rango desde 38 a 52 % en mujeres embarazadas del África Subsahariana, América Latina, Sudeste asiático, y Oceanía (Hughes, 1991).

La vía oral es la de elección, siempre que sea posible, en dosis de 600 a 1, 200 mg/día, que equivaldrían a 120 o 180 mg de Fe elemental, prescrito en 1 ó 2 tabletas media hora antes de desayuno, almuerzo y comida, ya que es preferible separarlo de los alimentos. Puede indicarse, además, la administración de 100 mg de ácido ascórbico diariamente. La administración durante las comidas presenta mejor tolerancia, aunque es menor su absorción. Las sales de hierro no deben administrarse acompañadas de leche, té, café o huevo, ya que éstos interfieren en su absorción. El tratamiento debe ser mantenido hasta por lo menos 2 meses después de normalizado el hematocrito y la hemoglobina.

La sífilis congénita: Es una afección grave, pero prevenible, que puede eliminarse mediante la detección oportuna y el tratamiento adecuado de las mujeres embarazadas con sífilis. Se reconoce que la carga de morbilidad y mortalidad por SC es mayor que cualquier otra infección neonatal, incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y el tétanos, que son objeto de atención mundial en la actualidad. A pesar de ello, ha recibido poca atención a nivel mundial, lo que ha limitado la efectividad de las estrategias de prevención y control que se han implementado.

La OMS calcula que de 130 millones de nacimientos anuales en el mundo, 8 millones de infantes mueren antes de su primer cumpleaños, y de esos, tres millones lo hacen antes de su primera semana de vida. Adicionalmente, 3.3 millones son muertes fetales¹, muchas de las cuales se asocian a la infección treponémica, la gran mayoría en países en desarrollo (Goldemberg 2003).

Los esquemas propuestos por el CDC y la OMS, donde los estadios tempranos se tratan con penicilina benzatínica 2,400.000 UI. En caso de que no sea posible clasificar el estadio de la enfermedad en la gestante se recomienda aplicar tres dosis con intervalo semanal.

VIH positivo en el embarazo.

Ocurre transmisión materna infantil del VIH cuando una mujer seropositiva lo transmite a su bebé durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto o durante la lactancia materna. Puesto que el VIH puede transmitirse por medio de la leche materna, las mujeres seropositivas no deben amamantar a sus bebés. En los Estados Unidos, las preparaciones para lactantes son un sustituto seguro y sano de la leche materna.

Los medicamentos contra el VIH se usan en los siguientes casos para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del virus.

Durante el embarazo, las mujeres embarazadas seropositivas reciben un régimen (una asociación) de por lo menos tres medicamentos diferentes contra el VIH.

Durante el trabajo de parto y el parto, las mujeres embarazadas seropositivas reciben AZT intravenosa y siguen tomando los medicamentos de su régimen por vía oral.

Después del nacimiento, los bebés de madres seropositivas reciben AZT en líquido por 6 semanas. (Los bebés de madres no tratadas con medicamentos contra el VIH).

El uso de medicamentos contra el VIH durante el embarazo reduce la concentración del virus en el organismo de una madre infectada. Al reducirse la concentración del virus disminuye el riesgo de transmisión materno infantil del mismo.

Diabetes en el embarazo.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que afecta a las mujeres durante el embarazo. Si usted tiene diabetes, su cuerpo no puede utilizar los azúcares y almidones (carbohidratos) que toma de los alimentos para producir energía. Debido a esto, su cuerpo acumula azúcar adicional en la sangre.

Se brindará seguimiento por el primer nivel de atención a pacientes con Diabetes Mellitus compensada con datos de laboratorio de glicemia en ayuna entre 70 y 90 mg/ dl y post prandial a las dos horas menor o igual a 120 mg/ dl.

Se brindará manejo hospitalario cuando el tratamiento con insulina no alcanza las metas de control metabólico en el embarazo, con complicaciones agudas como:

Hipoglucemia leve o severa, descompensación leve o moderada, cetoacidosis diabética, necesidad de efectuar maduración fetal con corticoide.

Para referir a hospitalización se debe trasladar con valores de glicemia actuales, permeabilidad del tracto respiratorio, hidratación si lo amerita con solución salina y siempre referir aunque recupere el estado de conciencia.

Émesis e Hiperémesis gravídica.

Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre las semanas 6-14 de gestación (suelen resolverse antes de las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestres. En la mayor parte de los casos se mantiene la hidratación y la nutrición por medio de un alivio farmacológico de los síntomas o con ligeros ajustes en la dieta (comidas frecuentes y poco copiosas).

El 0,25%-0,5% sufren una verdadera hiperémesis gravídica (vómitos incoercibles que impiden una correcta alimentación, ocasionando una pérdida de peso del 5% o más), que no

responde al tratamiento sintomático y se caracteriza por una progresiva deshidratación. Es más frecuente en primigestas, adolescentes, solteras, obesas, no fumadoras y mujeres de raza negra.

Dado que es un problema muy frecuente y molesto para la embarazada en sus primeros meses de gestación, es al médico de Atención Primaria al que posiblemente va a acudir la paciente, en muchas ocasiones angustiada. Tras un correcto diagnóstico, con un tratamiento dietético y sintomático se van a aliviar los síntomas en la mayor parte de los casos. Por ello creemos interesante apuntar unas notas sobre este tema, de consulta habitual en el primer trimestre de gestación.

Émesis: náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y que no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación. Generalmente se acompañan de una falta de aumento de peso en los primeros meses de gestación y, a veces, de un discreto adelgazamiento; sin embargo, el estado general es bueno y la exploración clínica es normal. En ocasiones puede acompañarse de alteraciones del sueño, cansancio e irritabilidad.

Hiperémesis: náuseas y vómitos persistentes e incoercibles, fuera de toda causa orgánica, que impiden la correcta alimentación de la gestante (conduce a una intolerancia gástrica absoluta frente a alimentos sólidos y líquidos), ocasionando pérdida de peso del 5% o más y alteraciones en el equilibrio metabólico e hidroelectrolítico, pudiendo presentar cetonuria y deshidratación (hipovolemia, disminución del volumen extracelular, hemoconcentración, pérdida de electrolitos, elevación de la osmolaridad sérica y urinaria, disminución del aclaramiento de creatinina). Generalmente se acompaña de pérdida de peso, taquicardia, hipotensión, oliguria, etc. En situaciones graves puede producirse lesión hepática (necrosis de la porción central de los lóbulos y degeneración grasa extensa) y retinitis hemorrágica.

Papanicolaou en el embarazo.

El Papanicolaou es un estudio que garantiza el diagnóstico precoz de varias enfermedades. Conocido familiarmente como “PAP”, este método para la detección precoz del cáncer de cuello del útero, fue descrito por el médico griego Georges Papanicolaou en 1943.

Es un procedimiento muy sencillo que permite diagnosticar varios procesos que pueden estar ocurriendo en el cuello del útero de la mujer, además del cáncer: algunas infecciones vaginales comunes (hongos, parásitos, algunas bacterias), la infección por el virus del papiloma humano (HPV, que con el tiempo puede desarrollar el cáncer) y el propio cáncer de cuello, en estadios muy tempranos.

La mayoría de las mujeres que tienen acceso a los servicios de salud y que son cuidadosas y siguen los consejos de sus médicos comienzan a hacerse el PAP cuando inician las relaciones sexuales o cuando cumplen los 30 años. Pero, a pesar de ser un estudio muy común, pocas lo conocen en profundidad.

“El cáncer de cuello se diagnostica con los dedos” decían los detractores de Papanicolaou, aludiendo a que cuando el médico hace un examen vaginal y toca el cuello con determinadas características, se está en presencia de un cáncer avanzado y ya es tarde para cualquier tipo de terapéutica exitosa.

En eso reside precisamente la mayor virtud de este procedimiento: permite hacer un diagnóstico de lesiones que aún no son cáncer o lo son, pero muy iniciales. El cáncer de cuello tiene como característica que transcurre mucho tiempo (años) entre la lesión que puede llegar a ser maligna y el momento en que se transforma en maligna.

Por eso, si una mujer realiza un Papanicolaou anual desde el inicio de sus relaciones sexuales, tiene casi la garantía total de un diagnóstico muy temprano, que permitirá una terapéutica definitiva con tratamientos muy poco agresivos: tanto que, mujeres jóvenes que han tenido un cáncer de cuello que fue diagnosticado precozmente y tratado, después pudieron tener hijos sin inconvenientes

Durante el embarazo, no hay inconveniente en hacer el PAP; es más, debe hacerse, porque permitirá diagnósticos que pueden ser necesarios para un tratamiento adecuado antes del nacimiento del bebé.

El cáncer cérvicouterino constituye un importante problema de salud pública, en especial en los países en desarrollo. Es un problema de salud prioritario, no únicamente por su alta magnitud y trascendencia, sino porque se trata de una enfermedad que es prevenible casi en un

100%. En el mundo, este padecimiento ocasiona la muerte prematura de aproximadamente, 274,000 mujeres cada año; afecta principalmente a las mujeres más pobres y vulnerables, con un efecto negativo para sus familias y comunidades al perderse de manera prematura jefas de familia, madres, esposas, hermanas, abuelas, todas ellas con un papel importante e irremplazable.

Las estadísticas muestran que 83% de los casos nuevos y 85% de las muertes ocasionadas por esta neoplasia ocurren en los países en desarrollo, donde además se constituye en la principal causa de 158 muertes por cáncer en las mujeres. Esta distribución no es aleatoria, el cáncer cérvicouterino es prevenible si se detectan y tratan sus lesiones precursoras, y es también curable cuando se detecta en etapas tempranas, de ahí que la persistencia de una alta mortalidad por esta causa obedece por un lado, a falta de recursos e inversión y por otro, a fallas en la organización y operación de los servicios de salud para la detección temprana y atención del cáncer cérvicouterino.

El diagnóstico precoz es la intervención sanitaria más eficiente y costo-efectiva con una sobrevivida a 5 años promedio de 91,5% de los casos de mujeres con cáncer localizado y solo un 12,6% de aquellos con invasión a distancia.

Exudados vaginales (exo cervicales)

La mucosa vaginal tiene una flora microbiana normal, cuyo conocimiento y consideración debe tenerse en cuenta a la hora del estudio microbiológico de infecciones vaginales. Se pueden considerar tres situaciones: - Saber cuándo se altera el equilibrio de esta flora colonizante. Búsqueda de agentes exógenos, transmitidos normalmente por vía sexual. - Detección de portadoras de determinados microorganismos. La mayoría de las situaciones clínicas que pueden ser objeto de estudios microbiológicos para el aislamiento o visualización del agente etiológico son:

Vulvovaginitis: cuyos agentes etiológicos más frecuentes son *Candida* spp (principalmente *C.albicans*), *Trichomonas vaginalis* y virus herpes simple. En niñas pequeñas y en algunos casos de mujeres adultas también pueden ser causantes de vaginitis patógenos respiratorios como *Haemophilus* sp, *Streptococcus pneumoniae* o *Streptococcus pyogenes*. Asimismo la

presencia de un cultivo puro de otros microorganismos observados en una tinción de Gram con leucocitos puede tener significación.

Vaginosis: estado caracterizado, desde el punto de vista microbiológico, por la ausencia o franca disminución de *Lactobacillus spp* y abundante flora mixta compuesta por *Gardnerella vaginalis*, anaerobios (*Mobiluncus*, *Bacteroides*, Cocos anaerobios) y *Mycoplasma hominis*.

Infección gonocócica: La endocervicitis gonocócica aunque cursa con leucorrea, el exudado vaginal no es la muestra adecuada para su diagnóstico siendo recomendable la obtención de un exudado endocervical.

Infección en vías urinarias en el embarazo.

La infección de las vías urinarias constituye una de las infecciones más frecuentes durante el embarazo. Los microorganismos involucrados son principalmente las entero bacterias, entre ellas *Escherichia coli* (80% de los casos), *Klebsiella*, *Proteus mirabilis*, *Enterobacter ssp*. Existen además otros agentes que siguen en frecuencia, como ser *Streptococcus* del grupo B y *Staphylococcus coagulosa* negativo.

Puede presentarse como una infección asintomática: Bacteriuria asintomática del embarazo, o como una infección sintomática: cistitis y pielonefritis gravídicas.

Bacteriuria asintomática (BA): es la presencia de bacterias en la orina, generalmente mayor de 100.000 UFC/ml de orina en ausencia de síntomas en el momento de tomar la muestra para el cultivo.

Cistitis: Se caracteriza por la presencia de disuria, polaquiuria, micción urgente acompañado de dolor supra púbico, orina maloliente y en ocasiones hematuria. No existe clínica de infección del tracto urinario superior, cuando se asocia a dolor lumbar.

Pielonefritis aguda: es una infección de la vía excretora alta y del parénquima renal de uno o ambos riñones, suele presentarse en el último trimestre y casi siempre secundaria a una BA no diagnosticada o no tratada correctamente. Es la forma más grave de presentación de la infección del tracto urinario

Manejo hospitalario

Asegurar la firma de la hoja de consentimiento informado por la paciente o familiar al momento del ingreso a emergencia, observación u hospitalización. Toda embarazada con Infección Urinaria con Sintomatología Severa, o con Infección Urinaria Asintomática o Sintomatología Leve en que la patología de base es la causa predominante para hospitalización (ej. Amenaza de parto pre término, síndrome hipertensivo gestacional, etc.).

Criterios de egreso

Criterios de Alta en Pacientes con Infección Urinaria con Sintomatología Severa (Pielonefritis). - Paciente asintomática (a febril por más de 48 horas, ausencia de dolor), siempre y cuando se asegure el cumplimiento hasta totalizar 7 días con 2 g de ceftriaxone IV diarios. - No amenaza de parto prematuro. - Bienestar fetal. - Proceso infeccioso bajo control. - Signos vitales estables. - No amenaza de aborto.

Complicaciones

Parto pre término, Infección urinaria después del parto en la madre, Síndrome séptico, Necrosis tubular y glomerular, Insuficiencia renal, Amenaza de aborto y aborto, Sepsis perinatal, Muerte fetal y neonatal, Restricción del crecimiento intrauterino (RCIU).

Tratamiento

De acuerdo a la evidencia científica, el uso de antimicrobianos en la bacteriuria asintomática ayuda a reducir el riesgo relativo de pielonefritis en un 77%, de pre término y peso bajo al nacer en un 34% y de bacteriuria persistente en un 83%. En general, el número de mujeres necesarias a tratar para evitar un episodio de Infección Urinaria Severa (Pielonefritis) es de 7 (rango de 6 a 8) y el tratamiento adecuado de la Infección Urinaria Asintomática dará lugar a una reducción aproximada del 75% en la incidencia de Infección Urinaria con Sintomatología Severa.

Se han publicado revisiones acerca de las mejores alternativas para el tratamiento de la IVU en mujeres embarazadas, sin embargo, todos estos estudios tienen una grave falla, puesto que se basan en los patrones de resistencia locales de cada país y no son extrapolables a otros países. Basado en los patrones locales informados por la Red Nacional de la Vigilancia de Resistencia a los Antimicrobianos fue posible establecer que E. Coli es resistente a ampicilina y sulfametoxazol en más del 65% y en más del 20% para ciprofloxacina, siendo Nitrofurantoina el antimicrobiano con una resistencia menor al 8%. En base a esos patrones el Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA, cambió el tratamiento de las IVU no complicadas.

La infección urinaria asintomática y la infección urinaria con sintomatología:

Leve se tratan igual, con el siguiente abordaje y fármacos a utilizar:

- Aumento de ingesta de líquidos.
- Manejo con antimicrobianos con Esquema A.
- Tan pronto como el siguiente día que termina el tratamiento, repetir examen de orina con cinta de esterasa leucocitaria o cinta reactiva de uro análisis.
- Si examen de orina es anormal o cuadro clínico persiste, continúe tratamiento con Esquema B por 7 días más.
- Advertir sobre aparición de sintomatología severa para atención inmediata.
- Vigilar y advertir por síntomas y signos de amenaza de parto pre término.
- Fármacos a Utilizar: Esquema A: Nitrofurantoina.

Caries en el embarazo

Alteraciones hormonales durante el período de gestación promueven en la madre la presencia de encías inflamadas, sangrado y debilitamiento de los dientes.

Está demostrado que durante el embarazo se incrementa la producción de hormonas como la prolactina y los estrógenos, responsables de múltiples cambios en el organismo, incluso en los tejidos de la boca.

“La caries es una enfermedad que se caracteriza por la destrucción de los tejidos. Las bacterias, el ácido, los residuos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar una sustancia pegajosa llamada placa que se adhiere a los dientes y que es más prominente en los

molares posteriores, justo encima de la línea de la encía en todos los dientes”, lo que sucede es que aumenta la irrigación (aporte) sanguínea produciendo inflamación y concentración de placa bacteriana en las encías, que complementado con una alimentación deficiente, cambio de hábitos alimentarios por los interminables antojos de la madre e inadecuadas pautas de higiene, desencadenan caries.

Hipertensión en el embarazo

La hipertensión en el embarazo continúa siendo un problema mayor de salud perinatal en todo el mundo. Es una de las mayores causas de prematuridad, mortalidad perinatal y figura además entre las primeras causas de muerte materna, tanto en países industrializados como aquellos en desarrollo. Su incidencia estadística oscila entre el 0.1 al 35%.

La enfermedad tiene un periodo de evolución preclínico, antes de las 20 semanas de gestación, y un periodo clínico, el cual se presenta en la segunda mitad del embarazo con hipertensión, proteinuria y otras alteraciones sistémicas. El signo hipertensión es el marcador que define y marca el pronóstico de la enfermedad. El mayor incremento de las cifras tensionales sobre sus niveles basales es reflejo de un mayor desequilibrio entre las sustancias vaso activas que la controlan.

El mismo se realiza cuando las cifras tensionales alcanzan o superan los 140/90 mm Hg. de presión sistólica y diastólica respectivamente. La paciente debe permanecer sentada por al menos cinco minutos antes de medir la tensión arterial. Si la misma es anormal, se debe repetir la medición tres veces más, separadas por intervalos de un minuto. Si estos valores se presentan antes de la semana 20, estaremos presuntamente en presencia de una paciente con hipertensión previa. Si ocurren luego de la semana 20, deberemos recurrir a los estudios complementarios y al análisis de los factores de riesgo para poder diferenciar una hipertensión crónica de una inducida por el embarazo.

IMC >18

La extrema delgadez en la gestante es un factor de riesgo en el embarazo, con consecuencias tanto para la futura madre como para el bebé. Las mujeres de bajo peso pueden estar expuestas a un riesgo mayor de sufrir parto prematuro o de tener un bebé de bajo peso al nacer e, incluso, hay estudios que lo asocian a una mayor probabilidad de aborto. Por este motivo, es importante que las mujeres sigan los controles prenatales, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta condición para disminuir las enfermedades causantes de la muerte materna y perinatal.

Pezones no aptos para la lactancia materna.

Durante la lactancia, y especialmente al principio, el pecho de la madre lactante puede sufrir diversas afecciones. Los problemas del pecho durante la lactancia son temporales y tienen solución con un asesoramiento adecuado.

Los pezones planos no sobresalen hacia fuera y los invertidos están hundidos en el interior de la areola, pero puede ser que sí salgan al estimularlos. Ninguno de estos casos incapacita para dar de mamar, ni tienen por qué ser motivo de abandono, aunque pueden hacer del inicio de la lactancia algo problemático si el agarre es dificultoso, se producen grietas o aparece un rechazo del pecho.

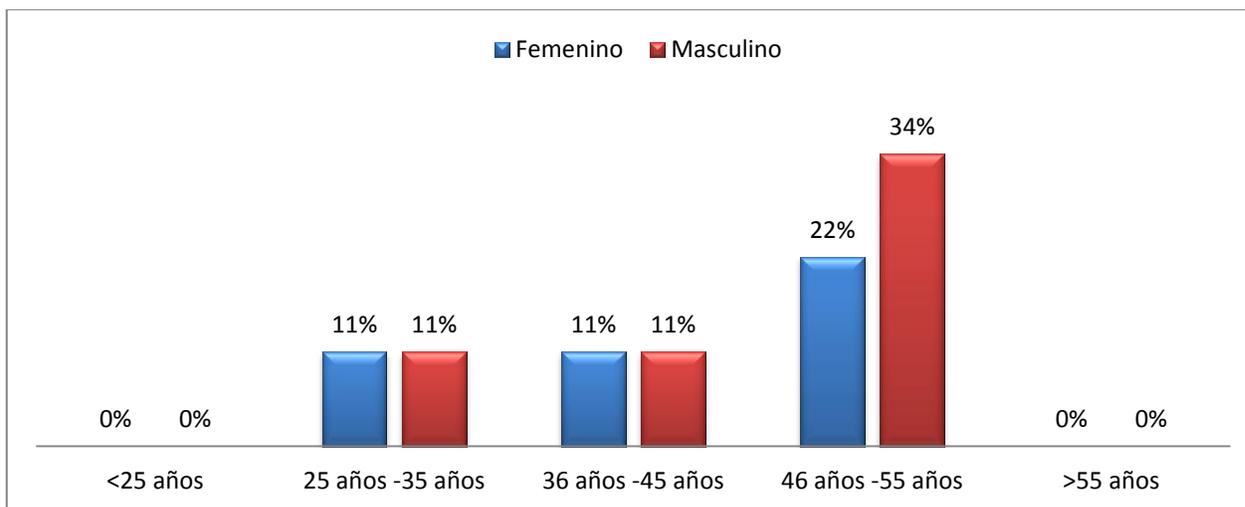
En este caso se recomiendan suaves masajes de elongación y el uso de tensadores de pezón. Esto, antes de las 20 semanas de gestación cuando no hay receptores de ocitocina en el útero, ya que posterior a esto, el estímulo del pezón puede producir contracciones uterinas y parto prematuro.

Una vez nacido en niño, es importante ponerlo al pecho frecuentemente dentro de los primeros días de vida en que el pecho se encuentra blando. Si el niño no es capaz de acoplarse, se recomienda la extracción manual de leche hasta que éste sea lo suficientemente grande para abarcar toda la areola con su boca. En los pezones invertidos, el tensador de pezón o una bomba de extracción pueden ayudar a invertir el pezón para que el niño pueda tomarlo.

X. Discusión de los resultados.

Gráfico N° 1

Sexo y Edad del personal de salud que labora en Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

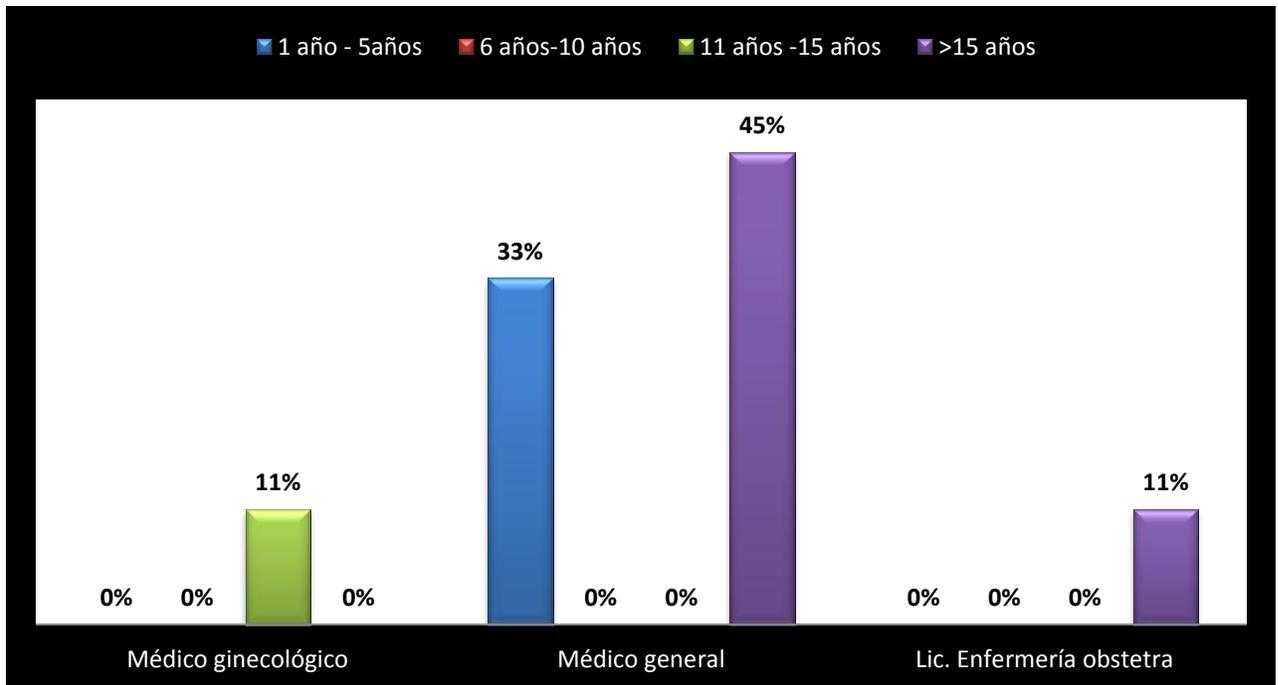


Fuente: Tabla N°1

Mediante el siguiente gráfico se encuentran que predominan las edades de 46 a 55 años de sexo masculino seguido por el sexo femenino. Es importante recalcar dado que la edad es el tiempo de existencia de una persona o cualquier ser animado desde su creación o nacimiento; es importante señalar que el declive de las capacidades funcionales no implica necesariamente que los trabajadores de más edad desempeñen las tareas peor que los más jóvenes, o que el desempeño del trabajo siempre va disminuyendo a medida que aumenta la edad. No sólo no significa esto, sino que algunos estudios sobre trabajadores de edad han mostrado que, en ciertos aspectos, los resultados son, al menos, tan buenos como en los grupos de menos edad. Mientras algunas capacidades funcionales de los trabajadores de edad pueden declinar, el desempeño de ciertos tipos de tareas puede mejorar. En general, el desempeño en tareas que demandan un alto nivel de experiencia y necesidad de toma de decisiones no suele declinar con la edad, pudiendo incluso mejorar.

Gráfico N° 2

Nivel de profesionalización y Antigüedad del personal que labora en el Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victoria, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 2

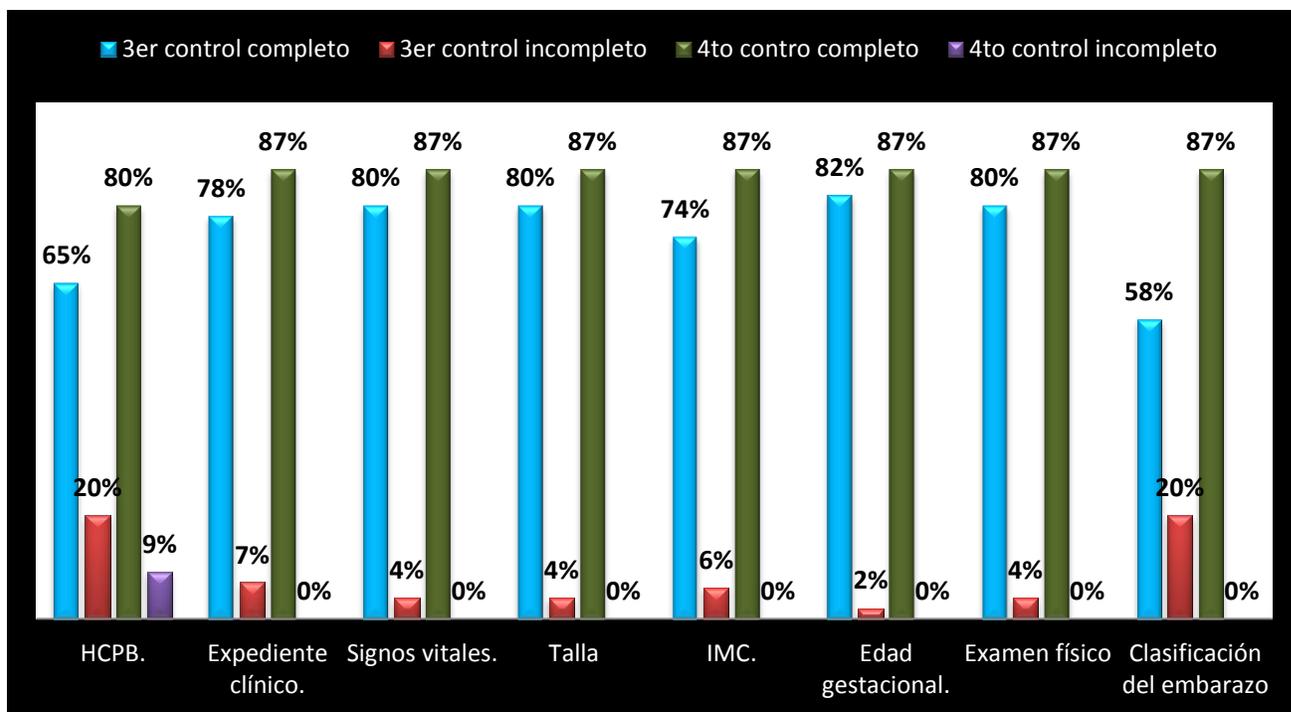
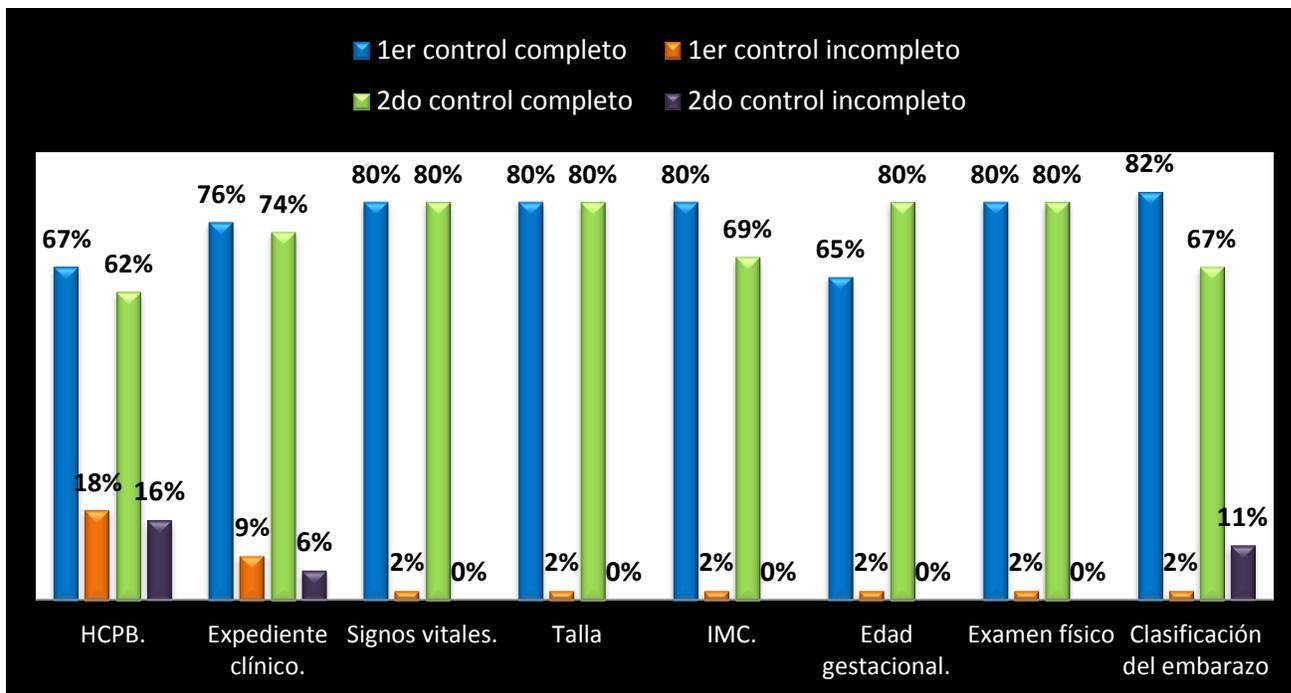
Según la gráfica de nivel de profesionalización y antigüedad del personal de salud se refleja que el personal de salud que tiene >15 años corresponde al nivel profesional de médicos generales con un 45% y Lic. Enfermería obstetra, seguido por médico ginecológico con una antigüedad de 11 a 15 años equivalente al 11% y por último médico general con un antigüedad de 1 año a 5 años equivalente al 33%.

Las característica laborales son un vínculo que se establecen en el ámbito del trabajo y todas aquellas situaciones o elementos vinculados de una u otra forma con el trabajo, entendido este último como cualquier actividad física o intelectual que recibe algún tipo de respaldo o remuneración en el marco de una actividad o institución de índole social. El nivel de profesionalización son los años académicos en que se estructura el sistema educativo formal, que corresponde con las necesidades individuales de las etapas del proceso Psico-físico-evolutivo articulados con el desarrollo. A mayor nivel de profesionalización es mayor la amplitud del conocimiento. Estas dos características se relaciona ya que a mayor de años

laborando existe una gran posibilidad de alcanzar mayor nivel de profesionalización, en relación con la atención a la mujer embarazada un mayor nivel de profesionalización (ginecobotetra) permite tener un amplio conocimiento sobre cuál debe ser la atención que se debe brindar a la mujer embarazada en cada uno de sus controles prenatales y etapas del embarazo.

Gráfico N°3(a) y 3(b)

Actividades básicas registradas en el expediente clínico en cada uno de los controles prenatales, Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N°3

La gráfica anterior demuestra las actividades básicas desarrolladas por el personal, descritas en el expediente clínico, se puede apreciar que mayormente predomina el cumplimiento de dichas actividades. No obstante también refleja que hay actividades que se realizan de manera incompleta y desconocida en su minoría.

Podemos observar las distintas actividades y detallar su importancia ya que la historia clínica es el instrumento más importante del control prenatal, En general, se prefieren a los formatos o documentos de registro y control de la información perinatal, el cual además de garantizar el control de la evolución del embarazo, a través de un sistema de alertas visuales, le permite al personal de salud, reconocer oportunamente los factores de riesgo existentes en cada paciente. Su importancia es normalizar y unificar la recolección de datos, facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención, facilitar la capacitación, facilitar la autoría, formar un banco de datos perinatales y procesar datos localmente, Implantar un sistema de vigilancia perinatal continua, mejorando la salud perinatal.

Los signos vitales son parámetros clínicos que reflejan el estado fisiológico del organismo humano, y esencialmente proporcionan los datos (cifras) que nos darán las pautas para evaluar el estado homeostático del paciente: el pulso en las mujeres embarazadas es levemente más alto que el de las mujeres no embarazadas, el aumento del pulso en reposo durante el embarazo se atribuye al metabolismo y con respecto a la respiración la evaluación de la disnea en la gestante presenta la dificultad de diferenciar la hiperventilación fisiológica inducida por progesterona de la disnea como síntoma de una enfermedad subyacente del sistema respiratorio, al igual que la presión arterial que una mujer tiene, habitualmente se mantiene durante el embarazo; no tiene por qué aumentar. Es más, hacia la mitad del embarazo suele haber una ligera disminución que más adelante se recupera.

El peso y talla de la embarazada permite evaluar el estado nutricional de la madre y el incremento de peso durante la gestación. La talla baja, peso insuficiente o poca ganancia o aumento exagerado, está asociado con malos resultados perinatales. Debe medirse y tallarse en cada control con la gestante en ropa liviana y descalza conviene usar balanzas calibradas, ya que la ganancia de peso durante el embarazo mayor a lo recomendado, sobre todo en mujeres con sobre peso y obesas, aumenta el riesgo de recién nacidos grandes para la edad gestacional (>4500g), los trastornos del espectro autista y las complicaciones maternas.

El índice de masa corporal es una herramienta de aplicación fácil aceptada internacionalmente para la evaluación de estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad, la educación a las personas a tomar conciencia y acciones para lograr la prevención o a la reducción sostenida del peso en el sobrepeso/obesidad, disminuye la morbilidad y mortalidad por todas las causas, tales como Diabetes tipo 2, Hipertensión, Asma, Osteoartritis y mortalidad/morbilidad materna-perinatal. Por otra parte el sobre peso y la obesidad materna genera efectos adversos maternos fetales, durante el embarazo, en el parto y el posparto. Más riesgo de: Diabetes gestacional, Pre eclampsia, Hipertensión gestacional, Síndrome metabólico y Malformaciones congénitas y durante labor y parto, mayor riesgo de muerte materna, hemorragia, cesárea, infecciones, trauma al nacer, prematuridad, muerte fetal, neonatal e infantil, etc.

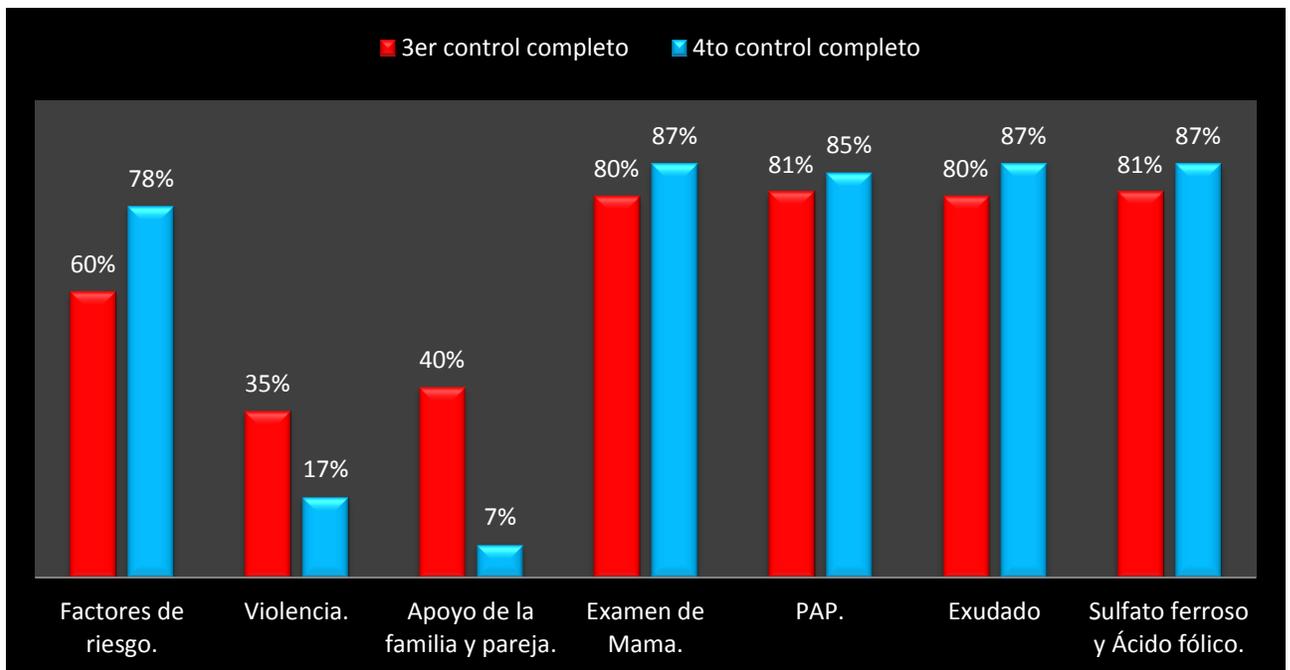
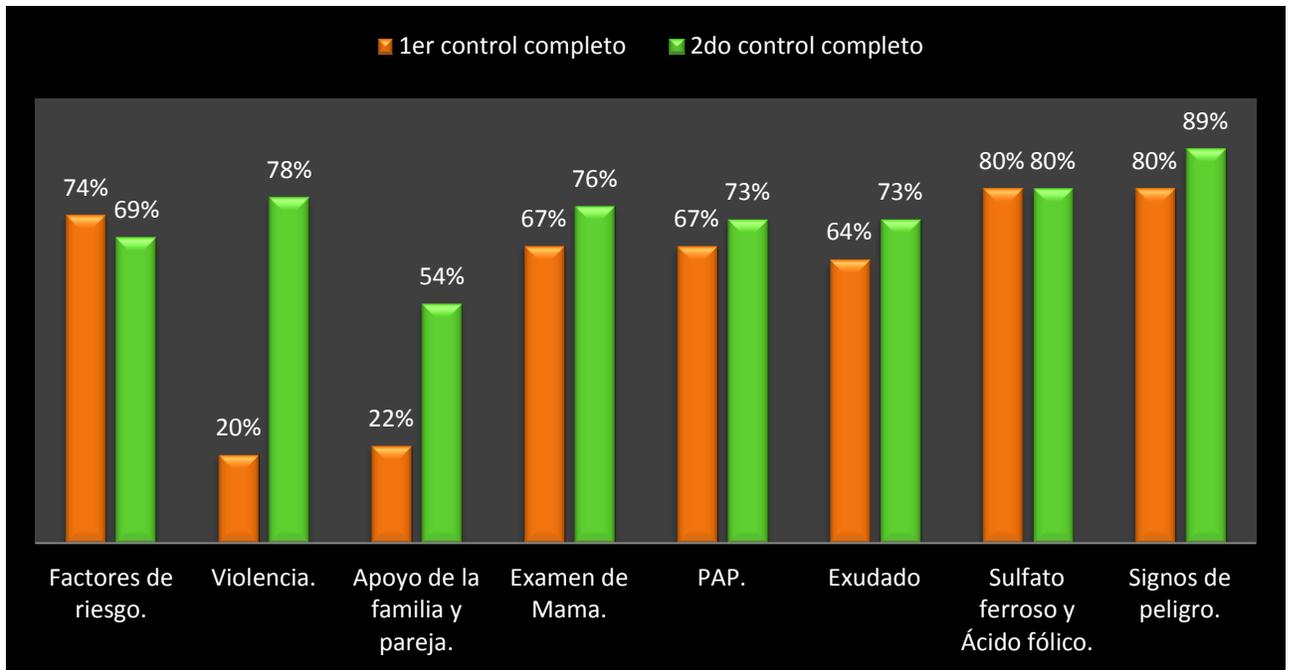
La edad gestacional es el cálculo de los días de amenorrea, es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico.

En el Examen Físico intervienen los 4 métodos de la exploración clínica: la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación, complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos a fin de comprobar el estado de salud actual.

La clasificación del embarazo en bajo o alto riesgo no son iguales, ni en una misma mujer ni los embarazos tienen porqué ser parecidos. La historia clínica de cada madre, sus antecedentes genéticos y hasta sus hábitos alimenticios los condicionan y en algunos casos los embarazos son un riesgo para la madre y/o el bebé. El análisis del riesgo de los embarazos se realiza para determinar el tipo de atención durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Gráfico N° 4(a) y 4(b)

**Actividades básicas interactivas con el paciente en cada consulta del control prenatal,
Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.**



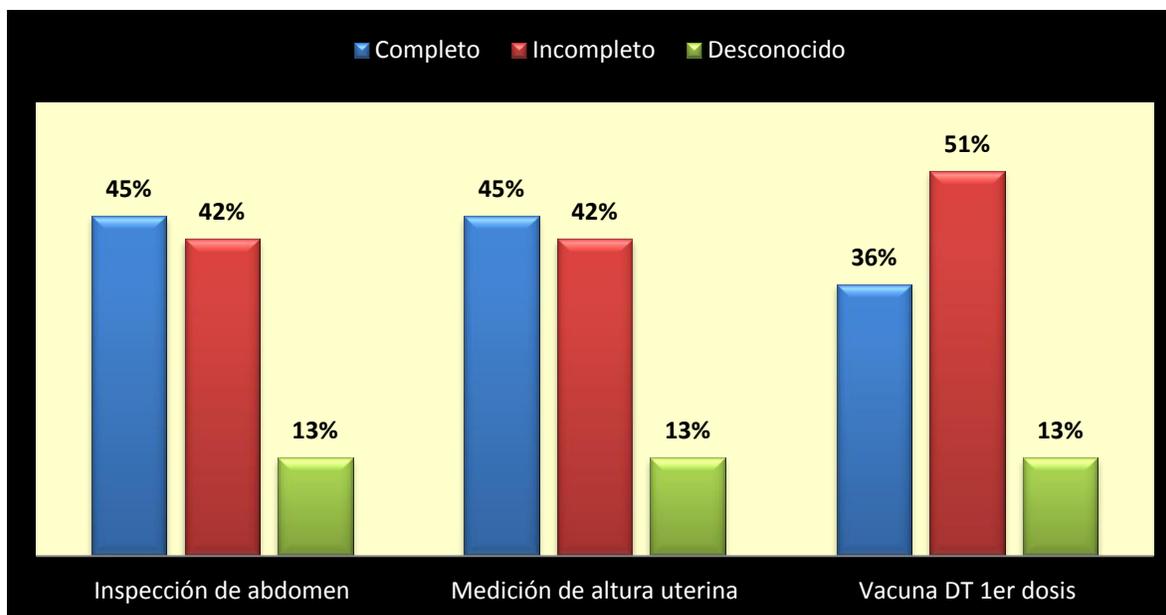
Fuente: tabla N° 4

Según los datos obtenidos en el estudio se observa el porcentaje para las actividades básicas interactivas con el paciente en los cuatro controles prenatales, dentro del cumplimiento de estas acciones como son la identificación de factores de riesgo esta se cumplen mayormente en el cuarto control prenatal, con respecto a la identificación de violencia el índice más alto es de 78 % en el segundo control prenatal, por otra parte la identificación del apoyo familiar y de la pareja contempla un porcentaje de 54% en el segundo control prenatal, en cambio el examen de mamas su porcentaje más alto es de 84% en el cuarto control prenatal, con respecto al Papanicolaou su porcentaje más alto se encuentra en el cuarto control prenatal con un 85%., de igual manera la indicación de sulfato ferroso posee un amplio cumplimiento en los cuatro controles prenatales siendo el más alto 89% en el segundo control prenatal.

El examen de toda embarazada deberá comenzar con un cuidadoso interrogatorio, Según Schwartz (2005), La anamnesis debe incluir datos de identificación, caracterización socioeconómica, antecedentes familiares, personales, ginecológicos y perinatales. Antecedentes familiares: se trata de saber si entre personas vinculadas por parentesco de primer grado a la embarazada o a su cónyuge existen patologías que obliguen a adoptar medidas especiales de diagnóstico y tratamiento. La violencia doméstica durante el embarazo es un problema de salud pública a escala mundial, Los malos tratos en el embarazo pueden afectar a todas las mujeres independientemente de su nivel socioeconómico, lo que resalta la importancia del seguimiento de las gestantes ante la posibilidad de que estos se produzcan. El Papanicolaou tiene como fin estudiar los cambios anormales de las células del cuello de la matriz, algunos de ellos pueden ser causados por el virus de papiloma humano, y pueden indicar un riesgo de cáncer o un cáncer ya existente. La detección temprana de células anormales en el cuello de la matriz, seguido del tratamiento adecuado y a tiempo, ofrecen una forma de prevenir el progreso de cualquier problema que afecte potencialmente el pronóstico de tu futuro embarazo y el bebé. A su vez detecta infecciones por hongos y otros tipos de infecciones bacterianas. Estas últimas llamadas vaginosis bacterianas, se asocian a los partos pre término. Prescripción de ácido fólico y sulfato ferroso la deficiencia de ácido fólico ha sido bien identificada como un factor teratogénico que incrementa el riesgo de los defectos del tubo neural.

Gráfico N° 5

Actividades específicas en la primera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

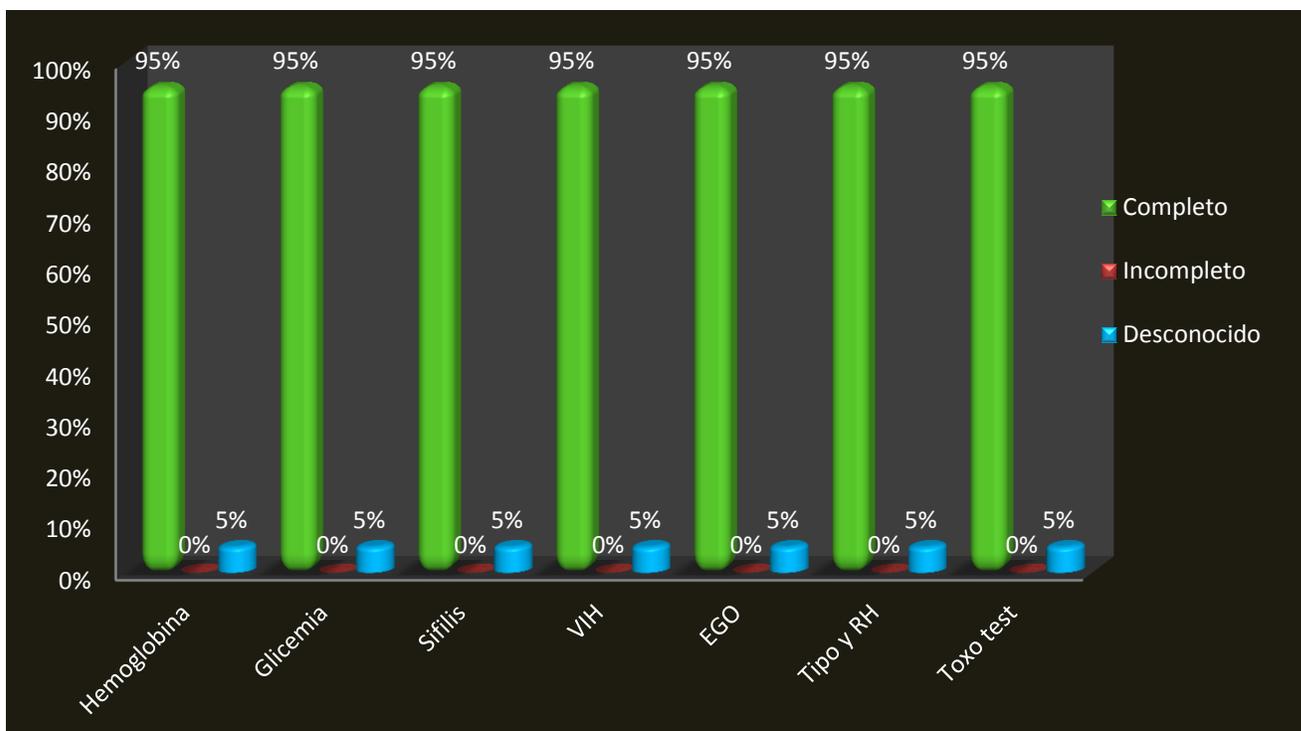


Fuente: Tabla N° 5

De acuerdo a la gráfica de las actividades específicas realizadas en el primer control prenatal, con respecto al cumplimiento de estas la inspección del abdomen cuenta con un 45% de cumplimiento, al igual que el cumplimiento de la medición de altura uterina cuyo porcentaje de cumplimiento es de un 45%, mientras que la aplicación de la vacuna antitetánica solo cuenta con un porcentaje de cumplimiento del 36% , Ya que la inspección del abdomen permite identificar características de la piel, la presencia de la línea de alba, la presencia de cicatrices que permite el indagar sobre cirugías anteriores, por otra parte la medición de altura uterina a partir de las doce semanas de gestación, mediante una cinta calibrada en centímetros en la curvatura abdominal, es un meto accesible, rápido y fácil, permite detectar alteraciones del crecimiento fetal como el retardo del crecimiento intrauterino o un bebe macrosómicos, es importante que la enfermera aplique sus habilidades cognitivas y conocimientos para la intervención en los datos obtenidos. Por otra parte la importancia de la vacuna antitetánica es evitar la contaminación del feto por la toxina de la bacteria *Clostridium tetani*, evitando así la muerte del neonato, por las complicaciones generadas por esta bacteria

Gráfico N° 6

Exámenes realizados en la primera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 6

Según el gráfico de exámenes realizados en la primera consulta del control prenatal encontrando que el personal de salud realiza oriente los exámenes según las normas y protocolo de atención prenatal a embarazadas de bajo riesgo, cumpliendo en un 95% de manera completa dichas actividades y con tan solo un 5% restante de manera desconocida que no se encuentran reflejados en el expediente clínico.

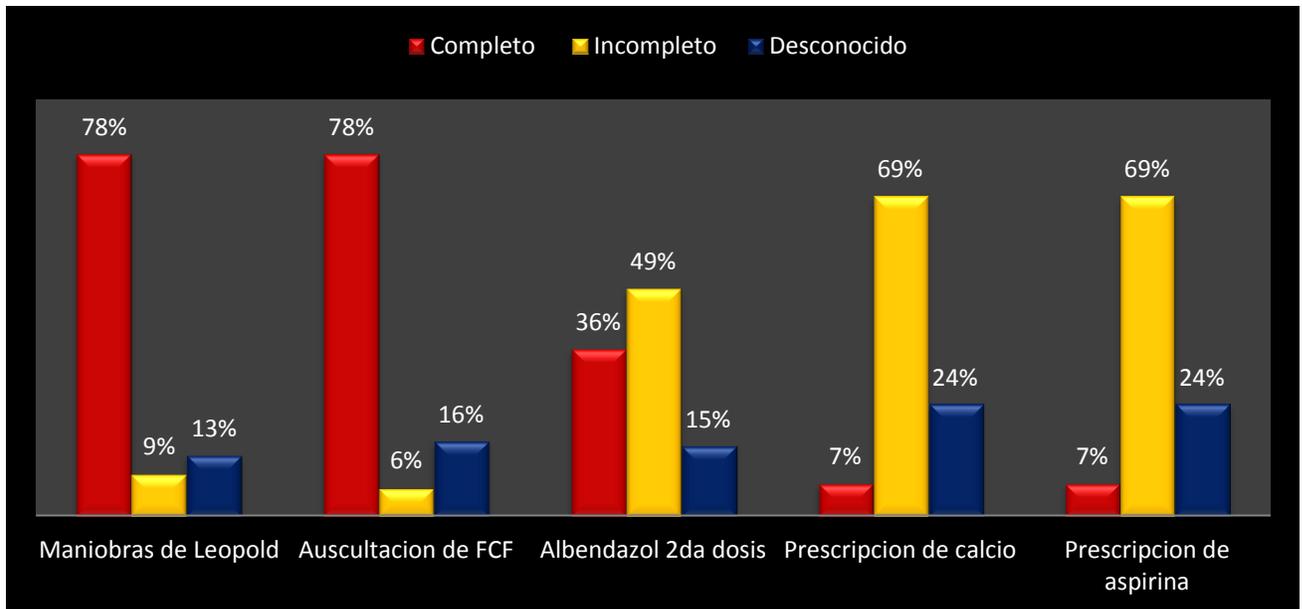
Con respecto a los exámenes de laboratorio el cumplimiento de estos es importante, ya que la biometría hemática permite medir los componentes sanguíneos y descartar una anemia que podría generar complicaciones en el embarazo y el parto ante la presencia de un RCIU o una hemorragia post-parto por la presencia de anemia en el embarazo. La química sanguínea es un estudio de la alteración de los niveles de glucosa y ácido úrico, permite detectar oportunamente alteraciones metabólicas como la diabetes gestacional y permite prevenir complicaciones en el embarazo. La identificación del grupo sanguíneo detecta el factor Rh y el

grupo sanguíneo de la madre, con el fin de prevenir una posible incompatibilidad del Rh entre la madre y el hijo, lo cual podrá ser peligroso para el desarrollo del embarazo.

La examen de VDRL es un estudio que se realiza en sangre, para la detección de la enfermedad venérea principalmente la sífilis, ya que la sífilis puede producir un aborto espontaneo o la contaminación del bebe, De igual manera se debe realizar una prueba para detectar el virus del VIH que ataca ciertas células del sistema inmunitario, es importante realizarla para reducir el riesgo de contaminación del bebe por la transmisión vertical. Mientras que la realización de un examen general de orina, ya que puede dar roturad de membranas en pre-labor, y parto pre-término, a su vez una infección neonatal, pre eclampsia y bebe bajo peso al nacer.

Gráfico N° 7

Actividades específicas en la segunda consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero



Fuente: Tabla N° 7

Según la gráfica de actividades específicas realizadas en la segunda consulta del control prenatal, encontramos que el personal de salud realiza de manera completa las actividades de maniobra de Leopold y auscultación de FCF equivalentes al 78% y la prescripción de Albendazol con un 36%, no obstante las actividades de prescripción de Albendazol, calcio y aspirina se realizaron de manera incompleta siendo equivalente de un 49% a un 69%.

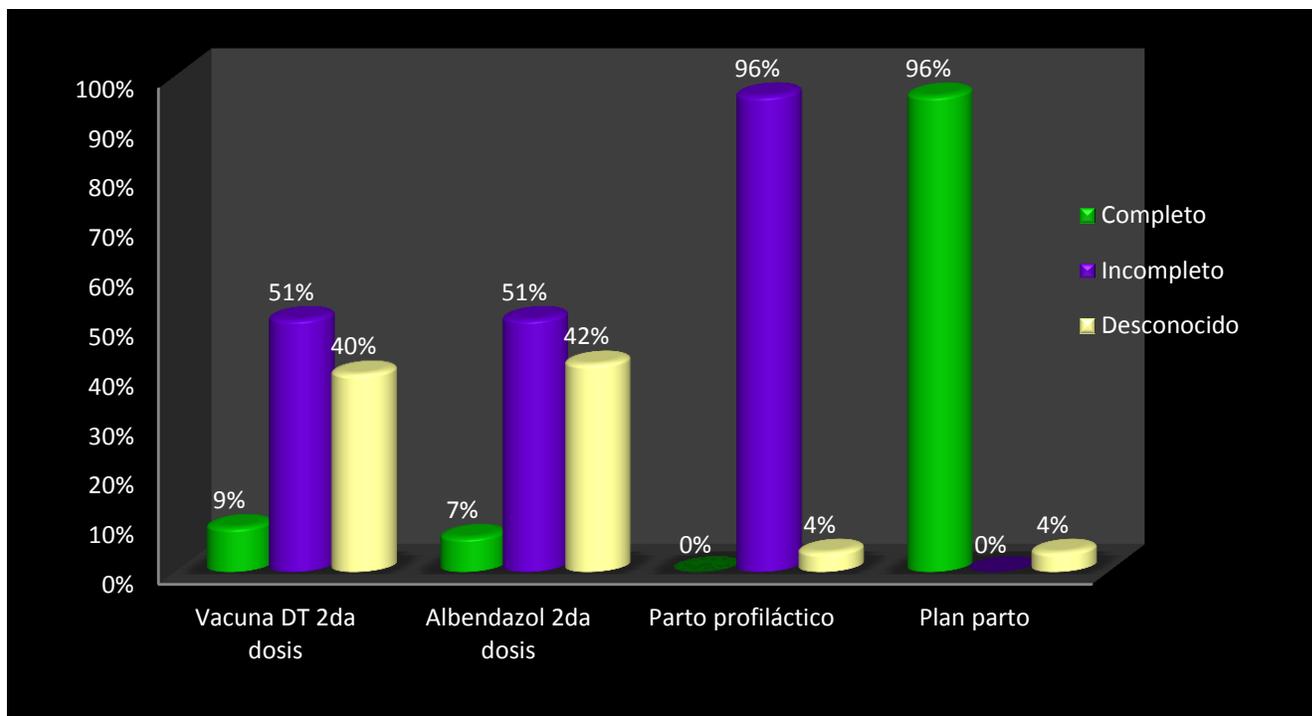
Podemos observar en el gráfico anterior bajo cumplimiento de las actividades específicas en los controles prenatales aun cuanto estas actividades son de suma importancia ya que las maniobras de Leopold son utilizadas para palpar el contenido uterino en etapas cercanas a la terminación del embarazo, la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a partir de las 14 semanas de gestación, estas dos de gran importancia para determinar la vitalidad fetal, por otra parte La administración de antiparasitarios en el embarazo previene significativamente la anemia en las embarazadas y la mortalidad infantil. Además la aspirina en mujeres en riesgo de pre eclampsia, reduce significativamente el riesgo de pre eclampsia, nacimiento pre término, recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. No hay evidencia

de aumentar el sangrado u otros daños a la madre a recién nacido, asociado a lo anterior la administración de calcio a la mujer embarazada disminuye significativamente el riesgo de hipertensión arterial gestacional, pre eclampsia grave, muerte materna o morbilidad grave, los nacimientos pretermo, bajo peso al nacer y la mortalidad neonatal. Como respuesta al problema de salud pública en el que se ha convertido los problemas de hipertensión arterial.

\

Gráfico N° 8

Actividades específicas en la tercera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Cruceiro



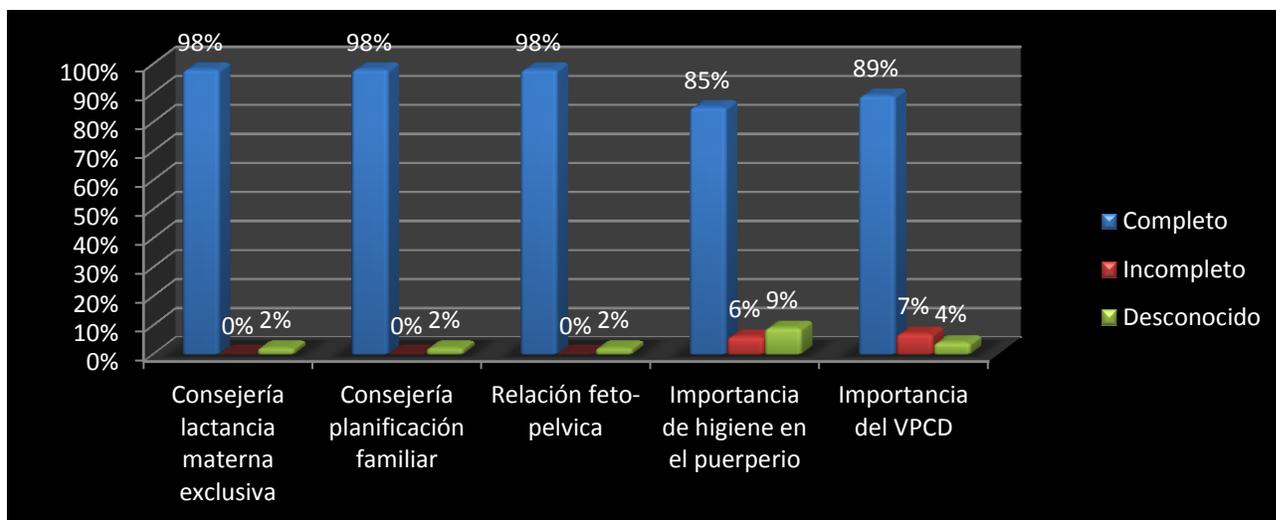
Fuente: Tabla N° 8

La tabla anterior demuestra un bajo cumplimiento de las actividades en el tercer control prenatal, donde la vacuna DT solo se aplica al 9% de las embarazadas, la Albendazol solo a un 7% y las recomendaciones para el parto profiláctico no se les brinda a ninguna de ellas obteniendo un 0%, por otra parte el plan parto es brindado al 96% de las embarazadas que asistieron a su consulta prenatal no obstante debido a la importancia de las actividades se debe recalcar que la vacuna DT previene la infección grave causada por una toxina generada por la bacteria Clostridium tetani que está presente en el suelo. No es contagioso y no se transmite de persona a persona por otra parte La administración de antiparasitarios en el embarazo previene significativamente la anemia en las embarazadas y la mortalidad infantil, El Parto Psico profiláctico se refiere al nacimiento de un niño por vía vaginal, sin anestesia, en el que la mujer colabora y confía en su función reproductiva, en su sabiduría interna, así como en su capacidad para dar a luz. Confía en el peso que la mente puede ejercer sobre el cuerpo y conceptualiza el parto como una experiencia plena y gozosa. Un plan de parto y nacimiento es

un documento escrito que la mujer embarazada utiliza para manifestar sus deseos y expectativas en relación al desarrollo de estos acontecimientos. El mismo debe servir de orientación al equipo de profesionales responsables de su atención durante la estancia en el hospital. Si bien puede elaborarse en cualquier momento de la gestación, es aconsejable hacerlo entre las semanas 28 y 32, este tiene como beneficio estar preparados para el momento del parto.

Gráfico N° 9

Actividades específicas en la cuarta consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

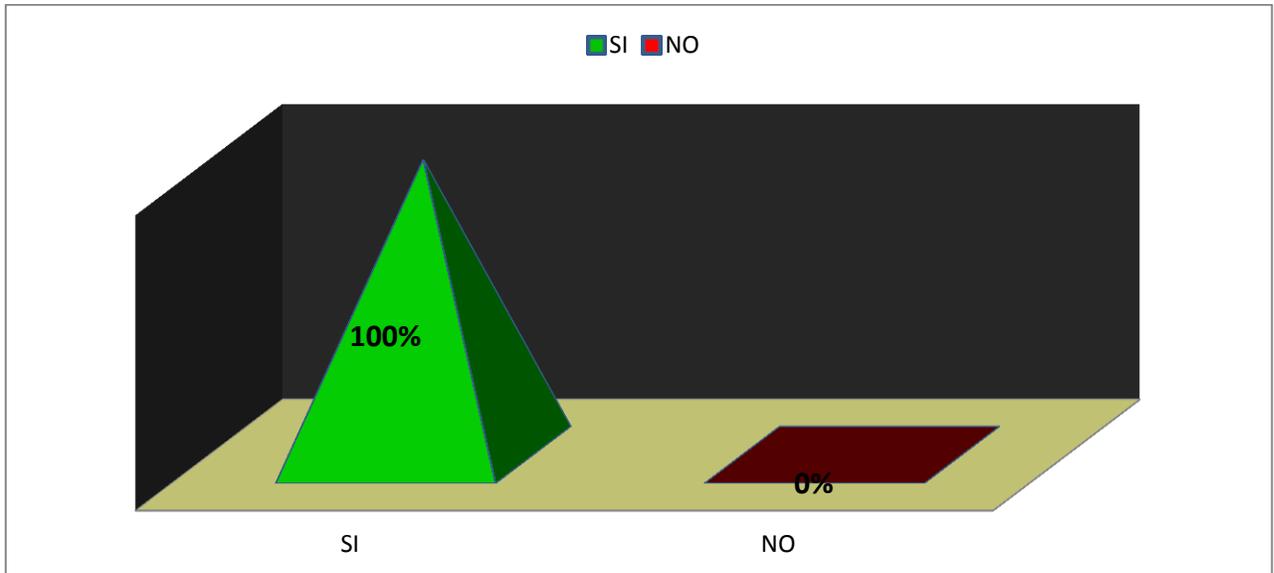


Fuente: Tabla N° 9

En cuanto a la consejería brindada por el personal de salud se observa un alto cumplimiento, con valores como: consejería sobre lactancia materna exclusiva un 98%, consejería sobre planificación familiar 98%, relación feto pélvica 98%, con un ligero declive en las consejería sobre higiene en el puerperio 89% e importancia del VPCD con un 89%, es importante conocerla importancia de cada una de las consejerías como lo es la consejería sobre lactancia materna exclusiva y la leche materna que es el primer alimento natural de los niños, proporciona toda la energía y los nutrientes que necesitan durante sus primeros meses de vida y sigue aportándoles al menos la mitad de sus necesidades nutricionales durante la segunda mitad del primer año y hasta un tercio durante el segundo año de vida. La consejería en planificación familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios, mediante el cual se brindan métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

Gráfico N°10

Tratamiento en pacientes con anemia según resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N°10

El gráfico anterior demuestra que en los expedientes clínicos que se revisaron, las pacientes que presentaron una hemoglobina <11 g/L y un hematocrito de $< 33\%$, el personal de salud las abordó de acuerdo a las normas de intervenciones basado en evidencia proporcionándoles una doble dosis de sulfato ferroso para así controlar la anemia presentada.

La anemia es una de las complicaciones con mayor frecuencia durante el embarazo y su causa es un descenso del hierro por debajo de los valores normales. El hierro es esencial para la producción de hemoglobina, que es la proteína que se encuentra en los glóbulos rojos y lleva el oxígeno a otras células.

Debido a que durante el embarazo la cantidad de sangre en el cuerpo de una mujer embarazada aumenta hasta en un 50 por ciento de lo usual, por lo cual necesita más hierro con el fin de producir más hemoglobina para toda la sangre que es adicional la cual se suministra al bebé y a la placenta.

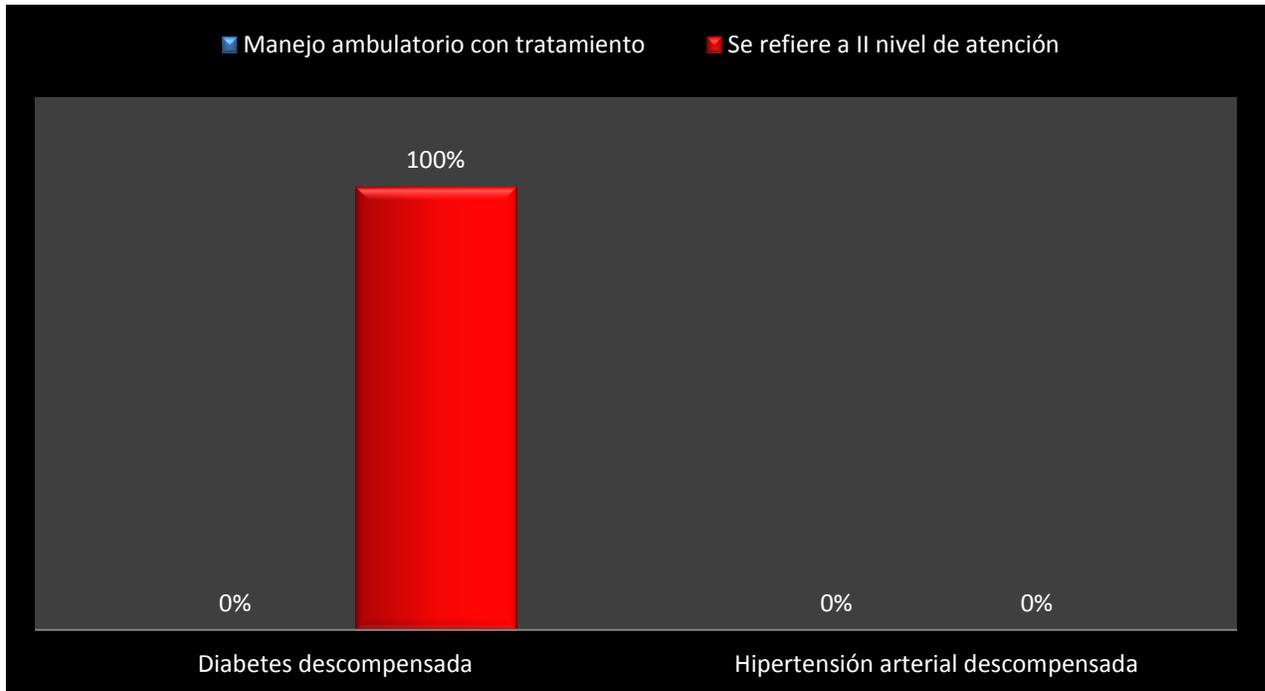
Se recomienda según intervenciones basadas en evidencia la duplicación de las dosis de 600mg a 1200mg al día por vía oral, media hora antes de las comidas, ya que presenta mejor

tolerancia y mayor absorción. El tratamiento se debe de mantener después de dos meses de normalizado el hematocrito y a hemoglobina.

Se debe tomar en cuenta que si a una paciente embarazada con resultados de anemia, no se le brinda la dosis establecida según la norma de intervenciones basada en evidencia le puede provocar cansancio, fatiga, palidez y taquicardia; debido que al haber menos glóbulos rojos no se puede transportar oxígeno por la sangre, por lo tanto, el corazón debe trabajar más aumentando la frecuencia cardíaca.

Gráfico N° 12

Intervenciones en pacientes crónicos por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 12

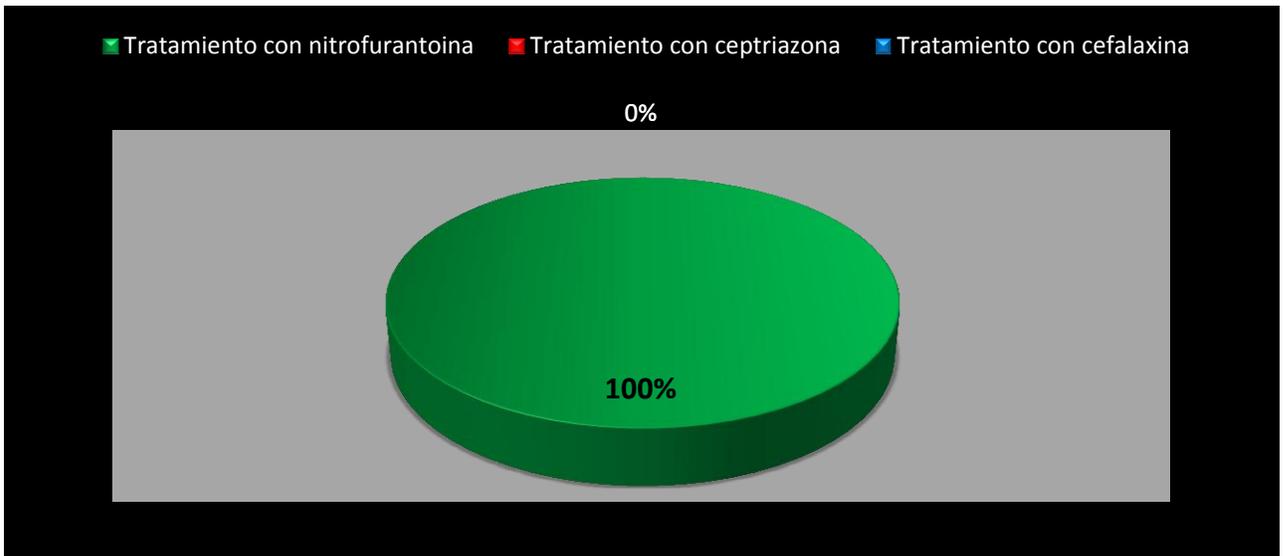
Según el gráfico de intervenciones en pacientes crónicos por el personal de salud, refleja que no se presentaron caso en donde se refiriera a pacientes embarazadas con las enfermedades crónicas mencionadas en el mismo, no obstante refleja que se encontraron a pacientes embarazadas que presentaron diabetes descompensada representado por 1 embarazada equivalente al 1 equivalente al 100% donde el personal de salud actuó de manera oportuna refiriendo a las pacientes a un segundo nivel de atención para su compensación.

La diabetes gestacional es un tipo de diabetes que afecta a las mujeres durante el embarazo, esto se refiere a cuando su cuerpo no es capaz de utilizar los azúcares y almidones que toma de los alimentos que se ingieren para producir energía. Debido a esto su cuerpo acumula azúcar adicional en la sangre. Además a lo largo de su embarazo se pueden presentar afectaciones al feto como malformaciones congénitas, macrosomía fetal o un crecimiento intrauterino retardado.

Cuando los niveles de glicemia se encuentran más alto a los valores normales y no se puede compensar en Centro de Salud, se brinda un manejo hospitalario en cual se debe trasladar a la paciente embarazada con los valores de glicemia actuales, permeabilidad del tracto respiratorio, hidratación si lo amerita con solución salina y siempre se debe referir aunque recupere el estado de conciencia.

Gráfico N° 13

Tratamiento en pacientes con Infección de vías urinarias según resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



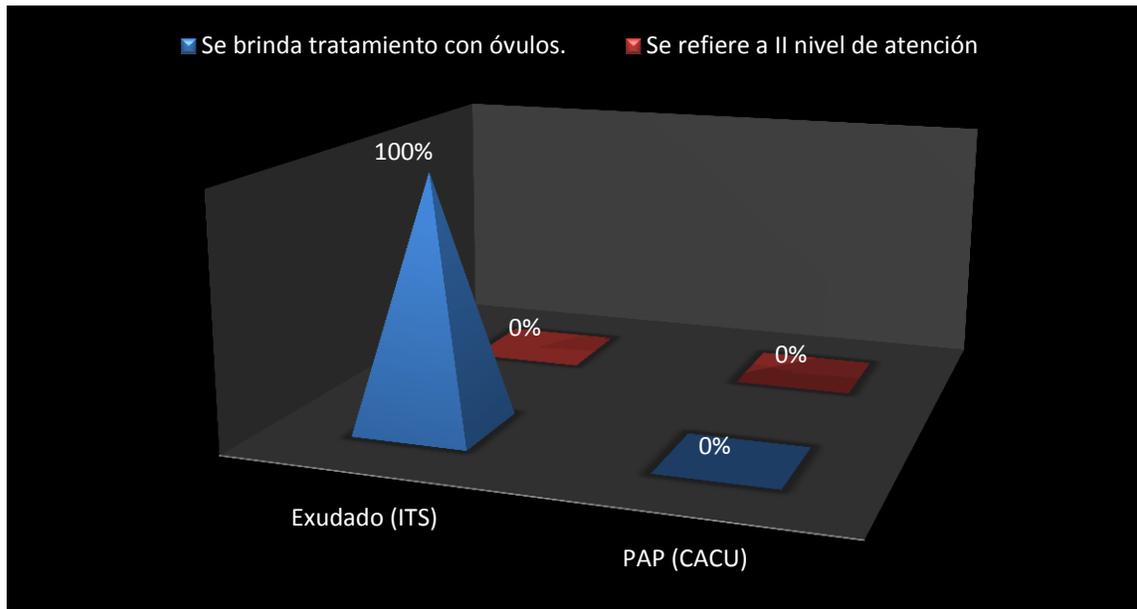
Fuente: Tabla N° 13

Según el gráfico de tratamiento en paciente con infecciones de vías urinarias, refleja que los tratamientos que se pueden utilizar cuando la paciente embarazada presente dicha condición son: Nitrofurantoina, Ceftriaxone y Cefalaxina, no obstante según los resultados encontrados en los expedientes clínicos revisados de embarazadas de bajo riesgo que presentaron infección de vías urinaria, el personal de salud las abordó en su totalidad con Nitrofurantoina.

Las infecciones de vías urinarias ha sido una de las infecciones más frecuentes que se presenta durante el embarazo, muchas veces suele ser de manera asintomática o sintomática. Se han publicado revisiones acerca de las mejores alternativas para el tratamiento de la IVU en mujeres embarazadas, sin embargo, todos estos estudios tienen una grave falla, puesto que se basan en los patrones de resistencia locales de cada país y no son extrapolables a otros países. Basado en los patrones locales informados por la Red Nacional de la Vigilancia de Resistencia a los Antimicrobianos fue posible establecer que E. Coli es resistente a ampicilina y sulfametoxazol en más del 65% y en más del 20% para ciprofloxacina, siendo Nitrofurantoina el antimicrobiano con una resistencia menor al 8%. En base a esos patrones el Ministerio de Salud de Nicaragua, MINSA, cambió el tratamiento de las IVU no complicadas.

Grafico N° 14

Tratamiento brindado por el personal de salud según resultado de examen vaginal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 14

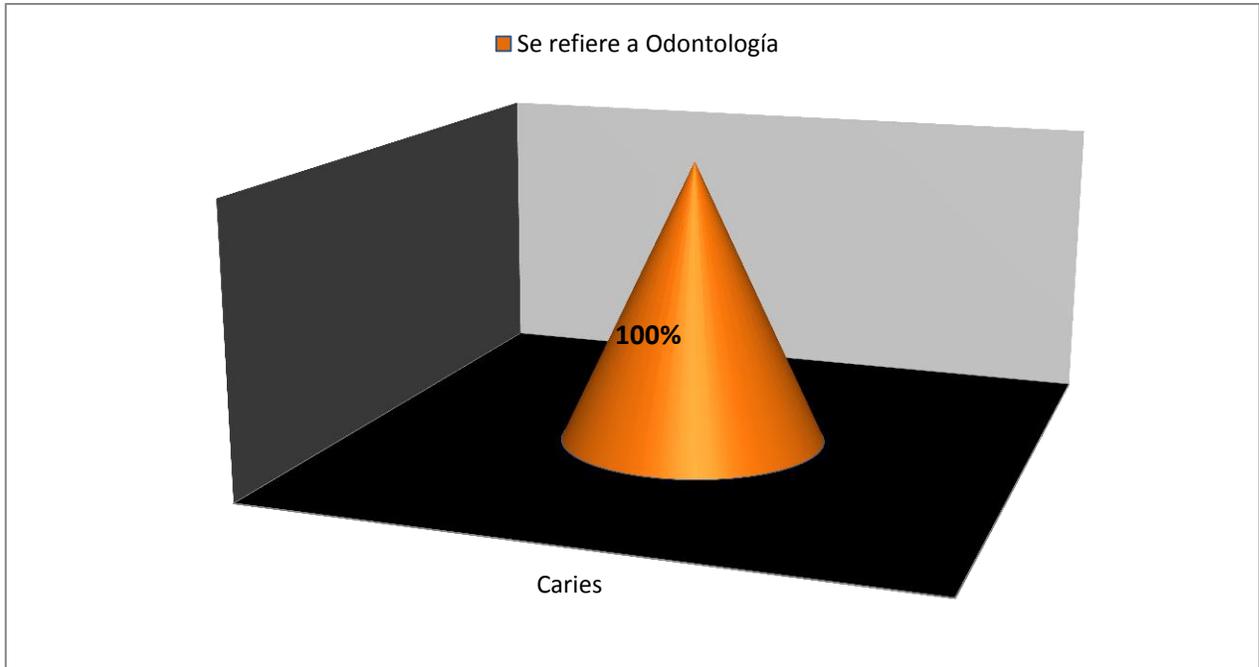
Según el gráfico de tratamiento brindado por el personal de salud según resultado de examen vaginal refleja que de los expediente en estudio que fueron revisados no se encontraron Papanicolaou con resultados positivos, no obstante se encontraron a pacientes embarazadas que presentaron infecciones de transmisión sexual, en el cual el personal de salud actuó brindándoles tratamientos con óvulos de acuerdo a tipo de ITS encontrada.

Dentro del exudado se explora la mucosa vaginal, la cual tiene una flora microbiana normal, cuyo conocimiento y consideración debe tenerse en cuenta a la hora del estudio microbiológico de infecciones vaginales. Se pueden considerar tres situaciones: - Saber cuándo se altera el equilibrio de esta flora colonizante. - Búsqueda de agentes exógenos, transmitidos normalmente por vía sexual. - Detección de portadoras de determinados microorganismos. La mayoría de las situaciones clínicas que pueden ser objeto de estudios microbiológicos para el aislamiento o visualización del agente etiológico.

Referente al Papanicolaou es un estudio que garantiza el diagnóstico precoz de varias enfermedades. Conocido familiarmente como “PAP”, este método para la detección precoz del cáncer de cuello del útero, fue descrito por el médico griego Georges Papanicolaou en 1943. Es un procedimiento muy sencillo que permite diagnosticar varios procesos que pueden estar ocurriendo en el cuello del útero de la mujer, además del cáncer: algunas infecciones vaginales comunes (hongos, parásitos, algunas bacterias), la infección por el virus del papiloma humano (HPV, que con el tiempo puede desarrollar el cáncer) y el propio cáncer de cuello, en estadios muy tempranos. Durante el embarazo, no hay inconveniente en hacer el Pap; es más, debe hacerse, porque permitirá diagnósticos que pueden ser necesarios para un tratamiento adecuado antes del nacimiento del bebé. Cuando una mujer con cáncer queda embarazada, se puede realizar la interrupción del embarazo por medio de una cesárea antes que inicien las modificaciones cervicales; si esto se produjera las células malignas reaccionan ante la modificación cervical, de manera agresiva provocando una posible expansión del mismo.

Gráfico N° 16

Revisión dental de embarazadas de bajo riesgo en Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 16

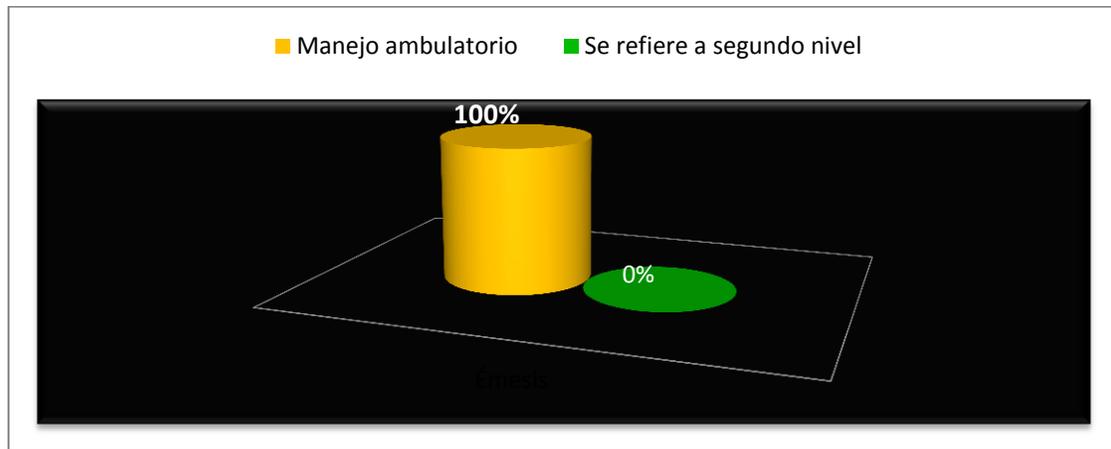
Según la gráfica de revisión dental a embarazadas de bajo riesgo, refleja que dentro de los expedientes clínicos que se utilizaron para dicha revisión se encontraron a 6 embarazada con presencia de caries representando al 100% , donde el personal actuó de manera oportuna refiriéndolas al servicio de odontología. Debido a que los factores que influyen en la transmisión son los niveles bacterianos en los reservorios salivares maternos, la frecuencia y eficiencia de la transmisión y la receptividad del niño a la implantación, que es dependiente de la dieta.

Durante el embarazo se produce una disminución en el PH salival, así como un aumento en la concentración de proteínas y estrógeno, lo que conlleva un incremento de la proliferación y la descamación de la mucosa oral. Estos cambios producen un medio favorable para el crecimiento bacteriano, pudiendo causar una infección que provoque un nacimiento pre término o una sepsis neonatal.

Las caries son caracterizadas por la destrucción de los tejidos. Las bacterias, el ácido, los residuos de comida y la saliva se combinan en la boca para formar una sustancia pegajosa llamada placa que se adhiere a los dientes y que es más prominente en los molares posteriores, justo encima de la línea de los dientes, lo cual sucede es que aumenta la irrigación sanguínea produciendo inflamación y concentración de placa bacteriana en las encías, que complementado con una alimentación deficiente, cambios de hábitos alimentarios por los interminables antojos de la madre e inadecuada pauta de higiene, desencadenan caries.

Gráfico N° 17

Intervenciones del personal de salud a pacientes embarazadas con vómitos, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 17

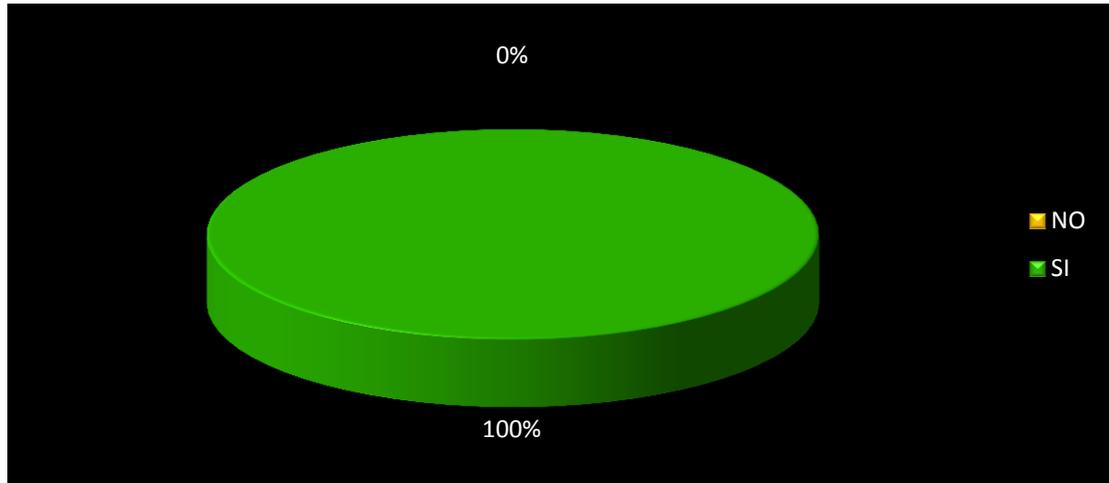
Según el gráfico de intervenciones del personal de salud a pacientes embarazada se observa que la paciente embarazadas que fueron atendidas por el personal de salud no presentaron hiperémesis durante su embarazo, no obstante se reflejaron datos con embarazadas que presentaron Émesis el cual fueron abordadas adecuadamente por el personal de salud ofreciéndoles un manejo ambulatorio.

Las náuseas y los vómitos en las fases precoces del embarazo son un fenómeno extremadamente frecuente, afectan aproximadamente a algo más de la mitad (40%-60%) de las gestantes y son más comunes entre las semanas 6-14 de gestación (suelen resolverse antes de las 16-20 semanas), aunque en un 20% persisten en el segundo y tercer trimestres. En la mayor parte de los casos se mantiene la hidratación y la nutrición por medio de un alivio farmacológico de los síntomas o con ligeros ajustes en la dieta (comidas frecuentes y poco copiosas). El 0,25%-0,5% sufren una verdadera hiperémesis gravídica (vómitos incoercibles que impiden una correcta alimentación, ocasionando una pérdida de peso del 5% o más), que no responde al tratamiento sintomático y se caracteriza por una progresiva deshidratación. Es más frecuente en primigestas, adolescentes, solteras, obesas, no fumadoras y mujeres de raza negra.

La Émesis son náuseas y vómitos esporádicos, generalmente matutinos (suelen aparecer a primera hora de la mañana y mejoran a lo largo del día) y que no alteran el estado general de la paciente ni impiden su correcta alimentación. Generalmente se acompañan de una falta de aumento de peso en los primeros meses de gestación y, a veces, de un discreto adelgazamiento, lo cual puede ser que cause en la mujer embarazada una pequeña pérdida de peso, impidiendo el desarrollo y la nutrición del feto; sin embargo, el estado general es bueno y la exploración clínica es normal. En ocasiones puede acompañarse de alteraciones del sueño, cansancio e irritabilidad.

Gráfico N° 18

Consejería brindada por personal de salud a embarazadas con pezones no aptos, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.



Fuente: Tabla N° 18

Según la gráfica de consejería brindada por el personal de salud a embarazadas con pezones no aptos, refleja que dentro de los expedientes clínicos que se retomaron para revisión; un total de 3 embarazadas que representa al 100%, presentaron pezones no aptos para la lactancia materna, actuando el personal de salud de dicho centro de manera oportuna brindándoles la consejería adecuada para su condición.

Durante la lactancia materna en especial al comienzo, el pecho de la madre puede sufrir diversas afecciones. Los problemas del pecho durante la lactancia son temporales y tienen solución orientando a la paciente de forma adecuada y entendible.

Cuando los pezones planos no sobresalen hacia afuera y los invertidos están hundidos en el interior de la areola, puede ser que salgan al estimularlos. Ninguno de estos casos incapacitan para dar de mamar al recién nacido, ni tienen por qué ser motivo de abandono, aunque puede al principio de la lactancia algo problemático si el agarre es dificultoso, pueden presentarse grietas o un rechazo del pecho.

XI. Conclusiones.

Al analizar las variables que intervienen en el cumplimiento del protocolo de atención prenatal se ha llegado a las siguientes conclusiones.

1. En los trabajadores de salud que brindan atención prenatal de bajo riesgo en estudio sobresalen dentro de las características sociales, con respecto a la edad y el sexo, el predominio del sexo masculino y edades entre 46 a 55 años, con un porcentaje del 34%.
2. En los trabajadores dentro de las características laborales en relación a la antigüedad y el nivel de profesionalización, se encontró el predominio de los médicos generales con más de 15 años de antigüedad laboral.
3. De las actividades básicas cada uno de los controles prenatales, se encuentro lo siguiente:
 - Se cumplieron las actividades básicas con un 68% en el primer control prenatal, 74% en el segundo control y tercer control prenatal y con un 87% en el cuarto control prenatal.
4. Según los datos obtenidos en el estudio de las actividades específicas realizadas en cada control prenatal encontramos que:
 - Las actividades específicas se cumplieron en un 95% en primer control, seguido por un 40% en el segundo control, 28% en el tercer control y por último con un 92% en el cuarto control prenatal.
5. Según los datos obtenidos en el estudio de las intervenciones terapéuticas según resultados de exámenes encontramos que:
 - El tratamiento en pacientes con anemia según resultados de examen por el personal de salud igual a un 100%.
 - Según las intervenciones en pacientes crónicas en diabetes descompensada con un porcentaje de 100%.
 - Según las intervenciones para pacientes con infecciones en vías urinarias un 100% de pacientes tratadas con Nitrofurantoina.
 - En los tratamientos brindados por el personal de salud en resultados de examen vaginal un 100%.

- Con respecto a las embarazadas con presencia de caries que se refieren a atención odontológica un 100%.
- En relación a las intervenciones del personal de salud a pacientes con vómitos (Émesis) 100%.
- Según los resultados de la inspección de los pezones por parte del personal de salud se brindó consejería a un 100% de las pacientes.

XII. Recomendaciones.

A la dirección del Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, se recomienda realizar controles rutinarios de los expedientes clínicos para que el llenado de estas sea realizado de una forma correcta.

Por otra parte se recomienda revisar Normas y protocolo de atención a embarazadas de bajo riesgo, identificado las actividades básicas y específicas que se deben realizar en cada control prenatal, con el fin de estimular el cumplimiento del mismo.

Al personal de admisión de la institución se recomienda la utilización de la papelería dispuesta para el expediente clínico y la actualización de los censos por barrios y sectores.

De igual manera se recomienda al personal que brinda atención de controles prenatales detallar todas las actividades realizadas en el expediente clínico, agregar firma y nombre de la persona que realiza el control prenatal.

XIII. Bibliografía.

- Aburto, M.E. (2014). *Módulo de enfermería Obstétrica y Perinatal I*.
- Altamirano Ángel, et al (2003). *Tesis de Evaluación de la mejoría de calidad de atención en la mujer y la niñez en el centro de salud Nelson Rodríguez*, San Sebastián de Yali, Jinotega 2003.
- Arias F, (2000). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*, Caracas: Scientarium.
- Conde Agudelo, A, A-B. (2006). *Espaciamiento de los nacimientos y el riesgo de resultados perinatales adversos: un meta –análisis*. Estados Unidos: Revista de la Asociación Médica.
- Cordero Marcia (2008). *Compendio de temas del programa de la asignatura Enfermería de la Mujer*, CUR-Matagalpa.
- Fregia Bultharesw Glenda (1982) *Enfermería Perinatal (1era edición)* México: Editorial LIMUSA.
- Gispert Carlos, (2008) *Nuevo Manual de Enfermería*, España, editorial Océano.
- Gómez Marcelo *Introducción a la metodología de la investigación científica* (2006) Córdoba: Brujas
- Granados Molinares Martha y Sevilla Mairena Adela (2005). *Seminario de graduación de enfermería renal y embarazo en el centro de salud Guanuca*, en SILAIS del municipio de Matagalpa.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación, Cuarta edición*, México: Distrito Federal
- Hernández, R Fernández, C Y Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación, Quinta edición*. México: Distrito Federal.
- Hernández Rocha Jorge y Escobar Sánchez Karen (2010). *Seminario de graduación de Factores de riesgo que inciden en las infecciones de vías urinarias en mujeres en edad fértil atendidas en el puesto de salud Guanuca*, Matagalpa
- Ladewing Londeon Olds (1995). *Enfermería Materno-Infantil, 4ta edición*: México.
- Martínez Elorza Gustavo (2009). *Manual de Enfermería Zamora (3era reimpresión)*. Bogotá Colombia: Zamora editores.

- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981): *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: Universidad de California, Consultoría Psicólogos
- Ministerio de salud (2008). *Normas y Protocolo para la Atención de las complicaciones Obstétrica (3era edición)* Managua: MINSA.
- Ministerio de salud (2008) *Normas y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién nacido de bajo riesgo (011)* Managua: MINSA.
- Ministerio de salud (2008). *Protocolo para la Atención Prenatal (parte dos)*. Managua: MINSA.
- Ministerio de salud (2008). *Intervenciones basadas en evidencias para reducir la mortalidad Neonatal (2da edición)*. Managua: MINSA.
- Narváez Danilo (2010). *Tesis de Manejo de las infecciones de vías urinarias en el HEODRA, LEON Marzo*.
- Niswander, K. (1981) *Manual de Obstetricia Diagnóstico y terapia*. Editorial: Little, Brown and Company 1
- Reeder, Martin, Koniak (1995). *Enfermería Materno-Infantil (17ª edición)* México: MCGRAW HILL Interamericana.
- Sackett DL, Haynes RB, Tugwell P. *Epidemiología clínica: una ciencia básica para la medicina clínica*, Primera edición. Boston: Little, Brown, 1985
- Schwartz, R. Fescina, R. Durverges, (2005). *Obstetricia. (5ta edición)*. Argentina. EL ATENEIO.
- Shar Merck y Dohme (1997). *Manual MERCK (1era edición)*, España: Océano.

XIV.

Anexos

Bosquejo

Agradecimiento

Dedicatoria

Valoración docente

Resumen

I. Introducción

II. Justificación

III. Antecedentes

IV. Planteamiento del problema

V. Preguntas directrices

VI. Objetivo general

VII. Diseño metodológico

VIII. Operacionalización de variables

IX. Desarrollo del subtema

1. Las características socio-laborales

1.1 Las características sociales

1.2 Las características laborales

2. Control prenatal

3. Actividades básicas para todas las consultas de atención prenatal

4. Actividades específicas en cada control prenatal

4.1. Primera consulta

4.2. Segunda consulta

4.3. Tercer control

4.4. Cuarta control

5. Intervenciones terapéuticas basadas en resultados de exámenes

X. Discusión de los resultados

XI. Conclusiones

XII. Recomendaciones

XIII. Bibliografía

XIV. Anexos.

Instrumentos

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
Instituto Politécnico de la Salud.
“Luis Felipe Moncada”

ENCUESTA

El propósito de este instrumento es recolectar los Datos generales del personal del centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Clave: _____

1) Características sociales.

a) Sexo:

_____ Femenino. _____ Masculino.

b) Edad:

< 25 años.

___ 25 a 35 años

___ 36 a 45 años.

___ 46 a 55 años

___ >55 años

2) Características laborales:

a) Nivel de profesionalización.

_____ Médico Ginecólogo. _____ Médico Internista.

_____ Médico General. _____ Lic. Obstetra.

_____ Lic. Materno Infantil. _____ Enfermería profesional.

_____ Auxiliar de enfermería.

b) Antigüedad:

_____ 1 año a 5 años

_____ 6 años a 10 años

_____ 11 años a 15 años.

_____ >15 años

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.

Instituto Politécnico de la Salud.

“Luis Felipe Moncada”

Guía de revisión de expediente clínico.

El propósito de este instrumento es analizar el cumplimiento de las actividades básicas y específicas que se realizan dentro de los controles de atención prenatal de bajo riesgo, se efectuará por estudiantes de v año de licenciatura de enfermería con orientación en obstetricia y perinatología.

Nº de expediente_____ Edad gestacional_____ Clave_____

Validación de Instrumentos



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN POR JUECES ESPECIALISTAS

Tema: Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud. Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Autores:

Br. Johanna Anabel Garay Pérez.

Br. María Teresa Fornos Orozco.

A continuación se le solicita que en la casilla de valoración, anote según su criterio el número de la calificación del ítem evaluado, de acuerdo a la siguiente escala. En la columna de observaciones puede anotar que ya realizó la recomendación en el documento revisado.

1 = Deficiente

2= Regular

3= Bueno

4= Excelente

5= No Aplica

TEMA DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Está estructurado con no más de 20 palabras	4	
Es claro, preciso y conciso	4	
Refleja el tiempo y espacio	4	
Refleja ¿Qué, Cómo, Cuándo y Dónde?	4	
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Se corresponden con el tema de investigación	4	
Los objetivos específicos se derivan del objetivos general	4	
La redacción de los objetivos es clara y comprensible	4	
Los objetivos son realistas		
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Describe las características del tipo de investigación	4	
Enuncia con claridad el universo, muestra y muestreo	4	
La selección de la muestra es coherente con el tipo de investigación	4	
Describe el procedimiento para la selección de la muestra	4	
Fundamenta las técnicas seleccionadas para la recolección de datos	4	
Describe el proceso de aplicación de los instrumentos	4	
Describe el proceso para realizar la triangulación de datos	4	

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Los instrumentos responden a los objetivos de la investigación	4	
Las técnicas e instrumentos se relacionan con los objetivos de estudios	4	
La estructura es adecuada al tipo de instrumento	4	
Calidad de redacción y ortografía de los ítems	4	
Los ítems son claros y entendibles	4	
Los ítems responden a la operacionalización de las variables	2	
La secuencia de los ítems es lógica y coherente	2	
Factibilidad de la aplicación del instrumento	4	



Msc. Enriqueta Rodríguez Tercero.
Lic. Enfermería Materno Infantil.
Maestría en docencia.
Docente de Departamento Enfermería
POLISAL UNAN Managua
06 de agosto de 2015



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN POR JUECES ESPECIALISTAS

Tema: Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud. Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Autores:

Br. Johanna Anabel Garay Pérez.
Br. María Teresa Fornos Orozco.

A continuación se le solicita que en la casilla de valoración, anote según su criterio el número de la calificación del ítem evaluado, de acuerdo a la siguiente escala. En la columna de observaciones puede anotar que ya realizó la recomendación en el documento revisado.

1 = Deficiente

2= Regular

3= Bueno

4= Excelente

5= No Aplica

TEMA DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Está estructurado con no más de 20 palabras	3	más de 20 palabras.
Es claro, preciso y conciso	3	
Refleja el tiempo y espacio	3	
Refleja ¿Qué, Cómo, Cuándo y Dónde?	3	falta el período.
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Se corresponden con el tema de investigación	4	
Los objetivos específicos se derivan del objetivos general	4	
La redacción de los objetivos es clara y comprensible	4	
Los objetivos son realistas	4	
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Describe las características del tipo de investigación	4	
Enuncia con claridad el universo, muestra y muestreo	4	
La selección de la muestra es coherente con el tipo de investigación	4	
Describe el procedimiento para la selección de la muestra	4	
Fundamenta las técnicas seleccionadas para la recolección de datos	4	
Describe el proceso de aplicación de los instrumentos	4	
Describe el proceso para realizar la triangulación de datos	3	

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Los instrumentos responden a los objetivos de la investigación	3	
Las técnicas e instrumentos se relacionan con los objetivos de estudios	4	
La estructura es adecuada al tipo de instrumento	4	
Calidad de redacción y ortografía de los ítems	3	
Los ítems son claros y entendibles	3	
Los ítems responden a la operacionalización de las variables	3	
La secuencia de los ítems es lógica y coherente	3	
Factibilidad de la aplicación del instrumento	3	

Revisen mejor lo que dice la teoría al respecto y relacionarlo con su investigación.

Carla Mejía
 Msc. Carla Mejía.
 Lic. Enfermería Paciente Crítico.
 Maestría en Docencia.
 Docente de Departamento Enfermería
 POLISAL UNAN Managua
 06 de agosto de 2015



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN POR JUECES ESPECIALISTAS

Tema: Cumplimiento del protocolo de atención prenatal de bajo riesgo, por el personal de salud. Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Autores:

Br. Johanna Anabel Garay Pérez.

Br. María Teresa Fornos Orozco.

A continuación se le solicita que en la casilla de valoración, anote según su criterio el número de la calificación del ítem evaluado, de acuerdo a la siguiente escala. En la columna de observaciones puede anotar que ya realizó la recomendación en el documento revisado.

1 = Deficiente

2= Regular

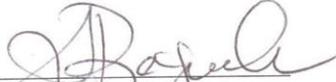
3= Bueno

4= Excelente

5= No Aplica

TEMA DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Está estructurado con no más de 20 palabras	4	
Es claro, preciso y conciso	4	
Refleja el tiempo y espacio	4	
Refleja ¿Qué, Cómo, Cuándo y Dónde?	4	
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Se corresponden con el tema de investigación	4	
Los objetivos específicos se derivan del objetivos general	4	
La redacción de los objetivos es clara y comprensible	4	
Los objetivos son realistas	4	
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	
Describe las características del tipo de investigación	4	
Enuncia con claridad el universo, muestra y muestreo	3	mejorar redacción
La selección de la muestra es coherente con el tipo de investigación	3	Explicar cómo se escogen
Describe el procedimiento para la selección de la muestra	3	
Fundamenta las técnicas seleccionadas para la recolección de datos	2	
Describe el proceso de aplicación de los instrumentos	2	
Describe el proceso para realizar la triangulación de datos	2	Explicar cómo lo harán

INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN	Valoración en número	OBSERVACIONES
Los instrumentos responden a los objetivos de la investigación	2	El instrumento no
Las técnicas e instrumentos se relacionan con los objetivos de estudios	3	se corresponde
La estructura es adecuada al tipo de instrumento	2	con lo exp. viable.
Calidad de redacción y ortografía de los ítems	4	
Los ítems son claros y entendibles	2	Hay 3 datos orden
Los ítems responden a la operacionalización de las variables	2	lógico según variable
La secuencia de los ítems es lógica y coherente	2	
Factibilidad de la aplicación del instrumento	4	


Msc. Sandra Reyes Alvarez
Maestría en Investigación Educativa
Docente de Departamento Enfermería
POLISAL UNAN Managua
06 de agosto de 2015

16/8/2015



Gobierno de Reconquiere Nación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2015
Vamos Adelante!

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD EL CRUCERO

El Crucero 27 de Octubre 2015.

Sra. Melba Rodríguez
Responsable de Estadística
C/S El Crucero.

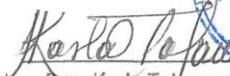
Estimada Sra. Rodríguez:

Por este medio me dirijo a usted para comunicarle que la Cra. JOHANA ANABEL GARAY PEREZ Y MARIA TERESA FORNOS OROZCO, actualmente estudiantes de la Lic. De Enfermería, estarán realizando revisión de expedientes clínicos con el fin de darle cumplimiento a su trabajo investigativo: Protocolo de atención prenatal de bajo riesgo por el personal de salud en el Centro de Salud Nuestra Señora de las victorias en el periodo comprendido de Febrero –abril 2015. Dicha actividad se estará realizando los días de Lunes a jueves en horario de 8:30 am - 12:00 md y el día viernes de 8:30 am. 4 pm.

Los expedientes se estarán revisando en el área de admisión.

Agradeciendo su atención a la presente, esperando el apoyo para dichas compañeras, le saludo.

Atentamente.


Dra. Karla Talavera
Directora.



Tablas

I. CARACTERÍSTICAS SOCIO – LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD QUE LABORA EN EL CENTRO DE SALUD, NUESTRA SEÑORA DE LAS VICTORIAS, EL CRUCERO.

Tabla N° 1

Sexo y Edad del personal de salud que labora en Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Sexo Edad	Femenino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<25 años	0	0%	0	0%	0	0%
25 años -35 años	1	11%	1	11%	2	22%
36 años -45 años	1	11%	1	11%	2	22%
46 años -55 años	2	22%	3	34%	5	56%
>55 años	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	44%	5	56%	9	100%

Fuente: Encuesta.

Tabla N° 2

Nivel de profesionalización y Antigüedad del personal que labora en el Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Antigüedad Nivel de profesionalización	1 año -5años		6años -10años		11años -15años		>15 años		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Médico ginecológico	0	0%	0	0%	1	11%	0	0%	1	11%
Médico internista	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Médico general	3	33%	0	0%	0	0%	4	45%	7	78%
Lic. Enfermería obstetra	0	0%	0	0%	0	0%	1	11%	1	11%
Lic. Enfermería materno infantil	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Enfermería profesional	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Auxiliar de enfermería	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	33%	0	0%	1	11%	5	56%	9	100%

Fuente: Encuesta.

II. ACTIVIDADES BÁSICAS REALIZADAS EN CADA CONSULTA DE LOS CONTROLES PRENATALES.

Tabla N°3

Actividades básicas registradas en el expediente clínico en cada uno de los controles prenatales, Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Actividades registradas en el expediente clínico.	Primer control				Segundo control				Tercer control				Cuarto control			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Llenado de HCPB.	37	67%	10	18%	34	62%	9	16%	36	65%	11	20%	44	80%	5	9%
Llenado completo de expediente clínico.	42	76%	5	9%	41	74%	3	6%	43	78%	4	7%	48	87%	0	0%
Toma de signos vitales.	44	80%	1	2%	44	80%	0	0%	44	80%	2	4%	48	87%	0	0%
Talla de embarazada.	44	80%	1	2%	44	80%	0	0%	44	80%	2	4%	48	87%	0	0%
Cálculo de IMC.	44	80%	1	2%	38	69%	0	0%	41	74%	3	6%	43	78%	0	0%
Cálculo de edad gestacional.	36	65%	1	2%	44	80%	0	0%	45	82%	1	2%	48	87%	0	0%
Examen físico general.	44	80%	1	2%	44	80%	0	0%	44	80%	2	4%	48	87%	0	0%
Clasificación del embarazo.	45	82%	1	2%	37	67%	6	11%	32	58%	11	20%	48	87%	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 4

Actividades básicas interactivas con el paciente en cada consulta del control prenatal, Centro de Salud Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Actividades interactivas con el paciente.	Primer control				Segundo control				Tercer control				Cuarto control			
	Completo		Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		Incompleto		Completo		Incompleto	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Indagar sobre factores de riesgo.	41	74%	5	9%	38	69%	9	16%	33	60%	6	11%	43	78%	0	0%
Indagar sobre violencia.	11	20%	10	18%	43	78%	7	13%	19	35%	10	18%	9	17%	24	43%
Indagar sobre el apoyo de la familia y pareja.	12	22%	10	18%	30	54%	18	33%	22	40%	7	13%	4	7%	29	53%
Examen clínico de Mama.	37	67%	4	7%	42	76%	0	0%	44	80%	2	4%	48	87%	0	0%
Toma de PAP.	37	67%	4	7%	40	73%	0	0%	45	81%	1	2%	47	85%	0	0%
Toma de exudado	35	64%	4	7%	40	73%	0	0%	44	80%	1	2%	48	87%	0	0%
Entrega de sulfato ferroso y Ácido fólico.	44	80%	1	2%	44	80%	0	0%	45	81%	1	2%	48	87%	0	0%
Consejería sobre signos de peligro.	44	80%	1	2%	49	89%	0	0%	45	81%	1	2%	48	87%	0	0%

Fuente: revisión de expediente clínico.

III. Actividades específicas de cada consulta de los controles prenatales.

Tabla N° 5

Actividades específicas en la primera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

	Completo		Incompleto		Desconocido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Inspección de abdomen	25	45%	23	42%	7	13%	55	100%
Medición de altura uterina	25	45%	23	42%	7	13%	55	100%
Vacuna DT 1er dosis	20	36%	28	51%	7	13%	55	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 6

Exámenes realizados en la primera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Exámenes de laboratorio	Completo		Incompleto		Desconocido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Prueba de hemoglobina	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Prueba de glicemia	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Prueba de sífilis	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Prueba de VIH	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Examen general de orina	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Prueba de tipo y RH	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%
Prueba de toxo test	52	95%	0	0%	3	5%	55	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 7

Actividades específicas en la segunda consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Actividades segundo control prenatal	Completo		Incompleto		Desconocido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Maniobras de Leopold	43	78%	5	9%	7	13%	55	100%
Auscultación de FCF								
Prescripción de albendazol 1er dosis	43	78%	3	6%	9	16%	55	100%
Prescripción de calcio	20	36%	27	49%	8	15%	55	100%
Prescripción de aspirina	4	7%	38	69%	13	24%	55	100%
	4	7%	38	69%	13	24%	55	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 8

Actividades específicas en la tercera consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Actividades tercer control prenatal	Completo		Incompleto		Desconocido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vacuna DT 2da dosis	5	9%	28	51%	22	40%	55	100%
Prescripción de albendazol 2da dosis	4	7%	28	51%	23	42%	55	100%
Instrucciones de parto profiláctico	0	0%	53	96%	2	4%	55	100%
Instrucciones de plan parto	53	96%	0	0%	2	4%	55	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 9

Actividades específicas en la cuarta consulta del control prenatal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Actividades, cuarto control prenatal	Completo		Incompleto		Desconocido		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Relación feto-pélvica	54	98%	0	0%	1	2%	55	100%
Consejería lactancia materna	54	98%	0	0%	1	2%	55	100%
Consejería planificación familiar	54	98%	0	0%	1	2%	55	100%
Importancia de higiene y cuidado en el puerperio	47	85%	3	6%	5	9%	55	100%
Importancia del VPCD	49	90%	4	7%	2	4%	55	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

IV. INTERVENCIONES TERAPEUTICAS SEGÚN RESULTADOS DE EXAMENES.

Tabla N°10

Tratamiento en pacientes con anemia según resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Anemia	Doble dosis de sulfato ferroso		TOTAL	
	N	%	N	%
SI	6	100%	6	100%
NO	0	0%	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 11

Enfermedades de transmisión sexual captadas en resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Enfermedades de transmisión sexual	Se refiere a II nivel de atención	
	N	%
Sífilis positivo	0	0%
VIH positivo	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 12

Intervenciones en pacientes crónicos por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Enfermedades crónicas	Manejo ambulatorio con tratamiento		Se refiere a II nivel de atención		Total	
	N	%	N	%	N	%
Diabetes compensada	0	0%	0	0%	0	0%
Diabetes descompensada	0	0%	1	100%	1	100%
Hipertensión arterial compensada	0	0%	0	0%	0	0%
Hipertensión arterial descompensada	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 13

Tratamiento en pacientes con Infección de vías urinarias según resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Infección de vías urinarias	N	%
Tratamiento con nitrofurantoina	21	100%
Tratamiento con ceftriazona	0	0%
Tratamiento con cefalaxina	0	0%
Total	21	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 14

Tratamiento brindado por el personal de salud según resultado de examen vaginal, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Exámenes vaginales.	Se brinda tratamiento con óvulos.		Se refiere a II nivel de atención		Total	
	N	%	N	%	N	%
Exudado (ITS)	5	100%	0	0%	5	100%
PAP (CACU)	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 15

Índice de masa corporal según resultados de examen por el personal de salud, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.

Índice de masa corporal	Se refiere a nutrición	
	N	%
<18	0	0%
Total	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Tabla N° 16**Revisión dental de embarazadas de bajo riesgo en Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.**

Revisión dental	Se refiere a odontología	
	N	%
Caries	6	100%
Total	6	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.**Tabla N° 17****Intervenciones del personal de salud a pacientes embarazadas con vómitos, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.**

Vómitos	Manejo ambulatorio		Se refiere a II nivel de atención		Total	
	N	%	N	%	N	%
Émesis	2	100%	0	0%	2	100%
hiperémesis	0	0%	0	0%	0	0%

Fuente: Revisión de expediente clínico.**Tabla N° 18****Consejería brindada por personal de salud a embarazadas con pezones no aptos, Centro de Salud, Nuestra Señora de las Victorias, El Crucero.**

Pezones	consejería		Total	
	N	%	N	%
NO	0	0%	0	0%
SI	3	100%	3	100%

Fuente: Revisión de expediente clínico.

Cronograma y Presupuesto

Cronograma de actividades.

Mes.	Marzo.						Abril.								Mayo.				Junio.						
Fechas.	09	10	16	17	23	24	06	07	13	14	20	21	27	28	08	15	22	29	01	02	08	09	15	16	
Orientaciones sobre realización del protocolo.	X	X	X	X																					
Investigación sobre las líneas de investigación.			X	X																					
Elección del tema.					X	X																			
Elaboración del subtema.					X	X																			
Visita al centro de salud.							X	X																	
Redacción de objetivos.									X	X															
Redacción del planteamiento.									X	X															
Redacción de preguntas directrices.										X	X														
Primera revisión.												X													
Investigación del tema en biblioteca.			X		X		X		X																
Elaboración del bosquejo.															X	X									
Elaboración de Operacionalización de variables.															X	X									
Elaboración de diseño metodológico.															X	X	X								
Segunda revisión.															X	X									
Elaboración de resumen.																		X							
Elaboración de introducción.																		X							

Mes.	Marzo.						Abril.								Mayo.				Junio.						
Fechas.	09	10	16	17	23	24	06	07	13	14	20	21	27	28	08	15	22	29	01	02	08	09	15	16	
Elaboración de antecedentes.																					<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		
Elaboración de justificación.																					<input checked="" type="checkbox"/>				
Elaboración de marco teórico.																					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>			
Elaboración de guía de revisión documental.																							<input checked="" type="checkbox"/>		
Elaboración de presupuesto.																					<input checked="" type="checkbox"/>				
Elaboración de cronograma																							<input checked="" type="checkbox"/>		
Tercera revisión.																									<input checked="" type="checkbox"/>

Presupuesto.

Actividades realizadas	Cantidades	Costo unitario		Total	
		Córdobas	Dólares	Córdobas	Dólares
Transporte al lugar de estudio en microbús	20 viajes	C\$ 60	\$2.15	C\$ 1200	\$ 43
Transporte al sitio de reunión en microbús	20 viajes	C\$ 60	\$2.15	C\$ 1200	\$ 43
Refrigerio de jueces.	3 refrigerios	C\$ 40	\$1.40	C\$ 120	\$ 4.2
Refrigerio al personal de salud en estudio	6 refrigerios	C\$ 40	\$1.40	C\$ 240	\$ 8.4
Alimentación de los investigadores	40 platos de comida	C\$ 60	\$2.15	C\$ 2400	\$ 86
Viajes en moto al sitio de reunión	5 viajes	C\$ 120	\$4.30	C\$ 600	\$ 21.5
Impresiones	15 borradores	C\$ 280	\$10	C\$ 4200	\$ 150
Uso de Internet	600 horas	C\$ 12	\$0.43	C\$ 7200	\$ 258
CD	2 CD	C\$ 70	\$ 2.50	C\$ 140	\$5
Empastados	3 empastados	C\$ 280	\$ 10	C\$ 840	\$ 30
Ropa para defensa	2 trajes completos	C\$ 1000	\$36	C\$ 2000	\$ 72
Total				C\$ 20,140	\$ 719

|