

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA -MATAGALPA



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

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

Subtema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en el p/s Lacayo Farfán, en el municipio Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

Autor:

Br. Nehemías Torres Orozco.

Tutor:

Mcs. Maricela Olivas

Matagalpa 2016

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA -MATAGALPA



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

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

Subtema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en el p/s Lacayo Farfán, en el municipio Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

Autor:

Br. Nehemías Tórrez Orozco.

Tutora:

MSc. Maricela Olivas

Matagalpa 2016

INDICE

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración del docente.....	iii
Resumen.....	iv
Introducción.....	1
Justificación.....	4
Objetivos.....	5
Desarrollo.....	6
Conclusiones.....	73
Bibliografía.....	74
Anexos.....	76

Dedicatoria

Dedico este estudio a Dios sobre todas las cosas, por haberme dado la vida, la salud, sabiduría, para poder llevar a cabo este trabajo empoderándome para vencer las dificultades y obstáculos durante el transcurso del tiempo.

A mi padre, por su amor y múltiples sacrificios, palabras de aliento y apoyo incondicional.

A mis hermanos(as) que de una u otra forma han colaborado económica, espiritual y fraternalmente.

En especial a mi mamá; quien me enseñó a luchar, a esforzarme con valor, a trabajar con humanismo y aunque ya no este conmigo ha sido parte de mi motivación y la satisfacción porque lucho para alcanzar el triunfo más grande de todo ser humano.

Br. Nehemías Tórrez Orozco.

Agradecimientos

Agradezco a Dios en primer lugar por darme la vida, la salud, sabiduría, para poder llevar a cabo este trabajo empoderándome para vencer las dificultades y obstáculos durante el transcurso del tiempo.

A las gestantes que formaron parte de nuestra investigación y permitimos observar las intervenciones realizadas por el personal de enfermería.

A mis docentes que representan una fuente para nuestro aprendizaje durante estos años y formar parte de una profesión tan humanista.

A mi familia que de una u otra manera me colaboraron para para lograr este objetivo.

Br. Nehemías Tórrez Orozco.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDICIDPLINARIA –MATAGALPA
DEPARTAMENTO DE CIENCIA TECNOLOGIA Y SALUD



Matagalpa, 11 de febrero del 2017

VALORACION DEL DOCENTE

Por este medio se informa, que el seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en enfermería materno infantil, que lleva por Tema general: intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas, en puestos de salud del departamento de Matagalpa año 2016. Y como subtema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo, según normas en el puesto de salud Lacayo Farfán del municipio y departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

Autor:

Br: Nehemías Tórrez Orozco.

MSc. Maricela Martínez olivas

Resumen

Las intervenciones y cuidados de enfermería durante las atenciones prenatales son de vital importancia para brindar una atención eficiente la gestante en base a la normativa 011 que el ministerio de salud ha implementado con el fin de evitar alteraciones durante el embarazo y de esta forma disminuir muertes materno-fetal.

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

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

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

El propósito de nuestra investigación fue relacionar las intervenciones de enfermería según la norma y la aplicación de cuidados durante la atención prenatal en el centro salud lacayo farfán de Matagalpa durante el segundo semestre del año 2016. Para este trabajo se indagaron datos de los sectores rurales de este puesto de salud.

Se observó que en la mayoría de los controles prenatales se realizaron de acuerdo a la normativa 011 Minsa, pero también existen muchas dificultades en el cumplimiento del 100% de esta norma y protocolo de atención, debido a diferentes factores, tanto como tiempo lugar de la entrevista, recursos necesarios y disposición del personal de enfermería y paciente.

I. Introducción

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por ende el presente trabajo describe las intervenciones de enfermería aplicadas durante la atención prenatal a mujeres de bajo riesgo, según la normativa que es un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible que contribuye a la actualización de los conocimientos del manejo de la atención prenatal en el p/s Lacayo Farfán ubicado en el Bo: La colonia del departamento de Matagalpa, en el cual se aplicó un estudio descriptivo de corte transversal y prospectivo en el tiempo, con un universo constituido por 14 embarazadas que recibieron atención prenatal en dicho puesto durante el segundo semestre del año 2016, con una muestra conformada por las 14 embarazadas debido a que el universo lo constituyeron una pequeña cantidad. Las variables que se incluyeron son: intervenciones de enfermería y evaluación de las intervenciones. La información para este estudio se obtuvo de las fuentes primarias es decir las embarazadas que asisten a cada atención prenatal y el personal de enfermería que brinda la atención además las fuentes secundarias constituidas por los libros y páginas web. Para la obtención de la información se usó la guía de observación en el que se reflejaron los datos de interés para el estudio, esta información fue procesada en epi-info para la tabulación

de los datos, además se realizó un análisis descriptivo a partir de los porcentajes presentados en las tablas, también se usó el programa de Microsoft Word y power point para la presentación de los datos.

II. Justificación

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

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

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

III. Objetivos:

Objetivo General:

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y aplicación de cuidados de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el puesto de salud Lacayo Farfán, Bo La colonia del departamento Matagalpa, II semestre 2016.

Objetivos específicos:

1. Documentar las intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo.
2. Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención en los pacientes en estudio.
3. Evaluar las intervenciones aplicadas en el cuidado a los pacientes en estudio.-

IV. Desarrollo:

Caracterización del puesto de salud en estudio.

El puesto de salud Lacayo Farfán, se nombra así en honor al Dr. Enrique lacayo Farfán. Está situado en el Bo. La colonia Rubén Darío esquina opuesta a la aguada municipal, Matagalpa, cuenta tres recursos de salud dos enfermeras y un médico general. El personal de enfermería lo integra la Lic. Luisa Amanda Rodríguez y Lic. Telma Castro que atienden a todas las usuarias que corresponden a control prenatal, planificación familiar, inmunizaciones y pap.

El personal de este puesto brinda atención a siete sectores: Bo. La colonia Rubén Darío, Rec. Molino norte, anexo La hielera, comunidad La flor, Tepeyac, La estrellita, y Las nubes para una población de aproximada de 2, 300 habitantes. Cuenta con áreas de docencia, inmunizaciones, curaciones, procedimientos, es el único P/S que cuenta con equipos de esterilización. Cabe agregar que a la evaluación del SILAIS departamental, Matagalpa brinda una atención muy buena a los usuarios que requieren de sus servicios basados en indicadores.

Tipos de cuidados

Cuidados de estimulación de confirmación.

Cuidado de conservación y continuidad de la vida.

Cuidado de autoimagen.

Cuidado de sosiego o de relajación.

Cuidado de compensación.

Embarazo

Es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación Normal de la paciente (MINSA, Normas y Protocolo Para La Atención Prenatal, Parto ,Recien Nacido Y Puerperio De Bajo Riesgo, 2015)

Tipos de embarazo

Embarazo ectópico.

Es la anidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina la cual puede ser tubárica, ovárica, abdominal, intraligamentaria, intersticial, ístmica o cervical.

Embarazo molar.

Se caracteriza por la proliferación anormal de vellosidad coriónica.

Embarazo precoz.

Se denomina así a todo embarazo ocurrido entre los 10 y 14 años de edad, periodos en el cual la preadolescente cuenta con un aparato genital insuficientemente desarrollado.

Embarazo prolongado (postérmino)

Es aquel que sobrepasa el límite de 293 días o 41 semanas y seis días contados desde el primer día del último ciclo menstrual regular (MINSA, Normas y Protocolos Para La Atención De Complicaciones Obstetricas, 2008)

Intervenciones de enfermería: Estrategias concretas elaboradas por la enfermera/o para prevenir, curar, controlar y lograr los objetivos establecidos.

Tipos de intervenciones

Intervenciones de enfermería: son las que realiza el personal de enfermería.

Intervenciones del paciente Es la intervención del paciente en su autocuidado para integrarse en su propio cuidado, el paciente debe conocer sobre su estado de salud actual, factores de riesgo y plan terapéutico a seguir, esto contribuirá a la práctica de estilos de vida saludables.

Intervenciones de la familia: Es la intervención del núcleo familiar en el cuidado del paciente para integrarse en el cuidado del paciente, la familia debe conocer el estado de salud actual, factores de riesgo y plan terapéutico a seguir, ésta contribuirá a la práctica de estilos de vida saludables y al alcance de resultados esperados.

Cuidado de Enfermería: Conjunto de acciones claramente definidas y organizadas que Enfermería brinda a la persona, familia y la comunidad con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales que en continua

integración con su entorno viven experiencias de salud o enfermedad sustentadas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario del MINSA.

(Normativa 128, 2014).

Tipos de cuidados: dependientes son los que realiza el personal de enfermería con previa orden médica e independientes son los cuidados meramente del personal de enfermería.

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

Tipos de embarazo: de bajo riesgo y de alto riesgo.

(Normativa 011, 2015)

Expediente Clínico: Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imaginológicos o de cualquier tipo de almacenamiento de datos, ordenados sistemáticamente, en los cuales el personal de salud autorizado anota, registra y certifica sus intervenciones, correspondientes a los servicios de atención en salud suministrados a las personas en los establecimientos proveedores de estos servicios, de acuerdo con las regulaciones sanitarias vigentes en Nicaragua.

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

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

Algunas disposiciones generales del expediente clínico disposiciones

Generales

Las instituciones y establecimientos, proveedores de servicios de salud públicos y privados, deben aplicar obligatoriamente la Norma del Expediente Clínico establecida por el MINSA. El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el

monitoreo y evaluación al buen desempeño del personal, en el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos establecidos en esta normativa.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: Poder Judicial, Procuraduría General de la República, Fiscalía General de la República (Ministerio Público), Policía Nacional y autoridades del Ministerio de Salud Utilización del Expediente Clínico.

Utilización del expediente clínico.

Tendrán derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente Habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública y privada. Es obligación de todas las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo. Las carpetas o cubiertas del expediente clínico en uso activo deben tener un “porta expediente”, que consiste en un sujetador metálico, en atención hospitalaria, donde se colocan el nombre completo del o la paciente, número de expediente y número de cama. Todo personal de salud autorizado que haga anotación en el expediente clínico debe registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código de internado o del MINSA. Se exceptúan del código a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería que responden a sus planes docentes. Las anotaciones en el expediente clínico se realizarán con claridad para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado. A fin de garantizar la integridad, calidad y seguimiento de los planes diagnósticos, terapéutico y educativos de los pacientes, incluyendo los procesos auditables. En el ejercicio activo de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, los errores en alguna nota consignada en el expediente se corregirán pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha de ocurrencia.

(Normativa 004, 2013)

Listado de procedimientos

1. Procedimientos Asistenciales
2. Abordaje clínico y sanitario.
3. Evolución y seguimiento.
4. Resolución del caso.
5. Procedimientos Administrativos

6. Admisión e Ingreso
7. Permanencia y estancia
8. Alta y egreso
9. Procedimientos docente-asistenciales
10. Diagnósticos.
11. Terapéuticos.
12. Prognosis: rehabilitación, protección y promoción
13. Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.
14. Ordenamiento y clasificación.
15. Almacenamiento y conservación.
16. Mantenimiento en modo activo o pasivo.

(Norma 004, 2013)

EI HCP

Concepto: es una herramienta útil, dinámica y ágil, dirigida al personal de salud que presta servicios a la población y enfocada para el proceso de atención a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido. Con esta herramienta se pretende que el personal de salud tomador de decisión, cuente con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada.

La **Historia Clínica Perinatal**, forma parte de los componentes del Sistema Informático Perinatal (SIP), el cual junto con el Carné Perinatal son instrumentos diseñados para fortalecer la calidad de la atención materno-infantil, mediante la organización de los servicios.

Objetivo

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

Política de operación: La Historia Clínica Perinatal (HCP), es un instrumento diseñado para ayudar en las decisiones relacionadas con el manejo clínico

individual de la mujer embarazada durante la atención prenatal, el parto y el puerperio y del recién nacido/a hasta el alta.

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

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

Listado de Procedimientos

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

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

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

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.
5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.
8. Egreso del Recién nacido/a.
9. Egreso Materno.
10. Anticoncepción
(Normativa 106)

TABLA N°1: Enfermería realiza el llenado de expediente clínico y formulario de HCP durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	2	14.29%	2	14.29%	12	85.71%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería realizó el llenado de formularios el 85.71%(12 embarazadas) fue satisfactorio y el 14.29%(2 embarazadas) fue insatisfactorio.

Tomando en cuenta que el expediente clínico es un documento legal, donde se registra cada intervención que se le realiza al usuario(as), es importante que enfermería realice dicha actividad de manera clara y precisa para realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada con la embarazada en los diferentes periodos del embarazo. En la normativa 011 (2015) establece el estricto cumplimiento de esta actividad en cada atención prenatal.

Factores sociales: es una serie de elementos vinculados que pueden afectar negativa o positivamente en la vida social.

Violencia: Es toda acción que tiene dirección e intención de una persona, realizada contra otra, con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico o ambos.

Tipos de violencia: Violencia Física, Violencia sexual, Violencia Psicológica o Emocional, Violencia Patrimonial o Económica, Violencia de Pareja.

Violencia física: Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o

internas, visibles o no, que incluye lesiones a la autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física.

Violencia patrimonial o económica: Son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de la mujer, sus hijos e hijas, destrucción de sus bienes personales o mancomunados que puede incluir la casa de habitación, enseres domésticos, equipos y herramientas de trabajo, bienes, muebles o inmuebles. Incluye también la negación a cubrir las cuotas alimenticias para hijas e hijos o los gastos básicos para la sobrevivencia del núcleo familiar.

Violencia sexual: Es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación.

Violencia psicológica o emocional: Es toda acción u omisión que infringe o intente infligir daño a la autoestima, la identidad y/o el desarrollo de la persona. Incluye insultos constantes, negligencia, abandono emocional, humillación, descalificaciones y comparaciones negativas, ridiculizaciones, burlas, chantajes y manipulación emocional, amenazas e intimidaciones, degradación, aislamiento, control de las amistades y familiares; así como la destrucción de mascotas y objetos de valor sentimental para la persona violentada.

Violencia de pareja: Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, la cual se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física

Pobreza: la situación o condición socio económica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permite un adecuado nivel y calidad de vida tal como la alimentación la vivienda, la educación el acceso a agua potable entre otros.

Apoyo de familiar

Es el contacto natural para crecer y recibir apoyo. Ante los cambios del ciclo vital o ante los sucesos estresantes que ocurren a lo largo de la vida. Las familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar.

Apoyo de pareja: El apoyo mutuo o ayuda mutua es un término que describe la cooperación la reciprocidad y el trabajo en equipo y que conlleva o implica un beneficio mutuo para los individuos cooperantes. Es una expresión utilizada en la teoría de organizaciones y en el plano económico y político es uno de los principales enunciados del anarquismo

Apoyo psicoemocional: El apoyo emocional nos referimos a entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como individuos y como miembros de la especie humana, es decir, a aquel tipo de relaciones más simples que se originan en el interior de las familias, grupos tribales o clanes y que deberían mantenerse o ampliarse en agrupaciones sociales más grandes o complejas.

El apoyo emocional es muy importante en distintos ámbitos de la vida .desde un punto de vista positivo, un ser humano establece relaciones personales a lo largo de la vida: relaciones con amigos; compañeros de trabajo, familia; pareja.

Los recursos de enfermería hacen indagación los factores sociales de forma satisfactoria con 4 pacientes para un 28.57% insatisfactoria en 4 mujeres otro 28.57% no se observó en 4 gestante, otro 28.57 y no aplico intervenciones ni cuidado en 2 para un 14.28%

Los factores sociales que el personal de enfermería debe indagar, están relacionado con la calidad de vida de cada gestante y su ambiente familiar. Los recursos de enfermería que atienden en las áreas de salud deben estar familiarizando con la comunidad que maneja, conocer la situación de la familia.

Tabla N°2. El personal de enfermería Indaga sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) y situación psicoemocional en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería indagó sobre factores sociales, el 100%(14 gestantes) fue satisfactorio.

Cada ser humano enfrenta diferentes desafíos en cualquier etapa de su vida, debido a diferentes factores que influyen en la sociedad, en una embarazada estos factores pueden provocar daños físicos o emocionales en la salud del embarazo, por la preocupación y el estrés que puede generarse, ya que todo el ambiente en el que está inmerso la gestante lo percibe el bebé. Por tal razón, es indispensable que el personal de enfermería se familiarice e indague sobre el ambiente familiar y social, para brindar una atención acertada a las necesidades de la paciente en cada atención prenatal.

Ingreso y seguimiento al censo gerencial.

Censo Gerencial: es un conjunto de herramientas útiles, dinámicas y ágiles, dirigidas al personal de salud, que permite identificar el universo de mujeres embarazadas, puérperas y postnatales, para realizar el seguimiento y reconociendo a las que tienen factores de riesgo obstétrico y reproductivo, facilitando la toma de decisiones oportunas, desde su embarazo hasta un año posterior al parto.

Objetivo

Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inasistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal así Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

Evaluar la cobertura por comunidades y barrios, de los servicios ofrecidos por el Sector Salud para la atención de las mujeres en periodo de embarazo, parto institucional, planificación familiar y lactancia materna.

Generalidades del llenado

Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.

Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.

Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, Parto Institucional, Puerperio y Postnatal).

Prevención de Inasistentes a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.

Identificar Inasistentes para la búsqueda activa, embarazadas que han sido referidas a otro servicio o institución (casa materna, hospital) y/o que han emigrado del barrio o la comunidad, a fin de proporcionarle seguimiento a través de la red de servicios.

Políticas de Operación

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

Listado de Procedimientos

Se realizaran las siguientes acciones: Llenado y actualización de la boleta del censo gerencial. Actualización del Croquis. Análisis e interpretación de los datos

a) Revisión diaria del censo gerencial b) Llenado del control semanal de embarazadas próximas a Parir c) Llenado del Reporte mensual de las Inasistentes

d) Inasistentes; prevención y búsqueda. Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria

Políticas de Operación El Censo Gerencial de embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

TABLA N°3: Enfermería realiza el Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas Puérperas y Postnatales durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	4	28.57%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería realizó el Ingreso y seguimiento al censo gerencial el 78.57%(11 gestantes) fue satisfactorio, 14.29%(2 embarazadas) insatisfactorio y 7.14%(1) no observado.

La realización de esta actividad constituye una herramienta y una estrategia elemental para llevar un mejor control y seguimiento de cada una de las embarazadas en el territorio, ya que a través de su cumplimiento se verifica la asistencia de cada gestante, en ese sentido la normativa 011, 2015 refleja que: se debe dar seguimiento a la embarazada en todo el periodo del embarazo.

Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos.

Antecedente.

Estos datos se obtienen al momento de la primera consulta. Si la mujer es hospitalizada (por trabajo de parto, por aborto o enfermedad) en un establecimiento

diferente, al lugar de la atención prenatal, los datos de esta sección podrán obtenerse del carné perinatal o por interrogatorio directo al momento del ingreso.

Familiares: Registro de las relaciones entre los miembros de una familia conjunto con sus antecedentes médicos. Los antecedentes familiares pueden mostrar las características de ciertas enfermedades de una familia también se llama antecedente médicos familiares.

Personales: se refiere antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente que puede tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad así como antecedentes quirúrgico, antecedentes sistemática por aparato. Laborales y antecedentes de medio.

TABLA N°4: Enfermería indaga sobre Antecedentes familiares, personales y antecedentes obstétricos durante la atención prenatal de bajo riesgo durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	0	%	0	0%	0	0%	3	21.43%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería indagó sobre los antecedentes familiares, personales y obstétricos, el 21.43%(3 embarazadas) fue satisfactorio y 78.57 (2embarzadas) no aplica.

Las mujeres que tienen antecedentes, llámese personales, familiares u obstétricos, tienen mayor probabilidad de desencadenar cambios durante su embarazo en comparación a mujeres que no presentan antecedentes, Por esta razón se debe realizar esta actividad en las unidades de salud con mucha diligencia en la primera atención prenatal mediante la entrevista con la gestante, además darle prioridad y seguimiento si alguna presento antecedentes. Con respecto a esto la normativa 011,

(2015), manifiesta que: toda embarazada con antecedentes familiares, personales u obstétricos requiere de una atención especial.

Medición de la talla.

Talla: Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo. Es importante su toma en el comienzo del embarazo ya que debido a la lordosis o curvatura de la columna vertebral hacia adelante lleva a obtener una talla menor que la real. Se mide en un tallímetro para adultos y se registra en cm sin decimales. Si no se contara con una medición preconcepcional de la talla, se aceptará la talla medida durante la primera consulta del embarazo. (Ministerio de Salud, 2012).

TABLA N°5: Enfermería realiza la Medición de la talla durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal enfermería realizó la medición de la talla, un 78.57%(11 embarazadas) no aplicó y el 21.43%(3 embarazadas) fue satisfactorio.

El personal de enfermería debe realizar esta actividad con eficiencia y eficacia, para evaluar si la embarazada posee la talla adecuada para tener un periodo gestacional satisfactorio, ya que la talla baja es un factor que puede influir negativamente en algún momento del embarazo, por lo que la normativa expresa que se debe efectuar la medición de la talla materna en la primera atención prenatal.

Peso: Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.

Dada la asociación entre la ganancia de peso en la gravidez y los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo de modo de poder detectar en forma temprana desviaciones de lo esperable y aconsejar oportunamente a la mujer embarazada. El peso preconcepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. Ministerio de Salud de la Nación Nutrición y Embarazo (2012).

Técnica para medir el peso

Se orienta a la paciente que en cada atención prenatal se presente con ropa liviana de manera que no altere el peso, la enfermera cuidará que la paciente suba a la pesa sin zapatos, protegerá la base con papel o paño, ayudará a la paciente a subir y bajarse de la pesa, tendrá la balanza en equilibrio, evitará errores en la lectura y anotará los resultados en la tarjeta o carné.

TABLA N°6. Enfermería realiza la medición del peso durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería realizó la medición del peso durante la atención prenatal, el 100%(14 embarazadas) fue satisfactorio.

Esta intervención es considerada muy importante porque proporciona las pautas necesarias para brindar una adecuada evaluación nutricional a la embarazada y evitar alteraciones que pueden ser perjudiciales para lograr un parto satisfactorio.

Los datos se deben anotar siempre en el expediente y HCP que porta la embarazada, según Schwartz los registros de peso durante el embarazo representan un importante medio de control. Por tanto el personal de enfermería debe cumplir esta actividad de manera oportuna.

Examen Odontológico

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

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes.

Objetivos

1. Entregar recomendaciones sobre prevención de caries y enfermedad periodontal en la embarazada.
2. Entregar recomendaciones sobre los métodos diagnósticos para detectar caries y enfermedad periodontal en la embarazada.
3. Entregar recomendaciones sobre el tratamiento de caries y enfermedad periodontal en la embarazada.

Entregar recomendaciones sobre el tratamiento rehabilitador de piezas perdidas en la embarazada.

Examen de Mamas: es una estrategia que se realiza en beneficio de la salud de la mujer usando las técnicas correctas buscando cambios y problemas en el tejido mamario.

Objetivos del examen

Con el examen de mamas se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y

eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. (MINSA, 2013)

Se debe prestar cuidadosa atención a las mamas en el examen periódico de la embarazada. La palpación debe completarse con la evaluación de la región axilar. Los cambios en la consistencia o la aparición de nódulos alertaran al personal de salud tratante a buscar soluciones. (schwarcz-sala-duverges, obstetricia, 1979)

Técnicas para realizar el auto examen de mama

1-lavarse las manos

2- identifique al paciente y oriente el procedimiento

3-coloque a la paciente sentada sin ropa, hasta la cintura con los brazos a los lados del cuerpo

4- pida que levante los brazos sobre la cabeza y luego que presione las manos contra sus caderas .mientras usted observa las características de la piel. Simetría.

5- pida que se incline hacia adelante con los brazos extendidos apoyándose en un espaldar o en las manos del examinador observe en busca de anormalidades o cambios en las mismas como retracción.

6- acueste a la paciente y coloque el brazo debajo de la cabeza que corresponde a la mama que va examinar. Así la mama se extiende uniformemente para detectar los ganglios con más facilidad. Cuando las mamas son muy pequeñas coloque una almohada debajo del hombro en el lado de la mama a examinar.

7- divida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes .Permita la valoración completa de la mama.

8-inicia la palpación por el cuadrante superior externo, usando la yema de los dedos índice, medio y anular gire sus manos con movimientos rotatorios y oprimiendo con suavidad el tejido de las manos contra la pared torácica, permite verificar protuberancia, secreciones o dolor.

9- prosiga el examen de las mamas continuando la palpación de los otros cuadrantes en el sentido de las manecías del reloj incluyendo periferia y areolas.

10- palpe cada pezón apretando entre los dedos pulgares o índice en busca de secreciones.

11- realice el mismo procedimiento con la otra mama.

12- haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

Examen odontológico y de mamas. es importante desde la primera atención prenatal referir a la embarazada a los servicios de salud bucal, con el fin hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas (...) Con respecto al examen de mamas, su realización

U sensibilización es primordial para descubrir la existencia o no de patologías mamarias como el cáncer de mamas.

(Normativa 011, 2015)

TABLA N°7: Enfermería valora el examen odontológico y de mamas durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería valoró el examen odontológico y de mamas, el 78.57%(11 gestantes) corresponde a no aplica y 21.43 (3 embarazadas) fue satisfactorio.

El personal de enfermería debe incentivar a la gestante para la realización del examen odontológico y de mamas en tiempo y forma, considerándose de vital importancia para detectar prevenir procesos infecciosos que pueden ocasionar daños en el embarazo. Dicha actividad está plasmada en la normativa 011- 2015 la cual recalca que, es importante referir a la embarazada a los servicios de salud de bucal desde la primera atención prenatal, con el fin de hacer revisión general en la dentadura. Con respecto al examen de mamas, su realización u sensibilización es primordial para descubrir la existencia o no de patologías mamarias.

Cálculo de edad gestacional

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

Objetivo de cálculo verificar el número de semanas cumplidas desde el primer día de la gestación es decir la fecha de la última regla conforme a la información brindada por la paciente para confirmar la edad gestacional.

Técnicas para calcular la edad gestacional:

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

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

Por FUM:

La amenorrea debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del Primer día de la última menstruación; clínicamente es posible a partir de la altura del fondo uterino a partir de las 12 semanas. (MINSa, 2015)

Se pregunta a la gestante la fecha del primer día de la última menstruación, se suman los días desde esa fecha a la fecha actual, se divide ese número entre siete y de esta manera se obtienen el número de semanas y días que tiene de embarazo.

Por altura del fondo uterino:

La altura uterina 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 cuatro a cinco cm cada mes, hasta el octavo mes; posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible.

Semanas De gestación	Ubicación de la altura del fondo uterino en el abdomen materno	FU(cm)
9	A nivel de la sínfisis del pubis	-
12	El útero se palpa abdomen	-
16	Se encuentra a la mitad entre la sínfisis del pubis y el ombligo	16
22	Se palpa a nivel del ombligo	20
28	Se palpa a tres dedos por encima de la cicatriz umbilical.	24
32	Aumenta tres dedos.	28
36	Alcanza el borde costal y se detiene su crecimiento	32
40	El crecimiento es muy lento y ya no es perceptible.	32

Por USG:

Elemento clave para determinar la edad gestacional, Permite el diagnóstico preciso de:

- 1-ubicación del saco gestacional
- 2-vitalidad del embrión-feto
- 3-número de feto (embarazo único o múltiple)
- 4-anatomía fetal
- 5-edad gestacional (EG)

(MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA -DAR RALPH T , 2012)

TABLA N°8. Enfermería calcula la edad gestacional en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería calculó la edad gestacional en la atención prenatal, el 100%(14) fue satisfactorio.

El personal de enfermería debe de tomar en cuenta las diferentes técnicas para calcular la edad gestacional como: la fecha de la última menstruación, altura uterina y el ultrasonido, útiles para establecer comparaciones entre las cifras y de esta forma fijar un dato acertado acerca de las semanas de gestación, en ese mismo sentido la normativa 011-2015 que indica que: se debe precisar con exactitud la edad gestacional para evitar el incremento de la mortalidad. Por lo tanto, un buen cálculo de la edad gestacional trae consigo grandes beneficios para la mujer embarazada y el personal de salud.

Evaluación de la Nutrición Materna

En las Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, recién nacido/a y puerperio de bajo riesgo del año 2008, se establece que cuando el incremento de peso de la embarazada es menor que el percentil 25, debe sospecharse subnutrición y cuando los valores son mayores que el percentil 90, debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica. La ganancia aproximada de peso durante la gestación es de 12.5 kilogramos; sin embargo, esta varía de acuerdo con las condiciones propias de cada mujer. Esta ganancia de peso se debe a dos componentes principales: los productos de la concepción, feto líquido

amniótico y placenta, y el aumento de tejidos maternos con expansión del volumen sanguíneo y el líquido extracelular, crecimiento del útero y de las mamas, e incremento de los depósitos maternos. La ganancia escasa de peso se asocia con un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacer. La ganancia elevada se asocia con alto peso al nacer, y secundariamente con un mayor peligro de complicaciones relacionadas con la desproporción céfalo- pélvica; además que se constituye en un signo de riesgo para preclamsia. La relación peso/estatura [Índice de Masa Corporal (IMC)] de la madre antes de la gestación, es un factor determinante del crecimiento fetal, de mayor importancia que la ganancia de peso durante la gestación. Las recomendaciones actuales sobre ganancia de peso durante la gestación indican que una mujer con un IMC menor de 18.5 debe tener una ganancia total de 12.5 a 18 kg durante todo el embarazo; mientras que una mujer que inicia su periodo de gestación con un IMC mayor a 25 debe ganar el mínimo de peso que oscila entre 7 a 11.5 kilogramos durante todo el periodo.

(Normativa 029, 2009)

Estado nutricional

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

IMC es un indicador sencillo de utilizar que permite hacer una evaluación sobre el estado nutricional de una persona con solo conocer peso y altura, siendo en la actualidad una de las formas más utilizadas para diagnosticar tanto bajo peso, como desnutrición y obesidad.

Su objetivo principal es dar a conocer el estado nutricional en un marco que establece como normal cuando la cifra resultante se encuentra entre 19 y 24.9. Tomando lo anteriormente mencionado, cuando la cifra resultante del cálculo es inferior indica desnutrición y si por el contrario es superior está marcando un determinado grado de obesidad.

Formula para calcular el IMC

El IMC es el cosiente entre el peso de una persona en kilogramos y su altura (expresada en metros) elevada al cuadrado es sumamente importante para conocer el estado nutricional de la embarazada.

TABLA N°9. Enfermería evalúa el estado nutricional en base al índice de masa corporal en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería evaluó el estado nutricional en base al índice de masa corporal, el 78.57% (3 embarazadas) y 21.43% (3 gestantes) fue satisfactorio.

La evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal permite saber si la mujer posee el peso ideal para el embarazo, el personal de enfermería debe realizar esta actividad de manera eficiente ya que el estado nutricional constituye un elemento esencial en beneficio de la gestante, así lo refleja Schwartz, 1997, manifiesta que: la mujer debe recibir una buena nutrición en cantidad y calidad antes, durante y después del embarazo, por tal razón una adecuada evaluación del estado nutricional influye en un embarazo saludable.

Evaluación del Estado Nutricional en base al IPM.

Los valores de incremento de peso normal a utilizar están entre los percentiles 25 y 90 (parte oscura del gráfico). Las mismas curvas nos dicen cuánto es el aumento normal de peso de la embarazada. Por ejemplo, a las 16 Semanas de Gestación, el rango de incremento de peso normal es de entre 1.8 y 5.1 Kg, a las 20 SG es de entre 3.2 y 8.2 Kg, a las 28 SG entre 6.2 y 11.9, a las 36 SG entre 8.2 y 15.7 Kg.

Incremento de peso

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

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

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

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

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

Tabla N°10. Enfermería evalúa el estado nutricional en base al incremento de peso materno durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	10	71.43%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería evaluó el estado nutricional en base al incremento de peso materno, el 71.43%(10 embarazadas) fue satisfactorio, el 21.43%(3 gestantes) fue insatisfactorio y 7.14%(1 mujer).

Una de las herramientas que se debe tomar en cuenta para hacer la evaluación del estado nutricional es conociendo los niveles normales del incremento de peso en una embarazada, establecida en la norma 011, así como la comparación del peso ideal en relación el peso real, esto dará las pautas para saber si la ganancia de peso, cursa dentro de los rangos normales y así el personal de enfermería brinde orientaciones acertadas

Esquema de la DT

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

El inmunobiológico DT es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. Consiste en asegurar que la embarazada tenga el esquema completo de vacuna.

El tétanos es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que infecta las heridas y produce una toxina (tetánica) que es mortal. La vacuna estimula la producción de anticuerpos en la sangre materna y protege al bebé del tétanos neonatal, forma muy grave de esta enfermedad, que generalmente es fatal.

(Normativa 011, 2015).

TABLA N°11: Enfermería determina el esquema vigente de dt en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	0	0%	0	0%	8	57.14%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	2	14.29%	2	14.29%	4	28.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería determinó el esquema vigente de dt el 57.14%(10 embarazadas) fue satisfactorio, 28.57%(4 gestantes) y 14.29%(2 mujeres).

La importancia de esta vacuna, radica en la prevención del tétano tanto a la mujer como al bebé mediante una inmunización activa de la gestante, de manera que al revisar la tarjeta de vacuna que porta la embarazada se determine si tiene o no el esquema vigente que según la normativa 011-2015 indica que: la embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis con intervalos entre 4 a 8 Por tanto es indispensable que el personal de enfermería el cumplimiento de esta actividad.

Signos vitales

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

signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y temperatura corporal.

La toma de funciones vitales nos permite valorar el funcionamiento del organismo y detectar las alteraciones que son frecuentes en caso de accidentes, para ello es necesario controlar el pulso, presión arterial, respiración y temperatura

Medición de Signos Vitales.

Realizar medición de frecuencia cardíaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial

(P/A). Para la toma de presión arterial (P/A) cumpla los siguientes aspectos: Asegúrese de que la embarazada no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada, medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas, para una nueva toma confirmatoria subsecuente verifique que el tensiómetro marque cero, no desinflar la válvula rápidamente pues da lecturas incorrectas.

TABLA N°12: Enfermería determina la presión arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°) durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	13	92.86%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería determinó la presión arterial (registro, análisis e interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°) el 92.86%(13 embarazadas) fue satisfactorio y 7.14% (1gestante).

El personal de enfermería debe ejecutar esta actividad de manera eficaz, ya que los signos vitales constituyen una herramienta valiosa para determinar el estado funcional en la etapa del embarazo, siendo la presión arterial un elemento principal que se debe determinar con mucha precisión, para lograr una evaluación exhaustiva y prevenir un desbalance en el estado de la salud, se debe orientar a la gestante sobre los factores que pueden alterar estos signos como: las emociones, las actividades físicas, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, etc. Por lo tanto, se requiere de una concientización por parte del personal de salud hacia la embarazada.

Exámenes de laboratorio

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud y se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. (Schwartz Ricardo, 1995.)

Técnica Examen de Papanicolaou.

La realización de esta técnica es muy sencilla. Es preciso introducir un espéculo en la vagina para poder separar las paredes vaginales y visualizar el cuello uterino, de

este modo podremos realizar la toma de lo que se denomina endocérvix, la parte externa del cuello uterino y finalmente se realiza otra toma del endocérvix (la parte correspondiente al canal del cuello uterino, que comunica el interior de la cavidad uterina con la vagina).

Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. (Normativa 009-2008).

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

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

(Normativa 118-2013).

Examen de glicemia

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

Preparación para el examen

El examen se puede hacer de las siguientes maneras: después de no haber comido nada (en ayunas) durante al menos 8 horas, en cualquier momento del día (aleatorio), dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa.

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

Recientes estudios demuestran que el tratamiento de la diabetes gestacional reduciría en forma importante la morbilidad perinatal y mejoraría la calidad de vida de las mujeres a los tres meses del nacimiento. Otros estudios epidemiológicos han mostrado que la prevalencia de diabetes gestacional es mayor en mujeres indígenas e hispanas cuando se las compara contra mujeres anglo-sajonas.

Glucemia en ayunas

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

En la primera consulta debe realizarse una valoración del riesgo de diabetes gestacional, para eso será necesario efectuar una correcta anamnesis y examen físico, intentando buscar o descartar factores de riesgo. Normativa 106 (MINSU, 2012)

Examen de orina

Es la evaluación física, química y microscópica de la orina. Dicho análisis consta de muchos exámenes para detectar y medir diversos compuestos que salen a través de la orina. (medline plus enciclopedia medica, 2015)

La orina de la mujer embarazada sufre modificaciones que son consideradas fisiológicas. Entre esas modificaciones es posible encontrar una disminución progresiva de la diuresis y de la densidad urinaria; también es relativamente frecuente identificar una glucosuria, y hasta es factible observar una proteinuria de

0,3 g/L en la orina de 24 horas. Por el contrario el sedimento urinario no se modifica sustancialmente.

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

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

(Normativa 011-2015)

Técnica

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

Normativa 106(minsa, 2012)

Tratamiento para IVU

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

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

Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. Normativa 011 (215)

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

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

para extraer la sangre, algunas personas pueden sentir un dolor moderado, mientras que otras sólo un pinchazo o picadura. Posteriormente, puede haber una sensación pulsátil o un leve hematoma. Esto desaparece rápidamente.

(medline plus enciclopedia medica, 2015)

Tratamiento de la sífilis: Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacidoⁱⁱ. Grado de recomendación: El tratamiento de la sífilis en la embarazada debe iniciarse de inmediato después de obtener el resultado de una prueba de tamizaje positiva, preferiblemente en el primer nivel de atención a menos que las condiciones de la mujer requieran una atención de mayor complejidad. Para la prevención de la sífilis congénita se considera adecuado si se realiza un mes antes del parto.

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

El tratamiento para la sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida consiste en 7.2 millones de unidades de penicilina benzatínica G en total, administradas en tres dosis (una por semana) de 2.4 millones de unidades de penicilina benzatínica G por vía intramuscular Normativa 011MINSa (2015)

Envío de Prueba de VIH

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

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

Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se tratará de conocer su condición ante el VIH de manera temprana, realizándole la primera prueba al momento de la captación en el primer trimestre de embarazo y

la segunda prueba en el tercer trimestre del embarazo; esto permite tomar decisiones de tratamiento más eficientes para disminuir el riesgo de la transmisión del VIH de la madre al niño.

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

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). Para cualquier duda adicional referirse a la (Normativa 093)

Grupo RH

La determinación del grupo sanguíneo es un método para indicarle cuál es el tipo de sangre que usted tiene. La determinación del grupo sanguíneo se realiza para que usted pueda donar sangre o recibir una transfusión de sangre de manera segura. También se realiza para ver si usted posee una sustancia llamada factor Rh en la superficie de sus glóbulos rojos. El tipo de sangre que usted tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en sus glóbulos rojos. Estas proteínas se llaman antígenas. Su tipo de sangre (o grupo sanguíneo) depende de qué tipos de sangre heredó de sus padres.

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Forma en que se realiza el examen

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

El segundo paso se llama prueba inversa. La parte líquida de la sangre sin células (suero) se mezcla con sangre que se sabe que pertenece al tipo A o al tipo B. Las personas con sangre tipo A tienen anticuerpos anti-B. Las personas que tienen sangre tipo B tienen anticuerpos anti-A. El tipo de sangre O contiene ambos tipos de anticuerpos (medline plus enciclopedia medica, 2015)

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D): Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo

inmunizada se deberá registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica
 Normativa 106 (minsa, 2012)

TABLA N°13: El personal de enfermería evalúa los exámenes de laboratorios durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	4	28.57%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería evaluó los exámenes de laboratorios, el 78.57%(11embarazadas) fue satisfactorio, el 14.28%(2gestantes) fue insatisfactorio y 7.14%(1mujer) de N/O.

Se considera importante ratificar los resultados de laboratorios y reportar cualquier nivel anormal que puede arriesgar la salud en el embarazo, lo anterior descrito se sustenta con la normativa 030 la que expresa que: es muy importante en la embarazada realizar los exámenes de laboratorios y posteriormente revisar los resultados y reportar al médico valores anormales. Aunque en la normativa señala que se debe reportar los valores anormales de exámenes al médico, se debe considerar que el personal de enfermería también tiene capacidad y competencia para actuar y referir a la embarazada ante cualquier alteración de los resultados.

Altura uterina

Permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y altura.

Es uno de los exámenes clínicos más practicados en la mujer embarazada, consiste en medir en centímetros con una cinta métrica, la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero

El útero tiene un papel primordial en la gestación, aloja y alimenta al embrión en desarrollo hasta que se convierte en un bebé, por ello necesitara adaptarse al tamaño de este gracias a la elasticidad de su tejido desde el mismo momento de su concepción comienza a distenderse en sus paredes lo que posibilita el aumento de volumen al final del embarazo, el útero llega a medir 6 veces más de altura y multiplica por mil su capacidad.

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

Schwartz, (1995)

Tabla N° 14. El personal de enfermería realiza la medición de la altura uterina durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	10	71.43%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería realizó la medición de la altura uterina, el 71.43%(6embarazadas) satisfactorio, 21.43%(3 gestantes) N/A y 7.14%(1mujer) N/O.

La importancia de esta actividad se fundamenta en que representa un factor importante en la valoración perinatal, lo cual se realiza con las técnicas del examen físicos, estas son: palpación, percusión, auscultación e inspección. En relación a lo anterior la normativa 011-2015 manifiesta lo siguiente: la altura Uterina se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El uso de la técnica correcta proporcionara las cifras confiables.

Frecuencia cardiaca fetal

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

Auscultación: Tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardiacos fetales. La auscultación de los latidos fetales es de sumo interés porque permite establecer el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya hecho por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal.

(Schwartz, 199).

Técnica Auscultación

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

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

1. Se coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa no muy baja.
2. Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de la auscultación.
3. Este foco de auscultación es la zona que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde al hombro fetal anterior. La transmisión hasta el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capa sólida que son buenas propagadoras del sonido. ,partiendo del corazón atraviesa el pulmón solido del feto (atelectasia) ,la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina , en relación con la pared abdominal en donde se apoya el instrumento la cabeza del examinador ejercerá una presión continua sobre el estetoscopio manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal esto tiene por objeto la interposición del aire , que dificulta la propagación sonora la mano libre toma el pulso de la madre a fin de diferenciar los latidos fetales de lo materno una vez que la presión de la cabeza mantiene el estetoscopio se retira la mano que sujetaba a este instrumento por el tallo para evitar que se produzca ruidos extraños y esa mano ahora libre toca el útero apreciando su consistencia de modo de poder auscultar fuera de la contracción . (SCHWARTZ ARGENTINA 1995)

TABLA N°15: Enfermería valora la auscultación de la FCF a partir de las 20 SG durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	10	71.43%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería valoró la auscultación de la FCF a partir de las 20 SG el 71.43%(10embarazadas) fue satisfactorio, un 21.43%(3mujeres) no aplica y el 7.14%(1gestante) insatisfactorio.

El personal de enfermería debe realizar de manera cuidadosa las técnicas para auscultar la FCF ya que permite saber si el bebé tiene buena vitalidad fetal. La realización de esta actividad constituye una herramienta fundamental dentro de la evaluación perinatal para establecer datos fiables, es por eso que se debe llevar un cumplimiento estricto para la salud vital.

Movimientos fetales

Se refiere al movimiento del feto ocasionado por su propia actividad muscular la actividad locomotora comienza durante la etapa embrionaria tardía y cambia en su naturaleza a lo largo del desarrollo prenatal.

Objetivo de la técnica

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

TABLA N°16. Enfermería valora la percepción de movimientos fetales después de 18 SG durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	5	35.71%	2	14.29%	2	14.29%	9	64.29%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/A	3	21.43%	0	0%	0	0%	0	0%	3	21.43%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería valoró la percepción de movimientos fetales después de las 18 SG, el 64.29%(9embarazadas) fue satisfactorio, 21.43%(3gestantes) no aplica, 7.14%(1mujer) insatisfactorio y el 9.09%(1 embarazada) N/O.

La utilidad de esta actividad concierne en llevar control del embarazo registrando en el expediente clínico lo que refiera la gestante respecto que si tiene reconocimiento de movimientos fetal, En ese sentido la normativa 011-2015 señala que: se debe pedir a la embarazada que registre los primeros movimientos fetales y el personal de salud debe registrar en el expediente (según el trimestre en que se realice la primera Atención Prenatal). Por tanto es muy esencial la realización de esta intervención para conllevar a un parto saludable.

Presentación fetal

Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis razón que el feto solo tiene dos polos solo existe dos presentaciones posible la presentación cefálica y la presentación pélvica

Situación fetal

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

Maniobras

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

Técnicas para la actividad

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

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continua sobre el estetoscopio manteniendo el instrumento bien adaptado a la pared abdominal. Esto tiene por objeto evitar la interposición de aire que dificulta la propagación sonora. La mano libre toma el pulso de la madre a fin de diferenciar los latidos fetales. Una vez que la presión de la cabeza mantiene el estetoscopio se retira la mano que sujetaba a este instrumento por el tallo para evitar que se produzcan ruidos extraños y esa mano ahora libre toca el útero apreciando su consistencia de modo de poder auscultar fuera de la contracción.

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

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

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

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

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

Auscultación se emplea utilizando el estetoscopio obstétrico se debe auscultar en los intervalos contráctiles tomando al mismo tiempo el pulso de la madre.

TABLA N°17. Enfermería valora la presentación/Situación fetal durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	0	0%	2	14.29%	2	14.29%	4	28.57%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	7	50%	0	0%	0	0%	10	71.43%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería valoró la presentación/Situación fetal, el 71.43%(10embarazadas) no aplica y 28.57%(4 gestantes) fue satisfactorio.

La realización de esta actividad conlleva a determinar si la posición o presentación fetal es la adecuada. En ese sentido el personal de enfermería debe hacer uso de las maniobras de leopolds que ayuden a identificar no solo la posición fetal sino también la evaluación de la pelvis materna para evitar posibles daños que puede originarse debido a una posición inadecuada al final del embarazo.

Clasificación de Riesgo.

El concepto de ARO debe de quedar bien establecido, se discontinuará el termino ARO Potencial o ARO Real. De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si no tiene ningún factor de riesgo es clasificado como Bajo Riesgo Obstétrico y la paciente embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de Alto Riesgo que requiere cuidados especiales.

Clasificación del embarazo

De Bajo y de Alto Riesgo

Embarazo de Bajo Riesgo: Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen probabilidades bajas de enfermarse antes, durante o después del parto.

Embarazo de Alto Riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor probabilidad de enfermarse, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto.

Tipos de clasificación

Atención de Bajo Riesgo y atención de Alto Riesgo.

Atención Prenatal de Bajo Riesgo

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

Atención Prenatal de Alto Riesgo

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

(Ricardo L. Schwarcz, 1995 -1997)

TABLA N°18. Enfermería valora la Clasificación de riesgo obstétrico durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	2	14.29%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	12	85.71%
I	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería valoró la clasificación de alto riesgo obstétrico, el 85.71% (12 gestantes) fue satisfactorio y el 14.28% (2 embarazadas) fue insatisfactorio.

El personal de enfermería debe realizar esta actividad oportunamente, ya que es muy importante para detectar hallazgos que pueden intervenir negativamente en la gestante, así como llevar un mejor control durante el embarazo. En ese mismo sentido la normativa 011 (2015) manifiesta que: Se clasifica el riesgo y se designa tipo de atención a desarrollarse, su cumplimiento beneficia tanto al personal de enfermería como a la gestante.

Lactancia Materna

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.(MINSAN-002, 2008)

Consejería Lactancia Materna

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

1. Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
2. Formas de amamantar.
3. Los cambios en la leche materna después del parto. Y
4. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
5. También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.
6. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. (MINSAN-106, 2013)

Planificación familiar

Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.(MINSAN-002, 2008)

Consejería de planificación familiar

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

(Salud sexual y reproductiva, ginecología y obstetricia 1997)

Lactancia Materna: Alimentación natural del recién nacido que de forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. En los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad, es un alimento importante durante el período de introducción de alimentos complementarios, porque constituye una fuente importante de nutrientes y energía. La leche materna es además, la que provee la mayor cantidad de proteína, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales.

(Normativa 029, 2009)

Planificación familiar:

Concepto: es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas, el número de hijos e hijas que desean tener así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura un desarrollo sostenible.

Objetivo: fomentar el interés en la apropiación de conocimientos sobre el uso de los métodos anticonceptivos que permitan una vida sexual satisfactoria con libertad de decidir el número de hijos deseados.

Tabla N°19. Enfermería brinda consejería sobre lactancia materna y planificación familiar (Anticoncepción Post evento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a, durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería brindó consejería sobre lactancia materna y planificación familiar el 100%(14 embarazadas) fue satisfactorio.

Esta intervención es muy importante, porque permite concientizar a la gestante señalando que, la leche de la madre es el alimento más adecuado y natural para el bebé durante los primeros meses de vida, ya que les proporciona los nutrientes que necesita para su adecuado crecimiento y desarrollo, con respecto a la planificación se debe orientar que es indispensable, porque permite a las parejas decidir por sí mismas el número de hijos e hijas que van a tener, así como el momento oportuno para tenerlos.

Ácido fólico

Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente Ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos. En Argentina, la harina de trigo es enriquecida en forma obligatoria por la ley N° 25.630/02 con Hierro, Ácido fólico y otras vitaminas del grupo B, para contribuir a una adecuada ingesta de estos nutrientes.

Para asegurarse de que la mujer embarazada consuma suficiente ácido fólico, es necesario alentar la ingesta de vegetales de hoja verde oscuro (espinaca, acelga, lechuga criolla etc).

Hierro

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

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

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

En Argentina se ha detectado que sólo un 24% de las embarazadas consume suplemento de Hierro; por tal motivo, y dado que las molestias gastrointestinales por su uso son frecuentes, es recomendable que el equipo de salud pregunte a la

embarazada en cada consulta sobre el consumo efectivo de suplementos, la forma de su consumo y que sugiera alternativas para evitar que se discontinúe el mismo.

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

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

El sulfato ferroso + Ácido fólico: se usa como Profilaxis de la anemia ferropenia, en mujeres embarazadas la dosis es de 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. (Normativa 011, 2015)

TABLA N°20. Enfermería entrega suplemento con sulfato ferroso + ácido fólico, las dosis están expresadas en mg de hierro elemental durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación.

Enfermería entregó suplemento con sulfato ferroso + ácido fólico, las dosis están expresadas en mg de hierro elemental, el 100%(14) fue satisfactorio.

El sulfato ferroso es muy importante para mantener una hemoglobina óptima en la gestante y evitar patologías como la anemia por déficit de hierro, está indicado como una profilaxis de la anemia ferropénica durante el embarazo. En relación al ácido fólico el (FNM), 2014, señala que es una vitamina esencial en la anemia megaloblástica no diagnosticada en tableta de 0.4mg de ácido fólico combinada con 60mg de sulfato ferroso. Se debe orientar a la embarazada a tomarse el calcio y la aspirina separados, porque se inhiben entre si.

Administración de ácido fólico: La administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales juega su papel importante en la prevención de defectos de tubo neural: disminución en la prevención de ocurrencia de defectos de tubo neural un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%ⁱⁱⁱ.El Ácido Fólico preconcepcional por un año o más, redujo significativamente el riesgo de nacimiento predeterminó espontáneo en el 70 % entre las 20-28 semanas de gestación y en 50 % entre las 28-32 semanas.

TABLA N°21: Enfermería entrega suplemento con Ácido Fólico, en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	1	7.14%	2	14.29%	11	78.57%
I	0	0%	2	14.29%	1	7.14%	0	0%	3	21.43%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería entregó suplemento con ácido fólico el 78.57%(3embarazadas) fue satisfactorio y el 21.43%(3gestantes) insatisfactorio.

El ácido fólico es esencial para asegurar el cierre satisfactorio del tubo neural previniendo malformaciones como meningocele y mielo meningocele. Por tanto es indispensable proporcionar a la embarazada y explicar como debe de tomarse el medicamento en la etapa del embarazo y evitar en lo máximo cambios que pueden ser perjudiciales.

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

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

Embarazada alto riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Normativa o11 (2015).

Calcio

Alrededor del 99% del calcio que se encuentra en el cuerpo está en los huesos y dientes, principalmente en forma de fosfato, el resto está en la sangre, los fluidos extra celulares, las estructuras intracelulares y membranas celulares.

El calcio participa en procesos metabólicos como: la activación de enzimas, transmisión de impulsos nerviosos, transporte a través de membranas, la absorción. De la vitamina B12, coagulación de la sangre, funciones hormonales y contracción de músculos voluntarios (como brazos y piernas) e involuntarios (como corazón y pulmones). Suplementación con Hierro: El Ministerio de Salud distribuye

gratuitamente suplementos de hierro a mujeres embarazadas y puérperas, y a niños. Normativa 002(2008).

Deficiencia de Calcio

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

(Normativa 002, 2008).

Prescripción de Calcio:

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

Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios basados en evidencia la estrategia demostrada que tiene mayor utilidad clínica para la prevención de la pre eclampsia, es la administración de aspirina. El calcio sigue siendo únicamente de mayor utilidad en el grupo poblacional de baja ingesta de calcio. En las unidades de salud donde se disponga de los dos productos podrá hacerse uso de ambos (calcio y aspirina) en el grupo de alto riesgo, en el grupo de riesgo intermedio solo usar aspirina.

(Normativa 011(2015)).

TABLA N° 22: Enfermería prescribe aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	6	42.86%	2	14.29%	1	7.14%	12	85.71%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	1	7.14%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería prescribió aspirina y calcio según riesgo para pre-eclampsia el 85.71%(12embarazadas) fue satisfactorio y 14.29%(2gestantes) insatisfactorio.

La aspirina constituye un tratamiento muy importante para mejorar la circulación sanguínea y es el fármaco ideal para la prevención de la preeclampsia disminuyendo riesgos (17v), a su vez orientar a la embarazada tomar la dosis por las noches por los efectos que produce. El calcio es un medicamento que trabaja de la mano con la aspirina para prevenir la preeclampsia en mujeres con baja ingesta de calcio. Sin embargo el personal de enfermería debe evaluar si las gestantes, ameritan el medicamento en el momento de la atención prenatal, con el fin de hacer uso racional del mismo.

Albendazol: bloquea la captación de la glucosa en los helmintos susceptibles a las sustancias lo cual disminuye su nivel de energía hasta inmovilizarlos para posteriormente ocasionar su muerte .posee actividad ovicida, larvicida y vermicida

Indicaciones

Esta indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lumbricoides, trichuris

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)^{iv} en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes

de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el Albendazol se puede administrar en segundo y el tercer trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

Normas y protocolos 011 (2015).

Dosis

400mg po con intervalos de seis semanas.

Administración de Albendazol

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)^v en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el **bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida**^{vi}. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el Albendazol se puede administrar en **II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas** y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

TABLA N°23: Enfermería entrega Albendazol: Dosis de 400mg durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	5	35.71%	0	0%	2	14.29%	7	50%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	0	0%	2	14.29%	0	0%	5	35.71%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería entrega Albendazol: Dosis de 400mg el 50%(7gestantes) fue satisfactorio, 35.71%(5embarazadas) no aplica y un 14.29%(gestantes) insatisfactorio.

Según la normativa 011-2015 se administra en caso de parasitosis intestinal y anemia ferropénica durante el 2º y 3er trimestre del embarazo, siendo el desparasitante de elección en las embarazadas trayendo consigo grandes

beneficios, ya que disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida.

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

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

Consejería: Es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona entre el prestador de servicio y usuaria potencial y el o la usuaria activa .este proceso incluye motivación, información y promoción .se debe de dirigirá resolver las necesidades individuales del usuario /a .normativa 002 (2008)

Orientaciones básicas de cada APN

TABLA N°24. Enfermería brinda Consejería sobre signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente en el embarazo, durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	6	42.86%	2	14.29%	2	14.29%	13	92.86%
I	0	0%	1	7.14%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería brindó consejería sobre signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia el 92.86%(13embarzadas) fue satisfactorio y 7.14%(1gestante) insatisfactorio.

La consejería durante el embarazo, es un proceso educativo comunicacional que busca ayudar a la embarazada a entender los factores que afectan durante este periodo concientizando a la gestante el estricto cumplimiento del medicamento. Es por eso el motivo por el que, el personal de enfermería debe brindar consejería para prevenir cambios que afecten durante el embarazo.

Plan de Parto

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

Esta intervención es concebida por la comunidad como: “El Plan de Parto es tener listo y a tiempo desde el momento que la mujer sabe que está embarazada todo lo que se va a necesitar para que el parto sea satisfactorio para la madre y su hijo. La mujer, su pareja y su familia preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el nacimiento de su niño o niña, apoyado por el personal de salud y la comunidad organizada”.

Objetivo General

Proporcionar al personal de salud una herramienta técnica para promover y operativizar la intervención de Plan de Parto con la embarazada, su familia y la comunidad, contribuyendo al mejoramiento del acceso a la atención del parto institucional

Objetivos específicos:

1. Estandarizar en el personal de salud los procesos que implica la implementación, monitoreo y evaluación de la intervención de Plan de Parto para la Maternidad Segura.
2. Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva.

3. Facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de embarazo, parto y puerperio, con la participación de la pareja, la familia y la comunidad.

4. Favorecer la corresponsabilidad de los actores sociales claves para la operativización exitosa de la intervención.

La intervención de Plan de Parto se basa en los cuatros pilares en que la “Maternidad Segura” iniciativa dada a conocer mundialmente desde 1987 en Nairobi; y el Modelo la Tres Demora. Es por esto que el Plan de Parto promueve acciones que incrementan la cobertura en el espaciamiento de las gestaciones (planificación familiar), atención prenatal oportuna, un parto limpio y seguro y el acceso a los cuidados obstétricos esenciales ofertados en la unidad de salud.

Los pilares de la maternidad segura se basan en la prevención de los embarazos no deseados, atender con calidad a las embarazadas para identificar y corregir complicaciones, atender el parto por personal calificado y proveer servicios especializados para atender complicaciones.

Pilares:

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

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

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

4. Los **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales** deben estar disponibles en los establecimientos de salud donde se atienden partos, para garantizar los cuidados básicos que requieren los embarazos con riesgos y atender las complicaciones de la madre y el bebé

Modelo las Tres Demoras

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

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

La decisión de buscar ayuda es el primer paso si una mujer con una complicación necesita recibir cuidados obstétricos. Esta decisión está influenciada por muchos factores: La mujer, su pareja, la familia o la partera tengan la capacidad de reconocer que tiene una complicación que amenaza la vida de la mujer (Señales de Peligro). También debe saber dónde acudir con confianza en busca de ayuda. La accesibilidad geográfica de los servicios de salud, condiciones económicas, el respaldo de su familia para acudir al establecimiento de salud, entre otros.

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

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

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

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

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

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad

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

medicamentos y suministros, la condición general del servicio y el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.

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

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

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

TABLA N°25: Enfermería negocia plan parto durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	2	14.29%	2	14.29%	12	85.71%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería negoció plan parto durante la atención prenatal el 85.71%(12embarzadas fue satisfactorio y 14.29%(2) insatisfactorio.

Es de vital importancia que el personal de enfermería interactúe con la gestante desde el momento de la captación para negociar el plan de parto, puesto que resulta oportuno para favorecer a la salud de la madre y del bebé así como un adecuado desarrollo en los niños, tener un parto seguro y evitar patologías que pueden predisponer.

Referencia: para darle continuidad al proceso de negociación:

- a. Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los agentes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia y contra referencia del SICO y el personal de salud debe enviar la contra referencia para informar sobre los avances del mismo. El voluntario debe de anotar en el registro diario de actividades del SICO, las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla “especifique”.
- b. Si la captación y negociación se inició en el establecimiento de salud durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada a visitar el establecimiento de salud; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o voluntario a cargo del plan de parto en la comunidad.

TABLA N°26 Enfermería realiza referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, y brinda consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	1	7.14%	2	14.29%	3	21.43%
I	0	0%	2	14.29%	1	7.14%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	78.57%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería realizó referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, el 78.57%(11 embarazadas) fue N/A y 21.43%(3 gestantes) satisfactorio.

Se debe referir a las embarazadas que presenten señales de peligro a un nivel de mayor resolución o casa materna, no necesariamente en toda atención prenatal, sin embargo, aunque el embarazo sea de bajo riesgo, referir a la gestante 15 días antes de la fecha probable de parto, con la finalidad de proporcionar un parto asistido por un profesional de la salud. Cabe agregar que enfermería debe orientar a la embarazada sobre medidas que debe tomar, ante la aparición de signos y síntomas de alarma como: contracciones uterinas, inflamaciones en las piernas y resto del cuerpo, salida de sangre, líquido o moco transvaginal, así como movimientos fetales anormales.

Enfermedades de transmisión sexual (ITS)

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto íntimo ,casi con exclusividades por medio de relaciones sexuales en las que incluyen el sexo vaginal , el oral y el anal aunque otras maneras de contagios pueden ser : el uso compartido de jeringas infectadas `por el contacto directo de la sangre infectada o en el embarazo ,la madre se contagia al feto mientras transcurre la gestación ,si bien la mayoría de este tipo

de enfermedades por gérmenes como las bacterias y los virus también pueden ser el resultado de hongos o protozoos.

Objetivo del manejo sindrómico

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

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

Manejo sindrómico clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo.

Normativa (113) MINSA de salud dirigida a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación.

TABLA N°27: Enfermería confirma o descarta alguna ITS y aplica tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113 MINSA, en la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	2	14.29%	5	35.71%	2	14.29%	2	14.29%	11	78.57%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	1	7.14%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.14%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería confirmó o descartó alguna ITS y aplica tratamiento según la guía para la Atención de ITS, 78.57%(11embarazadas) fue satisfactorio, 14.29%(2gestantes) insatisfactorio y el 7.14%(1mujer) N/O.

Se debe descartar la existencia de cualquier ITS y tratar a tiempo según la norma o manejo sindrómico o referir a un centro de mayor resolución ya que éstas pueden traer daños irreparables durante el embarazo como: embarazos prematuros, abortos o el contagio con el bebé que no favorecen a la salud perinatal, es por ello que el personal de enfermería debe cumplir con la realización de esta actividad. . Atención prenatal.

Dexametazona

Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a las hormonas esteroides .actúa como antiinflamatorio e inmunosupresor, su potencia es de 20-30 veces la de la hidrocortisona y 4-5 veces mayor que la prednisona.

Propósitos

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

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

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

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

TABLA N°28: Enfermería aplica Dexametazona (ampo 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante a partir de las 24 SG durante la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	0	0%	5	35.71%	1	7.14%	0	0%	6	42.86%
I	0	0%	2	14.29%	1	7.14%	0	0%	3	21.43%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	3	21.43%	0	0%	0	0%	2	14.29%	5	35.71%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería aplicó Dexametazona (ampo 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante 42.86%(6embarazadas) fue satisfactorio, 35.71%(5gestantes y 21.43%(3mujeres) insatisfactorio.

La importancia de aplicar Dexametazona en la embarazada es que mejora la función pulmonar del feto, lo anterior se corrobora con el FNM-2014 (pág. 297) afirma que: la Dexametazona de utilidad entre las 24 y 34 6/7 si favorece a la maduración pulmonar fetal. Cabe agregar que existe un tiempo determinado en la administración

en las gestantes, en ese sentido la normativa 011-2015 declara que la dosificación de la Dexametasona en una embarazada es de 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único). Por tanto es imprescindible la realización de esta actividad. Sin embargo, se debe aplicar solo a las embarazadas que presenten cambios en el embarazo, puesto que está indicado solo para cuidados obstétricos especiales.

Disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico

Insumos Médicos

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios Normativa 063

Manejo y alimentación de cintas de uroálisis

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

Termo COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricantes

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

TABLA N°29: enfermería evalúa la disponibilidad de insumos básicos para el APN y COE básico la atención prenatal de bajo riesgo.

	1 control		2 control		3 control		4 control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	t	%
S	3	21.43%	5	35.71%	2	14.29%	2	14.29%	12	85.71%
I	0	0%	2	14.29%	0	0%	0	0%	2	14.29%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	3	21.43%	7	50%	2	14.29%	2	14.29%	14	100%

Fuente: Guía de observación

En la atención prenatal la evaluación de la disponibilidad de insumos básicos para el APN el 85.71%(12) fue satisfactorio, el 7.14%(1) insatisfactorio y el 7.14%N/O.

La importancia de esta intervención es que influye para proporcionar a la gestante el medicamento indicado y a la vez brindar una atención prenatal con calidad y calidez, es por ello que se requiere de asegurar la existencia de estos insumos. En ese sentido la normativa 011-2015 declara que: se debe garantizar la existencia de los insumos COE y revisar indicaciones de almacenamiento. Se por ello que el personal de enfermería debe verificar la existencia de estos insumos para realizar una atención prenatal con calidad y calidez.

Evaluación

Concepto: Evaluar es juzgar o estimar. La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En ese contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y los profesionales sanitarios determinan: el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

Tipos de evaluación

Continua: se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales.

Intermitente: es la evaluación que es realizada a intervalos determinados (p/e una vez a la semana), es la que muestra el grado de progreso hacia la consecución de objetivos.

Final: indica el estado del cliente en el momento al ser dado de alta.

Las intervenciones para la atención de Enfermería a pacientes durante la atención prenatal, están documentadas en las normas y protocolos del ministerio de salud de Nicaragua, 011(2015) y en la ley general de salud, la aplicación del cuidado de Enfermería según las intervenciones documentadas se cumplen en la mayor parte y un menor porcentaje se cumple de forma incorrecta:

Tabla Nº 30: Evaluación de las 29 actividades realizadas durante la atención prenatal en el II semestre en el P/S Lacayo Farfán.

Categoría	Nº de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	29	42.03%
Insatisfactorio	18	26.09%
No Observado	4	5.79%
No aplica	18	26.09%
Total	69	100

Fuente: Guía de observación

Se evaluó de las actividades el 42.03%(29 actividades) satisfactorio, el 26.09%(18actividades) insatisfactorio, el 62.07%(18 actividades) no aplica y 13.80%(4actividades) No observado.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en la mayoría de las atenciones prenatales fue satisfactorio, aunque existe un desbalance entre el resultado de las demás categorías, tomando en cuenta que, en “no aplica” corresponde a las actividades que realiza el médico, sin embargo, se sumaron las actividades que no aplicaron en el tiempo indicado para la atención prenatal. La importancia de la

evaluación radica en reflejar el resultado de la atención prenatal que se brinda a las gestantes

V. Conclusiones:

1. El personal de enfermería documenta las intervenciones que realiza con pacientes durante la atención prenatal de bajo riesgo con las normas y protocolos, estrategias e incluyendo diferentes libros relacionados con la atención prenatal así como también el censo gerencial de las embarazadas.
2. Enfermería realiza más cuidados que intervenciones en el puesto de salud en estudio.
3. Las intervenciones aplicadas en el cuidado son regularmente satisfactorias. El personal de enfermería necesita más autonomía, ser más holísticos actuar con beligerancia.

VI. Bibliografías:

A.A Larousse, Diccionario enciclopédico, México D.F, Barcelona, 2005.

Arteaga López Nelly, calidad de atención, manejo y cuidados de enfermería en los cuatro controles prenatales, seminario de graduación, Matagalpa, 2012.

Cordero Marcia, compendio de salud reproductiva, Matagalpa 2010 pp.162.

Larousse, lengua española, México D.F, 2004.

Zamora Editor, Manual de enfermería, 1ra edición 2006, pp. 1167.

MINSA, Nicaragua, normativa 030, Guías de cuidados de enfermería en el embarazo, Managua, 2010.

MINSA, Nicaragua, normativa 011, 2da edición, Managua, 2015.

MINSA, Manual de salud reproductiva, Managua Nicaragua, 1996.

MINSA, Nicaragua, Formulario Nacional de Medicamentos, 7ma edición, Managua, 2014.

MINSA, Nicaragua, normativa 011, 1ra edición, Nicaragua, 2008.

MINSA, Nicaragua, normativa 004, Manual para el llenado del expediente clínico, 2da edición, Managua, junio 2013.

MINSA Nicaragua, norma para el llenado del HCP, Managua, enero 2013.

MINSA Nicaragua, normativa 128, manual de procesos de atención de enfermería.

MINSA Nicaragua, normativa 101, guía para el uso correcto del censo gerencial de las embarazadas, Managua, septiembre 2012.

MINSA Nicaragua, normativa 093 (protocolo para el manejo materno-infantil del VIH y la sífilis, congénita, Managua, 2012.

Schwartz Ricardo, Manual de obstetricia, 6ta edición, Buenos Aires Argentina, 2008, pp.728.

Zamora, Manual de enfermería, Bogotá Colombia, 1999.

VII. Anexos

Anexo 1. Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE RELACION
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____ FECHA DE NACIMIENTO: día mes año
 DOMICILIO: _____ EDAD (años): < de 20, 20-30, > de 35
 LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____ ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra
 ALFA BETA: no, si
 ESTUDIOS: ninguno, primaria, secund., univers., años en el mayor nivel
 ESTADO CIVIL: casada, unión estable, soltera, otro
 Lugar del control prenatal: _____
 Lugar del parto/aborto: _____
 N° Identidad: _____

ANTECEDENTES
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave
PERSONALES: cirugía genito-urinary, infertilidad, cardiopat., nefropat., violencia, VIH+
OBSTETRICOS: gestas previas, abortos (vaginales, cesáreas), nacidos vivos (viven, muertos 1° sem., después 1° sem.), nacidos muertos
ULTIMO PREVIO: n/c, <2500g, normal, ≥4000g, emb. ectópico, Antecedentes Múltiples
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año, < 2 años, > 5 años
EMBARAZO PLANEADO: no, si
FRACASO METODO ANTICONCEP.: no, si (barrera, DIU, hormonal, emerg. natural)

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR: _____ Kg, IMC: _____, TALLA (cm): 1, FPP: _____
 EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s, 1° trim, 2° trim, 3° trim
 FUM ACT., FUM PAS., DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA
 ANTIHIBETOLO: vigente no, si, embarazo no, si
 ANTITETANICA: vigente no, si, DOSIS 1°, 2°
 EX. NORMAL: ODONT., MAMAS

CERVIX: normal, anormal, no se hizo
GRUPO Rh: Inmuniz., no, si
TOXOPLASMOSIS: <20sem IgG, ≥20sem IgG, 1° consulta IgM
Hb <20 sem: <11.0 g/dl, ≥11.0 g/dl
FEOLATOS indicados: Fe, Folate, no, si
Hb ≥20 sem: <11.0 g/dl, ≥11.0 g/dl
VIH - Diag. - Tratamiento: <20 sem, 20-37 sem, ≥37 sem, Prueba, TARV en emb, no, si
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento: no, si, Prueba, Tratamiento, Tlo. de la pareja

CHAGAS: no, si, no se hizo
PALUDISMO/MALARIA: no, si, no se hizo
BACTERIURIA: sem., normal, anormal, no se hizo
GLUCEMIA EN AYUNAS: <24 sem, ≥24 sem, ≥92 mg/dl
ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas, no, si
PREPARACION PARA EL PARTO: no, si
CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA: no, si

ATENCIONES PRENATALES
 día mes año, edad gest., peso (kg), P A, altura uterina, presen. tación, FCF (lpm), movim. fetales, protei. huna, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, próxima cita

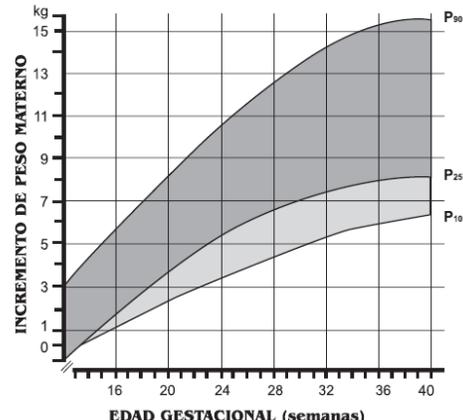
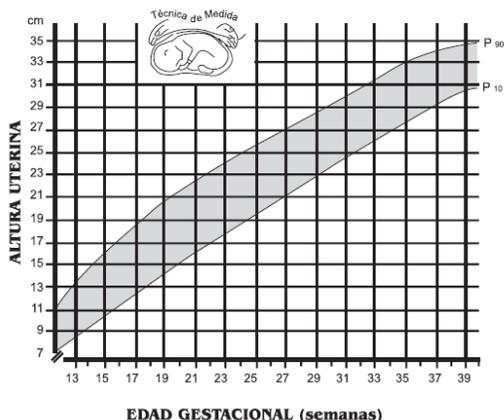
PARTO ABORTO
 FECHA DE INGRESO: día mes año, CONSULTAS PRE-NATALES total, LUGAR DEL PARTO: Institucional, Domiciliar, Otros
 HOSPITALIZ. EN EMBARAZO: no, si, días
 CORTICOIDES ANTE-NAIALES: completo, incompl., ninguna, n/c
 INICIO: espontáneo, inducido, cesar. elect.
 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: no, si, hora, min, temp. ≥38°C
 EDAD GEST. al parto: <37 sem, ≥37 sem, por FUM, por Eco.
 PRESENTACION SITUACION: cefálica, pélvica, transversa
 TAMANO FETAL ACORDE: no, si
 ACOMPAÑANTE TDP: P, pareja, familiar, otro, ninguno

TRABAJO DE PARTO
 hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10, dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/dips
ENFERMEDADES: HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, otra cond. grave, HEMORRAGIA 1° trim., 2° trim., 3° trim., postparto, infec. puerperal, TDP Prueba, VIH

NACIMIENTO
 VIVO, MUERTO anteparto, hora, min, día mes año, MULTIPLE orden, TERMINACION espont., cesárea, forpceps, otra, INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO
POSICION PARTO: sentada, acostada, cucullas, solicitado por la usuaria
DESGARROS: Grado (1 a 4), prealubr., postalubr.
OCITOCICOS: no, si
PLACENTA: completa, no, si, retenida
LIGADURA CORDON: no, si
OCITOCICOS: no, si, antibiot., analgesia, anest. local, anest. regional, anest. gen., transfusión
REFERIDO: no, si, alq., neonat., otro, conl., tolog., hosp.

RECIEEN NACIDO
 SEXO: f, m, PESO AL NACER: <2500 g, ≥4000 g, P. CEFALICO cm, LONGITUD cm, EDAD GESTACIONAL sem., días, FUM, ECO, ESTIMADA, CUIDADOS AL RECIEEN NACIDO: vitamina K, Profilaxis ocular, Apego precoz, APGAR (min), REANIMACION: estimulac., aspiración, máscara, oxígeno, masaje, tubo
FALLECE EN LUGAR DE PARTO: no, si
ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empírr. otro
PUERPERIO INMEDIATO: día, hora, T°C, P A, pulso, invol. uter., loquios
DEFECTOS CONGENITOS: menor, mayor, ENFERMEDADES: ninguna, código
VIH en RN: Expuesto, Tlo., no, si, si, si, s/d, n/c
TAMIZAJE NEONATAL: VDRL, Tlo., TSH, Hbpatía, Bilirrub, Toxo IgM, Meconio 1° día, no, si
ANTIRIBETOLO post parto: no, si, n/c, yglobulina anti D, no, si, n/c
ANTICONCEPCION: no, si, CONSEJERIA: no, si
METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU, barrera, hormonal, ligadura tubaria, natural, otro, ninguno

EGRESO RN: vivo, fallece, traslado, fallece durante o en lugar de traslado, EDAD AL EGRESO días completos, ALIMENTO AL ALTA: lact. excl., parcial, artificial, Boca arriba, BCG no, si, PESO AL EGRESO g
EGRESO MATERNO: traslado, lugar, día mes año, viva, fallece, fallece durante o en lugar de traslado, días completos desde el parto
Nombre Recién Nacido: _____ **Responsable**: _____



CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal **LISTADO DE CÓDIGOS** Historia Clínica Perinatal

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE O30
- 51 HIPERTENSION PREVIA O10
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP O10.0
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP O10.04
- 52 PRECLAMPSIA O15, O14
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo O16
- 05 Preeclampsia leve O13
- 06 Preeclampsia severa y moderada O14
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada O15
- 54 ECLAMPSIA O15
- 55 CARDIOPATIA Z86.7
- 56 DIABETES O24
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa O24.0
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa O24.1
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo O24.4
- 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal R73.0
- 60 INFECCION URINAR O23.0-O23.4
- 08 Bacteriuria asintomática del embarazo R62.7
- 61 OTRAS INFECCIONES O98,B06,B50-B54,A60
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo O98.1
- 09 Sífilis complicando EPP O98.2
- 10 Gonorrea complicando EPP O98.2
- 11 Malaria B50-B54
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) A60
- 63 Hepatitis viral O98.4
- 64 TBC complicando EPP O98.0
- 80 Rubéola complicando EPP B06.0, B06.8 y B06.9
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP O98.6
- 77 Chagas O98.6
- 78 Toxoplasmosis O98.6
- 66 RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO F05
- 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) O90
- 13 Incompetencia cervical O34.3
- 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA O64, O65, O69
- 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto O64
- 15 Parto obstruido debido a anomalías pélvicas maternas O66
- 16 Otros partos obstruidos por causa fetal O66
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE O20
- 17 Mola hidatiforme O20
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido O02.1, O03
- 19 Embarazo ectópico O00
- 20 Aborto inducido y terapéutico O06, O04
- 21 Amenaza de aborto O20.0
- 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE O44.1
- 22 Placenta previa con hemorragia O44.1
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta O45
- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación O46.0

- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto O71.0, O71.1
- 26 Laceración costística del cuello del útero O71.3
- 71 ANEMIA O90.0
- 27 Anemia por deficiencia de hierro D50
- 79 Anemia falciforme D57.0-D57.2 y D57.8
- 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O41.1
- 28 Infección del saco amniótico y membranas O85, O86
- 73 INFECCION PUERPERAL O85
- 29 Sepsis puerperal O91
- 30 Inyección mamaria asociada al nacimiento O72
- 31 Placenta retenida O72.0, O72.2
- 32 Útero atónico O72.1
- 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado O70.0, O70.1
- 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado O70.2, O70.3
- 75 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS (resto de O00-O99) O41.0
- 35 Placenta previa sin hemorragia O41.0
- 36 Hiperemesis gravídica O24.0
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N38)
- 38 Dependencia de drogas F10-F19
- 39 Sufrimiento fetal O68
- 40 Polihidramnios O40
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) O41.0
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical O74
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio O74
- 44 Embolismo obstétrico O88
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea O90.0
- 46 Falla de cierre de la apisiotomía O91
- 47 SIDA B20-B24
- 76 HIV positivo R75
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino C53
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria C50

- HEMORRAGIAS
- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido P53
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal P26
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) P51
- HIPERBILIRUBINEMIAS
- 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh P55.0
- 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO P55.1
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino P55.0
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59) P60-P61
- 11 Policitemia neonatal P61.1
- 12 Anemia congénita P61.3
- 73 Anemia falciforme D57.0-D57.2 y D57.8
- 13 Otras afecciones hematológicas (P35-P39, A09, G00, A54, 3)
- INFECCIONES
- 14 Diarrea G00
- 15 Meningitis P38
- 16 Onfalitis P38.1, A54.3, P39.4, L00
- 17 Conjuntivitis P39.4, L00
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido P36
- 18 Septicemia (resto del P35-P39)
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN) P77
- 49 Tétanos neonatal A33
- 60 Sífilis congénita A50
- 61 Enfermedades congénitas virales P35
- 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC) P35.5
- 69 Citomegalovirus (CMV) P35.1
- 70 Toxoplasmosis congénita P37.1
- 39 HIV positivo R75
- 80 Chagas B57
- 19 Otras infecciones del periodo perinatal (resto de P60-P61)
- NEUROLÓGICA/EXCLUYE MALFORMACIONES
- 33 Hidrocefalia adquirida G91
- 34 Leucomalacia periventricular y cerebral P91.1, P91.2
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC P10, P11, P14
- 36 Hemorragia intracranéala no traumática P62
- 37 Convulsiones P90
- 71 Encéfalopatía hipóxico isquémica P21
- 38 Otras afecciones del estado cerebral P91
- METABOLICA/NUTRICIONAL
- 43 Síndrome de "hijo de diabética" P70.0, P70.1
- 45 Hipoglucemia P70.3, P70.4, E16.2
- 48 Otras afecciones metabólicas y nutricionales P75-P78
- 66 OTRAS PATOLOGÍAS RN
- 40 Retinopatía de la prematuridad H35
- 41 Hernia inguinal K40
- 65 Síndrome de parto frío P80.0 (excluye hipotermia leve P85.8)

- INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION**
- 01 Cesárea previa
 - 02 Sufrimiento fetal agudo
 - 03 Desproporción cefalo-pélvica
 - 04 Alteración de la contractilidad
 - 05 Parto prolongado
 - 06 Fracaso de la inducción
 - 07 Descenso detenido de la presentación
 - 08 Embarazo múltiple
 - 09 R.C.I.U.
 - 10 Parto de pretérmino
 - 11 Parto de posttérmino
 - 12 Presentación podálica
 - 13 Posición posterior
 - 14 Posición transversa
 - 15 Ruptura prematura de membranas
 - 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
 - 17 Placenta Previa
 - 18 Abrupto placentae
 - 19 Ruptura uterina
 - 20 Preeclampsia y eclampsia
 - 21 Herpes anogenital
 - 22 Condilomatosis genital
 - 23 Otras enfermedades maternas
 - 24 Muerte fetal
 - 25 Madre exhausta
 - 26 Otras

- ANOMALIAS CONGENITAS**
- 120 Anencefalia Q00.0
 - 121 Espina bífida/Meningocele Q05, Q07.0
 - 122 Hidranencefalia Q04.3
 - 123 Hidrocefalia Q03
 - 124 Microcefalia Q02
 - 125 Hipoprosencefalia Q04.2
 - 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central Q04, Q06
 - 128 Tronco artetioso Q20.0
 - 129 Trasposición grandes vasos Q20.3
 - 130 Tetralogía de Fallot Q21.3
 - 131 Ventrículo único Q20.4
 - 132 Doble tracto de salida de vent. derecho Q20.1
 - 133 Canal atrió-vent. completo Q21.2
 - 134 Atresia pulmonar Q22.0
 - 135 Atresia tricuspíde Q22.4
 - 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo Q23.4
 - 137 Coartación de aorta Q25.1
 - 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total Q26.2
 - 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias Q24, 28, 34
 - 140 Paladar hendido Q35
 - 141 Fístula traqueo-esofágica Q39.1
 - 142 Atresia esofágica Q39.0, Q39.1
 - 143 Atresia de colon o recto Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
 - 144 Ano imperforado Q42.3
 - 145 Onfalocoele Q79.2
 - 146 Gastroscisis Q79.3
 - 147 Atresia duodenal Q41.0
 - 148 Atresia yeyunal Q41.1
 - 149 Atresia ileal Q41.2
 - 150 Otras anomalías gastrointestinales Q40, 43, 45
 - 151 Sentidas malformados Q60-Q66
 - 152 Agenesia Renal bilateral Q60.1
 - 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos Q61.1-61.9
 - 154 Hidronefrosis congénita Q62.0
 - 155 Extrofia de la vejiga Q64
 - 156 Otras anomalías neurológicas Q63.64
 - 157 Trisomía 13 Q91.4, Q91.5, Q91.6
 - 158 Trisomía 18 Q91.0, Q91.1, Q91.2
 - 159 Síndrome de Down Q90
 - 160 Otras anomalías cromosómicas Q92, 97-99
 - 161 Labio hendido Q26
 - 162 Paladar hendido Q26.1
 - 163 Displasia esquelética Q77-78
 - 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot) Q66.8
 - 165 Hernia Diafragmática Q79.0
 - 166 Hidrops fetal P56, P83.2
 - 167 Oligoamnios severo P01.2
 - 168 Otras anomalías musculoesqueléticas Q68, 74, 75, 79
 - 169 Anomalías tegumentarias Q82, 84

- MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**
- 01 Lidocaina o similar
 - 02 Aminas simpatomiméticas
 - 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)
 - 04 Barbitúricos
 - 05 Relajantes musculares
 - 06 Diazepóxidos
 - 07 Meperidina
 - 08 Espasmolíticos
 - 09 Oxitocina
 - 10 Prostaglandinas
 - 11 Beta-lactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)
 - 12 Aminoglicósidos (gentamicina-amicacina)
 - 13 Eritromicina
 - 14 Metronidazol
 - 15 Betamiméticos
 - 16 Inhibidores de Prostaglandinas
 - 17 Antagonistas del calcio
 - 18 Sulfato de magnesio
 - 19 Hidralazina
 - 20 Beta bloqueantes
 - 21 Otros antipertensivos
 - 22 Sangre y derivados
 - 23 Heparina
 - 24 Corticoides
 - 25 Cardiotónicos
 - 26 Diuréticos
 - 27 Aminofilina
 - 28 Insulina
 - 29 Difetilhidantoina
 - 30 Otros
 - 31 Antirretrovirales
 - 32 Sulfadoxina-Pirimetamina
 - 33 Cloroquinas

Anexo 3

Operacionalización de variables

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

Anexo 4.

Tabla No. 2 Actividades básicas que se deben cumplir en TODAS las atenciones prenatales

No.	Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) • Evaluar la situación psicoemocional	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➢ Grupo y Rh	X			
	➢ PAP	X			
	➢ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➢ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➢ Glicemia	X	X	X	X
	➢ Examen General de Orina ➢ Cintas Reactivas de Uroánalisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica). ➢ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU: ▪ Esquema A: Nitrofurantoina con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofuantoina sin cubierta	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitari a y Nitritos:	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitari a y Nitritos:

	<p>entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</p> <p>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</p> <p>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</p> <p>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</p> <p>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>
	<p>➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH</p>	<p>X (antes de las 20S/G)</p>	<p>X (después de las 20 S/G)</p>	<p>Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado</p>	<p>X (De ser necesario realizara en el Trabajo de Parto cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)</p>
	<p>➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	<p>Suplemento con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico:</p> <p>Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental.</p> <p><u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u></p> <p>MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo.</p> <p><u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	<p>Suplemento con Ácido Fólico:</p> <p><u>Prevención de ocurrencia (primera vez): 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u></p> <p>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural: (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m2, Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u></p>	X	X	X	X
22	<p>Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones</p> <p>Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):</p>				

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

29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X
<p><u>Manejo y almacenamiento de las cintas de Uroanálisis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las Cintas de Uroanálisis traen reflejado tanto en su empaque primario como empaque secundario la temperatura adecuada para su almacenamiento la cual va de 2 a 30 °C, sin embargo se ha observado que las almohadillas que contiene la tira reaccionan por los cambios de temperatura por lo cual se ha sugerido dejarlas a temperatura ambiente desde su almacenamiento en el CIPS suponiendo que las bodegas están debidamente ventiladas. ▪ Conserve las cintas en su envase original. ▪ No utilice las cintas después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta del envase. ▪ Un envase nuevo de cintas de uro análisis puede usarse durante 6 meses. ▪ Anotar en la parte de afuera del envase la fecha en que lo abrió por primera vez. ▪ No saque del envase la bolsita de desecante que proporciona el fabricante. ▪ Saque las cintas del envase solo si van a utilizar de inmediato. <p>Termos COE: El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos termos son los mismos termos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)¹</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxitocina ▪ Ergonovina/Ergometrina ▪ Hidralazina (ampolla) ▪ Cintas de Uro análisis (Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto) <p>Garantizar la existencia de otros insumos COE:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sulfato de magnesio ▪ Nifedipina ▪ Clotrimazol ▪ Metronidazol ▪ Labetalol 					
