

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN MATAGALPA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA.



SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO-
INFANTIL

Tema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Sub tema:

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolo en el puesto de salud corneta del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Autores:

Br. Iveth Del socorro Lumbi Salgado.

Enf. Karla Elizabeth Sotelo Guido.

Tutora: MS.c Maricela Martínez Olivas

MATAGALPA, NICARAGUA 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN MATAGALPA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA.



SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIATURA EN ENFERMERIA CON ORIENTACION MATERNO-
INFANTIL

Tema: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Sub tema:

Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolo en el puesto de salud corneta del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Autores:

Br. Iveth Del socorro Lumbi Salgado.

Enf. Karla Elizabeth Sotelo Guido.

Tutora: MS.c Maricela Martínez Olivas.

MATAGALPA, NICARAGUA 2017

INDICE

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	3
OBJETIVOS	4
DESARROLLO DEL TEMA	5
VIII.CONCLUSIONES.....	83
IX.BIBLIOGRAFIAS	84
ANEXOS.....	

DEDICATORIA

A Dios

Por habernos dado sabiduría, entendimiento, paciencia, y por darnos salud sobre todo y la oportunidad de alcanzar nuestras metas propuestas en nuestras vidas.

A nuestros padres

Por darnos apoyo incondicional y orientarnos en cada momento la importancia del estudio para el futuro profesional.

A nuestras hijas (o)

Que son los más importantes vida y motivo para salir adelante con nuestras metas propuestas y ser un ejemplo a seguir

A nuestra tutora

MS.c Maricela Martínez que nos brindo de su apoyo incondicional en todo momento, orientándonos a seguir nuestro trabajo en estudio y realizarlo con nuestros objetivos propuestos y alcanzar nuestras metas.

A la Lic. Alma Sujey Torrez López.

Por su apoyo incondicional y el lugar de brindarnos información acerca del trabajo en estudio.

Br. iveth del socorro Lumbi salgado

Enfer. Karla Elizabeth Sotelo Guido.

DEDICATORIA

A Dios

Por haberme dado las fuerzas, la salud ,la inteligencia y las ganas de seguir adelante en todo momento y nunca hacerme caer con el propósito que tenia de culminar mi carrera le alabare y le bendeciré para siempre.

A mis padres

Aleyda Salgado Matuz y Salvador Lumbi López por el don de la vida y el apoyo incondicional que me brindaron y por haber estado siempre en cada uno de los pasos que di a lo largo de mi vida hasta llegar a este momento como es el culminar mi carrera .

A mis hijos

Luis Carlos y Génesis Sofía Ramírez Lumbi por haber llegado a mi vida por ser el regalo más grandioso que dios me ha regalado y por ser ese impulso que me ayuda en cada momento de mi vida cuando quiero decaer.

A mi tutora

MS.c Marisela Martínez por su apoyo incondicional en cada momento de la carrera desde el inicio hasta el final que ha sido como una madre para mí en la universidad.

A Personas ajenas

Que en cada momento estuvieron conmigo en ciertos momentos de mi vida

BR. Iveth Lumbi Salgado.

DEDICATORIA

A Dios

Por darnos las fuerzas, sabiduría, entendimiento, salud, sobre todo y guiarnos para tomar el mejor camino y sobre salir en todo momento

A mis padres

Por apoyarme emocionalmente y guiarme en todo momento de la vida orientándonos en cada momento y en cada paso que he dado en la vida.

A mi hija

Que es e lo más importante que tengo y mi mayor motivación para seguir sobre saliendo en la vida.

A la tutora

Que nos brindo de su tiempo apoyándonos en todo momento que la necesitamos y orientándonos la importancia de salir adelante y lograr culminar con nuestro trabajo.

Enf. Karla Elizabeth Sotelo Guido

Universidad nacional autónoma de Nicaragua

Facultad regional multidisciplinaria Matagalpa

UNAN –FAREM Matagalpa



VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el seminario de graduación para optar al título de **licenciatura en enfermería con orientación en materno infantil** ,que lleva por tema general: *Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo Matagalpa 2017* y con sub tema : INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS Y PROTOCOLO EN EL PUESTO DE SALUD CORNETA DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA LL SEMESTRE 2016, elaborado por las autoras : Br. Iveth del Socorro Lumbi Salgado y la enfermera Karla Elizabeth Sotelo Guido, reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

MS.c Marisela Martínez Olivas.

Tutora de seminario.

RESUMEN

La presente investigación se realizó en el municipio de Matagalpa con el propósito de relacionar las intervenciones de enfermería según las Normativas y la aplicación de cuidados de Enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el puesto de salud la corneta Matagalpa II semestre 2016.

El control prenatal es el Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbilidad materna y perinatal. Este debe ser enfocado a la identificación temprana de riesgo este multidisciplinario integral e involucrar activamente a la paciente y familia y apropiar a las pautas culturales, la historia clínica completa, orientara las pautas de seguimiento física, psíquica, de la madre para el parto y cuidado del recién nacido.

El trabajo fue un enfoque descriptivo ya que se redactan los sucesos y las actividades conformes los objetivos específicos también se realizó un corte en el tiempo siendo este de tipo retrospectivo, el universo de estudio fue 19 embarazadas de bajo riesgo al brindar las intervenciones de enfermería y la aplicación de cuidados de enfermería se observó que el personal de salud del puesto en estudio no realizan las actividades como lo establecen las Normativas se concluyó que la atención prenatal que se brinda a las embarazadas de bajo riesgo fue insatisfactoria ya que no se aplican según normativas.

Aunque se observó que todavía existen muchas dificultades en el cumplimiento con la Normativa debido a diferentes factores, como la interpretación que realiza el personal de enfermería hacia las Normas, el tiempo ya que las mujeres son de comunidades aledañas a centro de salud, el lugar de la entrevista que es muy pequeño para la comodidad de la gestante recursos necesarios solo cuenta con una enfermera para diferentes consultas y disposición del personal de enfermería y paciente.

INTRODUCCION

Según la OMS en el año 2015 el cuidado del embarazo en forma temprana periódica e integral disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muertes maternas como perinatales además una adecuada atención del embarazo y el parto permiten que estos lleguen a un final a término

Un control prenatal óptimo en el embarazo de bajo riesgo comprende un mínimo de cuatro Atenciones prenatales por el personal profesional de salud Las principales causas de mortalidad materna y perinatal son detectables y prevenibles mediante un control prenatal temprano continuo y de alta calidad que permita identificar y controlar los principales factores de riesgo obstétricos y perinatales.

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, y se debe garantizar la adecuada atenciones prenatales que como mínimo deben ser cuatro chequeos de rutina. 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.

En Colombia, según análisis de UNFPA (2013) la tasa de muerte en mujeres gestantes de 69.1 por cien mil nacidos vivos en el 2011 no se compadece con el nivel de desarrollo del país, máximo cuando el 98% de los partos son atendidos en instituciones de salud, lo cual debería garantizar la supervivencia

de las gestantes. De igual manera se señala lo difícil que será para Colombia cumplir la meta del 5° objetivo de Desarrollo del Milenio. Para el 2015 reducir la mortalidad materna a 45 por cien mil nacidos vivos, que es uno de los retos más importantes que tiene Colombia en materia de salud pública y de derechos humanos de las mujeres.

En Bogotá Colombia se efectuó un estudio de caso en una institución prestadora de servicios de salud ubicado en la localidad de chapinero en noviembre del año 2008 cuyo objetivo fue describir la opinión que tienen las gestantes con respecto a la calidad de atención que reciben en el control prenatal. Según en la investigación se encontró que la apreciación que tienen las entrevistadas frente a la atención prenatal es altamente negativa con los servicios ofrecidos por el centro de salud.

Nicaragua tiene una de los más altos índices de mortalidad Materna según clasificación de organismos internacionales de salud. Las cifras Oficiales señalan una tasa de 159 por cada 100 mil nacidos vivos De acuerdo con los datos del ministerio de salud Minsa la tasa de mortalidad materna en el 2015 eran de 86.47 por cada 100 mil nacidos vivos según fuentes del Minsa en el informe de gestión de salud presentado a la ops en agosto del 2011 al 2013, la mortalidad materna bajo a 63.2 y en el 2012 se redujo a 50.6 por cada 100 mil nacidos vivos.

De acuerdo con el Minsa las principales causas de muerte materna son las hemorragias relacionadas con el embarazo, las enfermedades sistémicas o crónicas, la preclampsia, eclampsia, síndrome de hellp.

JUSTIFICACION

La investigación llevo el propósito de Relacionar las intervenciones de enfermería según Normativas y la aplicación de cuidados de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el puesto de salud la corneta del departamento de Matagalpa II semestre 2017 ya que aporta mayor información sobre el cumplimiento adecuado de las intervenciones de enfermería que están teniendo en los diferentes centros de salud y así servirá a las autoridades de las instituciones a valorar el cumplimiento de las Normativas durante la atención prenatal para la prevención de complicaciones y disminuir los índices de morbimortalidad materna.

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 de salud.

El estudio facilitara a los estudiantes de enfermería información científica – técnico y destreza en el manejo de las normativas para la embarazadas de bajo riesgo y brindar una adecuada atención prenatal.

OBJETIVOS

Objetivo general:

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación de cuidados de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo en el puesto de salud la corneta del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Objetivos específicos

Documentar las intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo.

Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la aplicación prenatal en las pacientes en estudio.

Evaluar las intervenciones aplicando los cuidados de enfermería en las pacientes en estudio.

DESARROLLO DEL TEMA

Caracterización del puesto de salud la corneta

El puesto de salud está ubicado a 3km de Matagalpa carretera a Jinotega este puesto es pequeño tiene el cubículo de inmunización el área donde brinda las atenciones y una área que la divide una mampara para la revisión ginecológica a las pacientes y un sector para el médico que no hay una enfermera que atiende de 7am a 1 pm de lunes a viernes a cuatro comunidades que limitan al Norte con el naranjo, al Sur comunidad el guayacán, al este el chilamate, al oeste el Quebrachal esto equivale a 332 habitantes conformando 102 familias para un total, y se tomo una muestra de 19 embarazadas de bajo riesgo que es el universo ya que muy pequeña la población por eso se tomo toda la población de estas gestantes.

Intervenciones de enfermería

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de modo predecible relacionado con el diagnostico de enfermería

Tipos de intervenciones

Independiente

Es la que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud.

Este tipo de intervenciones incluyen las prescripciones de los médicos, dentistas, asistentes sociales, y fisioterapeuta.

Interdependientes

Son las actuaciones interdependientes que realiza el personal de enfermería sin una indicación médica es decir son las actuaciones que la enfermera están autorizada a prescribir y ejecutar sin supervisión ni indicación de otros `profesionales están intervenciones comprenden los cuidados físicos, actividades de la vida diaria, la educación sanitaria, la promoción de la salud, la valoración, evaluación continua

Cuidado directo

Consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente la intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas, y psicológicas

De cuidado Indirecto

Es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del mismo, incluyen las acciones de cuidado dirigidos al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales estas acciones apoyan y complementan la eficacia de las intervenciones de enfermería directas. (Elaboración de Intervenciones de enfermería , 2010)

Cuidados de enfermería

Está vinculado a la preservación y la conservación de algo o la asistencia y ayuda a que se brinda a otro ser vivo el término deriva al verbo cuidar por lo tanto abarca diversas atenciones que un enfermo debe dedicar a su paciente sus características dependerán de estado y gravedad del sujeto que a nivel general puede decirse que se orienta a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (Julian Perez Porto 2012 ,2014)

Tipos de cuidados

Cuidados de estimulación de confirmación

Aumenta la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.

Cuidado de confirmación

Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. promueve el desarrollo de la personalidad

Cuidado de autoimagen

Contribución que hace el enfermo para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno para ayudar a mantener su autoestima y a aceptarse.

Cuidado de sosiego o de relajación

Identificar situaciones de crisis y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo será recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de hacer frente a la crisis rápidamente

Cuidado de compensación

Ayuda que debemos ofrecer al paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social, según las necesidades insatisfechas mayor importancia en paciente en situación de mayor dependencia. (Alberto, 2014)

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. (Shcwartz 1995-1996)

Tipos de embarazo

Embarazo de Bajo Riesgo

Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen

Probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Embarazo de Alto Riesgo

Es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor

Probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto. (MINSa-No-011, 2015)

HISTORIA CLINICA

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.

En este contexto se ha elaborado el “Manual para el Llenado de la Historia Clínica Perinatal”, el cual deriva de la Normativa 0-11 Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo; y tiene como objetivo servir como documento orientador al personal de salud para el correcto llenado e interpretación de la HCP, así como garantizar la estandarización del llenado adecuado de la HCP, con el fin de mejorar la calidad de vida y realizar procesos de humanización de la atención del parto, puerperio y el retorno exitoso a la familia y la comunidad en el marco del Modelo de Atención Familiar y Comunitaria (MOSAFC). Este documento será de aplicación obligatoria en aquellos establecimientos de salud pública y privados que oferten y provean

Objetivos General

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.

Específicos

1. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.

Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.

Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal.

Políticas de Operación

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

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

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

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

Evaluar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad.

Brindar seguimiento y evaluación clínica.

Servir de base para planificar la atención de la embarazada y el recién nacido/a.

Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.

Unificar la recolección de datos y obtener localmente estadísticas confiables.

Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.

Registrar datos de interés legal.

Facilitar la auditoria médica.

Caracterizar a la mujer embarazada en la base de datos del SIP.

Categorizar problemas SIP.

Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales SIP.

Listado de Procedimientos

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

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

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

Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la Historia clínica.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

- Datos generales se refiere a todos los datos personales de la embarazada
- Antecedentes personales y familiares estos se refiere algunas enfermedades que padece la embarazada o familiar y pueda que la afecte durante el embarazo por eso se le llena el carnet perinatal para saber si hay antecedentes
- Gestación actual se define cuando hay embarazo actualmente.
- Parto u Aborto si ha tenido perdida ante de las 22 semanas de gestación parto se refiere al número parto que ha tenido
- Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
- Recién nacido son todas las características que se reflejan en historia clínica del bebe cuando nace.
- Puerperio Inmediato: Este segmento cuenta con seis columnas:

Día - Hora: Se colocaran el día y la hora con minutos en que realiza cada atención puerperal. Recordar que la norma establece que las atenciones puerperales deben realizarse cada 30 minutos en las dos primeras horas postparto.

Temperatura En grados centígrados, con un decimal. Por ejemplo 36.4°C.

Presión Arterial: Anotar resultado de control de la presión arterial consignando los valores de tensión máximos y mínimos en mm Hg (milímetros de mercurio).

Pulso: Número de latidos por minuto.

Involución uterina: Se refiere a si existe o no globo de seguridad de Pinard y el grado de involución del útero contraído, flácido, u otra característica.

Manual para el llenado de la Historia Clínica Perinatal

Loquios: Anotar características de los loquios tales como: olor, cantidad, presencia de coágulos, etc. esta variable cuenta con cuatro filas para la atención del puerperio de la siguiente manera: cada media hora en las primeras 2 horas, a las 6 horas de la última toma, por turno, al alta y para anotar en el Establecimiento de Salud donde se hará atención puerperal.

Antirubeóla postparto: Se refiere a si es necesario administrar la vacuna antirubeólica en el posparto en mujeres con historia que no han sido inmunizadas previamente. Esta medida preventiva busca proteger al siguiente embarazo. Si la paciente tiene la vacuna vigente y por lo tanto, no fue necesario vacunarla. Cuando la mujer debía recibir la vacuna y es vacunada al alta y cuando una mujer que debía ser vacunada es dada de alta sin recibir la vacuna.

Gammaglobulina anti D antes del alta: Cuando se trata de una mujer Rh negativo no inmunizada (no tiene anticuerpos anti D) y su recién nacido/a es Rh positivo deberá recibir la vacuna antes de las 72 horas del nacimiento. Siendo Rh negativo no inmunizada recibió la vacuna anti D. cuando siendo Rh negativo no inmunizada no recibió la vacuna anti D. en caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar no corresponde, igualmente si se trata de un RN Rh negativo.

Egreso del Recién nacido/a. cuando dan el alta al bebe

Egreso materno: Se refiere al estado al momento del alta (viva o fallece).

Si la madre está viva al momento del alta, entonces egreso materno debe incluir la fecha y hora del alta.

Anticoncepción métodos utilizados para evitar la fecundación

Consejería si la mujer recibió consejería sobre anticoncepción antes del alta.

Este dato debe llenarse en toda mujer que haya tenido un parto o aborto

(MINSA-No-106, 2013)

Expediente Clínico: Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imágenes lógicas 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

Objetivo

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

Campos 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.

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.

La utilización correcta del Expediente Clínico

Está disponible en este mismo documento el “Manual de procedimientos del Expediente Clínico”, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada. El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud

de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las historias clínicas orientadas a problemas, las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos.

Descripción de los procedimientos.

En la descripción de los procedimientos listados en el acápite precedente, se asume una descripción comprensiva de las actividades, tareas y pasos que se integran en cada procedimiento, a fin de identificar y precisar las instancias y personal a cargo, que estén responsabilizados por realizar esas actividades y tareas dentro de las organizaciones hospitalarias y clínicas públicas y privadas, así como en los puestos y centros de salud del MINSA en el primer nivel de atención. Educativos.

Listado de procedimientos

Procedimientos Asistenciales

Abordaje clínico y sanitario.

Evolución y seguimiento.

Resolución del caso.

Procedimientos Administrativos

Admisión e Ingreso

Permanencia y estancia

Alta y egreso

Procedimientos docente-asistenciales

Diagnósticos.

Terapéuticos.

Prognosis: rehabilitación, protección y promoción

Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.

Ordenamiento y clasificación.

Almacenamiento y conservación.

Mantenimiento en modo activo o pasivo (MINSA-No-004, 2013)

Tabla Nº 1: El personal de Enfermería está realizando el llenado completo de expediente clínico y demás formularios de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	9	47.36%	0	0%	0	0%	1	5.26%	10	52.62%
Insatisfactorio	2	10.52%	4	21.05%	3	15.78%	0	0%	9	47.35%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería realiza el llenado de expediente clínico y Historia clínica y demás formulario dando un resultados de 52.62% (10) satisfactoria y un 47.35% (9) fue insatisfactoria en las 19 embarazadas atendidas en el puesto de salud la corneta.

El personal de enfermería tiene la obligación de realizar el llenado correcto del expediente clínico y Historia clínica ya que son herramientas básicas dirigidas al personal de enfermería para la recopilación, y la actualización de información de la embarazada, por cada trimestre y así verificar cómo va el embarazo y tomar decisiones oportunas en caso de que se presentara algún daño en la embarazada y el bebe, es importante llenar completo cada dato que piden en los formularios ya que este es un documento legal y a la hora de una auditoria nos puede beneficiar por el buen manejo de este y también podemos interpretar la evolución de la salud de la gestante y el crecimiento y desarrollo del bebe y tomar acciones adecuadas que ayuden a que el embarazo llegue hasta su término. Los resultados de la tabla nº 1 nos muestran que el personal de enfermería no está realizando el llenado correcto y completo del expediente clínico y historia clínica y demás formularios la Normativa dice que se debe llenar cada itens satisfactoriamente ya que es un documento legal.

Factores sociales

Es cualquier rasgo característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión

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 o, el despojo o 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 de y 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

Es 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 psico emocional

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. (MINSa-No-011, 2015)

Tabla Nº 2: El personal de Enfermería esta identificando los factores (sociales, Violencia, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja, violencia de cualquier tipo), que se les realizo a las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

El personal Enfermería del puesto de salud en estudio esta identificando los factores de riesgos a las embarazadas de bajo riesgo al 100% (19) satisfactoriamente.

El personal de enfermería tiene que identificar los factores de riesgo en las embarazadas porque en ellos podemos valorar signos predisponente que estén afectando el estilo de vida de la gestante y del bebe. Es importante que el personal determine si hay algún factor que pueda asociarse en el embarazo ya que esto afecta al estado psicológico, emocional, y personal, de la calidad de vida de la paciente y así tomaremos las debidas acciones que amerite la gestante como está establecido en la Normativa.

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.

Objetivos del censo gerencial

Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud.

Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inacidentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.

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.

Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

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

Identificar Inacidentes 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.

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).

El Censo Gerencial cuenta con cinco instrumentos que son:

1. Boleta del Censo Gerencial.
2. Control semanal para las embarazadas próximas a parir
3. Reporte mensual de las Inacistentes embarazadas, puérperas y postnatales.
4. Guía para el monitoreo y evaluación.
5. Sistema de Vigilancia de la Embarazada. (MINSА-№-101, 2012)

(MINSА-№-011, 2015)

Tabla № 3: El personal de Enfermería realiza el Ingreso al censo gerencial de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

El personal Enfermería del puesto de salud en estudio está realizando el ingreso al censo gerencial a las embarazadas de bajo riesgo dando un resultado al 100%(19) satisfactoriamente

El personal de enfermería tiene que realizar la debida actualización del censo gerencial de cada atención brindada a las embarazada con el fin de identificar la cantidad del universo de la gestante que existen y también, en el podemos darnos cuenta de la asistencia y las que no asisten. Es importante actualizar el censo ya que en el podemos darles el seguimiento oportuno y evitar algún daño predisponente durante avance el embarazo y así tomar medidas preventivas como lo establece la Normativa.

Antecedentes familiares y personales

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 diferente patología, modo de vida y características de los mismos pacientes que puede tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad así como antecedentes quirúrgico. (MINSA-No-011, 2015)

Tabla N° 4: El personal de Enfermería esta identificando los Antecedentes familiares, personales y obstétricos de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería del puesto de salud está realizando la debida identificación de los antecedentes familiares, personales, obstétrico en las embarazadas de bajo riesgo al 100%(19) satisfactoriamente

El personal de enfermería tiene que identificar los antecedentes familiares y personales obstétricos, a todas las embarazadas de bajo riesgo correctamente ya que realizar esta actividad nos facilita conocer los antecedentes patológicos, genéticos a los que podría estar expuesta la embarazada y así tomar en cuenta estos datos para estar prevenidos ante un posible daño durante el periodo gestacional .es importante evaluar cada uno de estas características con el objetivo de valorar a que las embarazada no presente ninguna de estas factores que puedan afectar su embarazo y logre llegar a término. Como lo establece la Normativa.

Talla

Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo. Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pié, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los

hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro.

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 se debe realizar la medición de la talla a la embarazada con la técnica correcta se realiza en la primera consulta, generalmente las pesas tienen dispositivos que nos permiten medir a las pacientes se pondrá de espalda a la pesa, la base del tallímetro descansara sobre la cabeza sin angulaciones, se evitara el error de lectura y se anotara el resultado del carnet obstétrico y tarjeta. Control de talla o condiciones físicas de riesgo: tall-1.50cm-baja talla. (MINSA-No-106, 2013)

Tabla N° 5: El personal de Enfermería realiza la medición de la talla a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
Insatisfactorio	8	42.10%	0	0%	0	0%	0	0%	8	42.10%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de enfermería del puesto de salud en estudio está realizando la medición de talla a todas las embarazadas de bajo riesgo dando un resultado de 57.89% (11) satisfactoriamente un 42.10% (8) insatisfactoriamente.

Enfermería tiene la obligación de realizar la medición de talla con las técnicas correctas para la interpretación adecuada y obtener un resultado positivo se

debe hacer desde su primera atención prenatal. Es importante que a toda embarazada se les realicen esta actividad con el fin de detectar algún daño predisponente y se debe cumplir por que con esta medida realizamos la ecuación para sacar el índice de masa corporal de la gestante como está establecido en la Normativa.

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.

Técnica para medir el peso

se orienta a la paciente que concurra a las consulta con vestuario similar, de manera que no produzca grandes variaciones en 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 fiel o equilibrio, evitará errores en la lectura. (MINSA-No-011, 2015)

Tabla N°6: El personal de Enfermería, realiza la medición de peso a la embarazada de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	2	10.52%	1	5.26%	18	94.72%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	1	5.26%	0	0%	0	5.26%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está realizando la medición de peso a las embarazadas de bajo riesgo dando un resultado 94.72% (18) satisfactorio y un 5.26% (1) fue insatisfactorio

El personal de enfermería debe realizar con la técnica correcta la medición del peso de la embarazada de bajo riesgo para valorar el aumento de acuerdo a sus semanas de gestación y verificar el aumento de peso materno, y crecimiento fetal, y orientar a todas las gestantes sobre su adecuada alimentación ricos en nutrientes para obtener buena ganancia de peso ya que es importante tanto para la madre, el bebe, que no lleve signos de alteración en su peso ya que este puede afectar a la hora del parto, y nacimiento del bebe, como está establecido en la Normativa.

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. (MINSA-No-106, 2013)

Objetivos

1. entregar recomendaciones sobre prevención de caries y enfermedad periodontal en la embarazada
2. entregar recomendaciones sobre los métodos diagnosticados para detectar caries periodontal en la embarazada.
3. entregar recomendaciones sobre tratamiento de caries y enfermedad periodontal en las embarazadas.
4. entregar recomendaciones sobre el tratamiento rehabilitador de piezas perdidas en las embarazadas. (GUIAS CLINICAS, 2013)

Examen de Mamas

Es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambio o problemas en el tejido mamario.

Objetivo del examen de mama

Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna (Shcwartz 1995-1996)

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 anomalías 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 y usted puede 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 manecillas 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 (Molinares Karla, Ordeñana Claudia, 2013)

Tabla Nº 7: El personal de Enfermería realiza la actividad de Examen odontológico y de mamas a la embarazada de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está realizando el examen de mama y odontológico a las embarazadas de bajo riesgo al 100% satisfactoriamente

El personal de enfermería tiene la obligación de realizar la inspección bucal en la primer atención prenatal de la paciente y orientar la importancia de la buena higiene de sus dientes ya que esto puede afectar la salud de la madre como la del bebe .es de gran importancia orientar a la madre que lleva una vida saludable durante y después del embarazo para el bienestar de ambos.

También se debe realizar el auto examen de mama en la primer visita de la embarazada ya que en el podemos identificar daños en este órgano, es de vital importancia que estén saludable y también debemos brindar oportunamente la consejería a la mujer sobre la lactancia materna y el bienestar de sus órganos que son los que van a beneficiar al bebe durante su nacimiento alimentándose de estos.

Calculo de edad gestacional

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

Objetivos de cálculo

de la edad gestacional y técnicas de cómo calcular la edad gestacional se calcula desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos se basa en fecha de

Última regla y debe ser confirmada más tarde por ecografía antes de las 26 semanas. (MINSa-No-011, 2015)

Técnica del cálculo de edad gestacional

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

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

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

Tabla N° 8: El personal de Enfermería está realizando el Cálculo de la edad gestacional (EG) a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería debe realizar el cálculo de edad gestacional a las 19 embarazadas de bajo riesgo al 100 %

El personal de enfermería tiene que realizar cada actividad como dice la normativa ya que es una herramienta que permite calcular de manera fiable y sencilla porque se evalúa las semanas cumplidas, de gestación, percentil de crecimiento de peso, fetal fecha probable del parto, también es importante ya que podemos orientar a la madre como va avanzando el embarazado.

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

El estado nutricional de la mujer cuando se queda embarazada y durante el embarazo puede tener una influencia importante en los resultados sanitarios del feto, el lactante y la madre. Deficiencias de micronutrientes como el calcio, el hierro, la vitamina A o el yodo pueden producir malos resultados sanitarios para la madre y ocasionar complicaciones en el embarazo, poniendo en peligro a la madre y al niño.

Un aumento insuficiente del peso de la madre durante el embarazo debido a una dieta inadecuada aumenta el riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer y defectos congénitos.

Tabla Nº 9: El personal de Enfermería realiza la Evaluación del Estado Nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer Control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería debe realizar la evaluación en base al índice de masa corporal satisfactoriamente en las 19 mujeres atendidas en la atención prenatal al 100%

El personal de enfermería tiene la obligación de realizar la evaluación e interpretación del el estado nutricional del peso de la embarazada con el propósito de valorar la adecuada ganancia de peso para la edad gestacional es importante que el personal de salud educaque a la madre sobre su alimentación rica en nutrientes ya que un peso adecuado favorece la salud de la gestante y bebe.

Esquema de la DT

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 formaldehido y purificación

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 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.

Tabla N° 11: El personal de Enfermería, está aplicando el esquema de vacuna de Tétano a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	19	100%	0	0%	0	0%	0	0%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería cumple con el esquema de toxoide a las embarazadas dando un resultado al 100% (19) satisfactorio.

El personal de enfermería tiene que cumplir con el esquema de toxoide a todas las embarazadas captadas por primera vez o a las que no tengan su esquema completo con el propósito de inmunizar a las gestantes para evitar algún daño o riesgo para el bebe o la madre a la hora del parto, nacimiento.

Signos vitales

Son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales (cerebro, corazón, pulmones). Expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, cambios que de otra manera no podrían ser cualificados ni cuantificados. Se pueden medir en un establecimiento médico, en casa, en el lugar en el que se produzca una emergencia médica o en cualquier sitio. Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes:

- 1.- Frecuencia Cardíaca.
- 2.- Frecuencia Respiratoria.
- 3.- Presión Arterial.
- 4.- Temperatura Corporal.

La toma de funcionales 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. (schwarcz, 1995- 1997).

Tabla Nº 12: El personal de Enfermería, está realizando la actividad de presión arterial (registro y análisis e interpretación). Y resto de signos vitales (FC, FR, T°), a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	7	36.84%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	15	78.94%
Insatisfactorio	4	21.05%	0	0%	0	0%	0	0%	4	21.05%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está realizando la toma de signos vitales a las embarazadas de bajo riesgo con un 78.94% (15) satisfactorio y un 21.05% (4) insatisfactorio

El personal de enfermería tiene la obligación de realizar la toma de signos vitales completos y con la técnica correcta ya que de no hacerse de esta forma puede dar un resultado alterado es importante cumplir con estos ya que podemos identificar algún signo de peligro que pueda estar expuesta la embarazada, la tabla nos muestra los resultados de las actividades que no se está realizando como lo establece la Normativa por lo tanto enfermería no cumple con lo indicado por que una minoría lo realiza incompleto y de forma incorrecta.

Examen de laboratorio

Un procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud, se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas.

Técnica Examen de Papanicolaou

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

Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla que posteriormente y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. (MINSa-No-011, 2015)

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:

1. Informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo.
- .2. Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical. .3
3. Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). (MINSa-No-118, 2013)

Prueba de Hemoglobina

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

Examen de glicemia

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

Las hormonas producidas en el cuerpo ayudan a controlar el nivel de glucosa en la sangre.

Forma en que se realiza el examen

1. Se necesita una muestra de sangre.
2. El examen se puede hacer de las siguientes maneras:
3. Después de no haber comido nada (en ayunas) durante al menos 8 horas

En cualquier momento del día (aleatorio)

4. Dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa

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

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.

Examen de orina

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

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

evaluaciones de orina en la atención prenatal, Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) y de diabetes (glucosuria).

Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.

Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria.

.Técnica

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

Tratamiento para IVU

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

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

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

VDRL

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

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

Cuando se inserta la aguja para extraer la sangre, algunas personas pueden sentir un dolor moderado, mientras que otras sólo un pinchazo o picadura. Posteriormente, puede haber una de sensación pulsátil o un leve hematoma. Esto desaparece rápidamente. (MINSA-No-113, 2013)

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 nacido¹. Grado de recomendación B.

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

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

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.

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 materno infantil. Asegurando:

Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.

Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas) Realizar siguiente en el tercer trimestre.

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

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

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). (MINSa-No-093, 2013)

Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita” del Ministerio de Salud.

Grupo RH

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

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

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Forma en que se realiza el examen

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

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

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D)

Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Se marcará Si siendo Rh negativo no

Inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica (MINSa-No-106, 2013)

Tabla N°13: El personal de Enfermería, está indicando los de Exámenes de laboratorio: grupo y RH, VDRL/RPR Hemoglobina o BHC Glicemia, EGO; a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	6	31.57%	2	10.52%	3	15.78%	1	5.26%	12	63.13%
Insatisfactorio	5	26.31%	2	10.52%	0	0%	0	0%	7	36.83%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.88%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está indicando los exámenes de laboratorios a las embarazadas de bajo riesgo en un 63.13% (12) satisfactorio un 36.83% (7) insatisfactorio

El personal de enfermería tiene que indicar todos los exámenes de rutinas a las embarazadas que asisten a su primer atención prenatal con el objetivo de identificar algún daño que se esté produciendo en la gestante, es importante también para el personal de salud enviar por cada control de las embarazada los exámenes de laboratorio, y así nos daremos cuenta cómo va avanzando el embarazo. La tabla nos muestra que el personal de enfermería no está cumpliendo, ya que en algunas se enviaron los exámenes de forma incompletos y se deben enviar en tiempo y forma como está establecido en la Normativa.

Altura uterina

La 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, alberga 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 demater8al 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 . (schwarcz, 1995- 1997)

Tabla N°14: El personal de Enfermería, está realizando la técnica correcta de altura uterina a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	8	42.10%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
Total	11	57.89%	0	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería debe realizar la medición de altura uterina a las 19 embarazadas con un 42.10% (8) satisfactorio y un 57.89% (11) que no aplica por qué no se realizo ya que se cumple a partir del segundo trimestre del embarazo.

El personal de enfermería está capacitado para realizar esta actividad por cada trimestre correctamente como lo establece la normativa es importante cumplir con la técnica correcta para evaluar el crecimiento y desarrollo adecuado del bebe y la embarazada llegue a su feliz término.

Frecuencia cardíaca fetal

Son los latidos del corazón en un minuto. El corazón fetal aparece a 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 maneras: la primera con la corneta de Pinard 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 fetal La frecuencia cardíaca fetal basal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto;¹ se habla de taquicardia fetal cuando ésta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia está por debajo de 120 latidos por minuto.

Estos cambios se relacionan con el estado anímico materno, la alimentación, la hipoxia fetal los medicamentos. (schwarcz, 1995- 1997)

Auscultación

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

Sentar con certeza el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnostico ya hecho por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (schwarcz, 1995- 1997)

Técnica Auscultación

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

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

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

Este foco de auscultación es la zona que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde al hombro fetal anterior .la transmisión hasta el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capa solida que son buenas propagadoras del sonido. este ,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 (schwarcz, 1995- 1997).

Tabla N°15: El personal de Enfermería, está realizando la auscultación de Frecuencia Cardiaca Fetal a partir de las 20 SG a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	10.52%	2	10.52%	1	5.26%	5	26.31%
Insatisfactorio	0	0%	2	10.52%	1	5.26%	0	0%	3	15.78%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
Total	11	57.89%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está realizando a las embarazada la auscultación de frecuencia cardiaca fetal a partir del segundo trimestre de gestación con 57.89% (11) no aplica 26.31% (5) satisfactorio 15.78% (3) insatisfactorio

El personal de enfermería está capacitado para realizar la auscultación fetal a las embarazadas que asisten a su control prenatal con las técnicas correspondiente y así tendremos una respuesta positiva con esta actividad es importante ya que podemos orientar a la madre sobre la condición del bebe.

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: El personal de Enfermería valora la realización de los movimientos fetales.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	8	41.9%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.87%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Indagar sobre los movimientos fetales del bebe en la embarazada.

Enfermería está en la obligación de que en cada control prenatal así como esta normado valorar a la paciente sobre los movimientos fetales y cada cuanto tiempo lo percibe ya que es de vital importancia estar pendiente del movimiento del feto ya que con esto se puede disminuir en cierta parte cambios en el feto ya que al estar en vigilancia de los movimientos del bebe se está asegurando la vida del mismo que lleva en su vientre. porqué durante el embarazo la madre debe estar atenta ,la madre es capaz de sentir los movimientos de su bebe los cuales se hacen cada vez más notorios a medida que avanza el embarazo .los movimientos son un indicativo de bienestar fetal ,ya que en la literatura dice que lo normal en promedio de movimientos diarios del feto debe ser alrededor de 10 a 15 movimientos por día .es de vital importancia comunicarle a la madre que si siente que los movimientos de su bebe se han reducido , es de suma importancia que se lo comunique al personal de enfermería que en ese momento lo esté tratando ya que esto es un indicador que algo está mal con el embarazo ,ya que la principal causa asociada a la reducción de los movimientos del feto puede ser que no esté recibiendo el oxigeno suficiente ,por ello se debe tener en cuenta de dar

siempre aconsejaría a la madre de las acciones que puede tomar al no percibir los movimientos del bebe .

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 podálica.

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 critico para decidir la vía de extracción.

Maniobras.

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

Primera maniobra de leopold determina el sitio que ocupa el fondo uterino y explora su contenido

Segunda maniobra de leopold explora lateralmente al útero y determina el lado del dorso y el de las pequeñas partes fetales.

Tercera maniobra de leopold es uní manual abarca el polo inferior alto en especial si es cefálico y lo hace pelotear

Cuarta maniobra de leopold permite apreciar el polo que se presenta y su grado de penetración en la pelvis.

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 cardiaca oscila en condición 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.

El eje longitudinal del feto forma 45° con el de la madre. Es una situación inestable, que se transformará en cualquiera de las dos anteriores cuando comience el parto. (https://es.wikipedia.org/wiki/Est%C3%A1tica_fetal)

Tabla Nº 17: presentación/ situación fetalica en embarazadas que recibieron atención prenatal en el centro de salud la corneta en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	3	15.76%	1	5.2%	4	21.05%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.87%	4	21.05%	0	0%	0	0%	11	78.92%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de enfermería está cumpliendo en un 100 % con la realización del examen de la presentación y situación fetal a todas las embarazadas que asistieron a su atención prenatal en el puesto de salud de la corneta.

En el caso de la situación fetal solo el personal de enfermería puede darse cuenta en que eje de la cavidad de la madre se encuentra con cierta técnica tal como es la maniobras de leopold ya que dicha técnica nos ayuda a determinar la estática fetal ,y que junto con la evaluación de la pelvis materna ,pueden indicar si el parto será complicado o si resultara necesario realizar una cesárea .la destreza y practica del personal de enfermería para realizar las maniobras son el factor principal para el diagnostico correcto. Las maniobras de leopold pueden ser ejecutadas en los meses finales de la gestación, con especial valor

semiológico a partir de las 26 semanas de gestación a como esta en la norma y también durante las contracciones uterinas en el trabajo de parto.es de mucha importancia mencionar que ningún estudio de estas maniobras es diagnostico así que siempre será de mayor efectividad una ecografía para determinar con certeza la posición fetal.

Clasificación de alto riesgo obstétrico

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.(A, 1992)

Clasifica del embarazo

Bajo riesgo

Alto Riesgo

Embarazo de Bajo Riesgo:

Es aquel en el cual la madre o su hijo-a tienen

Probabilidades bajas de enfermar antes, durante o después del parto.

Embarazo de Alto Riesgo:

es aquel en el que la madre o su hijo-a tienen una mayor

Probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes, durante o después del parto

Tipos de clasificación

Atención de Bajo Riesgo

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

Tabla Nº 18: clasificación de alto riesgo obstétrico de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	15.76%	1	5.2%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería esta clasificando en un 100% alas embarazadas según su factor de riesgo según como lo indica la Normativa 011, (2009) esta actividad debe ser siempre realizada a cada atención prenatal.

Enfermería debe estar capacitado para poder identificar un embarazo y así poder clasificarlo que tipo de embarazo es durante la atención prenatal debido que hay muchos factores que pueden aumentar la posibilidad de que una paciente tenga cambios durante el embarazo en estos se pueden dar distintas actividades en el bebe y la madre que pueden llegar a perjudicar en gran

manera la hora del parto y traer consecuencias en el puerperio es de vital importancia informarle a la paciente de cómo está clasificado su embarazo para que así ella esté pendiente de lo que suceda y así brindarle un cuidado especial que requiera un cuidado y un seguimiento específico .

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. (MINSA, Normas y Protocolos Para La Atención De Complicaciones Obstetricas, 2008)

Durante la atención prenatal, la primera acción para preparar a la mujer embarazada para la lactancia, es examinar los pechos, para que ella conozca el tipo de pezón que tiene y pueda practicar los ejercicios de preparación para lactar. Estos consisten en imitar la acción del mamar del bebé, jalándose repetidamente los pezones con los dedos y estirándolos o alargándolos lo más posible sin lastimarlos. Unas cuantas docenas de jalones todos los días, especialmente durante el último mes del embarazo, sirve para que sus pechos se acostumbren a la acción del mamar. Posteriormente aconsejar sobre la posición, el agarre y la succión del bebé adecuado (MINSA, 2009)

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

Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.

Formas de amamantar.

Los cambios en la leche materna después del parto Y

Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (si/no). En casos de atención por

aborto no aplica llenar esta variable. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación.

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. (MINSA, 2008)

La consejería

Es un proceso de análisis y comunicación de persona a personas, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería

- a) Atender a la persona usuaria.
- b) Conversar, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.
Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
- c) Comunicar a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.
- d) Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
- e) Describir cómo utilizar el método elegido:
- f) Acordar con la usuaria le fecha de Visita de seguimiento.

Además, la consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya sea que desee retrasar el nacimiento de su primer hijo/a espaciar el nacimiento entre ellos, no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económica y estado de salud. La consejería debe necesariamente abordar el tema de la

comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. (MINSa, 2008)

Tabla Nº 19: consejería de lactancia materna y planificación familiar de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	15.76%	1	5.2%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación.

Se evidencia que el personal de enfermería está orientando a las embarazadas sobre lactancia materna exclusiva y planificación familiar como lo indica la Normativa 011, (2015), 19 embarazadas que es el 100% asisten a su atención prenatal en el puesto de salud La Corneta y para el análisis de sus controles prenatales.

Enfermería tiene la ardua labor de brindar la consejería necesaria a las pacientes embarazadas y no embarazadas de la importancia y los beneficios de la lactancia materna durante y después del puerperio para la madre y el bebe ya que es una forma inigualable de facilitar el alimento ideal para el crecimiento y desarrollo correcto de los niños .a como dice la literatura que se recomienda durante los seis primeros meses de vida la lactancia exclusiva ya que también al nacer es la primera vacuna del bebe al tener los nutrientes necesarios en gran manera es de vital importancia dar a conocer a las pacientes los grandes beneficios de la lactancia tanto para la madre como para el hijo es de vital importancia dar a conocer los grandes 10 pasos para la lactancia feliz .

Sulfato ferroso

Los hematinicos son medicamentos que contienen principalmente compuesto de hierro (ferroso), con objeto de incrementar la producción de hemoglobina y se expande como producto que no requieren recetas medica en tableta, capsula y liquido.

Hierro

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

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

La cantidad de Hierro 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.

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 Preconcepcionales a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos 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)

Ácido Fólico Tableta 5 mg
Sulfato ferroso + ácido fólico
tabletas 60mg +400mcg

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema inmune y otras partes del cuerpo. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional en niños (as) y adultos. Los grupos más vulnerables son los adolescentes de ambos sexos, las mujeres en edad reproductiva y las embarazadas. La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a bebés de bajo peso, parto prematuro, muerte materna e inclusive muerte peri-natal y fetal. Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro, tienen pocas reservas del mineral y están más propensos a desarrollar anemia antes del primer año de vida, que los recién nacidos cuyas madres tienen buenos niveles de hierro.

Tabla Nº 20: suplemento con sulfato ferroso + ácido fólico embarazadas que recibieron atención prenatal en el centro de salud la corneta año 2016.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.76%	1	5.2%	8	42.10%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería está indicando el sulfato ferroso mas ácido fólico a las embarazadas que asisten a su control prenatal en un 100 % según como lo establece la Normativa 011 (2015) Dar hierro elemental y

ácido fólico reduce en las embarazadas anemia al término, deficiencia de hierro, recién nacidos de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, neuroblastoma y leucemia.

Enfermería tiene la gran obligación de entregar el sulfato ferroso +ácido fólico a todas las embarazadas que estén ingresadas en el censo y darles a conocer la vital importancia a las mujeres en edad fértil de tomar este medicamento antes de querer salir embarazada y de todo lo que se previene durante la formación del feto tomándose una tableta diaria ya que los beneficios son muchos para la madre y el bebe cabe señalar que en el puesto de salud en estudio se le entrega en tiempo y forme todo su medicamento a la embarazada para así prevenir en gran manera todo lo que pueda perjudicar a la madre y al bebe.

Aspirina

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

Prescripción de Aspirina:

- ✓ Embarazada con riesgo intermedio de Pre eclampsia: Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.
- ✓ Embarazada alto riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. (MINSa, 2015)

Deficiencia de Calcio

La 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 Hipertensivo Gestacional. (MINSa, 2008)

El calcio es necesario para la formación ósea del feto y el mantenimiento materno. Durante el embarazo el requerimiento de calcio aumenta pero no aumenta la recomendación de la ingesta del mismo ya que el organismo compensa el aumento de las demandas elevando la absorción del mismo.

Tabla Nº 21: indicación de aspirina y calcio a las embarazadas de bajo riesgo II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.26%	8	42.09%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guías de observación.

El personal de enfermería está en un 42.09% insatisfactorio y en un 57.89% no aplica a como lo indica la normativa. (MINSa, 2015)

Enfermería esta en responsabilidad de velar por el bienestar materno fetal de la embarazada ya que es de suma importancia saber que en cualquier momento pueden ocurrir cambios durante la gestación y a eso se le suma la preclampsia que es una enfermedad que ha afectado a muchas pacientes a nivel mundial en especial en Nicaragua es mucha la taza con este diagnostico en las embarazadas c, cabe mencionar que enfermería por ser el primer nivel de

atención debe estar al cuidado de cada factor que altere la manera que la paciente presente esta sintomatología las pacientes deben tener en cuenta toda la información sobre dicha enfermedad y brindarle el medicamento en tiempo y forma como dice la norma que es de la semana 12 a las 36 teniendo un resultado eficaz de las propiedades y de lo que pueden evitar dichos medicamentos

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 vermífida (diccionario de especialidades farmacéuticas 2014 edición 44)

Indicaciones

Está indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lombricidas, trichuris

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)ⁱⁱ 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 II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

Dosis

400mg a las 17 semanas de gestación y a las 6 semanas la segunda semana (MINSa-No-011,2015)

Administración de Albendazol.

Está 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%) 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 II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

(MINSA, 2015)

Tabla nº 22: Entrega de Albendazol en el segundo y cuarto trimestre a las embarazadas de bajo riesgo en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	17.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería del puesto de salud está entregando en un 100 % el Albendazol a todas las embarazadas del segundo y cuarto control prenatal como lo establece la Normativa 011.(MINSA, 2015)

El Albendazol en esta etapa de la vida de la mujer es de vital importancia tanto para ella como para el bebe ya que es un fármaco con muchas propiedades incluyendo el embarazo en el cual cabe señalar que también tiene propiedades en cierta manera pueden llegar a perjudicar el bebe si no se toma a como está indicado en la norma llevando cada paso en buena relación con la embarazada y siempre con la consejería.

Consejería

es todas las atenciones prenatales se deben brindar orientaciones y conversar con la embarazada sobre signos de alarma, alimentación, higiene y vestimenta adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por

instrucciones escritas. Se debe disponer de instrucciones escritas para las embarazadas no alfabetas, ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer.

Orientaciones básicas de cada APN

Signos o síntomas de peligro:

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

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

. (MINSA, NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA TENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO", 2015)

Consejería de signos y síntomas de peligro de preclamia y eclamcia

En todas las atenciones prenatales se deben brindar orientación y conversar con las embarazadas sobre signos y síntomas de alarma alimentación, higiene, vestimenta, adecuada. Todas las orientaciones verbales deben estar acompañadas por instrucciones escritas para las embarazadas no alfabetas ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer Normativa 011 (2015)

Tabla Nº: 23 consejerías de signos y síntomas de peligro a las embarazadas de bajo riesgo en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	17.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería está orientando en un 100 % a las embarazadas sobre signos y síntomas de peligro durante su control prenatal según la Normativa 011, (2015), (MINSA, 2015).

Es importante señalar la responsabilidad de enfermería al brindarle a las pacientes la consejería oportuna sobre los signos de peligro durante todo el embarazo desde el momento que fue captada la paciente se le brinda toda la información adecuada sobre todos los síntomas que pueden llevar a un cambio en cierto momento del embarazo ya que es un proceso natural y pueden existir ciertos cambios que debemos reconocer para poder actuar de manera profesional cuando los signos estén apareciendo.

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 bueno y sin peligros 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. Los Pilares son cuatro:

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.

Captación, Negociación y Referencia.

La 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. 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.

Plan de Parto para la Maternidad Segura: Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial.

Negociar plan parto

El Plan Parto: Es la estrategia que está encaminada a orientar la organización y atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar. Durante la Atención Prenatal se pueden presentar situaciones en las que se hace necesario la hospitalización o traslado de la embarazada. Ante esta situación hay que tener en cuenta “las acciones para referir a hospitalización a las embarazadas para Enfatizar y garantizar el Plan de referencia: Disponibilidad de transporte de la unidad de salud solicitarlo a otra institución, personal de apoyo.(MINSa, 2015)

Pilares del plan parto

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

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 según el instructivo de llenado de la ficha. 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. (MINSANo-104, 2012)

Tabla Nº 24: negociar plan parto con las embarazadas de bajo riesgo en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	17.78%	1	5.26%	19	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería está orientando a todas las embarazadas de manera correcta en un 100 % sobre el plan parto con la Normativa 011 (2015).

Es de mucha importancia como personal de enfermería saber que desde el momento de la captación ofertarle a la mujer el plan parto y explicarle lo que significa ya que es un documento en el que se puede recoger todos ,los deseos ,preferencias ,expectativas y necesidades concretas con respecto a la atención prenatal ya que es donde ocurre en el entorno y toda la información de la embarazada todo esto hace que la embarazada se plantee en todas las atenciones prenatales en cuestiones relativas este proceso ya que es un hecho fisiológico en el que intervienen multitud de factores impredecibles.

Referencia y Contra referencia:

Es el conjunto de mecanismos con que se articulan los diferentes establecimientos proveedores de servicios de salud que conforman la red de servicios, a fin de garantizar que cada paciente sea atendido de acuerdo a la complejidad de su problema de salud en el nivel de resolución que corresponda. (normas y protocolos 068-MINSA(2011))

Transferencia de paciente.

Son las diferentes acciones realizadas para el envío de uno o varios pacientes de una unidad de salud de menor nivel de resolución (con tecnologías simples o de baja complejidad) a una unidad de salud de mayor resolución (con tecnología de mayor complejidad y mayor número medios de diagnóstico y tratamiento). Para efectos de la presente norma se considerará sinónimo de Traslado, así como el procedimiento inverso, yendo de una unidad de mayor resolución a una de menor resolución también se considerará Traslado. (normas y protocolos 068-MINSA(2011))

Referencia:

Es el traslado de pacientes de una unidad de salud con menor nivel de resolución, a otra unidad de salud con mayor nivel de resolución, para dar respuesta a la demanda de salud de los pacientes. (normas y protocolos 068-MINSA(2011))

Contra referencia:

Es el informe escrito del reconocimiento, valoración, tratamiento y peritaje realizado, así como la consignación de resultados e indicaciones que se deben seguir por el paciente en su unidad de atención de origen a fin de brindar continuidad al cuidado del paciente. (normas y protocolos 068-MINSA(2011))

Características:

Conocer en detalle la norma técnica de referencia y contra referencia.

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

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

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

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

Organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma en el nivel correspondiente. (normas y protocolos 068-MINSA(2011))

Tabla Nº 25: referencia a otro nivel casa materna a las Embarazadas de bajo riesgo en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	17.78%	1	5.26%	8	41.09%
Insatisfactorio	11	57.89%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.89%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Esto muestra que el personal de enfermería está trabajando en un 100 % a como dice la normativa (normas y protocolos 068-MINSA(2011)) .

Este elemento es donde enfermería proporciona el acceso a una atención obstétrica de mejor calidad y sirve de apoyo a la atención prenatal y el parto en los puestos de salud, es de importancia saber que para ello se debe tener en cuenta los patrones que se deben cumplir para hacer uso real de esta oportunidad que se le da a la embarazada enfermería esta en el deber de estar en permanente vigilancia a la embarazada para así detectar en cualquier momento cualquier factor que se altere para así brindarle el derecho de la referencia .

ETS

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto íntimo ,casi con exclusividad 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.

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.

El 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.

El objetivo del manejo sindrómico

es identificar síndromes en ITS 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 ITS 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.

El manejo sindrómico clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo. (MINSA, 2013).

Tabla Nº 26: Confirmar o D/C algunas ETS y aplicar tratamiento a las embarazadas de bajo riesgo del II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	11	57.89%	4	21.05%	3	17.78%	1	5.26%	19	41.09%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: Guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería del puesto de salud está trabajando en un 100 % como lo establece la Normativa 011 (2015) al enviar a todas las pruebas de exámenes a todas las embarazadas que asisten a este centro de salud.

Es de vital importancia que el personal de enfermería realice todos los exámenes de laboratorio a la embarazada ya que ahí van incluidos los que se diagnostican las enfermedades de transmisión sexual en las cuales se pueden encontrar las que afectan la salud materno fetal de la embarazada las cuales hay ciertas que son tratables y curables y otras que son incurables por las cuales aunque existan tratamientos para ellas capaces de modificar los síntomas de la enfermedad las enfermedades de transmisión sexual se propagan por contacto sexual que es la vía por donde el bebe nacerá que en cualquier momento puede modificar la salud del bebe y la madre.

Dexametazona

Es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a las hormonas esteroides .actúa como antiinflamatorio e inmuno supresor, 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 contra arrestar 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°27: Indicar Dexametazona a partir de las 24 a 34 semanas de gestación para prevención a un parto prematuro en las embarazadas de bajo riesgo en el II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	8	42.10%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	11	57.87%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.87%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería del puesto de salud esta en un 42.10 % insatisfactorio y el 57.89 % no aplica el cumplimiento de la Dexametaxona según su edad gestacional como lo indica la Normativa 011, (2015).

Enfermería debe conocer los beneficios que tiene este medicamento en las embarazadas y en la norma está inscrito el cumplimiento de ella y en qué momento del embarazo se aplica así como también orientarle a la embarazada que beneficios obtendrá con la aplicación de dicho medicamento y las reacciones que hace al bebe si se pone durante la atención prenatal son muchos los beneficios

Objetivo del COE

Establecer los lineamientos de funcionamiento del Centro de Operaciones de Emergencias (COE) del MINSA.

Funciones el COE

Funciones del COE MINSA

1. Mantener comunicación permanente de intercambio de información con Autoridades de Salud de la Región Centroamericana e Instituciones Científicas Internacionales (p. Ej.: OMS/OPS, CDC) para asegurar la actualización de la Situación internacional y regional de la Influenza Humana. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)
2. Mantener comunicación permanente entre el Comité del COE-MINSA y las Instituciones y Organizaciones del país, a las que se les requiera de su Participación para coordinar los aspectos de la respuesta a la situación de Emergencia sanitaria, así como también con los diferentes medios de Comunicación para mantener informada a la población sobre las medidas que se desarrollan. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)
3. Mantener permanente comunicación con las más altas estructuras del Gobierno Central a fin de mantener una fluida comunicación e información de los avances de los procesos de respuesta a la emergencia sanitaria a como también de la Evolución de la situación de salud de la población. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

4. Formular Recomendaciones Técnicas o Normas para su estricto cumplimiento en

Aras de asegurar una participación colectiva (enfoque multisectorial) en las Medidas de lucha anti epidémica que se deban ejecutar en todo el territorio Nacional. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

5. Monitorear permanentemente la evolución de la epidemia, en coordinación con

Los 17 SILAIS del país, a fin de desarrollar los análisis pertinentes, reportes de Situación, determinación del problema y elección del curso de acciones de Respuesta a implementar y/o fortalecer. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

6. Recepcionar diariamente la información actualizada de la situación de salud en

Municipios afectados, en cuanto a casos sospechosos, casos confirmados, Fallecidos confirmados o sospechosos, la que deberá ser informada a la Autoridad Superior correspondiente y referida para su registro a la Dirección de Estadística Nacional. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

7. Recepcionar diariamente la información relativa al estado funcional de los Centros de Atención Alternativos de Salud, las necesidades logísticas, Existencias de medicamentos y situación del personal de salud que labora en Cada centro. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

Insumo medico

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario suplemento alimenticio o dispositivo medico, reactivos de laboratorios, destinado a la prevención, diagnostico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios normativa 063.

Manejo y almacenamiento de cintas de uro análisis

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 fabricante. (norma 019-COE emergencia sanitaria-2009)

La normativa 011 (2015) el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos términos son los mismos que se manejan en las unidades de salud (rango de temperatura entre 2° a 8° °c, proteger de la luz y no congelar). Oxitocina, Ergonovina / Ergometrina, Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE: sulfato de magnesio, Nifedipina, Clotrimazol, Metronidazol y Labetalol (MINSA, normas y protocolos 011 2015).

Termo de almacenamiento de los insumos

La Normativa 011, (2015), el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos términos son los mismos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar). Oxitocina, Ergonovina/Ergometrina, Hidralazina (ampolla), Cintas de Uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE: Sulfato de magnesio, Nifedipina, Clotrimazol, Metronidazol y Labetalol (MINSA, 2015)

Tabla N° 28: evaluar la disponibilidad de insumos básicos que se les indica a las embarazadas de bajo riesgo del II semestre 2016

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	8	42.10%
Insatisfactorio	11	57.87%	0	0%	0	0%	0	0%	11	57.87%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	11	57.87%	4	21.05%	3	15.78%	1	5.2%	19	100%

Fuente: guía de observación

Se evidencia que el personal de enfermería tiene garantizado en un 100 % los insumos básicos para la atención de las embarazadas como lo indican las normas y protocolos.

En este caso es de vital importancia que en cada puesto de salud se cuente con los insumos necesarios para poder atender una emergencia de cualquier tipo que se pueda presentar en la comunidad pero en especial de las embarazadas porque son dos vidas las que se atienden y sobre todo evaluar en cada atención prenatal cualquier cambio que se pueda presentar en la embarazada para así actuar de manera eficaz y brindarle la mejor atención materno fetal sin cambios y que así se llegue a un parto y puerperio.

Evaluación

Es la última etapa del ciclo administrativo es medir, comparar y formarse un juicio en el contexto de la atención de la salud se le puede definir como el proceso sistemático y científico de determinación del grado de cumplimiento de una estructura y/o de una acción o un conjunto de acciones, y los resultados de salud obtenidos.

Evaluar es "medir" un fenómeno ó el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre establecido, y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia.

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 cumplen de forma incorrecta a las embarazadas por lo tanto la evaluación del cuidado resulta satisfactoria

Evaluar es juzgar o estimar, es la quinta y la última fase del proceso de enfermería, es una actividad plantada, continua y con objetivos, en la que se determina:

- 1-el progreso del paciente referido a la consecución de objetivos
- 2-la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación puede ser continua, intermitente o terminal.

Mediante la evaluación, las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran interés en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran el deseo de no perpetuar acciones ineficaces ,si no de aportar curas más efectivas . (revista medica hondureña -vol. 62-1964)

Definición: acto de valorar una realidad, formando parte de un proceso cuyos momentos previos son los de fijación de las características de la realidad a valorar, y de recogidas de información sobre la misma y cuyas etapa posteriores.

Tabla N° 29: Evaluación de las 28 actividades realizadas por el personal de enfermería, en la atención prenatal

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	27	64.28%
Insatisfactorio	7	17.5%
No aplica	8	19.04%
Total	42	100%

Fuente: Guía de observación

El 64.28% de las actividades resultan ser satisfactorias y el 17.5% es insatisfactorio y el otro 19.04% al no aplica.

Se evidencia que existe una brecha significativa entre el personal de enfermería del centro del puesto de salud la corneta que realiza de forma insatisfactoria y no cumple a cabalidad con lo establecido en las normas y protocolos y quienes lo realizan de forma insatisfactorio dejando entre ver que en el centro de salud en estudio existe personal de enfermería que todavía no ejecuta por completo lo establecido con las normativas, en donde se organizan cada una de las actividades o intervenciones que se deben realizar en la atención de cada atención prenatal.

El no cumplir con las normativas contribuye a factores pre disponente para desencadenar complicaciones obstétricas que en su mayoría no pueden ser pronosticadas ni prevenidas, es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse como el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades y destrezas que se implementan en los cuidados brindados a las usuarias durante la atención prenatal e incluso desde el inicio de su embarazo, para que la usuaria sea clasificada como embarazo de bajo riesgo, y termine con un parto e incluso hasta su puerperio.

VIII.CONCLUSIONES

Se documentaron las intervenciones de enfermería en la atención prenatal en las normativas.

Al compararlas intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado en cada atención prenatal se encontró que el personal de enfermería del puesto de salud en estudio no cumple al violentar las normativas ya que no cumple con lo establecido dando un resultado insatisfactorio.

Al evaluar las intervenciones aplicadas por enfermería se encontró un resultado insatisfactorio de parte del personal de enfermería.

IX.BIBLIOGRAFIAS

GUIAS CLINICAS. (2013). *Salud oral integral de la embarazada*. Santiago: MINSa.

MINSa-106. (2013). *Manual para el Llenado de la Historia Clinica Perinatal*. Ma

MINSa-N-002. (2008). *Normas y protocolo de planificacion familiar*. Managua: MINSa.

MINSa-N-004. (2013). *Norma Para el manejo del expediente clinico y manual de manejo del expediente clinico*. Managua: MINASA.

MINSa-N-011. (2015). *Norma y protocolo para la atencion prenatal, parto, recien nacido,y puerperio de bajo riesgo* . Managua: MINSa.

MINSa-N-011. (2015). *Norma y protocolo para la atencion prenatal,,parto,recien nacido,y puerperio,de bajo riesgo*. Managua: MINSa.

MINSa-N-011. (2015). *Norma y protocolo para la atencion prenatales, parto,recien nacido y puerperio, de bajo riesgo*. Managua: MINSa.

MINSa-N-011. (2015). *Normas y Protocolo Para la Atencion Prenatal, Parto,Recien Nacido, y Puerperio De Bajo Riesgo*. Managua: MINSa.

MINSa-N019. (2009). *Normas para el funcionamiento del centro de operaciones de emergencia(coe)del minsa, en el contexto de la emergencia sanitaria nacional*. Managua: MINSa.

MINSa-N-026. (2013). *Lista basica de medicamentos esenciales*. Managua: MINSa.

MINSa-N-029. (2009). *Norma para la alimentacion y nutricion para las embarazadas, puerpera,y niñez menor de 5 años*. MANAGUA: MINSa.

MINSa-N-093. (2013). *Protocolo para el manejo de la transmision materno infantil de VIH y la sifilis congenita* . Managua: MINSa.

MINSa-N-101. (2012). *Censo gerencial de embarazadas,puerperas,y postnatales*. Managua: MINSa.

MINSAN-104. (2012). *plan de parto para la maternidad segura manual de organizacion y funcionamiento y guia de capacitacion para el personal de salud*. Managua: MINSAN.

MINSAN-106. (2013). *Manual para el llenado de la Historia clinica perinatal*. Managua: MINSAN.

MINSAN-109. (2008). *Normas y protocolo para la atencion de complicacion obsetrica*. Managua: MINSAN.

MINSAN-113. (2013). *Guia para la atencion de las infecciones de transmicion sexual*. Managua: MINSAN.

MINSAN-118. (2013). *Manual de consejeria para el abordaje del VIH*. Managua: MINSAN.

MINSAN-121. (2013). *Manual de procedimiento de inmunizacion*. Managua: MINSAN.

MINSAN-O19. (2009). *Norma para el funcionamiento del centro de operaciones del centro de operaciones de emergencias(COE) del MINSAN en el contexto de la emergencia sanitaria nacional*. Managua: MINSAN.

MINSAN-O93. (2012). *protocolo para el manejo de la transmicion materno infantil del VIH y la sifilis congenita*. Managua: MINSAN.

ANEXOS

ANEXO # 1

Operacionalización de variables

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

ANEXO # 2

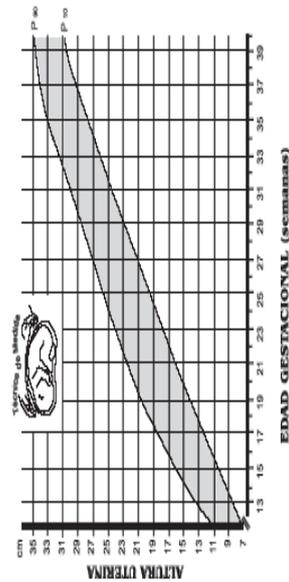
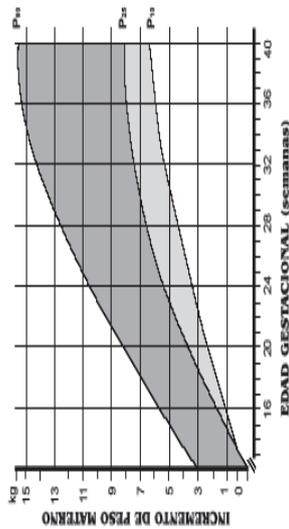
Actividades básicas que se deben cumplir en todas las atenciones prenatales.

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) <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la situación psicoemocional 	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Púerperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➤ Glicemia	X	X	X	X
	➤ Examen General de Orina	X	X	X	X
	➤ Cintas Reactivas de Uroánalisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica).	X	X	X	X
	➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días. ▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	<p>EGO anormal con Cinta Esterasa y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de</p>	<p>EGO anormal con Cinta Esterasa y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de</p>	<p>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO</p>	<p>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO</p>

		Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCIT OS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis : LEUCOCIT OS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)
	➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X (antes de las 20S/G)	X (después de las 20 S/G)	Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado	X (De ser necesario realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u> <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	Suplemento con Ácido Fólico: <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> <u>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural:</u> (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 (AcidoFolico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Folico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u>	X	X	X	X
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):				
	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 	NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS	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 Abstinencia de alcohol. Dejar de Fumar. 		

	<ul style="list-style-type: none"> Migraña Tabaquismo 		<ul style="list-style-type: none"> 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	<p>En casos de Amenaza de Parto Prematuro;</p> <ol style="list-style-type: none"> Aplicar Dexametazona(amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg. 		X	<ol style="list-style-type: none"> 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) 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 espontanea. 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

Carnet de la historia clínica prenatal



Ministerio de Salud

Proteja su Embarazo

Cumpla con sus citas y siga las recomendaciones dadas por el personal de salud.

Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

La alimentación variada cuida su salud, la de su hijo/a y garantiza una buena lactancia.

Dele amor a su hijo/a desde el embarazo.

Apíquese la vacuna antitetánica.

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.

Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

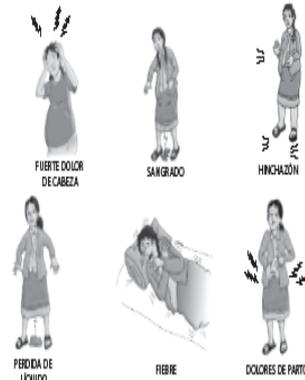
- Salida de sangre o líquido por sus genitales.
- Hinchazón (edema) en sus tobillos, las piernas, las manos y la cara.
- Fiebre o escalofríos.
- Dolores de cabeza continuo, si ve lucécitas o siente zumbido de oídos permanente.
- Disminución o falta de movimientos del niño/a.
- Si presenta dolores de vientre o rabadilla antes de los 9 meses.



República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



**EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO
ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL**



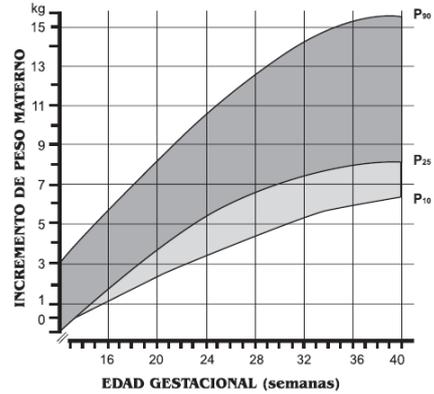
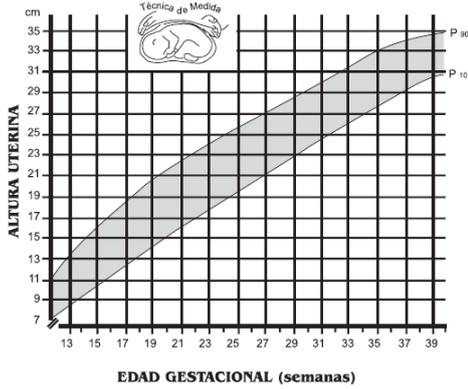
Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo/a. Lévelo siempre con Usted y entréguelo al equipo de salud cada vez que requiera una atención, ya sea en el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo/a.

Si este cuadro aparece pintado de color rojo indica que su parto no puede ser atendido en su casa.



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 51 HIPERTENSION PREVIA 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP 52 PRECLAMPSIA 04 Hipertensión transitoria del embarazo 05 Preeclampsia leve 06 Preeclampsia severa y moderada 53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada 54 ECLAMPSIA 55 CARDIOPATIA 56 DIABETES 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa 59 Diabetes mellitus insidiosa en el embarazo 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal 60 INFECCION URINAR 08 Bacteriuria asintomática del embarazo 61 OTRAS INFECCIONES 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo 09 Sífilis complicando EPP 10 Gonorrea complicando EPP 11 Malaria 12 Infección herpética agonalítica (herpes simplex) 63 Hepatitis viral 64 TBC complicando EPP 08 Rubéola complicando EPP 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP 76 Chagas 77 Toxodermosis 68 RESTRICIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) 13 Incompetencia cervical 68 DESPROPORCIÓN CEFALOPÉLVICA 14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto 15 Parto obstructivo debido a anomalías pélvicas maternas 16 Otros partos obstructivos por causa fetal 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE 17 Malformación 18 Aborto espontáneo y aborto retenido 19 Embarazo ectópico 20 Aborto inducido y terapéutico 21 Amenaza de aborto 70 HEMORRAGIA DEL 2º y 3º TRIMESTRE 22 Placenta previa con hemorragia 23 Desprendimiento prematuro de placenta 24 Hemorragia aneparto con defecto de la coagulación	030 010 010,0 010,4 013, 014 015 013 014 011 015 286,7 024 024,0 024,4 024,4 R73,0 023,0-023,4 R92,7 O88, B06, B50-B54, A60 023,5 O88,1 O88,2 B50-B54 A60 O88,4 O88,4 B06, D, B06,8 y B06,9 O88,8 O88,6 O88,6 O88,6 P05 O60 O04,3 O64, 065, 069 O64 O66 O66 O02,1, 003 000 O00, 004 O02,0 O04,1 O45 O46,0	25 Ruptura uterina antes o durante el parto 26 Laceración obstétrica del cuello del útero 71 ANEMIA 27 Anemia por deficiencia de hierro 79 Anemia falciforme 72 RUPтура PREMATURA DE MEMBRANAS 28 Infección del saco amniótico y membranas 73 INFECCION PUERPERAL 29 Sepsis puerperal 30 Infección mamaria asociada al nacimiento 74 HEMORRAGIA POSTPARTO 31 Placenta retenida 32 Útero atónico 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado 75 OTRAS PATOLOGÍAS MTERNAS 35 Placenta previa sin hemorragia 36 Hipertensión gravídica 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión 38 Dependencia de drogas 39 Sufrimiento fetal 40 Polihidramnios 41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas) 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio 44 Embolismo obstétrico 45 Falla de cierre de la herida de cesárea 46 Falla de cierre de la episiotomía 47 SIDA 76 HIV positivo 48 Neoplasia maligna del cuello uterino 49 Neoplasia maligna de la glándula mamararia	071,0, 071,1 071,3 090,0 D50 D57,0-D57,2 y D57,8 042 041,1 O85,086 O85 O85 072,0, 072,2 072,1 070,0, 070,1 070,2, 070,3 (resto de O00-O99) O44,0 O21 O26,8, O99,8 (condiciones en N00-N39) F10-F19 O68 O40 O41,0 O69 O74 O88 O90,0 B20-B24 R75 C53 C50 P22,0 P24 P28,3-P28,4 P25, P22, P27 O25,0, P29,3, P23, P25, P22, P27 O25,0 P29,3 P23 P25 P22,1 P27	HEMORRAGIAS 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) HIPERBILIRUBINEMIAS 08 Enfermedad hemorrágica por inmunización Rh 09 Enfermedad hemorrágica por inmunización ABO 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59) 11 Púrpura neonatal 12 Anemia congénita 79 Anemia falciforme 13 Otras afecciones hematológicas (P35-P39, A09, S00, A54,3) INFECCIONES 14 Diarrea 15 Meningitis 16 Otitis 17 Conjuntivitis 59 Infecciones de la piel del recién nacido 18 Septicemia 20 Enterocolitis necrotizante (ECN) 49 Tétanos neonatal 60 Sífilis congénita 61 Enfermedades congénitas virales 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC) 69 Citomegalovirus (CMV) 70 Toxoplasmosis congénita 39 HIV positivo 80 Chagas 19 Otras infecciones del periodo perinatal NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) 33 Hidrocefalia adquirida 34 Leucoencefalopatía periventricular y cerebral 35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal, del SNC y del sistema nervioso periférico 36 Hemorragia intracranial no traumática 37 Convulsiones 71 Encefalopatía hipóxico isquémica 38 Otras afecciones del estado cerebral METABOLICA/NUTRICIONAL 43 Síndrome de "hijo de diabética" 45 Hipoglucemia 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales 66 OTRAS PATOLOGÍAS RN 40 Retropagia de la prematuriz 41 Hernia inguinal 65 Síndrome de daño por frío	P53 P26 P51 P55,0 P55,1 P50,0 P60-P61 P61,1 P61,3 D57,0-D57,2 y D57,8 (P35-P39, A09, S00, A54,3) G00 P38 P38,1, A54,3 P38,4, L00 P36 (resto del P35-P39) P77 A33 A50 P35 P35,5 P35,1 P37,1 R75 S57 (resto de P60-P61) G61 P91,1, P91,2 P91 P10, P11, P14 P52 P90 P21 P91 P70,0, P70,1, E16,2 P75-P78 H35 K40 P80,0 (excluye hipotermia leve P80,8)
PATOLOGIA NEONATAL					
50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HALINAS 51 SINDROMES ASPIRATORIOS 52 APNEAS POR PREMATUREZ 53 OTRAS SDR 01 Ductus arterioso persistente 02 Persistencia de la circulación fetal 03 Neumonia congénita 04 Neumotorax y enfisema intersticial 05 Taquipnea transitoria 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal					
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.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 edematosia 21 Herpes agonalítica 22 Confitomatosis genital 23 Otras enfermedades maternas 24 Muerte fetal 25 Madre exhausta 26 Otras	120 Anencefalia 121 Espina bífida/Meningocele 122 Hidranencefalia 123 Hidrocefalia 124 Microcefalia 125 Hidroprocéfalia 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central 128 Tronco arterioso 129 Transposición grandes vasos 130 Tetralogía de Fallot 131 Ventrículo único 132 Doble tracto de salida de vent. derecho 133 Canal aorto-ventr. completo 134 Atrisia pulmonar 135 Atrisia tricuspíde 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo 137 Coarctación de aorta 138 Retorno venoso pulmonar anómalo total 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias 140 Paladar hendido 141 Fístula traqueo-esofágica 142 Atrisia esofágica 143 Atrisia de colon o recto 144 Ano imperforado 145 Onfalocelo	146 Gastroscisis 147 Atrisia duodenal 148 Atrisia yeyunal 149 Atrisia ileal 150 Otras anomalías gastrointestinales 151 Genitales malformados 152 Agenesia Renal bilateral 153 Riñones polo o multicistísticos o displásicos 154 Hidronefrosis congénita 155 Extrofia de la vejiga 156 Otras anomalías nefrouriarias 157 Trisomía 13 158 Trisomía 18 159 Síndrome de Down 160 Otras anomalías cromosómicas 126 Labio hendido 161 Prolapso 162 Sindactilia 163 Displasia esquelética 164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot) 165 Hernia Diafragmática 166 Hidrops fetal 167 Oligoamnios severo 168 Otras anomalías musculoesqueléticas 169 Anomalías tegumentarias	Q79,3 Q41,0 Q41,1 Q41,2 Q40,43,45 Q50-56 Q60,1 Q61,1-61,9 Q82,0 Q54 Q63,64 Q81,4, Q81,5, Q81,6 Q81,0, Q81,1, Q81,2 Q80 Q82,37-69 Q36 Q69 Q70 Q77-78 Q66,8 Q79,0 P56, P83,2 P01,2 Q88,74, 75, 79 Q82,84	
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO					
01 Lidocaina o similar 02 Aminas simpatomiméticas 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-gx. nitroso) 04 Barbitúricos 05 Relajantes musculares 06 Diazepóxidos 07 Meperidina 08 Espasmolíticos 09 Oxitocina 10 Prostaglandinas 11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas) 12 Aminooglucósidos (gentamicina-amykacina) 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 antihipertensivos 22 Sangre y derivados 23 Heparina 24 Corticoides 25 Cardioinicos 26 Diuréticos 27 Aminoácidos 28 Insulina 29 Difenhidantoina 30 Otros	31 Antirretrovirales 32 Sulfadiazina-Primetamina 33 Cloquininas			
