

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.  
UNAN FAREM-MATAGALPA.**



Seminario de graduación para optar al título de Licenciada en Enfermería con Orientación Materna Infantil.

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

**Sub tema:** Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados, durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas, en el puesto de salud Dámaso Blandón del Municipio de San Ramón del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

**Autores:**

Enf. Yaritsa Hernández Pérez.

Enf. Deisy Gutiérrez Zapata.

**Tutora**

Lic. Maricela Martínez Olivas.

Matagalpa, 11 de Febrero 2017.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.  
UNAN FAREM-MATAGALPA.**



Seminario de graduación para optar al título de Licenciada en Enfermería con Orientación Materna Infantil.

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

**Sub tema:** Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados, durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas, en el puesto de salud Dámaso Blandón del Municipio de San Ramón del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

**Autores:**

Enf. Yaritsa Hernández Pérez.

Enf. Deysy Gutiérrez Zapata.

**Tutora**

Lic. Maricela Martínez Olivas.

Matagalpa, 11 de Febrero 2017.

## **Dedicatoria.**

A: Dios por habernos guiado con su infinita Misericordia y darnos sabiduría, fortaleza para seguir adelante y cumplir con las metas propuestas.

A: Mis padres por ayudarme y brindarme su apoyo incondicional en cada momento que más los he necesitado.

A: Mi hijo por ser la fuente de inspiración para realizar este trabajo con dedicación y por ser el uno de mis seres más querido.

A: Mi esposo que me brindó su apoyo en el transcurso de estos 2 años de lucha, para conseguir la meta propuesta en mi vida.

Enf. Deysy Danelia Gutiérrez Zapata.

Enf. Yaritza Alina Hernández Pérez.

## **Agradecimiento.**

Agradezco infinitamente a Dios quien me dirigió en esta etapa para levantarme en los momentos de dificultad, me lleno de valentía para seguir luchando para este propósito alcanzado.

A mis padres, por brindarme comprensión, apoyo incondicional por su amor, dedicación por los principios y valores que me inculcaron para ser hoy en día una profesional

A nuestras profesoras, por dedicar su tiempo y ser parte de este trabajo, que marcará una historia más en nuestras vidas, especialmente a nuestra tutora Lic. Maricela Martínez quien me brindo su tiempo, me oriento en este proceso y me enriqueció de conocimiento para mi vida intelectual.

A nuestros compañeros de carrera, por su apoyo incondicional durante el proceso del trabajo.

Enf. Deysy Danelia Gutiérrez Zapata.

Enf. Yaritza Alina Hernández Pérez.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA.  
UNAN FAREM-MATAGALPA.**



**VALORACIÓN DEL DOCENTE.**

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de Licenciada en Enfermería con Orientación Materno Infantil, que lleva por tema general: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y con sub tema : Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados, durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas, en el puesto de salud Dámaso Blandón del Municipio de San Ramón del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016 elaborados por las autoras Enf. Deysy Danelia Gutiérrez, Enf. Yaritza Alina Hernández Pérez; Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador Matagalpa, Febrero 2017.

---

Lic.; Maricela Martínez Olivas.

Tutora de Seminario

## Resumen

Según la OMS en el año (2015) el cuidado del embarazo en forma temprana periódica e integral disminuye sustancialmente el peligro de complicaciones y muertes tanto maternas como perinatales además una adecuada atención del parto. La mortalidad materna es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la región que se expresa en la pérdida de más de 28 mil mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

La presente investigación se realizó en el municipio de San Ramón con el propósito de analizar 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 Dámaso Blandón del departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo, dirigido a 14 embarazadas habitantes de la ciudad de San Ramón inscritas en el censo del puesto de salud el instrumento empleado fue una guía de observación herramienta que se consideró como la más apropiada para evaluar las intervenciones de enfermería aplicada en la atención prenatal de bajo riesgo.

La atención prenatal es muy importante realizarlo en todo embarazo ya que beneficia tanto a la madre como para el feto o bebe presentar posibles riesgos a lo largo del embarazo.

Se concluyó que al comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención prenatal en las pacientes en estudio se logró observar que el personal de salud, no realiza las actividades según normativas se evaluó las intervenciones de enfermería en el cuidado de las pacientes en estudio, obteniendo un resultado insatisfactorio mínimo, el cuidado aplicado en cada

atención prenatal se observó que el personal de enfermería del puesto de salud en estudio cumple con la normativa, dando un resultado satisfactorio.

### **Diseño metodológico.**

**Tipo de estudio:** Descriptivo, de corte transversal y prospectivo

**Área de estudio:** Puesto de salud Dámaso Blandón del municipio de San Ramón.

**Universo:** Lo constituyeron 14 embarazadas que recibieron atención prenatal en el segundo semestre 2016, que pertenecen al puesto de salud Dámaso Blandón del municipio de San Ramón departamento de Matagalpa.

**Muestra:** La muestra la conformaron las 14 embarazadas que recibirán atención prenatal en el segundo semestre 2016, que pertenecen al puesto de salud Dámaso Blandón del municipio de San Ramón, departamento de Matagalpa.

**Unidad de análisis:** Embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal en el puesto de salud Dámaso Blandón del municipio de San Ramón, departamento de Matagalpa.

**Criterios de inclusión:** Las embarazadas de bajo riesgo que reciben atención de primer, segundo, tercer y cuarto control prenatal.

**Criterios de exclusión:** Las embarazadas de alto riesgo obstétrico.

## **Variables**

**Objetivo N°1:** Documentar las intervenciones de enfermería durante la atención prenatal de bajo riesgo.

**Objetivo N°2:** Comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención prenatal en las pacientes en estudio.

## **Fuente y obtención de datos: Primaria y secundaria**

**Fuente primaria:** Pacientes que asisten a APN y personal de Enfermería que realiza APN.

**Fuentes secundarias:** Libros.

## **Instrumento de recolección de datos:**

Guía de observación, en la que se reflejan los datos de interés para el estudio.

## **Procesamiento y análisis de los resultados**

Se procesó la información en Excel para la tabulación de los datos, se realizó un análisis descriptivo a partir de los porcentajes presentados en tablas, también se usó Microsoft Word para el informe y Microsoft Power Point para la presentación de los datos.



## Indice

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Valoración del docente.....	iii
Resumen.....	IV
Introducción.....	1
Justificación.....	2
III. Objetivos.....	3
IV. Desarrollo del sub tema.....	4
Atención prenatal.....	7
Expediente clínico.....	8
Factores sociales.....	12
Censo gerencial de las embarazadas.....	14
Antecedentes familiares personales y obstétricos.....	16
Talla.....	17
Peso.....	18
Atención en salud bucal.....	19
Examen de mama.....	20
Edad gestacional.....	23
Estado nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo. ....	25
Estado nutricional en base al incremento de peso materno.....	23
Esquema de vacunación.....	28

Signos vitales.....	32
Exámenes de laboratorio.....	34
Medición de altura del fondo uterino.....	38
Frecuencia cardíaca fetal.....	40
Movimientos fetales.....	45
Presentación fetal.....	48
Clasificación de alto riesgo obstétrico,.....	45
Lactancia Materna.....	50
Suplemento de sulfato ferroso +ácido fólico.....	53
Prescripción de aspirina y calcio.....	57
Administración de Albendazol.....	59
Consejería de signos y síntomas de peligro de preclamsia y eclamcia principalmente parto y puerperio.....	61
Negociar plan parto.....	62
Referencia a otro nivel de atención casa materna consejería de parto asistido o el presenta alguna COE.....	65
Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según la guía para la atención de ITS manejo sintromico.....	67
Amenaza de prematuro .....	72
Disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE básico.....	75
V. Conclusiones.....	76
VI. Bibliografía.....	77

Anexos:

Anexos #1: Operacionalizacion de variables.

Anexos #2: Guía de observación dirigida al personal de enfermería.

Anexos #3: Triangulación.

Anexos #4: Evaluación de las actividades realizadas durante la atención prenatal.

Anexos #5: Historia clínica perinatal.

Anexos #6: Presentación Historia clínica perinatal.

Anexos #7: Descripción Historia clínica perinatal.

Anexos #8: Puesto de Salud Dámaso Blandón.

Anexos #9: Expedientes clínicos de las embarazadas.

## I. Introducción

Según la OMS en el año (2015) el cuidado del embarazo en forma temprana periódica e integral disminuye sustancialmente el peligro de complicaciones y muertes tanto maternas como perinatales además una adecuada atención del parto. La mortalidad materna es un problema de salud y refleja la desigualdad existente en la región que se expresa en la pérdida de más de 28 mil mujeres anualmente a consecuencia de abortos, complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En la Argentina, más de 99% de las embarazadas asiste su parto en una institución de salud y son atendidas por personal capacitado. Sin embargo, algo más del 10% de ellas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud, esto es, sin control prenatal alguno. De las que se controlan, apenas una cuarta parte (24,3%), inicia los controles precozmente durante el primer trimestre y menor aun es el número de mujeres en edad fértil que se interesaron en la preparación para emprender el embarazo.

Nicaragua adoptó la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) desde hace más de 20 años, realizando su primera actualización en el año 2004 y la última en el año 2011 denominándole a partir de este año Historia Clínica Perinatal (HCP), la cual está vigente. En ella se incluyeron las variables necesarias para garantizar un abordaje integral con las mejores intervenciones basadas en evidencia para la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal.

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 bajó 63.2 y en el 2012 se redujo a 50.6 por cada 100 mil nacidos vivos.

En 1992 se realizó un estudio acerca del cumplimiento de normas en control prenatal de embarazo Hospital Milton Rocha, Cukra Hill. RAAS. El cual se encontró lo siguientes. En los embarazo de bajo riesgo, los datos generales fueron llenado correctamente en el 88% de los casos los antecedentes familiares y personales no se registraron en el 100% de los casos, los datos del embarazo actual no se anotaron correctamente en un 95%, los datos de las consultas subsecuentes de control prenatal se llenaron correctamente en 94%, no se elaboró la curva de incremento de peso y altura uterina en 99% y 97% respectivamente. Se concluyó que el 47 % de las HCP fueron llenadas correctamente, estuvieron mejor calidad de llenado las del área urbana, los datos socio demográficos se completaron en su totalidad, excepto el número de identidad y número del expediente y en muy poco porcentaje se realizó la curva de ganancia de peso y crecimiento uterino.

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.

La atención materno-infantil es una prioridad para el ministerio de salud su objetivo principal es la prevención de las complicaciones en el embarazo en base a un diagnóstico oportuno y una atención adecuada, por lo que el presente estudio describe las intervenciones de enfermería y la aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma en el departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

## **II. Justificación**

La contribución de la enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados.

Por lo tanto, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico.

Es de gran importancia esta investigación porque aporta un mayor conocimiento para la verificación el cumplimiento adecuado de las intervenciones de enfermería en la atención prenatal.

Los resultados obtenidos en este estudio sobre las intervenciones de enfermería y aplicación de los cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo contribuirán en primer lugar, a conocer cuál llenado de la Historia Clínica Perinatal en la Atención Prenatal que reciben las gestantes que acuden al Centro de Salud Dámaso Blandón del Municipio de San Ramón según normativa MINSA y en caso de encontrarse datos incompletos determinar de qué forma influye en el proceso de atención prenatal. En segundo lugar, esta investigación contribuirá a la toma de decisiones y realizar intervenciones que llevarán a la disminución de la morbimortalidad materna y perinatal la cual es el objeto principal de la atención prenatal y del Ministerio de Salud para beneficio de nuestra población gestante.

### **III. Objetivos:**

#### **General:**

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el puesto de salud Dámaso Blandón del municipio de san Ramón del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

#### **Específicos:**

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

#### IV. Desarrollo

**Enfermería:** Se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo.

Los **cuidados de enfermería**, abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

**Según Nanda los cuidados de enfermería para el cuidado prenatal.**

Los profesionales de enfermería deben utilizar el instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal deben tener en cuenta que las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer.

Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez, instruir a la gestante sobre los dominios encontrados en el estudio, como son: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación y prepararse para el parto, seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, y sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado.

Enfermería deben aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la maternidad y la paternidad, para brindar cuidado integral a la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión



de los significados de la sexualidad en la gestación y cimentar en ellos un cuidado culturalmente congruente.

**San Ramón** es una ciudad y municipio del departamento de Matagalpa, en la República de Nicaragua. La cabecera municipal está ubicada a 145 km de la ciudad de Managua Limita al norte con el municipio de El Tuma - La Dalia, al sur con los municipios de Muy Muy y Matagalpa, al este con el de Matiguás y al oeste con el municipio de Matagalpa.

La población urbana fue fundada a inicios del siglo XIX por misioneros; el municipio fue creado por Decreto Presidencial durante el gobierno liberal de José Santos Zelaya el 31 de agosto de 1905 y elevada a ciudad en el año 2004 por Resolución de la Asamblea Nacional Numero 011-2004 donde San Ramón se convirtió en capital de Nicaragua por un día, donde la Asamblea Nacional sesiono y declaro Ciudad la Actual Cabecera del Municipio San Ramón.

El puesto de salud Dámaso Blandón está ubicado en la ciudad de San Ramón al sur oeste de esta ciudad atendiendo 4 barrios con una población total de 3,119 entre ellas 14 pacientes embarazadas.

Cuenta con buena infraestructura adecuada ,2 consultorio, un personal médico y personal de enfermería.

**Atención Prenatal:** Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. (MINSA- No-011, 2015)

**Embarazo de bajo riesgo:** Aquel en la que no existen estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto y que por tanto los peligros para la salud de la madre o del feto son mínimos. (MINSA- No-011, 2015)

## **Bajo riesgo**

- ✓ Determinado una vez que se aplique el formulario de clasificación de riesgo.
- ✓ No requieren otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional.
- ✓ Máximo cuatro atenciones prenatales durante la gestación.
- ✓ Se realiza evaluación (aplicación de formulario de clasificación del riesgo) antes de cada atención prenatal y se decide si continua en componente básico o se refiere a cuidados especiales.

## **Expediente clínico**

Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios, sirve de protección legal, administrativa y técnica tanto al personal de salud como a los usuarios. (MINSA- NO-004, 2008)

**Objetivo:** Normalizar el manejo uniforme del Expediente Clínico en los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.

**Campo de aplicación:** Los principios normativos contenidos en esta Norma son de estricto cumplimiento para todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo del expediente clínico, en todos los establecimientos proveedores de servicios de salud del sector público y privado.

## **Disposiciones generales del expediente clínico.**

1. El representante de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados es responsable del cumplimiento de la Norma de procedimiento para Manejo del Expediente Clínico y debe velar que el personal que preste servicios en el establecimiento aplique la Norma.

2. A todo usuario que recibe atención médica en un establecimiento proveedor de servicios de salud públicos o privados se le debe elaborar un expediente clínico independientemente del establecimiento proveedor de servicios de salud de acuerdo a lo establecido en el numeral 4 de los principios del expediente clínico.

3. Todo usuario que solicite atención en la unidad de salud, deberá ser atendido, incluyendo aquellos referidos de otras unidades de salud, brigadistas o líderes comunitarios.

4. Cada usuario debe tener un solo expediente clínico, independientemente del número de atenciones e ingresos; conteniendo tantas historias clínicas como admisiones sucedan. Se deben anexar al expediente todas las hojas de la atención que ha recibido dentro del mismo establecimiento incluyendo las hojas de emergencia.

5. La numeración del expediente clínico es individual y única.

6. El número del expediente clínico será asignado por el personal de admisión en el momento que se esté elaborando el expediente clínico.

7. El archivo de los expedientes clínicos se hará de forma centralizada (no se podrá seccionar por sexos, por programas, etc.) Y solamente dividido en un archivo activo y un archivo pasivo.

8. El archivo debe funcionar con un horario adecuado a las necesidades de la unidad de salud.(MINSA- NO-004, 2008)

**La Historia Clínica Perinatal:** Constituye la fuente de datos más valiosa para conocer las características de la población usuaria, evaluar los resultados de la atención brindada, identificar los problemas prioritarios y realizar investigaciones operativas. Para que este propósito se pueda lograr, es indispensable que existan

mecanismos que faciliten el rápido almacenamiento y aprovechamiento de los datos y que sean factibles de ser utilizados por el personal de salud.(MINSA- No-011, 2015).

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. (MINSA-NO-106,2013)

#### **Listado de procedimiento de la HCP.**

- ✚ Explicación concisa acerca de la definición y conceptos relacionados con los términos incluidos en la HCP.
- ✚ Cuando sea relevante, se sugiere el uso de formas validadas de obtener el dato (ya sea por pregunta, observación, o medición).
- ✚ Descripción concisa de la justificación para la inclusión de la variable en la HCP.

#### **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. (MINSA-NO-106,2013)

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 de la HCP.**

1. Segmento – Identificación.
2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos
3. Segmento – Gestación Actual.
4. Segmento – Parto o Aborto
5. Segmento – Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio (Enfermedades)
6. Segmento – Recién Nacido/a
7. Segmento – Puerperio
8. Segmento – Egreso del Recién Nacido/a
9. Segmento – Egreso Materno
10. Anticoncepción.

**Tabla #1: El personal de enfermería realiza llenado completo de expediente clínico, historia clínica perinatal (HCPB) y resto de formularios de las embarazadas de bajo riesgo.**

Llenado completo expediente clínico y HCPB

Primera de atención

Segunda atención

Tercera atención

Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100%
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100%

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) de las pacientes en estudio el personal de enfermería le realiza la actividad completa. El personal de enfermería hizo el llenado completo de historia clínica perinatal, llenando casillas correspondientes de cada acápite demostrando que cumple con lo establecido en la normativa 011 (2015), en la que se establece como una de las primeras actividades que se deben de realizar e indica que la historia clínica perinatal es un instrumento de llenado de datos de la paciente que identifica el grupo etario, procedencia, antecedentes personales y familiares de la paciente, exámenes del primer y tercer trimestre y se sustenta con la normativa 004 (2008), la que expresa que el expediente clínico es, un conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios. El llenado completo de la hoja HCPB y expediente clínico es de suma importancia

para el personal médico y/o enfermeras ya que contiene datos importantes que nos ayudaran a saber qué tipo de peligro puede presentar la paciente en cualquier momento, por la información brindada por la misma usuaria para poder dar un seguimiento continuo.

### **Factores sociales**

El estrato socioeconómico y cultural bajo condiciona por el mismo, un terreno favorable para el progreso de muchos estados patológicos, ya que directamente afecta a las posibilidades de buena nutrición, dificulta la eliminación de factores de riesgo para el embarazo y favorece la falta de cooperación de la paciente para su control prenatal, debido a su deficiente nivel cultural, no solo por su desconocimiento o falta de información sino por la serie de conocimientos erróneos que las tradiciones populares La evolución socioeconómica del país ha condicionado cada día una mayor intervención de la mujer en las actividades laborales y es frecuente que la paciente embarazada encuentre en su actividad laboral riesgos específicos para el desarrollo de su embarazo. Así en algunos países socialistas la mujer embarazada es incapacitada desde la semana 16 de gestación y aún antes en algunos casos en que existen riesgos de radiación o de inhalación de tóxicos como en el caso de mujeres anesthesiólogos. (MINSA- No-011, 2015)

**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. Tiene como principal indicador la existencia de un desbalance en el ejercicio del poder entre las personas e implica la existencia real o simbólica de un “arriba y una bajo” donde el empleo de la fuerza y el abuso de poder constituye el método por excelencia para resolver los conflictos interpersonales, políticos, jurídicos y otros para ello se hace uso de diferentes mecanismos psicológicos, físicos y económicos dirigidos a provocar daño en las personas con la clara intención de someterla, doblegarla y anularla en su condición de ser humano con existencia propia. La violencia en cualquiera de sus manifestaciones es una violación a los Derechos Humanos de las personas.(MINSA-NO -031-2009).

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

(MINSA-NO -031-2009)

**Situación psico-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.(MINSA-NO -031-2009)

**Tabla # 2: Indagar sobre factores sociales de las embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.**

Factores sociales. Primera Segunda Tercera Total  
atención atención atención

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) el personal de enfermería hace énfasis en el interrogatorio satisfactoriamente, para saber cualquier tipo de violencia que estén presentando



las usuarias. El personal de salud hace hincapié en el interrogatorio sobre tipos de violencia que presenten las usuarias brindando apoyo de cualquier índole necesaria. Está contenido en la normativa 011 (2015) normas y protocolo. Que a través del interrogatorio se identifica, si la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: física, psicológica, emocional, sexual, y por negligencia o descuido. Existen normas y protocolo que indican que hay que hacer interrogatorio a las pacientes para saber si presentan algún tipo de violencia, es importante que el personal de salud tanto médicos y/o enfermeras, orienten en las pacientes, que acuden a sus citas establecidas y que presenten algún tipo de maltrato de violencia, sobre las alternativas tanto médicas, psicológicas y judiciales, existente para así evitar los tipos de violencia y su propagación.

### **Censo gerencial de las embarazadas**

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. (MINSА-NO-101,2012)

### **Objetivo.**

Proporcionar al personal de salud, una herramienta gerencial actualizada y contextualizada en el marco del MOSAFC, para estandarizar el seguimiento y llenado correcto del Censo Gerencial, poniéndole énfasis a las acciones de Prevención de la inasistencia a la atención prenatal, atención del parto, atención puerperal y atención postnatal, para la toma de decisiones y acciones oportunas que contribuyan a la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal. (MINSА-NO-101,2012)

### **Políticas de operación.**

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal.

La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados.

### **Listado de procedimientos.**

Se realizarán las siguientes acciones:

1. Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.
2. Actualización del Croquis.
3. Análisis e interpretación de los datos.
  - a) Revisión Diaria del Censo Gerencial
  - b) Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir
  - c) Llenado del Reporte mensual de las inasistentes
  - d) Inasistentes; prevención y búsqueda
4. Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria
5. Monitoreo y Evaluación
  - a). Lista de Chequeo.

### **Generalidades de los procedimientos.**

1. Registro y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.
2. Riesgos.
3. Fechas importantes.
4. Atenciones prenatales.
5. Plan de Parto.
6. Parto.
7. Atención Puerperal.
8. Atención postnatal.

**Tabla #3: Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.**

Ingreso y seguimiento al censo gerencial. Primera atención. Segunda atención. Tercera atención. Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100%
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100%

**Fuente:** Guía de observación

Al 100%(14) el personal de enfermería ingresa y da seguimiento al censo gerencial a las embarazadas satisfactoriamente. Utilizando el instrumento básico, como es el censo gerencial ya que es una herramienta que ha desarrollado el MINSA, para mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud, para fortalecer la atención a las embarazadas y así poder darles seguimiento a las inasistentes, durante su periodo de gestación, puerperio y atención al recién nacido.

Demostrando que cumple con lo establecido en la normativa, Según como lo refiere la (MINSA- No-011, 2015) que dice se deberá realizar ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas.

**Antecedentes familiares personales y obstétricos.**

**Familiares:** Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge).

**Personales:** a los propios de la embarazada. (MINSA-NO-106,2013)

**Tabla#:4.El personal de enfermería indaga sobre antecedente familiar, personal y obstétrico a embarazadas de bajo riesgo.**

Indagar sobre Primeras Segunda Tercera Total  
 antecedentes atención atención atención  
 familiares,  
 personales.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería hace énfasis acerca del interrogatorio de antecedentes familiares, personales y obstétricos satisfactoriamente en las embarazadas para el 100% satisfactoriamente, debido a que esto es de suma importancia tanto, para el personal como para la paciente, ya que esto ayudara a dar un mejor seguimiento y poder así estar preparado ante cualquier situación de peligro que se presente, según la normativa 011 MINSA 2015, se debe indagar la existencia de antecedentes personales, familiares y obstétricos en toda captación al 100% de las atenciones prenatales.

**Talla (cm):** Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. (Ugualde., 1988)

**La técnica** de medida consiste en que la gestante se dé pie, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro.

El dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (MINSA-NO-101,2012)

#### **Técnica de medición la talla.**

- ✚ Indique a la usuaria que mire al frente y mantenga la posición corporal bien erguida.
- ✚ Acomode la regla horizontalmente hacia el tallímetro y fíjela sobre el cuero cabelludo en la parte más alta de la cabeza. Trate de aplanar el cabello si es abundante.
- ✚ Lea el medidor del tallímetro en la regla (parte media).

Anote el dato en la Historia y el Carnet Perinatal.(Ugualde., 1988).

**Tabla #5: El personal de enfermería realiza medición de la talla a embarazadas de bajo riesgo.**

Medición de Primera Segunda Tercera Total  
talla. atención atención atención

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) de las pacientes se talla, satisfactoriamente, lo que nos indica que el personal del puesto de salud realiza esta técnica adecuadamente logrando una mejor interpretación del estado nutricional de la paciente embarazada lo que demuestra la capacidad y competencia de dicho personal. Según la normativa 011(2015) se debe realizar la medición de la talla a la embarazada con la técnica correcta en la primera atención prenatal.

**Objetivo de la medición de peso:** riesgos en la embarazada, asociados a la pérdida o aumento de peso y/o relacionados a la talla.

**Técnica de medición del peso.**

- ✚ Pregunte el peso habitual de la embarazada [antes del embarazo) y anote el dato en la casilla correspondiente de la Historia y el Carnet Perinatal.
- ✚ Indique a la embarazada, que para realizar el procedimiento, es necesario quitarse la ropa y los zapatos para el examen [o en todo caso, quedarse con la ropa más ligera).

- ✚ Si la usuaria acepta quitarse la ropa, préstele la bata preparada para este fin.
- ✚ Ayude a la embarazada a subir en la balanza y colocarse de espalda hacia el tallímetro y con los pies ubicados centralmente en el piso.
- ✚ En caso de balanza de precisión, mueva la pesa a través de la regla de escala «mayor» hasta obtener el peso aproximado de la madre en «kilogramos» (0, 10,20, 30..... 0..... 150 k)(Ugualde., 1988)

**Tabla# 6: El personal de enfermería realiza medición de peso a la embarazada de bajo riesgo que recibió atención prenatal.**

Medición de peso.	Primera atención		Segunda atención		Tercera atención		Total	
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100%
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) de las embarazadas se le realiza la actividad del peso satisfactoriamente. El personal de enfermería, pesa correctamente a la embarazada siendo este ítem indispensable en las pacientes gestantes.

La medición de peso en la embarazada, es una actividad muy importante realizarlo, con la técnica correcta, debido a que una técnica no adecuada puede

indicar un dato no real en las gráficas diseñadas en la curva de alerta de las HCPB.

Ya que según los estudios el peso son medidas que indican el estado de nutrición de la paciente, según la relación peso- talla da el índice de masa corporal clasificando a la paciente en eutrófica, sobrepeso y obesidad a la vez revela el percentil que se encuentra la paciente según el incremento de peso materno con respecto a la edad gestacional. Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015) que dice, se deberá realizar medición del peso a toda embarazada en toda atención prenatal.

### **Atención en salud bucal**

**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 *streptococo mutans* de la madre hacia el niño tiene efecto en la incidencia de caries dental en niños pequeños. (MINSA-NO-106,2013)

**Objetivo:** Examinar la cavidad oral y el estado de los dientes tratando de identificar patologías específicas (focos sépticos, caries, inflamación de las encías, etc.) y otras posibles lesiones.

### **Técnica**

- ✚ Pida a la embarazada la apertura amplia de la boca.
- ✚ Utilice un baja lenguas u otro material (espejo dental).
- ✚ Observe el estado de los labios, carrillos internos, lengua, piso de la boca, paladar superior e inferior.
- ✚ Identifique el estado general de los dientes (caries, alteraciones en las encías).



- ✚ Busque si existen prótesis dentales (placas dentales, etc.), sobre todo en caso de pacientes críticos (inconsciencia, convulsión, coma, etc.) o a ser sometidas a cirugía bajo anestesia general u otra.
- ✚ Registre el resultado de este examen en la Historia Clínica y Carnet Perinatal.(Ugualde., 1988)

La prevención y el tratamiento periodontal reduce hasta 35 veces el nacimiento pretermo y hasta 47 veces el en toda gestante se busca identificar problemas que pueden afectar la posterior alimentación con leche materna como: pezones invertidos planos y eventual patología tumoral evidente.

### **Examen de mama**

En toda gestante se busca identificar problemas que pueden afectar la posterior alimentación con leche materna como: pezones invertidos planos y eventuales patologías tumorales evidentes. (MINSA- No-011, 2015)

**Objetivo del examen de mama:** Detectar patologías en las mamas antes, durante o después del embarazo.

### **Técnicas para realizar la actividad del examen de mama.**

- ✚ Con buena iluminación y frente a un espejo coloque sus manos detrás de la cabeza y eleve los codos. Observe ambos senos, su forma, tamaño, si hay masas (bulto) o depresiones (hundimientos), cambios en la textura y coloración de la piel y posición.
- ✚ Para examinar su mama derecha, coloque su mano derecha detrás de la cabeza y eleve el codo.
- ✚ Con su mano izquierda, con la yema de los dedos, presione suavemente con movimientos circulares.
- ✚ Continúe dando vuelta a la mama como las agujas del reloj. Palpe toda la superficie en completando toda la mama, determine la presencia de masas o dolor.

- ✚ Examine el pezón, siempre igual posición con su dedo pulgar e índice, presiónelo suavemente, observe si hay salida de secreción o sangrado.
- ✚ Ahora examine su mama izquierda, siguiendo los pasos anteriores. Examine la axila con la yema de los dedos y movimientos circulares tratando de determinar la presencia de masas. (MINSA-NO-009,2008)

**Tabla # 7: El personal de enfermería realiza el examen odontológico y de mamas a embarazadas de bajo riesgo.**

Realización de Primera Segunda Tercera Total  
examen atención atención atención  
odontológico y  
de mama.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) de las embarazadas el personal de enfermería realiza el examen odontológico y el auto examen de mamas satisfactoriamente.

Tal como está establecido en la Normativa 011(2015), esta debe de seguir el orden céfalo-caudal, es importante no olvidar efectuar revisión de cavidad bucal, examen clínico de Mamas y revisar genitales internos. Con la realización de estas

actividades establecidas en las normas de atención en las embarazadas, se lograra determinar elementos importantes que ayudaran a evitar alteraciones en el embarazo como son los procesos de infecciones ya sean bucal o ginecológicas. . Esto se relaciona la normativa 011 MINSA (2015), que dice se deberá realizar examen odontológico y de mamas a toda embarazada en su primera atención prenatal.

### **Edad gestacional**

Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal(MINSA- No-011, 2015).

**Calculo de edad gestacional:** Existen 2 métodos para asignar edad gestacional por medio: clínicos y ecográfico.

**Objetivo:** Calcular la edad del embarazo (en semanas) y la fecha probable del parto a partir de la última menstruación.(Ugualde., 1988)

**La amenorrea** debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del primer día de la última menstruación.(MINSA- No-011, 2015)

**Tabla # 8: El personal de enfermería calcula la edad gestacional (EG) a embarazadas de bajo riesgo.**

Edad gestacional.	Primera atención	Segunda atención	Tercera atención	Total				
	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>FREC.</b>	<b>%</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
SATISFACTORIO	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100</b>
INSATISFACTORIA	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO OBSERVADO	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
NO APLICA	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de salud calculo en un 100%(14) la edad gestacional con la fecha de última regla satisfactoriamente. Cabe señalar que el personal de enfermería calculo la edad gestacional de las embarazadas por la información brindada por las mismas usuarias. Esto es de mucha importancia debido a que de esta manera, sabemos el estado de gravidez en que se encuentra la gestante, identificando signos vitales del embarazo (frecuencia cardiaca fetal, movimientos) que nos indican vitalidad fetal.El cálculo de la edad gestacional es la duración del embarazo desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente. A través del cálculo de la edad gestacional, nos damos cuenta en qué periodo del embarazo se encuentra la paciente. Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015.) se deberá calcular la edad gestacional a toda embarazada en todas sus atenciones prenatales, debe calcularse a partir del primer día de la última menstruación, donde la amenorrea debe de ser confiable y

tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares.

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

Es recomendable que antes de embarazarse se corrija cualquier desviación en el estado nutricional, aumentando la calidad y la cantidad de los alimentos en las desnutridas y disminuyendo la ingesta de carbohidratos y grasas en las obesas y con sobrepeso.

### **Índice de Masa Corporal (IMC)**

Primero se debe tomar las medidas de peso y talla, y luego se aplica la siguiente Fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Talla (m)}^2}$$

Para evaluar el estado nutricional se interpreta los resultados anteriores, utilizando la tabla del índice de la masa corporal.

Categoría      IMC (KG/m<sup>2</sup>)

**BAJO PESO < 18.5**

**NORMAL 18.5 – 24.9**

**SOBREPESO 25 - 29.9**

**OBESIDAD ≥ 30**

**Tabla # 9: El personal de enfermería realiza la evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo.**

Estado nutricional.                      Primera atención                      Segunda atención                      Tercera atención                      Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal de las embarazadas en un 100% satisfactorio.

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto

Por lo que esta técnica es de importancia para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las APN subsecuentes con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de complicaciones en cada una de las etapas de las gestaciones con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes. La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de la embarazada o grupo de individuos, relacionados con la nutrición, con

ellos es posible detectar a la embarazada si esta malnutrida o si se encuentran en situación de riesgo nutricional. Índice de masa corporales una medida de asociación entre la masa y la talla de un individuo. Es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, generalmente utilizado para clasificar el peso insuficiente, el peso excesivo y la obesidad en los. A través del cálculo del índice de masa corporal, nos podemos dar cuenta si la paciente esta desnutrida, tiene buen estado nutricional, o tiene sobrepeso, así podemos tomar las medidas necesarias en cualquier problema de nutrición; además podemos evaluar la ganancia de peso materno e intervenir. Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015); que dice se realizara evaluación del estado nutricional en base al IMC, a toda embarazada en su primera atención prenatal.

### **Estado nutricional en base al incremento de peso materno**

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

La relación peso/estatura [Índice de Masa Corporal (IMC)] de la madre antes de la gestación, es un factor determinante del crecimiento fetal, de mayor importancia que la ganancia de peso durante la gestación. Las recomendaciones actuales sobre ganancia de peso durante la gestación indican que una mujer con un IMC menor de 18.5 debe tener una ganancia total de 12.5 a 18 kilos durante todo el embarazo; mientras que una mujer que inicia su periodo de gestación con un IMC mayor a 25 debe ganar el mínimo de peso que oscila entre 7 a 11.5 Kilogramos durante todo el periodo. (MINSA-N0- 029, 2009)

**Objetivo:** Estandarizar las técnicas de atención en alimentación y nutrición que brinda el personal de salud a la embarazada y puérpera y niñez menor de 5 años

a través de acciones de promoción y prevención en el marco de la atención integral a la mujer y la niñez.(Ugualde., 1988)

**Tabla #10: El personal de enfermería realiza evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno.**

Evaluación del estado nutricional del Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno de las embarazadas en un 100% satisfactorio. La importancia de la evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de la embarazada o grupo de individuos, relacionados con la nutrición, con ellos es posible detectar a la embarazada si esta malnutrida o si se encuentran en situación de riesgo nutricional. Incremento de peso materno. A través del cálculo del índice de masa corporal, nos podemos dar cuenta si la paciente esta desnutrida, tiene buen estado nutricional, o tiene sobrepeso, así podemos tomar las medidas necesarias en cualquier problema de nutrición; además podemos evaluar la ganancia de peso materno e intervenir. Según la normativa 011 MINSA



(2015); se realizar la evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno de las embarazadas, a partir del segundo control prenatal.

### **El esquema de vacunación**

Es una guía de inmunizaciones, técnicamente diseñada, que indica, para las vacunas aprobadas en un país, cuáles son las edades de aplicación, el número de dosis, la vía de aplicación y la cantidad de vacuna por dosis. (MINSA- N0-121-2013)

**Objetivo:** Reducir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmuno prevenibles, mediante la aplicación universal de las vacunas y de la vigilancia epidemiológica de dichas enfermedades; orientando al personal del sector salud las directrices técnicas y administrativas relacionadas al proceso de inmunizaciones, que incluyen conceptos de inmunidad, las vacunas del programa y vacunación en situaciones especiales, la administración y aplicación segura de las mismas, el funcionamiento de la cadena de frío, el registro en el sistema de información, la vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas y eventos adversos, monitoreo, supervisión, evaluación e indicadores del PAI.(MINSA- N0-121-2013)

**Vacunación:** Se refiere a la administración de cualquier inmuno biológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. Normativa 121(2013).

**Vacuna DT de adulto:** Es una mezcla de toxoide diferido y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridiumtetani* y *Corynebacteriumdiphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. (MINSA- N0-121-2013)

### **Dosis.**

Una dosis a los 10 a 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis

con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis.

(MINSA- N0-121-2013)

Todas las mujeres en edad fértil deberían estar inmunizadas frente a las enfermedades más comunes que pueden suponer un riesgo durante el embarazo. La decisión de vacunar a una mujer embarazada depende de la probabilidad de contraer la enfermedad, el riesgo que esta suponga para la madre o para el feto y de los efectos perjudiciales que tenga la vacuna sobre ellos.(MINSA- N0-121-2013)

### **Valoración del riesgo beneficio de vacunar a una embarazada**

Cuando la embarazada viaje a áreas de riesgo debe valorarse el riesgo beneficio de vacunarla contra la OPV, SR, Fiebre Amarilla, Hepatitis B. En el caso de poliomielitis si el riesgo de contagio no es inminente (menos de 4 semanas), es preferible la vacuna anti poliomielitis parenteral (IPV). (MINSA- N0-121-2013)

### **Esquema de Vacunación de la dt según el Programa Nacional de Inmunización**

El esquema actualizado es el siguiente:

- 1ra dosis al contacto (captación).
- 2da dosis un mes después de la primera dosis (4 semanas).
- 3ra dosis 6 meses después de la segunda dosis.
- 4ta dosis un año después de la tercera.
- 5ta dosis un año después de la cuarta. (MINSA-NO-106-2013)

**Reacciones locales:** son comunes (eritema e induración con o sin dolor local)

- Raramente reacciones febriles, cefalea, mialgias, anorexia, y vómitos.
- Reacciones de hipersensibilidad (tipo Arthus) con reacción local importante, pueden aparecer especialmente en personas que han recibido múltiples dosis de recuerdo previas.

- Muy rara vez, alteraciones neurológicas y alteraciones anafilácticas.

## **CONTRAINDICACIONES**

- Reacciones alérgicas severas o fiebre superior a 40,5°C posterior a una dosis previa o componentes de la vacuna.
- Trastornos periféricos ante dosis previas.
- Reacción local severa a dosis previas con reacción de toda la circunferencia de la extremidad inyectada.
- Cuando hay enfermedad infecciosa aguda u otras enfermedades (agudas o crónicas) en curso.
- Personas con inmunodeficiencias, a excepción de la infección por VIH asintomático.
- Las personas transfundidas o que han recibido inmunoglobulina, deberán esperar 3 meses para ser vacunadas.

## **RECOMENDACIONES**

- No usar la vacuna en el tratamiento de una infección de tétanos o difteria.
- De presentar reacciones locales en el lugar de la aplicación, colocar compresas de agua fría.
- En caso de fiebre administrar acetaminofén.(MINSA- N0-121-2013)

**Tabla # 11: El personal de enfermería determina esquema vigente de DT a embarazadas de bajo riesgo.**

Esquema vigente de DT.      Primera atención      Segunda atención      Tercera atención      Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de observación.

Del total de pacientes en estudio al 100%(14) se les aplico vacuna antitetánica satisfactoriamente. Cabe recalcar que la vacuna antitetánica se administra durante el embarazo con el fin de evitar el tétano neonatal. Esto se relaciona con la normativa 011(2015) indica que la aplicación de la vacuna antitetánica, se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis, con intervalos entre 4 a 8 semanas. La vacuna antitetánica se debe aplicar a toda embarazada para la prevención del tétano y cumplimiento de esquema de paciente inmunizada y seguimiento del Programa de atención de inmunizaciones para protección de la mujer embarazada como una medida preconcepcional para un futuro embarazo, he aquí la importancia de la aplicación de vacuna según el ministerio de salud y prácticas de inmunización, este se disponga de ampliar cobertura de vacuna a todos los centro y puesto de salud, según el esquema recomendado en la embarazada.

## **Signos vitales**

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

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

La presión arterial mide la fuerza que necesita el corazón para bombear la sangre por todo su cuerpo. Cuando la sangre fluye por sus arterias a una presión mayor de la normal, se dice que tiene una presión arterial alta (también conocida como hipertensión).

**Toma de tensión arterial:** La presión arterial varía en las personas a lo largo de las 24 horas. Los factores que influyen son las emociones, la actividad física, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, entre otros.

**Medición de Signos Vitales.** Realizar medición de frecuencia cardíaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial (P/A).

Para la toma de presión arterial (P/A) cumpla los siguientes aspectos: Asegúrese de que la embarazada no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada, medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas, para una nueva toma confirmatoria subsecuente verifique que el tensiómetro marque cero, no desinflar la válvula rápidamente pues da lecturas incorrectas. (MINSA- No-011, 2015)

**Tabla #12: El personal de enfermería determina la presión arterial (registro y análisis e interpretación). Y resto de signos vitales (FC, FR, T°) a embarazadas de bajo riesgo.**

Determinación de presión arterial y resto de signos vitales.

	Primera atención	Segunda atención	Tercera atención	Total
--	------------------	------------------	------------------	-------

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0
INSATISFACTORIA	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>42.8</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>4</b>	<b>28.6</b>	<b>14</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de observación.

Al 100%(14) de las pacientes embarazadas el personal de salud no toma signos vitales completos.

Se observó que el personal de enfermería del puesto de salud en estudio no mide los signos vitales completos a las usuarias debido a que solo les toma presión arterial.

Estas actividades son de vital importancia en las pacientes embarazadas ya que de esta manera se identifica precoz, alteraciones de cualquiera de las funciones del cuerpo y diagnóstico de hipertensión gestacional y/o pre eclampsia por lo que se recomienda al personal de salud, toma de signos vitales completos para detección oportuna de signos de peligro y se dé un abordaje integral a la usuaria.

Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015) se realizara el análisis e interpretación de los signos vitales en cada APN, haciendo énfasis en la presión arterial.

### **Exámenes de laboratorios**

Son un procedimiento común dentro de las evaluaciones médicas, y estos pueden revelar desde una anemia hasta una infección, aunque usted se sienta bien.

### **OBJETIVO**

Establecer criterios únicos para armonizar la toma, identificación, manejo, conservación y envío de diferentes tipos de muestras en los laboratorios de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud. (MINSA-NO-059-2010, 2010)

Son un procedimiento común dentro de las evaluaciones médicas, y estos pueden revelar desde una anemia hasta una infección, aunque usted se sienta bien.

### **Auto examen de mama.**

Tenemos que perder el temor y la vergüenza de palpar nuestro cuerpo cuando aprendemos a auto examinarnos es una forma de identificar cambios en nuestras mamas e interpretar señales de alarma.(MINSA-NO-009,2008)

Es importante saber que si nos realizamos con frecuencia el auto examen de mamas tendremos mucho más posibilidades de llevar una vida saludable, ya que con ello estaremos detectando a tiempo cualquier anomalía. Es por esa razón la necesidad de toda mujer aprender a realizarse el auto examen de mamas. (MINSA-NO-009,2008)

### **Examen de Papanicolau.**

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-009,2008)

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

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

**VIH durante el embarazo:** Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical. Información sobre 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).

**Biometría Hemática:** Valora los niveles sanguíneos de hemoglobina y otros elementos de la madre, es decir, ayuda a descartar la presencia de anemia, problemas con los glóbulos blancos, rojos y principalmente con las plaquetas (células de coagulación), indispensables para evitar problemas de tipo hemorrágicos durante el parto o cesárea.

**Glucosa en sangre:** Mide la cantidad de azúcar en la sangre, se ve cómo está metabolizando el organismo la glucosa y la función de los órganos involucrados en este proceso: hígado y páncreas, entre otros.

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.

### **VDRL**

Es un estudio que se realiza específicamente para descartar la existencia de infección de transmisión sexual (sífilis).

### **Examen general de orina**

De acuerdo con los especialistas, éste es uno de los principales exámenes que se deben realizar durante el embarazo, ya que gracias a él se pueden detectar alteraciones como: infección de vías urinarias, que conllevan a amenaza de aborto, aborto, ruptura de membranas y a trabajo de parto prematuro; diabetes gestacional y pre-eclampsia (enfermedad Hipertensiva aguda del embarazo)

<http://vidayestilo.terra.com.mx/mujer/bienestar/pruebas-de-laboratorio-de-rutina-durante-el-embarazo>.

### **La hemoglobina**

Es una hemoproteína de la sangre de masa molecular de 64 000 g/mol (64 k de color rojo característico, que transporta el dioxígeno (antiguamente oxígeno), O<sub>2</sub>, desde los órganos respiratorios hasta los tejidos, el dióxido de carbono, CO<sub>2</sub>, desde los tejidos hasta los pulmones que lo eliminan y también participa en la regulación de pH de la sangre, en vertebrados y algunos invertebrados.

### **Esquema 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.

La proteína C reactiva (PCR o CRP por sus siglas en inglés) es una proteína plasmática circulante, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación (proteína de fase aguda El rol fisiológico de esta proteína consiste en unirse a la fosfocolina expresada en la superficie de las células moribundas o muertas, y a algunos tipos de bacterias con el fin de activar el sistema del complemento Es sintetizada por el hígado en respuesta a factores liberadores y por los adipocitos Es miembro de la familia de las pentraxinas No debe ser confundida con el péptido

**Tabla #13: El personal de enfermería realiza exámenes de laboratorio: grupo y RH,PAP VDRL/RPR, sífilis Hemoglobina o BHC Glicemia, EGO,consejería y prueba voluntaria de VIH a embarazadas de bajo riesgo.**

Exámenes de Primera Segunda Tercera Total  
laboratorio. atención atención atención

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería, realiza la actividad de envió de órdenes de exámenes de laboratorio en un 100%(14) satisfactorio. Cabe destacar que los exámenes de laboratorio son un procedimiento común dentro de las evaluaciones médicas, y estos pueden relevar desde una anemia hasta una infección, que pueda presentar

en la embarazada. Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015). Se deberá realizar la actividad de envío de exámenes de laboratorio para valorar el estado de salud en las embarazadas. Por lo tanto el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio cumple con lo establecido en la normativa lo que demuestra la capacidad y eficiencia de dicho personal.

### **Medición de altura del fondo uterino**

Es uno de los exámenes clínicos más practicados en la mujer embarazada. La altura uterina permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y estatura.

El valor de la altura uterina crece a medida que avanza el embarazo. De forma esquemática, hasta el séptimo mes es igual al número de meses de embarazo multiplicado por cuatro, y más adelante aumenta 2 cm cada mes durante los dos últimos meses, hasta alcanzar los 32 cm.

Esta medida permite evaluar la altura del feto y la cantidad de líquido amniótico. No obstante, puede verse falseada por distintos factores, como la obesidad, la presencia de fibromas en el útero, o un embarazo gemelar.

### **Técnica de altura del fondo uterino**

Medir la distancia a la que se encuentra el fondo del útero en relación con el borde superior de la sínfisis del pubis, usando una cinta métrica y estando la mujer acostada de espaldas, con las piernas extendidas, relajada y con la vejiga urinaria vacía.

**Tabla # 14: El personal de enfermería realiza la medición de la altura del fondo uterino a embarazadas que recibieron atención prenatal en el puesto de salud Dámaso Blandón en el segundo semestre del embarazo.**

Medición de la altura de fondo uterino. Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

Se evidencia que el personal de enfermería realiza la medición de altura de fondo uterino en las embarazadas 100% (14) satisfactoriamente, esta pre escrito en la normativa 011 que la altura se mide en centímetros con la cinta obstétrica desde el pubis hasta el fondo uterino determinado por palpación. El extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano, mientras entre el dedo índice y mayor de la otra mano se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcance el fondo uterino.

Luego proceder a graficar el valor obtenido en la Curva de Crecimiento Uterino Cabe destacar que la medición de altura uterina es de gran importancia ya que consiste en medir en centímetros, con una cinta métrica, la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero. La altura uterina permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y estatura. El valor de la altura uterina crece a medida que avanza el embarazo. Esto se relaciona con

normativa 011 MINSA (2015), que dice se debe realizar la medición de altura uterina en cada atención prenatal ya que una altura del fondo uterino menor que lo esperado puede indicarnos que algo anda mal o si la medición de la altura del fondo uterino es mayor, puede ser presencia de una complicación en el embarazo.

### **Frecuencia cardíaca fetal**

La Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF) debe de medirse entre contracciones (periodo de relajación). Si bien se considera normal FCF entre 120 y 160 por min, la variabilidad normal no debe exceder los 12 latidos. (MINSA-NO-011,2008)

**Frecuencia Cardíaca Fetal.** Consignar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto a partir de las 20 semanas de gestación.

**Objetivo de la frecuencia cardíaca fetal:** Proporcionar los conocimientos necesarios para medir la frecuencia del latido cardíaco.

### **TÉCNICA**

#### **Con estetoscopio de Pinard:**

- ✚ Si el examinador es diestro (utiliza la mano derecha este debe colocarse a la derecha del paciente. En caso contrario, a la izquierda.
- ✚ Si el examinador tiene el reloj en la mano izquierda, entonces tome el estetoscopio con la mano derecha y/o a la inversa.
- ✚ Aplique la parte de la corneta del estetoscopio sobre la piel del abdomen de la madre, en relación con el dorso (espalda) del feto y en forma vertical (perpendicular a su eje mayor).
- ✚ Apoye la cabeza y ubique el oído externo en relación directa al orificio sobre el plano circular del estetoscopio, tratando de fijar el mismo en su posición y haciendo una presión suave pero continua sobre el mismo.
- ✚ Retire la mano del estetoscopio, ya que ésta interrumpe la transmisión del sonido y no deja percibir los latidos.
- ✚ Fije la vista en el segundero de su reloj, apuntando 60 segundos desde el inicio del conteo de los latidos.

- ✚ Cuento dos o tres veces los latidos en un lapso de 1 O minutos si fuera necesario, antes, durante y después de la contracción uterina para tener seguridad y detectar las variaciones en el latido.
- ✚ Durante el procedimiento usted puede utilizar la mano que soltó el estetoscopio para detectar y sentir la contractilidad uterina.
- ✚ Explique a la madre los hallazgos.(Ugualde., 1988)

### **Con Doppler fetal:**

- ✚ Aplique una cierta cantidad de «gel» en el lugar donde aplicará el transductor del aparato.
- ✚ Prenda el aparato.
- ✚ Aplique el transductor en el lugar seleccionado.
- ✚ Mueva circularmente el transductor en varios sentidos hasta ubicar el latido fetal.

### **Interpretación**

#### **FCF Normal:**

La frecuencia cardíaca fetal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto cuando no hay contracciones uterinas (reposo uterino) y la misma es denominada «frecuencia cardíaca basal».

#### **Taquicardia fetal:**

Es la FCF basal mayor de 160 latidos por minuto, de dos o más minutos de duración. Según su intensidad, puede ser moderada (FCF basal entre 160/180 latidos por minuto), y severa si supera 180 latidos por minuto. Está asociada generalmente a prematuridad, hipoxia fetal o fiebre en la madre.

#### **Bradycardia fetal:**

Es el descenso de la FCF basal a valores inferiores de 120 latidos por minuto, de dos o más minutos de duración. Puede ser moderada si se encuentra entre 100/119 o severa si es menor de 100. Si es persistente puede asociarse a una cardiopatía congénita y no necesariamente a depresión neonatal.(Ugualde., 1988).

**Tabla#15: El personal de enfermería realiza auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a embarazadas de bajo riesgo.**

Auscultación de Primera Segunda Tercera Total  
 la frecuencia atención atención atención  
 cardiaca fetal.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación

El personal de enfermería realiza la actividad de auscultación de frecuencia cardiaca 100% satisfactorio. Cabe destacar que la auscultación de FCF es de gran importancia porque así orienta el estado vital de bebé. La 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 látido 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; 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. (ARIAS, 1995). Esto se relaciona

con normativa 011 MINSA (2015), que dice que se debe realizar la auscultación de FCF a partir de las 20 SG.

### **Movimiento Fetal.**

Consignar los movimientos fetales a partir de las 18 semanas de gestación.

Son los primeros signos de vida del bebé, por eso, uno de los momentos más especiales de cualquier embarazo es cuando la futura mamá percibe de algún modo a su pequeño ( ya no digamos cuando siente la primera patada!): poder sentir a nuestro hijo nos aporta una inmensa felicidad. Pero más allá de lo afectivo, estos movimientos tienen un gran valor porque suponen un indicador del bienestar y del correcto desarrollo neuromuscular fetal; se convierten en una especie de método de monitorización casero, propio de cada madre, que indica que lo más probable es que todo vaya bien.

Por eso, aunque cada mujer es diferente y varios factores influyen en que unas los noten antes que otras, es más que recomendable que todas las gestantes conozcan el patrón de movimientos de su bebé (cada feto se mueve con una intensidad y un ritmo distinto), cómo irá cambiando a lo largo de la gestación y en qué momento no es normal que disminuya la actividad, y por lo tanto hay que consultar con un médico.



**Tabla#16: El personal de enfermería realiza la verificación de movimientos fetales a embarazadas de bajo riesgo.**

Verificación de Primera Segunda Tercera Total  
 movimientos atención atención atención  
 fetales.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la actividad de indagar sobre los movimientos fetales después de los 18 SGun 100% satisfactorio. Cabe destacar que se indaga sobre los movimientos fetales después de los 18 SG siendo de gran importancia ya que los movimientos fetales son un signo de buena vitalidad fetal ya que un feto que va creciendo sin ninguna alteración a las 18 semanas sus movimientos son percibidos así podemos darnos cuenta que todo está muy bien Pero más allá de lo afectivo, estos movimientos tienen un gran valor porque suponen un indicador del bienestar y del correcto desarrollo neuromuscular fetal; se convierten en una especie de método de monitorización casero, propio de cada madre, que indica que lo más probable es que todo vaya bien. Esto se relaciona con normativa 011 MINSA (2015), que dice al indagar sobre los movimientos fetales después de los 18 SG a toda embarazada en cada atención prenatal (APN), con el fin de ser tratada o referida al nivel correspondiente de manera oportuna.

**Situación Fetal:** Se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son longitudinales, transversos y oblicuos. (MINSAs- No-011, 2015)

### **Situación longitudinal**

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

### **Situación transversa**

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

### **Situación oblicua**

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

**Presentación Fetal:** Es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándolo en gran parte, y que puede evolucionar por sí misma dando lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas. (MINSAs- No-011, 2015)

### **Presentación cefálica**

A su vez, la presentación cefálica consta de cuatro variantes, dependiendo si la cabeza está flectada es decir, el mentón está en cercana proximidad o en contacto con el pecho o si está deflectada con deflexión de la cabeza alejando el mentón del pecho en diversos grados.

### **Cefálica vértice**

Es la presentación por excelencia de un bebé al nacer, en la que ofrece al canal del parto el centro de la excavación de la fontanela posterior.

### **Cefálica sincipucio o bregmática**

El feto presenta un discreto grado de deflexión de la cabeza, de modo que ofrece la romboidal fontanela anterior o bregmática el punto de unión de la sutura coronal y sagital al centro de la pelvis.

### **Cefálica de frente**

Es una posición distócica por el gran diámetro de la presentación fetal, con un moderado grado de deflexión de la cabeza de tal modo que el feto ofrece la región frontal al centro de la pelvis.

### **Cefálica de cara**

Presenta deflexión máxima de la cabeza, de tal modo que el occipucio está en cercana proximidad o en contacto con la columna cervico dorsal. Resulta en la presentación del diámetro más amplio, aumentado en un 25% (3cm) comparado con la presentación flexionada clásica. Puede resultar en distocia, y se ve con cierta frecuencia en las grandes multíparas, en fetos de gran tamaño, anencefalia y tumores en el cuello fetal. Por lo general se descubre con la palpación de elementos de la cara fetal durante el trabajo de parto.

### **Presentación podálica**

Hay dos tipos de posiciones adoptadas por el feto cuando el polo caudal del feto está en contacto con la pelvis materna y puede tener dos variedades. Una presentación podálica completa, en la que no se altera la posición fetal y una presentación podálica incompleta, en la que los muslos se extienden a lo largo del tronco, o cuando los pies están extendidos hacia el canal del parto o, una tercera variedad, en la que las rodillas son las primeras ofrecidas durante el trabajo de

parto. La presentación podálica se da en un 25% de los embarazos antes de las 30 semanas y se considera de alto riesgo después de las 32 semanas de embarazo.

**Objetivo de las maniobras de LEOPOLD:** Diagnosticar la situación, la posición y la presentación del feto en el útero, por otro lado evaluar su encaje en el estrecho superior de la pelvis

## **TÉCNICA**

### **Primera maniobra:**

- ✓ Palpe el abdomen con ambas manos, tratando de ubicar el fondo del útero.
- ✓ Trate de identificar el polo del feto que ocupa este sector.

### **Segunda maniobra:**

- ✓ Palpe las partes laterales del útero, tratando de ubicar donde se encuentra la espalda o dorso del feto.
- ✓ Relacione la posición de la espalda o dorso del feto, con uno de los lados del abdomen de la madre (izquierdo o derecho), en caso de que el feto este en situación longitudinal; o superior o inferior, en caso de que el feto se encuentre en situación transversa.
- ✓ Si ubicó el dorso fetal, trate de auscultar el latido cardíaco fetal con el estetoscopio (Pinard, Doppler, otro).

### **Tercera maniobra:**

- ✓ Con la mano hábil palpe el polo en el abdomen inferior (estrecho superior) y examine sus características (peloteo, dureza, presencia de dolor).

### **Cuarta maniobra:**

- ✓ Con ambas manos e introduciendo los dedos lo más profundamente posible, trate de ingresar entre el polo (cabeza, nalgas) y la pelvis de la madre.
- ✓ Identifique si la presentación (polo cefálico o podálico) permiten juntar los dedos por delante de la misma. (Ugualde., 1988)

**Tabla#17.El personal de enfermería realiza la verificación de presentación y situación fetal a embarazadas de bajo riesgo.**

Verificación de Primera Segunda Tercera Total  
 presentación y atención atención atención  
 situación fetal.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería, realiza la actividad de presentación y situación fetal un 100% satisfactorio. Cabe destacar que la presentación y situación fetales de gran importancia ya que es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por lo que el feto solo tiene dos polos, solo existen dos presentaciones posibles, la presentación Podálica una de las actividades que se debe cumplir en cada atención prenatal a partir del tercer control así nos damos cuenta e informamos a la embarazada sobre cómo está ubicado su bebe y así se valora cualquier alteración en la presentación y situación de feto .Esto se relaciona con normativa 011 MINSa (2015), que dice la presentación y situación fetal se debe realizar a toda embarazada en cada atención prenatal, con el fin de ser tratada o referida al nivel correspondiente.

## Clasificación de alto riesgo obstétrico.

**Embarazo de alto riesgo:** Aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto. (MINSA- No-011, 2015).

**El embarazo se clasifica como de Bajo y de Alto Riesgo.**

**El 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.

**El 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-011-2008)

**Tabla# 18.El personal de enfermería realiza la clasificación de alto riesgo obstétrico a embarazadas de bajo riesgo.**

Clasificación de alto riesgo.	Primera atención	Segunda atención	Tercera atención	Total				
	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la clasificación del embarazo 100% satisfactorio. El 100% de las embarazadas que acudieron a sus controles prenatales el personal de enfermería clasifico su embarazo de bajo riesgo.

El personal de enfermería clasifica los embarazos de las usuarias según normas y protocolos establecidos. Está establecido en la normativa 011(2015) que los embarazos de bajo riesgo obstétrico: significa que la paciente requiere de cuatro controles prenatales y esta no requiere una atención continua o especial.

Sin embargo las pacientes de Alto riesgo obstétrico

- ✓ Constituyen en promedio el 25% de todas las mujeres que inician Atención prenatal.
  
- ✓ Se le brindan las acciones del componente básico + los cuidados especiales de acuerdo a los requeridos por la patología materna.

Las atenciones prenatales en este grupo de riesgo son un máximo de siete consultas. Es por esto que la clasificación de embarazo de bajo riesgo y alto riesgo según normativa es de importancia debido a que se identifica las patologías asociadas al embarazo, su seguimiento continuo y reclasificación. .Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015), que la clasificación del embarazo se debe realizar a toda embarazada en cada atención prenatal, con el fin de ser tratada o referida al nivel correspondiente.

Cabe hacer énfasis de la 14 pacientes en estudio el 100% pertenecen a la clasificación de bajo riesgo obstétrico.

**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-NO-002,2008).

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-NO- 029, 2009)

### **Planificación familiar:**

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo Socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible. (MINSA-NO-002,2008).

### **Objetivo**

Estandarizar las acciones de planificación familiar en promoción, prevención, información, educación y oferta de métodos en todas las unidades de salud, a fin de contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, de manera que les permita a las parejas o personas tomar una decisión informada acerca de su vida reproductiva, así como el número y espaciamiento de sus embarazos. (MINSA-NO-002,2008).

### **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 de ACCEDA:

- 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 la 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-NO-002,2008).

**Tabla#19.El personal de enfermería realiza la consejería sobre lactancia materna; planificación familiar y cuidados del recién nacido a embarazadas de bajo riesgo.**

Consejería sobre Primera Segunda Tercera Total  
 lactancia atención atención atención  
 materna,  
 planificación  
 familiar y  
 cuidados del  
 recién nacido.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería cumple en un 100% satisfactorio, sobre consejería brindada a las pacientes sobre lactancia materna exclusiva y uso de método de planificación

La normativa(MINSA-NO-011-2008, 2008)Informa que el cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar es una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y los niños así como también derecho humano. De esta manera se orienta a la paciente sobre el método adecuado a utilizar, durante el puerperio y la importancia de la lactancia materna evitando enfermedades en el neonato es por esto que lactancia materna

es la alimentación natural del recién nacido que consiste en que un bebé se alimente con la leche de su madre que le proporciona los nutrientes necesarios que le garantizará, su crecimiento y desarrollo. Esto se relaciona con normativa (MINSAs- No-011, 2015) que dice consejería de lactancia materna y planificación familiar se debe de dar toda embarazada en cada atención prenatal, con el fin de mejorar la nutrición del recién nacido y la salud de la madre.

### **Suplemento de sulfato ferroso + ácido fólico**

#### **Suplementación con Hierro:**

El Ministerio de Salud distribuye gratuitamente suplementos de hierro a mujeres embarazadas, puérperas, y niños. (MINSAs-N0- 029, 2009).

#### **Hierro**

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. (MINSAs-N0-029, 2009)

DOSIS: pacientes con valores de hemoglobina normal prescribir una tableta de sulfato ferroso(60mg) +ácido fólico 0.4mg diario (MINSAs-NO-011,2015)

**Tabla# 20: El personal de enfermería hace entrega de Suplemento de sulfato ferroso y ácido fólico a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.**

Entrega de Primera Segunda Tercera Total  
 suplemento de atención atención atención  
 sulfato ferroso y  
 ácido fólico.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería cumplió la entrega de suplemento de sulfato ferroso más ácido fólico de manera satisfactoria en las embarazadas para un 100%.

Cumpliendo el personal de salud con la disminución de incidencia de déficit de hierro, recién nacidos de bajo peso al nacer, mortalidad infantil, leucemia y orientaciones sobre comidas y alimentos ricos en hierro y ácido fólico. Con la entrega oportuna de estos medicamentos se podrá evitar el riesgo de poder presentar cualquier problema de salud materno-fetal, cabe destacar que el suplemento con sulfato ferroso + ácido fólico, es de gran importancia siendo la Profilaxis que ayuda a evitar la anemia materna y malformaciones congénitas. Según Guía basada en evidencia que reducen la morbilidad y la mortalidad perinatal y neonatal Managua Nicaragua 2014. Esto se relaciona con normativa

(MINSA- No-011, 2015) que se debe indicar sulfato ferroso más ácido fólico, ya que esto reduce en la embarazada la anemia.

### **Entrega de Acido Fólico**

Es un micronutriente que es importante para la correcta formación de las células sanguíneas, es componente de algunas enzimas necesarias para la formación de glóbulos rojos y su presencia mantiene sana la piel y previene la anemia. Por tanto es esencial también para el desarrollo de las células nerviosas en el embrión y el feto.(MINSA-N0- 029, 2009)

La deficiencia de folatos o ácido fólico interfiere con la división celular y la síntesis de Proteínas. Esos efectos son más notorios en tejidos y células que crecen rápidamente, tales como los glóbulos sanguíneos. Después de la deficiencia de hierro, la de folato o ácido fólico es la principal causa de las anemias nutricionales. La anemia por deficiencia de folatos o ácido fólico es muy grave en mujeres embarazadas, ya que produce trastornos neurológicos en los niños (as) por nacer, tales como malformaciones congénitas del tubo neural y del Sistema Nervioso central como anencefalia. Por lo tanto, la suplementación con ácido fólico antes del embarazo, contribuye a la prevención de algunas malformaciones congénitas del tubo neural (espina bífida, labio leporino) y para mantener la inmunidad.

(MINSA-N0- 029, 2009)

La suplementación preconcepcional de ácido fólico reduce significativamente los defectos del tubo neural (DTN), las multivitaminas más ácido fólico periconcepcion<sup>4,5</sup>, 5,15 reducen significativamente además de los DTN, otras malformaciones congénitas (MFC).(Minsa-Guia-2da-edicion-2009)

DOSIS: 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.(MINSA-NO-011,2015)

**Tabla# 21: Entrega de Suplemento de ácido fólico a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.**

Entrega de Primera Segunda Tercera Total  
 suplemento de atención atención atención  
 ácido fólico.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería, realiza la actividad de la entrega de ácido fólico un 100% satisfactorio. Cabe destacar que el ácido fólico, es de gran importancia ya que la administración de ácido fólico trata anemias carenciales y otras malformaciones congénitas. Según Guía basada en evidencia que reducen la morbilidad y la mortalidad perinatal y neonatal Managua Nicaragua 2014. Esto se relaciona con normativa (MINSa- No-011, 2015) que dice que el ácido fólico se debe prescribir ácido fólico 3 meses antes hasta tres meses después del parto y a toda paciente que esté Planeando embarazarse.

### **Prevención de la pre eclampsia y sus complicaciones**

#### **Pre eclampsia - Eclampsia**

Se define como un síndrome exclusivo del embarazo en pacientes con edad gestacional *mayor o igual a 20 semanas*. Solo se ha identificado casos de pre

eclampsia con menos de 20 semanas en pacientes con enfermedad molar, hidrops fetal y embarazo múltiple. (MINSA-NO-109,2013)

Administrar a las pacientes de bajo riesgo de pre eclampsia, suplementos de calcio 1200mg /día para mujeres con baja ingesta de calcio (persona que ingieren menos de de 600mg calcio al día) (IA)7 29) las que tienen ingesta normal de 1g/24 horas. (MINSA-NO-109,2013)

No se recomienda en las pacientes de bajo riesgo de preeclampsia:

- ✚ Restricción de sal en la dieta durante el embarazo.
- ✚ Restricción calórica durante el embarazo para las mujeres con sobrepeso.
- ✚ Dar aspirina, diuréticos, vitamina C y E (basado en la evidencia actual).

El calcio y el hierro no deben ingerirse a la misma hora ya que son antagónicos.

### **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. (MINSA- No-011, 2015)

### **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. (MINSA- No-011, 2015)

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. (MINSAs- No-011, 2015).

**Prescripción de Calcio:**

En el grupo de pacientes con alto Riesgo de pre eclampsia se prescribirá calcio vía oral 1,800 mg/día a partir de la 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas y se cumplirá hasta las 36 semanas (la evidencia demuestra que esta estrategia tiene una mayor utilidad en aquel grupo con baja ingesta de calcio) por tanto se deberá evitar su uso generalizado en todas las embarazadas. Iniciar calcio después de las 16 semanas no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica. (MINSAs- No-011, 2015)

Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios basados en la mejor evidencia la estrategia demostrada que tiene mayor utilidad clínica para la prevención del pre eclampsia es la administración de aspirina. El calcio sigue siendo únicamente de mayor utilidad en el grupo poblacional de baja ingesta de calcio. En las unidades de salud donde se disponga de los dos productos podrá hacerse uso de ambos (calcio y aspirina) en el grupo de alto riesgo, en el grupo de riesgo intermedio solo usar aspirina. (MINSAs- No-011, 2015).



**Tabla# 22: El personal de enfermería realiza prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones prescribe aspirina y calcio según riesgo a embarazadas.**

Prevención de la Primera Segunda Tercera Total  
preeclamsia . atención atención atención

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0
INSATISFACTORIA	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

La muestra total la constituyen 14 embarazadas que asisten a su atención prenatal para un análisis de prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones 100% insatisfactorio

Se evidencia que el personal de enfermería no cumple con las normas en un 100% sobre el uso de aspirina y calcio, ya que se les está dando a las pacientes de bajo riesgo, según normativa (MINSAs- No-011, 2015) se debe de prescribir a pacientes con embarazo de riesgo intermedio de presentar pre eclampsia una tableta de 100mg oral, antes de acostarse iniciar mínimo a las 12SG, máximo hasta 16SG continuar hasta las 36SG. De igual manera en la prescripción de calcio según normas está indicado solo en aquellas pacientes pertenecientes al grupo con baja ingesta de calcio o al grupo de pacientes con alto riesgo de pre eclampsia. Por tanto se deberá evitar su uso generalizado en todas las embarazadas ya que no tiene ninguna evidencia su uso en pacientes de bajo riesgo. Se orienta al personal hacer uso de las normas actuales para hacer uso

racional de medicamentos y en las pacientes que realmente ameriten el uso de estos tratamientos. Cabe destacar que indagar sobre la Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones son de gran importancia ya que una consejería adecuada permite al usuario, información sobre posibles eventos que se puedan presentar en el transcurso del embarazo y así puedan ser identificadas por parte del usuario, para ser tratadas a tiempo. Esto se relaciona con normativa 011 MINSA (2015), que dice que indagar sobre la Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones, se debe brindar consejería a toda embarazada sobre signos y síntomas de peligro en el embarazo.

### **Administración de Albendazol**

Administración del albendazol

La Administración de antiparasitarios en la embarazada reduce Significativamente la anemia en la embarazada y la mortalidad Infantil.

Dosis: Albendazol 1 dosis de 400 mg VO en el 2º y 3er trimestre del Embarazo dosis única.(Minsa-Guia-2da-edicion-2009)

Albendazol 400 mg 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.

**Tabla#23: El personal de enfermería entrega de albendazol a embarazadas que recibió atención prenatal.**

Entrega de albendazol. de Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación

El personal de enfermería entregó dosis adecuada de albendazol de manera satisfactoria a las usuarias para el 100%. Según normativa 011 (2015) este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil, para fines de evaluación del cumplimiento del estándar, el albendazol se puede administrar durante el segundo y tercer trimestre con una diferencia de seis semanas y aprovechar el contacto con embarazadas para cumplimiento de ambas dosis. Es de suma importancia la administración de este tratamiento ya que ayudara a prevenir anemia y/o parasitosis intestinal en las embarazadas. Esto se relaciona con la normativa (MINSA- No-011, 2015) se debe indicar Albendazol 400 mg en el II y III trimestre del embarazo.

## **Consejería de signos y síntomas de peligro de pre eclampsia y eclampsia principalmente parto y puerperio**

**Señales de Peligro:** Signos o síntomas relacionados con las principales causas de mortalidad materna y neonatal, redactadas en lenguaje popular para que puedan ser fácilmente aprendidas, reconocidas y transmitidas por la red comunitaria.

Son señales de peligro del embarazo:

1. Sangrado, una sola gota es sangrado.
2. Se le rompió la fuente sin dolores.
3. La criatura no se mueve y antes se movía.
4. Dolor de cabeza fuerte con chisperío.
5. Inflamación de manos, pies y cara.
6. Dolor en el vientre como faja que rodea.
7. Ataques o convulsiones

**ECLAMPSIA:** Cuadro clínico que se caracteriza por la aparición de hipertensión, proteinuria, con o sin edemas y convulsiones y/o coma en una embarazada a partir de las 20 semanas de gestación o en el puerperio. Pre eclampsia más convulsión o coma igual a eclampsia. (MINSA-NO-109,2013, 2013)

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 analfabetas ya que los miembros de su familia o vecinos las pueden leer (MINSA- No-011, 2015).

**Tabla #24.El personal de enfermería realiza consejería sobre signos y síntomas de peligro de la pre-eclampsia y eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio que recibieron atención.**

Consejería sobre Primera Segunda Tercera Total  
 signos y síntomas atención atención atención  
 de peligro.

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería brinda consejería de signos y síntomas de peligro durante el embarazo, de manera satisfactoria en las 14 embarazadas para el 100%educando e informando a las embarazadas sobre signos de peligro y búsqueda temprana de ayuda disminuyendo de esta manera los riesgos de muerte materna y perinatal. Según estudios realizados la consejería sobre signos de peligro ayuda a disminuir tasas altas de muerte materna y perinatal.

Demostrando que se cumple con lo establecido en la normativa, esto se relaciona con la normativa (MINSAs- No-011, 2015)se debe realizar la consejería en signos y síntomas de peligro durante las cuatro atenciones prenatales.

## **Negociar plan parto**

### **Parto humanizado y/o Empático (tratar de actuar en línea con la cultura):**

Es el derecho que tiene la mujer de recibir información de calidad sobre su estado de embarazo con lenguaje sencillo y la libertad de elegir el acompañamiento, la posición de parir y la alimentación, en un ambiente adecuado, con privacidad, de acuerdo a lo que cree que va a ser mejor, a lo que siente que va a ser más seguro, reconociendo aquello que más la tranquiliza, garantizando la satisfacción de la usuaria. El personal de salud debe brindar la información técnica sobre situaciones inesperadas que pongan en riesgo la vida de la madre o del niño que puedan modificar las decisiones acordadas. (MINSA-NO.O42, 2010, 2010)

**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. (MINSA-NO-104,2012)

### **OBJETIVO**

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. (MINSA-NO-104,2012)

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 o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo.(MINSA- No-011, 2015)

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.

## **B. El 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.

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento.

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad de salud. (MINSA-NO-104,2012)

**Tabla #25: El personal de enfermería realiza la negociación plan de parto a embarazadas que recibieron atención por el personal de enfermería.**

Negociación plan de parto a embarazadas. Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realizala actividad de negociar plan de parto satisfactoriamente en un 100%. Cabe destacar que 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 .Esto se relaciona con la normativa (MINSA- No-011, 2015)que se debe realizar la consejería sobre plan de parto durante las cuatro atenciones prenatales a las embarazadas.



**Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería en parto asistido o si presenta alguna COE**

**Referencia y Contra referencia:** 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. (MINSA-NO-068,2011)

**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.(MINSA-NO-068,2011)

**Plan de referencia:** Disponibilidad de transporte de la unidad de salud o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo. Coordinación previa: Notificara unidad de salud a donde será enviada, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llevar adecuadamente hoja de referencia (MINSA- No-011, 2015)

**Tabla#26: El personal de enfermería hace referencia a otro nivel de atención o casa materna; consejería en parto asistido a embarazadas de bajo riesgo.**

Referencia a otro nivel de atención o casa materna. Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la actividad de referencia a otro nivel de atención o casa Materna un 100% satisfactorio. Cabe destacar que la referencia a otro nivel de mayor resolución de cualquier complicación obstétrica es de vital importancia para la prevención de la mortalidad materna y neonatal. El parto asistido es una estrategia que se ha implementado con el objetivo de disminuir las complicaciones obstétricas y por ende la mortalidad materna y neonatal. Según la normativa (MINSA- No-011, 2015) toda embarazada se debe evaluar el estado de salud y promocionar el parto institucional.

## **Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según la guía para la atención de ITS manejo sindrómico**

**Infección de transmisión sexual:** Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales. (MINSA-NO-011-2008, 2008)

El objetivo es identificar síndrome 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. (MINSA-NO-113,2013)

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-NO-113,2013)

### ***Vías de transmisión de las ITS***

Las tres principales vías de transmisión de las ITS son:

1. Sexual (acto sexual sin protección). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

2. Parenteral (por sangre). Es una forma de transmisión a través de materiales corto punzante, uso de jeringas infectadas sobre todo por la utilización de drogas intravenosas.

3. Vertical (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto o al amamantar al bebé. Esto para el caso de la infección por VIH.(MINSA-NO-113,2013)

### **ITS más frecuentes 1. Sífilis:**

Es una enfermedad infecciosa producida por el *Treponema pallidum*, de evolución crónica y distribución universal, de transmisión sexual o transplacentaria. Actualmente la vía de transmisión transfusional es prácticamente inexistente. La transmisión sexual se produce por inoculación del microorganismo en abrasiones causadas por microtraumatismos en piel o mucosas durante las relaciones sexuales, evolucionando a erosiones y posteriormente a úlceras. Si la enfermedad no es tratada durante la fase aguda evoluciona hacia una enfermedad con manifestaciones potencialmente graves.

### **2. Gonorrea:**

La gonorrea es causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*. La infección se puede diseminar por contacto con la boca, la vagina, el pene o el ano. Esta bacteria se prolifera en áreas corporales húmedas y cálidas, incluyendo el conducto que transporta la orina fuera del cuerpo (uretra). En las mujeres, las bacterias se pueden encontrar en el aparato reproductor (que incluye las trompas de Falopio, el útero y el cuello uterino). Esta bacteria puede incluso proliferar en los ojos. Se caracteriza en el hombre por uretritis con secreción purulenta, en la mujer suele ser asintomática a menos que ocasione enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La conjuntivitis neonatal es la manifestación principal de Gonorrea congénita.

### **3. Clamidiasis:**

Infección transmisión sexual (ITS) causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, caracterizada por uretritis en el hombre y en la mujer suele ser asintomática a

menos que ocasione una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Se ha encontrado asociada hasta en el 62% de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, en mujeres y hasta en el 4 a 7% de mujeres con displasia cervical. En las mujeres embarazadas, la clamidia no tratada ha sido asociada con partos prematuros y puede transmitirse al recién nacido, causándole infecciones de los ojos o neumonía. Las pruebas de detección y el tratamiento de la clamidia durante el embarazo son la mejor manera de prevenir estas complicaciones.

#### **4. Herpes simple:**

Es una infección causada por un virus el herpes simple (VHS), del cual existen dos tipos:

- ✓ El herpes simple tipo 1 frecuentemente causa llagas labiales. También puede causar herpes genital.
  
- ✓ El herpes simple tipo 2 frecuentemente es el que causa el herpes genital, pero también puede afectar la boca.

#### **5. Linfogranuloma venéreo**

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección crónica del sistema linfático causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis* que se disemina a través del contacto sexual. El linfogranuloma venéreo es más común en hombres que en mujeres

#### **6. Chancroide**

El chancro blando o chancroide es una enfermedad transmitida sexualmente causada por el *Haemophilus ducreyi*, que un bacilo anaerobio facultativo gram-negativo. Se estima que el tiempo de presentación de los síntomas puede demorar hasta una semana después de la exposición con una persona infectada. Se presenta una lesión tipo hinchazón a nivel genital que luego forma una —heridall llamada úlcera. Esta úlcera puede medir entre 3 y 50 mm, es dolorosa, de bordes irregulares y bordes mellados, tiene una base cubierta con material gris amarillento y puede sangrar si la persona se rasca o raspa por el dolor que presenta.

## **Papilomatosis**

El virus del papiloma humano genital (también conocido como VPH) es la infección de transmisión sexual (ITS) más frecuente. Hay más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres. Estos tipos de VPH también pueden infectar la boca y la garganta.

## **8. Candidiasis**

Es una infección micótica causada por levaduras que pertenecen al género *Candida*.

## **9. Tricomoniasis**

La tricomoniasis es una Infección de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital por el protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*. La infección, por lo general no presenta síntomas, aunque las mujeres tienen más probabilidad que los hombres de manifestar síntomas. Es posible que se observe un flujo genital inusual. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata y la uretra; y en ambos sexos irrita la vejiga.

## **10. Vaginosis bacteriana**

La vaginosis bacteriana es la causa más común de infección vaginal (vaginitis). El síntoma más común es una secreción anormal de la vagina con un desagradable olor a pescado. Sin embargo, casi la mitad de las mujeres con Vaginosis Bacteriana no notan ningún síntoma.

## **11. Hepatitis B**

La hepatitis B es causada por la infección con el virus de la Hepatitis B (VHB). El período de incubación desde el momento de la exposición a la aparición de los síntomas es de 6 semanas a 6 meses. Se encuentra en concentraciones más altas en la sangre y en concentraciones más bajas en otros fluidos corporales (por ejemplo, el semen, secreciones vaginales, y exudados). La Infección puede ser auto limitada o crónica.

## **12. VIH**

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es responsable del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y ataca a los linfocitos T-4, que forman parte

fundamental del sistema inmunitario del ser humano. Como consecuencia, disminuye la capacidad de respuesta del organismo para hacer frente a infecciones oportunistas originadas por virus, bacterias, protozoos, hongos y otros tipos de infecciones.

### **Flujograma para síndrome de flujo vaginal en embarazadas**

#### **Trate por cervicitis y vaginitis**

Metronidazol 500mg 4 tabletas PO, dosis única

Ceftriaxona 125mg IM dosis única

Azitromicina 500mg 2 tabletas PO, dosis única(MINSA-NO-113,2013)

**Tabla#27: El personal de enfermería confirmo descarta alguna ITS y aplica tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sintromico a embarazadas de bajo riesgo.**

Confirmar o Primera Segunda Tercera Total  
descartar ITS. atención atención atención

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería realiza la actividad de confirmar o destacar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS Materna un 100% satisfactorio. Cabe destacar que según el manejo sintromico las ITS se clasifican según principales agentes etiologicos, 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. Esto se relaciona con normativa 011 MINSA (2015), que se debe confirmar o destacar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS Materna 100%. Esto es importante porque de esta manera nos damos cuenta de algún factor predisponente durante el embarazo y parto.

### **Amenaza de parto prematuro aplicar Dexametazona**

Administración de la dexametazona.

Se descubrió que la administración de determinados cortico esteroides a mujeres con riesgo de tener un parto prematuro reduce considerablemente los riesgos de complicaciones relacionadas con la prematurez como muerte fetal y neonatal combinada, síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia cerebro ventricular, enterocolitis necrosante, infecciones sistémicas y retraso en el desarrollo durante la niñez, también se observaron beneficios en los subgrupos de mujeres con rotura prematura de membranas y trastornos hipertensivos.

Dosis:

Dexametazona 6 mg IM cada 12 horas por 4 dosis.

El tratamiento debe ser iniciado en embarazadas con cualquier síntoma o signo sospechoso del inicio de un trabajo de parto pre término o la necesidad potencial de un nacimiento pre término electivo y no esperar hasta tener certeza en el diagnóstico. (Minsa-Guia-2da-edicion-2009)

A partir de las 24 a 34 semanas de gestación con el objetivo de maduración pulmonar del bebe y así evitar complicaciones al recién nacido



**Tabla #28: El personal de enfermería realizó la actividad detección amenaza de parto prematuro a embarazadas de bajo riesgo.**

Amenaza de Parto prematuro. de Primera atención. Segunda atención. Tercera atención. Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	0	0	0	0	0	0	0	0
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

El personal de enfermería, realiza la actividad de detectar cualquier Amenaza de parto prematuro a embarazadas de bajo riesgo un 100% satisfactorio. Cabe destacar que la Normativa 077 (2011) indica amenaza de parto prematuro es una afección clínica caracterizada por la presencia de contracciones uterinas persistentes, con una frecuencia de 4 en 20 minutos o 6 en 60 minutos sin dilatación cervical cuando es menor a 3cm, entre las 22 semanas de gestación 2 a las 36 semanas. Esto se relaciona con normativa 011 MINSA (2015), que dice A partir de las 24 a 34 semanas de gestación se aplica Dexametazona con el objetivo de maduración pulmonar del bebe y así evitar dificultades al recién nacido.

### **Disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico**

#### **Insumo Médico**

Es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario, suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinado a

la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios.  
(MINSA-NO-063-2011, 2011)

### **Objetivo del COE**

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

### **Manejo y almacenamiento de cintas de Uroanálisis**

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

### **Termino COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante**

La normativa (MINSA- No-011, 2015) indica que el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos términos son los mismos términos 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- No-011, 2015).

**Tabla #29: El personal de enfermería dispone de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico.**

Disponibilidad de insumos básicos. Primera atención Segunda atención Tercera atención Total

	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	TOTAL	%
SATISFACTORIO	0	0	0	0	0	0	0	0
INSATISFACTORIA	0	0	0	0	0	0	0	0
NO OBSERVADO	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100
NO APLICA	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	6	42.8	4	28.6	4	28.6	14	100

**Fuente:** Guía de observación.

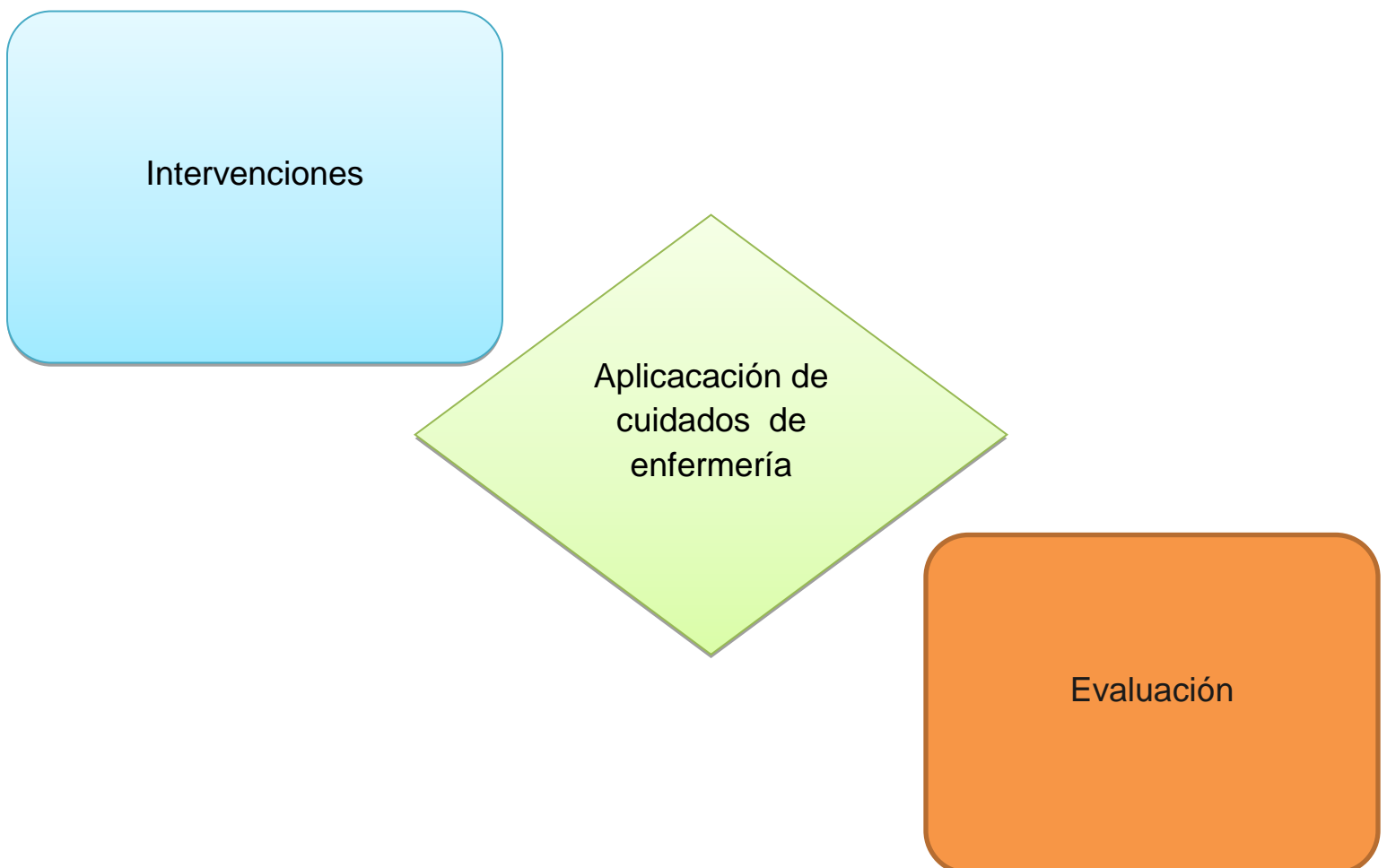
El personal de enfermería no dispone en su totalidad de insumos básicos para la atención prenatal, ante cualquier emergencia obstétrica que pueda presentarse en la unidad en las embarazadas de bajo riesgo en un 100% no observado.

Cabe destacar que en los insumos del COE, es importante contar siempre con un stock de estos tratamientos y materiales a usarse como es cualquier medicamento, vacuna, producto herbario o complementario, suplemento alimenticio o dispositivo médico, reactivos de laboratorios, destinado a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de los usuarios. Esto se relaciona con normativa (MINSAs- No-011, 2015) que dice que el almacenamiento de insumos dependerá del fabricante y del requerimiento para su conservación al 100%.

## **Evaluacion**

Definicion :acto de valorar una realidad, formando parte de un proceso cuyos momentos previos son los de fijacion de las características de la realidad a valorar, y de recogidas de informacion sobre la misma y cuyas etapas posteriores son la informacion y la toma de deciciones en funcion del juicio de valorar (Perez Juste, 1986).

## **Triangulacion**



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,

**Tabla N° :30: Evaluación de las 29 actividades realizadas durante la atención prenatal.**

<b>Categoría</b>	<b>N° de actividades</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Satisfactorio</b>	23	79.31%
<b>Insatisfactorio</b>	2	6.89%
<b>No Observado</b>	4	13.79%
<b>No aplica</b>	0	0%
<b>Total</b>	19	100%

**Fuente:** Guía de observación

El (0)% de las actividades corresponde a la categoría No aplica, el 79.31% a la categoría satisfactorio, el 6.89% a la categoría insatisfactorio y el 13.79% a la categoría No observado.

Se demuestra que las actividades establecidas por la Normativa 011 (2015), dentro de la realización del estudio están ubicadas en 4 distintas categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, tal y como lo representa la tabla N° :30, una vez analizada la información se procede a tabular los datos obtenidos realizando lo siguiente:

- ✓ Anulación de la categoría No aplica, porque no corresponde al personal en estudio.
- ✓ Sumatoria de datos de las categorías Insatisfactorio y no observado para obtención de un porcentaje final. Porque la similitud de sus caracteres

permite esta inclusión, ambos evalúan al personal en estudio y califican su participación desde una perspectiva negativa.

- ✓ Resultado final en dos categorías, propósito final de este seminario de graduación representado en la tabla N° :31, expuesta a continuación:

**Tabla N° :31: Evaluación de las 29 actividades realizadas por el personal de enfermería, en la atención prenatal**

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	23	79.31%
Insatisfactorio	6	20.68%
<b>Total</b>		100%

**Fuente:** Guía de observación

El 20.68% de las actividades resultan ser insatisfactorias y el 79.31% satisfactorias.

Se evidencia que existe una brecha significativa entre el personal de enfermería del centro de salud Damaso Blandon que realiza de forma satisfactoria y 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 en la Normativa 011- (2015), 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 la normativa contribuye a factores predisponente 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.

## **V. Conclusiones**

1. Se documentaron las distintas normativas existentes, establecidas por el ministerio de salud sobre normas y protocolos para las intervenciones de Enfermería en la atención prenatal de bajo riesgo.
2. Al comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención prenatal en las pacientes en estudio se logró observar que el personal de salud, no realiza las actividades según normativas.
3. Se evaluó las intervenciones de enfermería en el cuidado de las pacientes en estudio, obteniendo un resultado insatisfactorio mínimo.

## BIBLIOGRAFIA

- MINSA-OO4,2008. *norma para el manejo del expediente clinico*. managua.
- Minsa-Guia-2da-edicion-2009. *Intervenciones basadas en evidencias para reducir la mortalidad neonatal*. managua.
- MINSA-106,2013.*Manaual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.
- MINSA-031-2009 *Normas y protocolo para la prevencion,deteccion y atencion de la violencia intrafamiliar y sexual*. Managua.
- MINSA-O42, 2010.*Norma de humanizacion del parto institucional*. MANAGUA.
- MINSA-002,2008 .*Norma y protocolo de planificacion familiar*. Managua.
- MINSA-009,2008. *Manual para promotores de salud,preparandonos para la lucha contra el cancer cervico uterino*. Managua.
- MINSA-011,2008.*Normas y protocolos para atencion prenatal,parto, puerperio y recien nacido/a de bajo riesgo*. Managua.
- MINSA-011,2015.*Normas y protocolos para la tencion prenatal, parto, recien nacido/a y puerperio de bajo riesgo"*. Managua.
- MINSA-059-2010. *Guia para la toma identificacion,manejo, conservacion, y transporte de muestras para laboratorios de la salud*. Managua.
- MINSA-063-2011.*Norma y guia para la notificacion obligatoria de reacciones adversas asociadas a insumos medicos*. Managua.
- MINSA-101,2012. *Manual metodologico censo gerencial de embarazadas, puerpera,y postnatales*. managua.
- MINSA-104,2012.*Plan de parto para la maternidad segura.manual de organizacion y funcionamiento y guia de capacitacion para el personal de salud*. managua.



MINSA-113,2013. *Guia para la atencion de las infecciones de transmision sexual manejo sindromico*. Managua.

MINSA-118,2013.*Manual de consejeria para el abordaje del VIH*. Managua.

MINSA-121,2013.*norma tecnica de inmunizaciones y manual de procedimientos de inmunizaciones*. Managua.

**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**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.**  
**UNAN FAREM –MATAGALPA**



Guía de observación dirigida al personal de enfermería que realiza atención prenatal en el puesto de Salud Dámaso Blandón del municipio de San Ramón del departamento de Matagalpa.

La persona que evalúa marque la casilla correspondiente, según las definiciones a continuación.

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

No.	Actividades	I APN Captación Antes de las 12 Semanas	II APN A las 26 semanas	III APN A las 32 semanas	IV APN A las 38 semanas
1	Llenado del Expediente Clínico, HCP y resto de formularios. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) • Evaluar la situación psicoemocional	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Puérperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	<b>Determinar Esquema Vigente de dT:</b> 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.	X	X		

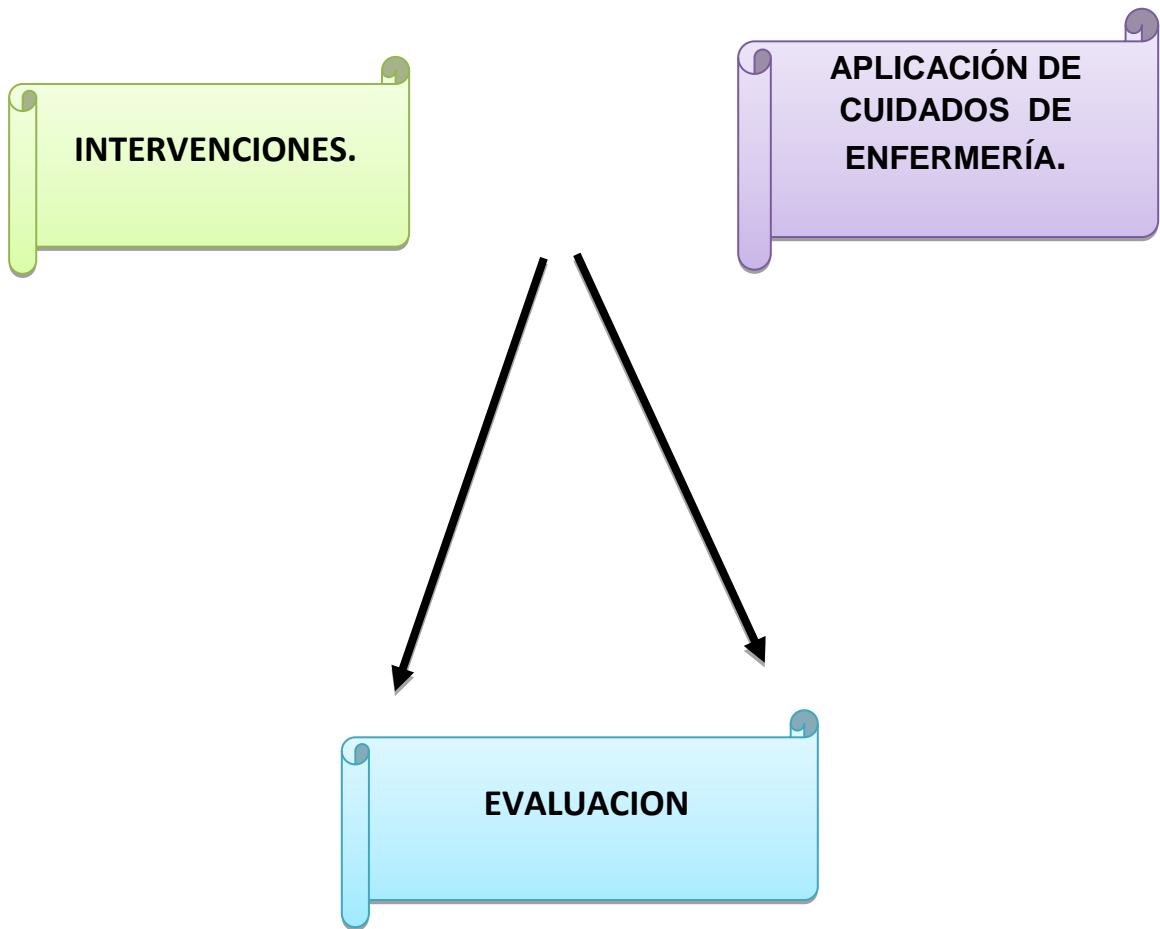
	Esto más que todo para personas mayores de 20 años.				
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	<b>Exámenes de Laboratorio:</b>				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en 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 Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica) .				
	➤ <b>Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofuantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.</li> <li>▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.</li> </ul>	<b>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:</b> <b>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</b>  <b>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</b> <b>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</b>	<b>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:</b> <b>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</b>  <b>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</b> <b>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</b>	<b>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:</b> <b>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</b>  <b>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</b> <b>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</b>	<b>EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos:</b> <b>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</b>  <b>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis:</b> <b>LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</b>
	➤ 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 endemidad 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	<b>Suplemento con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico:</b> 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"> <li>Tratamiento de pacientes con <b>Anemia leve y moderada</b> deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses.</li> <li>Las pacientes con <b>Anemia severa</b> deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses.</li> </ul>	X	X	X	X
21	<b>Suplemento con Ácido Fólico:</b>  <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 $\geq$ 30 Kg/m <sup>2</sup> , Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: 4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.	X	X	X	X
22	<b>Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones</b> <b>Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):</b> <b>Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pre eclampsia previa</li> <li>Anticuerpos anti fosfolípidos</li> <li>Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente</li> <li>IMC &gt; 29 Kg/m<sup>2</sup></li> <li>Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas)</li> <li>Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años)</li> <li>Periodo Intergenésico mayor a 10 años</li> <li>Migraña</li> <li>Tabaquismo</li> </ul>	<b>NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGONICOS</b>	X <b>Aspirina 100 mg/Diario</b> (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio  <b>Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día)</b> , a partir de las 12 S/G) <ul style="list-style-type: none"> <li>Vía oral</li> <li>Abstención de alcohol.</li> <li>Dejar de Fumar.</li> <li>Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz.</li> </ul>		
23	<b>Prescribe Albendazol:</b> Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSa.	X	X	X	X
28	En casos de <b>Amenaza de Parto Prematuro;</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>Aplicar <b>Dexametazona</b> (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante.</li> <li><b>Nifedipina:</b> presentación de tabletas de 10 mg.</li> </ol>		X <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Dexametazona:</b> 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35)</li> <li><b>Nifedipina:</b> 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</li> </ol>		

			<ul style="list-style-type: none"> <li>o no hay actividad suspenderla.</li> <li>o Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7</li> <li>o <b>SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina:</b> Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud.</li> <li>o NO debe de inducirse a la paciente en trabajo de parto, se recomienda dejar en evolución espontanea.</li> <li>o No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa).</li> <li>o No indicar betas miméticos Intravenoso ni orales de mantenimiento.</li> </ul>		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X
<p><b>Manejo y almacenamiento de las cintas de uroanálisis:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Las Cintas de Uroanálisis traen reflejado tanto en su empaque primario como empaque secundario la temperatura adecuada para su almacenamiento la cual va de 2 a 30 °C, sin embargo se ha observado que las almohadillas que contiene la tira reaccionan por los cambios de temperatura por lo cual se ha sugerido dejarlas a temperatura ambiente desde su almacenamiento en el CIPS suponiendo que las bodegas están debidamente ventiladas.</li> <li>▪ Conserve las cintas en su envase original.</li> <li>▪ No utilice las cintas después de la fecha de caducidad impresa en la etiqueta del envase.</li> <li>▪ Un envase nuevo de cintas de uro análisis puede usarse durante 6 meses.</li> <li>▪ Anotar en la parte de afuera del envase la fecha en que lo abrió por primera vez.</li> <li>▪ No saque del envase la bolsita de desecante que proporciona el fabricante.</li> <li>▪ Saque las cintas del envase solo si van a utilizar de inmediato.</li> </ul> <p><b>Terminos COE: El almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimientos para su conservación. Estos terminos son los mismos terminos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)<sup>1</sup></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Oxitocina</li> <li>▪ Ergonovina/Ergometrina</li> <li>▪ Hidralazina (ampolla)</li> <li>▪ Cintas de Uro análisis <b>(Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto)</b></li> </ul> <p><b>Garantizar la existencia de otros insumos COE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sulfato de magnesio</li> <li>▪ Nifedipina</li> <li>▪ Clotrimazol</li> <li>▪ Metronidazol</li> <li>▪ Labetalol</li> </ul>					

## ANEXO #3

### Triangulacion





#### ANEXO #4

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.

**Tabla N° :30: Evaluación de las 29 actividades realizadas durante la atención prenatal.**

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
<b>SATISFACTORIO</b>	78	89.65%
<b>INSATISFACTORIO</b>	6	6.89%
<b>NO OBSERVADO</b>	3	3.44%
<b>NO APLICA</b>	0	0%
<b>TOTAL</b>		100%

**Fuente:** Guía de observación

El (0)% de las actividades corresponde a la categoría No aplica, el 87% a la categoría satisfactorio, el 89.65% a la categoría insatisfactorio y el 3.44% a la categoría No observado.

Se demuestra que las actividades establecidas por la Normativa 011 (2015), dentro de la realización del estudio están ubicadas en 4 distintas categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, tal y como lo representa la tabla N° :30, una vez analizada la información se procede a tabular los datos obtenidos realizando lo siguiente:

- ✓ Anulación de la categoría No aplica, porque no corresponde al personal en estudio.
- ✓ Sumatoria de datos de las categorías Insatisfactorio y no observado para obtención de un porcentaje final. Porque la similitud de sus caracteres

permite esta inclusión, ambos evalúan al personal en estudio y califican su participación desde una perspectiva negativa.

- ✓ Resultado final en dos categorías, propósito final de este seminario de graduación representado en la tabla N° :31, expuesta a continuación:

**Tabla N° 31: Evaluación de las 29 actividades realizadas por el personal de enfermería, en la atención prenatal.**

<b>Categoría</b>	<b>N° de actividades</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Satisfactorio</b>	78	89.65%
<b>Insatisfactorio</b>	9	20.68%
<b>Total</b>	87	100%

**Fuente:** Guía de observación.

El 78 % de las actividades resultan ser insatisfactorias y el 89.65% satisfactorias.

Se evidencia que existe una brecha significativa entre el personal de enfermería del centro de Salud Damaso Blandon de San Ramon que realiza de forma satisfactoria y 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 en la Normativa 011- (2015), 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 la normativa contribuye a factores predisponente 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.

# Anexo #5.

## Historia clinica perinatal

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA**

**FECHA DE NACIMIENTO** día mes año

**ETNIA** blanca, indígena, mestiza, negra, otra

**ALFA BETA** no, si

**ESTUDIOS** ninguno, primaria, secundaria, universitaria

**ESTADOCIVIL** casado, unión estable, soltero, otro

**Lugar del control prenatal**

**Lugar del parto parto**

**N° Identidad**

**INFORMACION PERSONAL**

**NOMBRE Y APELLIDOS**

**DOMICILIO**

**LOCALIDAD**

**TELEF.**

**EDAD (años)** < de 20, > de 35

**ANTECEDENTES**

**FAMILIARES** TBC, diabetes, hipertension, preeclampsia, eclampsia, ota cond. medica grave

**PERSONALES** genito-urinario, chugui, intersticial, cardiopat., nefropatia, violencia, VIH

**OBSTETRICOS** gestas previas, eboritos, vaginales, nacidos vivos, viven, FIN EMBARAZO ANTERIOR, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEPCION

**ULTIMO PREVIO** nic <2000g, normal >=4000g, em. ectopico

**Aplicaciones** no, si

**GESTACION ACTUAL**

**PESO ANTERIOR** Kg

**IMC**

**TALLA (cm)**

**EG CONFIABLE** por FUM Eco <20 s.

**FUM ACT** 1° bim, 2° bim, 3° bim

**FUM PAS** no, si

**DRUGAS** no, si

**ALCOHOL** no, si

**VIOLENCIA** no, si

**ANTIRRUEOLA** no, si

**ANTITETANICA** vigente no, si

**EX. NORMAL** ODONT, MAMAS

**CERVIX** insp. visual, PAP, COLP.

**GRUPO** Rh, Rh immune, yglobulina anti D

**TOXOPLASMOSIS** <20 sem IgG, >=20 sem IgG, 1° consulta Igit

**GLUCEMIA EN AYUNAS** <24 sem, >=24 sem

**ESTREPTOCOCCO B** 35-37 semanas

**PREPARACION PARA EL PARTO**

**CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA**

**VIH - Diag. Tratamiento**

**SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento**

**CHAGAS** no, si

**PALUDISMO/ MALARIA** no, si

**BACTERIURIA** no, si

**ESTREPTOCOCCO B** no, si

**PREPARACION PARA EL PARTO** no, si

**CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA** no, si

**VIH - Diag. Tratamiento** no, si

**SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento** no, si

**ATENCIONES PRENATALES**

**PARTO** fecha de ingreso, consultas pre-natales, carne, lugar del parto, hospitaliz. en embarazo, corticoides antenatales, inicio de parto, ruptura prematura de membrana, edad gest. el parto, frecuencia de visitas, tiempo de parto, acompañante TDP

**ABORTO**

**EMERGENCIAS** HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatias, nefropatias, diabetes, infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, VIH

**HEMORRAGIA** 1° bim, 2° bim, 3° bim, postparto

**INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO**

**RECIBEN NACIDO** sexo, peso al nacer, longitud, peso E.G., diámetros al recién nacido, APGAR, estado de bienestar, fallece en lugar de parto, atendido medico, parto, neonato, puerperio inmediato, referido

**DEFECTOS CONGENITOS**

**ENFERMEDADES**

**EGRESORNI** vivo, fallece, tratado, lugar, fecha de egreso, edad al egreso, alimento al alta, peso al egreso

**EGRESO MATERNO** tratado, lugar, fecha de egreso, días completos desde el parto

**ANTICONCEPCION**

**METODO ELEGIDO**

**Nombre Recién Nacido**

**Responsable**

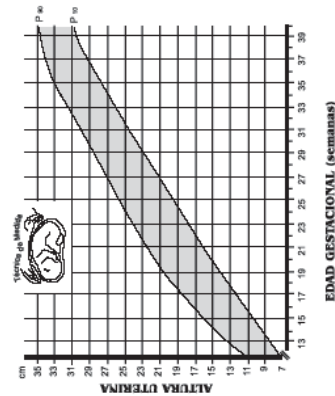
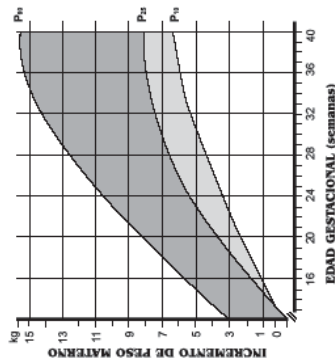
**Nombre Recién Nacido**

**Responsable**

**CLAP/SMR/OPS/OMS**

Fuente:MINSA-106,2013.Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP). Managua: MINSA.

## Anexo # 6.



### 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.

Aplíquese 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 lucecitas 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 indi-

Fuente: MINSA-106, 2013. *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP)*. Managua: MINSA.

## Anexo # 7. Descripción de la HCP

### 1. Segmento de identificación.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA				FECHA DE NACIMIENTO			ETNIA			ALFA BETA		ESTUDIOS			ESTADO CIVIL			Lugar del control prenatal		Lugar del parto/aborto		N° Identidad									
NOMBRE Y APELLIDOS				dia	mes	año	<input type="radio"/> blanca	<input type="radio"/> indígena	<input type="radio"/> mestiza	<input type="radio"/> negra	<input type="radio"/> otra	<input checked="" type="radio"/> ninguno	<input type="radio"/> primaria	<input type="radio"/> secund.	<input type="radio"/> univers.	<input type="radio"/> casada	<input type="radio"/> unión estable	<input type="radio"/> soltera	<input type="radio"/> otro	<input type="radio"/> vive sola	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> sí									
DOMICILIO				EDAD (años)			<input checked="" type="radio"/> < de 20																								
LOCALIDAD				TELEF.																											

Fuente:MINSA-106,2013. *Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

### 2. Segmento – Antecedentes Familiares, Personales y Obstétricos

FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR				
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	dia	mes	año		
<input type="radio"/> TBC	<input type="radio"/> hipertensión	<input type="radio"/> diabetes	<input type="radio"/> hiperlipidemia	<input type="radio"/> pre-eclampsia	<input type="radio"/> eclampsia	<input type="radio"/> HTA conl. medica grave	<input type="radio"/> genito-urinario	<input type="radio"/> cardíaco	<input type="radio"/> nefropatía	<input type="radio"/> vídenica	<input type="radio"/> VIH+	último previo	3º espant. consecutivos	embar. ectópico	partos	cesáreas	nacidos muertos	muertos 1º sem.	muertos 1º sem.	
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> <2500g	<input type="radio"/> >4000g	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> >2500g	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	dia	mes	año	
<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	+2 años	+5 años	
																EMBARAZO PLANEADO		<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	
																FRACASO METODO ANTICONCEP.		<input type="radio"/> no	<input type="radio"/> si	
																no		<input type="radio"/> si	no	<input type="radio"/> si
																no		<input type="radio"/> si	no	<input type="radio"/> si
																no		<input type="radio"/> si	no	<input type="radio"/> si

Fuente:MINSA-106,2013. *Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

### 3. Segmento – Gestación Actual

GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por			FUM AL/1		FUM AL/2		LUNAROS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTIHEPATICA		EX. NORMAL					
PESO ANTERIOR				IMC			TALLA (cm)		FPP		FUM Eco <20 s.		1º trim		2º trim		3º trim		previa		vigente		no			
Kg				1			dia		mes		año		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si			
CERVIX				GRUPO			Rh		Inmuniz.		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem.		Fe/FOLATOS		Hb ≥20 sem.		VIH - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento		Tb. de la pareja			
Insp. visual				normal			anormal		no se hizo		<input type="radio"/> <20sem		<input type="radio"/> >20sem		1ª consulta IgM		<input type="radio"/> <11.0 g/dl		<input type="radio"/> <20 sem		<input type="radio"/> >20 sem		no		si	
PAP				normal			anormal		no se hizo		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		n/c		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si			
COLP				normal			anormal		no se hizo		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		n/c		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si			
CHAGAS				PALUDISMO			MALARIA		BACTERIURIA		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTO-COCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> si	
<input type="radio"/> no				<input type="radio"/> no			<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no		<input type="radio"/> no			
<input type="radio"/> si				<input type="radio"/> si			<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si		<input type="radio"/> si			
no se hizo				edad gest.			peso (kg)		P A		altura uterina		presen tación		FCF (lpm)		movim. fetales		protei nuria		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Iniciales personal de salud		próxima cita	
dia				mes			año																			
mes				año																						
año																										

Fuente:MINSA-106,2013. *Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

## 4. Segmento – Parto o Aborto

PARTO <input type="radio"/> ABORTO <input checked="" type="radio"/>		LUGAR DEL PARTO	HOSPITALIZ en EMBARAZO	CORTICOIDES ANTENATALES	INICIO espontáneo	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA	EDAD GEST. al parto	PRESENTACION SITUACION	TAMANO FETAL ACORDE	ACOMPANANTE TDP P	
FECHA DE INGRESO dia mes año		Institucional <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	completo <input type="radio"/> incompl. <input type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	inducido <input type="radio"/> cesar. elect. <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	<37 sem <input type="radio"/> ≥18 hs. <input type="radio"/>	semanas <input type="text"/> dias <input type="text"/>	cefálica <input type="radio"/>	pareja <input type="radio"/>	
CONSULTAS PRE-NATALES total <input type="text"/>		Domiciliar <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input checked="" type="radio"/>	semana inicio <input type="text"/>	temp. ≥38°C <input type="text"/>	hora <input type="text"/> min <input type="text"/>	por FLUM <input type="radio"/> por Eco <input type="radio"/>	pélvica <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>	familiar <input type="radio"/>	
CARNÉ <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		Otros <input type="radio"/>	<input type="text"/>	n/c <input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	transversa <input type="radio"/>	si <input type="radio"/>	ninguno <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	
hora <input type="text"/> min <input type="text"/>		posición de la madre	PA <input type="text"/>	pulso <input type="text"/>	contr./10' <input type="text"/>	dilatación <input type="text"/>	altura present. <input type="text"/>	variedad posic. <input type="text"/>	meconio <input type="text"/>	FCF/dips <input type="text"/>	
en par. <input type="radio"/> togrina <input type="radio"/>		<b>ENFERMEDADES</b> 1 ó más <input checked="" type="radio"/> ninguna <input type="radio"/> HTA previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> HTA inducida embarazo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> cardiopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> nefropatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> I II a									
DEPARTO <input type="text"/>											
VICIUMIENTO VIVO <input type="radio"/> JERTO <input type="radio"/>											
TERMINACION espont. <input type="radio"/> cesárea <input type="radio"/> otra <input type="radio"/> forceps <input type="radio"/> vacuum <input type="radio"/>											
INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO		INDUC <input type="text"/> OPER <input type="text"/>									
POSICION PARTO (lida <input type="radio"/> acostada <input type="radio"/> cuclillas <input type="radio"/> acostado por la usuaria <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		DESGARROS Grado (1 a 4) <input type="text"/>		OCITOCICOS prealumbr. <input type="radio"/> postalumbr. <input type="radio"/>		PLACENTA completa <input type="radio"/> no <input type="radio"/> retenida <input type="radio"/>		LIGADURA CORDON precoz <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		MEDICACION RECIBIDA	
anest. local <input type="radio"/> anest. regional <input type="radio"/> anest. gen. <input type="radio"/>		transfusión <input type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/>		TDP Prueba - <input type="radio"/> + <input type="radio"/> n/r <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		Sifilis <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/>		si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>		TARV <input type="radio"/>	

Fuente: MINSA-106, 2013. *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP)*. Managua: MINSA.

## 5. Segmento – Patologías del Embarazo, Parto y Puerperio (Enfermedades)

<b>ENFERMEDADES</b>	1 ó más <input checked="" type="radio"/>	ninguna <input type="radio"/>	HTA previa <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	HTA inducida embarazo <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	preeclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	eclampsia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	cardiopatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	nefropatía <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	diabetes <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/> I II a	infec. ovular <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	infec. urinaria <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	amenaza parto preter. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	R.C.I.U. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	rotura prem. de membranas <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	anemia <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	otra cond. grave <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	HEMORRAGIA	1° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	2° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	3° trim. <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	postparto <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	infec. puerperal <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>	TDP Prueba - <input type="radio"/> + <input type="radio"/> n/r <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	Sifilis <input type="radio"/> VIH <input type="radio"/>	si <input type="radio"/> no <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	TARV <input type="radio"/>
---------------------	--	-------------------------------	---	--	---	--	--	---	--	--	--	--	---	--	---	---	------------	---	---	---	--	---	--	---	---	----------------------------

Fuente: MINSA-106, 2013. *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP)*. Managua: MINSA.

## 6. Segmento – Recién Nacido/a

<b>RECIEN NACIDO</b>		P. CEFALICO cm		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		CUIDADOS AL RECIEN NACIDO		APGAR		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIDO						Nombre						
SEXO	PESO AL NACER	LONGITUD cm		ESTIMADA		FUM		adec.	vitamina K	1 <sup>o</sup>	2 <sup>o</sup>	estimulac.	aspiración	no	si	no	si	medico	obst	enf.	auxil.	estud.	empir.	otro		
f						ECO		peq.	Profilaxis ocular			máscara	oxígeno													
m	<2500 g	≥4000 g				ESTIMADA		gde.	Apego precoz			masaje	tubo													
DEFECTOS CONGENITOS	ENFERMEDADES		VIH en RN		TAMIZAJE NEONATAL		REFERIDO		FALLECE en LUGAR de PARTO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO		REFERIDO	
no	ninguna		Expuesto		VDRL		alg. cori.		neona		otro hosp.		TSH		Hbpatia		Bilirub		Tovo		IgM		Meconio		1 <sup>o</sup> día	
menor	1 o más		no		no		no		no		no		no		no		no		no		no		no		no	
mayor	2 o más		si		si		si		si		si		si		si		si		si		si		si		si	
codigo	codigo		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d		s/d	
			n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c		n/c	

Fuente:MINSA-106,2013.*Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

## 7. Segmento – Puerperio

PUERPERIO INMEDIATO						
día	hora	T°C	PA	pulso	invol. uter.	loquios

Fuente:MINSA-106,2013.*Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

## 8. Segmento – Egreso del Recién Nacido/a

<b>EGRESO RN</b>		vivo	fallece	traslado	fallece durante o en lugar de traslado	EDAD AL EGRESO	ALIMENTO AL ALTA		Boca arriba		
día	mes	año	hora	min	no	si	días completos	lact. excl.	no	si	
							<1 día	parcial	no	si	
Id. RN	lugar				PESO AL EGRESO		artificial		g		
Nombre Recién Nacido				Responsable							

Fuente:MINSA-106,2013.*Manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua: MINSA.

## 9. Segmento – Egreso Materno

Antirubeola post parto <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c		γglobulina anti D <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si <input type="radio"/> n/c		<b>ANTICONCEPCION</b>	
<b>EGRESO MATERNO</b>		traslado <input checked="" type="radio"/>		CONSEJERIA <input checked="" type="radio"/> no <input type="radio"/> si	
dia   mes   año <input type="text"/>   <input type="text"/>   <input type="text"/>		lugar <input type="text"/>		METODO ELEGIDO	
viva <input type="radio"/> fallece <input checked="" type="radio"/>		fallece durante o en lugar de traslado <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si		DIU post-evento <input type="radio"/> ligadura tubaria <input type="radio"/>	
		dias completos desde el parto <input type="text"/>		DIU <input type="radio"/> natural <input type="radio"/>	
				barrera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	
				hormonal <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>	
Responsable					

Fuente: MINSA-106, 2013. *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal (HCP)*. Managua: MINSA.



**Anexo # 8**

**Puesto de Salud Dámaso Blandón del Municipio de San Ramón**



Fuente: Fotografía.

**Anexo # 9**

**Imágen de los expedientes de las embarazadas**



Fuente: Fotografía.

