

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.**

**Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa.**



**SEMINARIO DE GRADUACION.**

**Para optar al Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil.**

**TEMA.**

***Intervención de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el área de salud del departamento de Matagalpa II Semestre 2016.***

**SUB- TEMA.**

***Intervención de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el área de salud Lucrecia Lindo de la ciudad de San Ramón del departamento de Matagalpa II Semestre 2016.***

**AUTORES.**

- Br. Soza López Laiz Elena.
- Br. Valdivia Chavarría Eliores.

**TUTOR.**

**Msc: Maricela Martínez Oliva.**

**San Ramón Matagalpa, 2017**



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA.**

**Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa.**



**SEMINARIO DE GRADUACION.**

**Para optar al Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil.**

**TEMA.**

***Intervención de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el área de salud del departamento de Matagalpa II Semestre 2016.***

**SUB- TEMA.**

***Intervención de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el área de salud Lucrecia Lindo de la ciudad de San Ramón del departamento de Matagalpa II Semestre 2016.***

**AUTORES.**

- **Br. Soza López Laiz Elena.**
- **Br. Valdivia Chavarría Eliores.**

**TUTOR.**

**Msc: Maricela Martínez Oliva.**

**San Ramón Matagalpa, 2017**

## **DEDICATORIA.**

A Dios: Porque sin su voluntad esto no pasaría en mi vida, por darme sabiduría, fortaleza y salud para poder culminar lo que hace cinco años empecé y ahora gracias a nuestro creador esto se hizo posible.

A mi madre por sus palabras y sus consejos que fueron motivos para no darme por vencida en mis estudios.

A mi hija: porque a pesar de todo el tiempo que dedique a mi carrera en varios momentos de su vida no estuve con ella más sin embargo es el motor de mi vida para seguir adelante.

Br: Soza López Laiz Elena.

## **DEDICATORIA.**

A Dios, porque me ha dado fuerzas hasta este momento, me ha dado sabiduría para concluir mis estudios, sabiendo que sin Dios nada podemos hacer.

A mi madre por impulsarme hasta donde estoy y por enseñarme sendas rectas donde debo caminar.

A las personas por su ayuda incondicional, que aportaron económica mente para este logro, por tener tanta paciencia durante todos estos años.

Br: Valdivia Chavarría Eliores

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios

Por darnos todas la fortaleza que necesitamos para culminar nuestros estudios.

A nuestros maestros.

En especial a la msc. Marisela Martínez Oliva que con su esfuerzo, dedicación apoyo e interés nos ayudó a finalizar este trabajo

A la directora del centro de salud Lucrecia lindo por su colaboración la hora de la realización de este estudio.

Br: Valdivia Chavarría Eliores.

Br: Soza López Laiz Elena.



Matagalpa, enero del 2017

---

### **VALORACION DEL DOCENTE**

Por este medio se informa, que el seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en enfermería materno infantil, que lleva por Tema general: **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS EN PUESTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA AÑO 2016** y con un sub-tema INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS EN EL CENTRO DE SALUD LUCRECIA LINDO SECTOR NÚMERO II DE LA CIUDAD DE SAN RAMON DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA, NICARAGUA II SEMESTRE 2016.

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

**Autores:**

Br: Soza López Laiz Elena.

Br: Valdivia Chavarría Elio.

---

Msc. Maricela Martínez Oliva.  
Tutor de seminario.

## **RESUMEN.**

Las intervenciones de Enfermería son tratamientos basados en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional para mejorar la salud del paciente. El propósito de esta investigación es relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el centro de salud Lucrecia Lindo de la ciudad de San Ramón del departamento de Matagalpa, documentar las intervenciones durante la atención prenatal de bajo riesgo, comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención del embarazo, evaluar las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio. Se documentaron las intervenciones de enfermería durante las cuatro atenciones prenatales de bajo riesgo establecidas por la normativa 011 MINSA, 2015.

La atención prenatal tiene importancia, con ella cuidamos al desarrollo del bebé y la vida de la mujer, es por eso que se valora al desarrollo en conjunto con el programa de atención prenatal.

Se concluyó que las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado en cada atención prenatal se demostró que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo no cumplen una minoría con las normativas por lo que no está demostrando una calidad en atención dando un resultado insatisfactorio.



## INDICE.

<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>i</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>ii</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>iii</b>
<b>VALORACION DEL DOCENTE.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>v</b>
<b>I. INTRODUCCION.....</b>	<b>1</b>
<b>II. JUSTIFICACION.....</b>	<b>5</b>
<b>III. OBJETIVOS.....</b>	<b>6</b>
<b>IV. DESARROLLO.....</b>	<b>7</b>
<b>V. EVALUACION.....</b>	<b>73</b>
<b>VI. CONCLUSION.....</b>	<b>75</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>77</b>
<b>VIII. ANEXOS .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>Operacionalizacion de variables.</b>
<b>Anexo 2.....</b>	<b>Guía de observación.</b>
<b>Anexo 3.....</b>	<b>Historia clínica perinatal. (HCP)</b>
<b>Anexo 4.....</b>	<b>Formulario de clasificación de riesgo.</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>Carta de permiso para el estudio.</b>

## I. INTRODUCCION.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Este estudio fue realizado en el centro de salud Lucrecia lindo ubicado en la ciudad de san ramón departamento de Matagalpa. En el barrio 8 de Marzo, contando un plantel conformado por 4 Licenciadas en enfermería, 4 auxiliares en enfermería, 2 enfermeras en servicio social, 3 enfermeras auxiliares MOSACF, 5 médicos generales, 4 médicos en servicio social, 2 laboratorista, 3 farmaceuta, 1 odontólogo, 4 personal de limpieza y 2 CPF, también cuenta con una casa materna con un personal responsable del cuidado de las pacientes, Siendo nuestro universos 15 mujeres del sector # 2 de dicho centro el cual está constituida la muestra, de forma que el tipo de muestra es no probabilístico por conveniencia porque las pacientes deben presentar la característica de un embarazo de bajo riesgo para formar parte de esta, es decir es necesario que tenga este criterio para ser incluidas dentro de la muestra y es por ello que Canales (2008) indica que este tipo de muestra se caracteriza por que el investigador selecciona su muestra siguiendo algunos criterios identificados para los fines del estudio que le interesa realizar. Al observar las atenciones prenatal de bajo riesgo atendidos en el mes de Agosto – Septiembre del año 2016 en días alternos.

Este tipo de estudio es descriptivo, de corte transversal y prospectivo, con las descripciones detalladas de situaciones y eventos de personas que son observadas, por lo que a través de este, tuvo en cuenta la aplicación de cuidados

de enfermería según las intervenciones descritas en las normas y protocolos, es de corte transversal por que se utilizó un periodo de tiempo en el cual se identificaron las intervenciones normadas y la aplicación de cuidados de enfermería durante la atención prenatal debajo riesgo, se aplicó método teórico al documentar las intervenciones de las normas y protocolos y el emperico al actuar sobre los escenarios, recolectando información a partir de un instrumento de recolección de datos denominado guía de observación las que contemplan las intervenciones descritas en la normativa 011 (2015) para las que definieron los siguientes criterios: satisfactorio: si el personal de enfermería realizo las intervenciones de manera completa o correcta, insatisfactorio: si el personal de enfermería realizo la intervención de forma incorrecta o incompleta, no observado: si el personal de enfermería al momento no se constató la realización de esta actividad y no aplica: si la intervención o cuidado no corresponde al momento de la realización de este control prenatal.

Se utilizaron programa estadísticos; Excel, Word y Power Point para la documentación, análisis y presentación de los resultados según las variables en estudio. Comparaciones de intervenciones y cuidados de enfermería.

Para llevar a cabo este estudio se obtuvo autorización escrita por parte de Lic. Maritza Blandón, directora del Centro de Salud, a la que se le presentó una carta de solicitud firmada por PHD Marcia Cordero Rizo, en calidad de Jefa del Departamento de Ciencia, Tecnología y Salud y Coordinadora de la Carrera de Enfermería de la FAREM Matagalpa.

## **II. JUSTIFICACIÓN.**

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

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

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

### **III. OBJETIVOS.**

#### **Objetivo General:**

- Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el centro de salud Lucrecia Lindo de San Ramón Matagalpa.

#### **Objetivo Específicos:**

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

## IV. DESARROLLO

### **Atención prenatal.**

Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento de factores que pueden condicionar morbimortalidad materna y perinatal. Preparación física y psíquica de la madre para el parto y cuidado del recién nacido. . (protocolo de seguimiento del embarazo, 2005)

### **Intervenciones de Enfermería**

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

### **Tipos de intervenciones.**

Intervenciones directa: es un tratamiento realizado directamente con el paciente y o familias a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Intervenciones indirectas: es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

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

Intervenciones interdependiente: son las actuaciones que definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud.

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

**Cuidados de enfermería.** Está vinculado a la preservación y la conservación de algo o la asistencia y ayuda a que se brinda a otro ser vivo el termino deriva al



verbo cuidar por lo tanto abarca diversas atenciones que un enfermo debe dedicar a su paciente sus características dependerán de estado y gravedad del sujeto que a nivel general puede decirse que se orienta a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente (Perez Porto Julian , 2012-2014).

### **Tipos de cuidados.**

Cuidados de estimulación de confirmación.

Cuidado de conservación y continuidad de la vida.

Cuidado de autoimagen.

Cuidado de sosiego o de relajación.

Cuidado de compensación.

### **Embarazo.**

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

### **Tipos de embarazo.**

#### **Embarazo ectópico.**

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

#### **Embarazo molar.**

Se caracteriza por la proliferación anormal de vellosidad coriónica.

#### **Embarazo precoz.**

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

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

### **Expediente Clínico.**

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

### **Objetivo**

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

### **Campo de aplicación.**

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

### **Algunas disposiciones generales del expediente clínico disposiciones.**

#### **Generales**

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

El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el monitoreo y evaluación al

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

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

### **La utilización correcta del expediente clínico.**

Está disponible en este mismo documento el “Manual de procedimientos del Expediente Clínico”, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada. El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las historias clínicas orientadas a problemas, las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.

### **Listado de procedimientos.**

Procedimientos Asistenciales.

Abordaje clínico y sanitario.

Evolución y seguimiento.

Resolución del caso.

Procedimientos Administrativos.

Admisión e Ingreso.

Permanencia y estancia.

Alta y egreso.

Procedimientos docente-asistenciales.

Diagnósticos.

Terapéuticos.

Prognosis: rehabilitación, protección y promoción.

Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.

Ordenamiento y clasificación.

Almacenamiento y conservación.

Mantenimiento en modo activo o pasivo (Minsa, normativa 004, 2013)

Tabla #1: El personal de Enfermería realizó el llenado completo de Expediente clínico, Historia clínica perinatal (HCP) y resto de formularios de las embarazadas de bajo riesgo.

	<b>Primer control</b>	<b>Segundo Control</b>	<b>Tercer Control</b>	<b>Cuarto Control</b>	<b>Total.</b>	
	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>frecue</b>	<b>%</b>
<b>Satisfactorio.</b>	3	3	4	2	12	80%
<b>Insatisfactorio.</b>	2	0	1	0	3	20%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total.</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se mostró que el 80%(12 pacientes) el personal de enfermería realizan satisfactoriamente la actividad en cada uno de los periodos del APN y un 20%(3 paciente) fue insatisfactorio.

El llenado de estos documentos es importante, ya que son de carácter legal, ayudan a identificar factores que alteran el proceso de atención de enfermería y recogen datos de consenso estándares y universal que resumen la información mínima indispensable para la adecuada atención de la embarazada. Esto se relaciona con la normativa 011 MINSA (2015).

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. Por lo tanto el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio no cumple con lo establecido en la normativa, dado que al momento del llenado y la toma de datos hay espacio que quedan sin ser llenados u incompletos y a la misma vez con una caligrafía no legible. Cabe mencionar que la realización del llenado de la HCP

debe de ser de manera clara y precisa para que el resto del equipo de salud que preste atención a la usuaria y pueda interpretar adecuadamente lo escrito.

## **Factores sociales.**

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

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

**Violencia física:** Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o internas, visibles o no, que incluye lesiones a la autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física.

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

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

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

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

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

#### **Apoyo de familiar.**

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

#### **Apoyo de pareja.**

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

#### **Apoyo psicoemocional.**

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

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

Tabla: #2 El personal de Enfermería Indagó sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) Y evalúa la situación psicoemocional de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	3	2	3	1	9	60%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	2	1	2	1	6	40%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: guía de observación

El personal enfermero, indago sobre factores sociales en cada una de las atenciones prenatales, un 60% (9 pacientes) fue satisfactoriamente y un 40%(6 pacientes) no se observó la intervención de enfermería..

Los factores sociales descrito en la teoría son de gran importancia, influyen en el desarrollo personal de las gestantes y por lo que refiere deben presentarse en la calidad vida, estos no solo intervienen en las situaciones actuales, sino que también si la paciente ha venido presentando signos de sufrir algún tipo de violencia estos afectara de manera negativa en la salud psicoemocional en las embarazada y a su vez por pertenecer a un grupo vulnerable de la población, el

cual se debe prestar mayor atención a la realización de esta actividad. Por lo tanto el personal de enfermería no cumplió con esta actividad en su totalidad.

### **Censo gerencial.**

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

### **Objetivos del censo gerencial.**

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

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

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

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

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

### **Generalidades del llenado**

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

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



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

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

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

### **Políticas de Operación**

El Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales deberá ser aplicado en todos los establecimientos de salud públicos y privados, que atienden mujeres en el embarazo, parto, puerperio y postnatal. La gerencia de esta herramienta, será responsabilidad del director/a de los establecimientos de salud públicos y privados. Normativa 101 MINSA 2012.

### **El Censo Gerencial cuenta con cinco instrumentos que son:**

1. Boleta del Censo Gerencial.
2. Control semanal para las embarazadas próximas a parir
3. Reporte mensual de las inasistentes embarazadas, puérperas y postnatales.
4. Guía para el monitoreo y evaluación.
5. Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB).

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

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio.</b>	3	3	4	2	12	80.0%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	2	0	1	0	3	20%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total.</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se constató que el personal de enfermería, realizó la actividad en los cuatro periodos satisfactoriamente con un 80%(12 gestantes) y un 20(3 gestantes) no se observó la intervención.

La escritura o actualización de esta herramienta que ha desarrollado el MINSA, es para mejorar la calidad de atención, a su vez dando cobertura a los servicios de salud, para fortalecer la atención a las embarazadas, darles seguimiento a las gestantes inasistentes para evitar algún inconveniente que se pueda presentar en el lapso de su gestación y así mismo manejar el universo de mujeres en embarazo, puérperas y postnatales que el sector de salud está cubriendo Por ende el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio no cumple en su totalidad con lo establece la normativa lo que realmente amerita un poco más de cautela realizar la actividad de manera completa.

#### **Antecedente.**

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

## Familiares

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

## Personales

Se refiere antecedentes de diferentes patologías, modo de vida y características del mismo paciente que pueden tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad así como antecedentes quirúrgico, antecedentes sistemáticos por aparato laborales y antecedentes de medio. Normativa 106 Minsa (2013).

Tabla: #4 El personal de enfermería Indagó sobre antecedente familiares personales y obstétricos a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
Satisfactorio	5	0	0	0	5	33.3%
Insatisfactorio.	0	0	0	0	0	0%
No observado.	0	0	0	0	0	0%
N. Aplica	0	3	5	2	10	66.7%
Total	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se constató que el personal de enfermería, talidad al 100%(5 pacientes). Esta actividad no se aplica en el segundo, en el tercero ni en el cuarto control puesto que la normativa del MINSA 011 (2015) no lo establece.

Conocer sobre los antecedentes personales y familiares en una paciente gestante, tiene el beneficio de intercambiar conocimientos, la enfermera puede aconsejar a la embarazada para que evite desviar el curso de su embarazo por malos caminos, no fumar, no beber, comer saludable, estos son problemas para la mama

y él bebé. Todos los datos que la gestante responda son de importancia y quedaran plasmados en el expediente clínico de manera sigilosa. Cabe mencionar que aunque la paciente haiga referido que algún familiar padece alguna patología no quiere decir que ella esté propensa a futuros daños, mientras ellas no presente ningún problema en el lapso de su embarazo esta estará en óptimas para tener un parto satisfecho, por lo tanto el personal de enfermería demostró tener habilidad para la realización de esta actividad.

**Talla.** Es la serie de maniobra para cuantificar la distancia entre las plantas de los pies y el cráneo.

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

Se debe realizar la medición de la talla a la embarazada con la técnica correcta se realiza en la primera consulta, generalmente las pesas tienen dispositivos que nos permiten medir a las pacientes: La paciente se pondrá de espaldas a la pesa, la base del tallímetro descansará sobre la cabeza sin angulaciones, se evitará el error de lectura y se anotará el resultado en el carné obstétrico y tarjeta. Control de la talla o condiciones físicas de riesgos: talla  $-1.50$  cm. – baja talla.

Tabla: #5 El personal de enfermería realizaron medición de la talla a embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio.</b>	5	0	0	0	5	33.3%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	3	5	2	10	66.7
<b>Total</b>	5	3	5	3	15	100%

Fuente: Guía de observación.

El personal de enfermería realizaron satisfactoriamente la actividad al 33.3% (5 pacientes) puesto que en los siguientes controles no aplica por que no lo establece la normativa.

Según la teoría es importante medir a la embarazada con técnicas correctas ya que una mala medición de talla podría alterar un dato importante y darnos interpretaciones no reales, esta se realiza en la primera consulta. 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 de dicho personal.

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

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

durante el embarazo (minsa, ministerio dela salud dela nacion nutricion y embarazo, 2015).

### **Técnica para medir el peso.**

Se orienta a la paciente que concurra a las consulta con vestuario similar, de manera que no produzca grandes variaciones en el peso, la enfermera cuidará que la paciente suba a la pesa sin zapatos, protegerá la base con papel o paño , ayudará a la paciente a subir y bajarse de la pesa, tendrá la balanza en fiel o equilibrio, evitará errores en la lectura y anotará los resultados en el tarjeta o carné obstétrico.

Tabla: #6 El personal enfermero realizo medición de peso a las embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal.

	<b>Primer control</b>	<b>Segundo Control</b>	<b>Tercer Control</b>	<b>Cuarto Control</b>	<b>Total.</b>	
	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>frecue</b>	<b>%</b>
<b>Satisfactorio</b>	5	3	5	2	5	100%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se observó que el personal de enfermería realizo la actividad al 100% (15 pacientes) fue Satisfactorio ya que el personal de enfermería realiza la técnica correcta.

Con respecto la medición de peso a la embarazada, es una de las actividades muy importante realizarlo y a su vez relacionar el índice de masa corporal con el crecimiento del peso materno ya que sus valores son directamente proporcionales, puesto que una mala técnica puede indicar un dato no real, y realizar una mala evolución del estado nutricional y la ganancia de peso de esta.

## **Examen odontológico.**

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

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

### **Objetivos**

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

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

## **Examen de mamas.**

Con este examen se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. (, Molinares Karla y Ordeñana Claudia, 2013.)

Se debe prestar cuidadosa atención a las mamas en el examen periódico de la embarazada. La palpación debe completarse con la evaluación de la región axilar. Los cambios en la consistencia o la aparición de nódulos alertaran al personal de salud tratante a buscar soluciones (Schwarcz, 1995).

## **Técnicas para realizar el auto examen de mama.**

1-lavarse las manos

2- identifique al paciente y oriente el procedimiento

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

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

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

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

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

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

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

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

.11- realice el mismo procedimiento con la otra mama.

12- haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico.



Tabla: # 7 Realización de examen odontológico y de mamas a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Insatisfactorio.</b>	4	0	0	0	4	26.8%
<b>Satisfactorio.</b>	1	0	0	0	1	6.7%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	3	5	2	10	66.5
<b>Total.</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de Observación.

Con relación a la realización del examen odontológico y de mamas el 66.5% (10 pacientes) no aplica, el 26.8% (4 pacientes) fue insatisfactorio y 6.7%(1paciente) fue satisfactorio.

Cabe destacar la importancia detectar en las embarazadas la presencia de alteraciones en las mamas, como son pezones invertidos o planos, para brindar atención oportuna, al igual que las alteraciones odontológicas, ya que esta afecta directamente al producto, como el nacimiento pre-termino, bajo peso al nacer, entre otros. Al mismo tiempo es importante desde la primera atención prenatal referir a la embarazada a los servicios de Salud bucal, con el fin de hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas. Por lo tanto el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio no cumple en su mayoría con lo establecido en la normativa ya que es un mandato de ley vigente y debería de realizar acciones para que se realice a como lo establece la normativa.

#### **Calculo de edad gestacional.**

Es el periodo de tiempo comprendido entre la concepción y el nacimiento durante este tiempo él bebe crece y se desarrolla dentro del útero de la madre, la edad

gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir que tal ha avanzado este.

### Objetivos de cálculo.

De la edad gestacional y técnicas de cómo calcular la edad gestacional se calcula desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o evento gestacional en estudio la edad gestacional se expresa en semanas y días completas se basa en fecha de ultima regla y debe ser confirmada más tarde por ecografía antes de las 26 semanas.

TABLA: #8 El personal de enfermería realizó cálculo de la edad gestacional a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	5	3	5	2	15	100%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de Observación.

Se observó que el personal de enfermería realizo la actividad satisfactoriamente en su totalidad en los cuatro controles con un 100%(15 pacientes).

Al realizar este cálculo de la edad gestacional es de suma importancia ya que por medio de ella el personal de enfermería constata el tiempo de embarazo que lleva la paciente y así calcula su fecha probable de parto y así mismo poder realizar las actividades correspondiente a cada periodo del embarazo.

Este dato será calculado a partir de la F.U.M. (fecha de la última menstruación), por ecografía, o bien a partir de la altura uterina; Por lo tanto el personal de

Enfermería de la unidad de salud en estudio cumple su totalidad con lo establecido en la normativa lo que demuestra la capacidad y competencia de dicho personal.

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

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

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

Su objetivo principal es dar a conocer el estado nutricional en un marco que establece como normal cuando la cifra resultante se encuentra entre 19 y 24.9.

Tomando lo anteriormente mencionado, cuando la cifra resultante del cálculo es inferior indica desnutrición y si por el contrario es superior está marcando un determinado grado de obesidad.

### **Formula para calcular el Índice de masa corporal.**

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

Tabla #9: Evaluación del estado nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal enfermero.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	3	0	0	2	3	20%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	2	0	0	0	2	13.3%
<b>No aplica.</b>	0	3	5	2	10	66.67%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se observó la evaluación del estado nutricional en la paciente en el primer control y cuarto control un 20%(3 pacientes) fueron satisfactorio y 13.3%(2 pacientes) no se observó cabe mencionar que en los siguientes controles no aplica puesto que no lo establece la normativa.

La evaluación del estado nutricional es uno de los requerimiento importantes para darnos cuenta el balance del peso materno inicial y así ir integrando el aumento de este conforme el curso del embarazo y así poder prever si el aumento del bebe en gestación va en buen aumento por lo tanto el personal de enfermería tendría que ser más eficiente al momento de la realización de esta actividad.

### **Incremento de peso.**

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

El crecimiento y desarrollo satisfactorio del nuevo ser en el útero materno dependen, en buena medida, de una contribución uniforme de nutrientes de la

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

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

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

La ganancia escasa de peso se asocia con un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacer.

La ganancia elevada se asocia con alto peso al nacer, y secundariamente con un mayor peligro de complicaciones relacionadas con la desproporción céfalo-pélvica; además que se constituye en un signo de riesgo para Preeclampsia.

Tabla #10: El personal de Enfermería realizó la evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno a pacientes atendidas.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	2	4	2	8	53.3%
<b>Insatisfactorio</b>	0	1	1	0	2	13.3%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	5	0	0	0	5	33.3
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se constató que la evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno el 53.3% (8 pacientes) lo realizaron satisfactoriamente, 13.3% (2 paciente) insatisfactorio y 33.3% (5) no aplica puesto que esta acción no se hace en el primer control prenatal y esto se sustenta con la normativa.

esta actividad es de mucha relevancia para identificar algún factor desfavorable, asociados ya sea a desnutrición u obesidad puesto que al dar un buen asesoramiento sobre nutrición estamos haciendo mejorar las practicas alimenticias durante el embarazo con el fin de instruir a las mujeres cuales son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima ya que un aumento insuficiente del peso de la madre aumentan algún factor desfavorable, ya sean de parto prematuro, bajo peso al nacer , anemias y defecto congénitos Por lo tanto el personal de enfermería de dicho centro cumple en gran parte esta actividad.

### **Esquema de la DT.**

El inmunobiológico DT es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehido y

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

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

- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ 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. Normativa 121(2013).

Tabla #11: El recurso Enfermería aplicó el esquema vigente de DT, a pacientes gestantes.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	5	2	0	0	8	53.28%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	1	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	0	0	5	2	7	46.62%
<b>Total</b>	5	3	5	2	10	100%

Fuente: Guía de observación.

Se observó en el primer y segundo control prenatal la aplicación del esquema DT un total de 53.28% (8 pacientes) fue satisfactoriamente, un 6.66% (1 paciente) no se observó y 46.62% (7 pacientes) no aplica, porque no lo establece la normativa.

El por lo cual cabe mencionar que es de mucho interés ya que el tétano es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria que infecta las heridas y produce una toxina (tetánica) que es mortal, esta vacuna estimula la producción de anticuerpos en la sangre materna y protege al bebé de tétano neonatal así mismo estamos garantizando que protección al bebé y a la madre por ende un embarazo satisfecho, Por lo tanto el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio cumple en su gran mayoría con lo establecido en la normativa.

### **Los 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. (Normativa 011(2015).)

Tabla #12: Realización de toma de Signos Vitales a pacientes que recibieron atención por el personal de enfermería.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	3	1	3	0	7	48%
<b>Insatisfactorio</b>	2	2	2	2	8	52%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente guía de observación

En todas las atenciones del control prenatal el personal de enfermería realiza la toma de signos vitales un 52%(8 gestantes) insatisfactorio y un 48%(7 gestantes) satisfactorio.

los signos vitales constituyen una herramienta valiosa como indicadores del estado funcional de la paciente, si uno de los signos vitales que se encuentran alterados, es un determinante para que una mujer embarazada este presentando un problema de salud, el cual debe ser identificado y tratado oportunamente si de este modo el personal de enfermería está en la obligación a la realización de esta actividad de manera completa y con sus técnicas correctas el cual no lo están realizando según lo establece la normativa.

### **Examen de laboratorio.**

Un procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud, se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas.(schwarcz Ricardo,1995.)

**Técnica Examen de Papanicolaou.**La realización de esta técnica es muy sencilla. Es preciso introducir un espéculo en la vagina para poder separar las paredes vaginales y visualizar el cuello uterino, de este modo podremos realizar

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

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

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre 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). (Normativa 118(2013)).

### **Prueba de Hemoglobina (Hb)**

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

recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm<sup>3</sup>, en cualquier trimestre del embarazo. (Normativa Minsa 106(2013))

### **Examen de glicemia**

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

### **Forma en que se realiza el examen**

Se necesita una muestra de sangre.

### **Preparación para el examen**

El examen se puede hacer de las siguientes maneras:

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

En cualquier momento del día (aleatorio)

Dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa

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

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

### **Glucemia en ayunas**

Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia

oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

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

### **Examen de orina.**

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

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

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

- ✓ Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) Y de diabetes (glucosuria).
- ✓ Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.
- ✓ Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria normativa 011 (2015)

## **Técnica**

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

(Normativa Minsa106 (2013))

## **Tratamiento para IVU**

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

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

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

## **VDRL**

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

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

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

## **Tratamiento de la sífilis**

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido<sup>1</sup>. Grado de recomendación B.

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

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

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

### **Envío de Prueba de VIH**

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

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

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

En la consejería hay que hacer énfasis en la transmisión mediante la lactancia materna, que constituye un líquido de transmisión viral, se recomienda que la leche materna sea reemplazada por sucedáneos ; en el caso que esta medida no

sea posible por ser único alimento disponible se sugiere continuar alimentando al bebé con leche materna.

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

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

### **Grupo Rh.**

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

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



### **Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH**

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

### **Forma en que se realiza el examen**

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

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

### **Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH**

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

### **Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D)**

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

registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica.( Normativa 106 Minsa( 2013))

Tabla#13: Realización de envío de Exámenes de Laboratorio a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

		Primer control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio.</b>	4	2		2	12	80%
<b>Insatisfactorio.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	1	1	1	0	3	20%
<b>No aplica.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	5	100%

Fuente: guía de observación.

En los cuatro controles se observó que el personal de enfermería el 80%(12 pacientes) ase envió de exámenes de laboratorio satisfactoriamente y un 20% (3 pacientes) no se observó la realización de esta.

Es de mucho interés tanto para la gestante como para el mismo personal debido a que los exámenes de laboratorio son pruebas científicas y biológicas que se realizan con el fin de comprobar el equilibrio funcional de una persona Y si se realizan los exámenes en tiempo, forma y la misma vez correctamente y según los Resultados que muestren se podrá actuar oportunamente.

### **Altura uterina.**

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

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

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

Técnica de altura uterina Se mide en centímetro con una cinta métrica dematerial flexible e inextensible desde el pubis hasta el fondo uterino .el extremo de la cinta métrica se fija en el borde superior del pubis con los dedos de una mano y entre índice y mayor de la otra se desliza la cinta hasta que el borde cubital de esa misma mano alcanza el fondo uterina la altura uterina en función de la edad gestacional muestra el crecimiento lineal hasta la semana 37 con un discreto a planeamiento posterior (Schwarcz, 1995)

Tabla #14: Realización de la medición de la altura del fondo uterino a embarazadas que recibieron atención prenatal por enfermeras.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	3	5	2	10	66.7%
<b>insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado.</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica.</b>	5	0	0	0	5	33.3%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se observó que 66.7% (10 gestantes) es satisfactorio y un 33.3% (5 paciente) no aplica debido a que esta no se realiza en el primer control y por lo tanto no lo establece la normativa.

Esta acción es de suma importancia para darnos cuenta el desarrollo y crecimiento intrauterino del feto ya que la medición de la altura del fondo uterino es una de las actividades que se debe cumplir a partir de la segunda atención prenatal puesto 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 algún problema en el embarazo. Por lo tanto el personal de enfermería en estudio cumplió satisfactoriamente la actividad lo que demostró su capacidad y destreza.

### **Frecuencia cardiaca fetal.**

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

### **Auscultación**

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

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

## **Técnica Auscultación.**

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

Tabla #15: El personal de Enfermería realizó la Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	2	4	2	8	53.3%
<b>Insatisfactorio</b>	0	1	1	0	2	13.3%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	0	0	0	5	33.3%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Tal como se evidencia el 53.3%(8) de las gestantes fue satisfactorio y el 13.3%(2) de las gestantes fue insatisfactorio, y el 33.3% (5) no se aplica debido a que la norma no lo contempla

La teoría escrita en el marco teórico (SCHWARTZ , 1995) hace referencia de la importancia en la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

Por ende el personal de enfermería es el recurso capacitado y está en la obligación el cumplimiento y la ejecución de dicha actividad. Cabe destacar que es una de los cuidados primordiales en las atenciones a las gestantes en donde se le debe brindar una información del estado de su bebé, así mismo explicarle el procedimiento y lo molesto que puede ser, esto permitirá que la paciente coopere con lo antes mencionados, de modo que el personal de enfermería debe aplicar técnicas correctas para brindarle una mejor calidad en su atención a la gestante.

### **Movimientos fetales.**

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

### Objetivo de la técnica

Estimar la frecuencia de los movimientos fetales percibidos por la madre durante el tercer trimestre del embarazo normal.

Describir la técnica se registran la frecuencia cardiaca y los movimientos fetales durante 20 minutos sin movilizar al feto Si el NST es no reactivo insatisfactorio sinusoidal se moviliza al feto en forma manual durante 5 segundos y se registra nuevamente la actividad fetal durante 20 minutos eventualmente se pueden interrumpir la prueba si se observa 2 ascensos de la FCF con las características

Tabla #16: El personal de enfermería realizó la Verificación de movimientos fetales a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	3	5	2	10	66.7%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	0	0	0	5	33.3%
<b>Total</b>	5	3	5	2	10	100%

Fuente. Guía de observación.

Se observó que el personal en estudio realiza la verificación movimientos fetales en un 66.7% (10) satisfactoriamente a las gestantes y un 33.3%(5) no aplica en las embarazadas porque no lo establece la normativa.

Quedando en manifiesto lo antes reflejado en el marco teórico donde habla claro al referirse que verificación fetal fetal son un indicador del bienestar del bebé. Enfermería es recurso que tiene la responsabilidad de su ejecución, puesto que tiene mucha significancia el procedimiento que se va a realizar.

Así mismo informarle a la gestante el objetivo de dicha acción para que ella pueda brindar cooperación al momento, además podemos destacar que los datos objetivos según nuestra palpación los corroboramos con datos subjetivos con la mama , de esta manera anotar datos confiables en el carnet perinatal.

### **Presentación fetal.**

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

### **Situación fetal**

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

### **Maniobras**

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

### **Técnicas para la actividad**

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



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

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

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

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

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

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

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

Tabla #17: El personal de Enfermería hizo la realización de la Palpación de situación o presentación fetal a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	0	4	2	6	40%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	1	0	1	6.7%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	3	0	0	8	53.3%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se puede evidenciar que el personal de dicho en un 53%(8) no aplica en los primero dos controles puesto que no establece la normativa sin embargo un 40%(6) el personal lo realizo correctamente y el 6.7%(1) lo realizo insatisfactoriamente

De igual manera en el marco teórico menciona que la que esta actividad tiene importancia ya que es un momento crítico para decidir la extracción del bebé. Por lo tanto Enfermería debe informarle todo el procedimiento a la gestante explicando su relevancia, aplicando, técnicas correcta pues muchas veces puede se molestó para ella. Cabe mencionar que los datos obtenido debe de ir claro plasmado en el carnet perinatal para que el resto de profesionales dela salud sepa actuar de manera correcta y segura, esta actividad está basada en la (normativa 011Minsa(2015))

## **Clasificación del embarazo.**

### **De Bajo y de Alto Riesgo.**

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

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

### **Tipos de clasificación**

Atención de Bajo Riesgo

Atención de Alto Riesgo.

### **Atención Prenatal de Bajo Riesgo**

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

### **Atención Prenatal de Alto Riesgo**

Es la atención que se brinda a embarazadas en las que se identifique, durante las Atenciones prenatales, algún factor de riesgo (Ricardo L. schwarcz, 1995 -1997)

Tabla #18: El personal de enfermería Clasificó el embarazo de alto o bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	5	3	5	2	15	100%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se observó que el personal de enfermería realizó durante las cuatro atenciones prenatales la clasificación de alto riesgo en un 100% (15) satisfactoriamente.

Dado la teoría anterior de (Ricardo L. schwarcz, 1995 -1997) donde refiere hay dos momentos en la clasificación del embarazo alto y bajo riesgo, es por ende que Enfermería debe cumplir con esta actividad desde que la paciente gestante es captada, o de igual manera si ingresa por primera vez a la unidad de salud. por lo tanto el personal ante mencionado debe hacer uso delos subjetivo que es por la observación y lo objetivo por la información de su antecedente dela paciente, descartando que la paciente presente cambio durante todo el desarrollo del embarazo, adema esta actividad está sustentada en la (normativa de 011Minsa (2015))

### **Planificación familiar.**

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

### **Consejería de planificación familiar**

Es una ayuda que una persona capacitada brindada a otra en conversación frente a frente por medio de lo cual trasmite información real lo cual permite realizar información elección adecuada sobre el método anticonceptivo que cree conveniente y más adaptados a sus necesidades. La comunicación de la persona a persona respetuosa permite al usuario a tomar una decisión informada sobre la planificación familiar. Salud sexual y reproductiva (ginecología y obstetricia 1997 )

### **Lactancia Materna**

Alimentación natural del recién nacido que 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. (Normativa, Minsa 002 (2008))

### **Consejería Lactancia Materna**

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

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

Tabla #19: El personal de enfermería realizó Consejería sobre lactancia materna; planificación familiar y cuidados del recién nacido a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecu e	%
<b>Satisfactorio</b>	3	2	4	2	11	73%
<b>insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	2	1	1	0	4	27%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se mostró que el personal de enfermería de dicho centro el 73%(11) fue satisfactorio a las gestantes y un 27%(4) no se observó su realización.

Quedando en evidencia lo escrito en el marco teórico basado en la normas la definición de la consejería de la lactancia materna, planificación familiar ,el personal de enfermería está comprometida a la realización de esta esta acción , de manera que si se da una buena consejería se está educando ala gestantes, brindándole una información sobre lo que representa lo antes mencionado, donde se debe hacer énfasis los beneficio que trae este a alimento y como ayuda de manera positiva la salud de tanto de ella, como la su bebe, así mismo la planificación familiar. Los tipos de métodos a ofertar, los objetivos de los métodos, de la misma manera que la ayuda favorablemente en la salud de la mujer después de un parto,

### **Ácido fólico.**

Durante el embarazo esta vitamina es indispensable para acompañar la rápida división celular que se produce, como así también reducir el riesgo de anemia. Durante los primeros 28 días del embarazo esta vitamina es fundamental para reducir hasta en un 75% el riesgo de un embarazo afectado por malformaciones

del cierre del tubo neural. Es deseable que la mujer haya consumido suficiente Ácido fólico durante el período preconcepcional a través de una adecuada ingesta de alimentos y suplementos. En Argentina, la harina de trigo es enriquecida en forma obligatoria por la ley N° 25.630/02 con Hierro, Ácido fólico y otras vitaminas del grupo B, para contribuir a una adecuada ingesta de estos nutrientes.

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

## **Hierro**

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

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

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

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

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

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

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



Tabla #20: El personal de enfermería Prescribió Suplemento de sulfato ferroso y ácido fólico a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	5	3	5	2	15	100%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro de salud Lucrecia Lindo indica suplemento de sulfato ferroso y ácido fólico a las gestantes en sus cuatro controles prenatales al 100%(15) satisfactoriamente a las gestantes

Con respecto a esta actividad, enfermería está en la obligación del cumplimiento, cabe mencionar es una actividad más común en las unidades de salud, pero que tiene una gran significancia a favorecer la salud de la mujer y su bebe. Así mismo queda en manifiesto en las normativas 011Minsa (2015) 029(2009) por lo tanto el personal de enfermería debe explicar la relevancia y como favorece su salud a ella y a su bebe, sus efectos después de su auto administración, ya que muchas veces solo se prescribe sin darle ninguna explicación por eso mucha gestante deciden no auto administrárselo por falta de información.

### **La aspirina.**

Es un agente anti plaquetario, lo cual significa que impide que las células sanguíneas denominadas «plaquetas» se adhieran unas a otras y formen coágulos. Es por eso que algunos pacientes que se restablecen de un ataque cardíaco deben tomar aspirina: para evitar que se formen otros coágulos

sanguíneos en las arterias coronarias. La aspirina también reduce las sustancias del organismo que causan dolor e inflamación.

**Prescripción de Aspirina:**

- ✓ Embarazada con riesgo intermedio de Pre eclampsia: Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica.
  
- ✓ Embarazada alto riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. (Normativa o11 (2015).)

Tabla #21: El personal Prescribió aspirina y calcio para prevención de la pre-eclampsia a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	3	5	2	10	66.7%
<b>insatisfactoria</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>		0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	0	0	0	5	33.3%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se evidencio que el personal en estudio de dicho centro en un 66%(10)de las pacientes gestantes. Fue satisfactoriamente y en33%(5) no plica debido no lo establece la normativa

Relacionando con la teoría expuesta en el marco teórico según norma, donde hace referencia el uso de aspirina es un agente anti plaquetario indicadas a mujeres gestantes con riesgo de preclancia, partiendo de la semana 12 ala 16 por tal razón el recurso de salud haga una pauta a la hora de prescribir dicho fármaco haciéndole saber alas gestante en que beneficia y los futuros daño al no ser administrado, así mismos los efectos después de su auto administración, ,también como el horario en que debe ser usados. Esto permite mejorar la calidad de atención que se le brinda a las embarazadas y es una de las actividades que se manifiesta en la normativa 011Minsa (2015)

### **Albendazol.**

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

### **Indicaciones**

Esta indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lumbricoides, trichuris ,Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)<sup>ii</sup> en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida<sup>iii</sup>. 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. Normas y protocolos 011 (2015).

### **Dosis**

400mg a las 17 semanas de gestación y alas6 semana la segunda semana

Tabla #22: El personal de Enfermería Prescribió la albendazol a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	3	5	2	8	53.3%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	0	0	0	7	46.7%
<b>Total</b>	5	3	5	2	7	100%

Fuente: Guía de observación.

Se notó que en 53%(8) el personal lo hace satisfactoria mente y en un 46%(7) no aplica puesto que no refiere la normativa.

Con respecto al albendazol, a como se mencionó en los análisis anterior, son medicamentos más usados en la unidades de salud; pero es una de las actividades que van dentro de las normativas en donde el personal tiene el compromiso de su realización. puesto que es de relevancia para disminuir futuros daño al bebe, esta teoría la describe el marco teórico según 011Minsa(2015) ,por lo tanto enfermería ,debe hacer un énfasis a la hora de prescribirlo no puede pasar por alto lo antes mencionado, de esta misma forma brindarle la información completa sobre el beneficio de este fármaco, con la información brindada el personal de salud está aportando a una atención de calidad

### **Consejería.**

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

Orientaciones básicas de cada APN.

**Proveedor/a, recuerde hablar sobre:**

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

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

Tabla #23: El personal realizó Consejería de signos y síntomas de peligro de la Preeclampsia y Eclampsia durante el embarazo parto y puerperio a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	5	3	5	2	15	100%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: guías de observación

Se reveló que el personal de enfermería de este centro en estudio realiza la actividad correctamente en su totalidad

De igual forma lo expuesto en el marco teórico, hace un hincapié sobre la consejería de signos y síntomas. En donde el portador de la información es el personal de enfermería quien deberá cumplir con la actividad, dado que esta acción es de mucha relevancia en la atención de la mujer gestante. Por el cual está en la obligación que en cada visita prenatal, le explique con vocabulario

entendible signo y síntoma relacionado con la Preeclampsia, puesto que los termino científico, no entenderá con claridad lo informado, de modo que si brindamos una buena consejería con claridad, la gestante sabrá identificar algunas anormalidades donde el personal sabrá actuar oportunamente.

### **Plan de parto.**

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

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

## **Objetivos, Propósito y Resultados Esperados de la Intervención de Plan de Parto para la Maternidad Segura**

### **Objetivo General**

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

### **Objetivos específicos:**

1. Estandarizar en el personal de salud los procesos que implica la implementación, monitoreo y evaluación de la intervención de Plan de Parto para la Maternidad Segura.

2. Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva.
3. Facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de embarazo, parto y puerperio, con la participación de la pareja, la familia y la comunidad.
4. Favorecer la corresponsabilidad de los actores sociales claves para la operativización exitosa de la intervención.

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

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

1. La **Planificación Familiar** pretende asegurar que las mujeres y las parejas dispongan de información y servicios para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos.
2. Con la **Atención Prenatal** se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible.
3. Con la realización de un **Parto Limpio** se pretende garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las actitudes y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura y pueda proveer los cuidados de postparto inmediato para la madre y el bebé.
4. Los **Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales** deben estar disponibles en los establecimientos de salud donde se atienden partos, para garantizar los

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

### **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**

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

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

#### **Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud**

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

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



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

### **Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad**

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

Tabla #24: Negociar plan de parto a pacientes embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	<b>Primer control</b>	<b>Segundo Control</b>	<b>Tercer Control</b>	<b>Cuarto Control</b>	<b>Total.</b>	
	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>Frecue</b>	<b>frecue</b>	<b>%</b>
<b>Satisfactorio</b>	2	0	1	0	3	20%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>insatisfactorio</b>	3	3	4	2	12	80%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: guía de observación

Se observó que en su mayoría el personal no se observó su realización en 80% (12) sin embargo un 20% lo realizó satisfactoriamente.

La realización de esta labor es de mucha relevancia ya que es un instrumento para que las mujeres puedan expresar por escrito sus preferencias, necesidades y expectativas en relación con la atención que desean recibir también se menciona

que esto facilita el trabajo del profesional de salud. En donde el personal de salud esta para escuchar lo antes mencionado, puesto que mucha veces no hay comunicación entre el servidor de la salud y la gestante de tal forma que si realizamos correctamente la acción estamos aportando a una mejor calidad de salud a la gestante garantizando un buen parto humanizado.

### **Captación, negociación y referencia.**

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

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

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

**Referencia:** para darle continuidad al proceso de negociación:

- a. Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los agentes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia y contra referencia del SICO y el personal de salud debe enviar la contra referencia para informar a los sobre los avances del mismo. El voluntario debe de anotar en el registro diario de actividades del SICO, las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla “especifique”.
  
- b. Si la captación y negociación se inició en el establecimiento de salud durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada a visitar el establecimiento de salud; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o voluntario a cargo del plan de parto en la comunidad. (Normativa Minsa 104(212))

Tabla #25: El personal de enfermería hizo Referencia a otro nivel de atención o casa materna a paciente embarazada de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>insatisfactoria</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	3	5	2	15	100%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: guía de observación

Se notó que el personal de enfermería 100%(15) de las gestante No aplico puesto que fueron embarazo de bajo riesgo.

El personal de enfermería está en la responsabilidad de cumplir con lo que establece la norma, donde plantea la realización de la referencia, si ocurriera alguna dificultad, es ahí donde enfermería esta para de velar por el bienestar de las embarazadas y su bebe , ya que muchas gestantes provienen de zona aledaña a la ciudad por lo cual se les imposibilita el acceso rápido ya sea por problema económico o por transporte por ende el personal de salud debe estar atento a ese tipo de necesidad y tener el medio de transporte para que las pacientes sean referidas a otro nivel de atención si lo ameritan así mismo informar a los familiares de manera confiable adonde será referida

### **ETS.**

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

### **Objetivo del manejo sintomático**

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

**Acciones** de salud dirigidas a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación. Es identificar síndromes en ETS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de

servicios de salud a través de pasos simples para realizar el diagnóstico y seleccionar el mejor tratamiento disponible. Como el diagnóstico no depende de exámenes internos o de la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ETS, no solamente aquellos especializados en ETS.

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

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

Tabla #26: Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindromito N-113 MINSA embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo o Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	4	2	4	2	12	80%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	1	1	1	0	3	20%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente guía de observación

Se pudo evidenciar que una mayoría del personal del centro de salud en estudio cumple con la actividad en un 80%(12) de las paciente fue satisfactorio y cabe agregar que una minoría con un 20% (3) de las paciente no se observó que lo realizara el personal de enfermería.

Según lo referido en el marco teórico anterior donde plante lo relacionado con las enfermedades de trasmisión sexual enfermería, está en la tarea de que sea realización, puesto que esto puede acarrear problema al bebé en un futuro de tal manera el personal ante mencionado debe de identifica a tiempo cualquier anomalía además no basarse en lo subjetivo de modo que una revisión ginecológica descartara anormalidad, así lo contempla la normativa 011(2015) así mismo aplicando el tratamiento según manejo sindromito además enfermería debe orientarle como evitar la afección.

### **Dexametazona.**

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

### **Propósitos**

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

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

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

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

momento del nacimiento aunque no con una elevación de la tasa de mortalidad neonatal.

Tabla #27: El personal de enfermería aplico esquema de dexametazona a partir de la 24 a las 34.6 sg a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Insatisfactorio</b>	0	3	5	0	8	53.3%
<b>No observado</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No aplica</b>	5	0	0	2	7	46.7%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuentes: guía de observación

Se revelo que el personal de enfermería de dicha institución cumple en un 53.3%(8) gestante fue insatisfactorio y un 46.7%(7)de las gestante corresponde al no aplica puesto k no lo contempla la norma

Se pone en manifiesto lo del marco teórico donde hace inferencia el uso de este corticoide en el embarazo donde habla que su utilidad va basada en la maduración pulmonar del bebe, partiendo de la 24 hasta 34.6 semanas de gestación, puesto que este se aplica cuando es un posible embarazo pretérmino y según normativas este fármaco no se le aplica a embarazo de bajo riesgo, por lo tanto enfermería realiza esta actividad inadecuadamente aplicando este insumo a toda embarazada con o sin factores de riesgo.

### **Disponibilidad de los insumos básicos.**

Insumo medico es cualquier medicamento vacuna, producto herbario o complementario, suplemento alimenticio o dispositivo medico reactivos de

laboratorios destinados a la prevención diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de la salud de los usuarios.( Normativa 063.)

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

Tabla #28: El personal evaluó la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal de las embarazadas de bajo riesgo

	Primer control	Segundo Control	Tercer Control	Cuarto Control	Total.	
	Frecue	Frecue	Frecue	Frecue	frecue	%
<b>Satisfactorio</b>	4	3	3	2	12	80%
<b>Insatisfactorio</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>No observado</b>	1	0	2	0	3	20%
<b>No aplica</b>	0	0	0	0	0	0%
<b>Total</b>	5	3	5	2	15	100%

Fuente: Guía de observación.

Se inspeccionó que el personal cumple con la mayoría de insumos en un 80%(12paciente) y un 20%(3paciente) no se observó .la intervención de enfermería

Ante esta situación la disponibilidad de los insumo tiene mucha relevancia para la atenciones en las gestante dado que los insumos, son materiales necesario que van a permitir que el personal acuda adecuadamente de manera rápida y segura



ante una emergencia y minimizar cualquier daño, esta actividad está basada en la normativa 011 MINSA (2015), por lo tanto hacemos un énfasis al Ministerio de salud (MINSA) que tiene el deber de proveerle a todos los centros de salud los insumos necesario para bríndale una mejor calidad de atención durante todo el embarazo.

## V. EVALUACION.

**Definición:** acto de valorar una realidad, formando parte de un proceso cuyos momentos previos son los de fijación de las características de la realidad a valorar, y de recogidas de información sobre la misma y cuyas etapas posteriores son la información y la toma de decisiones en función del juicio de valorar (Pérez Juste 1986).

### Tipo de evaluación.

1. **Continua:** se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería y permite a la enfermera la modificación y puntuales en una intervención.
2. **Intermitente:** realiza en un intervalo determinado. Ejemplo (una vez a la semana).
3. **Final:** Indica el estado del cliente en el momento dado de alta incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para quejarse con respecto en relación y seguimiento.

### Criterios.

1. La evaluación es sistemática y continua.
2. Se documentan las respuestas de los clientes a las intervenciones.
3. La eficacia de intervención se evalúa con relación a la evolución.
4. Los datos de la valoración continúa, se utiliza para revisar los diagnósticos, evolución y el plan de cuidados en función de las necesidades.
5. Se documentan las revisiones de diagnóstico, evoluciones y el plan de cuidado.
6. Los clientes, otra persona significativa y los profesionales sanitarios estarán implicado en el proceso de evaluación cuando este indicado.

## INTERVENCIONES.

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°:29: Evaluación de las 28 actividades realizadas durante la atención prenatal**

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
<b>Satisfactorio</b>	18	64.28%
<b>Insatisfactorio</b>	4	14.28%
<b>No Observado</b>	2	7.14%
<b>No aplica</b>	4	14.28%
<b>Total</b>	28	100%

**Fuente:** Guía de observación

El 64.28% de las actividades corresponde a la categoría satisfactoria, el 14.28% a la categoría insatisfactorio, el 7.14% a la categoría no observado y el 14.28% a la categoría No aplica.

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°:29, 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°:30: Evaluación de las 28 actividades realizadas por el personal de enfermería, en la atención prenatal**

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
<b>Satisfactorio</b>	19	64.28%
<b>Insatisfactorio</b>	9	35.7%
<b>Total</b>	28	100%

**Fuente:** Guía de observación

El 64.28% de las actividades resultan ser satisfactorias y el 35.7% insatisfactorias.

Se evidencia que existe una parte significativa entre el personal de enfermería del centro Lucrecia Lindo que realiza de forma satisfactoria y cumple a como se establece 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 prenatal.

El no cumplir con la normativa aportamos a factores predisponente que puedan afectar el desarrollo del embarazo, que en su mayoría no pueden ser pronosticadas ni prevenibles, 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.

## VI. CONCLUSION.

1. Se documentaron las intervenciones de enfermería durante las cuatro atenciones prenatales de bajo riesgo, que están manifestadas en la (Normativa 011 Minsa, 2015).(Normativa 091, Minsa, 2012), (Normativa 004, Minsa, 2013), (Normativa 026, Minsa, 2013), Normativa 106, Minsa, 2013), (Normativa 113, Minsa, 2014), (Normativa 101, Minsa, 2012), (Normativa 104, Minsa, 2012), (Normativa 030, Minsa, 2010), (Normativa 109, Minsa, 2013), (Normativa 002, Minsa, 2009).
2. Al comparar las intervenciones de enfermería dirigidas a las usuarias con los cuidados aplicados en cada una de las atenciones prenatales, bajo el que hacer del personal enfermería /a en el centro de salud en estudio se encontró que se cumple una mayoría con las actividades en forma completa y/o correcta cabe mencionar que existe una minoría de acciones en el cual el recurso está fallando.
3. Al evaluar cada una de las intervenciones de enfermería, en relación al cuidado que se le brinda a la usuaria de este centro, se encontró que el personal de enfermería no cumple todas las actividades satisfactoriamente, puesto que no ejecutan las normativas tal y como lo especifican, por lo que se lleva a la obtención de un resultado insatisfactorio.

## VII. BIBLIOGRAFIA.

Dr. Acuña Caña Alonso, Dra. Lucia Nader, Dra. Martha Lucia Palacios Vallegas, Dra. Patricia Vallegas Sánchez, Dra. Claudia Lilliana Campos Herrera (2004). "Enciclopedia del sexo y la educación sexual", Bogotá, D.C, Colombia 1era edición.

Dr. Adolfo Cassan Tachlitzky, Dr. Armando Serradel Cabra. "El embarazo" Asesor de padres programa de información familiar, Barcelona, España.

Dra. Ana María Pizarro (1996) "A tu salud" Managua, Nicaragua 1era edición. A María Pizarro (1996) "A tu salud" Managua, Nicaragua 1era edición.

Dra. Pizarro Ana María (1996) "A tu salud" Managua, Nicaragua 1era edición.

Guías de intervención basadas en evidencias que reduce mortalidad y morbilidad perinatal y neonatal. (nov. 2014), facilitado por el mejoramiento de la atención en salud de Usaid, Managua, Nicaragua.

Hellen Varney, Jan M, Kriebs y Carolyn L. Gegor. (2006) "partería profesional de Varney" México D.F cuarta edición.

Isidro Aguilar, Herminia Galbes (octubre 2002) "enciclopedia, salud y educación para la familia" España 3era edición.

Jose Mo Farre Martí, Facund Fara Eroles, Ma. Antonia Guell, "enciclopedia de la sexualidad, Barcelona España.

Sampieri. R. H. (2003,). Metodología de la Investigación. México.

Juana Macías Seda, Juan Gómez Salgado, (septiembre 2007), "fundamento de la enfermería obstétricos ginecológicos" Madrid, primera edición.

Juana Macías Seda, Juana Gómez Salgado (julio 2008) "Atención al parto y puerperio de riesgo", Madrid, primera edición.

Johana Formes Vives, Juana Gómez Salgado (junio2008) “factores mediadores en la salud mental.” Enfermería psicosocial primera, Madrid primera edición.

Juana Macías Seda, Juana Gómez Salgado (dic2007) “enfermería maternal y del recién nacido” Madrid 1era edición.

Mark H. Beers, M.D, Robert Berkou, M.D (1999) „El manual Merck “Madrid, España, décima edición.

Kenneth J. Leveno, F. Gary Cunningham James M. Alexander, Steven L. Bloom, Brian M, Casey Jodi S. Dash

Lic. Karla V. Molinares Salgado, Lic. Claudia Ma. Ordeñana (2013)”dosier enfermería de la mujer”.

Manual de enfermería Zamora, Bogotá D.C Colombia, edición MMX.

Mark H. Beers, M.D, Robert Berkou, M.D (1999) „El manual Merck “Madrid, España, décima edición.

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

(Minsa, nomatia 091 guia de procedimiento para diagnostico y seguimiento del VIH, 2012)Normativa 091. Guía de procedimiento para dx VIH.

(Minsa, 2013) Normativa 004 manejo del expediente clínico.

(Minsa, 2013) Normativa 026 lista básica de medicamento.

(Minsa, 2013)Normativa 106 manual del llenado de la historia perinatal.

(Minsa, 2014) Normativa 113 guía para atención de las infecciones de las ETS.

(Minsa,2012) Normativa 101 censo gerencial de embarazadas y puérperas posnatales.

(Minsa, 2012) Normativa 104 plan de parto para la maternidad segura.

Minsa (2015) “normas y protocolos de atención prenatal, parto y puerperio, recién nacido de bajo riesgo” (normativa 001) Managua 2 edición.

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

Ministerio de salud, Normativa-109 (abril 2013). “protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas” Managua.

Ministerio de salud, Normativa-077 (sep2011), “protocolos para el abordaje de las patologías más frecuentes de alto riesgo” Managua.

Monica Elizabeth Altamirano, Silvia Carolina Gamarra, Mirtha Soledad Gonzales, alumna del 7mo año de la carrera de medicina de la unan (diciembre 2015) “revista de posgrado vía catedra de medicina no. 152”

Nanda Internacional, Diagnósticos enfermeros definición y clasificación (2012-2014) editado por T. Hcather Herdman, Rhd, Rn.

“Normas y protocolos de planificación familiar” Normativa-002, (dic-2009) Managua.

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

Patricia W. Iyer, Rn, Msn, CNA, Bárbara J. Taptich, Rn, MA, Donna Bernochi-Losey, RN, MA, (1995) “proceso y diagnóstico de enfermería” México 3era edición...

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

Robert Berkow, M.D, Merck, “manual de la información médica para el hogar” Barcelona, España, 1era edición.

Stephen G. Somkuti, M.D, PH D. (2006), “ginecología y obstetricia, Board Review, México D.F 2da edición.



T. Heather Herdman, Phd, Rn, Chair, Crystal heath, Msn, Rn, Geralyn Meyer, phd, Rn, Leann Seroggins, Cs, Anpc (2007-2008) "Diagnostics enfermeros Nanda

.

Womenshealth.gov/español. Sitio web "pertenece a la oficina para la salud de la mujer (nov2009), Washington D.C. EE.UU

(2008)"Williams Manual obstétrica complicaciones en el embarazo". 2da edición.

Zamora, (2005) "Diccionario medico Zamora, Bogotá Colombia, 1era edición.

ANEXOS

**ANEXOS 1**  
**OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:**

<b>Variable</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Sub Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Escala de medición</b>
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

## ANEXOS 2

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA FACULTAD REGIONAL MULTIDICCIPLINARIA -MATAGALPA



**Guía de observación dirigida al personal de enfermería que labora en las unidades de salud y que realiza atención prenatal de bajo riesgo.**

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

**“S” Satisfactorio=** Realiza la actividad.

**“I” Insatisfactorio=** Realiza la actividad en forma incorrecta y/o incompleta.

**N/O: No Observado=** El/la participante no realizó la actividad durante la evaluación.

**N/A: No aplica=** El participante no realiza la actividad porque en esa unidad la realiza el médico o no corresponde al CPN

## 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. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	<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) .	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)
	> <b>Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:</b>				
	▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoína sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.				
	▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.	EGO anormal	EGO anormal	EGO anormal	EGO anormal

		con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis : LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)
	> 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 + Acido 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 antiépiléptico o metotrexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m2, Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u>	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/m2</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 ANTAGÓNICOS</b>	<b>X</b> <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	Prescribe <b>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> ; 1. Aplicar <b>Dexametazona</b> (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. <b>Nifedipina</b> : presentación de tabletas de 10 mg.			<b>X</b> 1. <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) 2. <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 no hay actividad suspenderla. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7</li> <li>○ <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>○ NO debe de inducirse a la paciente en trabajo de parto, se recomienda dejar en evolución espontanea.</li> <li>○ No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa).</li> <li>○ No indicar betas miméticos Intravenoso ni</li> </ul>		

			orales	de	
			mantenimiento.		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X
	<p><b><u>Manejo y almacenamiento de las cintas de uroanálisis:</u></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><u>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></u></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>				



### Anexos 3.

## HISTORIA CLINICA PERINATA

**HISTORIA CLINICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA**

**DATOS DE FILIACION**  
 NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TELEF.: \_\_\_\_\_  
 FECHA DE NACIMIENTO: día mes año  
 EDAD (años): < de 20 / > de 35

**ETNIA**  
 blanca  indígena  mestiza  negra  otra

**ALEA BETA**  
 no  si

**ESTUDIOS**  
 ninguno  primaria  secund.  univers.  años en el mayor nivel: \_\_\_\_\_  
 ESTADIO CIVIL: casada  unión estable  soltera  otro   
 vive sola  no  si

**Lugar del control prenatal:** \_\_\_\_\_  
**Lugar del parto/aborto:** \_\_\_\_\_  
**N° Identificación:** \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**  
**FAMILIARES:** TBC  diabetes  hipertensión  preeclampsia  eclampsia  otra cond. médica grave

**PERSONALES:** cirugía genito-urinary  infertilidad  cardiopat.  nefropatía  violencia  VIH+

**OBSTETRICOS:** gestas previas: \_\_\_\_\_ abortos: 3 espont. consecutivos  partos: \_\_\_\_\_ cesáreas: \_\_\_\_\_ nacidos vivos: \_\_\_\_\_ nacidos muertos: \_\_\_\_\_  
 ULTIMO PREVIO: n/c  <2500g  normal  ≥4000g  Antecedentes Múltiples

**FIN EMBARAZO ANTERIOR:** día mes año < 2 años  > 5 años   
 EMBARAZO PLANEADO no  si   
 FRACASO METODO ANTICONCEP. después 1° sem.  barrera  DIU  hormonal  emmer  natural

**GESTACION ACTUAL**  
 PESO ANTERIOR: \_\_\_\_\_ Kg IMC: \_\_\_\_\_ TALLA (cm): 1 \_\_\_\_\_  
 FUM: día mes año EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.  si  no

**CERVIX:** normal  anormal  no se hizo

**GRUPO:** Rh  no  si  inmuniz.  +  -  yglobulina anti D  no  si  n/c

**TOXOPLASMOSIS:** <20sem IgG  no  si  ≥20sem IgG  no  si  1° consulta IgM  no  si

**Hb <20 sem:** \_\_\_\_\_ g/l <11.0 g/dl  no  si

**Fe/FOLATOS indicados:** no  si

**Hb ≥20 sem:** \_\_\_\_\_ g/l <11.0 g/dl  no  si

**VIH - Diag - Tratamiento:** <20 sem solicitada  no  si  Prueba result.  +  -  n/c  TARV en emb.  no  si

**SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento:** no treponémica  si  n/c  Prueba treponémica  no  si  n/c  Tratamiento  no  si  n/c  Tto. de la pareja  no  si  n/c

**CHAGAS:** no  si  no se hizo

**PALUDISMO/MALARIA:** no  si  no se hizo

**BACTERIURIA:** sem. normal  anormal  no se hizo

**GLUCEMIA EN AYUNAS:** <24 sem  no  si  ≥24 sem  no  si  ≥ 92 mg/dl

**ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas:** no  si

**PREPARACION PARA EL PARTO:** no  si

**CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA:** no  si

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

**PARTO O ABORTO:** FECHA DE INGRESO: día mes año LUGAR DEL PARTO: Institucional  Domiciliar  Otros  HOSPITALIZ. en EMBARAZO: no  si  días \_\_\_\_\_ CORTICOIDES ANTENATALES: completo  incompl.  ninguna  semana inicio  n/c  INICIO espontáneo  inducido  cesar elect.  RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: día mes año <37 sem  no  si  ≥18 hs.  no  si  hora min temp. ≥38°C  no  si  EDAD GEST. al parto: semanas \_\_\_\_\_ días \_\_\_\_\_ PRESENTACION SITUACION: cefálica  pélvica  transversa  TAMANO FETAL ACORDE: no  si  ACOMPAÑANTE TDP P: pareja  familiar  otro  ninguno

**TRABAJO DE PARTO:** hora min posición de la madre PA pulso contr./10' dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips ENFERMEDADES: HTA previa  no  si  HTA inducida embarazo  no  si  preeclampsia  no  si  eclampsia  no  si  cardiopatía  no  si  nefropatía  no  si  diabetes  no  si  infec. ovular  no  si  infec. urinaria  no  si  amenaza parto preter.  no  si  R.C.I.U.  no  si  rotura prem. de membranas  no  si  anemia  no  si  otra cond. grave  no  si  HEMORRAGIA: 1° trim.  no  si  2° trim.  no  si  3° trim.  no  si  postparto  no  si  infec. puerperal  no  si  TDP Prueba Sifilis VIH  no  si  n/c

**NACIMIENTO:** VIVO  MUERTO  anteparto  parto  ignora momento  hora min día mes año MULTIPLE  no  si  orden \_\_\_\_\_ TERMINACION: espont.  cesárea  otra  forceps  vacuum  INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: \_\_\_\_\_ INDUC. \_\_\_\_\_ OPER. \_\_\_\_\_

**POSICION PARTO:** sentada  acostada  cuclillas  no  si  EPISIOTOMIA: no  si  DESGARROS: Grado (1 a 4) \_\_\_\_\_ OCITOCICOS: prealumbr.  no  si  postalumbr.  no  si  PLACENTA: completa  no  si  retenida  no  si  LIGADURA CORDON: precoz  no  si  MEDICACION RECIBIDA: analgesia  no  si  antibiot.  no  si  anest. local  no  si  anest. regional  no  si  anest. gen.  no  si  transfusión  no  si  otros  no  si  especificar \_\_\_\_\_

**RECIE NACIDO:** SEXO: f  m  PESO AL NACER: \_\_\_\_\_ g <2500g  no  si  ≥4000g  no  si  ESTIMADA  no  si  CUIDADOS AL RECIE NACIDO: vitamina K  no  si  Profilaxis ocular  no  si  Apego precoz  no  si  APGAR (min): 1° \_\_\_\_\_ 5° \_\_\_\_\_ REANIMACION: estimulac.  no  si  aspiración  no  si  máscara  no  si  oxígeno  no  si  masaje  no  si  tubo  no  si  FALLECE en LUGAR de PARTO: no  si  REFERIDO: aloc.  no  si  meconio  no  si  aloc.  no  si  tolog.  no  si  hrop.  no  si  Meconio 1° día  no  si

**DEFECTOS CONGENITOS:** menor  no  si  mayor  no  si  VIH en RN: Expuesto  no  si  Tto.  no  si  VDRL: +  no  si  -  no  si  TSH: +  no  si  -  no  si  Hbpatia  no  si  Billirub  no  si  Toxo IgM  no  si

**ENFERMEDADES:** ninguna  no  si  código \_\_\_\_\_

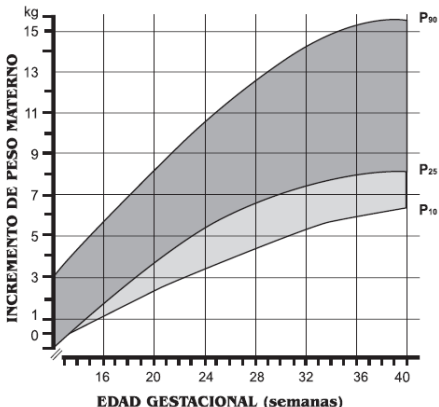
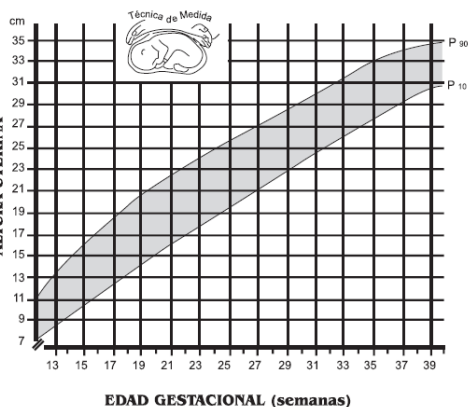
**EGRESO RN:** vivo  fallece  traslado  fallece durante o en lugar de traslado  no  si  EDAD AL EGRESO: días completos  no  si  <1 día  ALIMENTO AL ALTA: lact.  no  si  parcial  no  si  artificial  no  si  Boca arriba  no  si  BCG  no  si  PESO AL EGRESO: \_\_\_\_\_ g

**EGRESO MATERNO:** traslado  lugar \_\_\_\_\_ día mes año viva  fallece  fallece durante o en lugar de traslado  no  si  días completos desde el parto \_\_\_\_\_

**ANTICONCEPCION:** CONSEJERIA  no  si  METODO ELEGIDO: DIU post-evento  ligadura  DIU  natural  barrera  otro  hormonal  ninguno

**DESCRIPCIÓN DE CÓDIGOS EN EL REVERSO**

HC/PESAP (Nicaragua) 2011



CLAP/SMR (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

### LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal

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

#### PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

- 50 GESTACION MULTIPLE O30
- 51 HIPERTENSION PREVIA O10
- 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP O10,0
- 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP O10,4
- 52 PRECLAMPSIA O15, O14
- 04 Hipertensión transitoria del embarazo O16
- 05 Preeclampsia leve O13
- 06 Preeclampsia severa y moderada O14
- 53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada O11
- 54 ECLAMPSIA O15
- 55 CARDIOPATIA Z86,7
- 56 DIABETES O24
- 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa O24,0
- 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa O24,1
- 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo O24,4
- 60 Test de tolerancia a la glucosa anormal R73,0
- 61 INFECCION URINAR O23,0-O23,4
- 08 Esclerosis sistémica del embarazo R62,7
- 61 OTRAS INFECCIONES O98, B06, B50-B54, A60
- 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo O23,5
- 09 Sífilis complicando EPP O98,1
- 10 Gonorrea complicando EPP O98,2
- 11 Malaria B50-B54
- 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) A60
- 63 Hepatitis viral O68,4
- 64 TBC complicando EPP O98,0
- 80 Rubéola complicando EPP B06,0, B06,8
- 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP O98,8
- 77 Chagas O98,6
- 78 Toxoplasmosis O98,6
- 66 RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO P05
- 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) O60
- 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA O34,3
- 14 Parto obstructivo por malposición y anomalía de la presentación del feto O64, O65, O69
- 15 Parto obstructivo debido a anomalía pélvica materna O65
- 16 Otros partos obstructivos por causa fetal O66
- 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE O01
- 17 Mda hidatiforme O01
- 18 Aborto espontáneo y aborto retenido O02,1, O03
- 19 Embarazo ectópico O00
- 20 Aborto inducido y terapéutico O06, O04
- 21 Amenaza de aborto O20,0
- 70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE O44,1
- 22 Placenta previa con hemorragia O45
- 23 Desprendimiento prematuro de placenta O46,0
- 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación O46,0

- 25 Ruptura uterina antes o durante el parto O71,0, O71,1
- 26 Laceración obstétrica del cuello del útero O71,3
- 71 ANEMIA O99,0
- 27 Anemia por deficiencia de hierro O50
- 79 Anemia idiopática D57,0-D57,2 y D57,8
- 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS O41,1
- 28 Infección del saco amniótico y membranas O85, O86
- 73 INFECCION PUERPERAL O85
- 29 Sepsis puerperal O85
- 30 Infección mamaria asociada al nacimiento O91
- 74 HEMORRAGIA POSTPARTO O72,0, O72,2
- 31 Placenta retenida O72,1
- 32 Útero atónico O70,0, O70,1
- 33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado O70,2, O70,3
- 34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado (resto de O70-O79) O44,0
- 75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS O21
- 35 Placenta previa sin hemorragia O44,0
- 36 Hipertensión gravídica O26,8, O99,8 (condiciones en N00-N39)
- 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión O26,8, O99,8 (condiciones en N00-N39)
- 38 Dependencia de drogas F10-F19
- 39 Sufrimiento fetal O68
- 40 Polihidramnios O40
- 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) O41,0
- 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical O69
- 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio O74
- 44 Embolismo obstétrico O88
- 45 Falla de cierre de la herida de cesárea O90,0
- 46 Falla de cierre de la episiotomía O91,1
- 47 SIDA B20-B24
- 76 HIV positivo R75
- 48 Neoplasia maligna del cuello uterino C50
- 49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria C50

- HEMORRAGIAS
- 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido P53
- 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal P28
- 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) P51
- HIPERBILIRRUBINEMIAS
- 08 Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh P55,0
- 09 Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO P55,1
- 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino P59,0
- 58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59) P60-P61
- 11 Policitemia neonatal P61,1
- 12 Anemia congénita P61,3
- 79 Anemia faliforme D57,0-D57,2 y D57,8
- 13 Otras afecciones hematológicas (P35-P39, A09, G00, A54, 3)
- INFECCIONES
- 14 Diarrea G00
- 15 Meningitis P38
- 16 Onfalitis P39,1, A54,3
- 17 Conjuntivitis P39,4, L10
- 59 Infecciones de la piel del recién nacido P36
- 18 Septicemia (resto del P35-P39) P77
- 20 Enterocolitis necrotizante (ECN) (resto del P35-P39) P36
- 49 Tétanos neonatal A33
- 60 Sífilis congénita A50
- 61 Enfermedades congénitas virales P35
- 68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC) P35,5
- 69 Citomegalovirus (CMV) P35,1
- 70 Toxoplasmosis congénita P37,1
- 80 Chagas R75
- 19 Otras infecciones del periodo perinatal (resto de P60-P61) P61
- NEUROLÓGICA/EXCLUYE MALFORMACIONES
- 33 Hidrocefalia adquirida (resto de P60-P61) P91
- 34 Leucoencefalía periventricular y cerebral P91,1, P91,2
- 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico P10, P11, P14
- 36 Hemorragia intracraneana no traumática P52
- 37 Convulsiones P90
- 71 Encefalopatía hipóxico isquémica P21
- 38 Otras afecciones del estado cerebral P91
- METABOLICA/NUTRICIONAL
- 43 Síndrome de "tipo de diabético" P70,0, P70,1
- 45 Hipoglucemia P70,3, P70,4, E16,2
- 46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales P75-P78
- 66 OTRAS PATOLOGIAS RN
- 40 Rotinopatia de la prematuraz P35
- 41 Hernia inguinal H35
- 65 Síndrome de daño por frío P80,0 (excluye hipotermia leve P80,8) K40

#### PATOLOGIA NEONATAL

- 50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS P22,0
- 51 SINDROMES ASPIRATIVOS P24
- 52 APNEAS POR PREMATUREZ P28,3-P28,4
- 53 OTROS SDR Q25,0, P28,3, P23, P25, P22, P27
- 01 Ductus arterioso persistente Q25,0
- 02 Persistencia de la circulación fetal P23,3
- 03 Neumonía congénita P23
- 04 Neumonía y enfisema intersticial P25
- 05 Taquipnea transitoria P22,1
- 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal P27

#### INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION

- 01 Cesárea previa
- 02 Sufrimiento fetal agudo
- 03 Desproporción cefalo-pélvica
- 04 Alteración de la contractilidad
- 05 Parto prolongado
- 06 Fracaso de la inducción
- 07 Descenso detenido de la presentación
- 08 Embarazo múltiple
- 09 R.C.I.U.
- 10 Parto de pretérmino
- 11 Parto de posttérmino
- 12 Presentación podálica
- 13 Posición posterior
- 14 Posición transversa
- 15 Ruptura prematura de membranas
- 16 Infección ovular (sospechada o confirmada)
- 17 Placenta Previa
- 18 Abrupto placentae
- 19 Ruptura uterina
- 20 Preeclampsia y edemata
- 21 Herpes anogenital
- 22 Condilomatosis genital
- 23 Otras enfermedades maternas
- 24 Muerte fetal
- 25 Madre exhausta
- 26 Otras 76 VH

#### ANOMALIAS CONGENITAS

- 120 Anencefalia Q00,0
- 121 Espina bífida/Meningocele Q05, Q07,0
- 122 Hidranencefalia Q04,3
- 123 Hidrocefalia Q03
- 124 Microcefalia Q02
- 125 Hipogirocefalia Q04,2
- 127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central Q04, Q06
- 128 Tronco arterioso Q20,0
- 129 Trasposición grandes vasos Q20,3
- 130 Tetralogía de Fallot Q21,3
- 131 Ventrículo único Q20,4
- 132 Doble tracto de salida de vent. derecho Q20,1
- 133 Canal atrió-vent. completo Q21,2
- 134 Atresia pulmonar Q22,0
- 135 Atresia tricuspide Q22,4
- 136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo Q23,4
- 137 Coartación de aorta Q25,1
- 138 Rotom venoso pulmonar anómalo total Q26,2
- 139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias Q24,23,34
- 140 Paladar hendido Q35
- 141 Fístula traqueo-esofágica Q39,1
- 142 Atresia esofágica Q39,0, Q39,1
- 143 Atresia de colon o recto Q42,0, Q42,1, Q42,2, 42,9
- 144 Ano imperforado Q42,3
- 145 Onfalocolo Q79,2
- 146 Gastrosquisis Q79,3
- 147 Atresia duodenal Q41,0
- 148 Atresia yeyunal Q41,1
- 149 Atresia ileal Q41,2
- 150 Otras anomalías gastrointestinales Q40,43,45
- 151 Genitales malformados Q50-56
- 152 Agnesia Renal bilateral Q60,1
- 153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos Q61,1,61,9
- 154 Hidronefrosis congénita Q62,0
- 155 Extrofia de la vejiga Q64
- 156 Otras anomalías nefrouriarias Q63,64
- 157 Trisomía 13 Q91,4, Q91,5, Q91,6
- 158 Trisomía 18 Q91,0, Q91,1, Q91,2
- 159 Síndrome de Down Q90
- 160 Otras anomalías cromosómicas Q92,97-99
- 161 Polidactilia Q69
- 162 Sindactilia Q70
- 163 Displasia esquelética Q74,8
- 164 Pes equinovarus / talpalgus (Pie Bot) Q66,8
- 165 Hernia Diafragmática Q79,0
- 166 Hidrops fetal P56, P83,2
- 167 Oligoamnios severo P01,2
- 168 Otras anomalías musculoesqueléticas Q68,74,75,79
- 169 Anomalías tegumentarias Q82,84

#### MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

- 01 Lidocaína o similar
- 02 Aminas simpatomiméticas
- 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)
- 04 Barbitúricos
- 05 Relajantes musculares
- 06 Diazóxidos
- 07 Meperidina
- 08 Espasmolíticos
- 09 Oxitocina
- 10 Prostaglandinas
- 11 Beta-lactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)
- 12 Aminoglucosidos (gentamicina-amykacina)
- 13 Eritromicina
- 14 Metronidazol
- 15 Betamiméticos
- 16 Inhibidores de Prostaglandinas
- 17 Antagonistas del calcio
- 18 Sulfato de magnesio
- 19 Hidralazina
- 20 Beta-líquueantes
- 21 Otros antihipertensivos
- 22 Sangre y derivados
- 23 Heparina
- 24 Corticoides
- 25 Cardiotónicos
- 26 Diuréticos
- 27 Aminofilina
- 28 Insulina
- 29 Difenhidantoina
- 30 Otros
- 31 Antivirales
- 32 Sulfadiazina-Primetamina
- 33 Cloroquinas

HC-PESAVP (Iniciado en 2011)



	_____								
	_____								
	_____								

Una respuesta **Si** en cualquiera de las preguntas anteriores (es decir una cruz en cualquier casilla amarilla/sombreada) significa que la embarazada se debe de clasificar como **Atención Prenatal de Alto Riesgo**.

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	N	SI	N	SI	N	SI	N	SI
	O		O		O		O	

**Si la respuesta es NO, será atendida en atención de Bajo Riesgo.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ (Personal responsable de APN)

\_\_\_\_\_