

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDICCIPLINARIA MATAGALPA**



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

Tema: Intervenciones de Enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma.

Sub tema: Intervenciones de Enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma en el Sector #2 del Policlínico Trinidad Guevara Narvárez del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

Autores:

Velásquez Velásquez Rosa Amelia
López López Sheyla Yanira.

Tutora

MSc. Maricela Martínez Olivas

Matagalpa, Nicaragua 2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDICCIPLINARIA MATAGALPA**



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

Tema: Intervenciones de Enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma.

Sub tema: Intervenciones de Enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma en el Sector #2 del Policlínico Trinidad Guevara Narváez del departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

Autores:

Velásquez Velásquez Rosa Amelia

López López Sheyla Yanira

Tutora

MSc. Maricela Martínez Olivas

Matagalpa, Nicaragua 2017

Agradecimientos

Agradecemos a Dios por darnos vida, sabiduría, y sobretodo fortaleza para cumplir con esta meta.

A nuestros padres, por brindarnos comprensión, amor, apoyo, confianza para salir adelante y ser alguien en la vida.

A nuestras profesoras/es por dedicar su tiempo y ser parte de este trabajo, que marcará una historia más en nuestras vidas, especialmente a nuestra tutora Msc. Maricela Martínez.

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

Velásquez Velásquez Rosa Amelia
López López Sheyla Yanira.

Dedicatoria

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

A: Nuestros padres por ayudarnos y brindarnos su apoyo incondicional en cada momento que más lo necesitamos.

A: Nuestros hijos que nos dan luz y fortaleza y por ser la fuente de inspiración para realizar este trabajo con dedicación y por ser los seres más querido.

Además a aquellas personas que nos brindaron su apoyo en el transcurso de estos 5 años de estudio, por conseguir un futuro en nuestras vidas.

Velásquez Velásquez Rosa Amelia
López López Sheyla Yanira

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA-MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDICIDPLINARIA – MATAGALPA



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 puesto de salud Policlínico Trinidad Guevara Narváez sector número dos Municipio de Matagalpa Departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016

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

Autores:

Br: Velásquez Velásquez Rosa Amelia

Br: López López Sheyla Yanira

MSc. Maricela
Martínez olivas

Resumen

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

El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a prevención, diagnóstico y tratamiento muy importantes en la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como la preparación de la madre para el parto y cuidado del recién nacido.

El propósito de nuestra investigación fue relacionar las intervenciones de enfermería según la norma y la aplicación de esta durante la atención prenatal en el Puesto de salud Trinidad Guevara Narváez de Matagalpa durante el segundo semestre del año 2016.

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

Índice

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Valoración del docente.....	iii
Resumen.....	iv
I. Introducción.....	1
II. Justificación.....	4
III. Objetivos.....	5
IV. Desarrollo.....	6
V. Conclusiones.....	87
VI. Bibliografía.....	88
VII. Anexos.....	90
Anexo #1 Operasionalizacion de variable.	
Anexo #2 Actividades básicas.	
Anexo #3 hoja de HCPB.	
Anexo #4 carne de historia clínica perinatal	

I. Introducción

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

La atención del embarazo es un proceso socio-histórico, por lo que se requiere conocer y actuar sobre la realidad del presente. Es un hecho indiscutible el aporte en la disminución de los índices de morbi-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 enfatizo la importancia de la vigilancia prenatal, que consiste en una serie de visitas programadas donde se brindan cuidados óptimos, acerca de la

evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados para el recién nacido. Mencionaremos solo los ítems más importantes, los cuales deben ser llenados por preferencia en el modelo de historia clínica perinatal del centro latinoamericano de perinatología (CLAP).

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

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

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

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

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

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

Por ende el presente trabajo es mixto de corte transversal cuali-cuanatitativo y descriptivo al describir las intervenciones de enfermería aplicadas durante la atención prenatal a 14 Embarazadas de bajo riesgo, según las normativas que es un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible que contribuye a la actualización de los conocimientos del manejo de la atención prenatal en sector #2 del Policlínico Trinidad Guevara Narváez.

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 morbi-mortalidad materna.

III. Objetivos

Objetivo General

Relacionar las intervenciones de Enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de Enfermería durante la atención prenatal en todas las áreas de salud policlínico Trinidad Guevara Narváez

Objetivos Específicos

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

Comparar las intervenciones de Enfermería con el cuidado aplicado durante la atención prenatal en las pacientes en estudio.

Evaluar las intervenciones aplicadas por Enfermería en el cuidado a las pacientes en estudio.

IV. Desarrollo

El Puesto de salud donde se realizó el presente trabajo fue en el Policlínico Trinidad Guevara Narváez, donde fue el viejo hospital San Vicente presta atención médica a un 56% de la población urbana y un 44% de la población rural, cuenta con un área de emergencia, área de consultas generales, área de odontológico una clínica materno infantil, casa materna, área de fisioterapia, programas de control a la mujer niños y personas de la tercera edad, programa de tuberculosis, VIH-Sida, higiene y epidemiología, con un laboratorio y farmacia. Tiene un área de 7026 metros cuadrados. El personal lo integran médicos, enfermeras, personal en laboratorio, personal de limpieza, estadísticas y personal administrativo. Se encuentra ubicado contiguo al complejo judicial, Nuestro estudio lo realizamos en el sector #2 de dicho centro quien está compuesto por un médico general, un medico social y una enfermera. Los que brindan atención a 25 barrios, donde se trabajo con el barrio llamado Santos López donde tomamos una población de 14 embarazadas y nuestra muestra son las misma 14 gestantes.

Intervenciones de Enfermería

Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de modo predecible relacionado con el diagnostico de enfermería. (Bello Nilda L., 2006)

Tipos de intervenciones

Independiente

Son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuacionesmédicas señalan la manera enque se ha de llevar a cabo una actuación médica.

Interdependientes

Son todas aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapéuticos.

Dependiente

Son aquellas actividades de la enfermera dirigidas hacia las respuestas humanas que están legalmente autorizados a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. (Vadivia Marcia, Molinares Karla, 2012)

Enfermería

Es una disciplina que debería desarrollarse como una profesión diferenciada con un funcionamiento autónomo aunque históricamente evolucionado siendo un proceso significativo terapéutico e interpersonal. Funciona cooperando con otros procesos humanos que aseguran la salud de los individuos en las comunidades, cuando los equipos de profesionales de salud ofrecen servicios sanitarios los enfermeros participan en la organización de las condiciones que facilitan la marcha natural de las tendencias del organismo humano. La enfermería es un instrumento educativo una fuerza de maduración, que intenta favorecer el avance del profesional hacia una vida personal y comunitaria creativa. (Bello Nilda L., 2006)

Cuidados de enfermería

Ayudar a la persona para desarrollar y mantener acciones de autocuidado, que conserven la salud y la vida recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de estas ya que es práctica es una práctica cuando sus actuaciones se basan en teorías que han sido desarrolladas científicamente y se aplican sistemáticamente, para resolver su área de competencia, la enfermería requiere la adaptación de una teoría que de significado a la realidad donde se

ejecuten los cuidados y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones de enfermería. (Bello Nilda L., 2006)

Tipos de cuidados

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Cuidados de estimulación de confirmación

La estimulación aumenta la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado, la confirmación contribuye al desarrollo de la personalidad del paciente más allá de la enfermedad.

Cuidado de conservación y continuidad de la vida

Provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.

Cuidado de auto imagen

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

Cuidado de sosiego o de relajación

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

Cuidado de compensación

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

Embarazo

Es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación Normal de la paciente.(MINSA-No-011, 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 (pos-término)

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-No-109, 2008)

Expediente Clínico

Conjunto de hojas y documentos escritos, gráficos, imagino lógicos 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.

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.

Tendrán derecho a leer y escribir en el expediente las personas debidamente habilitadas por el Ministerio de Salud y permitidas por las autoridades de la institución proveedoras de servicios de salud pública y privada.

Es obligación de todas las personas que utilizan el expediente clínico conservarlo y preservarlo.

Las carpetas o cubiertas del expediente clínico en uso activo deben tener un “porta expediente”, que consiste en un sujetador metálico, en atención hospitalaria, donde se colocan el nombre completo del o la paciente, número de expediente y número de cama.

Todo personal de salud autorizado que haga anotación en el expediente clínico debe registrar fecha, hora, nombre completo, sello, firma, código de internado o del MINSA. Se exceptúan del código a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería que responden a sus planes docentes.

Las anotaciones en el expediente clínico se realizarán con claridad para garantizar el adecuado respaldo documental de lo actuado. A fin de garantizar la integralidad, calidad y seguimiento de los planes diagnósticos, terapéutico y educativos de los pacientes, incluyendo los procesos auditables.

En el ejercicio activo de las atenciones hospitalarias y ambulatorias, los errores en alguna nota consignada en el expediente se corregirán pasando una sola línea sobre el error, anotando la fecha de ocurrencia, las iniciales y código del personal de la salud. El dato correcto se anotará en la línea siguiente a continuación del error o en el lugar que corresponda, en particular cuando el error fue anotar en un formulario equivocado o en secuencia equivocada

Listado de procedimientos

Procedimientos Asistenciales

Abordaje clínico – sanitario, comprende las siguientes actividades y tareas:

Realizar Admisión a todas las y los pacientes que demanden o necesiten los servicios de emergencias, hospitalizaciones, consultas externas y toda la gama de servicios ambulatorios disponible en el primer nivel de atención. Estas actividades están bajo la responsabilidad del personal administrativo y asistencial a cargo de los registros y archivos (estadísticas) en cada establecimiento de salud.

Levantar historia clínica y notas de ingreso: (Formatos a utilizar según ciclo de vida orientado en el MOSAFAC.

a. Para realizar el llenado de la historia clínica se aplicará la metodología conocida como “Historia Clínica Orientada a Problemas” con expansión a los “Registros médicos orientados a problemas”. Se trata de una compilación ordenada, circunstanciada y detallada de todos los datos y conocimientos personales, familiares y semiológicos, anteriores y actuales, referidos por las y los pacientes; a través de los cuales se puede inferir diagnósticos con aproximaciones sucesivas de mayor precisión a la situación actual.

Siempre debe ser elaborada por un profesional de la salud, en el mejor de los casos por un médico; debe realizarse en las y los pacientes que acuden por

primera vez a un establecimiento proveedor de servicio de salud. Deberá actualizarse anualmente o cuando lo amerite el caso.

Contenido de la Historia Clínica:

Anamnesis: Llamado también interrogatorio. Debe ser completa y cumplir con todos los puntos descritos en los formatos, incluye:

Antecedentes personales y familiares patológicos.

Antecedentes personales no patológicos.

Antecedentes laborales.

Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual.

Revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados.

Otros datos relevantes que el profesional de la salud considere necesario.

Todos aquellos formatos que formen parte de la historia deben ser anexados en esta sección. En los casos de la atención del niño menor de 5 años y la mujer embarazada se incorporará los formatos establecidos en las normas de atención.

Examen físico: Se registrará los hallazgos normales y anormales de forma adecuada, completa y objetiva.

Impresión diagnóstica o diagnóstico al ingreso: Debe fundamentarse en base a los hallazgos del interrogatorio, examen físico, revisión por sistemas y resultados de exámenes complementarios existentes.

Egreso y Alta, comprenden las siguientes actividades y tareas:

Documentar el Egreso

El Egreso Hospitalario

Debe utilizarse el formato establecido por el Ministerio de Salud. Debe ser llenada por el médico que ingresa y/o egresa al paciente del establecimiento de salud.

Documentar el alta: elaborar la epicrisis.

Criterios de Alta: Consignados y fundamentados en la nota de evolución del alta, firmada por el médico de base, según lo establecido en las normas por enfermedades de cada hospital.

Epicrisis

Este documento pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso. Debe anexarse una copia al expediente. Contiene los datos de identificación del o la paciente, fecha de ingreso y egreso, diagnóstico al egreso, resultados de exámenes que fundamentaron el diagnóstico, tratamiento (incluye procedimientos quirúrgicos), padecimiento que se descartaron, complicaciones y recomendaciones, nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de Contrarreferencia.

Realizar orden de salida, traslados o contra referencia

Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud.

Procedimientos docente-asistenciales, en su mayor parte son de la competencia del personal médico.

Diagnósticos, comprenden las siguientes actividades y tareas:

Realizar el Análisis de los datos disponibles

1. La nota de recibo se realiza en la hoja de evolución y tratamiento, debe de llevar:
2. Nombre, apellidos y especialidad del médico que la realiza.

3. Número y nombre del problema que se evoluciona.
4. Resultados de laboratorio y de exámenes especiales enviados al ingreso.
5. Análisis o avalúo: consiste en la interpretación de los datos anteriores, anotándose en primer lugar los problemas específicos identificados, luego las posibilidades diagnósticas o diagnóstico diferencial y si es necesario pronóstico.
6. Planes para cada problema los que deben dividirse en planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.
7. Firma y sello del médico que la realiza.

Todo el proceder analítico posterior, debe redundar en mantener actualizados los planes diagnósticos, en el entendido que se deben considerar los estudios complementarios que sean relevantes y pertinentes, para obtener una mayor definición de los problemas y facilitar el tratamiento. Es entender cada problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.

Actualizar listado de problemas, aplicando la secuencia didáctica SOAP.

Identificación de nuevos problemas

Anotar los problemas que se presenten durante la hospitalización del o la paciente, particularmente con nuevas enfermedades, complicaciones y efectos iatrogénicos.

Terapéuticos, comprenden las siguientes actividades y tareas:

Actualizar los planes de tratamiento (SOAP)

Recordar que los planes terapéuticos son efectivamente planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda

social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.

Mantener actualizando el perfil fármaco terapéutico oportunamente elaborado, siguiendo las instrucciones y el formato establecido, en este formato se describe las prescripciones farmacológicas durante un periodo de 24 horas. Los datos deben ser registrados por el personal médico y de enfermería.

Instruir sobre la nutrición y dietas requeridas, Alimentación y nutrición: Anotar en las hojas de evolución Indicada, de acuerdo a la edad, estado nutricional, padecimiento y condición clínica del paciente. Todo eso en correspondencia con los planes terapéuticos y educativos previamente establecidos

Instruir sobre actividad física o reposo requeridos. En las notas de evolución como en las epicrisis se dejará constancia de estas instrucciones, sea con fines de rehabilitación mediante fisioterapia haciendo las referencias correspondientes, o en el otro extremo, las instrucciones de reposo absoluto o relativo requerido por el paciente, dado el cuadro clínico que lo justifique. Todo esto en correspondencia con los planes diagnósticos, terapéuticos y educativos previamente establecidos.

Prognosis: rehabilitación, protección y promoción, comprenden las siguientes actividades y tareas:

Informar sobre el manejo ambulatorio y control de riesgos

Se dejará constancia en las notas de evolución, epicrisis, Contrarreferencia y planes de tratamiento, sobre el manejo que requieren los pacientes para recibir atención. Ambulatoria a través de la consulta externa de los hospitales tratantes o en los centros de salud de procedencias.

Dispensarizar, si es dispensarizable

Se aplicarán las mismas instrucciones que en el acápite precedente; sobre todo en donde ya se hayan logrado niveles de desarrollo organizativo superiores en la prestación de servicios bien articulados y la Despenalización de las personas, bajo las orientaciones del MOSAFC. De hecho quedan pendientes las articulaciones orgánicas en el funcionamiento de los expedientes clínicos y las historias familiares, en particular a través de los procesos de Despenalización de las familias.

Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones

En su mayor parte estos procedimientos les competen y están bajo la responsabilidad de las oficinas de estadísticas y registro médicos, en todos los establecimientos en donde existe este recurso, en su defecto por el personal médico o de enfermería, según corresponda.

Ordenamiento y clasificación

Comprende las siguientes actividades y tareas

1. Verificar constitución y orden del expediente clínico con los formatos establecidos:
2. Foliar, firmar y sellar cada página del expediente clínico
3. Verificar y actualizar en el tarjetero índice o anaqueles según corresponda
4. Almacenamiento y conservación, comprende las siguientes actividades y tareas.
5. Verificar codificación y numeración correctas(numeración y códigos únicos, entre otros.)

Almacenar en depósitos, anaqueles o repositorios, según corresponda.

Una vez solicitado el expediente clínico y llevado al sitio donde será atendido el o la paciente, se debe de llevar un registro diario que señale la fecha y hora de salida, firma de quien recibe, destino del expediente, fecha y hora de regreso, firma de quien entregan. Esto también aplica cuando el expediente es extraído por otros motivos diferentes a la atención.

Una vez concluida la utilización del expediente clínico por el personal de salud, debe ser regresado en las primeras 24 horas al archivo para ser ordenados y colocados en los anaqueles correspondientes.

El expediente se debe colocar y mantener en su anaquel correspondiente de forma ordenada y sin que sobre salga una hoja.

Cada proveedor de servicios de salud en el MINSA asumirá la identificación única del expediente clínico, utilizando *la* codificación a 16 dígitos para la identificación manual o automatizada (de acuerdo al avance tecnológico alcanzado) de los expedientes clínicos. Dicha codificación estará conformada por datos del municipio donde nació el o la paciente (según códigos de municipios que utiliza el Consejo Supremo Electoral), las iniciales de los dos nombres y dos apellidos de la persona, sexo, fecha de nacimiento y un identificador de control para eliminar redundancias. (MINSA-No-004, 2013)

HCP

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

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

Objetivos

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

De forma Específica

1. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para el abordaje de la embarazada, puérpera y recién nacido/a.
2. Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
3. Evaluar la aplicación de las normas de atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio y atención del recién nacido/a a través de los Estándares de Calidad de salud materna y perinatal.

Políticas de Operación

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

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

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

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

1. Evaluar la calidad de la atención y el cumplimiento de las normas mediante los Estándares de Calidad.
2. Brindar seguimiento y evaluación clínica.
3. Servir de base para planificar la atención de la embarazada y el recién nacido/a.
4. Verificar y seguir la implantación de prácticas basada en evidencias.
5. Unificar la recolección de datos y obtener localmente estadísticas confiables.
6. Facilitar la comunicación entre los diferentes niveles de atención.
7. Registrar datos de interés legal.
8. Facilitar la auditoria médica.

9. Caracterizar a la mujer embarazada en la base de datos del SIP.
10. Categorizar problemas SIP.
11. Realizar investigaciones epidemiológicas operacionales SIP.

Listado de Procedimientos

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

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

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.
5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.
8. Egreso del Recién nacido/a.
9. Egreso Materno.
10. Anticoncepción (MINSA-No-106, 2013)

Tabla #1: El personal de Enfermería realiza llenado completo de Historia clínica perinatal (HCPB) y resto de formularios de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.71%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería realiza el llenado completo el expediente clínico en 12 gestante que equivale al 85.71% satisfactorio y en 2 embarazadas al 14.28%.

Los recursos de Enfermería tiene la capacidad de realizar el llenado completo del expediente clínico y HCPB, según normativa 011 en el inciso 1, refiere que es un documento legal que está custodiado en las ares de salud en la que se reflejan datos importantes de cada ítem, es obligación del personal llenar cada espacio del documento lo que significa la calidad de atención, la hoja de control prenatal es parte del expediente, la que permite integrar las acciones que el personal debe realizar, se utiliza como carnet de la embarazada y deba presentar donde se le solicite, en la tabla se tomo en cuenta el no aplica al realizarlo otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

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

La situación o condición socio económica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psicas 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.la familias se modifican y los enfrentan de acuerdo con diferentes estilos de funcionamiento familiar.

Apoyo de pareja

El apoyo mutuo o ayuda mutua es un término que describe la cooperación la reciprocidad y el trabajo en equipo y que conlleva o implica un beneficio mutuo para los individuos cooperantes. Es una expresión utilizada en la teoría de

organizaciones y en el plano económico y político es uno de los principales enunciados del anarquismo

Apoyo psico-emocional

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

El apoyo emocional es muy importante en distintos ámbitos de la vida .desde un punto de vista positivo, un ser humano establece relaciones personales a lo largo de la vida: relaciones con amigos; compañeros de trabajo, familia; pareja. MINSA–No–011, 2015.

Tabla #2: El personal de Enfermería Indaga sobre factores sociales (Violencia pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja, violencia de cualquier tipo), de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	14.28%	0	0%	2	14.28%	4	28.57%
Insatisfactorio	2	14.28%	0	0%	0	0%	2	14.28%	4	28.57%
No observado	0	0%	0	0%	3	21.42%	1	7.14%	4	28.57%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.7%	14	100%

Fuente: Guía de observación

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

El personal de Enfermería está capacitado para identificar los factores sociales en las embarazadas, según normativa 011 en el inciso 2 refiere que se debe indagar

en cada control para ver la calidad de vida y el ambiente que la rodea, familiarizarse con la paciente para que ella sin ningún temor pueda expresar la situación presente en su familia. Es importante que el personal determine si hay factor que pueda asociarse en el embarazo y así tomar acciones para su debida transferencia al especialista. En la tabla se tomo en cuenta el no aplica al realizarlo otro personal, el insatisfactoria al realizarse incorrectamente. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Censo Gerencial

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

Objetivos del censo gerencial

1. 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.
2. Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de insistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.
3. Identificar las mujeres con factores de riesgos obstétricos y reproductivos, para la toma de decisiones oportunas.
4. 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.
5. Alimentar el Sistema de Vigilancia de la Embarazada (SIVIEMB) implementado en los establecimientos de salud a nivel nacional.

Generalidades del llenado

1. Cumplimiento de las metas mensuales y lo que se va acumulando al año.
2. Identificar los riesgos obstétricos y reproductivos que presenta cada mujer en sus diferentes etapas reproductivas, para su seguimiento.
3. Proximidad y cumplimiento a las citas programadas (cita a APN, Parto Institucional, Puerperio y Postnatal).
4. Prevención de inasistentes a las atenciones prenatales, parto institucional, puerperio y postnatal.
5. 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.

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.

Tabla #3: El personal de Enfermería realiza Ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.69%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Los recursos de Enfermería realizan el ingreso al censo gerencial de forma satisfactoria en 12 pacientes para 85.69% y en 2 gestantes para un 14.28%.

El personal de Enfermería tiene la obligación de realizar la debida actualización del censo gerencial de cada atención prenatal brindada a la embarazada, según normativa 011 en el inciso 3 refiere que es una herramienta administrativa muy útil y de suma importancia, en la que se ingresa cada dato de manera correcta, con el objetivo de dar seguimiento a cada embarazada, identificándolas como asistente e inasistentes, y post-natales llevando un buen control posterior. En la tabla se tomo en cuenta el no aplica al realizarlo otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Antecedente.

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

Familiares

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

Personales

Se refiere antecedentes de diferente patología, modo de vida y características del mismo paciente que puede tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad así como antecedentes quirúrgico, antecedentes sistemáticos por aparato. Laborales y antecedentes de médica.(www.informatica medica.com)

Tabla #4: El personal de Enfermería indaga sobre Antecedentes familiares, personales y obstétricos de las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	1	7.14%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.14%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	1	7.14%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.14%
No aplica	0	0%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	12	85.71%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Los recursos de Enfermería indagan sobre los antecedentes familiares personales y obstétricos de forma satisfactoria con 1 pacientes para un 7.14%, no se observó en 1 gestante con un 7.14% y no aplico su indagación en 12 embarazada que equivale al 85.71%.

El personal de Enfermería tiene que identificar en la primera atención prenatal antecedentes familiares, personales y obstétricos, según la normativa 011 en el inciso 4, refiere que aplicando el proceso de enfermería como primera función de valorar datos que se obtienen en la captación de la paciente tomando en cuenta información que pueda representar algún problema para la madre y el hijo, conociéndolos se preven inconvenientes que pueda perjudicar el proceso de este periodo del embarazo, al realizar esta actividad correctamente nos facilita conocer cambios durante el embarazo en la vida de la gestante por eso el personal debemanejar adecuadamente la norma para cumplir con las debidas intervenciones y cuidados. En la tabla se tomo en cuenta el no aplica al realizarlo otro personal o no corresponde a ese momento del la atención prenatal. Por eso el

personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Talla

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

Se debe realizar la medición de la talla a la embarazada con la técnica correcta se realiza en la primera consulta, generalmente las pesas tienen dispositivos que nos permiten medir a las pacientes, se pondrá de 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. MINSA–No–106, 2013.

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

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	2	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	3	21.42%	4	28.51%	5	35.71%	12	85.71%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.57%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Los recursos de Enfermería realiza la medición de talla de forma satisfactoria con 2 pacientes para un 14.28% que asistieron al primer control y en 12 gestante para un 85.71% no aplica.

El personal está capacitado para realizar la medición de talla en las embarazadas, según la normativa 011 en el inciso 6 dice que se le debe tomar la talla en el primer control prenatal siendo una comparación de una magnitud con una unidad previamente establecida, que se utiliza para dar un valor numérico algunos atributos de las pacientes, este factor debe ser registrado y evaluado con otros datos del control prenatal, como el peso, que permite al recurso clasificar a la paciente si presenta una talla inadecuada, puede alterar datos importantes teniendo como objetivo determinar la estatura de la paciente con relación a la altura uterina. En la tabla se refleja el no aplica al realízalo otro personal o no corresponde a ese momento del la atención prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Peso

Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal. Dada la asociación entre la ganancia de peso en la gravidez y los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del mismo de modo de poder detectar en forma temprana desviaciones de lo esperable y aconsejar oportunamente a la mujer embarazada. El peso preconcepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo.(MINSa-No-029, 2009)

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.(MINSAs-No-011, 2015)

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

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.44%	5	35.71%	12	85.71%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.28%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Los recursos de Enfermería realiza la medición de peso a todas las pacientes en estudio de forma satisfactoria en 12 embarazadas para un 85.71% y no aplico sus intervenciones y cuidados en 2 gestante con 14.28%.

El personal de Enfermería está en la obligación de realizar esta actividad correctamente a todas las embarazadas, según la normativa 011 en el inciso 6 dice que se le debe tomar el peso en todos control prenatales para valorar de acuerdo a sus semanas de gestación y orientar a las embarazadas sobre la importancia que tiene la alimentación bien nutrida con el objetivo de beneficiar a la madre y del bebe para un buen desarrollo en su embarazo, y podamos corroborar si las gestantes están ganando peso. En la tabla se refleja en no aplica al realízalo otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Examen Odontológico

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

Examinar la cavidad oral y registrar si se observan caries o alteraciones en los tejidos blandos alrededor de los dientes. (MINSA-No-106, 2013)

Objetivos

1. Entregar recomendaciones sobre prevención de caries y enfermedad periodontal en la embarazada.
2. Entregar recomendaciones sobre los métodos diagnósticos para detectar caries y enfermedad periodontal en la embarazada.
3. Entregar recomendaciones sobre el tratamiento de caries y enfermedad periodontal en la embarazada.
4. Entregar recomendaciones sobre el tratamiento rehabilitador de piezas perdidas en la embarazada.(Guías clínicas, 2013)

Examen de Mamas

Es un chequeo que una mujer se realiza en casa para buscar cambios y o problema en el tejido mamario.

Objetivos del examen

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

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. Shcwartz 1995–1996.

Técnicas para realizar el auto examen de mama

Es la revisión periódica de las mamas por medio de inspecciones y palpación.

1. Lavarse las manos
2. identifique al paciente y oriente el procedimiento
3. coloque a la paciente sentada sin ropa, hasta la cintura con los brazos a los lados del cuerpo
4. pida que levante los brazos sobre la cabeza y luego que presione las manos contra sus caderas .mientras usted observa las características de la piel. Simetría.
5. pida que se incline hacia adelante con los brazos extendidos apoyándose en un espaldar o en las manos del examinador observe en busca de anomalías o cambios en las mismas como retracción.
6. acueste a la paciente y coloque el brazo debajo de la cabeza que corresponde a la mama que va examinar. Así la mama se extiende uniformemente y usted puede detectar los ganglios con más facilidad .cuando las mamas son muy pequeñas coloque una almohada debajo del hombro en el lado de la mama a examinar.
7. divida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes .permita la valoración completa de la mama.
8. inicia la palpación por el cuadrante superior externo, usando la yema de los dedos índice, medio y anular gire sus manos con movimientos rotatorios y oprimiendo con suavidad el tejido de las manos contra la pared torácica,permite verificar protuberancia, secreciones o dolor.
9. prosiga el examen de las mamas continuando la palpación de los otros cuadrantes en el sentido de las manecillas del reloj incluyendo periferia y areolas.
10. palpe cada pezón apretando entre los dedos pulgares o índice en busca de secreciones.
11. realice el mismo procedimiento con la otra mama.

12.haga las anotaciones necesarias en el expediente clínico. (Molinares Karla, Ordeñana Claudia, 2013)

Tabla #7: El personal de Enfermería realiza la actividad de Examen odontológico y de mamas a la embarazada de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	2	14.28%	2	14.28%	0	0%	0	0%	4	28.57%
No aplica	0	0%	1	7.14%	4	28.57%	5	35.71%	10	71.42%
Total	2	14.28%	0	21.42%	4	28.57%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

No se observo que el personal de Enfermería realizara la técnica del examen odontológico y de mamas en 4 gestante para un 28.57% no observado, en 10 gestantes para un 71.42% no aplica.

El personal de Enfermería está capacitado para hacer una inspección bucal y realizar examen de mamas según normativa 011 en el inciso 7, según normativa refiere que el personal debe realizar estos exámenes en el premier control prenatal o al momento que se capta a la paciente así poder determinar si la paciente debe de hacer interconsulta con los programas de odontología, es de saberse que la salud bucal beneficia la calidad de vida de una persona. También se tiene que orientar a las embarazadas sobre el auto-examen de mama y la importancia que tiene cuidar los órganos que beneficiara la alimentación del recién nacido por lo que se debe cumplir con la normativa y lo que está establecido. En la tabla se refleja no aplica al realizarlo otro personal o no correspondía al momento de la atención prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Calculo de edad gestacional

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

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

Objetivos de cálculo de la edad gestacional y técnicas de cómo calcular la edad gestacional.

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

Técnica del cálculo de edad gestacional

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

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

Si se desconoce la fecha de la última menstruación al reverso del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embriofetales. NORMA-No-011, 2015

Tabla #8: El personal de Enfermería realiza Calculo de la edad gestacional (EG) a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.71%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería calcula la edad gestacional de manera satisfactoria con 12 pacientes para un 85.71 % y no aplico sus intervenciones en 2 gestantes en para un 14.28%.

El personal de Enfermería está en la obligación de realizar la actividad según normativa 011 en el inciso 8, dice que se le debe calcular la edad gestacional en los 4 controles prenatales el cual se corrobora el tiempo transcurrido entre la fecha de inicio del último periodo menstrual y un tiempo determinado del embarazo, con el objetivo de vigilar el crecimiento y vitalidad fetal. En la tabla se refleja no aplica al realizarse por otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

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.

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

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

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

Formula para calcular el IMC

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

Tabla #9: El personal de Enfermería realiza la actividad de Evaluación del Estado Nutricional en base a índice de masa corporal a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	2	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	12	85.71%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería evaluó el estado nutricional satisfactoriamente en 2 gestante para un 14.28% y no aplico intervenciones y cuidados en 12 embarazadas para un 85.71%.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 9, refiere que se debe realizar la evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal en el primer trimestre, donde la evaluacion es uno de los pasos del proceso de enfermeria, tiene que ser seguido al diagnostico donde el estado nutricional optimofavorece el crecimiento y desarrollo, la enfermera en sus funciones tiene como objetivo conocer o estimar el estado de cada gestante. En la tabla se refleja el no aplica al realizarse por otro personal o no pertenece a ese control prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

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 pre-eclampsia.

Tabla #10: El personal de Enfermería realiza la actividad de Evaluación del estado nutricional en base al incremento del peso materno a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	14.28%	2	14.28%	3	21.14%	5	35.71%	10	71.42%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	4	28.57%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.28%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería evaluó el estado nutricional satisfactorio en 10 embarazadas para un 71.42% y no aplico sus intervenciones en 4 gestante para un 28.57%.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 10, refiere que se debe realizar la evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno después del segundo trimestre del embarazo. Es importante hacer la valoración del estado del estado nutricional, ya que es el que indica si él bebe tiene el desarrollo satisfactorio. En la tabla se refleja el no aplica al realizarlo otro personal o no correspondía a ese control prenatal. Por eso el personal de Enfermería debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Esquema de la DT

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

Mujeres a los 20 años o primer embarazo. una dosis de (0.5cc), y una dosis a los 10 años y a los 20 años y primer embarazo en las mujeres si no tiene registrado de haber recibió el esquema básico, aplicar un segunda dosis con intervalo de 4 semanas una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la cuarta dosis.

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

Tabla #11: El personal de Enfermería, determina el esquema vigente de DT a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	1	7.14%	2	14.28%	0	0%	0	0%	3	21.42%
Insatisfactorio	1	7.14%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7.14%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	4	28.56%	5	35.71%	10	71.42%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería determino el esquema de vacunación de manera satisfactorio en 3 embarazadas para un 21.42%, en 1 gestante para un 7.14% insatisfactorio y se le volvió a aplicar y no aplico sus intervenciones en 10 embarazadas en un 71.42%.

La Enfermera es el recurso humano que tiene en sus funciones independientes la valoración y cumplimiento del esquema de vacunación, según normativa 011 en el inciso 10 refiere que se debe realizar la actividad de administrar la dT a las mujeres si no tiene registrado el esquema básico. La dT, es una vacuna que va prevenir el tétano neonatal de manera temprana, debe ser administrada con todas la técnicas. En la tabla se refleja insatisfactorio al aplicarle a la paciente la vacuna y ya había recibió el esquema básico, el no aplica al realizarlo otro personal o no correspondían al momento del control prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Signos vitales

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

Los cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son los siguientes:

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

La toma de funciones vitales nos permite valorar el funcionamiento del organismo y detectar las alteraciones que son frecuentes en caso de accidentes, para ello es necesario controlar el pulso, presión arterial, respiración y temperatura. Schwartz, 1995–1997

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

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	0	0%	0	0%	0	0%	2	14.28%
Insatisfactorio	0	0%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	10	71.42%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería realizó la técnica de presión arterial satisfactorio en 2 gestante para un 14.28%, insatisfactorio en 10 embarazadas un 71.42%, y no aplico sus intervenciones en 2 embarazadas para un 14.28%.

Enfermera tiene la obligación de realizar la técnica de toma de presión arterial y resto de signos vitales según normativa 011 en el inciso 12, refiere que se toma los signos vitales a todas las embarazadas en cada atención prenatal correctamente, al ser los signos vitales indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos vitales. Son independientes en sus funciones en tomar signos vitales con datos exactos. En la tabla se refleja insatisfactorio al realizar la actividad incorrectamente incompleta, y no aplica al realizarlo otro personal. El personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa, por lo que el personal tiene la capacidad de realizar las técnicas adecuadas, al ser una de las principales funciones de la profesión.

Examen de laboratorio

Procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud, se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. Schwartz, 1995–1997

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

Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla que posteriormente y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. (MINSa-No-106, 2013)

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

En la consejería a embarazadas, además de facilitar el reconocimiento del riesgo de adquirir el VIH, debe:

1. Informar sobre el objetivo, ventajas e importancia de realizarse la prueba de VIH durante el embarazo.
2. Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.
3. 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).

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 mm³, en cualquier trimestre del embarazo. (MINSa-No-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:

1. Después de no haber comido nada (en ayunas) durante al menos 8 horas
2. En cualquier momento del día (aleatorio)
3. Dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa
4. Estas dos razones se suman para justificar la realización de estudios de tamizaje para diabetes gestacional en nuestra Región.¹
5. 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. (MINSA-No-106, 2013)

Examen de orina

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

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

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

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

Técnica

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación

de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos. (MINSANo-106, 2013)

Tratamiento para IVU

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

1. 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.
2. Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días.(MINSANo-011, 2015)

VDRL

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

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

Cuando se inserta la aguja para extraer la sangre, algunas personas pueden sentir un dolor moderado, mientras que otras sólo un pinchazo o picadura. Posteriormente, puede haber una de sensación pulsátil o un leve hematoma. Esto desaparece rápidamente.(MINSANo-011, 2015)

Tratamiento de la sífilis

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacidoⁱⁱ. Grado de recomendación 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. (MINSA-No-093, 2012)

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:

1. Confidencialidad, Consejería, y Realización de la prueba únicamente después de obtener consentimiento informado.
2. Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)}
3. Realizar siguiente en el tercer trimestre.
4. 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.

5. 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.
6. 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).
7. 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.
8. Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.
9. Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). (MINSa-No-093, 2012).

Grupo RH

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

El tipo de sangre que usted tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en sus glóbulos rojos. Estas proteínas se llaman antígenas.

Su tipo de sangre (o grupo sanguíneo) depende de qué tipos de sangre heredó de sus padres.

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Forma en que se realiza el examen

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

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

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D)

Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente dosis, a las 72 horas postparto). Inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica. (MINSa-No-106, 2013)

Tabla #13: El personal de Enfermería, realiza la actividad de envío de ordenes de Exámenes de laboratorio: grupo y RH, VDRL/RPR Hemoglobina o BHC Glicemia, EGO; a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	1	7.14%	2	14.28%	5	35.71%	10	71.42%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	3	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería envió ordenes de exámenes satisfactorio en 10 pacientes para un 71.42% no observo, 2 embarazadas para un 14.28% y no aplico intervenciones 2 gestante para un 14.28%.

El personal está capacitado para realizar la actividad. Según normativa 011 en el inciso 13, refiere que se debe realizar la actividad de envío de exámenes de laboratorio desde el primer trimestre consecutivamente los que correspondan al control prenatal al ser necesarios y sumamente importantes para corroborar el estado fisiológico de la paciente, tomado en cuenta los cambios propios del estado gravídico de las gestantes. En la tabla se refleja el no aplica, al realizarla otro personal o no pertenecía a ese control prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Altura uterina

Permite comprobar que el feto se desarrolla normalmente en peso y altura. Es uno de los exámenes clínicos más practicados en la mujer embarazada, consiste en medir en centímetros con una cinta métrica, la distancia que va del extremo superior del pubis hasta el fondo del útero.

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

Técnica de altura uterina

Se mide en centímetro con una cinta métrica 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. Shcwartz 1995–1996.

Tabla #14: El personal de Enfermería, realiza medición de altura uterina a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	10	71.42%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	4	28.57%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería realizó la actividad de forma satisfactorio en 10 embarazadas para un 71.42% y no aplicó intervenciones en 4 embarazadas con un 28.57%.

El personal está capacitado, según normativa 011 en el inciso 14, refiere que se debe realizar la actividad de medición de altura uterina después del segundo trimestre del embarazo. Es primordial en cada atención prenatal con mucha importancia para evaluar el crecimiento, desarrollo del feto el personal de enfermería mediante el examen físico compara la medición de la altura uterina con la evaluación haciendo uso de técnicas de palpación, tomando en cuenta los límites de referencia percentil 10-90. En la tabla se refleja no aplica al realizarlo otro personal o no correspondía al control prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

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. Shchwartz 1995–1996.

Técnica de Auscultación

1. Se coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa no muy baja.
2. Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de la auscultación Técnica.
3. Se coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa no muy baja.
4. Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de la auscultación.
5. Este foco de auscultación es la zona que por condiciones acústicas se perciben más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde al hombro fetal anterior la transmisión hasta el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capa solida que son buenas propagadoras del sonido. ,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. Shchwartz 1995–1996

Tabla #15: El personal de Enfermería, realiza la auscultación de Frecuencia Cardíaca Fetal a partir de las 20 SG a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	10	71.42%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	4	28.57%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	12	100%

Fuente: Guía de observación

El personal de Enfermería realiza la actividad de manera satisfactorio en 10 pacientes para un 71.42 % y no aplica en 4 gestantes para un 28.57%.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 15, refiere que se debe realizar la actividad después de las 20 semanas de gestación con una buena valoración logrando realizar técnicas del examen físico donde se logra evaluar los latidos del corazón del feto en base a los límites de referencia 120-160, con el objetivo de valorar la viabilidad fetal y la presencia del estado de salud del bebé. En la tabla se refleja el no aplicar en pertenecer al control prenatal o realizarlo otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa para así realizar las técnicas a su debido tiempo.

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 cardíaca 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 ascenso de la FCF con las características. (MINSA-No-106, 2013)

Tabla #16: El personal de Enfermería Valora Movimientos Fetales después de los 18 SG a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	10	71.42%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	4	28.57%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería logra valorar los movimientos fetales después de las 18 SG en las 10 gestantes que equivalen a 71.42% satisfactorio y con 4 embarazadas el 28.57% no lo aplica al realizarlo otro personal.

Los recursos de Enfermería que atienden en las áreas de salud están capacitados para realizar una buena valoración a cada gestante en sus controles prenatales, según normativa 011 en el inciso 16, refiere que se debe realizar la actividad en el segundo trimestre del embarazo, identificando como se encuentra la embarazada y el bebe. Cada bebe se mueve con una intensidad y un ritmo distinto estos movimientos tienen un gran valor al ser un indicador del bienestar y correcto desarrollo neuromuscular fetal, van cambiando en su naturaleza a lo largo del desarrollo prenatal, cada movimiento percibido por la madre lo debe comunicar al personal de enfermería que la este valorando por lo que lo indicara el estado que el bebe se encuentra. En la tabla se refleja el no lo aplica al realizarlo otro personal o no correspondía a la atención prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa para así realizar las técnicas a su debido tiempo

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 critico para decidir la vía de extracción

Maniobras

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

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 laque 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. Shcwarz 1995–1996.

Tabla #17: El personal de Enfermería realiza la actividad de presentación Situación Fetal a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	3	21.42%	5	35.71%	8	57.14%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	3	21.42%	1	7.14%	0	0%	6	42.85%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14%	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería logra valorar la presentación y situación fetal después de las 18 SG en 8 gestantes que equivalen a 51.14% satisfactorio, y con 6 gestantes el 42.85% no aplica.

Los recursos de Enfermería que atienden en atención prenatal están capacitados para realizar una buena valoración a cada gestante en sus controles prenatales, según normativa 011 en el inciso 17, refiere que se debe realizar la actividad a través de una buena valoración, palpando a través de las distintas maniobras de Leopoldo, las formas en que se encuentra el feto en el vientre materno, el polo fetal, la posición y situación fetal, así poder indicar un diagnóstico correcto y además informar a la usuaria las distintas acciones que se le realizan respetando la intimidad de la gestante al realizarle el procedimiento. En la tabla se refleja el no aplica al realizarlo otro personal o no pertenece en el momento a la atención prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa para así realizar las técnicas a su debido tiempo

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. Shchwartz 1995–1996

Tabla #18:El personal de Enfermería realiza clasificación del embarazo a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.69%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería logra clasificar el embarazo en 12 gestantes que equivale 85.69% satisfactorio y en 2 gestantes que equivalen al 14.28%.

Los recursos de Enfermería que atienden en atención prenatal están capacitados para realizar una buena valoración a cada gestante en sus controles prenatales, según normativa 011 en el inciso 18, refiere que se debe realizar la actividad desde el primer trimestre evaluando a cada embarazada, así determinar el estado en que se encuentra la gestante, cada evento que se pueda ir presentando durante la atención que se brinda, para ofrecer mayor seguridad y darle seguimiento a todo proceso de gestación. En la tabla se refleja un no aplica al realizar la actividad otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa para así realizar la clasificación del embarazo durante el primer control que se le realice a la paciente.

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. (MINSА-№-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. (MINSА-№-106, 2013)

Planificación familiar

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

Consejería de planificación familiar

Es una ayuda que una persona capacitada brindada a otra en conversación frente a frente por medio de lo cual trasmite información real lo cual permite realizar información elección adecuada sobre el método anticonceptivo que cree conveniente y mas adaptados a sus necesidades. La comunicación de la persona a persona respetuosa permite al usuario a tomar una decisión informada sobre la planificación familiar. (MINSANo-106, 2013)

Tabla #19: El personal de Enfermería brinda consejería de lactancia materna y planificación familiar a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.69%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

No se observo que el personal de Enfermería brindara consejería a 12 gestantes un 85.69% y con 2 gestantes el 14.28% no lo aplica.

Los recursos de Enfermería están capacitados para brindar consejería a las gestantes en todas las atenciones prenatales, según normativa 011 en el inciso 19, refiere que se debe realizar la actividad de brindar consejería implementando los beneficios de dar lactancia materna al recién nacido la 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. Y la planificación familiar debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección del método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a, donde se puede abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas. En la tabla se refleja el no observado donde no se le brindo una adecuada consejería de lactancia materna y la realización de examen odontológico y el no aplica lo realizo otro personal o no pertenecía al momento del control prenatal. Por eso el personal debe conocer y manejar adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Sulfato ferroso

Los hematinicos son medicamentos que contienen principalmente compuesto de hierro (ferroso), con objeto de incrementar la producción de hemoglobina, y se expande como productos que no requieren receta médica en tabletas, capsulas y líquido.

Ácido fólico

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

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

Hierro

El Hierro es un mineral indispensable para la formación de los glóbulos rojos y consecuentemente, la prevención de la anemia 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.(MINSA-No-029, 2009)

Tabla #20:EL personal de Enfermería realiza la actividad de entrega desuplemento con sulfato ferroso + acido fólico a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.69%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería prescribesuplemento con sulfato ferroso + acido fólico en 12 gestantes un 85.69% satisfactorio y en 2 embarazadas un 14.28% no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 20 y 21, refiere que se debe prescribir el suplemento a todas las embarazadas en cada control que se le realiza, al ser una profilaxis que ayuda a evitar cambios en la evolución normal del embarazo, hay que darle a conocer a cada embarazada la importancia que tiene

que tome el ácido fólico ya que de ello depende el buen desarrollo de su bebé, este es un nutriente que nuestro cuerpo necesita y ayuda a mejorar las circulaciones sanguíneas. La tabla refleja no aplica al realizarlo otro personal. Por eso el personal de Enfermería debe conocer adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Aspirina

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

Prescripción de Aspirina

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

Embarazada alto riesgo de Pre eclampsia. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. (MINSa-No-011, 2015)

Calcio

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

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

Deficiencia de Calcio

Produce debilidad y mal formación en los huesos, detención del crecimiento y malformación de los dientes. En las mujeres después de la menopausia, produce osteoporosis o fragilidad de los huesos. También, la deficiencia de calcio durante el embarazo se relaciona con una mayor incidencia de Síndrome Hipertensión Gestacional. (MINSA-No-002, 2008)

Prescripción de Calcio

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

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

de riesgo intermedio solo usar aspirina.(MINSa-011, 2015)

Tabla #21: El personal de Enfermería realiza la actividad de Prevención de la pre-eclampsia y sus complicaciones a embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	2	14.28%	3	21.42%	0	0%	5	35.71%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	1	7.14%	5	36.71%	9	64.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería prescribe aspirina y calcio un 35.71% en 5 gestantes insatisfactorio y un 64.28% a 9 gestantes no lo aplica.

El personal de Enfermería tiene la obligación de prescribir aspirina y calcio según normativa 011 en el inciso 22, que se tomara en cuenta la prescripción de aspirina y calcio a pacientes con riesgo obstétrico, se mandara después de las 12 semanas máximo a las 16 semanas de gestación y continuarla hasta la semana 36 siendo una profilaxis en las embarazadas que ayuda en algunos problemas que puedan surgir y en el cual favorezca a un mejor crecimiento sin modificaciones en el bebe y en la embarazada no ingerir calcio con hierro a la misma hora ya que son antagónicos, se le explica a la embarazada como debe tomar el tratamiento. En la tabla se refleja que en se indico aspirina y calcio de maneta insatisfactoria el cual el personal incumplió con lo establecido al indicar a embarazadas un medicamento que no corresponde a su embarazo al ser paciente de bajo riesgo y no aplica al realizarlo otro personal o no correspondía al momento del control prenatal. Por eso el personal de enfermería debe conocer y manejar adecuadamente la normativa.

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 vermificada

Indicaciones

1. Esta indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lumbricoides, trichuris.
2. Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%) en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el Albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis.

Dosis

400mg a las 17 semanas de gestación y a las 6 semanas la segunda semana (MINSa-011, 2015)

Tabla #22: El personal de Enfermería realiza la actividad de entrega de Albendazol a embarazadas de bajo riesgo

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	2	14.28%	0	0%	5	35.71%	7	50%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	1	7.14%	4	28.56%	0	0%	7	50%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería realiza la actividad en un 50% en 7 gestantes satisfactorio y un 50% a 7 gestantes no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 23, refiere que se prescribe Albendazol toda embarazada en el segundo y cuarto control del embarazo, el cual es un antiparasitario indicado a toda embarazada para que le ayude a disminuir el bajo peso al nacer al bebe. En la tabla refleja un no aplica en al realizarlo otro personal o no correspondía al momento del control prenatal. Por

eso el personal de Enfermera debe conocer y manejar adecuadamente la normativa.

Consejería

Es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona entre el prestador de servicio y usuaria potencial y el o la usuaria activa .este proceso incluye motivación, información y promoción .se debe de dirigirá resolver las necesidades individuales del usuario /a. (MINSa-NO-002, 2008)

Orientaciones básicas de cada APN

Signos o síntomas de peligro

1. Sangrado, dolor de parto, expulsión del líquido a través de la vagina, fiebre, Se deberá de explicar qué hacer y dónde acudir.
2. La importancia de cumplir orientaciones verbales, exámenes indicados o prescripción de medicinas.
3. 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 de Enfermería brinda consejería en signos y síntomas de peligro de pre-eclampsia y eclampsia principalmente durante el embarazo a las embarazadas de bajo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	1	7.14%	1	7.14%	3	21.42%	4	28.57%	9	64.27%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	1	7.14%	3	21.42%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería brinda consejería en signos y síntomas un 64.27% en 9 embarazadas satisfactorio, un 21.42% en 3 embarazadas no observado y un 14.28% en 2 embarazadas no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 24 refiere que debe estar capacitado para brindar consejería a toda embarazada en cada atención prenatal, logrando una buena comunicación con cada usuaria durante los controles que se le realicen, donde podamos informar los cambios que pueden surgir en su embarazo y se logre explicar qué debe hacer a donde debe acudir o que acciones debe de tomar si presenta alguna alteración en su embarazo. En la tabla refleja se le brindo consejería de forma correcta, y un no se observo que se le brindara consejería el cual sabemos que es de suma importancia dar a conocer en las embarazadas todo lo relacionado con el embarazo brindándole información adecuada sobre todos los síntomas que pueden llevar a un cambio en cierto momento del embarazo, no aplica al ser esta actividad realizada por otro personal. Por eso el personal de Enfermera debe conocer y manejar adecuadamente o establecido en la normativa.

Plan de Parto

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

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

Objetivo General

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

Objetivos específicos

1. Estandarizar en el personal de salud los procesos que implica la implementación, monitoreo y evaluación de la intervención de Plan de Parto para la Maternidad Segura.
2. Mejorar la salud materna y perinatal, fomentando la participación de la pareja, la familia y la comunidad en las decisiones sobre la salud reproductiva.
3. Facilitar el acceso a los establecimientos de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de embarazo, parto y puerperio, con la participación de la pareja, la familia y la comunidad.
4. Favorecer la corresponsabilidad de los actores sociales claves para la operativa exitosa de la intervención.

Pilares del plan parto

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

Los pilares de la maternidad segura se basan en la prevención de los embarazos no deseados, atender con calidad a las embarazadas para identificar y corregir

complicaciones, atender el parto por personal calificado y proveer servicios especializados para atender complicaciones.

Pilares

1. La Planificación Familiar

Pretende asegurar que las mujeres y las parejas dispongan de información y servicios para planificar el tiempo, el número y el distanciamiento entre los embarazos.

2. Con la Atención Prenatal

Se debe asegurar la pronta detección y el tratamiento adecuado de las posibles complicaciones del embarazo y prevenirlas cuando sea posible.

3. Con la realización de unParto Limpio

Se pretende garantizar que toda persona que atiende partos tenga los conocimientos, las actitudes y el equipo necesario para realizarlo en forma limpia y segura y pueda proveer los cuidados de postparto inmediato para la madre y el bebé.

4. Los Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales

Deben estar disponibles en los establecimientos de salud donde se atienden partos, para garantizar los cuidados básicos que requieren los embarazos con riesgos y atender las complicaciones de la madre y el bebé.

Modelo las Tres Demoras

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

Este modelo se utiliza actualmente en el análisis de las muertes maternas a nivel local.

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

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

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

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

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

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

depender también; de la capacidad de resolución del establecimiento de salud. Para incidir en esta demora es necesaria la organización de las brigadas de transporte o cualquier otra forma organizativa que la comunidad tenga para este propósito.

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad

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

Captación

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

En el proceso de captación, se realiza el llenado de la Ficha del Plan de Parto según el instructivo de llenado de la ficha. Se debe procurar que en el primer contacto la mujer hable libremente, exprese sus dudas e inquietudes sin sentirse obligada a responder “lo que la persona que dirige la negociación quiere” y que ella misma descubra cuales actividades importantes no ha planificado para la atención de su parto y el nacimiento de su niño.

En este momento la información se vuelve crucial y las ideas y respuestas que le demos a la embarazada para tomar decisiones o pensar en ellas se vuelve decisivo.

Negociación

Es importante recordar que el plan de parto es desarrollar con la mujer y su familia, un proceso de comunicación y negociación sobre decisiones (acciones) que están encaminadas a disminuir los riesgos y que contribuyan a la buena evolución del embarazo, el parto y el puerperio y no solamente llenar la ficha. (MINSA-No-104, 2012)

Tabla #24:El personal de Enfermería realiza la actividad de Negociar Plan de parto alas embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	1	7.14%	3	21.42%	5	35.71%	9	64.28%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	2	14.28%	1	7.14%	0	0%	0	0%	3	21.42%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería negocia plan parto un 64.28% satisfactorio en 9 embarazadas, un 21.42% no observado en 3 embarazadas, un 14.28% no lo aplica en 2 embarazadas.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 25 refiere que debe estar capacitado para negociar plan parto, comunicándose con la gestante y su pareja indagando en ellos como deben prepararse, informando a la mujer y su familia acerca de los cambios que ocurren en la gestación, las condiciones más propias desde el momento que la mujer se embaraza, lo que debe necesitar, logrando el acceso a los establecimientos de salud para la demanda de atención con calidad y calidez durante el período de embarazo, con la participación de la pareja, la familia y la comunidad. En la tabla se refleja no aplica al ser una

actividad realizada por otro personal. Por eso el personal debe conocer y manejar lo que está establecido en la normativa.

Referencia

Es el traslado de pacientes de una unidad de salud con menor nivel de resolución, a otra unidad de salud con mayor nivel de resolución, para dar respuesta a la demanda de salud de los pacientes

Modalidades de Referencia

Las modalidades de referencia describen las diferentes formas de envío de pacientes de un nivel de atención a otro, las que se detallan a continuación:

De la red comunitaria a las unidades de salud de primer nivel (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud familiar y comunitario, Policlínicos Hospital Primario).

De las unidades de salud del Primer Nivel de Atención (Sedes de sector, Puestos y Centros de Salud Familiar y Comunitarios) al segundo nivel: Hospital (Primario, Departamental, Regional) o Policlínicos.

De Hospital de segundo nivel de especialidades básicas (Departamental o Regional) a Hospital de segundo nivel con servicios de referencia nacional (Regional, Referencia Nacional, Servicios Nacionales de Tercer Nivel).

Funciones del responsable de la Norma Técnica de Referencia y Contra referencia de cada unidad público y privado son:

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

2. Organizar y apoyar en su unidad de salud, la capacitación de todo el personal en el conocimiento y aplicación de la norma técnica de referencia y contrarreferencia.
3. Vigilar el uso adecuado y el llenado correcto de los formatos de registro de la --norma técnica de referencia y Contrarreferencia.
4. Organizar y apoyar el cumplimiento de la monitoria de la norma en el nivel correspondiente.
5. Organizar y apoyar el cumplimiento de la supervisión de la norma en el nivel correspondiente.
6. Organizar y apoyar el cumplimiento de la evaluación de la norma en el nivel correspondiente. (MINSA-No-068, 2011)

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.
- 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. (MINSA-No-104, 2012)

Tabla #25: El personal de Enfermería realiza la actividad de Referencia a otro nivel de atención o a casa materna alas embarazadas de bajo riesgo

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	5	35.71%	5	35.71%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	3	21.42%	4	28.57%	0	0%	9	64.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.57%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería refiere a otro nivel un 35.71% satisfactorio en 5 embarazadas, un 64.28% en 9 embarazadas no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 26 refiere que el personal está capacitado para referir a otro nivel si la paciente lo amerita, trasladándola a una unidad de mayor resolución para dar una respuesta a la demanda de salud de las pacientes. En la tabla se refleja un no aplica al realizar la actividad otro personal o no correspondía a ese momento del control prenatal. Por eso el personal debe conocer adecuadamente lo que está establecido en la normativa para así actuar debidamente según lo necesite la paciente.

ETS

Es un conjunto de entidades de tipo clínico infecto contagiosas que se transmiten de persona a persona mediante el contacto íntimo, casi con exclusividades por medio de relaciones sexuales en las que incluyen el sexo vaginal, el oral y el anal aunque otras maneras de contagios pueden ser:

El uso compartido de jeringas infectadas por el contacto directo de la sangre infectada o en el embarazo, la madre se contagia al feto mientras transcurre la gestación, si bien la mayoría de este tipo de enfermedades por gérmenes como las bacterias y los virus también puede ser el resultado de hongos o protozoos.

Objetivo del manejo Sindrómico

Es identificar síndromes en ETS y manejarlo según corresponda. Para cada síndrome, existe un diagrama de flujo que guiará al proveedor de servicios de

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

Acciones de salud dirigidas a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación.

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

Manejo Sindrómico

Clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujogramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada; además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo. (MINSA-No-113, 2013).

Tabla #26: El personal de Enfermería realiza la actividad de confirmar o destacar alguna ETS y aplicar tratamiento a las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.71%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.56%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

No se logro observar que Enfermería confirmara alguna ETS un 85.71% para 12 gestantes, un 14.28% para 2 embarazada no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa en inciso 27, refiere que se debe estar capacitado para confirmar y destacar ETS en las embarazadas, desde su primer control que se le realice donde se logre identificar las distintas enfermedades que una embarazada puede presentar, comunicándose con ella, informándole sobre las naturaleza de la infección, implementar en la pareja el uso de preservativo y la importancia de la administración del medicamento para la gestante y el feto, se educa a la paciente sobre cómo debe prevenir, las distintas enfermedades brindar información por lo general que se evalué de forma adecuada el estado en que se encuentra. Por eso importante que el personal debe conocer y manejar adecuadamente la normativa.

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.(MINSA-No-011, 2015)

Tabla #27: El personal de Enfermería realiza la actividad de Indicar Dexametazona a partir de las 24 a 34 semanas de gestación para prevención a un parto prematuro en las embarazadas de bajo riesgo.

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	3	21.42%	0	0%	3	21.42%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	2	14.28%	3	21.42%	1	7.14%	5	35.71%	11	78.57%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.58%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería indico Dexametazona en 3 embarazadas un 21.42% insatisfactorio y un 78.57% en 11 embarazada no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 28, refiere que solo se tomara en cuenta la administración de Dexametazona en pacientes con riesgo durante todo el embarazo, ya que el fármaco, produce surfactantes, no debe ser indicado en embarazo de bajo riesgo, en la tabla se refleja se realizó de manera insatisfactoria al administrarle a pacientes que no correspondían por ser de bajo riesgo donde el personal violenta lo establecido en la norma y no aplica al realizarlo otro personal o no correspondía al momento del control prenatal. Por eso es necesario que el personal de Enfermería conozca y maneje adecuadamente la normativa y violentar ni incumplir con lo establecido violentando.

Disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico

Insumos médicos

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

Manejo y alimentación de cintas de Uro análisis

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

Termo COE almacenamiento de los insumos dependerá del fabricantes

La normativa 011, (2015), el almacenamiento de los insumos dependerá del fabricante y los requerimiento para su conservación. Estos termos son los mismos termos que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura) entre 2 a 8 C, proteger LA luz y no congelar). Oxitócica, Ergonovina, Ergometria, Hidralazina (ampolla), cintas de uro análisis, se debe garantizar la existencia de otros insumos COE, Sulfato de magnesio de magnesio, Nifedipina, clotrimazol, Metronidazol y Labetalol. (MINSa-NO-104, 2012)

Funciones del COE MINSa

1. Mantener comunicación permanente de intercambio de información con Autoridades de Salud de la Región Centroamericana e Instituciones Científicas Internacionales (p.ejm: OMS/OPS, CDC) para asegurar la actualización de la situación internacional y regional de la Influenza Humana.
2. Mantener comunicación permanente entre el comité del COE-MINSa y las instituciones organizadas del país a las que requieren de su participación para coordinar el aspecto de las respuestas a la situación de emergencia sanitaria, así como también con los diferentes médicos de comunicación para mantener informada a la población sobre las medidas que se desarrollan.

3. Mantener permanente comunicación con las más altas estructuras del Gobierno Central a fin de mantener una fluida comunicación e información de los avances de los procesos de repuesta a la emergencia sanitaria a como también de la evaluación de la situación de situación de salud de la población.
4. Formular Recomendaciones Técnicas o Normas para su estricto cumplimiento en aras de asegurar una participación colectiva (enfoque multisectorial) en las medidas de lucha antiepidémica que se deban ejecutar en todo el territorio nacional.
5. Monitorear permanentemente la evolución de la epidemia, en coordinación con los 17 SILAIS del país, a fin de desarrollar los análisis pertinentes, reportes de situación, determinación del problema y elección del curso de acciones de respuesta a implementar y/o fortalecer.
6. Recepcionar diariamente la información actualizada de la situación de salud en municipios afectados, en cuanto a casos sospechosos, casos confirmados, fallecidos confirmados o sospechosos, la que deberá ser informada a la Autoridad Superior correspondiente y referida para su registro a la Dirección de Estadística Nacional.
7. Recepcionar diariamente la información relativa al estado funcional de los Centros de Atención Alternativos de Salud, las necesidades logísticas, existencias de medicamentos y situación del personal de salud que labora en cada centro. (MINSA-No-019, 2009)

Tabla #28: El personal de Enfermería realiza la actividad de evaluar la disponibilidad de insumos básico a las embarazadas de bajo riesgo

	Primer control		Segundo control		Tercer control		Cuarto control		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Satisfactorio	2	14.28%	2	14.28%	3	21.42%	5	35.71%	12	85.71%
insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observado	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	0	0%	1	7.14%	1	7.14%	0	0%	2	14.28%
Total	2	14.28%	3	21.42%	4	28.58%	5	35.71%	14	100%

Fuente: Guía de observación

Enfermería está capacitado para evaluar la disponibilidad de los insumos básicos un 85.71%, satisfactorio en 12 embarazadas, un 14.28% en 2 embarazadas no lo aplica.

El personal de Enfermería según normativa 011 en el inciso 29, refiere que el personal debe evaluar la disponibilidad de los insumos básicos, los cuales nos sirven para tener una respuesta a cualquier eventualidad que se presente en el puesto de salud así identificar la situación del personal que la labora en cada centro donde puedan dar solución a los problemas que la población. La tabla se refleja un no aplica al realizarlo otro personal. Por eso es necesario que el personal conozca adecuadamente lo que está establecido en la normativa.

Evaluación

Es juzgar o estimar es la quinta y la última fase del proceso de enfermería es una actividad plancada, continúa y con objetivos, en la que se determina, el progreso del paciente referido a la consecución de objetivos, la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

La evaluación puede ser continua, intermitente, o terminal. Mediante la evaluación, las enfermeras aceptan la responsabilidad de sus acciones, muestran interés en los resultados de las acciones de enfermería y demuestran el deseo de no perpetuar acciones ineficaces, como sino de aportar curas más efectivas.

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 no aplican en la mayor parte estas actividades las realiza otro personal o no corresponde a este control prenatal, a las embarazadas por lo tanto no se cumple satisfactoriamente con la normativa

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° :29, expuesta a continuación:

Tabla #29: Evaluación de las 28 actividades realizadas por el personal de Enfermería en la atención prenatal

Categoría	Nº de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	24	37.5%
Insatisfactorio	12	18.75%
No Aplica	28	43.75%
Total	64	100%

Fuente: Guía de observación

En las actividades corresponde a la categoría Satisfactoria, el 37.5% a la categoría insatisfactoria el 18.75% y un 43.75% no aplica el cual es una actividad que la lleno otro personal o que no correspondía a ese momento del control prenatal.

Se evidencia que existe una brecha significativa entre el personal de enfermería del Puesto de salud estudiado Policlínico Trinidad Guevara Narváez que realiza de forma insatisfactoria al y no cumplir a cabalidad con lo establecido en las normas y protocolos, donde el personal pierde oportunidades dejando entre ver que el Enfermería en el puesto de salud estudiado 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 cada atención prenatal.

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

V. Conclusiones

Durante el estudio realizado se logro documentar las acciones de Enfermería en las distintas normativas donde el personal violenta al no manejar adecuadamente lo que está establecido.

Al comparar las intervenciones de Enfermería con el cuidado aplicado en cada atención prenatal se encontró que el personal del puesto de salud estudiado no cumple con lo establecido en las normativas.

Al evaluar las intervenciones aplicadas por el personal se encontró un resultado insatisfactorio de parte del personal al no cumplir con cada paso para un adecuado control prenatal en la embarazada según lo indicado en la normativa.

VI. Bibliografía

Alfredo, (2014), compendio de tipos de cuidado de enfermería

Guías clínicas. (2013). Guía Clínica Salud Oral Integral de la Embarazada. Santiago: MINSAL.

MINSA-No-002. (2008). NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR. MANAGUA: MINSAL.

MINSA-No-004. (2013). (MINSAL, NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO Y MANUAL PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO. MANAGUA: MINSAL.

MINSA-No-011. (2015). "NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCIÓN PRENATAL, PARTO, RECIÉN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO". MANAGUA: MINSAL.

MINSA-No-019. (2009). "NORMAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL CENTRO DE OPERACIONES DE EMERGENCIAS (COE) DEL MINSAL, EN EL CONTEXTO DE LA EMERGENCIA SANITARIA NACIONAL . Managua: MINSAL.

MINSA-No-029. (2009). "NORMAS DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN, PARA EMBARAZADAS, PUERPERAS Y NIÑEZ MENOR DE CINCO AÑOS". MANAGUA: MINSAL.

MINSA-No-068. (2011). NORMA TÉCNICA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA. MANAGUA: MINSAL.

MINSA-No-093. (2012). Protocolo para el manejo de la transmisión materno infantiles del VIH y la sífilis congénita. Managua: MINSAL.

MINSA-No-101. (2012). Manual Metodológico Censo Gerencial de las embarazadas, Puerperas y postnatales. Managua: MINSAL.

MINSA-No-104. (2012). PLAN DE PARTO PARA LA MATERIDAD SEGURA MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO Y GUÍA DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD. Managua: MINSA.

MINSA-No-106. (2013). Manual para el llenado de la historia clinica perinata(HCP). Managua: MINSA.

MINSA-No-109. (2008). Normas y Protocolos para la atencion de complicaciones obtetricas. Managua: MINSA.

MINSA-No-113. (2013). GUIA PARA LA ATENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Manejo Sindrómico. MANAGUA: MINSA.

Molinares Karla, Ordeñana Claudia. (2013). COMPENDIO DE ENFERMERIA DE LA MUJER. Matagalpa: Unan Farem Matagalpa.

Schwartz Ricardo, Diaz Gonzalez Carlos A, Fescina Ricardo H. (1995-1997). obtetricia. Buenos Aires.

Vadivia Marcia, Molinares Karla. (2012). Compendio de Enfermera Fundamental II. Matagalpa: Unan Farem Matagalpa.

www.informatica medica.com. (s.f.)

ANEXOS

Anexo # 1

Operacionalización de variables

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

Fuente: Normativa 011, 2015

Anexo #2

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

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

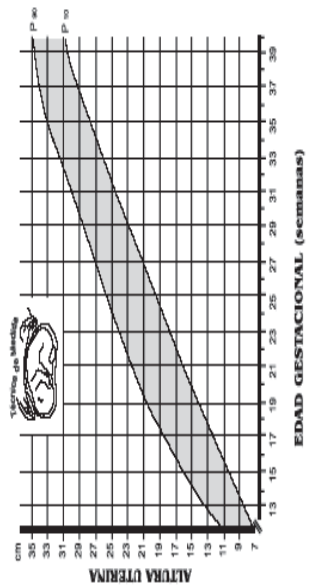
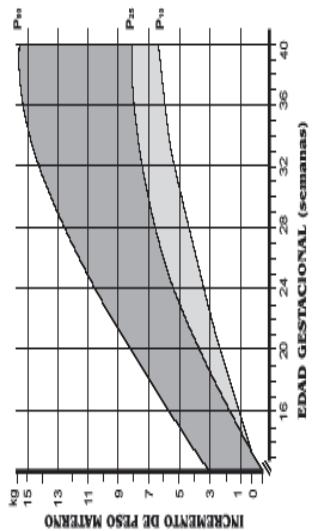
	<p>entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	(+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	(+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	LEUCOCITOS (+) 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 Trabajo de Parto 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	<p>Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	<p>Suplemento con Ácido Fólico:</p> <p><u>Prevención de ocurrencia (primera vez): 4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u></p> <p>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural: (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o 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 (AcidoFolico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Folico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u></p>	X	X	X	X
22	<p>Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):</p>				

	Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia: <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia previa • Anticuerpos anti fosfolípidos • Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente • IMC > 29 Kg/m² • Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) • Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) • Periodo Intergenésico mayor a 10 años • Migraña • Tabaquismo 	NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS	X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día) , a partir de las 12 S/G <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Abstención de alcohol. • Dejar de Fumar. • Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 		
23	Prescribe Albendazol : Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sintromico N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	En casos de Amenaza de Parto Prematuro ; 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. Nifedipina : presentación de tabletas de 10 mg.		X 1.Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35) 2.Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla. 1.Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7 2.SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina: Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud. 3.NO debe de inducirse a la paciente en trabajo de parto, se recomienda dejar en evolución espontanea. 4.No utilizar Nifedipina sublingual por sus efectos adversos (produce hipotensión severa). 5.No indicar betas miméticos Intravenoso ni orales de mantenimiento.		
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X

Fuente: Normativa 011, 2015

Anexo # 4

Carné de la Historia Clínica Perinatal



Ministerio de Salud

Proteja su Embarazo



Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

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



República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL



Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

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

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