

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



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

TEMA: 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.

SUD TEMA: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el puesto de salud Lacayo Farfán sector # 1 departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

AUTORES: Br: Angulo Orozco Erick Samuel

Br: Martínez Maldonado Margely Massiel

TURORA: Mcs: Maricela Martínez Olivas

MATAGALPA 2017

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



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

TEMA: 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.

SUD TEMA: Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el puesto de salud Lacayo Farfán sector # 1 departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

AUTORES: Br: Angulo Orozco Erick Samuel

Br: Martínez Maldonado Margely Massiel

TURORA: MSc: Maricela Martínez Olivas

MATAGALPA 2017

INDICE:

Dedicatoria	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Agradecimiento	iv
VALORACION DEL DOCENTE	v
Resumen	vi
I.INTRODUCCION	1
II.JUSTIFICACION	4
III.OBJETIVOS	5
IV.DESAROLLO	6
V. EVALUACION	79
VI.CONCLUSIONES	83
VII.BIBLIOGRAFÍA	84

VIII.ANEXOS

ANEXO: 1 Información resumida de la cinta obstétrica y gestograma del centro latinoamericano de perinatología y desarrollo humano. CLAP OPS/OMS.

ANEXO: 2 Historia clínica perinatal

ANEXO: 3 Formulario de clasificación de riesgo en la embarazada

ANEXO: 4 Operacionalización de variables

ANEXO: 5 Guía de observación

DEDICATORIA:

Mi seminario lo dedico con todo mi amor y cariño:

A DIOS:

Por haberme dado la oportunidad de vivir; por darnos la salud, por ser nuestro guía y protector por acompañarme a lo largo de nuestras vidas, por darme la inteligencia, vocación y de manera especial en estos últimos cinco años de nuestra carrera universitaria.

A MIS PADRES:

Por estar presente en cada etapa de nuestras vidas quienes con su orientación, dedicación y ejemplo supieron guiarnos en el camino del saber apoyándonos siempre de manera incondicional; tanto económica como moralmente llegando así a culminar un sueño más de nuestra etapa estudiantil.

Especialmente a mi madre por darme su amor y su apoyo incondicional a quien amo y respeto.

A NUESTROS MAESTROS: Porque con su ejemplo han cultivado nuestras mentes llenando de conocimiento retóricos prácticos, haciendo que nuestros caminos brillen de esperanza para un futuro mejor.

A mi compañera de seminario Margely Martínez Maldonado y a mis amigos, por permitirme conocerlos y ser parte de su vida. Por ayudarme y estar conmigo a lo largo de la carrera, y aun después.

Gracias a todos! por ayudarme a lograrlo, tantas desveladas sirvieron.

Br: Erick Samuel Angulo Orozco

DEDICATORIA:

Mi seminario lo dedico con todo mi amor y cariño:

A DIOS:

Por haberme dado la oportunidad de vivir; por darme la salud, por ser nuestro guía y protector por acompañarme a lo largo de nuestras vidas por darme la inteligencia, vocación y de manera especial en estos últimos cinco años de nuestra carrera universitaria.

A MI MADRE:

Por estar presente cada etapa de vida guíen con su mi orientación, dedicación y ejemplo supieron guiarnos en el camino del saber apoyándonos siempre de manera incondicional; tanto económica como moralmente llegando así a culminar un sueño más de nuestra etapa estudiantil.

A NUESTROS MAESTROS:

Porque con su ejemplo han cultivado nuestras mentes llenando de conocimiento retóricos prácticos, haciendo que nuestros caminos brillen de esperanza para un futuro mejor.

A mi compañero de seminario Erick Samuel Angulo Orozco y a mis amigos, por permitirme conocerlos y ser parte de su vida. Por ayudarme y estar conmigo a lo largo de la carrera, y aun después.

¡Gracias a todos! por ayudarme a lograrlo, tantas desveladas sirvieron de algo!

Br: Margely Martínez Maldonado

AGRADECIMIENTO:

A DIOS:

Por las múltiples bendiciones recibidas por la salud y la inteligencia.

A LA UNAN-MANAGUA FAREN MATAGALPA:

Por haberme abierto sus puertas y permitirme adquirir sabios conocimientos para nuestra formación académica.

A NUESTROS MAESTROS:

Por brindarnos el pan de la enseñanza por la dedicación y la paciencia por transmitirnos conocimientos teóricos prácticos especialmente al Msc, Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan, que durante la realización de este trabajo brindó su ayuda, experiencia tiempo y las recomendaciones necesarias para mejorarlo.

A MIS PADRES:

Por estar presente siempre en cada etapa de mi vida y por ayudarme económicamente y emocionalmente. Especialmente a mi madre Aurora Díaz.

A MIS HERMANOS:

Por brindarme su apoyo en todas las dimensiones, especialmente a Merling Angulo, Janeth Angulo y María Angulo.

A MIS AMIGOS DE LA INFANCIA:

Dicson Méndez y Glenda Méndez por su amistad incondicional por su apoyo en todo lo largo de mi carrera como estudiante siempre han estado ahí para ayudarme.

A MIS COLEGAS:

Dalila Díaz y Eddy Martínez que en el transcurso de estos cinco años nos hemos apoyado incondicionalmente.

Br: Erick Angulo Orozco

AGRADECIMIENTO:

A DIOS:

Por las múltiples bendiciones recibidas por la salud y la inteligencia.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE NICARAGUA; FAREN MATAGALPA:

Por haberme abierto sus puertas y permitirme adquirir sabios conocimientos para nuestra formación académica.

A NUESTROS MAESTROS:

Por brindarnos el pan de la enseñanza por la dedicación y la paciencia por transmitirnos conocimientos teóricos prácticos especialmente al Msc Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan que durante la realización de este trabajo brindó su ayuda, experiencia tiempo y las recomendaciones necesarias para mejorarlo.

A MI MADRE:

Por su apoyo incondicional que me ha brindado siempre.

AL PERSONAL DEL PUESTO DE SALUD LACAYO FARFAN:

Por permitirnos realizar este estudio y por la paciencia y apoyo para con nosotros especialmente a la Lic. Luisa.

Br: Margely Martínez Maldonado

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



Matagalpa, Enero del 2017

VALORACION DEL DOCENTE

Por este medio se informa, que el seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en enfermería materno infantil, que lleva por Tema general: INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA Y APLICACIÓN DE CUIDADOS DURANTE LA ATENCIÓN PRENATAL DE BAJO RIESGO SEGÚN NORMAS EN PUESTOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DE MATAGALPA AÑO 2016 y con un tema Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el puesto de salud Lacayo Farfán sector número uno departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

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

Autores:

Br: Angulo Orozco Erick Samuel

Br: Martínez Maldonado Marjely Massiel

Msc. Maricela Martínez Olivas

RESUMEN:

Las intervenciones de Enfermería son tratamientos basados en el criterio y conocimiento clínico que realiza un profesional para mejorar la salud del paciente. El propósito de esta investigación es relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el puesto de salud Lacayo Farfán del departamento de Matagalpa, documentar las intervenciones durante la atención prenatal de bajo riesgo, comparar las intervenciones de enfermería con el cuidado aplicado durante la atención del embarazo, evaluar las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio. Se documentaron las intervenciones de enfermería durante las cuatro atenciones prenatales de bajo riesgo establecidas por la normativa 011 MINSA, al comparar las intervenciones de enfermería dirigidas a las usuarias con los cuidados aplicados, bajo el que hacer del personal enfermero/a se encontró que realiza en forma completa y/o correcta las actividades, al evaluar cada una de las intervenciones de enfermería, en relación al cuidado que se le brinda a la usuaria, se encontró que el personal de enfermería no cumple a cabalidad con lo establecido en la normativa (011-2015).

I. Introducción

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

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

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

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

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

En 1950 hubo los primeros indicios de control prenatal, pero fué 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 describe las intervenciones de enfermería aplicadas durante la atención prenatal a mujeres de bajo riesgo, según la normativa que es un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible que contribuye a la actualización de los conocimientos del manejo de la atención prenatal.

Este estudio se realizó en el puesto de salud Lacayo Farfán del departamento de Matagalpa que actualmente atiende un promedio de 18 atenciones prenatales de bajo riesgo constituyendo el universo de estudio y a la vez la muestra, es descriptivo de corte transversal y prospectivo. Se aplicó el método teórico al documentar las intervenciones descrita en MINSA, Normativa, (2015), para el cual se definieron los siguientes criterios: Satisfactorio= Realiza la actividad correctamente, Insatisfactorio= Realiza la actividad en forma incorrecta y/o incompleta, No Observado= El/la participante no realizo la actividad durante la evaluación, No aplica= El participante no realiza la actividad porque en esa unidad la realiza el médico o la actividad no corresponde en el momento se utilizaron los programas Excel estadísticos, Epi Info, Word y power point para la documentación, análisis y presentación de los resultados según las variables en estudio que fueron: intervenciones de enfermería y evaluación de intervenciones.

II. JUSTIFICACIÓN:

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

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

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

III. OBJETIVOS:

Objetivo General:

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el puesto de salud Lacayo Farfán del departamento de Matagalpa.

Objetivos Específicos:

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

IV. Desarrollo del tema:

Puesto de salud Lacayo Farfán:

Está situado en la colonia Rubén Darío con la siguiente ubicación geográfica al norte con urbanización Arancaria al sur con Barrio Guanuca al Este Barrio Las Marías al Oeste Rio Molino norte -Urbanización las Mairena; con una población de 1375 habitantes, cuenta con personal calificado una Lic. en salud pública y con maestría en sexual y reproductiva una Lic. Enfermería con especialidad en ginecoobstetricia, médico general, personal de apoyo y dos brigadistas de salud.

Está compuesto por dos varios, Colonia Rubén Darío y el residencial molino norte etapa uno, ambos del noroeste de la ciudad de Matagalpa, dicho sector, cuenta con un colegio, con todos los servicios básicos y cuatro comunidades La Estrellita; el Tepeyac, La Flor y las Nuestras. Cuenta con servicios de Farmacia, sala de curación, sala de PAP, cocina, estadística, PAI y tres áreas de consulta.

Intervenciones de enfermería:

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas elaboradas por la enfermera/o para prevenir, curar, controlar y lograr los objetivos establecidos. (MINSa-No-128, 2014).

Tipos de intervenciones:

Interdependientes:

Definen las actividades que el personal de enfermería realiza en cooperación con otros miembros de salud. Este tipo de intervención incluye las prescripciones del médico, asistente social y fisioterapeuta.

Independientes:

Son actuaciones que realiza el profesional de enfermería, sin una indicación médica. Es decir son las actuaciones que las enfermeras están autorizadas a prescribir y ejecutar sin supervisión ni indicación de otros profesionales. Estas intervenciones

comprenden: cuidados físicos, actividades de la actividad de la vida diaria, educación sanitaria, promoción de la salud, la valoración/evaluación continúa.

De cuidado indirecto: Es un tratamiento realizado lejos del cuidado del paciente pero en beneficio del el mismo. Incluye las acciones de cuidado dependiente al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales. Estas acciones apoyan y complementa la eficacia de las intervenciones de enfermería directa.

De cuidado directo: consiste en tratamiento realizado a través de la intervención con el paciente, comprende acciones de enfermería fisiológicas psicosociales.

Cuidados de enfermería:

Cuidado de Enfermería es el conjunto de acciones claramente definidas y organizadas que Enfermería brinda a la persona, familia y la comunidad con el fin de ayudar a satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales que en continua integración con su entorno viven experiencias de salud o enfermedad sustentadas en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario del MINSA. (MINSA-No-128, 2014).

Principios éticos de enfermería:

Autonomía: designa el gobierno de sí mismo por las propias reglas, se incluye la capacidad de tomar elección libre de influencias externas.

Beneficencia: consta del deber de hacer el bien, derecho de la intimidad (confidencialidad), la información obtenida de una persona no será revelada a otra a menos que sea para su beneficio o que exista un lazo directo con una buena relación social.

Doble efecto: un principio que moralmente puede justificar algunas de las acciones y produce tanto efecto positivo como negativos debe cumplirse cada uno de los cuatro criterios:

La acción considerada es buena o moralmente neutra.

La persona intenta sinceramente hacer el bien y no el efecto negativo.

El efecto positivo no se logra por medio del efecto negativo.

Existe un balance proporcional o favorable del bien sobre el mal.

Principio del doble efecto: la respuesta a este dilema quizás podamos encontrarla en lo que se conoce como el principio del doble efecto; es uno de los principios más útiles, aunque también es un arma de doble filo, se basa en que el mal nunca debe quererse como medio ni como fin, ósea nunca debemos hacer voluntaria o intencionalmente el mal.

Fidelidad: mantener el compromiso. El deber de ser leal a los compromisos de cada persona incluye compromisos tanto explícitos como implícitos para otros.

Justicia: desde una amplia perspectiva la justicia establece que casos similares deben ser tratados de igual manera. Una versión más restringida de la justicia es la justicia distributiva, que designa la distribución de los beneficios y las cargas sociales. Diversas teorías de la justicia distributiva incluyen las siguientes notas que cada persona reciba:

Atención Prenatal:

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal, con el objetivo de monitorear la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del-a recién nacido/a. La atención debe ser precoz, periódica, continua, completa, de amplia cobertura, con calidad y equidad. (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 tubárica, ovárica, abdominal, intraligamentaria, intersticial, ístmica o cervical.

Embarazo molar.

Se caracteriza por la proliferación anormal de vellosidad coriónica.

Embarazo precoz.

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

Embarazo prolongado (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.

Expediente Clínico:

Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios; el expediente clínico es un documento médico-legal y ético, así como un elemento de prueba fehaciente de la atención médica a un paciente, por tanto el registro de datos contenidos en él tienen carácter de testimonio.

Objetivo del expediente clínico:

Establecer los procedimientos para regular las actividades y tareas de elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico; A fin de contar con información, evidencias y conocimientos requeridos para dispensar y administrar los servicios médico-sanitarios a las personas en todos los ámbitos y establecimientos del sector salud (MINSa-No-004, 2013)

Campos de aplicación:

Los principios normativos contenidos en esta Norma son de estricto cumplimiento para todos los profesionales de la salud involucrados en el manejo del expediente clínico, en todos los establecimientos proveedores de servicios de salud del sector público y privado. (MINSa-No-004, 2013).

Disposiciones generales del expediente clínico:

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.

Todos los proveedores de servicios de salud públicos y privados deben garantizar la confidencialidad y sigilo de toda la información en relación a la atención médica a las y los pacientes, registrada a través del expediente clínico orientado por problemas, al cual sólo el personal autorizado debe tener acceso, salvo las excepciones legales.

El expediente clínico podrá reproducirse o copiarse de forma parcial o total solamente en casos justificados con el debido permiso de la máxima autoridad del establecimiento prestador de servicios de salud; para tal efecto se podrá utilizar métodos mecánicos o electrónicos, incluidas las fotocopias, grabación en disco compacto (CD, DVD), cintas magnéticas y otras Tecnologías de Información y Comunicación autorizadas y disponibles.

El empleo del expediente clínico electrónico, medios digitales y de telecomunicación, se rigen por las políticas y normativas de las Tecnologías de

Información y Comunicación (TIC) establecidas por el MINSA de acuerdo al avance tecnológico alcanzado.

La verificación y el cumplimiento de la presente Norma, es competencia del Comité de la Calidad de la Atención a través del Sub-comité de auditoría médica y evaluación del expediente clínico de cada establecimiento proveedor de Servicios.

Utilidad del expediente clínico:

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. (MINSA-No-004, 2013).

Procedimientos que se anotan en el expediente clínico:

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. Para cumplir con estas obligaciones se utilizarán los formatos, correspondiente a la Hoja de identificación de las y los pacientes en donde se registran los datos generales de la o el paciente, así como los datos del (los) representante(s) legal(es) o los contactos en casos de emergencia; para ello existe un formato establecido por el Ministerio de Salud.

Levantar historia clínica y notas de ingreso:

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.

Contenido de la Historia Clínica:

Anamnesis Llamado también interrogatorio:

Debe ser completa, incluye:

Antecedentes personales y familiares patológicos, antecedentes personales no patológicos, antecedentes laborales, motivo de consulta e historia de la enfermedad actualizar, 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.

Exámenes de laboratorio y medios diagnósticos:

Se anexarán los resultados de laboratorios, reportes de ultrasonidos o rayos X, reportes de patología y otros medios diagnósticos que se les hayan realizado a las y los pacientes. Se incluyen en estos reportes todos los estudios realizados en consulta externa o emergencia, en sala de observación y los de la hospitalización. Los reportes histopatológicos o histoquímica siempre deben ser colocados al inicio de esta sección independientemente de la fecha en que este fue reportado. Todos estos reportes deben ser colocados en el formato establecido.

Evolución y seguimiento:

Tomar y registrar notas de enfermería, signos vitales y demás instrucciones médicas específicas. Deberá elaborarse por el personal de enfermería según la frecuencia pre-establecida u órdenes del profesional de la salud. En cada hoja debe registrarse el nombre completo de las y los pacientes y el número del expediente; nombre de establecimiento y servicio de atención. En cada nota se debe consignar: la fecha y hora de elaboración, nombre del personal de enfermería que la realiza, condiciones en que se recibe la o el paciente, signos vitales, administración de medicamentos con su fecha, hora, cantidad y vía, problemas que se presentan durante la atención, procedimientos realizados, condiciones en que se entrega al paciente, observaciones, firma y código del personal.

Tomar notas sobre la evolución del caso, notas de recibo y listado de problemas iniciales:

En la Nota de recibo, se registrará las condiciones en que se recibe al paciente en la sala de hospitalización e implica un abordaje integral de los problemas. Siempre debe de elaborarse por separado de la nota de ingreso independientemente del tiempo que transcurra entre una nota y la otra. Cada problema abordado en la nota de recibo debe ser evaluado de acuerdo a la secuencia SOAP.

Realizar valoraciones específicas:

Adicionalmente, las notas de evolución describen el proceso de atención recibida por pacientes en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud.

Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del caso durante su estadía. Las mismas deben ser suficientemente detalladas y deben expresar los cambios en la situación clínica de las y los pacientes. Esta información se organizará de acuerdo con la secuencia SOAP.

Asentar las condiciones del egreso en la epicrisis del caso:

La epicrisis debe resumir los procedimientos realizados, los principales exámenes de laboratorio, así como el tratamiento ambulatorio prescrito. El formato debe ser llenado por el personal médico, debidamente autorizado por el médico de base.

Historia clínica perinatal:

La 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. (MINSAs-106, 2013).

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.

Objetivos de la historia clínica perinatal:

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

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

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

Políticas de operación de la historia clínica perinatal:

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

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

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

Datos generales, antecedentes personales y familiares, gestación actual, parto u aborto, enfermedades durante la gestación, parto o puerperio, recién nacido/a puerperio inmediato, egreso del recién nacido/a, egreso materno, anticoncepción.

TABLA: 1 Llenado completo de expediente clínico Historia perinatal (HCP) y resto de formularios a embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	4	22.2%	4	22.2%	3	16.6%	15	83.2%
Insatisfactorio	0	0%	2	11.1%	1	5.5%	0	0%	3	16.66%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.%

Fuente: guía de observación

El llenado completo de expediente clínico y restos de formularios a las embarazadas en las atenciones prenatal el 83.2% (15) fue satisfactorio y el 16.6%(3) fue insatisfactorio.

Tomando en cuenta que esta actividad es interdependiente de enfermería es importante realizar el llenado completo de los espacios de manera clara y precisa para que el resto del equipo de salud preste atención al usuario y pueda interpretar lo descrito.

El personal de enfermería está obligado a hacer constancia de forma escrita en el expediente clínico cada vez que la paciente gestante visita el área de salud.

De gran importancia es la primera visita que significa captación, el recurso de enfermería toma el tiempo necesario para llenar todos los espacios que concede o estipula el expediente clínico y principalmente la hoja del control prenatal. Esta hoja que a la vez se convierte en un carnet identificación para el paciente.

Factores sociales:

El estrato socioeconómico y cultural bajo condiciona por el mismo, un terreno favorable para el progreso de muchos estados patológicos, ya que directamente afecta a las posibilidades de buena nutrición, dificulta la eliminación de factores de riesgo para el embarazo y favorece la falta de cooperación de la paciente para su control prenatal, debido a su deficiente nivel cultural, no solo por su desconocimiento o falta de información sino por la serie de conocimientos erróneos que las tradiciones populares les ofrecen.

La evolución socioeconómica del país ha condicionado cada día una mayor intervención de la mujer en las actividades laborales y es frecuente que la paciente embarazada encuentre en su actividad laboral riesgos específicos para el desarrollo de su embarazo. Así en algunos países socialistas la mujer embarazada es incapacitada desde la semana 16 de gestación y aún antes en algunos casos en que existen riesgos de radiación o de inhalación de tóxicos como en el caso de mujeres anesthesiólogos.

Los hábitos de consumo de tóxicos ha aumentado marcadamente en los últimos tiempos y por ello, resulta cada vez más frecuente encontrarse con mujeres embarazadas que utilizan drogas y tóxicos diversos. Todos ellos de elevado riesgo

para el producto y la buena evolución del embarazo. El hábito más difundido es, sin lugar a dudas el tabaquismo y además de los problemas genéricos de salud que dicho hábito condiciona a todo fumador, es necesario que todos los integrantes del equipo de salud hagamos saber a la mujer embarazada de las graves consecuencias que tener para el desarrollo de la gestación un consumo considerable de tabaco durante el mismo.

Violencia:

Se define como toda acción que tiene dirección e intención que una persona realiza contra otra, con la intención de causar daño, infringirle dolor físico, psicológico o ambos.

Tipos de violencia:

Violencia física:

Comprende las conductas en las que se usa la fuerza para producir heridas o lesiones corporales en las víctimas, independientemente de que se consiga o no este objetivo.

Violencia sexual:

Este tipo de maltrato puede ser considerado como una modalidad de maltrato físico y comprende cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer por su pareja a través de intimidación o coacción o bien cuando se produce en otras situaciones de indefensión.

Violencia psicológica y económica:

Los hombres tienen poder económico y de toma de decisiones en el hogar, las mujeres no tienen acceso fácil al divorcio y los adultos recurren habitualmente a la violencia para resolver sus conflictos; afecta al sentido de autoestima de una mujer y a su capacidad de participar en el mundo.

Violencia de pareja:

Al tener como escenario el vínculo o relación de pareja, este tipo de violencia es concebida como una de las formas más comunes de violencia, que incluye situaciones de maltrato físico, abuso sexual, abuso emocional, abuso económico y violencia recíproca que se producen de forma cíclica y con intensidad frecuente.

Pobreza:

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

Apoyo de familiar:

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

Apoyo de pareja:

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

Apoyo 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.

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

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Total	%
Satisfactorio	1	5.5%	1	16.67%	0	0%	0	00.0%	2	11.11%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	3	16.6%	5	27.7%	5	100.0%	3	100.0%	16	88.88%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

Sobre factores sociales enfermería el 88.8%(16) fue no observado y el 11.1%(2) fue satisfactorio.

Tomando en cuenta que los factores sociales como (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja y la situación psicoemocional) estos factores interfieren de manera negativa en la salud de las embarazadas. El personal de enfermería está capacitado para instruir a la paciente en cómo mejorar sus estilos de vida siempre buscando solución en la manera comunicativa. A pesar de esto el personal está incumpliendo con lo establecido en la normativa (011-2015), la cual dice que ay que indagar sobre estos en todas las atenciones prenatales.

Censo gerencial:

Censo Gerencial para las Embarazadas, Puérperas y Postnatales (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. (MINSAs-101, 2012)

Objetivos:

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

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

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

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

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

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. Las orientaciones del “Manual Metodológico del Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales”, son de cumplimiento obligatorio para todo el personal de salud que brinda atención directa a las embarazadas, puérperas y postnatales, del Sector Salud (establecimientos públicos y privados). Manual Metodológico: Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales. Managua:

Listado de

Procedimientos:

Se realizarán las siguientes acciones:

Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.

Actualización del Croquis

Análisis e interpretación de los datos:

Revisión Diaria del Censo Gerencial.

Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir.

Llenado del Reporte mensual de las Insistentes.

Insistentes; prevención y búsqueda.

Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria.

Monitoreo y Evaluación.

Datos Generales:

Encabezado:

Llenar con los datos correspondientes al SILAIS, Municipio, nombre de la comunidad, barrio, Empresa Beneficiaria (CMP, IPSS) Establecimiento de salud, Sector (según MOSAFC) y área (Rural o Urbano). También se anotarán aquí los datos de:

Año:

Es el año en que se está captando a las mujeres en el registro.

Cohorte:

Este término se utiliza para identificar el año en que las embarazadas registradas tienen programada su fecha probable de parto. Corresponde al año en que parirán todas las mujeres que se registran de acuerdo a su fecha probable de parto.

Meta anual:

Debe entenderse por el número de embarazos esperados en el año según estimaciones INIDE y que serán atendidas por los ESAFC del establecimiento de salud, ambiente o clínica correspondiente.

Meta mensual:

Se obtiene dividiendo la Meta Anual entre 12, lo cual nos dará como resultado un promedio del número de embarazadas que deberíamos captar cada mes.

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

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

Con respecto al ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas el 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

El personal de enfermería que está a cargo de controles prenatales está capacitado y obligado a actualizar desde la primera consulta al censo gerencial de la embarazada.

La constancia del censo hace la identificación de los factores de riesgo, indica la cantidad de mujeres embarazadas en la comunidad se controlan las inasistente para realizar visita domiciliar.es una herramienta gerencial fundamental que facilita el control de embarazada en una unidad de salud.

Antecedentes familiares, personales y obstétricos:

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

El embarazo es un hecho fisiológico normal en la vida de la mujer y, por tanto, en la consulta conviene abordarlo con criterios de actividad preventiva. Pero desde la visita preconcepciones debemos estar atentos a la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de una gestación normal. Se investigará la presencia de factores de riesgo familiares, personales y obstétricos, presentes antes de la gestación o que pudieran aparecer en su desarrollo.

Antecedentes personales:

Personales: se refiere antecedentes de diferente patología, modo de vida y características del mismo pacientes que pueden tener antecedentes de nacimientos infancia y pubertad así como antecedentes quirúrgico, antecedentes sistemáticos por aparato y laborales,

El interrogatorio sobre este tipo de antecedentes deberá ser completamente enfocado por el médico hacia aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También es importante marcar algunos padecimientos que por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, como por ejemplo en el caso de haber padecido rubéola con anterioridad.

Son padecimientos de gran importancia por la desventaja ante el embarazo que le ofrecen a la mujer afectada, la diabetes, las cardiopatías, la hipertensión arterial, nefropatías, cola genopatías.

También tienen importancia por la posible agresión farmacológica al producto, padecimientos maternos que obliguen a dar tratamientos con fármacos teratogénicos o tóxicos para el producto como en casos de neoplasias malignas, epilepsia.

Antecedentes guineo-obstétricos.

Además de investigarse la fecha de menarca, características del ciclo menstrual, fecha de iniciación de relaciones sexuales y medios anticonceptivos utilizados previamente, en este capítulo es muy importante determinar el número de embarazos, partos, cesáreas y abortos previos, la evolución de cada uno de los

embarazos, de los partos y puerperios, causas que condicionaron una cesárea y tipo de servicio en que esta fue realizada, el peso y características de los productos al nacimiento, tiempo de lactancia y por supuesto, la fecha de la última menstruación, haciendo hincapié en las característica de esa última menstruación, para diferenciarla de algún otro sangrado anormal.

Los datos patológicos presentados por la paciente en embarazos anteriores suelen ser elementos vitales para determinar conductas médicas. Ejemplo de lo antes mencionado sería el dato de una eclampsia o pre eclampsia severa en el embarazo anterior, de cesárea efectuada en un medio no especializado y con infección de la herida. (Méndez 1998).

Tabla 4: Indagar sobre antecedente familiares personales y obstétricos a embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

El personal de enfermería que realizó atención prenatal el 77.7%(14) fue no aplica y el 22.2%(4) fue satisfactorio.

El proceso de atención de enfermería consta de cinco pasos para determinar el estado actual de la paciente gestante. El personal de enfermería desde la primera atención, interviene con la valoración y llenado de los antecedentes familiares personales y obstétricos, después de realizar el examen físico y corrobora alguna anomalía.

Medición: Es la comparación de una magnitud con una unidad previamente establecida y que se utiliza para dar valor numérico a algunos atributos del paciente. (CORDERO RIZO, 2013)

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

Talla (cm): Este dato requiere ser medido directamente al momento de la primera visita de control. La técnica de medida consiste en que la gestante se ubique de pié, sin calzado, con los talones juntos, bien erguida, con los hombros hacia atrás, la vista al frente y su espalda en contacto con el tallímetro; el dato obtenido se registrará en centímetros. Se medirá en la primera visita de control. (MINSAL, 2013)

Objetivo de medir la talla:

Valorar el crecimiento del individuo, estado de salud enfermedad, también ayuda a determinar el diagnóstico médico o de enfermería. (CORDERO RIZO, 2013)

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

Técnica de la toma de talla:

Informar a la paciente la actividad que vamos a realizar, explicar su importancia y el porqué de realizarla.

Una toalla de papel en el piso o la planta del tallímetro.

Orientar y ayudar a la paciente a quitarse los zapatos.

Colocar a la paciente en posición alineada.

Hacer la lectura de la talla y anotarla en la hoja de registro correspondiente.

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. (MINSA 2012).

Tabla: 5 Realizar medición de la talla a embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 77.6%(14) fue no aplica por que esta actividad se realiza en la primer atención prenatal y el 22.2%(4) fue satisfactorio.

La talla de la embarazada se debe tomar en la primera atención prenatal tomando en cuenta la teoría antes expuesta con la técnica correcta para obtener resultados confiables que permitan a enfermería el análisis y diagnóstico favorable para la paciente.

Medición de peso:

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

Objetivos:

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

Técnica:

Verificar la ubicación y condiciones de la balanza la cual debe de estar ubicada sobre una superficie lisa y horizontal.

Explicar el procedimiento a la paciente y solicitar su consentimiento y colaboración.

Solicitar que se quite los zapatos y el exceso de ropa.

Colocar un campo en la plataforma de la balanza.

Ajustar la balanza en "o" antes de realizar la toma de peso.

Solicitar a la persona se coloque en el centro de la plataforma de la balanza en posición erguida y mirando al frente de la balanza con los brazos al costado del cuerpo con las palmas descansando sobre los muslos los talones ligeramente separados formando una V.

Deslizar las pesas mayor de kg hacia la derecha hasta que el extremo común de ambas orillas no se muevan luego retroceder una medida de kg considerando que la pesa menor este ubicado al extremo común de ambas orillas se mantengan en equilibrio en la parte central de la abertura lo contienen.

La pesa menor de kg hacia la derecha hasta que el extremo común de ambas orillas se mantengan en el equilibrio en la parte central de la abertura que la contiene.

Leer el peso en kg y las fracciones en gr y descartar el peso de las prendas con el que se les pesó a las personas.

Registrar el peso obtenido en kilogramos y con las fracciones que corresponda 100 gr. Con letras claras y legible (ejemplo 49.3 kg).

TABLA: 6 Medición del peso a la embarazada de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla refleja que el 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

La medición del peso de la embarazada se debe tomar en cada atención prenatal con la técnica correcta para obtener datos confiables para analizar e identificar cambios dándonos pautas para actuar oportunamente ante cualquier situación que comprometa la salud materna .la toma de peso precozmente nos ayuda a conocer el punto de inicio para ir evaluando la ganancia adecuada de peso materno.

Atención en salud bucal:

Examen Odontológico:

La atención odontológica en el embarazo es una oportunidad para promover la salud oral de la mujer. Se debe examinar la cavidad oral y registrar si se observan cambios en los tejidos blandos alrededor de los dientes. Marcar según corresponda, si el examen fuera anormal registrar y referir al odontólogo. En caso de ser normal registrar.

Objetivos:

Identificar la anatomía normal y cambios de las piezas dentales y la cavidad oral con el fin de ser tratada y/o referida.

Examen de mama:

Es la revisión periódica de las mamas por medio de la impacción y palpación, cuyo objetivo de las técnicas es detectar en un periodo temprano la aparición de anomalías (Ordeñana Claudia, 2012)

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

Objetivos:

Con el examen de mamas se busca identificar cambios que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del

examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. (MINSA, 2013)

Técnica:

Inspección:

Se observan ambas mamas tratando de descubrir asimetrías, abultamientos, deformaciones, retracciones, etc. El examen se efectúa estando la paciente acostada, sentada o de pie (hay que recordar que es una parte más del examen físico). Para distinguir asimetrías entre una y otra mama puede ser conveniente pedir a la persona que se siente y que ponga sus brazos a los lados en forma de jarra y empuje con sus manos contra las caderas. Después, se examina solicitándole que levante los brazos hacia arriba.

En las aréolas mamarias es posible distinguir unas prominencias pequeñas que corresponden a glándulas sebáceas (*tubérculos de Montgomery*) y algunos folículos pilosos.

Algunas mujeres presentan más debajo de las mamas, siguiendo la dirección de una supuesta línea mamaria embrionaria, unas formaciones solevantadas que corresponden a pezones, y eventualmente, mamas supernumerarias (recordar que esta condición es normal en animales mamíferos).

Palpación:

La palpación se efectúa habitualmente estando la paciente acostada de espalda. Se le pide que levante el brazo del lado que se va a examinar y coloque la mano detrás de la cabeza. Toda la glándula debe ser examinada, incluyendo los cuatro cuadrantes, el tejido bajo del pezón y la cola de las mamas. Además, se deben examinar las axilas.

El examen se efectúa presionando con los dedos contra la pared torácica. El recorrido puede ser en forma radial (desde el pezón a la periferia hasta completar todo el círculo) o por cuadrantes.

Examen de las axilas:

La palpación de las axilas tiene especial importancia por la posibilidad de encontrar ganglios comprometidos. Separando un poco el brazo, el examinador palpa la axila presionando contra la pared torácica. Con su mano derecha, palpa la axila izquierda, y con la mano izquierda, la axila derecha.

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

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	3	16.6%	0	0%	0	0%	0	0%	3	16.6%
Insatisfactorio	1	5.5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5.5%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla arroja que el 77.6%(14) fue no aplica, 16.6 (3) fue satisfactorio y el 55.5%(1) fue insatisfactorio.

El personal de enfermería debe realizar la inspección de la cavidad oral en la primera atención prenatal para detectar cambios y el estado de la boca dando pauta para actuar oportunamente brindando consejería sobre medidas higiénicas y hábitos alimenticios para mejorar o conservar las piezas dentales; de esta manera

se previene posibles alteraciones que comprometan el estado de salud materno fetal.

El examen de mama es una actividad que se realiza durante primer atención prenatal, este permite observar la anatomía normal y detectar posibles alteraciones como pezón invertido que puede afectar la posterior alimentación con la lactancia materna. Enfermería debe garantizar la privacidad de la gestante al momento de la revisión, debe demostrar ética y respeto para que exista una comunicación efectiva.

Calculo de la edad gestacional:

Edad gestacional:

Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación caracterizada como normal por la paciente hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos (MINSAN-011, 2015).

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

Objetivos:

Determinar cuántos días y semanas tiene de gestación el embrión /feto.

Técnicas para calcular la edad gestacional:

Existen dos métodos para asignar edad gestacional por medio: clínicos y ecográfico.

Por FUM:

La amenorrea debe de ser confiable y tiene mayor valor en aquellas pacientes con uso de método de planificación familiar, ciclos regulares. Debe de calcularse a partir del Primer día de la última menstruación; clínicamente es posible a partir de la altura del fondo uterino a partir de las 12 semanas. (MINSAN-011, 2015)

Técnica:

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

Por altura del fondo uterino:

La altura uterina incrementa progresivamente a lo largo del embarazo y refleja el crecimiento normal del feto. El útero después del cuarto mes de gestación, crece un promedio de cuatro a cinco cm cada mes, hasta el octavo mes; posterior a esta edad gestacional el crecimiento es a un ritmo no perceptible. Ver anexo 1.

Por ultrasonido (USG):

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

Ubicación del saco gestacional, vitalidad del embrión-feto, número de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional. (RALPH T, 2012)

Tabla 8: Cálculo de la edad gestacional (EG) a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		TOTAL	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 100%(18) atenciones prenatales el personal de enfermería realizó satisfactoriamente la actividad.

A través del cálculo de la edad gestacional se puede dar cuenta los días y semanas cumplidas que tiene el feto en el vientre materno, además permite informar a la gestante sobre los datos que se obtienen.

El personal de enfermería debe realizar esta actividad con la técnica correcta para evitar errores en el cálculo, los datos de la FUR deben ser confiables para establecer un buen diagnóstico.

Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal:

La alimentación y nutrición de la mujer es fundamental antes del embarazo, durante el embarazo y durante los primeros 6 meses de la vida de su hijo (a), al que tiene que alimentar exclusivamente al pecho. Si en alguna de estas etapas, se produce un desequilibrio entre los nutrientes que circulan en la sangre materna o en sus reservas corporales, se verá afectado el crecimiento y desarrollo del embrión y/o el desarrollo físico, el potencial de crecimiento, las capacidades de pensar, aprender, razonar y en general la salud y bienestar del niño o niña. (MINSAN-029, 2009).

El índice de masa corporal una herramienta de aplicación fácil, aceptada internacionalmente para la evaluación del estado nutricional, con valores aplicables a ambos sexos e independiente de la edad. Debe usarse para clasificar el sobrepeso y obesidad en adultos.

Técnica:

El IMC se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) entre la talla (altura) en metros al cuadrado, peso en kg/talla m².

Objetivos:

La evaluación del índice de masa corporal es importante en la primera atención prenatal (antes de las doce3 semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las atenciones prenatales subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de las mismas.

Con el fin de poder ir integrando cada uno de los factores de riesgo y la aparición de alteraciones en cada una de las etapa de la gestación con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes. (MINSAN, 2011)

De acuerdo a la Clasificación de la Organización Mundial de Salud (OMS) y el Instituto Médico de Nutrición durante el embarazo (IOM), el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al IMC.

Desnutrición: (< 18.5 Kg/m²)

Peso normal, **Eutrónica:** (18.5 – 24.9 Kg/m²)

Sobrepeso: (25 – 29.9 Kg/m²)

Obesidad: (> 30 Kg/m²)

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

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

La tabla indica que el 77.6%(14) fue no aplica por que esta actividad se realiza solo en la primer APN y el 22.2%(4) fue satisfactorio.

Esta actividad permite evaluar el estado nutricional en base al (IMC), de esta manera nos damos cuenta sobre la situación de la nutrición de la gestante para intervenir de manera oportuna en caso de una alteración.

Es importante realizarlo con los datos de peso y la talla correcta para hacer un cálculo adecuado del IMC. El personal de enfermería está capacitado para hacer un adecuado análisis e interpretación con el objetivo de encontrar posibles cambios en

los valores normales, es importante brindar una educación sobre hábitos alimenticios que garanticen la adecuada evolución del embarazo.

Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno:

El control del peso materno es una de las acciones de rutina durante la consulta prenatal. Por medio de este parámetro, y conociendo el peso pre gravídico de la mujer, se calcula la ganancia ponderal materna.

Esto es uno de los elementos con que se cuenta para evaluar la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su niño permite conocer tanto a nivel individual como poblacional el riesgo de presentar recién nacidos pequeños para su edad gestacional. (schwarcz, 1979)

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

La ganancia de peso recomendada durante el embarazo, según IMC pre-embarazo (recomendaciones del IOM):

Durante la gestación se espera un incremento de nueve a once quilogramo. Distribuido por trimestres: en el primer trimestre 1.5 KG en el segundo trimestre 5 KG, y en el tercero 4.5 KG.

Peso Pre – Embarazo	IMC (Kg/m2)	Ganancia de Peso en Libras	Peso recomendado Kg
Desnutrida	<18.5	28 – 40	12.5 – 18
Peso normal	18.5 - 24.9	25 – 35	11.5 – 16
Sobrepeso	25 -29.9	15 – 25	7 - 11.5
Obesa	> 30	11 - 20	5 -9
Embarazo gemelar	Independiente de IMC	35 – 45	15.9 - 20.4

Fuente: guía de observación

Tabla: 10 Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de evaluación

La tabla muestra que el 77.6%(14) fue satisfactorio y el 22.2%(4) fue no aplica por que esta actividad se realiza a partir de la segunda atención prenatal.

El personal de enfermería tiene la obligación de realizar en cada atención prenatal el control del incremento de peso e interpretar peso materno, con el objetivo de evaluar la adecuada ganancia de peso de acuerdo para la edad gestacional y de esta manera orientar sobre hábitos alimenticios que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de la gestante. Un adecuado incremento de peso en el embarazo ayuda al buen desarrollo del feto. El desarrollo del embarazo, estado nutricional tomando en cuenta los valores de referencia que ayudan a dar pautas para tomar medidas necesarias ante cambios que comprometan la salud materna y fetal.

El esquema de vacunación:

Es una guía de inmunizaciones, técnicamente diseñada, que indica, para las vacunas aprobadas en un país, cuáles son las edades de aplicación, el número de dosis, la vía de aplicación y la cantidad de vacuna por dosis. (MINSa-No-121, 2013)

Vacunación:

Se refiere a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad. (Normativa No-121 2013).

Vacuna dT:

Es una mezcla de toxoide diferido y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. Normativa 121(2013).

La vacuna antitetánica se administra a cualquier edad gestacional. La embarazada se considera inmunizada cuando ha recibido dos dosis con intervalos entre cuatro a ocho semanas.

Dosis.

0.5 cc por vía intramuscular en el tercio superior del brazo derecho o izquierdo (área del deltoides). Usar jeringa 22 G por 1 1/2 pulgada de largo.

Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis (normativa 121 2013).

Objetivos:

La inmunización adecuada a mujeres con toxoide tetánico, previene el tétano neonatal y puerperal. El recién nacido queda protegido gracias a los anticuerpos antitoxinas maternas, que pasan por la placenta al sistema circulatorio del feto. (Schwarcz, 1997).

Tabla: 11 Determinar esquema vigente de dT a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	3	16.6%	5	27.7%	0	0%	0	0%	8	44.4%
insatisfactorio	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	1	5.5%	1	5.5%	0	0%	0	0%	2	11.1%
N/A	0	0%	0	0%	5	27.7%	3	16.6%	8	55.3%
Total	4	22.2%	6	33.3%	0	27.7%	0	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

El personal de enfermería administro dT al 44.4%(8) fue satisfactorio y el 55.3%(8) fue no aplica y el 11.1% (2) fue no observado.

Esta vacuna se administra con el objetivo de prevenir algunas alteraciones que comprometan la salud materna y fetal. La inmunización con toxoide tetánico protegen a la madre y al bebe durante el desarrollo del embarazo, gracias al traspaso de anticuerpos.

El personal de enfermería debe cumplir con los 10 exacto, cumplir con las técnicas de asepsia y antisepsia al momento de la administración de la vacuna, además debe hacer conciencia y respetar las semanas de intervalo para cumplir el esquema completo para garantizar una atención integral de calidad.

Medición de los signos vitales.

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

sitio. Los signos vitales son frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria presión arterial y temperatura corporal.

Objetivo:

Valorar el estado de la salud, establecer un diagnostico

Tabla: 12 Determinación de la presión arterial (registro y análisis e interpretación) y resto de signos vitales a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla indica que el 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

Los signos vitales constituyen una herramienta indispensable que nos indican el estado funcional del individuo, Los cuatro signos son importantes, ya que todos trabajan en conjunto. Uno de los signos que se encuentre alterado, el resto se ve afectado. Su interpretación adecuada y oportuna ayuda a establecer un diagnóstico y a decidir sobre las conductas de manejo. Cabe destacar que esta acción es independiente de enfermería se debe realizar con la técnica correcta y completa para obtener cifras reales.

Exámenes de laboratorios:

Los exámenes de laboratorio son pruebas científicas y biológicas que se realizan con el fin de comprobar el equilibrio funcional de una persona (Gómez 2007).

Es un procedimiento de elección para identificar cualquier alteración en la salud, se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. (SCHWARTZ, 1995).

La determinación del grupo sanguíneo:

Es un método para indicar cuál es el tipo de sangre que el paciente tiene. El tipo de sangre que el paciente tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en los glóbulos rojos. Estas proteínas se llaman antígenos.

El tipo de sangre que tenga depende de si hay o no ciertas proteínas, llamadas antígenos, en los glóbulos rojos. El tipo de sangre (o grupo sanguíneo) depende de qué tipos de sangre heredó de los 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. (medline plus enciclopedia Medica , 2015)

PAP (Papanicolaou):

El frotis de Papanicolaou que recibe este nombre de su descubridor George Papanicolaou la realización de esta técnica es muy sencilla, consiste en 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 exdocérvix, la parte externa del cuello uterino y finalmente se realiza otra toma del endocérvix (la parte correspondiente al canal del cuello uterino, que comunica el interior de la cavidad uterina con la vagina).

Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla que posteriormente y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. (Normativa No-009-2008)

Se recomienda una revisión ginecológica durante el embarazo idealmente al momento de la captación para determinar elementos clínicos de infección, y alteraciones locales. Esto

incluye tomar una muestra para el Papanicolaou si el mismo no ha sido realizado en el último año.

Objetivos:

Detectar anormalidades o infecciones cervicales y vaginales para la detección precoz de complicaciones como abortos amenaza de parto prematuro.

VDRL:

Siglas inglesas de venereal disease research laboratoty.

Sigla con la que se conoce una prueba serológica de floculación aplicable al diagnóstico de la sífilis. Se utiliza ampliamente como prueba de selección y no pone de manifiesto anticuerpos específicos. Es una prueba reaginica treponemica, cuantitativa. Es positiva en una a tres semanas tras la aparición del chancro. Los títulos aumentan en la fase secundaria y luego disminuyen durante la latencia, pudiendo ser débilmente positivos en la sífilis terciaria. (ZAMORA, 2005)

Esta prueba se debe realizar al momento de la captación (antes de las 20 SG) y la siguiente en el tercer trimestre. (MINSA-No -011, 2015)

Hemoglobina:

Hemoproteína de color rojo, presente en el citoplasma de los eritrocitos; está formada por cuatro cadenas poli peptídicas (globina) a cada una de las cuales se une a un Hen; cuyo átomo de hierro es capaz de combinarse en forma reversible con el oxígeno.

La función más importante de la hemoglobina es llevar oxígeno a los tejidos, la hemoglobina es sintetizada en los eritrocitos, durante el proceso de formación de estas células, y cuando el eritrocito se destruye la fracción hemo es metabolizada a pigmentos biliares con recuperación del hierro.

La concentración de normal de hemoglobina en el plasma es de aproximadamente 14-16 mg/ml. (ZAMORA, 2005)

Glucemia (glicemia):

Concentración de glucosa en la sangre. En condiciones normales la glucemia se mantiene dentro de límites estrechos a lo largo del día. En ayuna oscila entre 60 y 120 mg/dl su producción ocurre principalmente en el hígado debido a la glucogenolisis y en, menor medida a la gluconeogénesis. La regulación o el ajuste a las necesidades del metabolismo intermediario. Sucede a través de un sinergismo nervioso-hormonal por la acción de la insulina y de las hormonas contra insulínicas, glucagón y adrenalina con la participación de la tiroxina, de las hormonas supra renales. (ZAMORA, 2005)

Según (MINSA-No -011, 2015) se debe manda una prueba de glicemia en todas las atenciones prenatales, con el objetivo de identificar una diabetes gestacional.

Examen de orina:

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

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

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

Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria 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. (MINSA-No -011, 2015)

Técnica

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos. (MINSA-No -011, 2015)

Consejería y prueba voluntaria de VIH.

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).

Consejería:

Es un servicio cuyo objetivo es proporcionar información actualizada, oportuna y científica sobre VIH y sida, brindar apoyo emocional, psicológico y legal a las personas que viven con VIH y a las personas afectadas por esta causa. Son procesos individuales que permiten al paciente cuestionar, compartir y decidir (llegar a aceptar) comportamientos preventivos alternativos; ayuda a las personas a comprender las implicaciones sobre la infección del VIH, fomentando la toma de decisiones informadas y respetando las características bio- psico sociales del paciente.

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

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

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le

realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18 meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna). Para cualquier duda adicional referirse a la Normativa 093, “Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita” del Ministerio de Salud. Normativa 118(2013).

ELISA: Tipo de examen de laboratorio, cuyo principio es la inmunoabsorción enzimática que permite detectar anticuerpos virales.

TABLA: 13 Envío de Exámenes de laboratorio: grupo y RH, PAP, VDRL/RPR Hemoglobina o BHC Glicemia, EGO Cintas reactivas de uro análisis cuando exista sospecha clínica Consejería y prueba voluntaria de VIH. A embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	4	22.2%	5	27.7%	5	27.7%	2	11.11%	16	88.8%
insatisfactorio	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	1	5.55%	0	0%	1	5.55%	2	11.11%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	4	22.2%	6	33.25%	5	27.7%	3	16.16%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

La tabla refleja que el 88.8%(16) fue satisfactorio y el 11.1%(2) fue no observado.

Tomando en cuenta que esta actividad es interdependiente de enfermería, debe poseer competencias en el análisis de los resultados con el fin de brindar una atención oportuna e integral.

Además debe brindar consejería necesaria, completa y garantizar confidencialidad, poniendo en práctica los principios éticos y morales para que exista una comunicación efectiva entre el personal de salud y la gestante.

Medición de la altura uterina:

La altura terina se mide en centímetros con una cinta métrica de material flexible e inextensible, desde el pubis hasta el fondo uterino. La altura uterina en función de la edad gestacional muestra un crecimiento lineal hasta la semana 37, con un discreto aplanamiento posterior. Este crecimiento se debe a un incremento constante de 0.8 cm por semana entre la semana 20 y 35. (Schwarcz, 1979).

Técnica para la medición de la altura uterina.

Se coloca la cinta obstétrica sobre la cara anterior del abdomen y apoye un extremo de la cinta sobre la sínfisis púbica, se fija con los dedos índice y medio de la mano dominante. Lleve el otro extremo entre sus dedos índice y medio de la otra mano, dirija la mano por la línea media del abdomen hasta localizar el fondo del útero, haciendo presión suave sobre el con el borde palmar de la mano. Mantenga la cinta métrica tensa y mida desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino. (Ordeñana Claudia, 2013) .El rango normal de la embarazada a las 16 SG es entre 12 y 17 cm, a las 20 SG es dentro de 15 y 21 cm, a las 28 SG es de 22y 27 cm, a las 36 SG entre 28 y 33 cm. (MINSa-NO-011-2015)

Tabla: 14 Medición de la altura del fondo uterino a embarazadas que recibieron atención prenatal de bajo riesgo por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	0	0%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	14	77.6%
insatisfactorio	0	0.0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	%	0	0%		0%	0	0%
N/A	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
Total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	1.66%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla refiere que el 77.7%(14) fue satisfactorio y el 22.2%(4) fue no aplica en la primer atención prenatal.

Esta actividad permite evaluar el desarrollo y crecimiento fetal así como cambios que puedan desviar su crecimiento, según la normativa del MINSA el personal de enfermería debe realizarla a partir de las 12 semanas de gestación tomando en cuenta los valores de referencia dentro del percentil 10 y 90, esta se grafica en la historia clínica perinatal al reverso. Se debe realizar con la técnica correcta para que las cifras sean confiables.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal:

Definición:

La frecuencia cardíaca fetal o fetocardia de feto humano son los latidos del corazón en un minuto. El corazón fetal aparece a la semana 6 y ya se puede detectar su latido mediante una ecografía Doppler gestacional a partir de la décima semana. Se puede escuchar de dos maneras: la primera con la corneta de 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 fetal.

La frecuencia cardíaca fetal basal oscila entre 120 y 160 latidos por minuto.

La auscultación tiene como finalidad descubrir y estudiar los ruidos cardiacos fetales.

La auscultación 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 echo por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal la frecuencia en condiciones normales oscila entre 120/160 latidos por minuto. (Schwarcz, 1979).

Técnicas de auscultación:

Se coloca 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 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 hacia el estetoscopio a este nivel se hace siguiendo capas sólidas que son buenas propagadoras del sonido.

Este partiendo del corazón atraviesa el pulmón sólido del feto (atelectasia), la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina, en relación con la pared abdominal donde se apoya el instrumento.

La cabeza del examinador ejercerá una presión suave pero continúa 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. (Schwarcz, 1979)

Tabla: 15 Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal a embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	0	0%	2	11.11%	5	27.7%	3	16.6%	10	55.5%
insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	4	22.2%	4	22.2%	0	0%	0	0%	8	44.4%
Total	4	22.2%	6	33.3%	0	27.7%	0	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla indica que el 55.5%(10) fue satisfactorio y el 44.4%(8) fue no aplica por que esta actividad se realiza después de las 20 SG.

El personal de enfermería que atiende controles prenatales, debe estar actualizado en conocimiento científico técnico que favorezcan la competencia y dar los mejores

consejos, contar con habilidades y destrezas para garantizar una atención integral; esta actividad es importante ya que a través de las cifras que se obtienen, permite valorar la vitalidad del feto, detectando cambios en la frecuencia cardiaca fetal (FCF) además permite informar a la gestante sobre la condición de su bebe, se debe realizar con la técnica correcta y en el tiempo correcto para obtener cifras confiables.

Movimientos fetales.

Muy precozmente el feto está animado de movimientos, pero son tan leves que no pueden percibirse. La percepción materna se produce entre las 16 y 20 semanas de amenorrea. Al principio el feto se desplaza en totalidad y la mujer siente una especie de roce en el abdomen, o bien el desplazamiento es más brusco y produce como un pequeño choque. Cando el feto es más voluminoso los movimientos son más netos y tienden a localizarse de acuerdo con la colocación fetal, que se torna más fija; consiste entonces en pequeños golpes dados con sus miembros, sobre todo con los pies. Solamente la percepción de los movimientos por un observador es un signo de certeza, pues la embarazada puede equivocarse. (Schwarcz, 1997).

Objetivos:

1-valorar la vitalidad fetal

Técnica:

TABLA: 16 Verificación de movimientos fetales a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	0	%	2	11.1%	5	27.7%	3	16.6%	10	55.4%
insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	4	22.2%	4	22.2%	0	0%	0	0%	8	44.4%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 55.4%(10) fue satisfactorio y el 44.4%(8) fue no aplica por que esta actividad se realiza a partir de las 20 semanas de gestación.

Esta actividad permite valorar los movimientos del feto y verificar la vitalidad a partir de las 18 semanas de gestación, es importante realizarla con la técnica adecuada, en el tiempo correcto para obtener resultados confiables, la adecuada adquisición del patrón normal de movimientos fetales indica un correcto desarrollo neuromuscular.

Los recurso de enfermería tienen la capacidad de encontrar cambios si estos así existieran y trabajar con la paciente para mantenerla en el estado normal además educar a la paciente que debe contar diariamente los movimientos de su hijo, durante una hora, debe recostarse levemente sobre su lado izquierdo, informar que el momento para efectuar el conteo es una hora después de almuerzo.

Verificación de presentación y situación fetal:

Maniobras de Leopoldo:

Son técnicas de palpación que se emplean para examinar el abdomen de la embarazada y así mismo detectar la presentación, situación y posición del feto.

Objetivo:

Determinar la posición y presentación del feto por medio de las cuatro maniobras de Leopold.

Primera maniobra:

Esta maniobra valora la situación del producto de la concepción y consiste en identificar el polo fetal que ocupa el fondo uterino, este puede ser la cabeza o las nalgas. La cabeza se palpa como una masa dura, redonda, lisa y móvil (Redonda, 'Regular y Resistente). Las nalgas se perciben como una masa grande, blanda e irregular. Esta maniobra se realiza de frente a la cara de la gestante y, utilizando los bordes cubitales de ambas manos, se palpa la parte superior del abdomen, tratando de abarcar por completo el fondo del útero.

Segunda maniobra:

Se utiliza para observar la posición del dorso fetal, que puede ser anterior, lateral o posterior. El dorso suele palparse como una estructura dura, convexa y resistente a la palpación; en cambio, las extremidades fetales son blandas, móviles, irregulares y numerosas. Esta maniobra se realiza de frente a la gestante, palpando el abdomen con gentileza, aplicando presión profunda con la palma de ambas manos. Una de las manos debe permanecer fija en un lado del abdomen mientras la mano opuesta explora el lado contrario, para concluir la exploración deben explorarse ambos lados del útero intercalando las manos.

Tercera maniobra:

Permite identificar la situación del polo fetal que ocupa la porción inferior del útero y establecer si se encuentra encajado en la pelvis. Utilizando el pulgar y los dedos de una mano se toma la porción inferior del abdomen de la gestante justo por encima de la sínfisis del pubis. De acuerdo a la sensación que dé la estructura palpada se puede determinar el tipo de presentación, al igual que en la primera maniobra. En caso de que el polo fetal inferior no se encuentre encajado en la pelvis, se sentirá como una masa móvil.

Cuarta maniobra:

En la cuarta maniobra, que es la única que se ejecuta mirando hacia los pies de la gestante, se trata de apreciar el grado de encajamiento y la actitud de la cabeza; consiste en buscar sobre la sínfisis púbica la prominencia frontal del feto, esto nos indica si ha descendido la presentación y si la cabeza se encuentra en flexión o extensión. Para realizarla se mueven los dedos de ambas manos gentilmente por los bordes inferiores del útero hacia el pubis. El lado donde haya mayor resistencia al descenso de los dedos corresponde a la frente. Si la cabeza del feto está bien flexionada la frente debería encontrarse en el lado opuesto de la espalda fetal. Si la cabeza se encuentra extendida entonces se palpará el occipucio y se encontrará localizado al mismo lado que el dorso del producto.

Presentación fetal: es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, ocupándola en gran parte, y que puede evolucionar por si misma dando

lugar a un mecanismo de parto. Las presentaciones son cefálicas y pelvianas. (MINSA, 2008)

Situación fetal: se denomina así a la relación existente entre el eje del ovoide fetal, el eje del ovoide uterino y el eje longitudinal de la madre. Los tipos de situación fetal son longitudinales, transversos y oblicuos. (MINSA, 2008).

TABLA: 17 Verificación de presentación y situación fetal a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
satisfactorio	0	0%	0	0%	5	27.7%	3	16.6%	8	44.3%
insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	4	22.2%	6	33.3%	0	0%	0	0%	10	55.5%
Total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla refleja que el 55.5%(10) fue no aplica por que esta actividad se realiza a partir de las 26 SG y el 44.3%(8) fue satisfactorio.

Esta actividad permite al personal de enfermería valorar la presentación y situación fetal después de las 26 semanas de gestación; de esta manera se informa a la gestante de la posición del bebe; además rebela cambios en la posición normal.

Dicha actividad se realiza con las cuatro técnicas de las maniobras de Leopold previamente se explica el procedimiento y el objetivo a la gestante, las primera tres maniobras se realizan mirando al frente de la paciente, la primera identificamos la presentación que puede ser cefálica y podálica con la segunda maniobra permite identificar a qué lado del abdomen de la madre se encuentra el dorso y que lado las partes fetales esta puede ser dorso izquierdo o derecho, con la tercer maniobra permite identificar que partes del feto se encuentran en la porción inferior del útero

y la cuarta maniobra se realiza mirando hacia los pies de la paciente permite identificar el nivel de encajamiento y la actitud de la cabeza.

Clasificación del embarazo:

Embarazo de bajo riesgo: es aquel el cual la madre o su hijo tiene probabilidad bajas de enfermar antes durante o después del parto.

Embarazo de alto riesgo: es aquel en que la madre o su hijo tienen mayor probabilidad de enfermar o morir o padecer secuelas ante durante o después del parto. (Normativa No 011 2009)

De acuerdo al formulario de clasificación de riesgo para la embarazada, si no tiene ningún factor de riesgo es clasificado como bajo riesgo obstétrico y la paciente embarazada que tiene un factor de riesgo es una paciente de alto riesgo que requiere cuidados especiales. Esta clasificación se basa en ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS. (MINSA-No-011, 2015)

Tabla: 18 el personal de enfermería realiza clasificación de embarazo a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

Esta actividad permite al personal de salud identificar y clasificar aquellas mujeres con posibles riesgos de alteraciones con el objetivo de ser tratadas y/o ser referida a otro nivel de mayor resolución para la vigilancia del embarazo.

Esta actividad debe ser realizada en cada atención prenatal para ir evaluando cada evento que se puede ir presentando durante todo el embarazo para ofrecer mayor seguridad a todo este proceso de gestación.

Consejería:

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

Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a y aclarar dudas.

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.

Objetivos:

Estandarizar las acciones de planificación familiar en promoción, prevención, información educación y oferta de métodos en todas las unidades de salud, a fin de contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, de manera que les permita tomar una decisión informada acerca de su vida reproductiva, así como el número y espaciamiento de sus embarazos.

Técnica de consejería de ACCEDA:

Atender a la persona usuaria.

Conversar, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.

Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.

Comunicar a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.

Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado. Describir cómo utilizar el método elegido:

Acordar con la usuaria la fecha de Visita de seguimiento.

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

La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA. (Normativa NO-002 2008).

La Leche Materna:

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos. (Normativa No-002 2008).

Se coloca en el primer lugar de la alimentación de los niños (as) desde recién nacidos hasta los 24 meses de edad por su contenido de sustancias nutritivas, por lo cual se recomienda su consumo de forma exclusiva y de forma continuada.

La leche materna contiene la cantidad de proteínas adecuadas a las necesidades del niño y niña. Si se compara la leche materna con la leche de vaca, se evidencia que esta última tiene más proteína, sin embargo sus concentraciones son mayores a las que un bebé necesita y son de una clase diferente, causando con frecuencia alergias. La mayoría de las proteínas son estables en la leche materna y en el tracto digestivo del recién nacido (no se destruyen fácilmente). Entre estas se encuentran la inmunoglobulina A, M y G, lactoferrina, lisozima, lipasa, lacto albúmina y caseína.

La leche materna además contiene las vitaminas que el bebé necesita, en las proporciones adecuadas por lo que no es necesario darle suplementos vitamínicos ni jugos de frutas durante los primeros seis meses de vida. Los jugos no solo no son necesarios sino que pueden causar problema al lactante menor, como es el caso de los de frutas cítricas que pueden precipitar la aparición de alergias en niños (as) predispuestos.

La leche materna es el único alimento que reúne todos los tipos de alimentos en uno, porque aporta todas las sustancias nutritivas que necesita el niño (a) menor de 6 meses y en los niños (as) mayores de 6 a 24 meses, la leche materna le aporta la mayoría de las sustancias nutritivas.

Cuenta además con la cantidad suficiente de hierro que el niño (a) necesita pues el hierro de la leche materna es absorbido hasta en un 50 % por el intestino, debido a los factores de transferencia (transferrina) contenidos en ésta y que no se encuentran en la leche de vaca. El hierro contenido en la leche de vaca, se absorbe solamente en un 10 % y el de las preparaciones de leche de vaca procesada fortalecidas con hierro (fórmulas), se absorbe solamente en un 4 %. De ahí que los niños amamantados con leche materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, tienen menor riesgo de desarrollar anemia ferropenia y no necesitan suplemento de hierro.

La leche materna tiene la cantidad adecuada de sal, calcio, fosfatos y agua que el bebé requiere, aún en climas cálidos. Contiene más lactosa (azúcar natural de la leche) que la mayoría de leches de otros mamíferos. La alta concentración de lactosa en la leche humana facilita la absorción del hierro y del calcio y promueve la colonización intestinal del lactobacilos bifidus, quien al mantener un ambiente ácido en el intestino, inhibe el crecimiento de bacterias, hongos y parásitos.

Lactancia Materna Exclusiva: Para los niños (as) menores de 6 meses, la leche materna se recomienda como único alimento, porque contiene todos los nutrientes necesarios para asegurar un buen crecimiento y desarrollo, inclusive llena sus necesidades de agua. Además, protege al niño (a) de enfermedades respiratorias, diarreas, alergias y desnutrición.

Lactancia Materna Continuada: Para los niños (as) mayores de 6 a 24 meses, la leche materna continua siendo el alimento más importante en la dieta durante el período de ablactación porque provee la mayor cantidad de proteína, vitaminas, minerales y ácidos grasos esenciales. Sin embargo en este periodo se comienza la introducción de alimentos que complementen las calorías que necesita el niño/a en esta etapa. De igual manera para los niños de 12 a 24 meses, la leche materna sigue constituyendo una fuente importante de nutrientes y energía. (MINSANo-002)

Consejería Lactancia Materna:

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

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

Los cambios en la leche materna después del parto. Y

Discutir las dudas y preguntas de la gestante.

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

Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda (si/no). En casos de atención por aborto no aplica llenar esta variable. Se marcarán de preferencia en el último trimestre de gestación.

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. (MINSANo-002)

Durante la atención prenatal, la primera acción para preparar a la mujer embarazada para la lactancia, es examinar los pechos, para que ella conozca el tipo de pezón que tiene y pueda practicar los ejercicios de preparación para lactar. Estos consisten en imitar la acción del mamar del bebé, jalándose repetidamente los pezones con los dedos y estirándolos o alargándolos lo más posible sin lastimarlos. Unas cuantas docenas de jalones todos los días, especialmente durante el último mes del

embarazo, sirve para que sus pechos se acostumbren a la acción del mamar. Posteriormente aconsejar sobre la posición, el agarre y la succión del bebé adecuados. (MINSA 2009).

Tabla: 19 Consejería sobre lactancia materna; planificación familiar y cuidados del recién nacido a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

La consejería es una acción que el personal de Enfermería realiza en cada atención prenatal con el objetivo de educar, informar y hacer conciencia a la gestante sobre temas de interés, como la importancia de la lactancia materna para el bebé ya que esta contiene los elementos necesarios para el buen crecimiento y desarrollo y prevención de enfermedades víricas y bacterianas esta debe ser exclusiva hasta los seis meses de edad y complementaria hasta los dos años; recomendando que debe darle las besas que sea necesaria y no poner un horario para darle., importancia del apego precoz ya que este permite un correcto desarrollo emocional del bebé creando un vínculo afectivo de madre e hijo además que esta sirve como método de planificación familiar los primeros seis meses de vida del niño. Además se brinda consejería sobre planificación familiar esta con el objetivo de que la paciente esté preparada para elegir el más adecuado después del parto, la planificación permite

decidir la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, dicha actividad se debe realizar de manera completa con información necesaria aclarando dudas e inquietudes para lograr que la usuaria comprenda la información.

El objetivo principal de la consejería es promover niveles de conducta, estilos de vida saludables, cumplimiento de tratamiento que reconozcan los signos de peligro en si disminuir los índice de morbimortalidad perinatal y sobre todo tener un ambiente de confianza con la gestante.

Concepto de prescripción de enfermería:

Se puede definir como la propuesta de acciones dirigidas a obtener la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y de la población basada en un juicio clínico y terapéutico de cuidado.

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. (Nagle, Henry Hitner, 2007).

Indicaciones del sulfato ferroso:

Tratamiento preventivo y curativo de la deficiencia de hierro y de la anemia ferro priva, en los casos de embarazo lactancia, y en crecimiento, dietas inadecuadas, convalencia, menstruación, trastorno en la absorción del hierro en tubo dijestivo y en todos aquellos casos en los que sea necesario recibir un aporte de hierro adicional. (Rodriguez Palomares C, Garfías Arvizu A).

Modo de indicación:

En embarazadas con anemia leve y moderada deberán de recibir 60 a 120 mg (1 a 2 tabletas) de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses.

Las pacientes con anemias severas deberán de recibir 120-200 (2 a 3 tabletas) mg de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses.

Para fines de cumplimiento de la norma se orienta embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor a 12 gr/dl) prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria.

En estudios revisados se encontró que el uso de suplemento de hierro en mujeres embarazadas no anémicas no deberá ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o de la madre y puede tener efectos desagradables secundarios así mismo no existe evidencias alguna que justifique usar sulfato ferroso 2 o 3 veces al día por incremento de reacciones adversas sin mostrar mayor beneficio.

Para fines de cumplimiento de la norma se orienta embarazadas con valores de hemoglobina normal (mayor a 12 gr/dl) prescribir 1 tableta sulfato ferroso (60mg) + ácido fólico (0.4 mg) diaria.

Suplemento con ácido fólico:

El ácido fólico, folacina o ácido pteroil-glutamico (la forma aneónica se llama folato), conocida también como vitamina B9, es una vitamina hidrosoluble del complejo de vitamina B, necesaria para la formación de proteínas estructurales y hemoglobina, por esto, transitivamente de los glóbulos rojos, su insuficiencia en los humanos es muy rara. Los términos fólicos y folatos derivan su nombre de la palabra latina folium, que significa hoja de árbol. (Nagle, Henry Hitner, 2007).

La administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales, juega su papel importante en la prevención de defecto de tubo neural: disminución en la prevención de ocurrencia de defectos de tubo neural en un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%, además de disminuir los defectos del tubo neural ayuda a prevenir otras malformaciones congénitas como: labio y paladar hendido, cardíacas, de extremidades, tracto urinario, e hidrocefalias.

4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después. (MINSa-No-011, 2015).

Motivo de uso:

1-prebencion de cambios anatomía fetal normal.

2-corrige deficiencias materna.

Dosis:

1-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.

TABLA: 20 Entrega de suplemento de sulfato ferroso y ácido fólico a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La tabla indica que al 100%(18) fue satisfactorio en todas las atenciones prenatales.

Estos medicamentos administrados en el embarazo juegan un papel importante en la salud de la gestante; el sulfato ferroso ayuda a mantener los niveles normales de hemoglobina; esta ayuda a oxigenar todas las células del cuerpo y permite el buen crecimiento y desarrollo del feto además previene cambios en los niveles normales de la hemoglobina.

El ácido fólico adicional administrado como profiláctico durante el embarazo ayuda a producir las células sanguíneas adicionales que el cuerpo necesita durante este período, también contribuye al rápido crecimiento de la placenta y el feto y previene alteraciones en la anatomía del feto; es importante informar a la usuaria los efectos

adverso y aconsejar que los refrescos cítricos ayudan mejor a la absorción del hierro y disminuyen las molestias.

Calcio:

El calcio es un elemento químico del grupo de los alcalinotérreos cuyo signo químico es Ca. Es esencial en muchos procesos metabólicos, incluyendo la función nerviosa, la contracción muscular y la coagulación sanguínea; el calcio es un componente importante de los huesos y de los dientes, el requerimiento normal diario de calcio es de un gramo al día aproximadamente, los productos lácteos leche y queso son la fuente principal de este elemento. (ZAMORA, 2005)

Los requerimientos de calcio durante el embarazo son muy altos. La mayoría de las recomendaciones de organismos de expertos sugieren ingestas de 1200 mg al día. Sin embargo, estudios metabólicos mostraron que se necesita una ingesta por encima de los dos gramos al día para alcanzar un balance positivo que satisfaga requerimientos maternos fetales. (Schwarcz, 1997).

El calcio es el elemento más abundante en el organismo humano. Es esencial para el mantenimiento de la estructura ósea, la transmisión del impulso nervioso, la excitabilidad neuromuscular, la coagulación de la sangre, la permeabilidad celular y la activación enzimática. Durante el embarazo se producen cambios en el metabolismo del calcio, como el aumento de la absorción intestinal, con el objetivo de facilitar su aporte desde la madre al feto, manteniendo los niveles plasmáticos y óseos maternos.

La administración de calcio a la embarazada disminuye significativamente el riesgo de: hipertensión arterial gestacional, pre-eclampsia, los malos resultados compuestos " muerte materna o morbilidad grave", los nacimientos pre términos, peso bajo al nacer y mortalidad neonatal, con mayor efecto en las embarazadas con baja ingesta de calcio y de alto riesgo. (MINSA, 2011).

Dosis:

600 mg/día vía oral 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.

Aspirina:

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

La aspirina, en mujeres en riesgo de preclamsia, reduce significativamente el riesgo de preclamsia, nacimiento pre termino, recién nacido pequeño para la edad gestacional y muerte perinatal. No hay evidencias de amentar el sangrado u otros daños a la madre o al recién nacido. (MINSa, 2011)

Prescripción de Aspirina:

Aspirina tableta de 100 mg/día oral antes de acostarse. Iniciar mínimo a las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Iniciar aspirina después de esta etapa no tiene ningún beneficio ni utilidad clínica. (MINSa-N-011)

TABLA: 21 Prescripción de calcio y aspirina a embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	3	16.6%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	17	94.4%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	1	5.5%	0	0%	0	0%	0	0%	1	5.5%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.%

Fuente: guía de observación

En la primera APN el 16.6%(3) fue satisfactorio y el 5.5%(1) no aplica por que en su momento tenía menos de 12 SG, en la segunda APN el 33.3%(6) fue satisfactorio, en la tercera APN el 27.7%(5) fue satisfactorio, en la cuarta APN el 16.6%(3) fue satisfactorio por que en su momento tenía menos de 36 SG.

Según normativa (011 2015) dice que se debe de empezar entre la semana 12/16 SG y discontinuar hasta la semana 36 SG en aquellas mujeres con factores de riesgos. Sin embargo el personal de enfermería está incumpliendo en la normativa por que las prescribe a todas las mujeres sin factores de riesgos. Dicho personal debe conocer y manejar adecuadamente la normativa para brindar una atención con calidad.

Albendazol:

El albendazol es u agente sintético derivado del benzimidazol; inhiben la captación de glucosa y otros nutrientes de bajo peso molecular, con depleción de los depósitos de glucógeno; se considera el tratamiento de elección contra áscaris lombricidas, trichuris trichiura, enterovirus vermiculares, entre otros. (Nagle, Henry Hitner, 2007)

Objetivos:

La administración de antiparasitario en la embarazada reduce significativamente la anemia en la embarazada y la mortalidad infantil. Este disminuye el bajo peso al nacer la mortalidad infantil al 6to mes de vida.

Dosis:

Albendazol 400 mg en el 2° y tercer trimestre.

Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en el II Y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazadas para cumplimiento de ambas dosis (MINSA-No-2015, 2015).

TABLA: 22 Entrega de albendazol embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	0	0%	2	11.1%	5	27.7%	3	16.6%	10	54.4%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	4	22.2%	0	0%	0	0%	4	22.2%
N/A	4	22.2%	0	0%	0	0%	0	0%	4	22.2%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

En la primer APN el 22.2%(4) fue no aplica, en la segunda APN el 11.5 (2) fue satisfactorio y el 22.2%(4) fue no observado, en la tercer APN el 27.7%(5) fue satisfactorio, en la cuarta APN el 16.6%(3) fue satisfactorio.

Según el (MINSA-N-011) El albendazol se administra en el segundo trimestre y tercer trimestre con una diferencia de 6 semanas del embarazo con la finalidad de desparasitar a la gestante, disminución en alteración de la sangre, y en feto bajo peso al nacer. El personal de enfermería debe respetar las semanas de intervalo entre ambas dosis y cumplir con lo establecido en la normativa.

Signo:

Es toda aquella sustancia perceptible portadora de significado. Este funciona como un vehículo de significado, soporte de información con respeto a un objeto determinado; ejemplos vómito, palidez, cianosis y signos vitales. (SEMILOGIA, 2015)

Síntoma:Es un dato objetivo y objetivable. El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de ambas. Ejemplos mareo, somnolencia y cefalea. (SEMILOGIA, 2015)

TABLA: 23

Consejería sobre signos y síntomas de peligro embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

La consejería es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas, Se debe explicar de manera simple y adecuada que ella pueda comprender la información, debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen un cambio anormal en la evolución normal del embarazo y que debe regresar a la unidad de salud para una valoración.

Plan de parto:

Es esfuerzo conjunto de la mujer, la familia, la comunidad organizada y el personal de salud para estar listo y a tiempo, desde el momento en que la mujer está embarazada, todo lo necesario para un parto sin complicaciones para la madre y el recién nacido. (MINSa-No-105, 2012)

Propósito del Plan de Parto:

Es que la embarazada, su pareja, su familia y la comunidad organizada, estén preparados para ayudar a la mujer en casos de los cambios que se pueden presentar en el momento del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Objetivos del Plan de Parto:

Mejorar el conocimiento de las mujeres, parejas y las familias sobre los cuidados durante su embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Promover, captar y referir a las embarazadas a la unidad de salud para que reciban atención prenatal, atención del parto, del puerperio y para la atención del recién nacido.

Involucrar a la familia de las embarazadas y la comunidad en los preparativos para la llegada de su hijo.

Motivar a las madres que usen un método de planificación familiar y que registren a los recién nacidos.

Beneficios del Plan de Parto:

Que la mujer y la familia tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido.

Que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido.

Reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Deciden que hacer en caso de complicación y donde buscar ayuda sin atrasos.

Deciden donde irán para la atención de su parto.

Promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante. Pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto. Promover el registro del recién nacido. (MINSA-No-105, 2012)

Esta estrategia está encaminada a orientar la organización, la atención precoz y el seguimiento de la misma, con la finalidad de mejorar el estado de salud de la

embarazada al fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar. (MINSA-N-011, 2015).

Modelo las Tres Demoras

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

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

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

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

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

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

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

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

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad

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

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

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-105, 2012)

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

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

El personal de enfermería realizó la negociación del plan parto fue satisfactorio en 18 embarazadas para un 100%.

El personal de enfermería en conjunto con la embarazada y familiares tiene la obligación de actualizar el plan parto en cada atención prenatal, es una forma de ir preparando a la gestante para ese momento tan esperado como es el parto. Este permite a la madre, pareja y familiares que tengan información sobre los cuidados durante el embarazo, parto, puerperio y los cuidados al recién nacido, que la pareja, la familia y la comunidad se comprometen con el cuidado de la mujer y el recién nacido, reconocer a tiempo las señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, decidir qué hacer en caso de complicación y donde buscar ayuda sin atrasos, decidir dónde irán para la atención de su parto, promover el ahorro para cubrir los gastos en la atención, sobre todo para garantizar el transporte, alojamiento y alimentación de ella y su acompañante, pensar en los métodos de planificación familiar que puede usar después del parto, promover el registro del recién nacido. Debe haber una buena comunicación para que sea efectivo este proceso.

Referencia a otro nivel de atención:

Es el mecanismo mediante el cual se traslada a un usuario de un nivel de atención otro nivel de resolución (mayor o menor) o de un servicio de atención a otro en el mismo establecimiento de salud; para dar respuesta o continuidad del proceso de atención en salud. (MINSA-No-011, 2013)

Se debe destacar que la muerte materna, a nivel mundial se relaciona con graves consecuencias para la familia y la comunidad. Se asocia con abandono infantil, desnutrición, mayor probabilidad de enfermar o morir de los/as recién nacidos/as que quedan en la orfandad, falta de acceso a la educación, violencia, falta de desarrollo social familiar y comunitario lo que conlleva a altos costos sanitarios y sociales, siendo una grave amenaza para el desarrollo de la comunidad y el país. (MINSA-No-109, abril 2013)

Por ello resulta de gran importancia reconocer en forma temprana y oportuna las complicaciones obstétricas que ponen en peligro la vida de la embarazada, y

realizar un abordaje inmediato y adecuado para evitar el agravamiento y la muerte de la mujer. El implementar acciones adecuadas, basadas en la evidencia, establecidas por protocolo de manejos y llevadas adelante por parte del personal de salud con competencias, puede reducir la razón de mortalidad materna. (MINSa-No-109, abril 2013)

Acciones para referir a hospitalización a embarazadas:

Plan de referencia: disponibilidad de transporte de la unidad de salud o solicitarlo a otra institución, personal de apoyo, medio de comunicación, equipo.

Coordinación previa: notificar a la unidad de salud donde se enviara, informar a familiar o acompañante sobre la condición de la embarazada, llenar adecuadamente la hoja de referencia.

Condiciones de traslado: Embarazada canalizada con gránula 16 o de mayor calibre, si se trata de hemorragia asegurar dos vías, oxígeno de 4 a 6 litros por minuto por catéter nasal, personal de salud con capacidad técnica resolutive que acompañe para monitoreo de signos vitales y evitando la pérdida de la vía permeable vascular.

TABLA: 25 Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería en parto asistido o si presenta alguna COE complicación obstétrica de emergencia. Por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	4	0%	6	0%	5	0%	3	0%	18	100%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.0%

Fuente: guía de observación

La referencia a otro nivel de mayor resolución fue no aplica para un total de 18 embarazadas para un 100% en todas las atenciones prenatales.

El personal de enfermería está capacitado para identificar cualquier cambio en el proceso normal de la gestación, debe poseer conocimiento científico-técnico para implementar acciones adecuadas con competencia, basadas en la evidencia, establecidas por protocolo de manejos con el objetivo mejorar salud materno fetal.

Enfermedades de transmisión sexual (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 pueden ser el resultado de hongos o protozoos.

Objetivo del manejo sintomático:

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

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

la microscopía, todos los proveedores de salud pueden tratar a pacientes con ETS, no solamente aquellos especializados en ETS.

Manejo Clínico:

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).

2-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, 2013)

TABLA: 26 Confirmar o descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ITS, manejo sindromico N-113 MINSA embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	4	22.2%	3	16.6%	2	11.1%	13	72.2%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	2	11.10%	2	11.1%	1	5.5%	5	27.7%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.%

Fuente: guía de evaluación

El personal de enfermería confirmo/verifico en un 72.2%(13) embarazadas y el 27.7 (5) fue no observado.

Las ETS tienen que ver con alteraciones de orden social, riesgo de contagio al compañero sexual y en el caso de la embarazada, riesgo para el feto. Tomando en cuenta que confirmar o descartar una ETS de manera oportuna permite dar atención preservando la salud materna fetal para garantizar que la gestación llegue a término.

Según la normativa (011 MINSA 2015), se deberá Confirmar o descartar alguna ETS y aplicar tratamiento según guía para la atención de ETS, N-113 MINSA, a todas las embarazadas.

Dexametazona:

(Fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineral corticoide insignificante. Indicaciones: maduración pulmonar fetal en la Amenaza de parto prematuro y preclamsia (útil solamente entre las 24 y 34 semanas de gestación. (MINSA, 2014)

Propósito de la administración:

Desde hace más de 6 décadas en ensayos controlados aleatorizados en mujeres se confirmó el efecto de los corticoides antenatales en la maduración fetal de muchos órganos y sistemas: cardiovascular, respiratorio, nervioso y gastrointestinal. A pesar de conocer que los corticoides antenatales es una intervención de bajo costo y gran impacto. (guia basada en evidencia que reducen la mortalidad y morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal, 2014)

Dosis:

Dexametazona: 6 mg IM c/12 horas por cuatro dosis (ciclo) único a partir de las 24 hasta las 34.6 SG (antes de las 35).

TABLA: 27

Aplicar dexametaxona 6mg IM c/12 horas x cuatro dosis (siclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6 semanas de gestación. Recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	0	0%	0	0%	3	16.6%	2	11.1%	5	27.7%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	%	0	0%	0	0%
N/A	4	22.2%	6	33.3%	2	11.1%	1	5.5%	13	72.2%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100.%

Fuente: guía de observación

La tabla muestra que el 72.2% que corresponde a 13 embarazadas fue no aplica y 27.7% fue satisfactorio que corresponde a 5 mujeres.

La normativa (011MINSa 2015) dice que la dexametazona se tomara en cuenta la administración a pacientes con riesgos durante todo el embarazo. El personal de enfermería debe conocer y manejar adecuadamente la norma y evitar el uso generalizado para brindar una atención de calidad.

El personal de enfermería debe tener presente las técnicas y procedimientos para la aplicación del medicamento y utilizarlos diez correcto; Administrar el fármaco correcto, administrar el fármaco al paciente correcto, administrar la dosis correcta, administrar el fármaco por la vía correcta, administrar el fármaco a la hora correcta, educar al usuario y la familia sobre fármaco que se administra, obtener una historia farmacológica completa del paciente, averiguar si el paciente tiene alguna alergia al medicamento, registros, tener responsabilidad en la administración del medicamento.

COE cuidados obstétricos esenciales:

Los cuidados obstétricos esenciales permite el manejo adecuado en los cambios de la evolución normal del embarazo en las unidades de salud.

Clasificación:

Cuidados obstétricos esenciales básicos (COE BÁSICO) y cuidados obstétricos esenciales completos (COE COMPLETO.)

Cuidados obstétricos esenciales básicos (COE BASICO): cuando se administra antibióticos, oxitócicos, anticonvulsivantes por vía parenteral, cuando se hace retiro manual de la placenta y de productos retenidos.

Cuidados obstétricos esenciales completos (COE COMPLETO): cuando además de las funciones mencionadas anteriormente, se administra sangre y se realiza operación cesárea. (MINSA-N-011, 2015)

TABLA: 28 Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal de las embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal por el personal de enfermería.

	1 APN		2 APN		3 APN		4 APN		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	total	%
Satisfactorio	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%
Insatisfactorio	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
total	4	22.2%	6	33.3%	5	27.7%	3	16.6%	18	100%

Fuente: guía de observación

El personal de enfermería evalúa la disponibilidad en un 100%(18) en todas las atenciones prenatales.

Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal de las embarazadas de bajo riesgo que recibió atención prenatal.

La disponibilidad de estos insumos en las unidades de salud son importante para tratar cambios en la condición normal de la gestante garantizando el adecuado manejo por parte del personal de enfermería; este debe poseer competencias manejando normas y protocolos. Dicho personal debe garantizar el adecuado almacenamiento y mantenimiento de estos insumos.

V. Evaluación de las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio.

Evaluación:

Proceso de operación continua, sistemática, flexible y funcional, que al integrarse al proceso de intervención profesional, señala en qué medida se responde a los problemas sobre los cuales interviene y se logran los objetivos y las metas, describiendo y analizando las formas de trabajo, los métodos y técnicas utilizadas y las causas principales de logros y fracasos (Tobón, 2013).

La evaluación permite valorar y medir desde la perspectiva cualitativa y cuantitativa los procesos de intervención social. Es posible de manera gradual y sistemática identificar los alcances, logros, obstáculos y limitaciones que se presentan; así también proponer acciones correctivas para modificar y/o orientar los rumbos del propio proceso. Mediante la evaluación se pretende determinar los cambios que se deben buscar y por qué, cómo y en qué medida se proceden los cambios deseados, el grado en que se alcanzan los objetivos que se han propuesto, la necesidad de modificar las acciones propuestas, la eficacia del programa y/o proyecto en qué forma se deberá modificar si es que lo requiere.

Categorías principales de la evaluación implementadas en el estudio

Satisfactorio:

Según la real academia española (2014), define a la palabra satisfactorio como aquello que satisface o puede satisfacer.

En la presente investigación a través del instrumento de recolección de información denominado guía de observación el término se utiliza con el significado de: el personal realiza la actividad de forma correcta y/o completa.

Insatisfactorio:

Según la real academia española (2014), define a la palabra satisfactorio como aquello que no satisface.

En la presente investigación a través del instrumento de recolección de información denominado guía de observación el término se utiliza con el significado de: el personal realiza la actividad de forma incorrecta o incompleta.

No observado:

El personal de enfermería no realizó la actividad.

No aplica:

La actividad la realiza el médico o no corresponde en ese momento.

Tabla N°: 29 Evaluación de las 28 actividades realizadas durante la atención prenatal.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	24	50%
Insatisfactorio	4	8.3%
No Observado	5	10.4%
No aplica	15	31.2%
Total	48	100%

Fuente: Guía de observación

El 54.1% de las actividades corresponde a la categoría satisfactoria; 31.2% a la categoría no aplica; el 10.4% a la categoría no observado y el 4.1% a la categoría insatisfactorio.

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

- 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 tres categorías, propósito final de este seminario de graduación representado en la tabla N°:30 expuesta a continuación:

Tabla N°:30 Evaluación de las 28 actividades realizadas por el personal de enfermería, en la atención prenatal.

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	24	50%
Insatisfactorio	9	18.7%
No aplica	15	31.2%
Total	48	100.00%

Fuente: Guía de observación

El 54.1% de las actividades resultan ser satisfactorias, 31.2% no aplica y el 14.5% insatisfactorio.

Se evidencia que el personal de enfermería del centro del puesto de salud de la Lacayo Farfán del departamento de Matagalpa que realiza atenciones prenatales de bajo riesgo no cumple a cabalidad con lo establecido en las normas y protocolos.

El buen cumplimiento de dichas normas contribuye a mejorar la atención con calidad y calidez de manera integral la vigilancia correcta del embarazo para que este llegue a término sin dificultades; cabe destacar que el no cumplir con la normativa contribuye a entorpecer este proceso gestación. Es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse como el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades destrezas y competencia que se implementan en los cuidados brindados a las usuarias durante la atención.

VI. Conclusiones:

1-Se documentaron las intervenciones de enfermería en la atención prenatal de bajo riesgo, establecidas en las normativas (MINSa-No-0112015),(MINSa-No-106-2013),(128-No-2014),MINSa-No-004-2013),(MINSa-029No-2009),(MINSa-No-105-2012),(MINSa-No-101-2012),(MINSa-No-113-2013) y en la Ley General de salud.

2-En la comparación de las intervenciones con el cuidado de enfermería se realizaron; llenado completo del expediente clínico y restos de formulario, ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, antecedentes familiares y obstétrico, medición de talla, medición de peso y talla, examen odontológico y de mama, cálculo de la edad gestacional, evaluación del estado nutricional en base al IMC, evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno, esquema vigente dT, signos vitales, exámenes de laboratorio, altura uterina, frecuencia cardíaca fetal, movimientos fetales, presentación y situación fetal, clasificación del alto riesgo obstétrico, consejería en lactancia materna y planificación familiar, sulfato ferroso y ácido fólico, albendazol, consejería en signos y síntomas de peligro, plan parto, confirmar o descartar alguna ETS, evaluar COE.

3- Se evaluaron las intervenciones aplicadas al cuidado de enfermería el 50 % de las actividades resultan ser satisfactorias, 31.2% no aplica y el 18.7% insatisfactorio.

VII. Bibliografía:

- CORDERO RIZO. (2013). compendio de examen fisico. matagalpa.
- Guia basada en evidencia que reducen la mortaliadad y morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal. (NOVIEMBRE de 2014).
- MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA -DRA RALPH T. (AGOSTO de 2012).
- Medline plus enciclopedia Medica . (2015).
- MICROSOFT ENCARTA. (2009).
- MINISTERIO DE LA SALUD Y LA NACION. (2012).
- MINSAs. (2008). *Normas y protocolo para la atencion prenatal , parto, puerperio y recien nacido de bajo riesgo*. managua: primera edicion.
- MINSAs. (febrero de 2011). intervenciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal. Managua, Nicaragua: 2da edicion.
- MINSAs. (2013). *GUIA PARA LA ATENCION DE LAS INFECCIONES DE TRANSMICION SEXUAL-MANEJO SINDROMICO-N-113*.
- MINSAs. (2013). *Normativa 106-manual para el llenado de la historia clinica perinatal(HCP)*. Managua.
- MINSAs. (2014). *FORMULARIO NACIONAL DE MEDICAMNETOS*. Managua- Nicaragua: 7ma edicion.
- MINSAs-No-029. (2009). *Normativa 029, Normas de alimentacion y nutricion para embarazadas, puerperas y niños menores de cinco año*. managua.
- MINSAs-No-004. (2013). *Norma para el manejo del expediente clinico y manual para el manejo del expediente clinico*. Managua: segunda edicion.
- MINSAs-No-011. (2013). *Norma para el manejo del expediente clinico y manual para el manejo del expediente clinico*. Managua: segunda edicion.
- MINSAs-No-011. (2015). *Normas y Prtocolo para la atencion prenatal, parto, recien nacido y puerperio de bajo riesgo*. Managua: 2da edicion.
- MINSAs-No-029. (2009). *Normas de alimentacion y nutricion para embarazadas, puerperas y niños menores de cinco año*. Managua.

- MINSANo-101. (noviembre de 2012). *Guía para el uso correcto del censo gerencial de las embarazadas*. Managua.
- MINSANo-105. (2012). *Guía metodológica de capacitación a la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura*. Managua.
- MINSANo-106. (2013). *Manual para el llenado de la historia clínica perinatal(HCP)*. Managua.
- MINSANo-109. (abril 2013). *Protocolo para la atención de las complicaciones obstétricas*. Managua.
- MINSANo-128. (2014). *Manual proceso de atención de Enfermería del sector salud*. Managua.
- MINSANo-2015. (2015). *Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo*. Managua: 2da edición.
- No-121. (2013). *NORMA TÉCNICA DE INMUNIZACIONES*. Managua: MINSAN.
- Nagle, Henry Hitner. (2007). *Introducción a la Farmacología*. México: 5ta edición.
- Ordeñana Claudia. (2013). *Compendio de Enfermería de la mujer*. Matagalpa: FAREN-Matagalpa.
- RALPH T. (AGOSTO de 2012). *MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA*.
- Rodríguez Palomares C, Garfías Arvizu A. (s.f.). *Farmacología para Enfermeras*. México.
- schwarcz. (1979). *obstetricia*. El ateneo.
- Schwarcz. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo: 5ta edición.
- SEMILOGIA*. (2015). Matagalpa: UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-FAREM-MATAGALPA.
- ZAMORA. (2005). *Diccionario Médico*. Bogotá. Colombia: 1 edición.


ANEXOS

ANEXOS: 1

Calculo de la edad gestacional en base a la altura del fondo uterino.

Información Resumida de la Cinta Obstétrica y Gestograma del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP OPS/OMS.							
Semanas amenorrea cumplidas	Valores Mínimos y Máximos Normales						Valores Máximos Normales
	Altura Uterina (cms) (*) P10-P90	Ganancia de peso materno (kg) P25-P90	Perímetro Abdominal Fetal por ECO, mm. P5-P95 (G)	Talla Fetal en cms P50 (G)	Peso fetal estimado (Kg)	Contracc. uterinas por hora P90	
13	8-12	0.4-3.5					
14	9-14	1.2-4.8					
15	10-15	1.3-4.9	64-113				
16	12-17	1.8-5.1	78-120				
17	13-18	2.4-6.4	94-127				
18	14-19	2.6-7.0	107-139				
19	14-20	2.9-8.1	118-152				
20	15-21	3.2-8.2	128-166	24	0.2-0.6		
21	16-22	4.1-8.6	140-177	26.2	0.24-0.7		
22	17-23	4.4-9.2	153-189	27.9	0.3-0.74		
23	18-23	4.7-10.5	159-199	29.5	0.36-0.8		
24	19-24	5.1-10.8	168-215	31.2	0.4-0.98		
25	20-25	5.6-11.3	179-225	32.8	0.47-1.0		
26	20-26	5.9-11.6	192-235	35	0.56-1.1	1	
27	21-27	6.0-11.7	201-247	36	0.6-1.3	3	
28	22-27	6.2-11.9	208-261	37	0.7-1.55	5	
29	23-28	6.9-12.7	220-277	39	0.8-1.8	7	
30	24-29	7.3-13.5	231-287	40.3	1.0-2.0	8	
31	24-30	7.6-13.9	244-298	41.6	1.1-2.2	8	
32	25-30	7.9-14.5	253-308	43.2	1.3-2.4	8	
33	26-31	8.1-14.7	263-319	44.7	1.5-2.6	8	
34	26-32	8.2-15.0	272-332	45.8	1.8-2.9	9	
35	27-33	8.2-15.4	282-345	46.7	2.0-3.2	9	
36	28-33	8.2-15.7	295-356	47.4	2.3-3.5	9	
37	29-34	8.2-16.0	305-362	49	2.5-3.7	9	
38	30-34	8.2-15.9	314-367	50	2.7-3.8		
39	31-35	8.2-16.0	322-378	50.2	2.8-3.9		
40	31-35	8.2-16.0	330-385	50.2	2.9-4.0		

(*): Fijar el 0 de la Cinta Obstétrica en el borde superior de la sínfisis púbica, deslizar la cinta entre el dedo índice y medio, hasta alcanzar el fondo uterino con el borde cubital de la mano.



(G): Información proveniente del Gestograma del CLAP.

Altura Uterina para la Amenorrea:
-Menor que la esperada puede indicar: Menor edad gestacional, retardo en crecimiento fetal, oligoamnios, muerte fetal.
-Mayor que la esperada puede indicar: Mayor edad gestacional, macrosomía, polihidramnios, gemelares, miomatosis.

Presión Arterial Normal: Todo el embarazo, madre sentada, en brazo derecho.
P5-P95 Sistólica: 95-135 mm Hg. **Diastólica:** 55-90 mm Hg

No. de Movimientos Fetales Percibidos por la madre en 2 horas (suma de 4 períodos de 30 min. En 1 día). **Valor Mínimo Normal entre 30-40 sem.:** 10 Movs.

FUENTE: NORMATIVA MINSA 011 2015

Anexo: 2

Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

FECHA DE NACIMIENTO: día mes año

ETNIA: blanca, indígena, mestiza, negra, otra

ALFA BETA: ninguno, positivo

ESTUDIOS: ninguno, primario, secundario, universitario, años en el mayor nivel

ESTADO CIVIL: casado, unión estable, soltero, otro

Lugar de origen: conaj, penales, Lugar del parto: Lugar del parto, otro

DOMICILIO: LOCALIDAD, TELEF. EDAD (años): < de 20, > de 25

DATOS DEMOGRÁFICOS

FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, VIH, etc.

PERSONALES: drogas, gestos, enfermedades, cardiopatías, nefropatías, VIH, etc.

OBSTETRICOS: gestos previos, abortos, vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos, etc.

FIN EMBARAZO ANTERIOR: da mes año, < 3 días, > 3 días

EMBARAZO PLANEADO: no, sí

FRACASO METODO ANTICONCEPCION: barrera, DIU, hormona, otro, ninguno

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR: Kg

IMC: TALLA (cm): 1

ES CONFIABLE por FUM, Eco < 20 s.

PLA ACT, PLA PAS, CROGAS, A COCHOL, VOLUNTARIA, ANTRIRUBOLA, ANTITETANICA, EX. NORMAL

CERVIX: insp. visual, PAP, COLP.

GRUPO: Rh, inmuniz. y globulina anti D

TOXOPLASMOSIS: < 20 sem IgG, ≥ 20 sem IgG, 1ª consulta IgM

Hb < 20 sem, Fe/FOLATOS indicados, Hb ≥ 20 sem, VIH - Diag - Tratamiento, SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento

GLUCEMIA EN AYUNAS: < 24 sem, ≥ 24 sem

ESTREPTOCOCCO B: 35-37 semanas

PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA

signos de alarma, exámenes, tratamientos

ATENCIONES PRENATALES

di, me, año, edad gest., peso (kg), P.A., altura uterina, greson, ticsion, FCF (lpm), (povim, fctales), proteínas, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, próxima cita

PARTO

FECHA DE INGRESO: día mes año

CONSULTAS PRE-NATALES: Institucional, Domiciliar, social, Otro

LUGAR DEL PARTO: Institucional, Domiciliar, social, Otro

HOSPITALIZ. EMBARAZO: completo, Incompleto, ninguno, nic

CORTICOIDES ANTENATALES: completo, Incompleto, ninguno, nic

INICIO: inducido, cesárea, espont.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA: hora, min, temperatura ≥ 38°C

EDAD GEST. el parto: < 37 sem, ≥ 37 sem

PROTECCION SITUACION: verbal, físico, barrera

TAMANO FEM. ADORDE: parca, familiar, otro, ninguno

ACOMPANANTE TDP: P, M, O, N, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z

CARNÉ: no, sí

hora, min, posición de la cabeza, PA, pulso, cont/10, dilatación, altura present., variedades posic., meconio, FCF tipo

HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes

infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto prelo, R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, ote cond. grave

HEMORRAGIA: 1º, 2º, 3º, postparto

infec. puerperal, TDP, Puerperal, Silla, VIH

TRABAJO DE PARTO

IRREGULAR, NACIMIENTO VIVO, MUERTO, posición PARTO: sentada, acostada, otros, solido por la usuaria

DEGARROS: 1 a 4

OCITOCICOS: presente, postparto, no

PLACENTA: completa, no, retenida

LIGADURA CORDON: no, sí

oculólogo, anest. en J, anest. analgesia, anest. local, anest. región, anest. gui, anest. trans, anest. otros, anest. apoplejico

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: INDOU, OPER

RECIEN NACIDO

SEXO: masculino, femenino

PESO AL NACER: longitud, cm

EDAD GESTACIONAL: P. CEPALICO, cm

PESO E.G., vitaminas, Profund. ocular, gde, riesgo precat

CUIDADOS AL RECIBIR NACIDO: vitamina K, Profund. ocular, gde, riesgo precat

APGAR: 1º, 2º

REALIZADO: respiración, meconio, oxígeno, massage, tubo

FALLECE en LUGAR de PARTO: no, sí

REFERIDO: día, hora, TPC, PA, pulso, invol. uter, loquico

ATENCION medico: gast, est, aus, estado, otros, Nombre

PARTO NEONATO: día, hora, TPC, PA, pulso, invol. uter, loquico

PUERPERIO INMEDIATO: día, hora, TPC, PA, pulso, invol. uter, loquico

DEFECTOS CONGENITOS

VIH en RN: Expuesto, Tto. no, sí

TAMIZAJE NEONATAL: VDRL, TSH, Hipotéa, Bilimú, Tpo, Meconio 1º día

Antirubéola post parto, Yglobulina anti D

EGRESO RN

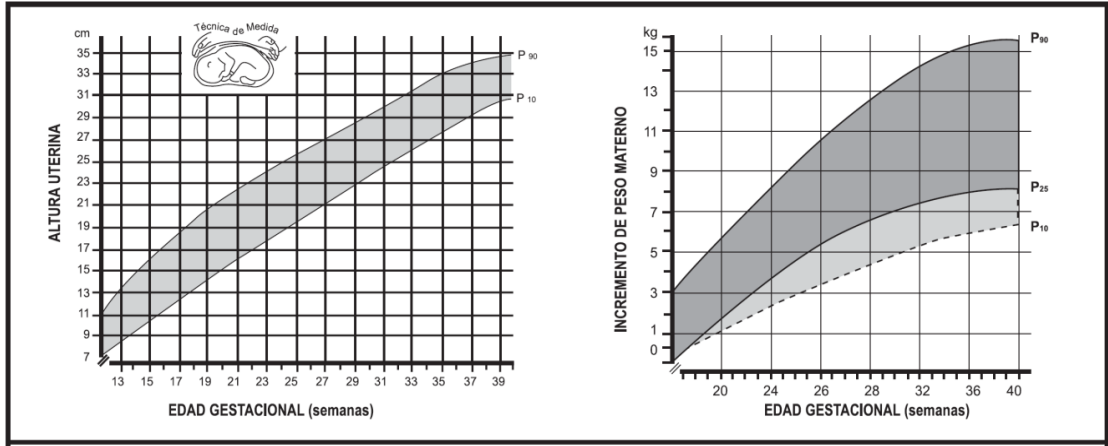
vivo, fallece, tratado, fallece durante o en lugar de traslado, EDAD AL EGRESO: días completos, < 1 día

ALIMENTO AL ALTA: lact. exc., BCG, PESO AL EGRESO: g

EGRESO MATERNO: tratado, lugar, día, mes, año, fallece durante o en lugar de traslado

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA, METODO ELEGIDO: DIU post-evento, DIU natural, barrera, hormona, ninguno

Nombre Recién Nacido: Responsable: Nombre Recién Nacido: Responsable:



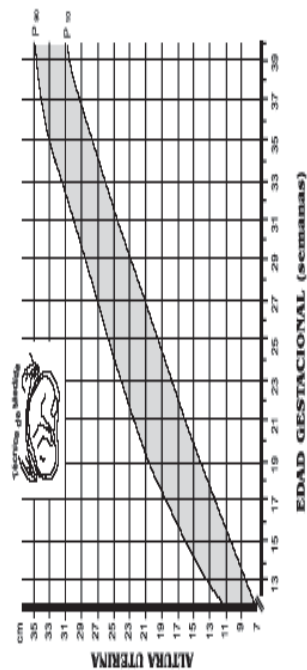
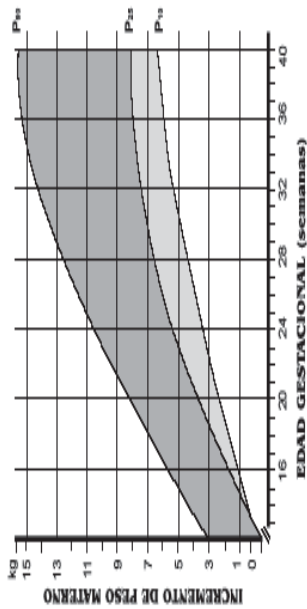
CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal LISTADO DE CODIGOS Historia Clínica Perinatal - Base

<p>PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)</p> <p>50 GESTACION MULTIPLE</p> <p>51 HIPERTENSION PREVIA</p> <p>01 Hipertensión previa esencial complicando EPP</p> <p>02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP</p> <p>52 PREECLAMPSIA</p> <p>04 Hipertensión transitoria del embarazo</p> <p>05 Preeclampsia leve</p> <p>06 Preeclampsia severa y moderada</p> <p>53 Hipertensión previa con proteinuria sobrealimentada</p> <p>54 ECLAMPSIA</p> <p>55 CARDIOPATIA</p> <p>56 DIABETES</p> <p>57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa</p> <p>58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa</p> <p>59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo</p> <p>07 Test de tolerancia a la glucosa normal</p> <p>60 INFECCION URINARIA</p> <p>08 Bacteriuria asintomática del embarazo</p> <p>61 OTRAS INFECCIONES</p> <p>62 Infecciones del tracto genital en el embarazo</p> <p>09 Sífilis complicando EPP</p> <p>10 Gonorrea complicando EPP</p> <p>11 Malaria</p> <p>12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)</p> <p>63 Hepatitis viral</p> <p>64 TBC complicando EPP</p> <p>78 Rubéola complicando EPP</p> <p>65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP</p> <p>66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO</p> <p>67 ANEMAZA DEL PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)</p> <p>13 Incompetencia cervical</p> <p>68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA</p> <p>14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto</p> <p>15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna</p> <p>16 Otros partos obstruidos por causa fetal</p> <p>69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE</p> <p>17 Mola hidatiforme</p> <p>18 Aborto espontáneo y aborto retenido</p> <p>19 Embarazo ectópico</p> <p>20 Aborto inducido y terapéutico</p> <p>21 Amenaza de aborto</p> <p>70 HEMORRAGIA DEL 2do Y 3er TRIMESTRE</p> <p>22 Placenta previa con hemorragia</p> <p>23 Desprendimiento prematuro de placenta</p>	<p>24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación</p> <p>25 Ruptura uterina antes o durante el parto</p> <p>26 Laceración obstétrica del cuello del útero</p> <p>71 ANEMIA</p> <p>27 Anemia por deficiencia de hierro</p> <p>72 RUPTURA PREMATURA A DE MENBRANAS</p> <p>28 Infección del saco amniótico y membranas</p> <p>73 INFECCION PUERPERAL</p> <p>29 Sepsis puerperal</p> <p>30 Infección mamaria asociada al nacimiento</p> <p>74 HEMORRAGIA POST PARTO</p> <p>31 Placenta retenida</p> <p>32 Útero atónico</p> <p>33 Laceraciones perinatales de 1ero y 2do grado</p> <p>34 Laceraciones perinatales de 3ero y 4to grado</p> <p>75 OTRAS PATOLOGIAS ATERNAS</p> <p>35 Placenta previa sin hemorragia</p> <p>36 Hipertensión gravídica</p> <p>37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión</p> <p>38 Dependencia de drogas</p> <p>39 Sufrimiento fetal</p> <p>40 Polihidramnios</p> <p>41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)</p> <p>42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical</p> <p>43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio</p> <p>44 Embolismo obstétrico</p> <p>45 Falta de cierre de la herida de cesárea</p> <p>46 Falta de cierre de la episiotomía</p> <p>47 SIDA</p> <p>76 HIV positivo</p> <p>48 Neoplasia maligna del cuello uterino</p> <p>49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria</p>	<p>HEMORRAGIAS</p> <p>07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido</p> <p>55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo prenatal</p> <p>56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)</p> <p>HIPERBILIRRUBINEMIAS</p> <p>08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh</p> <p>09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO</p> <p>10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino</p> <p>58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)</p> <p>11 Policitemia neonatal</p> <p>12 Anemia congénita</p> <p>13 Otras afecciones hematológicas</p> <p>INFECCIONES</p> <p>14 Diarrea</p> <p>15 Meningitis</p> <p>16 Onfalitis</p> <p>17 Conjuntivitis</p> <p>09 Infecciones de la piel del recién nacido</p> <p>18 Septicemia</p> <p>20 Enterocolitis necrotizante (ECN)</p> <p>49 Tétanos neonatal</p> <p>60 Sífilis congénita</p> <p>61 Enfermedades congénitas virales</p> <p>68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)</p> <p>69 Citomegalovirus (CMV)</p> <p>70 Toxoplasmosis congénita</p> <p>39 HIV positivo</p> <p>19 Otras infecciones del periodo perinatal</p> <p>NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)</p> <p>33 Hidrocefalia adquirida</p> <p>34 Leucomalacia periventricular y cerebral</p> <p>35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico</p> <p>36 Hemorragia intracraneana no traumática</p> <p>37 Convulsiones</p> <p>71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica</p> <p>38 Otras afecciones del estado cerebral</p> <p>METABOLICA/NUTRICIONAL</p> <p>43 Síndrome de "hijo de diabética"</p> <p>45 Hipoglucemia</p> <p>46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales</p> <p>66 OTRAS PATOLOGIAS RN</p> <p>40 Retinopatía de la prematuridad</p> <p>41 Hernia inguinal</p> <p>65 Síndrome de daño por frío</p>
--	--	--

<p>INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION</p> <p>01 Cesárea previa</p> <p>02 Sufrimiento fetal agudo</p> <p>03 Desproporción céfalo-pélvica</p> <p>04 Alteración de la contractilidad</p> <p>05 Parto prolongado</p> <p>06 Fracaso de la inducción</p> <p>07 Descenso detenido de la presentación</p> <p>08 Embarazo múltiple</p> <p>09 R.C.L.U.</p> <p>10 Parto de pretérmino</p> <p>11 Parto de posttérmino</p> <p>12 Presentación podálica</p> <p>13 Posición posterior</p> <p>14 Posición transversa</p> <p>15 Ruptura prematura de membranas</p> <p>16 Infección ovular (sospechada o confirmada)</p> <p>17 Placenta Previa</p> <p>18 Abrupto placentae</p> <p>19 Ruptura uterina</p> <p>20 Preeclampsia y eclampsia</p> <p>21 Herpes anogenital</p> <p>22 Condilomatosis genital</p> <p>23 Otras enfermedades maternas</p> <p>24 Muerte fetal</p> <p>25 Madre exhausta</p> <p>26 Otras</p> <p>76 VIH</p>	<p>ANOMALIAS CONGENITAS</p> <p>120 Anencefalia</p> <p>121 Espina bifida/Meningocele</p> <p>122 Hidranencefalia</p> <p>123 Hidrocefalia</p> <p>124 Microcefalia</p> <p>125 Holoprosencefalia</p> <p>127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central</p> <p>128 Tronco arterioso</p> <p>129 Trasposición grandes vasos</p> <p>130 Tetralogía de Fallot</p> <p>131 Ventrículo único</p> <p>132 Doble tracto de salida de vent. derecho</p> <p>133 Canal atrió-vent. completo</p> <p>134 Atresia pulmonar</p> <p>135 Atresia Incuspide</p> <p>136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo</p> <p>137 Coartación de aorta</p> <p>138 Retorno venoso pulmonar anómalo total</p> <p>139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias</p> <p>140 Paladar hendido</p> <p>141 Fístula traqueo-ensofágica</p> <p>142 Atresia esofágica</p> <p>143 Atresia de colon o recto</p> <p>144 Ano imperforado</p> <p>145 Onfalocelo</p> <p>146 Gastrosquisis</p> <p>147 Atresia duodenal</p> <p>148 Atresia yeyunal</p> <p>150 Atresia ileal</p> <p>150 Otras anomalías gastrointestinales</p> <p>151 Genitales malformados</p> <p>152 Agencia Renal bilateral</p> <p>153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos</p> <p>154 Hidronefrosis congénita</p> <p>155 Extrofia de la vejiga</p> <p>156 Otras anomalías nefrouinarias</p> <p>157 Trisomía 13</p> <p>158 Trisomía 18</p> <p>159 Síndrome de Down</p> <p>160 Otras anomalías cromosómicas</p> <p>126 Labio hendido</p> <p>161 Poldactilia</p> <p>162 Sindactilia</p> <p>163 Displasia esquelética</p> <p>164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)</p> <p>165 Hernia Diafragmática</p> <p>166 Hidrops fetalis</p> <p>167 Oligoamnios severo</p> <p>168 Otras anomalías musculoesqueléticas</p> <p>169 Anomalías Tegumentarias</p>
---	---

HCPESRVP-03/03

<p>MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO</p> <p>01 Lidocaina o similar</p> <p>02 Aminas simpatomiméticas</p> <p>03 Gases anestésicos (pentrane - fluorane - ox. nitroso)</p> <p>04 Barbitúricos</p> <p>05 Relajantes musculares</p> <p>06 Diazepodios</p> <p>07 Meperidina</p> <p>08 Espasmolíticos</p> <p>09 Oxitocina</p> <p>10 Prostaglandinas</p> <p>11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)</p> <p>12 Amnoglicósidos (gentamicina-amykacina)</p> <p>13 Entromicina</p> <p>14 Metronidazol</p> <p>15 Betamiméticos</p> <p>16 Inhibidores de prostaglandinas</p> <p>17 Antagonistas del calcio</p> <p>18 Sulfato de magnesio</p> <p>19 Hidralazina</p> <p>20 Beta Bloqueantes</p> <p>21 Otros antihipertensivos</p> <p>22 Sangre y derivados</p> <p>23 Heparina</p> <p>24 Corticoides</p> <p>25 Cardiotónicos</p> <p>26 Diuréticos</p> <p>27 Aminoflina</p> <p>28 Insulina</p> <p>29 Difenhidantoina</p> <p>30 Otros</p>
--



Ministerio de Salud

Proteja su Embarazo



Tome las vitaminas que entregarán en su unidad de salud.

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



Aplicuese la vacuna antitetánica

CUIDE DE SU HIGIENE PERSONAL.



Usted debe recibir atención inmediata si presenta:

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



República de Nicaragua Ministerio de Salud Carné Perinatal



EN CASO DE SEÑALES DE PELIGRO ACUDA DE INMEDIATO AL HOSPITAL



FUERTE DOLOR DE CABEZA



SANGRADO



HINCHAZÓN



PERDA DE LÍQUIDO



FIEBRE



DOLORES DE PARTO

Nombres: _____

Domicilio: _____

Unidad de Salud: _____

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

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

Anexos: 3 Formulario de Clasificación del Riesgo

Criterios para Clasificar el Riesgo en la Atención Prenatal

Nombres y Apellidos: _____ Número de Expediente Clínico: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

Instrucciones: Responda las siguientes preguntas marcando con una **X** en la casilla correspondiente en cada Atención Prenatal...

		1er APN		2º APN		3er APN		4º APN	
Antecedentes Obstétricos		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
1	Muerte fetal o muerte neonatal previas (28 SG – 7 días de vida)								
2	Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos consecutivos								
3	Peso al nacer del último bebé menor de 2500 g								
4	Peso al nacer del último bebé mayor de 4500 g								
5	¿Estuvo internada por hipertensión arterial o pre eclampsia / eclampsia en el último embarazo?								
6	Cirugías previas en el tracto reproductivo (miomectomía, resección del tabique, conización, cesárea clásica, cerclaje cervical)/ Cesárea previa referir a las 36 SG								
Embarazo Actual		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
7	Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple								
8	Menos de 20 años de edad								
9	Más de 35 años de edad								
10	Isoinmunización Rh Negativa en el embarazo actual o en embarazos anteriores (Realizar Coombs en II y III trimestre)								
11	Sangrado vaginal								
12	Masa pélvica								
13	Presión Arterial Diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos								
Historia Clínica General		N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
14	Diabetes mellitus insulino dependiente								
15	Nefropatía								
16	Cardiopatía								
17	Consumo de drogas (incluido el consumo excesivo de alcohol)								
18	Cualquier enfermedad o afección médica severa. Por favor, especifique _____ _____								

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

¿Es elegible para Atención Prenatal de Alto Riesgo?	N o	Si	N o	Si	N o	Si	N o	Si
---	--------	----	--------	----	--------	----	--------	----

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

Fecha: _____ Nombre: _____ Firma: _____ (Personal responsable de APN) **fuentes:** normativa MINSA 011 2015

ANEXO: 4 operaciinalizacion de variables

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

ANEXO: 5 Guía de observación dirigida al personal de enfermería que labora en las unidades de salud y que realiza atención prenatal de bajo riesgo.

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

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

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

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

N/A: No aplica= El participante no realiza la actividad porque en esa unidad la realiza el médico o no aplica en ese momento.

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, Púerperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.	X	X		
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizara en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones)

				prenatales previas o muy alejados del ingreso)	
	> Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	> Glicemia	X	X	X	X
	> Examen General de Orina > Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica) . > Aplicar esquema de tratamiento de la IVU: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Esquema A: Nitrofurantoina con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofurantoina sin cubierta entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días. ▪ Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria y Nitritos: LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+) EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)	X EGO anormal con Cinta Esterasa Leucocitaria 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 <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	> PCR, Gota Gruesa y Chagas(según patología o endemicidad de la zona)	X	X	X	X
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. • Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X

21	Suplemento con Ácido Fólico: Prevención de ocurrencia (primera vez): <u>4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u> 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 \geq 30 Kg/m ² , Madre con anemia por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u>	X	X	X	X
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):				
	Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia previa • Anticuerpos anti fosfolípidos • Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente • IMC > 29 Kg/m² • Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en nietas) • Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) • Periodo Inter-genésico mayor a 10 años • Migraña • Tabaquismo 	NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGONICOS	X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día) , a partir de las 12 S/G) <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Abstención de alcohol. • Dejar de Fumar. • Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 		
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	En casos de Amenaza de Parto Prematuro ; 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante. 2. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg.		X 1. Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x 4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35) 2. Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla. <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicar como tratamiento de mantenimiento 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7 ○ SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina: Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud. 		

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

Fuente: normativa MINSA 011 2015