

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA



Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil II semestre año 2016.

TEMA:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de Cuidados durante la Atención Prenatal de bajo riesgo según Normas y Protocolo en el Departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

SUBTEMA:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de Cuidados durante la Atención Prenatal de bajo riesgo según Normas y Protocolo en el Centro de Salud San Benito Palermo sector # 1 del municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa Nicaragua II Semestre 2016.

AUTORES:

Br: Dalila del Rosario Díaz Suazo.

Br: Eddy Joel Martínez Orozco

TUTOR(A):

Mcs. Maricela Martínez Oliva

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA



Seminario de Graduación para Optar al Título de Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil II semestre 2016.

TEMA:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de Cuidados durante la Atención Prenatal de bajo riesgo según Normas y Protocolo en el Departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

SUBTEMA:

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de Cuidados durante la Atención Prenatal de bajo riesgo según Normas y Protocolo en el Centro de Salud San Benito Palermo sector # 1 del municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa Nicaragua II Semestre 2016.

AUTORES:

Br: Dalila del Rosario Díaz Suazo.

Br: Eddy Joel Martínez Orozco

TUTOR(A):

Mcs. Maricela Martínez Oliva

Indicé

Contenido

Dedicatoria	I
Agradecimientos.....	II
Resumen	III
IV. Introducción.....	9
V. Justificación.....	12
VI. Objetivos:	13
VII. Desarrollo del tema.	14
<i>VIII. Conclusiones.....</i>	<i>94</i>
<i>IX. bibliografía.....</i>	<i>95</i>
Anexos	
Anexo. 1.....	99
Anexo. 2.....	102
Anexo 3.....	103
Anexo 4.....	104

I. Dedicatoria

Este seminario de graduación para optar al título de licenciatura en enfermería con orientación materna infantil es dedicado con mucho cariño a las personas que nos apoyaron especialmente a:

Dios: por darnos la salud e inteligencia necesaria durante este tiempo de estudio, por permitirnos alcanzar esta meta que con mucho esfuerzo hemos luchado.

Nuestros padres: por brindarnos su apoyo incondicional en todo momento de nuestro trabajo investigativo.

Nuestros docentes: por estar allí siempre compartiendo sus conocimientos, guiándonos paso a paso para que nuestra formación sea de calidad.

Elaborado por:

Br: Dalila del Rosario Díaz Suazo

Br. Eddy Joel Martínez Orozco

II. Agradecimientos

Agradecemos especialmente a Dios por permitirnos llegar a esta fase de nuestra carrera con salud, sabiduría y entendimiento para lograr cada objetivo propuesto y de esta manera llegar a concluir este trabajo con éxito.

A nuestros profesores que año con año compartieron y nos regalaron el pan de la enseñanza induciéndonos a mejorar cada día en nuestro aprendizaje y formación siendo de gran beneficio para desarrollar habilidades en la recopilación de datos en este presente documento.

A Lic. Carlos Chavarría, director del centro de salud san Benito Palermo del municipio de Muy Muy Matagalpa por permitirnos realizar este estudio en este centro de salud.

A nuestros padres y familiares de una u otra forma nos han apoyado para que nuestro trabajo sea de calidad y han estado con nosotros en cada dificultad durante todo este tiempo que dedicamos a nuestros estudios.

Elaborado por:

Br Dalila del Rosario Díaz Suazo.

Br Eddy Joel Martínez Orozco.

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



Matagalpa, 11 de febrero del 2017

VALORACION DEL DOCENTE

Por este medio se informa, que el seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en enfermería materno infantil, que lleva por Tema general: intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en puestos de salud del departamento de Matagalpa año 2016 y con un sub tema Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas en el puesto de salud san Benito Palermo sector número uno municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016.

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

Autores:

Br: Díaz Suazo Dalila del Rosario

Br: Martínez Orozco Eddy Joel

MSc. Maricela Martínez olivas

III. Resumen

El presente estudio tiene como objetivo relacionar Intervenciones de enfermería y aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma en el centro de salud san Benito Palermo del municipio de Muy Muy Matagalpa sector # 1 año 2016.

Es una investigación descriptiva y prospectiva. Conto con una muestra de 24 casos de embarazadas que asistieron a su control prenatal en el centro de salud san Benito Palermo sector # 1, siendo todos embarazos de bajo riesgo.

Atención prenatal es la serie de visitas programada de la embarazada con el personal de salud donde se brindan cuidados óptimos con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados del recién nacido. (Normativa 011 minsa noviembre 2015.)

En la atención prenatal de bajo riesgo se realizan cuatro atenciones programadas. Lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias, la captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. Precoz: El embarazo se clasifica como de bajo y de alto riesgo. El embarazo de bajo riesgo: es aquel en el que la madre o su hijo tienen probabilidad bajas de enfermar antes, durante, o después del parto (normativa 011minsa noviembre 2015.)

Los resultados obtenidos en esta investigación a través de la guía de observación, arrojaron que solo un 52.55% del personal de enfermería que realiza atención prenatal cumplen con las normas y protocolos del MINSA.

Se concluye, que al evaluar las intervenciones de enfermería según normas y protocolos, en relación al cuidado que se le brinda a la usuaria en el puesto de salud en estudio, el personal de enfermería en un buen porcentaje, no cumple correctamente con algunas actividades descritas en las normas.

IV. 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 morbilidad y mortalidad que se genera a partir del otorgamiento de servicios institucionales de cuidado al embarazo. Tal es el caso de los cambios surgidos en la atención del embarazo.

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

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

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

En 1950 hubo los primeros indicios de control prenatal, pero fue hasta 1901 en que Ballantyne enfatizó la importancia de la vigilancia prenatal, que consiste en una serie de visitas programadas donde se brindan cuidados óptimos, acerca de la

evolución del embarazo y lograr una adecuada preparación para el parto y cuidados para el recién nacido. Mencionaremos solo los ítems más importantes, los cuales deben ser llenados por preferencia en el modelo de historia clínica perinatal del centro latinoamericano de perinatología (CLAP); Los requisitos básicos de la óptima atención prenatal deben ser precoces, periódicos, continúa 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.

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

Este es un estudio, descriptivo, prospectivo y de corte transversal, cuyo universo y muestra la constituyen 24 mujeres embarazadas de bajo riesgo que acudieron a su control prenatal, siendo estas mismas la unidad de análisis, se excluyeron a las embarazadas de alto riesgo; la obtención de información se logró a través de las pacientes y expedientes clínicos, se utilizó la guía de observación como instrumento de recolección de datos, en la cual se plasmó cada una de las actividades que se le realiza a la embarazada según la normativa 011, cuyos criterios de evaluación fueron: satisfactorio (s) el personal de enfermería realiza la actividad de forma correcta, insatisfactorio (I) el personal de enfermería realiza la actividad incompleta o incorrecta, no observado(N/O) no se observa que el personal de enfermería realice la actividad, y no aplica(N/A) la actividad la realiza otro personal, o no correspondía realizar la actividad al momento de la atención; se procesó la información en Word, Excel y Power Point.

V. Justificación

La morbi-mortalidad materna y neonatal representa un problema constante en la salud pública a nivel mundial por lo que necesario aplicar estrategias para el manejo adecuado de los factores de riesgo y prevención de complicaciones por lo que se estandariza el cuidado como es la atención prenatal lo que constituye una de las principales intervenciones basadas en evidencia.

Por lo que el presente trabajo tiene como propósito describir las intervenciones de enfermería y a la aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según norma en el centro de salud san Benito Palermo del municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa, Nicaragua II semestre 2016

Es significativa la importancia que tiene esta investigación porque, aporta un mayor conocimiento que verifique el cumplimiento adecuado de las intervenciones de enfermería en la atención prenatal.

Los resultados del mismo servirán a las autoridades de la institución para valorar el cumplimiento de las normas durante la atención prenatal, para prevenir y tratar la aparición de cambios anormales en el organismo de la gestante y promover el cumplimiento a las atenciones prenatales durante el embarazo y así disminuir los índices de morbi-mortalidad materna y perinatal.

VI. Objetivos:

Objetivo general:

Relacionar las intervenciones de enfermería según normativas y la aplicación de cuidados de enfermería durante la atención prenatal .En el centro de salud san Benito Palermo sector # 1 en el municipio de Muy Muy departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Objetivos específicos:

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

- 2) Comparar las intervenciones de enfermería en el aplicado cuidado durante la atención prenatal en las pacientes en estudio.

- 3) Evaluar las intervenciones aplicadas en el cuidado a las pacientes en estudio.

VII. Desarrollo del tema.

Descripción del lugar de estudio.

El centro de salud san Benito de Palermo está ubicado en la parte norte del municipio de muy muy, en las afueras de este municipio en el barrio la virgen, cuenta con una estructura moderna de: una sala de emergencia, una sala de puerperio, una sala de observacion una sala de labor y parto una área de atención a febriles(UAF) un laboratorio clínico, una farmacia, dos clínicas de atención a la población, una sala de PAP, una sala de estadísticas una sala de administración, una sala de odontología, una oficina de dirección, dos oficinas para asuntos varios, una bodega, una lavandería y recientemente este año 2017 se inauguró un auditorio y una clínica de medicina natural.

Tiene siete puestos de salud, 2 en el casco urbano y 5 en el rural, actualmente laboran: un director, una jefa de enfermería, un médico general, 4 médicos sociales, 9 enfermeras, dos enfermeros del MOSAFC, una farmacéutica, dos personal administrativo, una admisioncita y una de estadísticas, uno de bodega, una odontóloga dos personal de limpieza, 2 CPF.

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-Normativa-128, 2014).

Tipos de intervenciones.

Existen dos tipos diferenciados de intervenciones:

- Intervenciones propias o independientes, emanadas de la propia enfermera en los diagnósticos de enfermería.
- Intervenciones de colaboración, provenientes de otros profesionales en los problemas interdisciplinarios.

Tanto las intervenciones propias como las de colaboración, necesitan de un juicio de enfermería independiente, ya que es la enfermera el profesional que legalmente debe determinar si es adecuado iniciarlas.

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-Normativa-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: 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.

Embarazo:

Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación. (MINSA-normativa-011, 2015).

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

Embarazo de alto riesgo: es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del feto. (MINSA-normativa-011, 2015)

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-normativa-011, 2015)

En la Atención Prenatal de Bajo Riesgo se realizarán cuatro atenciones programadas, lo que permitirá el cumplimiento de las actividades necesarias. La captación (primera atención) debe ser lo más precoz posible siendo lo normado efectuarla en el primer trimestre de embarazo. (MINSA-Normativa-011, 2015).

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. (MINSA Normativa-004, 2013).

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 Normativa-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 Normativa-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. (MINSA Normativa-004, 2013)

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 Normativa-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 y cumplir con todos los puntos descritos en los formatos anexos. Incluye: antecedentes personales y familiares patológicos, antecedentes personales no patológicos antecedentes laborales, motivo de consulta e historia de la enfermedad actual, revisión por aparatos y sistemas: Debe consignarse y comentarse los datos positivos recopilados y 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 (subjetivo, objetivo, análisis, plan).

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.

Prescribir las instrucciones al egreso

Prescripciones dentro de los planes terapéuticos: instrucciones específicas en torno a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos: cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.

Prescripciones dentro de los planes educativos: instrucciones específicas al paciente o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados requeridos. Es fundamental que cada paciente y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución de los problemas.

Estas instrucciones quedarán documentadas en la Epicrisis que pertenece y se entrega el original al paciente al momento del egreso, incluye nombre, firma y código del médico tratante. Se debe utilizar el formato establecido por el Ministerio de Salud y no sustituye a la nota de contra referencia. (MINSA Normativa-004, 2013).

Historia clínica perinatal.

La historia clínica perinatal, 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,

cuenta con información actualizada y de calidad que le permitan realizar análisis y tomar decisiones de manera oportuna y acertada. (MINSA Normativa-106, 2013).

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. . (MINSA Normativa-106, 2013).

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 historia clínica perinatal 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 historia clínica perinatal forma parte del Expediente Clínico y está sujeta a las Auditorías Médicas.

La Historia Clínica Perinatal cuenta con diez segmentos:

1. Datos generales.
2. Antecedentes personales y familiares.
3. Gestación actual.
4. Parto u Aborto.

5. Enfermedades durante la gestación, parto o puerperio.
6. Recién nacido/a.
7. Puerperio Inmediato.
8. Egreso del Recién nacido/a.
9. Egreso Materno.
10. Anticoncepción. (MINSA Normativa-106, 2013)

Tabla# 1: Llenado completo de Expediente clínico Historia clínica perinatal (HCP) y resto de formularios de las embarazadas de bajo riesgo, por enfermería.

Llenado del expediente clínico	1er control		2do control		3er control		4to control		Total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	Frec	%
S	1	4.16%	3	12.50%	3	12.50%	4	16.66%	11	45.83%
I	5	20.83%	5	20.83%	1	4.16%	2	8.33%	13	54.16%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0%	0%
	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

El personal de enfermería realiza esta actividad en 11 expedientes equivalente al 45.83% de manera satisfactoria y en 13 54.16% de manera insatisfactoria.

El personal de enfermería está obligado a hacer constancia de forma escrita en el expediente clínico cada vez que la paciente gestante visite el área de salud, de igual manera debe realizar el registro de datos de forma clara y legible, para evitar malas interpretaciones en el resto del equipo de salud que atiende a la embarazada.

Es muy importante que en la primera visita que significa captación el personal de enfermería tome el tiempo necesario para llenar todos los espacios que conlleve a estipular al expediente clínico y principalmente la hoja de control prenatal.

Esta hoja que a su vez se convierte en un carnet de identidad para la paciente, el personal de enfermería debe informar sobre el cuidado que debe darle al carnet perinatal, y que debe andarlo a donde valla especialmente a las consultas prenatales.

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. 3ª Edición. Méndez (Mayo1998).

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. 3ª Edición. Méndez (Mayo1998).

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. 3ª Edición. Méndez (Mayo1998)

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

Tabla #2: El personal de enfermería indaga sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja), evalúa la situación psicoemocional.

Indagar factores sociales	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	5	20.83%	3	12.50%	2	8.33%	1	4.16%	11	45.83%
I	0	0%	1	4.16%	1	4.16%	1	4.16%	3	12.50%
N/O	1	4.16%	4	16.66%	1	4.16%	4	16.66%	10	41.67%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

Sobre factores sociales ya descritos en la teoría enfermería realiza satisfactoriamente la identificación de estos en 11 pacientes que significa el 45.83% y de manera insatisfactorio lo realizan en 3 pacientes que son el 12.50% y el 41.67% equivalente a 10 no se observó, otras categorías no clasifican.

Tomando en cuenta que los factores sociales como: pobreza, violencia, nivel cultural, están inmersas en todas las gestantes a nivel mundial, pero el personal de enfermería debe estar capacitado para instruir a las pacientes y familia a mejorar sus actitudes de vida siempre buscando solución en la manera conveniente, haciendo referencia a la gestante sobre la manera de evitar cualquier tipo de maltrato, que sea consiente identificando situaciones de violencia aceptándola, es como se puede salir de esta, brindando la información necesaria de cómo estas situaciones afectan el bienestar fetal y todo el desarrollo del embarazo.

Según la normativa 011 2015 se debe realizar esta actividad antes mencionada en todas las atenciones prenatales siendo necesario para llevar a obtener resultados que beneficien a la embarazada y al personal de enfermería. Según los resultados un porcentaje significativo del personal de enfermería no se observó que indagara sobre factores sociales, de esta manera no llevando al cumplimiento la normativa.

Censo gerencial de las embarazadas:

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. (MINSA Normativa-101, 2012).

Objetivos del censo gerencial.

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

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

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

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

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

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. (MINSA Normativa-101, 2012)

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). (MINSA Normativa-101, 2012)

Listado de Procedimientos

1. Llenado y actualización de la Boleta del Censo Gerencial.
2. Actualización del Croquis
3. Análisis e interpretación de los datos
 - a) Revisión Diaria del Censo Gerencial
 - b) Llenado del Control Semanal de Embarazadas Próximas a Parir
 - c) Llenado del Reporte mensual de las Inasistentes
 - d) Inasistentes; prevención y búsqueda
4. Retroalimentación, en coordinación con la red comunitaria
5. Monitoreo y Evaluación (MINSA Normativa-101, 2012).

Tabla # 3: El personal de enfermería que realiza atención prenatal, hace ingreso y seguimiento al censo gerencial de las embarazadas de bajo riesgo.

Ingreso al censo gerencial	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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.	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: Guía de observación.

Al 100% (24) de las embarazadas que se les atendió en los controles prenatales se les ingresó y actualizó al censo gerencial.

El personal de enfermería que está a cargo de consultas de controles prenatales está capacitado y obligado a actualizar en el censo gerencial a todas las embarazadas desde la primera consulta.

La constancia del censo hace la identificación de factores de riesgo, verifica la cantidad de mujeres embarazadas por comunidad, por municipio y a nivel nacional, se controla las inasistencias, para realizar visitas domiciliarias.

Es importante ingresar al censo a todas las embarazadas y de igual manera darles seguimiento, para llevar a cabo el cumplimiento de dichas normativas, y a la vez un mejor control de las embarazadas a las que se les brinda atención, y así sea esta de calidad.

Antecedentes familiares, personales y obstétricos.

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 Preconcepcionales 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. 3ª Edición. Méndez (Mayo1998).

Antecedentes hereditarios y familiares. Nos interesan los padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios como son la diabetes, errores congénitos del metabolismo, antecedentes e preclampsia, o bien, infecciosos contagiosos. Todas aquellas alteraciones médicas, hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar a la paciente o a su descendencia.

Antecedentes personales patológicos. 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.

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

.Antecedentes gineco-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 características 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 un cambio en el organismo de la embarazada en el embarazo anterior, de cesárea efectuada en un medio no especializado y con infección de la herida. (Méndez 1998).

Tabla # 4: Antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos analizados por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Antecedentes familiares personales y obstétrico	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	5	20.83 %	6	25%	4	16.66 %	4	16.66%	19	79.17 %
I	1	4.16%	1	4.16%	0	0%	2	8.33%	4	16.66 %
N/O	0	0%	0	0%	1	4.16%	0	0%	1	4.16%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	25%	7	29.16 %	5	20.83 %	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En la atención prenatal antecedentes familiares y personales y antecedentes obstétricos el 79.17%(19) fue satisfactorio, el 16.66% (4) fue insatisfactorio y el 4.16%(1) no observado.

El proceso de enfermería cuenta 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 y personales, después realizar el examen físico y corroborar algunas anomalías que la gestante haya referido o que se pueden encontrar durante la exploración.

Tomando en cuenta que estos antecedentes son indicadores que pueden guiar para estar alerta ante cualquier evento que se pueda presentar en el embarazo es importante tomar en cuenta que pueden llevar a un cambio desfavorable en un futuro durante el embarazo, por lo tanto realizar esta actividad, de manera oportuna siempre tomando en cuenta lo que refiere la gestante se lograra satisfacer las necesidades de la usuaria y al personal de enfermería alcanzar sus objetivos, esto según la normativa del minsa 011 2015 se debe cumplir en toda atención prenatal un gran porcentaje del personal si cumple con normativas un porcentaje mínimo aun no lleva a cabo lo normado.

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. (MS.c. Marcia Cordero Rizo, Lic Nidia Espinoza, 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. (MINSA Normativa-106, 2013)

Objetivo de medir la talla. Obtener la talla exacta para ayudar a establecer el diagnóstico médico o de enfermería del paciente, valorar el crecimiento del individuo, estado de salud enfermedad. (MS.c Marcia Zulema Cordero Rizo, Lic.Nidia Espinoza., 2013).

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..

-Colocar a la paciente en posición alineada sin zapatos.

-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. (Ministerio de Salud 2012)

Tabla: # 5 Medición de la talla con la técnica correcta a embarazadas por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas.

Medición de talla	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	4	16.67%	0	0%	0	0%	0	0%	4	16.67%
I	2	8.33%	0	0%	0	0%	0	0%	2	8.33%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	7	29.16%	5	20.83%	6	25%	18	74.49%
Total	6	25%	7	29.16%	5	20.83%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En la atención prenatal la medición de la talla el 16.67%(4) fue satisfactorio, el 8.33%(2) fue insatisfactorio y el 74.49%(18) no aplica.

En las normativas del MINSA se encuentra escrito que la medición de talla en la mujer embarazada debe realizarse en su primera atención prenatal. El personal de enfermería tiene que estar consiente que tomar la talla correctamente está relacionado al peso idóneo durante los nueve meses de gestación; De igual manera se obtendrán datos reales y confiables, y se realizara una atención de calidad.

Esta es una actividad independiente de enfermería donde debe cumplir sus conocimientos científicos técnicos, debiéndose ejecutar en la primer atención prenatal debido que a medida que el embarazo avanza, la curvatura de la columna tiende a presentar modificaciones y por lo tanto entre más tardío se toma, es menos confiable la toma y el análisis de estos datos será no sería real.

Medición de peso: Es la medición de la masa corporal del individuo, serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal.

Objetivo de realizar la medición del peso.

Obtener un peso exacto para ayudar a establecer el diagnóstico y tratamiento del paciente.

Dar seguimiento a una enfermedad

Valorar el crecimiento y desarrollo del niño.

Equipos

Bascula graduada en libras o kilos

Papel periódico

Libreta

Expediente clínico

Lapicero.

Procedimiento:

Reunir equipo necesario.

Observar que la báscula esta nivelada.

Orientar a la paciente que se quite los zapatos y accesorios pesados.

Colocar papel periódico sobre la plancha de la báscula.

Ayudar al paciente a que se pare sobre en el centro de la plancha dando la espalda a la escala graduada.

Comprobar que el paciente está en equilibrio movilizar el marcador de la escala.

Leer el peso del paciente y anotarlo en la hoja correspondiente.

Ayudar al paciente a bajarse de la báscula.

Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.

Dejar la báscula nivelada retirar y descartar el papel periódico.

Dada 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. (DAR RALPH T, 2012)

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.

Tabla #6: medición de peso a la embarazada, con la técnica correcta durante su primera atención prenatal, por el personal de enfermería que atiende a embarazadas de bajo riesgo.

Medición de peso	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	5	20.83 %	5	20.83%	3	12.50%	6	25%	19	79.17 %
I	1	4.16%	3	12.50%	1	4.16%	0	0%	5	20.83 %
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	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: Guía de observación.

Los recursos de enfermería realiza en la medición del peso a las embarazadas en un 79.17%, correspondiente a 19 gestantes, de manera satisfactoria y en el 20.83% correspondiente a 5 mujeres, insatisfactoriamente.

La medición de peso corporal en la mujer embarazada, se debe tomar en cada visita de control prenatal, tomando en cuenta la teoría antes puesta, la técnica correcta dará resultados confiables que permitirán a enfermería el análisis y diagnóstico favorable para la paciente.

Enfermería debe de ser cuidadosa al pesar a la paciente, tomando de referencia las técnicas descritas en la teoría, para analizar e identificar datos exactos, dando pautas a actuar oportunamente ante cualquier situación que comprometa la salud materna y fetal.

La toma de peso precozmente, permite conocer el peso como punto de inicio para posteriormente ir evaluando la ganancia adecuada de peso materno; un mal dato obtenido puede llevar a un mal diagnóstico, y mala atención.

Es importante orientar a la gestante sobre una alimentación saludable, para una ganancia de peso adecuada, favorable para el desarrollo fetal.

Atención en salud bucal:

La enfermedad periodontal se caracteriza por acumulación de placa alrededor del diente y de la línea de la encía. La placa dentaria está compuesta por bacterias y sus toxinas, desechos de alimentos y células muertas. Esta placa causa respuesta inmunológica e inflamatoria que resulta en destrucción del tejido periodontal, liberación de mediadores inflamatorios que podrían causar patologías en otros órganos. (USAID, 2014)

La enfermedad periodontal está relacionada a nacimientos antes de la fecha probable de parto que el bebé pueda nacer con un peso inadecuado para su edad y cambios en el organismo de la embarazada. (USAID, 2014).

Es importante desde la primera atención prenatal referir a la embarazada a los servicios de salud bucal, con el fin de hacer revisión general y diagnosticar y/o tratar procesos infecciosos y/o demás alteraciones odontológicas.

La prevención y el tratamiento periodontal reducen hasta 35 veces el nacimiento antes de tiempo y hasta 47 veces el riesgo de peso inadecuado al nacimiento.

La enfermedad Periodontal 6 meses antes o durante el embarazo fue 4 veces mayor para la presencia de proteína en la orina. Toda paciente debe ser referida a valoración bucal en cualquier consulta prenatal. (MINSA-Normativa-011, 2015).

Examen de mama:

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

Objetivo

Con el examen de mamas se busca identificar problemas que puedan afectar la posterior alimentación con leche materna (como pezones invertidos o planos y eventuales patologías tumorales evidentes). Otros sugieren que el momento del examen puede brindar la oportunidad para discutir el tema de lactancia materna. (MINSA Normativa-106, 2013)

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

Procedimiento:

- Lavarse las manos.
 - Orientar a la paciente sobre el procedimiento.
 - Colocar a la paciente sentada, sin ropa hasta la cintura y con los brazos a los lados del cuerpo.
 - Pídele que levante los brazos sobre la cabeza y luego que presione las manos sobre sus caderas para observar las características de la piel y la simetría.
 - Acueste a la paciente y coloque el brazo debajo de la cabeza que corresponde a la mama que va a examinar.
 - Divida imaginariamente la mama en cuatro cuadrantes.
- Inicie la palpación por el cuadrante superior externo, usando la yema de los dedos índice, medio y anular. Gire sus manos con movimientos rotatorios y oprimiendo con suavidad el tejido de la mano contra la pared torácica.
- Proseguir el examen de las mamas continuando la palpación en los otros cuadrantes en el sentido de las manecillas del reloj, incluyendo periferia y areola.

Palpe cada pezón apretando entre los dedos pulgar e índice en busca de secreciones.

-Realice el mismo procedimiento con la otra mama.

-Hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico.

Tabla # 7: Evaluación de la salud bucal y el examen de mamas a embarazadas

Examen odontológico y de mamas	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	4	16.66%	6	25%	3	12.50%	4	16.66%	17	70.83%
I	1	4.16%	2	8.33%	1	4.16%	0	0%	4	16.67%
N/O	1	4.16%	0	0%	0	0%	2	8.33%	3	12.50%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación

Con relación a la realización del examen odontológico y de mamas el 70.83% (17) es satisfactorio y el 16.67%(4) es insatisfactorio y el 12.50% (3) no observado.

Es importante que enfermería al realizar el examen físico a la embarazada preste especial atención en la revisión de la boca y dientes, verificando presencia de deterioro en las piezas dentales, falta de algunas piezas dentales, o cambios en la mucosa oral.

Según la normativa 011 normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo, enfermería debe referir a toda embarazada a valoración por odontología; orientar la importancia de la higiene bucal, y del bajo consumo de azúcares que puedan alterar el estado de los dientes.

El examen de mamas como parte del examen físico que enfermería realiza de manera independiente se debe realizar a toda las embarazadas durante su primera atención prenatal, o en cualquiera de sus atenciones cuando este no se haya realizado, se debe comunicar a la embarazada el porqué de la realización de este, enfermería debe de brindar confianza y brindar privacidad, a la vez se debe orientar sobre la realización del autoexamen de mamas por la paciente, explicar sobre posibles cambios que ellas puedan identificarlos y referirlos oportunamente. Es importante abordar en ese momento la consejería sobre lactancia materna agarre del bebe y posiciones de amamantamiento y el beneficio de la lactancia materna para él bebe, esto es responsabilidad del personal de enfermería.

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 (MINSA-Normativa-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.

Objetivo del cálculo de la edad gestacional.

La edad gestacional permite conocer en qué momento del embarazo se encuentra la mujer y, a partir de este dato, determinar si los parámetros analizados en el bebé se corresponden a los promedios normales de esa etapa de gestación. Se expresa en semanas, contadas a partir de la fecha de inicio de la última menstruación, pero para facilitar su cálculo se pueden utilizar diferentes herramientas:

Gesto grama: esta herramienta gráfica es la más utilizada por los especialistas para calcular la edad gestacional y basa sus estimaciones, por lo general, en la regla de Naegele o la de los 280 días. Se presenta en forma de cuadro o tabla, o a

modo de rueda o disco rotatorio. Además de marcar la semana de embarazo correspondiente, incluye en la mayoría de los casos los datos básicos que corresponden al bebé en ese periodo (como el peso y la talla promedio, el diámetro biparietal o la longitud del fémur).

Cinta obstétrica: similar a una cinta métrica, está concebida para medir la altura uterina durante el embarazo, que corresponde a la distancia en centímetros del espacio entre el borde superior de la sínfisis del pubis y el fondo del útero. Con la cinta y la regla de Mc Donald es posible calcular la semana de gestación si el valor obtenido en centímetros se multiplica por ocho y se divide entre siete. (www.consumer.es, 2012)

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

Por fecha de la última menstruación:

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. (MINSA-Normativa-011, 2015).

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. (MINSA-Normativa-011, 2015).

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.

Técnica:

Fijar el 0 de la cinta obstétrica con 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; luego identificar el dato en el gestograma de CLAP (centro latinoamericano de perinatología). (MINSA-Normativa-011, 2015).

Por ultrasonografía.

Elemento clave para determinar la edad gestacional, Permite el diagnóstico preciso de: ubicación del saco gestacional, vitalidad del embrión-feto, numero de feto (embarazo único o múltiple), anatomía fetal, edad gestacional (EG) (DAR RALPH T, 2012).

Tabla # 8: Realización del cálculo de la edad gestacional a la embarazada por el personal de enfermería que realiza controles prenatales de bajo riesgo.

Calculo de la edad gestacion al	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	6	25%	8	33.33 %	4	16.66 %	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33 %	4	16.66 %	6	25%	24	100%

Fuente: Guía de observacion

El 100.00% del personal que atendió a las embarazadas, realizo cálculo de la edad gestacional de manera satisfactoria.

Enfermería durante la atención prenatal debe hacer cálculo de la edad gestacional con los técnicas descritas anteriormente, esta es una actividad interdependiente de estricto cumplimiento para tener conocimiento de cuánto tiempo de embarazo tiene la embarazada, en cual trimestre del embarazo se encuentra, y así realizar las intervenciones que requiere la embarazada de acuerdo a su etapa del embarazo.

Realizar el cálculo de manera correcta permite al personal de enfermería, realizar un buen análisis de los datos que se obtengan, evitar los diagnósticos erróneos, analizar si el desarrollo del feto de acuerdo a la edad gestacional, brindar una buena atención para satisfacción del personal de enfermería y para la embarazada.

Esta es una actividad que será aplicada a todas las embarazadas que se atiende, como parte de la responsabilidad y del cumplimiento de las normativas por parte del personal de salud, se deberá comunicar a la embarazada cuanto tiempo de embarazo tiene, los cambios que se puedan presentar en este periodo ya sean normales o no para que ella pueda identificarlos y referirlos y actuar oportunamente.

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

Nutrición: proceso mediante el cual las sustancias de los alimentos se transforman en los tejidos del cuerpo y proporcionan energía para la gama completa de actividades físicas y mentales que componen la vida humana. (USAID, Noviembre-2014).

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. (MINSA Normativa- 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. El índice de masa corporal se calcula dividiendo el peso en kilogramos (Kg) entre la talla (altura) en metros al cuadrado (m²). $IMC = \text{peso en kg} / \text{talla m}^2$. (USAID, Noviembre-2014).

De acuerdo a la clasificación de la organización mundial de la salud y el instituto médico de nutrición durante el embarazo el incremento de peso debe de clasificarse de acuerdo al índice de masa corporal: peso en Kg Talla en metros al cuadrado, peso normal, eutrofia: (18.5 --- 24.9 KG/m²), debe ganar 25-35 libras y 11.5-16 kilos.

La evaluación del índice de masa corporal es importante en la primera atención prenatal (antes de las doce 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 complicaciones en cada una de las etapa de la gestación con el fin de realizar las medidas correctivas permanentes. (USAID, Noviembre-2014)

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

Índice de masa corporal	1er control		2do control		3 control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
I	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%	8	33.33%	4	16.66%	6	0%	18	75%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

En todas las atenciones prenatal el 25%(6) fue satisfactorio el 75%(18) no aplica.

En la atención de enfermería en cada control prenatal debe evaluar el estado nutricional principalmente al inicio de la consulta para conocer el peso con el cual la embarazada empezó el proceso gestacional, se debe de realizar de manera precoz siendo muy útil para ir evaluando el peso materno cumpliendo con las técnicas ya mencionadas, de esta forma en los controles posteriores llevar a cabo un diagnóstico que sea favorable para la embarazada.

Así mismo dar consejería sobre alimentación nutritiva que satisfaga los requerimientos maternos fetales contribuyendo de esta manera al bienestar fetal y prevenir cambios en el organismo de la embarazada.

Evaluar el índice de masa corporal permite al personal de salud tomar acciones, sobre los resultados que se obtengan de esta, es importante informar a la madre su estado de salud, los posibles cambios que pueden presentarse y el beneficio que se obtiene para ella y el feto, una buena alimentación y ganancia de peso.

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 intermedio 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-obtetricia, 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 índice de masa corporal 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 índice de masa corporal mayor a 25 debe ganar el mínimo de peso que oscila entre 7 a 11.5 kilogramos durante todo el periodo. (MINSA Normativa- 029, 2009).

Tabla # 10: Evaluación del estado nutricional en base al incremento de peso materno por el personal de enfermería que atiende embarazadas de bajo riesgo

incremento de peso materno	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	0	0	6	25%	3	12.50%	6	25%	15	62.50%
I	0	0	2	8.33%	1	4.16%	0	0%	3	12.50%
N/O	0	0	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: Guía de observacion

En evaluación del incremento de peso el 62.50%(15) fue satisfactorio el 12.50%(3) insatisfactorio y el 25% (6) no aplica.

Evaluar el incremento de peso materno, es una actividad que enfermería está obligado a realizar en cada atencion prenatal, con el objetivo de cumplir con las

normas, identificar cambios en la gestante, actuar oportunamente y brindar una atención de calidad.

Evaluar es la última etapa del proceso de enfermería, que nos permite el logro de lo que se ha propuesto, cuanto se logró o cuanto se ha logrado, y que acciones hay que realizar para mejorar.

La ganancia de peso materno es el dato que nos indica como intervenir con la paciente, una ganancia de peso no adecuada nos alertara sobre la presencia de algún cambio no favorable para la madre y el feto, por el contrario una ganancia de peso adecuado se considera bienestar fetal, es necesario orientar a la madre, alimentación saludable.

Esquema vigente de DT.

El inmunobiológico dT es una mezcla de toxoide diftérico y tetánico. Los toxoides de tétanos y difteria, se obtienen de cultivos de *Clostridium tetani* y *Corynebacterium diphtheriae* respectivamente por inactivación con formaldehído y purificación. (MINSA Normativa- 121, 2013)

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-obtetricia, 1997).

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. Mujeres una dosis a los diez años y veinte años (o primer embarazo). Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de cuatro semanas, una tercera dosis a los seis meses, una cuarta dosis un año después de la tercera, y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. (MINSA-normativa-011, 2015).

Tabla # 11: El personal de enfermería aplica esquema de DT a la embarazada de bajo riesgo en su atención prenatal de bajo riesgo.

Aplicar esquema de Dt	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	6	25%	6	25%	2	8.33%	0	0%	14	58.33%
I	0	0%	0%		0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	2	8.33%	0	0%	0		2	8.33%
N/A	0	0%	0	0%	2	8.33%	6	0%	8	33.33%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

En la atención el 58.33% (14) fue satisfactorio el 8.33%(2) no observado y el 33.33%(8) no aplica.

Como parte de los cuidados que se le brinda a embarazadas por el personal de enfermería, se debe de pedir la tarjeta de vacuna a toda embarazada, para verificar el esquema de toxoide tetánico, si este no se encuentra completo, se realizara el cumplimiento de esquema como lo describe la teoría antes descrito.

Aplicar toxoide tetánico, beneficia a la embarazada, ya que la protege contra el tétano, de igual manera previene el tétano neonatal y puerperal. Enfermería debe tener en cuenta la técnica correcta y la forma de administración, así como informar a la paciente el porqué de esto y cuáles son los beneficios. Cumplir con normas y protocolos, nos permite ser personas capaces, y brindar atenciones prenatales con calidad, para beneficio del personal de la embarazada y la comunidad.

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 cuatro signos vitales principales que los médicos y los profesionales de salud examinan de forma rutinaria son: frecuencia Cardíaca, frecuencia Respiratoria, presión Arterial, temperatura Corporal.

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

Toma de tensión arterial:

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

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

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

Determinar los signos vitales	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	4	16.66%	6	25%	4	16.66%	6	25%	20	83.33%
I	2	8.33%	2	8.33%	0	0%	0	0%	4	16.67%
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	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

La realización de la toma de los signos vitales y el análisis de estos fue un 83.33%(20) satisfactorio y el 16.67%(4) fue insatisfactorio.

La toma de signos vitales es una intervención independiente de enfermería y que es obligatorio tomarlos y analizarlos en cada paciente que se atiende; en la embarazada es una actividad esencial, los que se deberán tomar y analizar con mayor cuidado, tomando en cuenta la técnica correcta, y algunos factores que puedan alterar los datos.

Los signos vitales son indicadores que nos muestran el funcionamiento normal del organismo, de igual manera un aumento de estos parámetros nos ayudaran a predecir algún inconveniente, que se pueda presentar y actuar oportunamente.

El personal de enfermería debe conocer los parámetros normales de los signos vitales para poder identificar un cambio en estos, informar a la paciente cual es la importancia de mantener estos en sus límites normales, y algunos factores y circunstancias q los pueden alterar.

Exámenes de laboratorios.

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

Examen de Papanicolaou.

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

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

Hemoglobina o BHC:

Hemoproteína de color rojo, presente en el citoplasma de los eritrocitos; está formada por cuatro cadenas polipeptídicas (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. (DICCIONARIO MEDICO ZAMORA, 2005)

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 110 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. (DICCIONARIO MEDICO ZAMORA, 2005)

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

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

Consejería en VIH.

Según OPS-ONUSIDA, la consejería sobre ITS, VIH y Sida puede definirse como "un diálogo confidencial entre un paciente y su consejero para ayudar al primero a sobrellevar la tensión y apoyarlo en la toma de decisiones personales que le permitan convivir y enfrentar la infección y la enfermedad de una manera funcional. El diálogo en sí debe comenzar durante el primer contacto del paciente ya sea con los servicios de consejería de atención que incluyen todos los establecimientos de salud, donde se da atención y apoyo social".

Tabla # 13: Exámenes de laboratorio prescrito por el personal de enfermería a embarazadas de bajo riesgo que asisten a su control prenatal.

Exámenes de laboratorio.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%	7	29.16%	3	12.50%	5	20.83%	21	87.50%
I	0	0%	1	4.16%	1	4.16%	1	4.16%	3	12.50%
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	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

En las atenciones prenatal se envió exámenes de laboratorio al 87.50%(21) satisfactoriamente y el 12.50%(3) insatisfactoriamente.

Los exámenes de laboratorios descritos en la teoría, son todos lo que el personal de enfermería debe enviar a todas las embarazadas, en todas las atenciones prenatales para posteriormente analizarlos y elaborar un diagnóstico preciso.

Un resultado con datos mayores o menores a los normales alertaran a enfermería ante una posible situación no favorable para la embarazada y el feto y así actuar ante esta situación.

Es obligación del personal de enfermería informar a la embarazada, cuales son los exámenes a realizar, como se le van a realizar, cual es el objetivo y la importancia de realizarlos; se le deberá brindar consejería y pedir consentimiento en cuanto la prueba del VIH, así mismo ofrecer confianza, y privacidad y seguridad en la toma de papa Nicolau y examen de mamas.

Medición de altura del fondo uterino.

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-obtetricia, 1979)

La medición de la altura uterina cuando se tiene datos confiables de amenorrea y se descarta feto muerto y el oligoamnios, permite predecir el retardo de crecimiento intrauterino en un 96%; valora el crecimiento fetal, de igual forma nos ayuda en el diagnóstico de macrosomia fetal en un 92%, una vez excluido el embarazo gemelar, polihidramnios y miomatosis uterina. (Dossier- enfermería de la mujer, 2013)

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. (Dossier- enfermería de la mujer, 2013)

Tabla: # 14: Medición de la altura del fondo uterino por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo.

Medición de la altura del fondo uterino	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	18	75%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

La actividad se realizó en el 75%(18) de forma satisfactoria y en el 25%(6) no aplico.

Esta es una actividad independiente de enfermería que debe realizar para llevar al cumplimiento de lo escrito en la normativa 011, esta es una forma de ir evaluando el crecimiento normal del feto, e identificando o descartando algunas anomalías en cada atención prenatal durante el desarrollo del embarazo.

El personal de enfermería debe realizar esta actividad con la técnica correcta descrita en la teoría, para obtener una medida exacta y un diagnóstico real. De esta manera evaluar si encontró una medida arriba de lo normal se podría estar ante la posibilidad un niño muy grande, mucho líquido amniótico, presencia de dos fetos en la cavidad uterina; y una medida menor de lo normal esto orienta lo contrario, además la posibilidad de la pérdida de la vitalidad fetal se encontró que enfermería realiza esta actividad de manera correcta en un porcentaje alto durante las atenciones brindadas.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

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

Sentar con certeza el diagnóstico del embarazo, establecer si la gestación es simple o múltiple, verificar la vida del feto, corroborar el diagnóstico ya echo por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (schwarcz-obtetricia, 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 solidas que son buenas propagadoras del sonido.

Este partiendo del corazón atraviesa el pulmón solido del feto (atelectasia), la pared torácica y el hombro en contacto con la pared uterina, en relación con la pared abdominal 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-obtetricia, 1979).

Tabla # 15: Aauscultación de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) a partir de las 20 semanas de gestación (SG) por el personal de enfermería que realiza atencion prenatal de bajo riesgo.

Auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	18	75%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En las atenciones prenatales el 75%(18) fue satisfactorio y el 25%(6) no observado.

Tomando en cuenta la importancia de realizar cada actividad descrita en la normativa 011- 2015, donde dice que se debe realizar la auscultación de la

frecuencia cardiaca fetal a toda embarazada a partir de las 20 semanas de gestación.

Enfermería debe conocer los valores normales y analizar los latidos fetales, un indicador muy importante que nos predice la pérdida del bienestar fetal, también a través de la auscultación se puede valorar de la presencia de dos fetos en la cavidad uterina, una buena valoración nos dará resultados confiables es de cumplimiento obligatorio realizar esta actividad para el personal de enfermería lo que esta normado por el minsa, en el centro de salud en estudio se encontró que una mayoría del personal de enfermería cumple con lo establecido en dicha norma.

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. (schwarcz-obstetricia, 1997)

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-obstetricia, 1997)

Tabla: # 16: El personal de enfermería valora la percepción de los movimientos fetales en las embarazadas de bajo riesgo a partir de las 18 semanas de gestación.

Movimientos fetales	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	18	75%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En las atenciones prenatales el personal de enfermería percibe movimientos fetales el 75%(18) fue satisfactorio y el 25%(6) no observado.

La presencia de movimientos fetales es algo fisiológico durante el embarazo, estos son percibidos por la gestante a partir de un determinado tiempo, estos aumentan a medida que el feto crece.

El personal de enfermería debe preguntar a la embarazada si percibe los movimientos fetales, la frecuencia y la intensidad, debe corroborar lo que la paciente refiere a través de la palpación y valorar estos movimientos.

Enfermería debe orientar a la embarazada que la disminución de los movimientos fetales o la ausencia de estos es un signo de peligro para el bienestar de ambos y que debe informarlos de inmediato al personal de salud, orientar como identificar signos y señales que pueden llevar a resultados negativos en la salud materna y bienestar fetal.

Presentación y situación fetal.

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-normativa-011, 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-normativa-011, 2008)

Maniobras de leopold:

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.

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.¹ 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.

Tabla # 17: Valoración de la presentación situación fetal por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Presentación y situación fetal	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	18	75%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	0	0%	6	25%
Total	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

En las atenciones prenatales la actividad fue el 75%(18) satisfactoria y el 25%(6) no aplica.

La valoración de la presentación y situación fetal, se debe realizar a partir de las 32 semanas de gestación, a través de la técnica de las maniobras de Leopold descritas en la teoría.

El identificar la posición en que se encuentra el feto es de vital importancia, sobre todo al final del embarazo, debido a que un feto que este sentado o transverso no podrá ser expulsado por vía vaginal, y de no ser identificado esto a tiempo podría conllevar a desenlaces no deseados al momento del parto.

El personal de enfermería debe estar capacitado para identificar cualquier posición no adecuada del feto, también se le debe explicar a la paciente, cual es el objetivo de realizarlo, y actuar oportunamente en pro del bienestar de la embarazada y del feto. Tener en cuenta al realizar la palpación, se le debe de ir explicando a la embarazada sobre lo que hacemos el por qué lo hacemos, dar a conocer sobre los hallazgos para que obtenga conocimiento necesario de la evolución de su embarazo en cada etapa, no realizar movimientos bruscos porque puede ser doloroso para la paciente.

Clasificación de alto riesgo obstétrico

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-normativa-011, 2015)

Tabla # 18: Clasificación del alto riesgo obstétrico por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo..

Clasificación del riesgo obstétrico	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En los cuatro controles prenatales la clasificación del alto riesgo obstétrico fue el 100.00%(24) satisfactorio.

Todo personal de enfermería debe realizar la clasificación del riesgo a toda embarazada en cada atención prenatal, con el objetivo de identificar aquellas que necesiten cuidados especiales y las que deben ser tratadas con los criterios normal del embarazo de bajo riesgo.

Enfermería debe estar capacitado para identificar los criterios para clasificar a una embarazada de alto o bajo riesgo, y de igual manera realizar valoración precisa en cada embarazada puesto que una mujer de bajo riesgo puede clasificarse en alto riesgo en el transcurso del embarazo.

En la normativa 011 2015, normas y protocolo para la atención prenatal parto, recién nacido y puerperio de bajo riesgo, está descrito el formulario de clasificación de riesgo, que deberá ser utilizado por el personal de enfermería, por lo tanto el personal de enfermería del centro de salud en estudio cumple con la normativa al realizar de manera satisfactoria esta actividad en todas las atenciones prenatales.

Consejería en lactancia materna, planificación familiar.

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, 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 (sí/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. (minsa-normativa-011, 2008) .

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

la acción del mamar. Posteriormente aconsejar sobre la posición, el agarre y la succión del bebé adecuados. (MINSA Normativa- 029, 2009).

Planificación familiar

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

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

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

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

Además, la consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya sea que desee retrasar el nacimiento de su primer hijo/a, espaciar el nacimiento entre ellos, no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económico 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 002(2008).

Tabla: #19 Consejería en lactancia materna y planificación familiar (anticoncepción posteventos obstétrico) cuidados al recién nacido por el personal de enfermería.

Consejería en lactancia materna y planificación familiar.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
S	4	16.66%	2	8.33%	4	16.66%	2	8.33%	12	50%
I	0	0%	2	8.33%	0	0%	2	8.33%	4	16.67%
N/O	2	8.33%	4	16.66%	0	0%	2	8.33%	8	33.33%
N/A	0	0%	0	0	0	0%	0	0%	0	0%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En las atenciones prenatales el 50%(12) fue satisfactorio el 16.67%(4) insatisfactorio y el 33.33%(8) no observado.

En cada atención prenatal es importantes que se realice de manera clara precisa por el personal de enfermería la consejería, que consiste en compartir información a una persona a una familia a una comunidad, con el fin de que la familia conozca, tome conciencia y mejore sus estilo de vida obteniendo conocimientos sobre su condición de salud, también a exponer sus inquietudes sus necesidades y sus deseos de información sobre lo que desconoce.

Debido a que muchas mujeres desconocen los beneficios tan valiosos de la lactancia materna para el bebé, el personal de enfermería impartirá consejería sobre esto a partir del primer contacto con la embarazada, creando conciencia en la mujer que la lactancia materna no debe ser sustituida con ninguna otra leche, que el sistema de defensa de los niños es mayor cuando se alimentan con lactancia materna, que los niños se enferman menos, de igual manera es relevante hacer la demostración de la forma de amamantar, y responder a posibles interrogantes por parte de la paciente.

La consejería en planificación familiar, se debe hacer en base a los riesgos de muchos hijos, a la difícil economía que atraviesa el país, concientizar a la embarazada y a la familia, los beneficios de la planificación familiar, enfermería debe aconsejar a la embarazada el método de planificación que le conviene después del parto.

Prescripción de enfermería Son aquellas en que la enfermera puede prescribir independiente para que el personal de enfermería ejecute la prescripción, esta debe tener sus propios diagnósticos; estas prescripciones tratan y controlan los diagnósticos enfermeros.

Hierro: 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, Agosto 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 y lactancia, y en crecimiento, dietes inadecuadas, con valencia, menstruación, trastorno en la absorción del hierro en tubo digestivo y en todos aquellos casos en los que sea necesario recibir un aporte de hierro adicional. (consuelo rodriguez palomares).

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema Inmune y otras partes del cuerpo. La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional en niños (as) y adultos.

Los grupos más vulnerables son los adolescentes de ambos sexos, las mujeres en edad reproductiva y las embarazadas. La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a la presencia de algunas situaciones de salud no deseadas para la madre y el feto y/o recién nacido. A bebés con un peso menor a lo normal, parto antes de la fecha probable, muerte materna e inclusive muerte peri-natal y fetal.

Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro, tienen pocas reservas del mineral y están más propensos a desarrollar niveles bajos de hemoglobina antes del primer año de vida, que los recién nacidos cuyas madres tienen buenos niveles de hierro. (MINSA Normativa- 029, 2009)

En estudios revisados se encontró que el uso de suplemento de hierro en mujeres embarazadas no deberá ser ofrecido de manera rutinaria dado que no se beneficia la salud del feto o de la madre y puede tener efectos desagradable 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. (USAID, Noviembre-2014).

Tabla # 20: Suplemento con sulfato ferroso más ácido fólico indicado por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Suplemento con sulfato ferroso	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En todas las atenciones prenatales el 100.00%(24) fue satisfactorio.

Tomando en cuenta que el embarazo, disminuye el sistema de defensa debido a que hay mayor demanda de nutrientes en las mujeres, el cuerpo requiere más producción de hemoglobina que lo normal, por lo tanto el sulfato ferroso ayuda a la producción de estos.

Según la normativa 011-2015, se debe indicar una tableta de 60 mg diario a todas las embarazadas de bajo riesgo con el fin de evitar la disminución de hemoglobina.

Indicar a la paciente, que debe de tomarlas entre las comida o antes de acostarse, y tomarlas con bebidas cítricas ya que estos ayudan en la absorción del hierro; orientar enjuagar o cepillar los dientes después de la ingesta, puesto que residuos de este medicamento pueden afectar los dientes, brindar consejería sobre alimentos ricos en hierro, sobre todo en carnes rojas, el hígado de res es la principal fuente de hierro, verduras, y hortalizas de color verde vegetales todos estos son fuente de este elemento de forma natural. El personal de enfermería del centro de salud en estudio se observó que cumple con la normativa al cumplir esta actividad.

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, Agosto 2007).

La administración de ácido fólico además de tratar niveles de hemoglobina carenciales, juega su papel importante en la prevención de anomalías en la columna vertebral en el recién nacido: disminución en la prevención de ocurrencia de estas anomalías en un 72% y disminución de la recurrencia en un 68%, además de disminuir estas anomalías en él bebe ayuda a prevenir otras malformaciones congénitas como: labio y paladar hendido, cardíacas, de extremidades, tracto urinario, e hidrocefalias.

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.

Prevención de recurrencia en mujeres con antecedentes de haber presentado bebes con malformación en la columna vertebral (historia familiar de haber nacido bebes con las características antes mencionadas, tratamiento antiepiléptico o metotexate, diabetes, Obesidad con IMC ≥ 30 Kg/m², Madre con

Deficiencia sanguínea por células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Ácido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Ácido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco) 4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después. (MINSA-Normativa-011, 2015).

Tabla # 21: Suplemento con ácido fólico indicado por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo en el centro de salud san Benito de Palermo del municipio de muy muy.

Suplemento con ácido fólico.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En los cuatro controles prenatales se prescribe suplemento con ácido fólico ya que en todas las atenciones prenatales el 100.00%(24) fue satisfactorio.

Se puede observar que el personal de Enfermería del centro de salud en estudio cumple con lo normado durante la atención prenatal de las embarazadas, tomando, en cuenta que indicando a las embarazadas cumplir diariamente con el medicamento vía oral que se le prescribe según normativas se pueden prevenir anomalías en el recién nacido, esta actividad por lo tanto es de cumplimiento obligatorio así la atención sea completa y de calidad. Tal como lo refiere la normativa 011 MINSA (2015), se deberá prescribir suplemento con ácido fólico en cada atención prenatal a todas las embarazadas. Se observó que el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio cumple con lo establecido en la normativa lo que demuestra la capacidad y competencia de dicho personal.

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-obtetricia, 1997).

La administración de calcio a la embarazada disminuye significativamente la aparición de los valores de presión arterial altos, aparición de proteína en orina, edemas, los malos resultados compuestos que perjudique a la madre y al feto, los nacimientos antes de la fecha probable de parto, bebés con un peso menor que lo normal al nacer y que mueran en los primeros días de vida, con mayor efecto en las embarazadas con baja ingesta de calcio y de alto riesgo. (minsa-intervenciones-basadas en evidencias, 2011). (MINSA-formulario-de medicamentos, 2014).

Prescripción de Calcio:

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

Tabla # 22: Prescripción de calcio por el personal de enfermería a embarazadas de bajo riesgo que asisten a su control prenatal.

Prescripción de calcio	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	0	0%	4	16.66%	3	12.50%	0	0%	7	29.16%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	4	16.66%	1	4.16%	6	25%	17	70.84%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En las atenciones prenatales brindadas por el personal de enfermería prescribe calcio de manera insatisfactorio el 29.16%(7) y el 70.84%(17) no aplica.

Según la normativa 011, se debe enviar calcio a todas las embarazadas con factores de riesgo para preclampsia y aquellas con baja ingesta de calcio, por lo tanto se debe evitar el uso generalizado en todas las embarazadas, puesto que como todo fármaco tiene efectos adversos que pueden perjudicar la salud de la madre y del feto, por lo tanto el personal de enfermería debe cumplir con lo descrito en las normas y protocolos.

Tomando en cuenta, que el calcio es un medicamento que ayuda al fortalecimiento de los huesos, dientes, y uñas, beneficioso para el desarrollo de los huesos del feto, enfermería debe orientar a la embarazada la ingesta de productos lácteos, puesto que esto contiene la mayor fuente de calcio, necesarios para el organismo, haciendo mención en una adecuada alimentación.

La aspirina (ácido acetilsalicílico).

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 presentan dificultades circulatorias 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. (consuelo rodriguez palomares)

La aspirina, en el embarazo mejora la circulación sanguínea siendo esto de gran beneficio para el feto lográndose una mejor oxigenación de órganos también aportando beneficios en la prevención de nacimientos de 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. (USAID, Noviembre-2014)

Prescripción de Aspirina:

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

Embarazada alto riesgo para presentar cambios en el organismo. Aspirina tableta de 100 mg/día (Estudios basados en evidencia señalan que en este grupo se podrían usar hasta 150 mg/día, quedando a criterio del especialista el uso de esta dosis) oral antes de acostarse, desde las 12 semanas, máximo hasta las 16 semanas, continuar hasta las 36 semanas de gestación. Normativa o11 (2015).

Tabla # 23: Prescripción de aspirina por el personal de enfermería a embarazadas que acuden a su control prenatal de bajo riesgo.

Prescripción de aspirina	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	1	4.16%	13	54.16%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	5	20.83%	11	45.83%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En las atenciones prenatales el resultado fue insatisfactorio el 54.16%(13) y 45.83%(11) no aplica.

La aspirina es un fármaco que se administra a la embarazada con factores de riesgo para preclampsia, por lo tanto el personal de enfermería debe hacer una valoración a todas las embarazadas desde su captación para identificar o descartar factores de riesgo y realizar las intervenciones adecuadas; se debe evitar el uso generalizado de aspirina en las embarazadas, ya que este fármaco es un anticoagulante y puede traer complicaciones en la embarazada y el feto, durante su embarazo, parto y puerperio.

Una embarazada sin factores de riesgo solamente deberá recibir mucha consejería sobre cómo prevenir de forma natural posibles alteraciones del organismo; comer saludable para evitar el sobrepeso y posibles obstáculos que esto conlleva, realizar ejercicios físicos de acuerdo a su estado, la importancia y puntualidad de los controles prenatales sobre todo que ante cualquier evento que se puede desarrollar en el transcurso, se observó que el personal de enfermería en el centro de salud en estudio no cumple con la normativa ya en su mayoría fue insatisfactorio.

Albendazol (antihelmíntico benzimidazolico).

El albendazol es un agente sintético derivado del benzimidazolico; 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 lumbricoides, trichuris trichiura, enterobius vermiculares, entre otros. (Nagle, Agosto 2007)

El objetivo de la administración de antiparasitario en la embarazada reduce significativamente la disminución de la hemoglobina en la embarazada y un resultado negativo en la vida del recién nacido. Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal mayor 30% anemia mayor 20%) en el 2º y tercer trimestre.

Este disminuye peso no adecuados al nacer al nacer muerte al 6to mes de vida 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-Normativa-011, 2015).

Tabla # 24: Prescribe albendazol por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Prescripción de albendazol.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	0	0%	7	29.16%	0	0%	6	25%	13	54.16%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	1	4.16%	0	0%	0	0%	1	4.16%
N/A	6	25%	0	0%	4	16.66%	0	0%	10	41.67%
Total	6	25%	8	33.3%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación

En el segundo y cuarto control el personal de enfermería prescribe albendazol de manera satisfactorio el 54.16%(13) y el 45.82%(11) no observado.

Enfermería cumplió de manera correcta esta actividad antes mencionada siendo de mucho beneficio para la embarazada ya que es un fármaco que ayuda prevenir niveles bajos de hemoglobina en sangre, beneficiando a la madre y el feto, esta descrito en la normativa 011 que se debe administrar albendazol a la embarazada en el segundo y tercer trimestre; se debe aprovechar el contacto con la embarazada para aconsejar sobre las medidas higiénicas sanitarias para tratar alimentos, desinfectarlos debidamente, la forma de prepararlos y como conservarlos limpios y evitar la contaminación, el uso de servicios higiénicos el mantenimiento de estos, lavado de manos la forma y la frecuencia, todo estos para brindar información para favorecer la salud de la mujer y el feto.

De igual manera, enfermería debe informar a toda embarazada, la importancia de cada uno de los procedimientos que se le realizan, así como de los fármacos que se le administran, puesto que la falta de conocimiento favorecen a la toma de decisiones erróneas que

Tabla # 25: Consejería en signos y síntomas de peligro de la pre-eclampsia y eclampsia principalmente durante el embarazo, parto y puerperio, por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Consejería en signos y síntomas de peligro	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion

En los cuatro controles prenatales la consejería en signos de peligro en el embarazo parto y puerperio fue el 100. %(24) satisfactorio.

El personal de enfermería debe informar a la embarazada cual es el proceso normal del embarazo y mencionar algunos signos de peligro para que esta pueda identificar cualquier signo de peligro; es necesario que la embarazada y los familiares tengan el número de teléfono de la unidad de salud de un brigadista o partera para que estos colaboren para la llegada temprano a la unidad de salud.

La falta de conocimiento o de información en la paciente, interfiere para que esta no pueda identificar los signos y síntomas de peligro, y puedan ocurrir situaciones que no favorecen la salud de la embarazad y el feto, por lo tanto es responsabilidad del personal de enfermería que toda embarazada adquiera la consejería necesaria para el buen funcionamiento del proceso del parto.

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 obstáculos para la madre y el recién nacido.

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 las obstáculos 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 un inconveniente 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 N- 105, NOVIEMBRE 2012).

Plan de Parto para la Maternidad Segura (PPMS):

Es una estrategia en la que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial. (MINSA-Normativa-011, 2015).

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-Normativa-011, 2015).

Las tres demoras.

Las “Tres Demoras” sirven para analizar e identificar los problemas que pueden presentarse y reflexionar sobre lo que se puede hacer para evitarlos. A continuación se presenta una descripción sobre las tres demoras que pueden suceder en la atención de la mujer embarazada, durante el parto, o en el puerperio.

Primera demora:

Demora en la identificación del problema y en la toma de decisión para buscar ayuda.

Se da en el hogar cuando en la familia NO se reconoce a tiempo las Señales de Peligro, por lo que deciden no buscar ayuda o se deciden tardíamente, o simplemente porque alguien en la familia decide no llevar a la mujer al establecimiento de salud, principalmente cuando la mujer depende de la decisión de otras personas, como su compañero de vida, mamá, suegra o abuela.

Segunda demora:

Demora en llegar al establecimiento de salud. Se da en la comunidad cuando NO existen condiciones para trasladar urgente- mente a una mujer y su niño o niña al establecimiento de salud. Ejemplo: falta de organización en la comunidad, falta de medios de transporte, malos caminos, lluvias, ríos crecidos, lejanía del establecimiento de salud, falta de dinero, etc.

Tercera demora:

Demora en recibir atención de calidad. Se da en el establecimiento de salud cuando la mujer y su niño o niña llegan y el personal de salud NO se les brinda la atención médica adecuada y a tiempo.

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.

Tabla # 26: Negociar plan de parto por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Negociar plan parto	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: Guía de observacion.

En los cuatro controles prenatales realizados por el personal de enfermería se llevó acabo negociar el plan de parto el 100. %(24) fue satisfactorio.

El plan parto es una estrategia que se implementó para mejorar la condición de embarazada y la familia, cuyo objetivo es preparar a la embarazada para un parto sin cambios desfavorables, a través de las atenciones prenatales, la consejería, la prevención; enfermería debe ofrecer a la embarazada y la familia el beneficio de las casas maternas, la disposición de ambulancias para cualquier necesidad de la embarazada, enfatizar en la importancia del parto institucional.

El personal de enfermería realizara el llenado del plan parto en la primera atencion prenatal, e ir incluyendo a la pareja y a la familia durante la gestación; la gestante debe estar segura de donde será su parto, quien estará con ella al momento del

parto, cuando ira a la casa materna, debe tener todo planificado para el momento del parto, y es el personal de enfermería que deberá orientar a la embarazada sobre su plan parto.

Referencia a otro nivel de atencion.

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 Normativa-004, 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- Normativa 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- Normativa 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 granula 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. (MINSA-Normativa-011, 2015)

Tabla # 27: Referencia a otro nivel de atención o casa materna, consejería en parto asistido o si presenta alguna situación por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Referencia a otro nivel de atención.	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
satisfac	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
insatisfac	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No observ	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
No aplica	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	16.66%	24	100%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación

La referencia u otro nivel de atención en todas las atenciones prenatales el 100%(24) no aplicaron para ser referidas.

Tomando en cuenta que durante el embarazo la mujer se encuentra predispuesta a cualquier situación de riesgo, es necesario que el personal de enfermería durante la atención prenatal deba realizar una valoración exhaustiva, para identificar obstáculos que perjudiquen la salud de la madre y el feto y referirlos oportunamente para la atención necesaria.

Es obligación del personal de enfermería, informar a la paciente para que esta tenga el conocimiento sobre los signos de peligro para que puedan acudir rápidamente a la unidad de salud, y pueda ser atendida con anticipación; en caso de referencia a otro nivel de atención se le debe explicar a la paciente por qué se refiere, la necesidad de hacerlo y su posible pronóstico.

Además enfermería debe referir a la casa materna a todas las embarazadas que estén a término, sobre todo a aquellas que viven en las comunidades, para que estas estén cerca de la unidad al momento del inicio de su trabajo de parto, se debe informar con anterioridad a la paciente que en su próxima cita será enviada a casa materna y/o que si presenta molestias obstétricas antes de la cita esta acuda lo antes posible a la unidad de salud, por lo tanto a las embarazadas que se le aplico guía de observación no aplicaron para ser referidas.

Enfermedades de transmisión sexual:

Las infecciones de transmisión sexual como problema de salud pública, deben ser enfrentadas con la aplicación de programas y acciones en los aspectos de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la población dentro del modelo de salud familiar y comunitario (MOS AFC), con énfasis en la atención en poblaciones en más alto riesgo y vulnerabilidad; a través de intervenciones coordinadas y coherentes para disminuir la incidencia de las patologías. (MINSA Normativa-113, Junio 2013)

Tabla # 28: Confirmar o descartar alguna enfermedad de transmisión sexual y aplicar tratamiento según guía de manejo sindromico n-113 MINSA, por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Confirmar o descartar una ETS	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

Según los resultados obtenidos, el 100% (24) de las embarazadas atendidas se les identifico o se les descarto una enfermedad de transmisión sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual se presentan en todas las mujeres con vida sexual activa, tomando en cuenta que la presencia de estas durante el embarazo, puede conllevar a situaciones mayores durante el embarazo, es de vital importancia identificarlas y tratarlas para mejorar la salud de la mujer y el feto.

Enfermería identificara a través de PAP o de la especuloscopia la presencia de anomalías en el cuello del útero y vagina, enfermería debe informar el procedimiento que se realizara y el objetivo de este, se debe brindar confianza y privacidad de la paciente en el momento de la revisión ginecológica.

Se debe brindar tratamiento según el manejo sindromico de las ITS normativa 113, de acuerdo a cambio desfavorable encontrado, de igual manera tratar a la pareja , dar la consejería necesaria sobre la importancia de tratar a la pareja, del uso de preservativo, la higiene genital y el uso de ropa interior de algodón; enfermería debe tener conocimiento del tratamiento que se enviara, la forma de

administración, y tomar en cuenta que no se puede dar Metronidazol antes de las 20 semanas de gestación.

Dexametazona

Dexametazona (fosfato sódico) Glucocorticoide con actividad mineralocorticoide insignificante. Indicaciones: maduración pulmonar fetal en la situación donde hay evidencias de un trabajo de parto antes de la fecha probable del parto (útil solamente entre las 24 y 34 semanas de gestación. (USAID, Noviembre-2014)

En varias revisiones sistemáticas los corticoides prenatales reducen significativamente la mortalidad neonatal, el síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrosante, sepsis neonatal en las primeras 48 horas de vida, y el ingreso a cuidados intensivos neonatal. (USAID, Noviembre-2014)

.Los corticoides prenatales están indicados en las: embarazadas, para prevenir la dificultad para respirar en el recién nacido; cualquier causa que justifique un nacimiento antes de la fecha prevista. (USAID, Noviembre-2014)

A toda embarazada con condiciones antes señaladas, y aun con los valores de presión por encima de lo normal, entre las 24 semanas y menos de 35 semanas se le debe aplicar un ciclo único de dexametazona.

Tabla: # 29 Aplicar dexametazona por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Aplicar dexametazona	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	0	0%	8	33.33%	4	16.66%	2	8.33%	14	58.33%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	6	25%	0	0%	0	0%	4	16.66%	10	41.67%
Total	6	25%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observacion.

En los controles prenatales el 58.33% 14 fue insatisfactorio y el 41.67% no aplicaron para la administración de dexametazona.

La normativa 011 nos dice que la dexametazona se utiliza cuando hay un problema de base en la mujer durante el embarazo (amenaza de parto prematuro) y se administra un ciclo de cuatro dosis 6 mg cada 12 horas a partir de las 24 semanas de gestación hasta las 34.6 semanas, no se debe administrar en todas las embarazadas al menos que lo ameriten, porque los efectos adversos de este fármaco podrían afectar la salud de la madre y el feto.

Sin embargo enfermería en los controles prenatales se observó que si se administró a embarazadas de bajo riesgo siendo esta actividad insatisfactorio porque no ameritaban, se debe tratar de forma adecuada todos aquellos procesos patológicos presentes en las embarazadas que puedan favorecer el aumento de las posibilidades de un parto antes de tiempo, haciendo mención de algunos de estos procesos están la enfermedades de trasmisión sexual que de no ser tratadas adecuadamente o de no brindar la consejería necesaria, estas podrían volver a repetirse y ocasionar daños; o las infecciones de vías urinarias de igual manera deben de tratarse adecuadamente , enfatizando en la consejería, en el autocuidado de la embarazada facilitando la disminución de efectos no deseados.

El personal de enfermería debe tener presente la dosis, la técnica y procedimiento para la aplicación del medicamento en caso de que la paciente lo amerite, informar a la paciente el objetivo y la importancia para ambos, además de hacer uso de los diez correctos en el resto de embarazadas no aplicaba de manera que ya no estaban en las semanas correspondientes.

Cuidados obstétricos esenciales

Los cuidados obstétricos esenciales permite el manejo de algunas situaciones obstétricas no deseadas en las unidades de salud. Los servicios de cuidados obstétricos esenciales (COE) que se brindan en las instalaciones de salud se

clasifican en: 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.

Tabla # 30: Evaluar la disponibilidad de insumo básico para la atención prenatal y situaciones obstétricas no deseadas, por el personal de enfermería que atiende control prenatal a embarazadas de bajo riesgo.

Evaluar disponibilidad de insumos básicos	1er control		2do control		3er control		4to control		total	
	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%	frec	%
S	6	25%%	8	33.33%	4	16.66%	6	25%	24	100%
I	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	6	25%	8	33.33	4	16.66%	6	25%	24	100%

Fuente: guía de observación.

En los cuatro controles prenatal la actividad de evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y COE básico el 100%(24) fue satisfactorio.

Todo personal de enfermería que atiende embarazadas debe verificar la disponibilidad de equipos e insumos básicos para brindar atención a la embarazada, con el objetivo de preparar el proceso favorable del embarazo, tomando en cuenta las necesidades de la embarazada, y algunos inconvenientes que pueden ocurrir en el transcurso del embarazo.

Enfermería debe saber con los insumos que cuenta disponibles, tener la capacidad de actuar tempranamente ante cualquier evento del embarazo siendo dispensable mantener los insumos necesarios y revisar su abastecimiento de manera periódica esto lo refleja la normativa 011 se debe realizar esta actividad por eso es de estricto cumplimiento, se encontró que el personal de enfermería del centro de salud en estudio cumple con lo antes descrito por las normativas del minsa.

Evaluación

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

La evaluación puede ser continua, intermitente, o terminal.

La evaluación continua: se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales en una intervención.

La evaluación intermitente: realizada a intervalos determinados muestra el grado de progreso hacia la consecución del objetivo y permite a la enfermera corregir cualquier deficiencia, así como modificar el plan de cuidado en función de las necesidades.

La evaluación final: indica el estado del cliente en el momento de ser dado de alta. Incluye la consecución de objetivos y la evaluación de la capacidad del cliente para cuidarse con respecto a la atención de seguimiento.

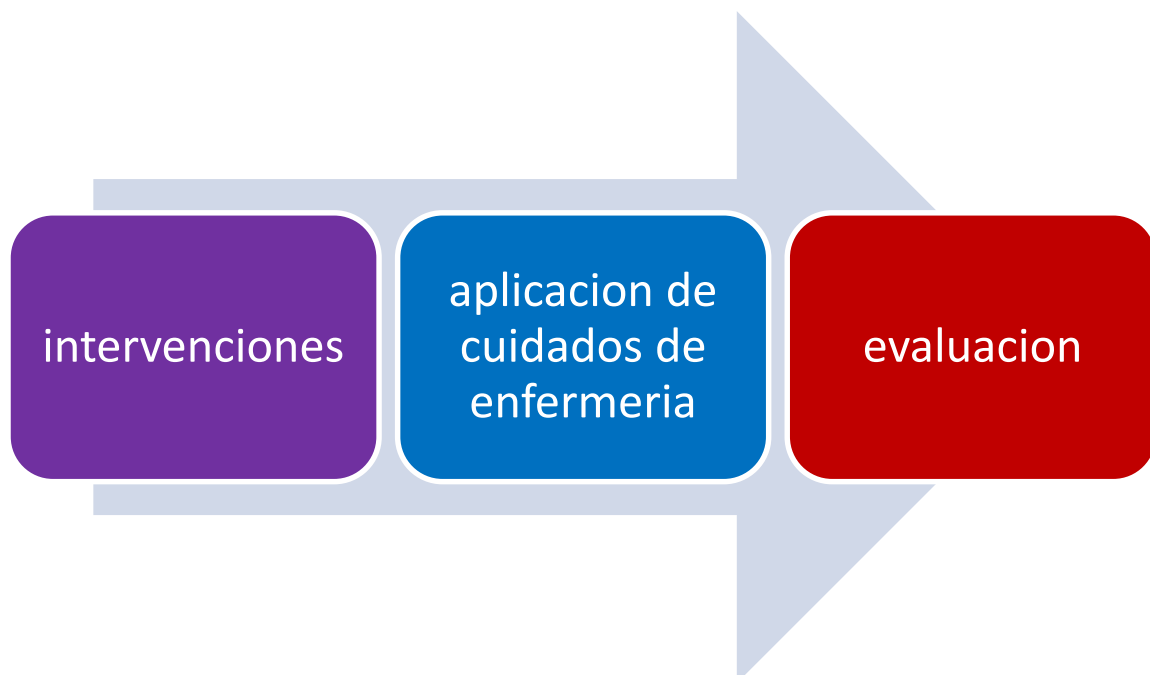
Tabla N° :31: Evaluación de las 29 actividades realizadas durante la atención prenatal

categoria	Número de actividades	frecuencia	Porcentaje
S	30	26	45.61%
I		12	21.05%
N/O		6	10.53%
N/A		13	22.81%
Total		57	100%

Fuente: guía de observacion.

En las 30 actividades evaluadas, un 45.61% correspondiente a 26 que es el número de frecuencia en las categorías evaluadas fue satisfactorio, el 21.05% (12) fue insatisfactorio en el 10.53% equivalente a 6, no se observó que se realizó la actividad y en un 22.81% correspondiente a 13 no aplico o no correspondía hacer la actividad en el momento de la atencion.

Triangulación



Las intervenciones para la atención de Enfermería a pacientes durante la atención prenatal están documentadas en las Normas y Protocolos del Ministerio de salud de Nicaragua, 011(2015), (MINSa Normativa-101, 2012), (MINSa N-004, 2008), (MINSa Normativa-113, Junio 2013), (MINSa Normativa- 121, 2013), (MINSa N-105, NOVIEMBRE 2012), y en la Ley General de salud, la aplicación del cuidado de Enfermería según las intervenciones documentadas se cumplen en la mayor parte y un menor porcentaje se cumplen de forma incorrecta a las embarazadas por lo tanto la evaluación del cuidado resulta insatisfactoria.

Se demuestra que las actividades establecidas por la Normativa 011 (2015), dentro de la realización del estudio están ubicadas en 4 distintas categorías seleccionadas con anterioridad para su fácil comprensión, tal y como lo representa la tabla N° :31, 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.

Tabla # 32: Resultado final en tres categorías, propósito final de este seminario de graduación representado, expuesta a continuación:

Categoría	Número de actividades	Frecuencia	Porcentaje
Satisfactorio	29	26	45.61%
insatisfactorio		18	31.58%
No aplica		13	22.81%
Total		57	100%

Fuente: guía de observación

El resultado es que el 45.61% correspondiente 26, que es con la frecuencia que se evaluó esta actividad de acuerdo a las categorías, fue satisfactorio; la sumatoria del insatisfactorio con el no observado dio como resultado un 31.58% que corresponde a una frecuencia de 18, quedando como insatisfactorio; y un 22.81% correspondiente a una frecuencia de 13 no aplico para realizar la actividad.

El no cumplir con las normas y protocolos del minsa, contribuye a factores predisponente para desencadenar situaciones no deseadas en las embarazadas, que en su mayoría pueden ser pronosticadas y prevenidas, es por ello que el personal de enfermería debe involucrarse como el protagonista autónomo de conocimientos, habilidades y destrezas que se implementan en los cuidados brindados a las usuarias durante la atención prenatal desde la captación, para clasificar el riesgo del embarazo según normativa 011 y brindar una atención de calidad.

VIII. Conclusiones

1. Las intervenciones para la atención de Enfermería a pacientes durante la atención prenatal están documentadas en las Normas y Protocolos del Ministerio de salud de Nicaragua, normas 011(2015), (MINSa Normativa-101, 2012), (MINSa N-004, 2008), (MINSa Normativa-113, Junio 2013), (MINSa Normativa- 121, 2013), (MINSa N- 105, NOVIEMBRE 2012), y en la Ley General de salud; la aplicación del cuidado de Enfermería según las intervenciones documentadas se cumplen en un porcentaje mínimo.

2. Al comparar las intervenciones de enfermería dirigidas a las usuarias con los cuidados aplicados en cada una de las atenciones prenatales, bajo el que hacer del personal enfermer/a en el centro de salud en estudio se encontró que aún no hay un dominio de estas normativas por lo que las actividades en los controles prenatales no todas se cumplen correctamente.

3- Al evaluar cada una de las intervenciones de enfermería, en relación al cuidado que se le brinda a la usuaria en el puesto de salud en estudio, se encontró que el personal de enfermería en un porcentaje significativo realiza las actividades de manera insatisfactoria, incumpliendo con lo descrito en las normas y protocolos del minsa, esto claramente demuestra que aún falta una capacitación eficiente para lograr un resultado satisfactorio.

IX. Bibliografía

MINSA- Normativa 109. (Abril 2013). *Protocolo para la atención de las complicaciones obstetricas.*
Managua.

www. consumer.es. (24 de febrero de 2012).

consuelo rodriguez palomares, a. g. (s.f.). *farmacologia para enfermeras.* mexico.

DAR RALPH T. (AGOSTO de 2012). *MANUAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.*

DICCIONARIO MEDICO ZAMORA. (2005).

Lic.Karla molinares, L. C. (2013). *dosier de enfermeria de la mujer.* Managua-Matagalpa.

Minsa. (agosto de 2008). Normativa 002.norma y protocolo de planificacion familiar. managua,
nicaragua.

minsa. (febrero de 2011). intervenciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal.
managua: 2da edicion.

minsa. (noviembre de 2015). normativa 011. normas y protocolo para la atencion prenatal,parto,
recien nacido, y puerpero de bajo riesgo. managua, nicaragua: 2da edicion.

MINSA N- 105. (NOVIEMBRE 2012). *GUIA METODOLOGICA DE CAPACITACION PARA LA RED
COMUNITARIA DEL PLAN PARTO PARA LA MATERNIDAD SEGURA.* MANAGUA.

MINSA N-004. (2008). *NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO.* Managua.

- MINSA Normativa- 029. (2009). *NORMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION PARA EMBARAZADAS, PUERPERAS Y NIÑOS MENORES DE CINCO AÑO*. Managua.
- MINSA Normativa- 121. (2013). *NORMA Y TECNICA DE INMUNIZACIONES Y MANUAL DE PROCEDIMIENTO DE INMUNIZACIONES*. Managua.
- MINSA Normativa-004. (2013). *NORMA PARA EL MANEJO DEL EXPEDIENTE CLINICO*. Managua: Segunda edicion.
- MINSA Normativa-101. (2012). *MANUAL METODOLOGICO. Censo Gerencial de Embarazadas, Puerperas y Posnatales*. Managua.
- MINSA Normativa-106. (2013). *Manual para el Llenado de la Historia Clinica Perinatal (HCP)*. MANAGUA.
- MINSA Normativa-113. (Junio 2013). *GUIA PARA LA ATENCION DE LAS INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL. Manejo Sindromico*. Managua.
- MINSA-formulario-de medicamentos. (2014). *FORMULARIO NACIONAL DE MEDICAMENTOS*. Managua- Nicaragua: 7ma Edicion.
- minsa-intervenciones-basadas en evidencias. (febrero de 2011). *intervenciones basadas en evidencia para reducir la mortalidad neonatal*. managua, nicaragua: 2da edicion.
- minsa-normativa-011. (2008). *normas y protocolo para la atencion prenatal , parto, puerperio y recien nacido de bajo riesgo*. managua: primera edicion.
- MINSA-Normativa-011. (2015). *normas y prtocolo para la atencion prenatal, parto, recien nacido y puerperio de bajo riesgo*. managua: 2da vedicion.
- MINSA-normativa-011. (2015). *Normativa 011,NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL, PARTO, RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO*. Managua: Segunda edicion.
- MINSA-Normativa-011. (2015). *NORMATIVA 011:NORMAS Y PROTOCOLOS PARA LA ATENCION PRENATAL,PARTO,RECIEN NACIDO/A Y PUERPERIO DE BAJO RIESGO*. MANAGUA.

- MINSA-Normativa-128. (2014). *Manual proceso de atención de enfermería del sector salud*. Managua.
- MS.c Marcia Zulema Cordero Rizo, Lic.Nidia Espinoza. (2013). *Compendio de Examen Físico*. Matagalpa.
- MS.c. Marcia Cordero Rizo, Lic Nidia Espinoza. (2013). *Compendio de Examen Físico*. Matagalpa.
- Nagle, H. H. (Agosto 2007). *Introducción a la farmacología*. México: 5ta edición.
- salud, m. d. (2008). *Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido de bajo riesgo*. Managua: primera edición.
- salud, m. d. (noviembre 2012). *Normativa 105. Guía metodológica de capacitación para la red comunitaria del plan parto para la maternidad segura*. Managua.
- schwarcz-obstetricia. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: el ateneo: 5ta edición.
- schwarcz-obstetricia. (1979). *Obstetricia*. el ateneo.
- schwarcz-obstetricia. (1997). *Obstetricia*. Buenos Aires: El Ateneo: 5ta Edición.
- USAID. (febrero de 2014). *Guía de intervenciones basadas en evidencia que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal*. Managua, Nicaragua.
- USAID. (Noviembre-2014). *Guía de intervenciones basadas en evidencias que reducen morbilidad y mortalidad perinatal y neonatal*. Managua-Nicaragua.
- ZAMORA. (2005). *DICCIONARIO MEDICO ZAMORA*. Colombia: 1era edición .

Anexos

1) Guía de observación

Guía de observación dirigida al personal de enfermería que labora en áreas de salud y que brinda atención prenatal.

La persona que evalúa marque

la casilla correspondiente según las definiciones a continuación:

S: satisfactorio ----- la enfermera(o) realiza la actividad correctamente.

I: insatisfactorio----- La enfermera(o) realiza la actividad de forma incorrecta y/o incompleta.

N/O: no observado---- El/la participante no observo la actividad durante la observación.

N/A: No aplica----- la enfermera(o) no realiza la actividad porque en la unidad lo realiza otro profesional o no corresponde realizarlo al momento de la atención.

N o.	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.	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	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
	➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➤ Glicemia	X	X	X	X
	➤ Examen General de Orina	X	X	X	X
	➤ Cintas Reactivas de Uro análisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica).				
	➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH	X	X	x	X
	➤ 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 Post-evento Obstétrico)	X	X	X	X

	- ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a				
20	Suplemento con Sulfato Ferroso + Ácido Fólico	X	X	X	X
21	Suplemento con Ácido Fólico.	X	X	X	X
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):			X Aspirina 100 mg/Diario. Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día)	
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 Sindromico N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad del fabricante.			X Dexametazona	
29	Evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la APN y COE Básico	X	X	X	X

Tabla CLAP

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.

2) Operacionalización de variable

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

3) Hoja de historia clínica perinatal.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DEMOGRÁFICOS: NOMBRE Y APELLIDOS, DOMICILIO, LOCALIDAD, TEL. FECHA DE NACIMIENTO (día, mes, año), EDAD (años), ETNIA (blanca, indígena, mestiza, negra, otre), ALFA BETA (ninguno, primario, secundario, univers., afico en el mayor nivel), ESTUDIOS (ninguno, primario, secundario, univers., afico en el mayor nivel), ESTADO CIVIL (casado, unión estable, soltero, otro), Lugar del control prenatal, Lugar del parto, vive solo, no, con familiares.

ANTECEDENTES: FAMILIARES (TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. medica grave), PERSONALES (chugia, gerto-uitrías, intertrigo, cardiopat., nefropat., violencia, VIH), OBSTETRICOS (gestas previas, abortos, vaginiales, nacidos vivos, viven, FIN EMBARAZO ANTERIOR, EMBARAZO PLANEAADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.), ULTIMO PREVIO (norma, em. ectópico, Anecedentes múltiples).

GESTACION ACTUAL: PESO ANTERIOR, IMC, TALLA (cm), EG CONFIABLE por FUM, EG, FUM ACT., FUM PAS., DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTIRRUEOLA, ANTITETANICA, EX NORMAL MAMAS.

CERVIX: Inap. visual, PAP, COLP.

CHUGIA: PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA.

VIH - Diagn. y Tratamiento: Prueba, TARV, VIH - Diagnóstico y Tratamiento, SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento.

ATENCIONES PRENATALES: día, mes, año, edad gest., peso (kg), PA, altura uterina, gresen tación, FCF (ppm), movim. fetales, protei. hurne, signos de alarma, exámenes, tratamientos, Iniciales personal de salud, próxima cita.

PARTO ABORTO: FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES, LUGAR DEL PARTO, HOSPITALIZ. en EMBARAZO, CORTICOIDES ANTENATALES, INICIO, RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, EDAD GEST. al parto, intubación, TRAMADO SEÑAL ADORDE, ACOMPAÑANTE TDP.

TRABAJAD. DE PARTO: hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10, distación, altura present., variedades posic., meconio, FCF/10, ENFERMEDADES (HTA, infecc. ovular, HTA inducida embarazo, infecc. urinaria, preeclampsia, amenaza parto preter., eclampsia, R.C.I.U., cardiopatia, nefropatia, anemia, diabetes, etc. cond. grave).

NACIMIENTO: VIVO, MUERTO, POSICION PARTO, DESGARROS, OCITOCICOS, PLACENTA, LIGADURA CORDON, MULTIPLE, TERMINACION, INDIICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO.

RECIEEN NACIDO: SEXO, PESO AL NACER, P. CEFALICO, FONDO GESTACIONAL, PESO E.G., CUIDADOS AL RECIEEN NACIDO, APGAR, REANIMACION, FALLECE EN LUGAR DE PARTO, ATENCION MEDICA, PARTO, NEONATO, PUERPERIO INMEDIATO.

DEFECTOS CONGENITOS: ENFERMEDADES, TAMIZAJE NEONATAL (VDR, TSH, Hipetia, Bilirub., T0p, Meconio 1° día).

EGRESO RN: vivo, fallece, EDAO AL EGRESO, ALIMENTO AL ALTA, EGRESO MATERNO, PESO AL EGRESO, Responsable.

ANTICONCEPCION: CONSEJERIA, METODO ELEGIDO, Responsable.

Este código significa ALERTA. (no indica necesariamente riesgo o prácticas recomendadas)

ICP/SAMP (Nicaragua) 2011 Descripción de código en el reverso

