

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA



SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN MATERNO INFANTIL.

Tema

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

Subtema

Intervenciones de enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en el puesto de salud San Francisco del Municipio de Muy Muy del Departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Autores:

Br. Jarquín Soza Blanca Elizabeth.

Br. Castro Manferrer Elioena Isamar.

TUTORA: MCS Marisela Martínez

Matagalpa, Enero 2017

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA MANAGUA
FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA



SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN MATERNO INFANTIL.

Tema

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en las áreas de salud del departamento de Matagalpa, II semestre 2016.

Subtema

Intervenciones de Enfermería y Aplicación de cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolos en el puesto de salud San Francisco del Municipio de Muy Muy del Departamento de Matagalpa II semestre 2016.

Autores:

Br. Jarquín Soza Blanca Elizabeth.

Br. Castro Manferrer Elioena Isamar.

TUTORA: MCS Marisela Martínez

Matagalpa, Enero 2017

DEDICATORIA:

- **A DIOS:**

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

- **A NUESTROS PADRES:**

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

- **A NUESTROS MAESTROS:**

Por brindarnos tiempo , dedicacion y mucha paciencia en estos cinco años recorridos y sobre todo darnos la enzeñansa para adquirir los conocimientos necesarios para ser buenos profecionales y dar una atencion adecuada a la poblacion.

Br: Blanca Elizabeth Jarquin Soza.

Br: Elioena Isamar Castro Manferrer.

AGRADECIMIENTO:

✓ A DIOS:

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

✓ A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE NICARAGUA; FAREN MATAGALAPA:

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

✓ A NUESTROS MAESTROS:

Por brindarnos el pan de la enseñanza por la dedicación y la paciencia por transmitirnos conocimientos teóricos prácticos especialmente a la MS.C Maricela Olivas que durante la realización de este trabajo brindó su ayuda, experiencia tiempo y las recomendaciones necesarias para mejorarlo. Yy en esécial al profesor estopiñan por su apoyo, paciencia y dedicacion .

✓ A MIS PADRES:

Por estar presente siempre en cada etapa de mi vida y por ayudarme económicamente.

.Br: Blanca Elizabeth Jarquin Soza.

Br: Elioena Isamar Castro Manferrer.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua

Facultad Regional Multidisciplinaria de Matagalpa

Departamento ciencia-Tecnología -Salud



VALORACIÓN DEL DOCENTE

Por este medio se informa que el seminario de Graduación para optar al título de Licenciatura en enfermería con orientación Materno Infantil, que lleva por tema general: **Intervenciones de Enfermería y la aplicación de Cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolo en las áreas de salud del departamento de Matagalpa II semestre 2016** y con un subtema, Intervenciones de Enfermería y la aplicación de Cuidados durante la atención prenatal de bajo riesgo según normas y protocolo en el puesto de salud San Francisco del Municipio de Muy Muy del departamento de Matagalpa II semestre 2016 .Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentado y defendido ante un tribunal examinador.

Autora: Blanca Elizabeth Jarquin Soza

Elioena Isamar Castro Manferrer

----- MS.c

Maricela Martínez Olivas

. Tutor de Seminario

RESUMEN

Las intervenciones y cuidados de enfermería durante las atenciones prenatales son de vital importancia para brindar una atención eficiente a la gestante en base a la normativa 011 que el ministerio de salud ha implementado con el fin de evitar alteraciones durante el embarazo y de esta forma disminuir muertes materno-fetal. El propósito de la investigación fue relacionar las intervenciones de enfermería según la norma y la aplicación de cuidados durante la atención prenatal en el puesto salud San Francisco del Municipio de Muy Muy del departamento de Matagalpa durante el segundo semestre del año 2016. Después de desarrollar este tema, la problemática sobre las intervenciones de enfermería en la atención prenatal se llegó a la conclusión que existe todavía mucha dificultad para la elaboración de un control prenatal con calidad y calidez. El control prenatal es un conjunto de acciones y procedimientos muy importantes destinados a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, así como la preparación de la madre para el parto y cuidado del recién nacido. Se observó que en la mayoría de los controles prenatales se realizaron de acuerdo a la normativa 011 MINSA, pero también existen muchas dificultades en el cumplimiento del 100% de esta norma y protocolo de atención, debido a diferentes factores, tanto como tiempo lugar de la entrevista, recursos necesarios y disposición del personal de enfermería y paciente.

INDICE

Contenido	pag
I INTRODUCCION	1
II JUSTIFICACION	3
III OBJETIVOS	4
IV DESARROLLO	6
V CONCLUCCIONES	78
VI BIBLIOGRAFIA	79
ANEXOS	
Anexo 1 Actividades a realizar en cada control prenatal. Anexos	
Anexo 2 Informacion Resumida De La Cita Obstetrica Y Gestograma.	
Anexo 3 Historia clinica perinatal	
Anexo 4 Variables	

I. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

por preferencia en el modelo de historia clínica perinatal del centro latinoamericano de perinatología (CLAP).

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

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

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

En su portal electrónico, el ministerio de salud 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 en el Policlínico Trinidad Guevara Narváez.

El estudio donde se realizó el presente trabajo fue en el puesto de salud san francisco del municipio de MUY MUY departamento Matagalpa donde fue el antiguo centro de salud san benito de palerma. comenzaron a brindar atención a la población en el año 2015 con una población de 600 habitantes brindando atención a niños hombres y mujeres y ancianos cuenta con un recurso la cual es una enfermera con mucha experiencia Y con los materiales necesarios para brindar atención de calidad y brindar privacidad al paciente la cual al momento del estudio se encontraron 22 embarazadas la cual 20 eran de bajo riesgo y dos de alto riesgo por lo tanto tomamos las de bajo riesgo.

Este estudio es descriptivo de corte transversal y prospectivo área de estudio puesto de salud san francisco del municipio de muy muy Matagalpa. El universo lo constituyeron 22 embarazadas que recibieron atención prenatal en el segundo semestre 2016, que pertenecen al puesto de salud san francisco del municipio de muy muy Matagalpa las cuales eran 22, 2 de alto riesgo obstétricos y 20 de abajo riesgo.

La cual la muestra la conformaron las 20 embarazadas que recibieron atención prenatal, unidad de análisis embarazadas de bajo riesgo q recibieron atención en el lugar donde se realizó el estudio. Criterios de inclusión.

Las embarazadas de bajo riesgo que recibieron atención en sus cuatro controles prenatales. Criterios de exclusión embarazadas de alto riesgo obstétricos las cuales utilizamos tres variables.

Fuente y obtención de datos primarios y secundarios, fuente primaria paciente gestante expediente clínico personal de enfermería que realiza control prenatal fuentes secundarias libros instrumentos de recolección guía de observación procesamiento y análisis de los resultados se procesó la información en Excel para la tabulación de los datos se realizó un análisis descriptivo a partir de los porcentajes presentados e tablas, también se usó Microsoft Word para el informe microft power point para la presentación de datos.

II. JUSTIFICACIÓN

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

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

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

III . OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar las intervenciones de enfermería según normativa y la aplicación del cuidado de enfermería durante la atención prenatal en el puesto de salud san francisco del municipio de muy muy.

Objetivos Específicos

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

DESARROLLO

Las Intervenciones de enfermería

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

Tipos de intervenciones

Intervenciones independientes: Actividades que ejecuta el personal de enfermería dirigidas a la atención de las respuestas humanas, son acciones para las cuales está legalmente autorizado a realizar de acuerdo a su formación y experiencia profesional. Son actividades que no requieren prescripción previa por otros profesionales de la salud.

Intervenciones interdependientes: Actividades que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud

Intervención de Enfermería directa es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.

Estas acciones de enfermería directas, pueden ser tanto fisiológicas como psicosociales o de apoyo.

Intervención de Enfermería indirectas un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

Conceptos de cuidados de enfermería

La noción de cuidado está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). Enfermería, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.

Tipos de cuidados

Cuidado de Estimulación.

Aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.

Cuidados de Confirmación.

Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. Promueve el desarrollo de la personalidad.

Cuidados de Consecución y continuidad de la vida.

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

Cuidados para resguardar la auto imagen.

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

Cuidados de sosiego y relajación.

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

Cuidados de compensación.

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

Embarazo

Es una condición de la mujer Feto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal de la paciente (MINSA--N-011, 2015)

Tipos de embarazos

Embarazo ectópico.

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

Embarazo molar.

Se caracteriza por la proliferación anormal de vellosidad coriónica.

Embarazo precoz.

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

Embarazo prolongado (postérmino)Es aquel que sobrepasa el límite de 293 días o 41 semanas y seis días contados desde el primer día del último ciclo menstrual regular (MINSA,-N- 2008).

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

Objetivo

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

CAMPO DE APLICACIÓN

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

Disposiciones Generales

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

El representante legal o administrativo de cada establecimiento proveedor de servicios de salud públicos y privados, debe hacer cumplir la Norma del Expediente Clínico, en consecuencia debe garantizar el monitoreo y evaluación al buen desempeño del personal, en el cumplimiento de las disposiciones y procedimientos establecidos en esta normativa.

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

Está disponible en este mismo documento el “Manual de procedimientos del Expediente Clínico”, el cual debe ser aplicado por todo profesional de salud de institución pública y privada. El expediente clínico se utilizará a través de herramientas automatizadas disponibles del sistema de Información en salud de acuerdo al avance tecnológico alcanzado o las formas de registro actualmente vigentes, preservando las

historias clínicas orientadas a problemas, las notas de evolución médica (SOAP) en los espacios de indicaciones y los correspondientes planes diagnósticos, terapéuticos y educativos.

Listado de procedimientos

Procedimientos Asistenciales

Abordaje clínico – sanitario.

Evolución y seguimiento.

Resolución del caso.

Procedimientos Administrativos

Admisión e Ingreso

Permanencia / estancia

Alta / egreso

Procedimientos docente-asistenciales

Diagnósticos.

Terapéuticos.

Prognosis: rehabilitación, protección y promoción

Procedimientos de soporte a las investigaciones e innovaciones.

Ordenamiento y clasificación.

Almacenamiento y conservación.

Mantenimiento en modo activo o pasivo (MINSA-N-004, 2013)

TABLA 1: Enfermería realiza Llenado de expediente clínico, historia clínica perinatal(HCP) y resto de fomulario, a las embarazadas de bajo riesgo

	1er control		2do Control		Tercer Control		Cuarto Control		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	6	30%	3	15%	2	10%	5	25%	16	80%
I	1	5%	3	15%	0	0%	0	0%	4	20%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente:Guia de observacion.

La tabla refiere que los recursos de enfermería realizan el llenado del expediente clínico de manera satisfactoria en 16 pacientes para el 80% y a 4 pacientes se les lleno insatisfactoriamente que corresponde al 20%.

El llenado adecuado del expediente clínico y formularios de la atención prenatal tiene mucha importancia, dado que son documentos legales que guardan información confidencial que el personal de salud no debe intercambiar con personas ajenas al sector salud.

Esta herramienta es medio de comunicación con otros recursos que brinden atención a la embarazada, los recursos de enfermería, son los que más revisan la información que aquí se escribe, puede llevar el control de su salud durante los controles de embarazo.

Esto difiere con la normativa 004 (2013) que dice que el expediente clínico es un documento técnico médico y legal, fundamental para la atención médica a los y las pacientes. constituye un instrumento indispensable, como factor de calidad, que permite registrar sistemáticamente la información del proceso de atención médica. Aunque en este concepto se mencione el personal médico el personal de enfermería constituye un papel indispensable en la atención de las embarazadas ,por tanto es

necesario que el personal de enfermería cumpla con esta normativa y que en el puesto de salud en estudio se realicen acciones para el correcto llenado del expediente clínico y demás formularios.

Factores sociales

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

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

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

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

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

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

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

Pobreza

Es la situación o condición socio económica de la población que no puede acceder o carece de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas que permite un adecuado nivel y calidad de vida tal como la alimentación la vivienda, la educación el acceso a agua potable entre otros. 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 (MENDEZ-MAYO-1998).

Apoyo de familiar

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

Apoyo de pareja

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

Apoyo psico emocional

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

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

TABLA NUMERO 2: Enfermeriaindaga sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza falta de apoyo de la familia o pareja) evaluar la situación psico-emocional.

Indaga sobre factores sociales	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	6	30%	3	15%	2	10%	5	25%	16	80%
I	1	5%	3	15%	0	0%	0	0%	4	20%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guas de observación.

La tabla refiere que los recursos de enfermería indaga de manera satisfactoria en 16 pacientes para el 80% y a 4 pacientes se les indago insatisfactoriamente que corresponde al 20%.

Para el personal de enfermería la conversacion con las pacientes embarazadas se les hace familiar, ya que tienen que conocer sobre sus antecedentes de salud, por que al aplicar el Proceso de Atencion de Enfermería, la valoración es la que inicia la intervención y da pauta a los cuidados posteriores

En el interrogatorio debe quedar escrito todos los factores sociales y asi evitar sustos con el desarrollo del embarazo. Esto se relaciona con la normativa 011(2015). Que establese que A través del interrogatorio identificasi la embarazada es o ha sido víctima de algún tipo de violencia: Física, Psicológica o Emocional, Sexual, Económica y por negligencia o descuido. Proceda a evaluar los efectos en la respectiva visita, proceda a realizar abordaje con ética, confidencialidad y evite la re victimización. Por ello Es necesario el estricto cumplimiento de la investigacion de esta actividad para orientar ala embarazada tanto medica , psicologicas y judiciales existentes.

Censo Gerencial

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

Objetivos del censo gerencial

Estandarizar el llenado correcto y la interpretación de los datos del registro de las mujeres en el periodo de embarazo, parto, puerperio y postnatal con la participación activa de la comunidad y demás establecimientos del sector salud. . Disponer de información actualizada, completa, oportuna y aplicable en la planificación de acciones para la prevención y búsqueda de Inexistentes a la Atención Prenatal, Parto Institucional, Atención Puerperal y Atención Postnatal.

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

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

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

Generalidades del llenado

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

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

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

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

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

Políticas de Operación

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

El Censo Gerencial cuenta con cinco instrumentos que son:

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

TABLA NUMERO 3:enfermeria ingreso y da seguimiento al censo gerencial de las embarazadas, puerperas y postnatales.

Ingreso y seguimiento o al censo gerencial	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	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	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion.

En la tabla se evidencia que los recursos de enfermeria ingresan y se les da un seguimiento a las embarazadas de manera satisfactoria en las 20 pacientes para el 100%.

El Censo Gerencial es un instrumento importante que sirve como fuente de información primaria para alimentar el Sistema de Vigilancia de las Embarazadas. Su llenado correcto permitirá la localización de cada una de las embarazadas .Esto se relaciona con la normativa 101(2012) se dice que Para el registro y actualización de la Boleta del Censo Gerencial , el personal de salud anotará y completará permanentemente los datos de todas las embarazadas esto para prevenir inasistencias. Por tanto el puesto de

salud en estudio cumple con lo establecido en esta normativa lo que demuestra la capacidad y competencia de dicho personal.

Concepto de antecedente.

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

Antecedentes familiares

Se refieren a los parientes cercanos de la embarazada (padres, hermanos, abuelos, hijos, cónyuge). Los cuales Nos interesan tales padecimientos susceptibles de relacionarse con la paciente por ser hereditarios como son la diabetes, errores congénitos del metabolismo, antecedentes e pre-eclampsia, o bien, infecciosos contagiosos como la tuberculosis. Todas aquellas alteraciones médicas, hereditarias y psiquiátricas que pueden afectar a la paciente o a su descendencia, por ejemplo: diabetes mellitus, cáncer o enfermedad mental.

Antecedentes personales

Son aquellos padecimientos previos de la paciente, que sean vigentes en el momento del embarazo o bien, que hayan generado secuelas que interfieran o puedan alterar potencialmente el desarrollo de la gestación. También es importante marcar algunos padecimientos que por haber sido padecidos, confieran alguna ventaja a la embarazada, como por ejemplo en el caso de haber padecido rubéola con anterioridad.

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

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

Antecedentes gineco-obstetricos.

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 una eclampsia o pre eclampsia severa en el embarazo anterior, de cesárea efectuada en un medio no especializado y con infección de la herida. (Méndez-1998).

TABLA NUMERO 4: El personal de enfermería investiga los antecedentes familiares, personales y antecedentes obstetricos.

Antecedentes	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	0%	20	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	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion.

En la tabla se evidencia que los recursos de enfermería investiga los antecedentes de las embarazadas de manera satisfactoria en las 20 pacientes para el 100%.

Investigar sobre los antecedentes familiares, personales y obstétricos es de suma importancia ya que estos ayudan a tener un conocimiento amplio de la paciente y así tener un diagnóstico con mayor precisión. Por ello el interrogatorio debe ser completo y cumplir con todos los puntos descritos en los formatos. Esta actividad se relaciona con la normativa 004 (2013). Se dice que para realizar el llenado de la historia clínica se debe de hacer 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. Por lo tanto el personal de enfermería del puesto de salud en estudio cumple con lo establecido en esta normativa.

Talla

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

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

TABLA NUMERO 5: Enfermeria realiza laMedicion de talla.

Medicion de talla	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	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	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: guias de obserbacion.

La tabla refiere que el personal de enfermeria realiza la medicion de talla de manera satisfactoria en 7 pacientes que corresponde al 35% y no se obervo en 13 pacientes que corresponde a 65% las cuales lo tenian satisfactorio en el expediente clinico por tanto esta actividad es satisfactoria en un 100%.

Esta es una actividad que se le debe realizar a toda mujer embarazada en su primera consulta prenatal para poder sacar con presicion el IMC de la paciente . Como lo dise la normativa 106 (2013) que la Talla se debe tomar en cm el cual 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.por lo tanto Esta actividad es indispensable para el personal de salud.

Peso

Es la serie de maniobras para cuantificar la cantidad en gramos de masa corporal. Dada la asociación entre la ganancia de peso en la gravidez y los resultados perinatales, se considera de suma importancia evaluar en cada visita la progresión del

mismo de modo de poder detectar en forma temprana desviaciones de lo esperable y aconsejar oportunamente a la mujer embarazada.

El peso preconcepcional es generalmente desconocido en el 70% de los casos, por lo cual es aconsejable pesar a la embarazada tan temprano como sea posible, idealmente antes de las 12 semanas de gestación. Para la evaluación de la ganancia de peso durante el embarazo. (MINSA -2012).

Técnica para medir el peso

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

TABLA NUMERO 6: Enfermería realiza la Medicion de peso.

Medición de peso	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza la medicion de peso de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

La medición del peso en las embarazadas es un dato de suma importancia para determinar el estado nutricional de la mujer antes del embarazo y en el incremento de peso materno durante el embarazo. Tal como lo refleja la normativa 106(2013) que el Peso Se refiere al peso habitual de la mujer previo del embarazo actual. Cuando se desconoce el peso previo y la embarazada es captada en las primeras 12 semanas, se registrará el peso en esa primera atención prenatal como Peso Anterior. Se recomienda pesar sin zapatos y con lo mínimo de ropa posible o una bata de examen. Se registrará el peso expresado en kilogramos. Por lo tanto es necesario la realización de dicha actividad con las medidas antes mencionadas para tener un peso correcto de la embarazada y tener con certeza el estado de nutrición de la misma.

Atención en salud bucal sólo importa confirmar o descartar la presencia de caries dentales, sino que deben descartarse la enfermedad. La evaluación odontológica es importante en la mujer embarazada, ya que no periodontal y las lesiones de la boca y lengua.

La enfermedad periodontal es un factor de riesgo modificable. Su prevención y tratamiento permitirán mejorar la salud de la mujer y mejorar los resultados perinatales, ya que su presencia se vincula con bajo peso al nacer, parto pre-término, aborto, muerte fetal. **(MINSA -CONTROL PRENATAL, 2013)**

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 reduce hasta 35 veces el nacimiento pretermo y hasta 47 veces el riesgo de bajo peso al nacimiento.

La enfermedad Periodontal 6 meses antes o durante el embarazo fue 4 veces mayor riesgo para pre eclampsia severa. Toda paciente debe ser referida a valoración bucal en cualquier consulta prenatal. (MINSA-N-O11-2015)

Examen de mama.

El examen de las mamas es parte del examen ginecológico y se deberá efectuar en condiciones de privacidad y respeto a todas las mujeres embarazadas, con el objetivo de identificar aquellas anomalías que pudieran interferir con la lactancia (pezones planos entre otros); descartar la existencia de alguna patología tumoral (grandes asimetrías, durezas, hundimientos, retracciones etc.) y la presencia de secreciones anómalas por el pezón.

Tecnica para la realizacion del examen de mamas.

Coloque la mano derecha por detrás de la cabeza. Con los dedos del medio de la mano izquierda presione suave pero con firmeza haciendo movimientos pequeños para examinar toda la mama derecha.

Luego, estando sentada o de pie, palpe la axila, ya que el tejido mamario se extiende hasta esta zona.

Presione suavemente los pezones, verificando si hay secreción. Repita el proceso en la mama izquierda..

Luego, párese frente a un espejo con los brazos a los lados.

Mire las mamas directamente y en el espejo. Busque cambios en la textura de la piel, como hoyuelos, arrugas, abolladuras o piel que luzca como cáscara de naranja.

Igualmente observe la forma y el contorno de cada mama.

Revise el pezón para descartar anomalías .

En toda gestante se busca identificar problemas que pueden afectar la posterior alimentación con leche materna como: pezones invertidos planos y eventuales patologías tumorales evidentes. (MINSA-N-O11-2015).

TABLA NUMERO 7: El personal e enfermería realiza los exámenes odontológico y de mamas. .

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	6	30%	3	15%	2	10%	5	25%	16	80%
I	1	5%	3	15%	0	0%	0	0%	4	20%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que los recursos de enfermería realizan los exámenes de mamas y odontológico de manera satisfactoria en 16 pacientes para el 80% y a 4 pacientes se les realiza de manera insatisfactoriamente que corresponde al 20%.

Es necesario el cumplimiento de dichos exámenes ya que son de suma importancia para detectar tempranamente alguna alteración tanto en el examen de mamas podemos encontrar masas, enrojecimiento y hasta un cáncer de mamas. como también la realización del examen odontológico para descartar caries, infecciones entre otros. así como lo refleja la normativa 011 (2015) que 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. Toda paciente debe ser referida a valoración bucal en cualquier consulta prenatal. por ello es indispensable la realización de dichos exámenes y el cumplimiento de estos en el puesto de salud en estudio. Ya que la prevención y el tratamiento periodontal reduce el nacimiento prematuro y el riesgo de bajo peso al nacimiento.

Edad gestacional

La edad gestacional es el término común usado durante el embarazo para describir qué tan avanzado está éste. Se mide en semanas, desde el primer día del último ciclo menstrual de la mujer hasta la fecha actual. Un embarazo normal puede ir desde 38 a 42 semanas.

Se efectuará tomando en consideración la fecha de la última menstruación (FUM), en las mujeres con FUM confiable y con ciclos menstruales regulares que no hayan estado últimamente usando anticonceptivos. Se utilizarán para el cálculo las reglas clásicas (Pinard, Wahl o Naegele) o haciendo uso del gestograma.

De ser posible realizar Biometría Ecográfica antes de las 14 semanas para ajustar dicho cálculo, teniendo en cuenta que los márgenes de error del método disminuyen su confiabilidad a partir del segundo trimestre. La evaluación de la edad gestacional mediante la utilización de la ecografía entre las 7-12 semanas es calculada generalmente por la medida de la longitud embrionaria máxima.

Objetivos de cálculo

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

Técnica del cálculo de edad gestacional

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

Manejo del gestograma es una de las tecnologías de apoyo al control prenatal, para facilitar la correcta vigilancia del embarazo al calendario obstétrico se agregan medidas

de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten calcular a la amenorrea, vigilar el crecimiento y vitalidad fetal, estimar la edad del embarazo, estimar la edad del recién nacido y verificar la normalidad del incremento del peso materno, de la presión arterial de la contractilidad uterina.

Si se desconoce la fecha de la última menstruación al reverso del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embriofetales.

TABLA 8 : El personal de enfermería calcula la edad gestacional.

Edad gestacional	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza el cálculo de la edad gestacional de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta es una de las actividades importantes el cálculo de la edad gestacional por que esta nos permite saber cuantas semanas de gestación tiene la embarazada y así poder tener fechas con precisión. Según lo estipulado en la normativa 011(2015) es que la edad gestacional debe ser lo más confiable teniendo la fecha última de la menstruación exacta o un ultrasonido antes de las 20 semanas de gestación. Además es un dato imprescindible que es necesario para la fecha probable de parto lo cual el puesto de salud en estudio el personal de enfermería está cumpliendo correctamente con la normativa.

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

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

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

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

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

Formula para calcular el Índice de Masa Corporal

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

TABLA NUMERO 9: Enfermería realiza la Evaluación del estado nutricional en base al índice de masa corporal.

Evaluación del estado nutricional	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza la evaluación del estado nutricional de la embarazada en base al índice de masa corporal de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad es muy importante para saber el estado nutricional de la pacientes el cual se calcula dividiendo el peso en kilogramos sobre el cuadrado de la talla expresado en metros así como lo refleja la normativa 011(2015) que La evaluación del Índice de masa corporal es importante en la Primera Atención Prenatal (antes de las 12 semanas) para detectar el punto de inicio y luego el incremento de peso en las APN subsecuentes, con el debido análisis e interpretación de la misma. por lo tanto el personal de enfermería del puesto de salud en estudio cumple con lo establecido en esta normativa.

Estado nutricional en base al incremento de peso materno.

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

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

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

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

La ganancia escasa de peso se asocia con un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacer. La ganancia elevada se asocia con alto peso al nacer, y secundariamente con un mayor peligro de complicaciones relacionadas con la desproporción céfalo- pélvica; además que se constituye en un signo de riesgo para preclamsia.

TABLA 10 : enfermería realiza la Evaluación del estado nutricional de la embarazada en base al incremento de peso materno.

Incremento de peso.	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente : Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería evalúa el incremento de peso materno de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Este es uno de los elementos con que se cuenta para evaluar la evolución normal del embarazo tal como lo refiere SCHWARCZ (1995) indica que es una actividad que se debe realizar para evaluar la evolución normal del embarazo y el estado nutricional de la madre y su niño y permite conocer tanto a nivel individual como poblacional el riesgo de presentar recién nacidos pequeños para su edad gestacional. Así mismo si el incremento no es adecuado pueden realizarse en forma temprana las intervenciones correspondientes. Por lo tanto el personal de enfermería del puesto de salud en estudio cumple con lo establecido lo que demuestra la capacidad y competencia de dicho personal.

El Esquema de Vacunación

Es una guía de inmunizaciones, técnicamente diseñada, que indica, para las vacunas aprobadas en un país, cuáles son las edades de aplicación, el número de dosis, la vía de aplicación y la cantidad de vacuna por dosis.(MINSA-N-113)

Vacunación: Se refiere a la administración de cualquier inmunobiológico, independientemente de que el receptor desarrolle inmunidad.(MINSAN-121-2013)

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

Dosis.

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

TABLA 11: El personal de enfermeriadetermina esquema vigente de DT.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion

La tabla refiere que el personal de enfermeria determina esquema vigente de la DT de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad es importante que toda embarazada este inmunizada para prevenir muertes neonatales causadas por el tetano esto se relaciona con la normativa

011(2015) Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.

Los signos vitales

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

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

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).

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

TABLA 12: determinacion de la presion arterial(registro, analisis e interpretacion) y resto de signos vitales (FC, FR, R) . .

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	1	5%	5	25%	19	95%
I	0	0%	0	0%	1	5%	0	0%	1	5%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente : Guias de observacion.

La tabla refiere que los recursos de enfermeria realizan la determinacion de los signos vitales de manera satisfactoria en 19 pacientes para el 95% y a 1 paciente se le lleno insatisfactoriamente que corresponde al 5%.

Es necesario la toma de signos vitales completos a todas las embarazadas los cuales nos ayudan a determinar el estado de salud de la paciente. Segun la normativa 011(2015) dice que se debe Realizar la medición de signos vitales completos frecuencia cardiaca materna, pulso, temperatura axilar, frecuencia respiratoria y presión arterial la cual 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 toma de la presión arterial debe cumplirse los siguientes aspectos: Asegúrese de que la embarazada no ha tenido actividad física reciente (durante los 20 minutos previos) y que esté hidratada, medir la P/A con la embarazada en posición sentada o acostada y fuera de las contracciones uterinas, para una nueva toma confirmatoria subsecuente verifique que el tensiómetro marque cero, no desinflar la válvula rápidamente pues da lecturas incorrectas. Por ello es necesario la toma correcta y completa de todos los signos vitales de la embarazada

para evitar sustos durante y después del embarazo. Se le debe indicar al personal de salud que la toma de signos vitales salva la vida de muchas mujeres embarazadas y es necesario el cumplimiento estricto de la toma de signos vitales completos a todas las embarazadas en estudio.

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

Técnica Examen de Papanicolaou.

La realización de esta técnica es muy sencilla. Es preciso introducir un espéculo en la vagina para poder separar las paredes vaginales y visualizar el cuello uterino, de este modo podremos realizar la toma de lo que se denomina endocervix, la parte externa del cuello uterino y finalmente se realiza otra toma del endocervix (la parte correspondiente al canal del cuello uterino, que comunica el interior de la cavidad uterina con la vagina). Las tomas realizadas se depositan sobre una laminilla que posteriormente y tras la realización de una serie de tinciones se observarán al microscopio para poder realizar un diagnóstico. . (MINSA-N- 009-2008).

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

Información sobre tratamiento profiláctico antirretroviral, tanto para la gestante que resultara positiva como para el bebé, iniciando terapia antirretroviral a las 14 semanas de gestación y al momento del nacimiento orientar para que al bebé se le realicen pruebas especiales a las 4 semanas, 3 meses de vida y seguimiento hasta los 18

meses. Orientar además sobre otras medidas preventivas (cesárea y suspensión de lactancia materna).MINSA N- 118-2013). .

Prueba de Hemoglobina (Hb)

La anemia es un problema de salud pública por su alta prevalencia y por las consecuencias que tiene sobre la salud humana, especialmente en el embarazo donde se asocia con aumento del riesgo de mortalidad materna y perinatal (en especial en casos de anemia severa); prematurez y bajo peso al nacer. En Nicaragua se considera que una gestante tiene anemia cuando el valor de la hemoglobina es inferior o igual a 11 gr/dl, o el Hematocrito es inferior al 33% y el recuento eritrocitario está por debajo de 3,000.000 mm³, en cualquier trimestre del embarazo. (MINSA-N-106- 2013)

Examen de glicemia

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

Forma en que se realiza el examen

Se necesita una muestra de sangre.

Preparación para el examen

El examen se puede hacer de las siguientes maneras:

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

En cualquier momento del día (aleatorio)

Dos horas después de tomar cierta cantidad de glucosa

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

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

Glucemia en ayunas

Aunque no existe acuerdo sobre la utilidad de efectuar glucemias en ayunas para diagnosticar una diabetes gestacional hay evidencias que sugieren que muestras aisladas de glucemia podrían ser tan sensibles como una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) para diagnosticar diabetes gestacional. En general se recomienda hasta que no haya evidencias firmes que lo rechacen, realizar una glucemia en ayunas en la primera visita antenatal.

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

Examen De Orina

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

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

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

- ✓ Un examen de orina en la primera consulta para descartar la existencia lesiones renales (hematuria, proteinuria, cilindruria, etc.) Y de diabetes (glucosuria).

- ✓ Un segundo examen próximo a las 28 semanas que tendrá como principal finalidad la detección de proteínas para descartar una pre-eclampsia.
- ✓ Un tercer examen de orina entre las 33 y 35 semanas podrá hacer sospechar cualquiera de las tres condiciones patológicas señaladas, aunque su principal finalidad sea descartar pre-eclampsia. También será útil para descartar una infección urinaria (MINSA-N- 011-2015)

Técnica

Las cintas deberían estar disponibles en todas las unidades de salud. Lo ideal para una buena toma, sería: Aseo de los genitales con agua y jabón, separación de los labios menores, utilización de técnica del chorro medio, procesar la muestra antes de 30 minutos.(MINSA-N-106-2012)

Tratamiento para IVU

Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:

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

Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. MINSA-N-011-2015

VDRL

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

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

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

Tratamiento de la sífilis

Cualquiera que sea la edad gestacional y el estadio de la sífilis, la penicilina continua siendo el fármaco de elección ya que cura a la mujer, previene la transmisión vertical y trata al recién nacido¹. Grado de recomendación B.

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

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

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

Envío de Prueba de VIH

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

Efectuar la primera prueba al momento de la captación (antes de las 20 semanas)

Realizar siguiente en el tercer trimestre.

Se tratará de conocer su condición ante el VIH de manera temprana, realizándole la primera prueba al momento de la captación en el primer trimestre de embarazo y la segunda prueba en el tercer trimestre del embarazo; esto permite tomar decisiones de

tratamiento más eficientes para disminuir el riesgo de la transmisión del VIH de la madre al niño.

En la consejería hay que hacer énfasis en la transmisión mediante la lactancia materna, que constituye un líquido de transmisión viral, se recomienda que la leche materna sea reemplazada por sucedáneos ; en el caso que esta medida no sea posible por ser único alimento disponible se sugiere continuar alimentando al bebé con leche materna.

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

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

Educar en las medidas de prevención para la transmisión vertical.

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

Protocolo para el Manejo de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita” del Ministerio de Salud.

Grupo RH

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

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

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Forma en que se realiza el examen

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

El segundo paso se llama prueba inversa. La parte líquida de la sangre sin células (suero) se mezcla con sangre que se sabe que pertenece al tipo A o al tipo B. Las personas con sangre tipo A tienen anticuerpos anti-B. Las personas que tienen sangre tipo B tienen anticuerpos anti-A. El tipo de sangre O contiene ambos tipos de anticuerpos (medline plus enciclopedia medica, 2015)

Determinación de Grupo Sanguíneo y factor RH

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

Gammaglobulina Anti D (Globulina anti D): Esta variable está destinada para la aplicación de gammaglobulina anti D durante el embarazo (Todas las gestantes Rh negativas no inmunizadas se aplicara a las 28 semanas de gestación y la siguiente

dosis, a las 72 horas postparto). Inmunizada recibió gammaglobulina anti D en el embarazo y si no la recibió se marcará En caso de mujer Rh positivo o Rh negativo inmunizada se deberá registrar (no corresponde). En caso de abortos ninguna de estas dos situaciones aplica (MINSA-N-106-2013)

TABLA 13: El personal de enfermería realiza los exámenes de laboratorio.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fu

ente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza los exámenes de laboratorio de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

La realización de los exámenes de laboratorio es esencial para determinar un diagnóstico preciso en las pacientes. esto se realiza con el fin de identificar factores que conlleven a sustos en la madre y enfermedades que pueden afectar el

desarrollo normal del bebé, La acción de mandar los exámenes es con el objetivo de evaluar y valorar el estado de salud de las embarazadas y mandar tratamiento

adecuado si se encuentran alterados, brindar recomendaciones y consejería personalizada de acuerdo a las necesidades identificadas. según SCHUARCZ 1995 los

exámenes de laboratorio es un procedimiento que se debe realizar para identificar cualquier alteración en la salud y se debe aplicar como rutina en todas las embarazadas. Con el propósito de adelantar acciones preventivas que garanticen la salud materna y fetal.

Altura uterina

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

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

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

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

TABLA 14: El personal de enfermería realiza la medición de altura uterina

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza la medición de altura uterina de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad es importante durante el embarazo de la mujer, ya que permite hacer una relación entre las semanas de gestación y el crecimiento y desarrollo fetal de esta manera podemos saber si es que el feto tiene un crecimiento normal o eutrófico o un crecimiento anormal. Una vez teniendo conocimiento de su desarrollo esto nos ayudaría a llevar las intervenciones de enfermería más convenientes para el feto.

Según la normativa 011 (2015) establece que es necesario la Medición de Altura de Fondo Uterino (AFU), llenado y evaluación de Curva del Crecimiento Fetal. Para evaluar la altura del feto y la cantidad de líquido amniótico. Según la Organización Mundial de Salud la altura uterina se mide para descartar neonatos pequeños y neonatos grandes para edad gestacional.

Frecuencia cardíaca fetal.

Son los latidos del corazón en un minuto. El corazón fetal aparece a la semana 6 y ya se puede detectar su latido mediante una ecografía (dopler) gestacional a partir de la

desima semana. Se puede escuchar de dos maneras la primera con la corneta de pinard a partir de la vigesima semana de gestacion y la segunda con un dopler obstetrico. el foco maximo de auscultacion se encuentra hacia la cabeza y el dorso fetal . la frecuencia cardiaca fetal basal oscila entre 120 y 160 latidos por minutos, se habla de taquicardia fetal cuando esta pasa de 160 y de bradicardia fetal cuando la frecuencia esta por debajo de 120 latidos por minuto.

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 diagnostico ya hecho por palpación de presentación posición y variedad, apreciar la marcha del parto, poner en evidencia el sufrimiento fetal. (schwarcz - 1979)

Técnica Auscultación

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

ahora libre toca el útero apreciando su consistencia de modo de poder auscultar fuera de la contracción . (SCHWARTZ -1995)

TABLA 15: el personal de enfermería realiza la Auscultación de FCF.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería valoró la frecuencia cardíaca fetal de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Es una de las actividades necesarias para un buen control prenatal esta se realiza a partir de las 20 semanas de gestación y por medio de la auscultación podemos identificar la vitalidad fetal, y así descartar cualquier tipo de anomalías según

(Schwartz 1995) expresa que la auscultación se utiliza para conocer la viabilidad fetal y permite valorar a partir de las cifras obtenidas la presencia o no de sufrimiento fetal o dificultades materno fetal.

Los movimientos fetales

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

Objetivo de la técnica

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

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

TABLA 16: El personal de enfermería investiga a las pacientes sobre los movimientos fetales despues de las 18 SG.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente. Guías de observacion.

La tabla refiere que el personal de enfermería investiga a las pacientes sobre los movimientos fetales de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Es necesario una buena comunicación entre el personal de enfermería y la paciente brindándole confianza para tener datos confiables los movimientos fetales percibidos por la gestante han sido considerados como un indicador de bienestar fetal y que esto varía con el avance de la gestación. Tal como lo refiere SCHWARCZ (1995) que hay

fetos que son bigorosos en sus movimientos en tanto que otros lo son mucho menos hay madres que persiben la meyoría de los movientos fetales en tanto que otras no ambas características bigor fetal y atención fetal suelen ser sistemática y por ello las variaciones no se reducen por más que se aumente el tiempo de observación. Si bien una de las ventajas del procedimiento es además de su sencillez, la participación materna en la vigilancia del embarazo, puede producir efectos adversos desencadenados por el auto control diario de los movimientos fetales. por lo tanto el personal de enfermería del puesto de salud en estudio cumple con lo establecido lo que demuestra la capacidad, la buena comunicación y competencia de dicho personal.

Presentación Fetal

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

Situación Fetal

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

Maniobras

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

Técnicas para la actividad

Coloca a la embarazada en decúbito dorsal en una mesa de examen no muy baja

Se toma el estetoscopio por el tallo y se aplica la campana perpendicularmente sobre el foco de auscultación este foco de auscultación es la zona en la que por condición acústica se percibe más nítidamente los latidos y que previamente es necesario localizar por palpación el foco máximo corresponde de al hombro fetal anterior.

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

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

Primera maniobra:

Se trata de abarcar el fondo del útero con los bordes cubitales de ambas manos que buscan identificar el polo superior

Segunda maniobra:

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

Tercera maniobra:

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

Cuarta maniobra:

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

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

TABLA 17: El personal de enfermería determina la situación y presentación fetal .

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación

La tabla refiere que el personal de enfermería determina la situación y presentación de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Se evidencia q el personal de salud realiza esta actividad satisfactoriamente ya que es una actividad de mucha importancia durante la atención prenatal tomando que es la parte del feto que toma contacto con el estrecho superior de la pelvis, es esencial conocer la situación fetal en el interior de la cavidad uterina ya que es un factor determinante para decidir la vía de extracción.

tal como lo refiere la normativa 011(2009)es la parte que toma contacto con el estrecho de la pelvis ocupandondolo en gran parte,y que puede evolucionar por si mismo, dando lugar a un mecanismo de parto.las presentaciones son cefalicas y pelvicas .en resumen se puede decir q a traves de conocer la situacion fetal se determinara la complicaciones del parto si el feto no esta en presentacion cefalico.

Clasificación de alto riesgo obstétrico

Clasificación del embarazo

De Bajo y de Alto Riesgo

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

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

Tipos de clasificación

Atención Prenatal de Bajo Riesgo

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

Atención Prenatal de Alto Riesgo

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

TABLA 18: el personal de enfermería realiza la clasificación de alto riesgo obstétrico.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza clasificación de alto riesgo de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad es es muy importante para determinar si la paciente será atendida en el primer nivel de atención o será necesaria su referencia a otro nivel más calificado o especializado y detectar alguna alteración en su fase inicial para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos tal como refiere Schwartz 1995 factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre ,el feto o ambos. Esta actividad es primordial para evitar cambios en el desarrollo del embarazo.

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.(MINSAN-002, 2008)

Consejería de planificación familiar

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

Lactancia Materna

Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.(MINSAN-002, 2008)

Consejería Lactancia Materna

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

1. Beneficios de la leche materna y los riesgos de la alimentación con leche artificial.
2. Formas de amamantar.
3. Los cambios en la leche materna después del parto. Y
4. Discutir las dudas y preguntas de la gestante.
5. También es apropiado informar en este momento sobre los derechos del niño/a y derechos inherentes a la lactancia materna.
6. Si la mujer ha recibido consejería en lactancia materna tal como se definió, se registrará en la HCP según corresponda. (MINSA-N-106, 2013)

TABLA 19: enfermería da consejería sobre lactancia materna y planificación familiar y cuidados del recién nacido

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería da consejería de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

La consejería es necesaria para que la embarazada tenga conocimiento sobre la importancia de la lactancia materna ya que esta debe ser exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que es el mejor alimento para el recién nacido, que contiene los nutrientes necesarios para el crecimiento y desarrollo y protegerlos de muchas enfermedades. La planificación familiar es un derecho que tiene la pareja de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener y el momento oportuno y la calidad de vida dependerá del cuidado que brinden sus padres

al recién nacido a través de una buena consejería como lo refiere la normas y protocolos de las complicaciones obstétricas(2008) la lactancia materna es la alimentación natural del recién nacido que proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo además proporciona su protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medios del traspaso de anticuerpos maternos . además refiere que la planificación familiar es un derecho que tiene la pareja de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener , el momento oportuno , y así como la de tener información y los medios para concretar sus deseos y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva .

Ácido fólico

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

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

Hierro

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

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

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

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

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

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

TABLA 20: suplemento con sulfato ferroso mas acido folico una tableta al dia hasta el final del embarazo.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion.

La tabla refiere que el personal de enfermeria prescribe suplemento de acido folico les de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Es importante porque evita complicaciones en el embarazo y ayuda a evitar enfermedades neonatales ya que el cuerpo de la embarazada necesita hierro para reproducir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro y a otras partes del cuerpo. El ácido fólico reduce significativamente el riesgo de nacimientos pre términos espontáneos los recién nacidos pequeños para la edad gestacional entre otros, tal como lo refiere la

normativa 011 2015, que la administración de ácido fólico además de tratar anemias carenciales ayuda en la prevención de defectos del tubo neural.

Aspirina

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

Prescripción de Aspirina:

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

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

Consejería

Es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona entre el prestador de servicio y usuaria potencial y el o la usuaria activa .este proceso incluye motivación, información y promoción .

Deficiencia de Calcio

La deficiencia de calcio produce debilidad y mal formación en los huesos, detención del crecimiento y malformación de los dientes. En las mujeres después de la menopausia, produce osteoporosis o fragilidad de los huesos. También, la deficiencia de calcio durante el embarazo se relaciona con una mayor incidencia de Síndrome Hipertensivo Gestacional. MINSA –N- 002-2008).

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

El calcio participa en procesos metabólicos como: la activación de enzimas, transmisión de impulsos nerviosos, transporte a través de membranas, la absorción

De la vitamina B12, coagulación de la sangre, funciones hormonales y contracción de músculos voluntarios (como brazos y piernas) e involuntarios (como corazón y pulmones).Suplementación con Hierro: El Ministerio de Salud distribuye gratuitamente suplementos de hierro a mujeres embarazadas y puérperas, y a niños. MINSA-N- 002-2008).

Deficiencia de Calcio

La deficiencia de calcio produce debilidad y mal formación en los huesos, detención del crecimiento y malformación de los dientes. En las mujeres después de la menopausia, produce osteoporosis o fragilidad de los huesos. También, la deficiencia de calcio

durante el embarazo se relaciona con una mayor incidencia de Síndrome Hipertensivo Gestacional. (MINSAN- 002-2008).

Prescripción de Calcio:

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

Es importante mencionar que de acuerdo a los estudios basados en la mejor evidencia la estrategia demostrada que tiene mayor utilidad clínica para la prevención de la pre eclampsia es la administración de aspirina. El calcio sigue siendo únicamente de mayor utilidad en el grupo poblacional de baja ingesta de calcio. En las unidades de salud donde se disponga de los dos productos podrá hacerse uso de ambos (calcio y aspirina) en el grupo de alto riesgo, en el grupo de riesgo intermedio solo usar aspirina. (MINSAN- 011-2015).

Deficiencia de Calcio

La deficiencia de calcio produce debilidad y mal formación en los huesos, detención del crecimiento y malformación de los dientes. En las mujeres después de la menopausia, produce osteoporosis o fragilidad de los huesos. También, la deficiencia de calcio durante el embarazo se relaciona con una mayor incidencia de Síndrome Hipertensivo Gestacional. (MINSAN- 002-2008)

TABLA 21: personal de enfermería prescribe aspirina y calcio según riesgo para la prevención de la pre eclampsia y sus complicaciones.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación

La tabla refiere que el personal de enfermería prescribe aspirina según riesgo de manera no aplica en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad según la normativa 011 debe administrarse aspirina y calcio a pacientes con algún factor de riesgo o que presente alguna complicación durante el embarazo por lo tanto no se debe generalizar el uso de estos fármacos por que La aspirina es un agente anti plaquetario lo cual significa que impiden que las células sanguíneas se adhieran unas a otras y forman coágulos como lo establece la normativa 011(2009) que dice que la administración de la aspirina se realiza a partir de las 20 semanas de gestación (80 mg) vía oral y calcio (2mg) vía oral a partir de las 20 semanas si hay un factor de riesgo en la embarazada.

Albendazol:

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

Indicaciones

Esta indicado en el tratamiento de helmintiasis simple o mixta demostrando efectividad contra áscaris lumbricoides, trichuris

Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%)ⁱⁱ en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vidaⁱⁱⁱ. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis. (MINSA-N-011-2015)

TABLA 22:El personal de enfermería prescribe albendazol.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente. Guías de obserbacion.

La tabla refiere que el personal de enfermería prescribe albendazol de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Esta actividad es importante porque disminuye las mortalidades infantiles el bajo peso al nacer y se debe administrar en el segundo y tercer trimestre con una diferencia de

seis semanas y aprovechar cualquier contacto con la embarazada para cumplimiento de ambas dosis. como lo refleja la normativa 011(2015) que la administracion de la Albendazol 400 mg (si parasitosis intestinal >30% y/o anemia >20%) en el 2º y 3er trimestre. Este disminuye el bajo peso al nacer, la mortalidad infantil al 6to mes de vida. Para fines de evaluación de cumplimiento del estándar el albendazol se puede administrar en II y III trimestre con una diferencia de 6 semanas y aprovechar cualquier contacto con embarazada para cumplimiento de ambas dosis. Por lo tanto el personal en estudio esta capacitado para la realizacion correcta de la atencion prenatal.

Consejería

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

Orientaciones básicas de cada APN

Proveedor/a, recuerde hablar sobre:

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

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

TABLA 23 :enfermeria realiza Consejeria sobre signos y sintomas de peligro de preclamia y eclampsia principalmente durante embarazo parto y puerperio.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente Guais de observacion.

La tabla refiere que el personal de enfermeria da consejeria sobre signos y sintomas de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

El puesto de salud en estudio esta cumpliendo correctamente con esta actividad la cual es muy importante la comunicaci3n con la paciente brindandole informacion necesaria como signos y sintomas sobre la la preclamsia y elampsia tal como lo refleja la normativa 011(2009)que el personal de salud debe dar consejerias, darle respuestas a todas sus interrogantes y tener una comunicaci3n fluida sobre los signos y sintomas de peligro de pre eclampsia y eclampsia como el edema en pies, manos, cara y calambres .en efecto es necesaria una consejeria clara presisa tal como lo esta realizando el puesto de salud en estudio .

Plan de Parto

Es una intervenci3n comunitaria cuyas acciones que realizan la mujer, su pareja, su familia y la participaci3n activa de la comunidad, preparan las condiciones para el cuidado del embarazo, parto, puerperio y el reci3n nacido/a, apoyados por el personal

de salud y comunidad organizada en las diferentes expresiones del poder ciudadano, a fin de contribuir a una maternidad segura.

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

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

Objetivo General

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

Objetivos específicos:

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

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

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

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

El Modelo las Tres Demoras

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

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

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

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

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

Segunda Demora: Demora en llegar al establecimiento de salud

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

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

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

Tercer Demora: Demora en recibir atención de calidad

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

Medicamentos y suministros, la condición general del servicio y el funcionamiento del sistema de referencia y contra referencia.

TABLA 24: el personal de enfermería negocia plan parto.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación

La tabla refiere que el personal de enfermería negocia plan parto de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Es una estrategia que está encaminada a orientar la organización y atención precoz con el fin de mejorar el estado de salud de la embarazada, el feto y evitar muerte domiciliaria como lo establece la normativa 011(2015) que dice que es una estrategia que 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. A los efectos de esto se está cumpliendo con lo establecido en la normativa a fin de disminuir la mortalidad materna domiciliar.

Captación, Negociación y Referencia.

Captación: de la embarazada para el Plan de Parto puede ocurrir tanto en la comunidad; durante las Visitas Domiciliares (VD) realizada por las parteras, brigadistas

o agentes comunitarios que implementan el plan de parto y por el personal de salud durante la Atención Prenatal (APN) o durante las visitas a la comunidad que hacen las brigadas médicas móviles, salidas integrales, etc. También la captación se puede realizar durante la elaboración del registro comunitario.

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

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

Referencia: para darle continuidad al proceso de negociación:

a. Si la captación y negociación se ha iniciado en la comunidad, los agentes comunitarios deben referir a la embarazada y su pareja al establecimiento de salud apoyándose en la hoja de referencia y contra referencia del SICO y el personal de salud debe enviar la contra referencia para informar a los sobre los avances del mismo. El voluntario debe de anotar en el registro diario de actividades del SICO, las visitas o actividades realizadas, anotando “Plan de Parto” en la casilla “especifique”.

b. Si la captación y negociación se inició en el establecimiento de salud durante la atención prenatal u otra consulta que motivó a la embarazada a visitar el establecimiento de salud; el personal de salud debe recomendar a la embarazada ponerse en contacto con la partera o voluntario a cargo del plan de parto en la comunidad. (MINSA, PLAN DE PARTO-2012)

TABLA 25: El personal de enfermería realiza la referencia a otro nivel de atención o casa materna consejería en parto asistido o si presenta alguna COE.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería realiza la referencia a otro nivel de atención de manera no aplica en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Cuando La referencia se hace a otro nivel de mayor resolución es cuando la paciente presenta cualquier complicación obstétrica la cual las pacientes pasarían a ser de alto riesgo por lo tanto esta actividad no aplica en pacientes de bajo riesgo.

Según la normativa 011 MINSA 2015 toda embarazada se debe evaluar el estado de salud y promocionar el parto institucional.

ETS

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

gérmenes como las bacterias y los virus también pueden ser el resultado de hongos o protozoos.

Objetivo del manejo sintromico

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

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

Manejo sintromico clasifica los principales agentes etiológicos, según los síntomas y signos clínicos que provocan. Para esto se utilizan flujo gramas que ayudan a determinar el tratamiento y proporcionarlo de manera adecuada;

Además se promueve la búsqueda y atención a los contactos sexuales, incluyendo la educación para reducir comportamientos de riesgo.

De salud dirigida a la promoción, orientación, tratamiento y rehabilitación. MINSA-N-2013)

TABLA 26: la enfermera confirma o descarta algunas ITS y aplica tratamiento según guías para la atención de ITS , manejo sindromico N 113 MINSACOE

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería confirmó alguna ETS de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Las ITS tienen que ver con complicaciones de orden social; riesgo de contagio al compañero sexual y en el caso de la embarazada, riesgo para el feto y el recién nacido. Las ITS es una de las principales causas de amenaza de parto prematuro, sepsis neonatal. Según la normativa 011 MINSA 2015 toda embarazada con sintomatología se realizará una revisión ginecológica para descartar y tratar alguna ITS. Por lo tanto el personal de Enfermería de la unidad de salud en estudio cumple con lo establecido en la Normativa.

Dexametazona

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

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

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

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

También se administra en mujeres con riesgo de parto prematuro para estimular la maduración pulmonar del feto esto ha sido asociado con un bajo peso en el momento del nacimiento aunque no con una elevación de la tasa de mortalidad neonatal.

TABLA 27: Enfermería prescribe en caso de amenaza de parto prematuro aplicar dexametazona (4mg u 8 mg) de acuerdo de disponibilidad del fabricante.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente: Guías de observacion.

La tabla refiere que el personal de enfermería prescribe dexametazona en caso de amenaza de parto prematuro de manera no aplica en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería está cumpliendo con esta actividad la cual no corresponde la administración de la dexametazona a las gestantes de bajo riesgo ya que no se debe generalizar el uso ya que se debe administrar únicamente en las mujeres que presenten algún factor de riesgo. Como lo establece la normativa 011(2015) que dice que se debe administrar la dexametazona 6 mg intra muscular cada 12 horas por cuatro dosis (ciclo único) a partir de las 34.6 semanas de gestación. La dexametazona es un potente glucocorticoide sintético con acciones que se asemejan a las de las hormonas esteroides. Actúa como un antiinflamatorio e inmunosupresor.

Termo Coe Almacenamiento De Los Insumos Dependera Del Fabricante

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

TABLA 28: evalúa la disponibilidad de insumos básicos para la atención prenatal y el COE básico.

	Primer control		Segundo Control		Tercer Control		Cuarto Control		total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	Total	%
S	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/A	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
N/O	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	7	35%	6	30%	2	10%	5	25%	20	100%

Fuente : Guais de observación.

La tabla refiere que el personal de enfermería evalúa el insumo básico de manera satisfactoria en 20 pacientes que corresponde al 100%.

Se evidencia que el personal de enfermería del puesto de salud en estudio realiza correctamente la actividad. En cada unidad de salud deben estar disponibles los insumos e instrumentos necesarios para la atención prenatal tales como; cinta de uro análisis, sulfato de magnesio oxitoxina ergonovina hidralazina clotrimazol metronidazol nifedipina etc.

Según la normativa 011 MINSA 2015 se deberá evaluar la disponibilidad de insumos básicos para la atención de la embarazada con el fin de mejorar la calidad de la atención y disminuir la morbilidad materna y neonatal.

Concepto:

Evaluar es juzgar o estimar.

La evaluación es la quinta y última fase del proceso de enfermería. En ese contexto, la evaluación es una actividad planeada, continua y con objetivos, en la que los clientes y

los profesionales sanitarios determinan: el progreso del cliente referido a la consecución de objetivos y la eficacia del plan de cuidados de enfermería.

Tipos de Evaluación

Continua: Se realiza durante o inmediatamente después de ejecutar una orden de enfermería, y permite a la enfermera realizar modificaciones puntuales.

Intermitente: Es la evaluación que es realizada a intervalos determinados (p/e una vez a la semana), es la que muestra el grado de progreso hacia la consecución de objetivos.

Final: Indica el estado del cliente en el momento al ser dado de alta.

TABLAS DE EVALUACIÓN

Tabla #29 Evaluación de las 28 actividades realizadas durante la atención a las pacientes, en los cuatro periodos del embarazo

Categoría	N° de actividades	Porcentaje
Satisfactorio	24	86%
Insatisfactorio	4	14%
N/O	0	0%
N/A	0	0%
Total	28	100%

Fuente: Guía de observación

El 86% de las actividades corresponde a la categoría satisfactorio, el 14% a la categoría insatisfactorio.

Se demuestra que las 28 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 #29 dando como resultado final que nuestro estudio es satisfactorio.

CONCLUSIONES

Se documentó las intervenciones de enfermería que se realizan durante la atención prenatal de bajo riesgo establecidas en las normativas MINSAL –N-011 (2015), MINSAL –N-106-2013, MINSAL-N-128, MINSAL-N-004 2013, MINSAL-N-029 2009, MINSAL-N-105-2012, MINSAL-N-101-2012, MINSAL-N-113-2013, y en la ley general de salud

Se compararon los cuidados de enfermería brindados a las gestantes en estudios según normas y protocolo.

Se pudieron evaluar los cuidados de enfermería concluyendo que no se realizan en un 100% según normas y protocolos.

BIBLIOGRAFIA

A.A Larousse, Diccionario enciclopédico, México D.F, Barcelona, 2005.

Arteaga iris, López/Nelly Gómez López, calidad de atención, manejo y cuidados de enfermería en los cuatro controles prenatales, seminario de graduación, Matagalpa, 2012.

Cordero Marcia, compendio de salud reproductiva, Matagalpa 2010 pp.162

Larousse, lengua española, México D.F, 2004.

MINSA, Nicaragua, normativa 030, Guías de cuidados de enfermería en el embarazo, Managua, 2010.

MINSA, Nicaragua, normativa 011, 2da edición, Managua, 2015.

MINSA, Manual de salud reproductiva, Managua Nicaragua, 1996.

MINSA, Nicaragua, Formulario Nacional de Medicamentos, 7ma edición, Managua, 2014.

MINSA, Nicaragua, normativa 011, 1ra edición, Nicaragua, 2008.

MINSA, Nicaragua, normativa 004, Manual para el llenado del expediente clínico, 2da edición, Managua, junio 2013.

MINSA Nicaragua, norma para el llenado del HCP, Managua, enero 2013.

MINSA Nicaragua, normativa 128, manual de procesos de atención de enfermería.

MINSA Nicaragua, normativa 101, guía para el uso correcto del censo gerencial de las embarazadas, Managua, septiembre 2012.

MINSA Nicaragua, normativa 093 (protocolo para el manejo materno-infantil del VIH y la sífilis, congénita, Managua, 2012

Schwartz, sala Duverges obstetricia, 6ta edición, 2008, pp.728.

Zamora Editor, Manual de enfermería, 1ra edición 2006, pp. 1167.

Zamora, Manual de enfermería, Bogotá Colombia, 1999.

ANEXOS

Actividades a realizar en cada control prenatal. Anexos 1-8

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. Historia integral de la/el Adolescentes y resto de instrumentos adolescentes	X	X	X	X
2	Indagar sobre factores sociales (violencia de cualquier tipo, pobreza, falta de apoyo de su familia o pareja) • Evaluar la situación psicoemocional	X	X	X	X
3	Ingreso y seguimiento al Censo Gerencial de las Embarazadas, Púerperas y Postnatales	X	X	X	X
4	Antecedentes Familiares y Personales y Antecedentes Obstétricos	X			
5	Medición de la Talla	X			
6	Medición del Peso	X	X	X	X
7	Examen Odontológico y de Mamas	X			
8	Edad Gestacional	X	X	X	X
9	Evaluación del Estado Nutricional en base a Índice de Masa Corporal	X			
10	Evaluación del Estado Nutricional en base al Incremento de Peso Materno		X	X	X
11	Determinar Esquema Vigente de dT: Mujeres a los 20 años (o primer embarazo). 1 Dosis (0.5cc) Una dosis a los 10 años y los 20 años o primer embarazo en las mujeres. Si no se tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la	X	X		

	cuarta dosis. Esto más que todo para personas mayores de 20 años.				
12	Determinación de la Presión Arterial (Registro, Análisis e Interpretación) y resto de signos vitales (FR, FC, T°)	X	X	X	X
13	Exámenes de Laboratorio:				
	➤ Grupo y Rh	X			
	➤ PAP	X			
	➤ VDRL/RPR	X	X		X (De ser necesario realizar a en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)
	➤ Hemoglobina o BHC	X	X	X	X
	➤ Glicemia	X	X	X	X
	➤ Examen General de Orina	X	X	X	X
	➤ Cintas Reactivas de Uroanálisis (por cada APN y cuando exista sospecha clínica) .	EGO anormal con Cinta Esterasa	EGO anormal con Cinta Esterasa	EGO anormal con Cinta Esterasa	EGO anormal con Cinta Esterasa
	➤ Aplicar esquema de tratamiento de la IVU:	Leucocitaria y Nitritos:	Leucocitaria y Nitritos:	Leucocitaria y Nitritos	Leucocitaria y Nitritos
	▪ Esquema A: Nitrofurantoína con cubierta entérica (cápsulas) 100 mg PO c/12 horas x 7 días o Nitrofuantoína sin cubierta	LEUCOCITOS (+)	LEUCOCITOS (+)	:	:

<p>entérica (tabletas) 100 mg PO c/8 horas x 7 días.</p> <ul style="list-style-type: none"> Esquema B: Cefalexina 500 mg PO c/6 h por 7 días o cefadroxilo 500 mg PO c/12 h por 7 días. 	<p>y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>	<p>LEUCOCITOS (+) y NITRITOS (+)</p> <p>EGO anormal con Cinta Reactiva de Uroanálisis: LEUCOCITOS TRAZAS O MAS y NITRITOS (+)</p>
<p>➤ Consejería y Prueba voluntaria de VIH</p>	<p>X (antes de las 20S/G)</p>	<p>X (después de las 20 S/G)</p>	<p>Consejería e indicar la prueba si no se ha realizado</p>	<p>X (De ser necesario realizar a en el <u>Trabajo de Parto</u> cuando la madre ingresa sin atenciones prenatales previas o muy alejados del ingreso)</p>
<p>➤ PCR, Gota Gruesa y Chagas(según</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>	<p>X</p>

	patología o endemicidad de la zona)				
14	Medición de la Altura Uterina		X	X	X
15	Auscultación de FCF a partir de las 20 SG		X	X	X
16	Movimientos Fetales después de 18 SG		X	X	X
17	Presentación/Situación fetal			X	X
18	Clasificación de Alto Riesgo Obstétrico	X	X	X	X
19	Consejería en Lactancia Materna y Planificación Familiar (Anticoncepción Postevento Obstétrico - ECMAC), Cuidados del Recién Nacido/a	X	X	X	X
20	<p>Suplemento con Sulfato Ferroso + Acido Fólico: Las dosis están expresadas en mg de hierro elemental. <u>Profilaxis de la anemia ferropénica</u> MUJERES EMBARAZADAS: 1 tableta (60 mg + 0.4 mg/d) hasta el final del embarazo. <u>Tratamiento de la anemia ferropénica</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de pacientes con Anemia leve y moderada deberán de recibir: 60 – 120 mg (1 a 2 tabletas) de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. • Las pacientes con Anemia severa deberán de recibir: 120 – 200 (2 a 3 tabletas) mg de Hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico diario por 6 meses. 	X	X	X	X
21	<p>Suplemento con Ácido Fólico:</p> <p>Prevención de ocurrencia (primera vez): <u>4 mg de ácido fólico desde 3 meses antes hasta 3 meses después del parto y a toda paciente que esté planeando embarazarse.</u></p> <p>Prevención de recurrencia en mujeres con alto riesgo para defecto de cierre de tubo neural: (historia familiar de Defecto de cierre de Tubo Neural, tratamiento antiepiléptico o metrotexate, diabetes, Obesidad con IMC \geq 30 Kg/m², Madre con anemia por</p>	X	X	X	X

	células falciformes o talasemia. Mujeres con bajo cumplimiento en la toma de medicamentos (Acido Fólico y/o Multivitaminas) y bajo consumo de una dieta rica en Acido Fólico, consumo de teratógenos (alcohol, tabaco). Dosis: <u>4-5 mg de ácido fólico desde 3 meses antes del embarazo hasta 3 semanas después.</u>				
22	Prevención de la Pre-eclampsia y sus complicaciones Prescribe Aspirina y Calcio según Riesgo para Pre-eclampsia (P-E):				
	Factores de Alto Riesgo para desarrollar Pre-eclampsia <ul style="list-style-type: none"> • Pre eclampsia previa • Anticuerpos anti fosfolípidos • Hipertensión arterial, enfermedad renal y/o Diabetes pre existente • IMC > 29 Kg/m2 • Historia de madre/hermana con pre eclampsia (Factores genéticos 37% en hermanas, 26% en hijas y 16% en las nietas) • Extremos de edades (menores de 20 y mayores de 35 años) • Periodo Intergenésico mayor a 10 años • Migraña • Tabaquismo 	NO INGERIR EL CALCIO Y EL HIERRO EN LA MISMA HORA, YA QUE SON ANTAGÓNICOS	X Aspirina 100 mg/Diario (Antes de acostarse, a partir de las 12 S/G) Recordar que iniciar la aspirina después de las 16 SG no agrega beneficio Calcio 3 tabletas por día (1800 mg/día), a partir de las 12 S/G) <ul style="list-style-type: none"> • Vía oral • Abstención de alcohol. • Dejar de Fumar. • Realizar Doppler de arteria uterina a las 12 S/G, confirmado en S/G 20 a 24 para el diagnóstico precoz. 		
23	Prescribe Albendazol: Dosis de 400mg		X		X
24	Consejería en signos y síntomas de peligro de la Pre-eclampsia y Eclampsia principalmente, durante el embarazo, parto y puerperio.	X	X	X	X
25	Negociar Plan de Parto	X	X	X	X
26	Referencia a otro nivel de atención o Casa Materna, Consejería en Parto Asistido o si presenta alguna COE	X	X	X	X
27	Confirmar o Descartar alguna ITS y aplicar tratamiento según Guía para la Atención de ITS, Manejo Sindrómico N-113, MINSA.	X	X	X	X
28	En casos de Amenaza de Parto Prematuro; 1. Aplicar Dexametazona (amp 4mg u 8mg) De acuerdo a disponibilidad		X 1. Dexametazona: 6mg IM c/12 horas x		

	<p>del fabricante.</p> <p>2. Nifedipina: presentación de tabletas de 10 mg.</p>		<p>4 dosis (ciclo único) a partir de las 24 hasta las 34.6S/G (antes de las 35)</p> <p>2. Nifedipina: La dosis de ATAQUE a utilizar es: tabletas de 10 mg PO cada 20 minutos por 3 dosis previa valoración de la actividad uterina y si no hay actividad suspenderla.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indicar como tratamiento de mantenimiento o 20 mg PO cada 8 horas por 3 días. 7 ○ SOLO hay dos contraindicaciones para uso de Nifedipina: Si hay hipotensión arterial o si No existe disponibilidad en la Institución de Salud. ○ NO debe de inducirse a la 	
--	--	--	--	--

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

que se manejan en las unidades de salud (Rango de temperatura entre 2 a 8 °C, Proteger de la luz y No congelar)¹

- Oxitocina
- Ergonovina/Ergometrina
- Hidralazina (ampolla)
- Cintas de Uro análisis **(Revisar indicaciones de almacenamiento orientado en el prospecto)**

Garantizar la existencia de otros insumos COE:

- Sulfato de magnesio
- Nifedipina
- Clotrimazol
- Metronidazol
- Labetalol

¹ Centro de Insumos para la Salud. Lista de productos que necesitan almacenamiento en cuarto frío. Corte 31 de agosto 2013.

Información Resumida De La Cita Obstetrica Y Gestograma.

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	Perimetro 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.

Historia Clínica Perinatal

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL - MINSA NICARAGUA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN
 NOMBRE Y APELLIDOS: _____
 DOMICILIO: _____
 LOCALIDAD: _____ TELEF.: _____
 FECHA DE NACIMIENTO: día mes año _____
 EDAD (años): _____
 ETNIA: blanca indígena mestiza negra otra _____
 ALFA BETA: no si _____
 ESTUDIOS: ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel _____
 ESTADO CIVIL: casada unión estable soltera otro _____
 Lugar del control prenatal: _____
 Lugar del parto/aborto: _____
 N° identificación: _____

ANTECEDENTES
FAMILIARES no si: TBC, diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave.
PERSONALES no si: cirugía genito-urina, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia, VIH+.
OBSTETRICOS gestas previas: _____ abortos: _____ vaginales: _____ nacidos vivos: _____ nacidos muertos: _____
 ULTIMO PREVIO: n/c, <2500g, normal, >=4000g, emb. ectópico.
 Antecedentes Múltiples: no si _____
FIN EMBARAZO ANTERIOR día mes año _____ <2 años no si >5 años no si
EMBARAZO PLANEAADO no si _____
FRACASO METODO ANTICONCEP. no si: barrera, DIU, hormo, emmer, natural, gencia.

GESTACION ACTUAL
 PESO ANTERIOR: _____ Kg IMC: _____ TALLA (cm): _____
 EG CONFIABLE por FUM: no si Eco <20 s. no si
 FUMACT. FUM PAS. DROGAS ALCOHOL VIOLENCIA ANTIRUBEOLA ANTITETANICA EX. NORMAL
 1º trim. 2º trim. 3º trim. 1º sem. 2º sem. 3º sem. 1º sem. 2º sem. 3º sem. 1º mes 2º mes 3º mes
CERVIX normal anormal no se hizo no si n/c
GRUPO Rh Inmuni. no si n/c
TOXOPLASMOSIS <20sem IgG no si n/c >=20sem IgG no si n/c
Hb <20 sem g/l no si n/c **Fe/FOLATOS** indicados no si n/c
VIH - Diag - Tratamiento <20 sem solicitada no si n/c Prueba result. no si n/c TARV en emb. no si n/c
SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento no treponémica no si n/c Prueba treponémica no si n/c Tratamiento no si n/c Tto. de la pareja no si n/c
CHAGAS no si n/c **PALUDISMO/MALARIA** no si n/c **BACTERIURIA** sem. <20 no si n/c >=20 no si n/c
GLUCEMIA EN AYUNAS <24 sem no si n/c >=24 sem no si n/c **ESTREPTOCOCCO B** 35-37 semanas no si n/c **PREPARACION PARA EL PARTO** no si n/c **CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA** no si n/c

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

PARTO no si **ABORTO** no si **LUGAR DEL PARTO** Institucional no si Domiciliar no si Otros no si **HOSPITALIZ. en EMBARAZO** días no si **CORTICOIDES ANTENATALES** completo no si incompl. no si ninguna no si **INICIO** espontáneo no si inducido no si cesar. elect. no si **RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA** <37 sem no si >=18 hs. no si temp. >=38°C no si **EDAD GEST. al parto** semanas días **PRESENTACION SITUACION** cefálica no si pélvica no si transversa no si **TAMANO FETAL ACORDE** no si **ACOMPANANTE TDP P** pareja no si familiar no si otro no si ninguno no si

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

NACIMIENTO VIVO no si hora min día mes año MULTIPLE no si orden _____ TERMINACION espont. no si cesárea no si forpces no si vacuuro no si **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** no si **INDUC** no si **OPER** no si

POSICION PARTO sentada no si acostada no si cuclillas no si **DESGARROS** Grado (1 a 4) no si **OCITOCICOS** prealumb. no si postalumb. no si completa no si retenida no si **PLACENTA** no si **LIGADURA CORDON** precoz no si **OCULOS** no si **ANTIBIOT.** no si **ANALGESIA** anest. local no si anest. region no si anest. gen. no si **TRANSFUSION** no si **OTROS** no si **INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO** no si **INDUC** no si **OPER** no si

RECIENTE NACIDO
 SEXO f m **PESO AL NACER** g no si n/c **LONGITUD** cm no si n/c **DEFECTOS CONGENITOS** no si **ENFERMEDADES** no si **VIH en RN** Expuesto no si Tto. no si **TAMIZAJE NEONATAL** VDRL no si TSH no si Hbpatia no si Bilirrub no si Toxo no si Meconio 1º día no si **REFERIDO** no si **PUERPERIO INMEDIATO** día hora T°C P A pulso invol. uter. loquios

EGRESO RN vivo no si fallece no si traslado no si fallece durante o en lugar de traslado no si **ALIMENTACION AL ALTA** lact. excl. no si BCG no si Boca arbia no si **EGRESO MATERNO** traslado no si lugar _____ **METODO ELEGIDO** DIU post-evento no si DIU no si barrera no si hormonal no si natural no si ninguno no si

EGRESO MATERNO día mes año **PESO AL EGRESO** g **RESPONSABLE** _____

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)
 Descripción de códigos en el reverso
 HCFESAPF (Nicaragua) 2011

Operacionalización de variables.

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

