



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

INTERVENCIONES DEL LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
EN EL CONTROL PRENATAL DE BAJO RIESGO

TESINA

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARISOL SORIANO CHICHARO



DIRECTORA DE TESINA:

M.A. ANGELICA IVONNE ESPARZA SANDOVAL

MÉXICO, CDMX.

2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por darme la vida, por ser el apoyo más grande durante mi educación universitaria, ya que sin ellos no hubiera logrado mis metas y sueños. Por ser el ejemplo a seguir, por enseñarme a seguir aprendiendo todos los días sin importar las circunstancias y el tiempo.

A mi hermana, tu eres uno de mis motores que me impulsa a ser mejor cada día para que siempre te sientas orgullosa de mi y gracias por haberme apoyado.

A dios, por brindarme la oportunidad de vivir, permitirme disfrutar cada momento de mi vida, por mi salud, bienestar y por la gran familia que me ha mandado.

El presente trabajo fue realizado bajo la supervisiónn de la Profesora: Angélica Ivonne Esparza Sandoval, a quien me gustaría expresar mi profundo agradecimiento, por hacer posible la realización de este trabajo. Además, de agradecer su paciencia, tiempo y dedicación que tuvo para que esto saliera de manera exitosa. Gracias, por ser parte de la columna vertebral de mi tesina.

A mis maestros, que compartieron conmigo sus conocimientos para convertirme en una profesionista, por su tiempo, dedicación y por su pasión por la actividad docente.

DEDICATORIA

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron a mi lado para que pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino terminaba, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño y amor esta tesina se las dedico a ustedes:

Papá Telesforo

Mamá Rosa

Hermana Brenda

Y mi más grande amor mi hija Rosa Getsemaní.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	2
2. OBJETIVO	4
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	4
3. METODOLOGÍA	4
4. MARCO TEÓRICO	5
4.1 Embarazo	5
4.1.2 Cambios fisiológicos y físicos en el embarazo	6
4.2 Control prenatal	17
4.2.1 Definición	17
4.2.4 Clasificación, Componentes y Características del control prenatal	19
Componente 2. Evaluación Clínica	21
4.2.3. El enfoque de riesgo aplicado en el control prenatal	23
4.3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.	26
4.3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.	30
4.3.3 Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.	33
4.3.4 Derechos sexuales y reproductivos	37
5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL CONTROL PRENATAL	42
5.1 Diagnósticos reales	42
5.2 Diagnósticos potenciales o de riesgo	64
5.3 Diagnósticos de bienestar	74

6. CONCLUSIÓN	87
7. RECOMENDACIONES	88
8. BIBLIOGRAFÍAS	88
9. ANEXO	96

INTRODUCCIÓN

Esta tesina se centra en el hacer del Licenciado de Enfermería y Obstetricia en el control prenatal de bajo riesgo, con la meta final de que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia de un cuidado especializado y con enfoque integral basándose en las necesidades alteradas que se van presentado en la mujer embarazada en el control prenatal, considerando la importancia de cada una de las etapas del proceso reproductivo, en la gestación.

El control prenatal ha demostrado ser una estrategia adecuada para encontrar factores de riesgo oportunos durante la gestación y la prevención de algunas enfermedades en la misma, así como evitar mortinatos.

En general este trabajo pretende que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia determine intervenciones de enfermería adecuadas y de una atención prenatal de calidad, con la mejor evidencia ya que es importante para el bienestar de la embarazada y de su hijo (a), y garantice que los individuos satisfagan sus necesidades de salud materna y evitar factores de riesgo en el embarazo ya que sea visto en múltiples estudios como un indicador sensible de la vulnerabilidad social y de la equidad con la que se desarrolla una sociedad.

Los métodos de análisis que se usaran en este trabajo son básicamente reunir materiales sobre la enseñanza y la educación en el control prenatal, comparar varias fuentes de información con el fin de determinar diferencias y coincidencias, para establecer una tesina general sobre las intervenciones del Licenciado de Enfermería y Obstetricia en el control prenatal de bajo riesgo.

Se concluirá que el Licenciado de Enfermería y de Obstetricia tenga herramientas necesarias para realizar un cuidado especializado, con enfoque integral basándose en las necesidades alteradas que se van presentando en la mujer embarazada en cada etapa del embarazo, por eso es importante que la mujer gestante tenga su control prenatal adecuado.

1. JUSTIFICACIÓN

Mediante el control prenatal podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la gestante para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico, es la prevención primaria en el embarazo, este debe ser precoz, periódica, completo, de calidad y de amplia cobertura; garantizando su fácil accesibilidad. (INEGI, 2015)

Se ha observado que las futuras madres no acuden a control prenatal debido a la economía, demasiados trámites institucionales, distancia larga, una mala atención en la unidad médica y por una mala orientación en el embarazo. El 17.6% las mujeres adolescentes no acuden a un control prenatal por ocultar su embarazo a sus familiares. Lo que se pretende en estas circunstancias es evitar embarazo de alto riesgo y prevenir la mortalidad materna fetal. En 2013, del total de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que presentaron un aborto, 18.7% son adolescentes. Respecto a los mortinatos en el mismo periodo, 17.9% de estos corresponde a mujeres de 15 a 19 años. (CONAPO, 2015)

El control prenatal ha demostrado ser una estrategia adecuada para encontrar factores de riesgo oportunos durante la gestación y la prevención de algunas enfermedades en la gestación y evitar mortinatos. (INEGI, 2015)

Según la información de La Encuesta Nacional de La Dinámica Demográfica (ENADID) 2014, en el trienio 2011 a 2013. La tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años, representa 77 casos Del total de nacimientos por cada mil mujeres; La tasa de fecundidad más alta corresponde a las mujeres entre 20 a 24 años de edad con 126 nacimientos por cada mil mujeres, seguidas de las edades 25 a 29 años con 113.1 nacimientos por cada mil mujeres. (INEGI, 2015)

En esta investigaciónn bibliográfica se pretende que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia determine intervenciones de enfermería adecuadas y de una atención prenatal de calidad, con la mejor evidencia ya que es importante para el bienestar de la embarazada y de su hijo (a),y garanticé que los individuos satisfagan sus necesidades de salud materna, y evitar factores de riesgo en el

embarazo ya que se ha visto en múltiples estudios como un indicador sensible de la vulnerabilidad social y de la equidad con la que se desarrolla una sociedad. En México, uno de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad social es el de las mujeres adolescentes embarazadas, ya que generalmente provienen de entorno social desfavorable, caracterizado por carencias educativas, nutricionales y de acceso a servicios básicos. Las condiciones económicas y sociales tienen repercusiones en la salud de la mujer y del hijo (a), que hacen del embarazo en la adolescencia un evento altamente riesgoso. (Leite Alves de Oliveira, Branco de Fonseca, De Barros Leite Carvalhaes, & Garcia de Lima Parada, 2013)

El rol de Enfermería como miembro del equipo de salud y del cuidado de la gestante es un parámetro que garantice una atención de calidad y satisfacción, con soporte humano y con sustento teórico, para el desarrollo de las actividades, programadas e intervenciones durante el control prenatal. Una de las razones que justifica la participación del profesional de enfermería y equipo de salud, en la atención a las mujeres embarazadas en el periodo prenatal es la adherencia de las gestantes al generar confianza para resolver inquietudes, proporcionarles educación, asesoría, acompañamiento, inclusión de pareja y familia, en la participación en la toma de decisiones. (Moreno Mojica, Mesa Chaparro, Perez Cipagauta, & Vargas Fonseca, 2014)

Por lo tanto, es importante acudir a las consultas prenatales, que consiste en un conjunto de actividades y procedimientos específicos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo multidisciplinario de salud, a fin de detectar, diagnosticar y tratar a tiempo en la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. (Moreno Mojica, Mesa Chaparro, Perez Cipagauta, & Vargas Fonseca, 2014)

2. OBJETIVO

Determinar las intervenciones del Licenciado en Enfermería y Obstetricia en el control prenatal de bajo riesgo, basadas en la mejor evidencia para favorecer la calidad a través de la toma de decisiones

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Identificar e intervenir oportunamente los principales factores de riesgo materno y perinatal
- ❖ Proponer un método de trabajo adecuado para mejorar la calidad del control prenatal, estableciendo la estandarización de los cuidados de enfermería que proporcionan un control prenatal de calidad.
- ❖ Determinar en el control prenatal la identificación de factores de riesgos oportunos y favorecer la referencia y contra referencia.

3. METODOLOGÍA

La presente investigación se realizó con el siguiente método bibliográfico, en donde se utilizaron las siguientes fuentes de búsquedas, BVS, SCIELO, LILACS donde se consultaron con las siguientes palabras clave embarazo, bajo riesgo, factores de riesgo, control prenatal, intervenciones de enfermería, el resultado fue de 200 artículos, el cual se delimito con un rango de 5 años (2012 al 2017) dando un total de 89 artículos y al final se seleccionó con idioma en español determinando 40 artículos de los cuales se seleccionaron los trabajos más acordes a esta investigación.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Embarazo

El embarazo es una parte de la reproducción humana que comienza con el proceso de un espermatozoide se fusiona con un ovulo para formar una nueva célula diploide o cigoto, para pasar en el desarrollo preembrionario, se comienza a partir de la concepción hasta los primeros 14 días, se denomina fase embrionaria o de ovulo. El desarrollo después de la fecundación se divide en dos fases: multiplicación celular y una diferenciación celular (membrana embrionaria) esta fase se caracteriza por una multiplicación y una diferenciación células rápidas y por la formación de las membranas embrionarias y las capas germinativas primarias estas fases y el mecanismo de implantación (anidación). (Danforth, Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2013)

El embarazo es conocido como gestación o estado de gravidez., el embarazo es una secuencia de eventos que ocurren normalmente durante la gestación de la mujer y generalmente incluyen. La fertilización, la implantación, el crecimiento embrionario, crecimiento, fetal finalizando con el nacimiento. (Danforth, Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2013)

Comprende todos los procesos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en las mujeres encaminadas a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción del ciclo menstrual, o el aumento del tamaño de las mamas para la lactancia. (Danforth, Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard, 2013)

Durante el embarazo el organismo de la mujer va experimentar diferentes cambios, anatómicos, fisiológicos y psicológicos, por eso es muy importante que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones. Uno de los datos importantes que tenemos que llevar en mente es la duración del embarazo que es de 40 semanas de gestación, se divide en tres trimestres.

4.1.2 Cambios fisiológicos y físicos en el embarazo

A continuación describimos los cambios físicos y psicológicos que provoca la gestación. (Mondragon Castro, 2013)

Cambios respiratorios

Para poder satisfacer el aumento de la demanda de oxígeno de una gestante se producen muchos cambios respiratorios. El volumen de aire inspirado cada minuto aumenta un 30 a 40%. Además, la progesterona reduce la resistencia de las vías respiratorias, lo que permite que aumente un 15 a 20% el consumo de oxígeno, así como la producción de anhídrido carbónico y la reserva funcional respiratoria. (Mondragon Castro, 2013)

Al crecer el útero comprime y eleva el diafragma. Aumenta el ángulo subcostal y se expande la caja costal. También aumenta el diámetro anteroposterior, y el perímetro torácico se expande hasta 6cm; debido a ello, el volumen intratorácico no disminuye significativamente. La respiración deja de ser abdominal y pasa a hacer torácica al avanzar la gestación, y el diafragma tiene menos margen para descender durante la inspiración. Puede producirse una cierta hiperventilación y dificultades para respirar. (Mondragon Castro, 2013)

Cambios cardiovasculares Corazón.

Durante el embarazo el útero grávido eleva el diafragma, que a su vez eleva el corazón y altera la posición. Por lo que en el examen físico el latido apical está más lateral que de costumbre, y en los rayos X el diámetro transversal está más agrandado. También puede manifestarse alteraciones en el ritmo, cambios en el electrocardiograma (ECG) y soplos inocentes. Un soplo sistólico, grado I y II debido al estado hipermetabólico del sistema cardiovascular (SCV) puede estar presente, así como un soplo continuo secundario a ingurgitación de la vena mamaria. El ECG puede revelar cambios reversibles en las ondas ST, T y Q; estas

alteraciones no necesariamente indican enfermedad cardiaca. (Cabero Roura & E, 2013)

Volumen sanguíneo: Los cambios funcionales del SCV son dramáticos. El volumen sanguíneo aumenta del 30 al 50%. Esta elevación se inicia en el primer trimestre y continúa elevándose hasta 30 semanas de gestación, después de la cual se estaciona por un corto tiempo, y luego disminuye hacia lo normal al final de la gestación. Se crea una anemia por dilución, ya que la proporción del volumen plasmático con el volumen sanguíneo total aumenta proporcionalmente más que el volumen de células rojas. (Cabero Roura & E, 2013)

Diferentes estudios han propuestos que el volumen sanguíneo y el gasto cardiaco aumentado, son cambios compensatorios que responden a una vasodilatación inicial causada por una sustancia vasodilatadora, que puede ser prostaciclina o el factor relajante derivado del endotelio. Este gran aumento del volumen de sangre es necesario para suplir las necesidades metabólicas del feto y para compensar la pérdida de sangre materna durante el parto. Se estima que la paciente embarazada puede perder hasta un 20% de su volumen sanguíneo sin un cambio significativo en el hematocrito. (Cabero Roura & E, 2013)

Gasto cardiaco: Aumenta de un 30 a 50% durante el embarazo, se inicia temprano, llega a un punto medio aproximadamente a la 28 y 32 semana de gestación y disminuye un poco durante las últimas semanas de gestación. (Cabero Roura & E, 2013)

Modificaciones hematológicas

El volumen globular suele aumentar durante el embarazo. Este incremento se produce sobre el aumento de plasma, lo que genera una situación de hemodilución, con un hematocrito disminuido (35%) y una hemoglobina en los límites de la normalidad (11.5-12gr/dl). (Matronas del Servicio Andaluz de Salud, 2015)

Modificaciones en el aparato urinario

Durante el primer trimestre, el útero grávido sigue siendo un órgano pélvico y comprime la vejiga, produciendo polaquiuria. Este síntoma remite en el segundo trimestre, una vez que el útero pasa a ser un órgano abdominal y disminuye la presión sobre la vejiga. La polaquiuria reaparece durante el tercer trimestre, cuando la parte presentada desciende a la pelvis y vuelve a comprimir la vejiga, reduciendo su capacidad, contribuyendo a la hiperemia, e irritando la vejiga. (Obstetricia, 2010)

Los uréteres (especialmente el derecho) se alargan y dilatan por encima del rebote de la pelvis. La tasa de filtración glomerular (TFG) aumenta hasta un 50% a partir del segundo trimestre y permanece elevada hasta el momento del parto. Para compensar este incremento, aumenta también la reabsorción tubular renal. Sin embargo, durante la gestación a veces se observa glucosuria debido a que el riñón no puede reabsorber toda la glucosa que filtran los glomérulos. La glucosuria puede ser normal o indicar una diabetes gestacional; por consiguiente, siempre hay que realizar pruebas adicionales. (Obstetricia, 2010)

Metabolismo

Durante el embarazo aumenta la mayoría de las funciones metabólicas debido al incremento de las demandas del feto en crecimiento y sus propias necesidades tisulares. El aumento de peso recomendable para una mujer de peso normal antes del embarazo es de 11.4 a 15.9 kg, mientras que para una mujer obesa se recomienda un aumento de 6.8 a 11.4 kg. Las mujeres delgadas deben de ganar peso necesario para alcanzar su peso ideal más 11.4 a 15.9 kg. El promedio de aumento de peso es de 1.6 a 2.3 kg durante el primer trimestre, y de 5.5 a 6.8 kg durante cada uno de los trimestres posteriores. Durante la gestación son muy importantes una nutrición y aumento de peso adecuado. (Obstetricia, 2010)

Metabolismo de los nutrientes

En las primeras semanas se van a producir cambios en el apetito, puede aumentar o disminuir, además de cambios en las apetencias de los alimentos. Van a aparecer náuseas y vómitos matutinos debido a la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG). (Ricardo Figueroa Damian, 2012)

Las demandas de proteínas y lípidos del feto alcanzan su nivel máximo en la segunda mitad del embarazo; el feto duplica su peso en las 6-8 últimas semanas. Durante el embarazo se deben almacenar proteínas (aporte de nitrógeno) para mantener concentraciones constantes en la leche materna y evitar la depleción de los tejidos maternos. También deben aumentar las reservas de hidratos de carbono, especialmente durante los dos últimos trimestres. (Obstetricia, 2010)

Los lípidos se absorben mejor durante la gestación y la concentración de ácidos grasos libres aumenta en respuesta al lactogeno placentario humano. También se incrementan las concentraciones de lipoproteínas y colesterol. Debido a estos cambios, un aumento de la grasa en la dieta o una disminución de las síntesis de hidratos de carbono pueden producir cetonuria en la gestante. (Obstetricia, 2010)

Metabolismo hídrico

Una de las alteraciones básicas de la gestación es un aumento de retención de agua, a causa de diversos factores interrelacionados. El incremento de las concentraciones de esteroides sexuales modifica la retención hidrosalina. La disminución de las proteínas séricas altera también el equilibrio hídrico, lo mismo que el aumento de la presión y la permeabilidad intracapilares. Este aumento del agua se debe a las necesidades del feto, la placenta y el líquido amniótico, así como el aumento la volemia, los líquidos intersticiales y los órganos dilatados de la madre. (Ricardo Figueroa Damian, 2012)

Sistema musculo esquelético

La dentición de las gestantes no experimenta cambios demostrables. La caries dental que se observa a veces durante el embarazo probablemente se debe a una higiene oral y unos cuidados dentales inadecuados, especialmente si la mujer tiene problemas de hemorragias gingivales o náuseas y vómitos. (Alcolea Flores Silvia, 2012)

Las articulaciones de la pelvis se relajan ligeramente debido a influencias hormonales. Esto suele producir una marcha contoneada. Dado que el centro de gravedad de la gestante varía gradualmente, la curvatura de la columna lumbar se va acentuando y cambia la postura de la mujer. Este cambio postural compensa el aumento anterior del peso uterino y suele provocar una lumbalgia baja. (Alcolea Flores Silvia, 2012)

La presión del útero grávido sobre los músculos abdominales pueden separar los rectos abdominales y producir una diastisis de los mismos. Si la separación es importante y no se restablece el tono muscular tras el parto, en embarazos posteriores no se dispondrá de suficiente sujeción y el abdomen de la mujer puede adoptar un aspecto colgante. (Alcolea Flores Silvia, 2012)

Útero y flujo sanguíneo uterino

Anatómicamente, el útero cambia de un órgano gestante de 30 o 60 g a un órgano de 70- 1000 g debido a la hipertrofia e hiperplasia del tejido muscular existente. Este aumento de tamaño, requiere un aumento importante de flujo. De manera principal, el crecimiento uterino es resultado de un aumento en tamaño (hipertrofia) de las células premetriales preexistentes. Ya se demostró que las células individuales aumentan su tamaño previo al embarazo entre 17 y 40 veces a causa de la influencia del estrógeno y la distensión que provoca el feto en crecimiento. La cantidad de tejido fibroso entre las bandas musculares aumenta mucho, lo que aumenta la fuerza y la elasticidad de la pared muscular. (Mondragon Castro, 2013)

Los requerimientos circulatorios al útero aumentan conforme este crece y conforme se desarrolla el feto y la placenta. El tamaño y la cantidad de los vasos sanguíneos y linfáticos se incrementan mucho. Para el final del embarazo, la sexta parte de todo el volumen sanguíneo materno se encuentra en el sistema vascular del útero. (Mondragon Castro, 2013)

Cuello uterino

El estrógeno estimula el tejido glandular del cuello uterino, lo que aumenta el número celular y la actividad. Las glándulas endocervicales ocupan casi la mitad de la masa cervical al término del embarazo, en comparación a una pequeña parte en el estado previo a la gestación. Estas glándulas secretan un moco espeso para formar opérculo que sella el canal endocervicales. El aumento de la vascularización origina ablandamiento y una coloración purpúrea del cérvix (signo de Chadwick). El aumento de la vascularización proviene de la hipertrofia e ingurgitación de los vasos bajo el útero en crecimiento. (Mondragon Castro, 2013)

Ovarios

Los ovarios dejan de producir óvulos durante la gestación, pero el cuerpo amarillo sigue sintetizando hormonas hasta la séptima semana de gestación, aproximadamente, mantiene el endometrio hasta que la placenta asume esta función. A partir de ese momento, el cuerpo amarillo empieza a regresar y queda casi totalmente obliterado hacia la mitad de la gestación. (Tormos)

Vagina

Las paredes vaginales sufren, progresivamente, cambios importantes, con relajación e hipertrofia del tejido conectivo y aumento del espesor de la mucosa, que producen un aumento en la longitud vaginal, preparándola para la distensibilidad necesaria para el momento del parto. El gran aumento en la secreción vaginal se produce fundamentalmente al final de la gestación, tomando un aspecto blanco característico y ligeramente espeso, con un pH ácido que va de

3.7 hasta 6, y que juega un papel muy importante en el control de la flora vaginal. (Tormos)

Vulva

Al igual que en la vagina, se produce un incremento de la vascularización e hiperemia de la piel y los músculos del periné y la vulva, adquiriendo esta un tono violáceo. Puede aparecer edema y varices conforme avanza la gestación. (Tormos)

Cambios en las mamas

Los estrógenos y la progesterona inducen numerosos cambios en las glándulas mamarias. Las mamas crecen y se vuelven más nodulares conforme aumenta el número y el tamaño de las glándulas como preparación para la lactancia. Las venas superficiales se hacen más prominentes, los pezones se vuelven más eréctiles y las aréolas se oscurecen. Los folículos de Montgomery (glándulas sebáceas) se dilatan, y pueden aparecer estrías gravídicas. Durante el último trimestre puede salir calostro, una secreción amarillenta rica en anticuerpos, de las mamas, ya sea espontáneamente o al exprimirlas. El calostro se transforma gradualmente en la leche madura durante los primeros días tras el parto. (Tormos)

Piel

Durante el embarazo suele cambiar la pigmentación de la piel. Se deben al aumento de las concentraciones de estrógenos, progesterona y hormona estimulante de los meloncitos. La pigmentación cutánea aumenta sobre todo en las zonas que ya están hiperpigmentadas: En la piel de la zona media del abdomen puede aparecer una línea pigmentada, la línea negra, que suele ir desde el ombligo o por encima del mismo hasta la zona púbica. También puede aparecer el cloasma facial, un oscurecimiento de la piel de la frente y la zona periocular. El cloasma es más marcado en las mujeres de pelo oscuro y se acentúa con la exposición solar. Afortunadamente, desaparece o remite poco después del parto, una vez que cesa la influencia hormonal de la gestación. Además, durante la

gestación suele observarse una hiperactividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas. (Martin Maldonado Duran, 2013)

Las estrías gravídicas, o marcas de estiramiento, son unas líneas rojizas y onduladas que pueden aparecer en el abdomen, los muslos, las nalgas y las mamas. Se deben a la merma de la resistencia del tejido conjuntivo a causa del aumento de las concentraciones de esteroides suprarrenales. (Martin Maldonado Duran, 2013)

Pueden aparecer arañas vasculares, en forma de pequeñas elevaciones cutáneas de color rojo brillante que irradian desde un cuerpo central, en el tórax, el cuello, la cara, los brazos y las piernas. Pueden deberse a un aumento del flujo sanguíneo subcutáneo en respuesta al incremento de las concentraciones de estrógenos. El ritmo de crecimiento del pelo puede disminuir durante el embarazo; también disminuye el número de folículos pilosos en fase de reposo. Tras el nacimiento, el número de folículos pilosos en reposo aumenta marcadamente y la mujer puede notar que se le cae más pelo durante 1-4 meses. No obstante, prácticamente todo el cabello se renueva en un plazo de 6 a 12 meses. (Martin Maldonado Duran, 2013)

Sistema endocrino

Tiroides

La glándula tiroides suele crecer ligeramente durante la gestación debido a un aumento de su vascularización y a la hiperplasia del tejido glandular. Aumenta su capacidad para captar tirosina, con lo que también se incrementa el yodo unido a proteínas séricas. Estos cambios se deben a la elevación de los estrógenos plasmáticos durante la gestación. El metabolismo basal aumenta hasta un 25% durante la gestación. Sin embargo, a las pocas semanas del parto todas las funciones se normalizan. (Martin Maldonado Duran, 2013)

Hipófisis

La gestación es posible gracias a la estimulación hipolámica de la adenohipofisis, que a su vez sintetiza hormona foliculoestimulante (FSH), que estimula el crecimiento del ovulo, y hormona luteinizante (LH), que induce la ovulación. Además, la estimulación hipofisaria prolonga la fase del cuerpo lúteo ovárico, que mantiene el endometrio cuando se produce la concepción. La prolactina, otra hormona adenohipofisaria, es la responsable de la lactancia inicial. (Martin Maldonado Duran, 2013)

La neurohipofisis secreta vasopresina (hormona antidiuretica) y oxitocina. La vasopresina produce vasoconstricción, que eleva la tensión arterial y también ayuda a regular el equilibrio hídrico. La oxitocina favorece la contractilidad uterina y estimula la eyección láctea en las mamas en el posparto. (Martin Maldonado Duran, 2013)

Glándulas suprarrenales

Las glándulas suprarrenales apenas aumentan de peso en el embarazo. El cortisol circulante, que regula el metabolismo de las proteínas y los hidratos de carbono, aumenta en respuesta a la elevación de los estrógenos. La cortisolemia se normaliza 1 a 6 semanas después del parto. Las suprarrenales secretan mayores cantidades de aldosterona en la primera mitad del segundo trimestre. Este aumento de aldosterona en una gestación normal puede representar la respuesta protectora del organismo frente al incremento de la excreción de sodio que induce la progesterona. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Páncreas

La gestante necesita más insulina y los islotes pancreáticos de Langerhans, la secreta, tienen que hacer frente a este aumento de la demanda. Inmediatamente se pone de manifiesto cualquier limitación de la función

pancreática y la gestante puede presentar signos de diabetes gestacional. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Hormonas del embarazo

Gonotropina corionica humana (HCG)

El trofoblasto secreta gonotropina corionica humana (HCG) durante la fase inicial del embarazo. Esta hormona estimula la síntesis de progesterona y estrógenos en el cuerpo lúteo para poder mantener la gestación hasta que la placenta se ha desarrollado suficientemente para asumir esta funciónn. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Lactogeno placentario humano (HPL)

El lactogeno placentario humano (HPL), también conocido como somotomatropina corionica humana, es sintetizado por el sincitiotroflasto. El lactogeno placentario humano es un antagonista de la insulina; aumenta la cantidad de ácidos grasos libres circulante para cubrir las necesidades metabólicas maternas y reduce el metabolismo materno de la glucosa para favorecer el crecimiento fetal. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Estrógenos

Los estrógenos, secretados originalmente por el cuerpo lúteo, se sintetizan fundamentalmente en la placenta a partir de la séptima semana de embarazo. Los estrógenos estimulan el desarrollo del sistema uterino para conseguir un entorno adecuado para el feto. Colaboran también al desarrollo del sistema ductal de las mamas como preparación de la lactancia. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Progesterona

La progesterona se sintetiza inicialmente en el cuerpo lúteo y después en la placenta, y es la hormona más importante para el desarrollo de la gestación.

Mantiene el endometrio e inhibe la contractilidad uterina espontánea, evitando así los abortos espontáneos precoces. La progesterona colabora también en el desarrollo de los acinos y lobulillos mamarios en preparación para la lactancia. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Relaxina

La relaxina empieza a detectarse en el suero de la gestante hacia la primera fase menstrual. La relaxina inhibe la actividad uterina, reduce la potencia de las contracciones uterinas, ayuda a reblandecer el cuello uterino y tiene efectos a largo plazo sobre la remodelación del colágeno. Se produce fundamentalmente en el cuerpo lúteo pero se cree que la placenta y la decidua uterina sintetizan también pequeñas cantidades. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Las prostaglandinas en la gestación

Las prostaglandinas (PG son sustancias lipídicas que pueden producirse en la mayoría de los tejidos corporales pero alcanzan concentraciones elevadas en el aparato reproductor femenino y aparecen también en la decidua durante el embarazo. Aun no se conoce bien las funciones exactas de las PG durante la gestación, aunque se cree que se encargan de reducir la resistencia vascular placentaria. El descenso de la concentración de prostaglandinas puede contribuir a la hipertensión inducida por la gestación (HIC). Se cree igualmente que las prostaglandinas intervienen en los complejos procesos bioquímicos que ponen en marcha el parto. (Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham, 2014)

Cambios psicológicos

Durante los tres trimestres en los que se divide el embarazo pueden establecerse una serie de cambios emocionales, sin grandes distinciones en los periodos, el principal, es el estrés, pero pueden notarse otras alteraciones como:

Alegría – tristeza

Las mujeres gestantes se sentirán emocionalmente muy sensibles, fácilmente se podrán alegrar o tristes y en ocasiones podrás notar que se sienten deprimidas esto es por el aumento de las hormonas que hay en el embarazo. (Sastre , 2015)

Miedo, ansiedad o tranquilidad

Es probable que al principio del embarazo la mujer se le presente una angustia o miedo por los malestares comunes de la gestación, por la conducta que tome la familia y pareja. Al final del embarazo la mujer puede presenciar temor por el parto, no ser una buena madre, que tenga un parto pretermino o con algún defecto en el nacimiento. Todos estos temores son normales en la gestante. (Sastre , 2015)

Incertidumbre, dudas y sentimientos de culpa

La gestante es posible que experimente confusión de sentimientos con respecto a su embarazo, en su capacidad de cómo manejar las necesidades de su recién nacido. Puede manejar sentimientos de culpa a no aceptar su embarazo, porque le impide seguir con su ritmo de vida que llevaba o porque su pareja no desea un hijo en ese momento. (Sastre , 2015)

4.2 Control prenatal

4.2.1 Definición

Es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención primaria en el embarazo, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal, este debe ser precoz, periódico, completo, de calidad y amplia cobertura, debe ofrecerse a la mayor población posible y garantizar su fácil accesibilidad. Se centra en la mujer como un todo y tiene en cuenta los factores físicos, culturales y

psicosociales que influyen en su estado de salud. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo, como asesoría en la nutrición, crecimiento y desarrollo fetal así como la adecuación de suplementos para un buen nacimiento del recién nacido y preparar a la mujer para el parto y crianza del recién nacido. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizar los resultados del embarazo y prevenir la mortalidad materna y perinatal. (Salud O. M., 2014)

El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de medicina preventiva; para realizarlo no se precisa de instalaciones costosas, ni de aparatos complicados, ni de laboratorios, pero si se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnología sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor al esperado. (Salud O. M., 2014)

La cantidad sugerida de visitas médicas a lo largo del periodo prenatal eran cuatro según la OMS, pero el organismo actualizó sus directrices, duplicándolas a ocho. (Salud O. M., 2014)

Con el objetivo de sentar las bases para la formulación de políticas de atención sanitaria y protocolos clínicos pertinentes, la OMS emitió 49 recomendaciones para evitar muertes en el parto, relacionadas con medidas preventivas, tipos de evaluaciones materna y fetal, conceptos para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal, consejos nutricionales e intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes. (Salud O. M., 2014)

El organismo sugirió que las visitas de control del embarazo obligatorias se dupliquen de cuatro a ocho. (Salud O. M., 2014)

4.2.4 Clasificación, Componentes y Características del control prenatal

Clasificación

El nuevo modelo de control prenatal de la OMS divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: Aquellas elegibles para recibir el CP de rutina (llamado componente básico) y aquellas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. La elegibilidad de las mujeres para el componente básico se determina a través de criterios preestablecidos. Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesiten cuidados especiales representaran, en promedio aproximadamente 25% de todas las mujeres que inician control prenatal. (Hernandez Betancur & Vasquez Truisi, 2015)

Control prenatal básico: Para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico, licenciado de enfermería. (Hernandez Betancur & Vasquez Truisi, 2015)

Control prenatal especializado: Para usuarias en las que se detecten morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. En este tipo de control, la embarazada tendrá una atención diferenciada de acuerdo a la patología o factor de riesgo que presente. (Hernandez Betancur & Vasquez Truisi, 2015)

La atención prenatal la debe de realizar un médico o personal calificado (ginecólogo, licenciada en enfermería y obstetricia), quien deberá diferenciar el

embarazo si es de bajo riesgo o alto riesgo, debe incluir los siguientes requisitos básicos. (Guana & Bianchi, 2009)

Características

Precoz

La primera visita debe efectuarse tempranamente, en lo posible durante el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental del control. Además, torna factible la identificación temprana de los embarazos de alto riesgo, aumentando la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso en cuanto a las características de la atención obstétrica que debe recibir. (Obstetricia, 2012)

Periódico

La frecuencia de los controles prenatales varía según el grado de riesgo que representa la embarazada. Para las gestantes de bajo riesgo se requieren 5 controles. Ian Askew, director de Salud e Investigación Reproductiva de la OMS aconsejó que la primera consulta se produzca en la semana 12 de gestación y, desde ahí, las sucesivas visitas deberían producirse en las semanas 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40. (Obstetricia, 2012)

Completo

Los contenidos mínimos del control prenatal deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. (Obstetricia, 2012)

Amplia cobertura

En la medida que el porcentaje de la población controlada es más alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) mayor será el impacto positivo sobre la morbilidad materna y perinatal. (Obstetricia, 2012)

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales: Educativo, evaluación clínica y tratamiento. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

Componente 1. Educativo.

La embarazada y su familia, adquieran conocimientos y desarrollen prácticas que le sean útiles para el auto cuidado y el desarrollo de la gestación, reconozcan signos y síntomas de alarma, así decirles en donde deben acudir para su atención. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

Componente 2. Evaluación Clínica

Se vigila la condición de salud de la mujer embarazada y la evolución de la gestación. Detectar factores de riesgo o complicaciones, para referirla oportunamente si se presentan. Debe priorizarse la atención de la mujer embarazada que presente signos y síntomas de alarma. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

Componente 3. Preventivo y Tratamiento

Se brindan medidas preventivas que beneficien a la mujer embarazada y a su hijo (a) y proporcionar tratamiento oportuno de las complicaciones que se detecten en el control prenatal. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

Estas actividades serán realizadas por El licenciado de enfermería y obstetricia, médico. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

Las principales recomendación de la OMS son:

- Realizar un mínimo de ocho controles prenatales para reducir la mortalidad perinatal y mejorar la experiencia de la atención de la mujer.
- Realizar una ecografía antes de las 24 semanas de gestación.
- Realizar pruebas de glucosa en sangre para detectar la diabetes y vacunar contra el tétanos a todas las mujeres embarazadas.
- Tomar suplementos de hierro (30 mg a 60 mg) y de ácido fólico (0,4 mg) al día para prevenir la anemia materna, sepsis puerperal, bajo peso al nacer y parto prematuro.
- Asesorar sobre los alimentos que contienen vitaminas y minerales, sobre los peligros del alcohol y el tabaco, y sobre la necesidad de hacer ejercicio.
- Incorporar calcio para prevenir la preeclampsia; vitamina A para prevenir la ceguera nocturna; fármacos antihelmínticos; y la dosis profilácticas de medicamentos para prevenir la malaria o el VIH.
- La obtención de información de la embarazada sobre su consumo de alcohol y otras sustancias (anterior y actual) lo antes posible en el embarazo y en cada visita prenatal. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización oportuna y adecuada de servicios de salud prenatales y neonatales de alta calidad, los factores más susceptibles de modificar y de mayor incidencia en las tasas de mortalidad perinatal. (OMS, Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal, 2003)

4.2.3. El enfoque de riesgo aplicado en el control prenatal

El enfoque de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o un grupo de personas que se ve asociada a tener a un aumento de probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesta a un proceso mórbido. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

El control prenatal con el enfoque de riesgo obstétrico es la probabilidad que una mujer embarazada o su futuro hijo tienden a sufrir una complicación. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

Se considera que toda mujer embarazada tiene riesgo obstétrico, esto implica que la atención deberá ser brindada con calidez, en el momento oportuno, con la tecnología apropiadas al nivel de atención, y de acuerdo al riesgo que presente la gestante. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

Un punto esencial en el desarrollo de investigaciones sobre enfoque de riesgo es la correcta selección de los resultados no deseados o daños, en función de los cuales se hará la cuantificación del peso de los factores. Los factores de riesgo son en realidad características que presentan una relación significativa con un determinado resultado no deseado; importa por ello precisar el resultado final o daño que sirve para identificar cada factor o grupo de factores de riesgo. Se denomina indicadores de riesgo a aquellos factores que, utilizados en forma individual o conjunta, sirven para predecir la aparición de determinado daño. Se aconseja que estos indicadores tengan las siguientes características: Que sean variables medibles en una escala continua; que sean fáciles de obtener por los agentes de salud correspondientes al medio en que se aplican, y que posean aceptable sensibilidad y especificidad. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

Un conjunto de indicadores que combinados permiten clasificar individuos o grupos según categoría de riesgo, constituye un modelo predictivo. Dicho modelo debería tener las siguientes características: Ser representativos de la realidad; que

pueda llevar a una solución o alivio del daño; que sea modificable según evaluación; que sea practicable, es decir el alcance de los efectores de salud y sin costo exagerado, y que tenga también índices aceptables de sensibilidad, especificidad y predictibilidad. Otro elemento a definir es la unidad de observación, o sea el sujeto o grupo al que aplicamos los indicadores para clasificarlo Según categoría de riesgo. En algunos casos esa unidad será el individuo: En otro será el binomio madre- feto: En otro puede ser la familia. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

Se denomina embarazo de alto riesgo al que conlleva una mayor probabilidad de morbi-mortalidad feto-neonatal y materna. Su identificación tiene objetivo un correcto control y tratamiento de las patologías existentes. Cabe señalar que un bajo riesgo no significa ausencia de riesgo, ya que este puede aparecer en cualquier momento de la gestación. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión. Se han desarrollado diversas estrategias para ayudar al equipo de salud a valorar los factores de riesgo. En algunas de ellas se emplean listas sencillas, y en otras se desarrollan escalas con puntuación numérica, de acuerdo a su importancia. Se prefiere utilizar listas sencillas, en las cuales se requiere un conocimiento más amplio de las diferentes patologías propias o concurrentes con el embarazo, y que de alguna manera podrían modificar el uso y el resultado del mismo; éstas orientan al personal de salud en la decisión de su paciente en donde puede continuar en un nivel de atención bajo o se debe de realizar una consulta de asistencia especializada. (Casino, León, Otalora, Pérez Gónzales, Sarmiento, & Yates)

FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS	ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS
Edad materna menor a 17 años Edad materna mayor de 35 años Relación peso / Talla (IMC) > 29 <20 Tabaquismo > de 10 cigarrillos / día Alcoholismo Drogadicción Nivel socioeconómico bajo Riesgo laboral ocupacional	Esterilidad en tratamiento al menos durante 2 años Abortos Antecedente de parto preterminó Antecedentes de recién nacido con CIR Antecedentes de muerte prenatal Hijo con lesión residual neurológica Antecedentes de hijos con defecto congénito Antecedente cirugía uterina (excepto legrado instrumental) Incompetencia cervical.

(Embarazo de Riesgo, 2010)

ANTECEDENTES MÉDICOS	EMBARAZO ACTUAL
Hipertensión arterial Enfermedad cardiaca Enfermedad renal Diabetes Endocrinopatías Enfermedad respiratoria crónica Enfermedad hematológica Epilepsia y otras enfermedades neurológicas Enfermedades psiquiátrica	Hipertensión inducida por el embarazo Anemia Diabetes gestacional Infección urinaria de repetición Infección de transmisión perinatal Isoinmunizacion Rh Embarazo múltiple Polihidramnios Oligohidramnios

Enfermedad hepáticas con insuficiencia	Hemorragia genital
Enfermedad auto inmune con afectación sistémica	Placenta previa asintomático
Trombo embolismo	Crecimiento intrauterino retardado
Patología médico – quirúrgica grave	Defecto fetal congénito
	Amenaza de parto preterminó
	Embarazo pos termino
	Rotura prematura de membranas
	Tumoración uterina
	Patología médico-quirúrgica grave

(Embarazo de Riesgo, 2010)

Se puede clasificar el factor de riesgo con las cédulas de previgen (anexo 1) que se encargan de la valoración de la mujer embarazada. Los objetivos del PREVIGEN es detectar tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida, especificar la atención materna infantil de acuerdo con el riesgo calificado y facilitar el funcionamiento del sistema de atención perinatal por niveles progresivos de acuerdo al riesgo. (Embarazo de Riesgo, 2010)

4.3 MARCO NORMATIVO

4.3.1 Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacido.

La norma nos informa sobre los derechos que tiene la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. Así como en la salud materno-infantil constituye un objetivo básico de los pueblos porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano; es condición esencial del bienestar de las familias, y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Ante este escenario, es vital incrementar esfuerzos y dar un renovado impulso al fortalecimiento de los servicios de salud, mejorando su regulación,

organización, cobertura y calidad, a fin de avanzar más rápidamente en el logro de las metas establecidas, satisfacer de manera más equitativa las necesidades de salud materno-infantil de la población de México y reducir los contrastes sociales que persisten en esta materia. En este contexto, se incorporan a esta Norma aspectos relevantes enfocados a la salud materna y a la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal, mediante intervenciones previas a que una mujer decida embarazarse, así como durante su embarazo, parto y puerperio y establecer el manejo del autocuidado como una acción de corresponsabilidad para enlazar con el personal de salud, por lo que adquiere importancia el mejorar la calidad de la atención prenatal desde el periodo preconcepcional, es decir, que se realice una valoración correcta del riesgo reproductivo en mujeres con enfermedades concomitantes y en adolescentes; promover la planificación familiar, la detección temprana de diabetes gestacional mediante la realización de tamiz de glucosa, con base en la evidencia científica, sabiendo que su diagnóstico y tratamiento oportunos impactarán en la salud materno-fetal y mejorará además el pronóstico de la mujer una vez finalizado su embarazo. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

En ese sentido, se busca impedir la transmisión perinatal de sífilis y VIH, mediante su detección y tratamiento oportunos. Se promueve además, la adecuada nutrición, la prescripción de hierro y ácido fólico, y multivitamínicos, así como, evitar el uso y abuso de sustancias tóxicas y adictivas para prevenir bajo peso y daños en el feto. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Así mismo, se enfatiza sobre las ventajas de la lactancia materna y el espaciamiento de los embarazos a través de la adopción de un método anticonceptivo posparto, con pleno respeto a la decisión de la mujer. Se busca en definitiva que la mujer y su pareja, se corresponsabilicen junto con la institución que provee el servicio y su personal, en el cuidado de su salud. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Se afirma que el derecho universal a la salud sexual y reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y

reproductiva de las personas, y a su vez recibir un trato digno y respetuoso bajo los derechos humanos y la perspectiva de género, llevando un embarazo más seguro y protegido. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Esta norma respeta los derechos reproductivos que se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las personas a 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 medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Las intervenciones que se desarrollan para alcanzar la maternidad segura son: Planificación familiar, atención preconcepcional, prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Por lo anterior, es necesario puntualizar las acciones a cumplir en cada consulta, con sentido ético, respetuoso y humanitario, y que éstas deban realizarse cuidadosamente, con un análisis e interpretación correcta de los resultados que se obtengan de pruebas rápidas, de laboratorio y, en su caso, de gabinete. Al mejorar la consulta pregestacional y prenatal, se contribuirá a la identificación oportuna de posibles riesgos en una fase temprana y por lo tanto establecer medidas preventivas, o bien, el tratamiento correspondiente con mínimas secuelas y evolución satisfactoria. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y la persona recién nacida pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos para la atención, entre los que destacan, el uso del enfoque de riesgo, la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas generalizadas que llevadas a cabo en forma rutinaria y sin indicaciones generan riesgos innecesarios. Por lo tanto, las acciones incluidas en esta Norma, tienden a

favorecer el desarrollo fisiológico de cada una de las etapas del embarazo y a prevenir la aparición de complicaciones. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

En caso de una complicación no diagnosticada de manera oportuna y que ésta evolucione a una forma severa, se establece, al igual que en otras normas internacionales vigentes, que la atención de urgencias obstétricas es una prioridad todos los días del año y que el personal de salud debe informar con oportunidad a la mujer embarazada y a sus familiares desde la primera consulta prenatal, y refiriéndola a los establecimientos para la atención médica de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud que atienden urgencias obstétricas, sea o no derechohabiente de alguna de ellas. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Considerando el incremento de maltrato reportado en estudios nacionales e internacionales hacia la mujer en todas sus formas, y en razón al estado vulnerabilidad que se presenta durante el embarazo, esta debe ser identificada y atendida con oportunidad. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Otros factores de riesgo que pueden incidir en el incremento de la mortalidad materna es la violencia que, en sus diferentes formas, tiene efectos negativos en la salud emocional y física de la mujer embarazada y complicaciones graves en su salud sexual y reproductiva. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

La violencia sexual y la violencia a la mujer pueden ocasionar embarazos no deseados, problemas ginecológicos, abortos provocados e infecciones de transmisión sexual, entre ellas, la infección por sífilis y/o VIH. La violencia o maltrato hacia la mujer durante el embarazo aumenta la probabilidad de sufrir abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro y bajo peso al nacer, para lo cual es necesario realizar acciones de prevención primaria de la violencia familiar y de género, así como canalizar a servicios especializados a las mujeres que la viven, sobre todo si se encuentran en etapa gestacional. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

Por lo mencionado, es necesario efectuar cambios en los procedimientos de la atención materno-infantil que deben ser normados, a fin de garantizar su cumplimiento en todo el país. De esta manera la presente Norma contribuirá a

corregir desviaciones actualmente en uso, que afectan la calidad de la atención en salud y señalar pautas específicas a ser para disminuir la mortalidad y la morbilidad materna y perinatal. (Diario Oficial de la Federación, 2016)

4.3.2 Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.

El propósito fundamental de esta Norma es establecer los criterios generales que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria dirigida a brindar a la población, opciones prácticas con respaldo científico, para la integración de una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades. Así como elementos para brindar información homogénea y consistente, para coadyuvar a promover el mejoramiento del estado de nutrición de la población y a prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación. La orientación alimentaria es prioritaria y debe proporcionarse a toda la población, es conveniente que atienda a los intereses del público en general, de los grupos vulnerables en especial y que tome en cuenta a la industria y a otros grupos interesados. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Los contenidos de orientación alimentaria se deben basar en la identificación de grupos de riesgo, desde el punto de vista nutricional, la evaluación del estado de nutrición, la prevalencia y magnitud de las enfermedades relacionadas con la nutrición de la población y por último la evaluación de la disponibilidad y capacidad de compra de alimentos, por parte de los diferentes sectores de la población. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Los niños y niñas desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, los adultos mayores y las personas con actividad física intensa, se identifican como grupos que requieren mayor atención por el riesgo de presentar alteraciones en su estado de nutrición. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Mujer embarazada

A toda mujer en edad reproductiva se le recomendará consumir ácido fólico en los tres meses previos al embarazo y hasta la semana doce de gestación. Asimismo, se indicará que se incrementan las necesidades de hierro, fósforo, vitamina D y calcio. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Se debe indicar que en el embarazo el aporte energético debe adaptarse a la edad, estado de salud y nutrición de la mujer embarazada, así como a la edad de gestación para lograr una ganancia de peso correcto. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

El estado de nutrición de los y las recién nacidas está íntimamente ligado con el estado de nutrición de la madre, antes, durante y después del embarazo. Se debe enfatizar en las medidas indicadas en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio y, en particular, en lo que se refiere a la prevención de la anemia. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Mujer en periodo de lactancia

Se debe indicar que la práctica de la lactancia incrementa las necesidades de energía y nutrimentos, especialmente de calcio y fósforo por arriba incluso de las necesidades de la mujer embarazada, por lo que podría ser necesario aumentar el consumo de alimentos y líquidos de acuerdo con su estado de salud, nutrición y actividad física. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Grupo de edad menor de seis meses

Se debe destacar que el crecimiento es uno de los factores que aumentan las necesidades nutrimentales del niño o la niña. Se debe vigilar el crecimiento de las y los niños como se señala en la NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

Se debe promover el inicio de la lactancia materna en la primera media hora de vida continuando a libre demanda hasta el sexto mes en forma exclusiva. A partir de esta edad, además de iniciar la alimentación complementaria continuar la

lactancia materna hasta los dos años de edad. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe explicar que la lactancia materna exclusiva implica que no es necesario dar ningún otro líquido, incluso agua. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe promover las ventajas de la lactancia materna frente a los sucedáneos, así como hacer énfasis en los riesgos que implica una falta de higiene, la inadecuada dilución y la adición innecesaria de otros ingredientes en su preparación. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Grupo de edad de seis a doce meses

Se debe destacar que el niño o la niña, además de la leche materna o en sus casos sucedáneos, deben recibir otros alimentos preparados en forma apropiada, a partir del sexto mes de vida. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe promover que antes de amamantar al niño o niña debe dársele de la misma comida que consume el resto de la familia, adecuando la preparación, los utensilios, las cantidades y el número de comidas (3 comidas mayores y 2 colaciones) de acuerdo con sus necesidades. Se recomendará el uso de tazas, vasos y cucharas para la ingestión de líquidos, en lugar de biberones. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe recomendar a los integrantes de la familia que en la preparación de los alimentos se modere la adición de azúcares, edulcorantes y sal, respetando el sabor original y natural de los alimentos para que el niño o la niña aprenda a distinguirlos y degustarlos. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe promover que la familia propicie un ambiente afectivo al niño o niña a la hora de tomar sus alimentos, así como permitirle experimentar los estímulos sensoriales que le proporcionan los alimentos, incluyendo su manipulación. También se indicará que se deben respetar, sus gustos, preferencias y expresiones de saciedad. Se debe exponer repetidamente al niño o niña a una variedad de alimentos en preparaciones y presentaciones diferentes para fomentar su aceptación. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)

Se debe destacar que el crecimiento es uno de los factores que aumentan las necesidades nutrimentales del niño o la niña. Se debe vigilar el crecimiento de las y los niños como se señala en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño. (Diario Oficial de la Federación, 2006)

4.3.3 Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores pública, social y privada del país. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Servicios de planificación familiar

Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Promoción y Difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Información y Educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.

b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.

c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.

d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.

e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Consejería

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios

potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Características

La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a: Sus características.

- ✓ Efectividad anticonceptiva.
- ✓ Indicaciones.
- ✓ Contraindicaciones y precauciones.
- ✓ Forma de administración.
- ✓ Lineamientos generales para la prescripción.
- ✓ Duración de la protección anticonceptiva.
- ✓ Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- ✓ Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- ✓ Cuando proceda, información sobre el costo. (Diario Oficial de la Federación, 2010)

Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no

deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad estos se clasifican en temporales y permanente. (Diario Oficial de la Federacion, 2010)

4.3.4 Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos parten de características fundamentales del ser humano, las cuales se relacionan con una dimensión estructural y tienen que ver con su libertad y la capacidad de decidir, de disfrutar y sentir el placer, así como de vivir la sexualidad acorde a los deseos, gustos y preferencias sexuales. Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son producto de derechos fundamentales universalmente reconocidos y de experiencias particulares e históricas, de realidades concretas y dinámicas. Son entonces, derechos humanos, enriquecidos con demandas y propuestas de movimientos sociales, con el reconocimiento de necesidades de diversos contextos demográficos y con el avance científico. El reconocimiento de su universalidad es aún parcial en las normatividades nacionales e internacionales y en la misma sociedad. Cabe señalar, que el proceso ha ido gestándose desde las reivindicaciones de los movimientos sociales, las luchas feministas, de diversidad sexual y de género, si bien es cierto, hay enormes avances alcanzados. (Salazar Garcia, 2013)

Los derechos sexuales y reproductivos (DSR) encuentran su fundamento en derechos humanos tradicionales, aplicados a la sexualidad y la reproducción. Su materialización está garantizada por múltiples derechos tales como el derecho a la vida y a la salud, el derecho a la integridad y a no ser sometido/a a tratos crueles e inhumanos, al desarrollo humano y la dignidad de las personas, a la libertad individual, a la igualdad y a estar libre de discriminaciones. Los DSR implican la posibilidad para mujeres y hombres de tomar y ejercer decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y vida en los campos de la sexualidad y la reproducción. En otras palabras, están dirigidos a garantizar la igualdad de

derechos entre hombres y mujeres, homosexuales y heterosexuales, y entre adultos, niños, niñas y adolescentes, en los ámbitos de la sexualidad y a lograr el máximo nivel de bienestar en su salud sexual y reproductiva. Su vigencia y garantía aplica a todos, tanto en el ámbito público como privado, lo que incluye, entre otros, las relaciones de pareja, la familia, la escuela, el trabajo, la vida comunitaria, y la relación con el Estado. (Salazar Garcia, 2013)

Son aquellos derechos específicos que se desprenden de los derechos humanos en general y que se refieren a la posibilidad de gozar de salud sexual y reproductiva. Se dividen en:

- ✓ Derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva
- ✓ Derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva
- ✓ Derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo de estos
- ✓ Derecho a recibir información al respecto
- ✓ Derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva
- ✓ Derecho a la no discriminación y a la no violencia. (Avalos, 2013)

En México, los derechos sexuales y reproductivos se encuentran fundamentados en la ley máxima: La constitución política. Sobre este tema la constitución establece en su artículo 4°:

El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia. Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. (Avalos, 2013)

Asimismo, estos derechos se encuentran señalados en otras leyes y reglamentos nacionales, destacando la Ley General de Salud. A pesar de que

dichas leyes no recogen concretamente los conceptos de derechos sexuales y reproductivos, estos quedan implícitos al abordarse otros temas. (Avalos, 2013)

Por su parte, La Ley General De Salud también contiene un capítulo dedicado a los servicios de planificación familiar. En este capítulo el artículo que más destaca es el 67, el cual dice:

La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para los adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo productivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número: Todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe de ser oportuna, eficaz y completa a la pareja. (Avalos, 2013)

Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamentos de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. (Avalos, 2013)

Al respecto cabe destacar el trabajo conjunto que realizaron diversas organizaciones de la sociedad civil y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) en la campaña nacional por los derechos sexuales de las y los jóvenes: Hagamos un hecho nuestros derechos. Como parte de esta campaña se elaboró la cartilla por los derechos sexuales de las y los jóvenes, en la cual se establecieron trece derechos:

- ✓ Derecho a decidir de forma libre sobre mi cuerpo y mi sexualidad
- ✓ Derecho a ejercer y disfrutar plenamente de mi vida sexual
- ✓ Derecho a manifestar públicamente mis afectos
- ✓ Derecho a decidir con quien compartir mi vida y mi sexualidad
- ✓ Derecho al respeto de mi intimidad y mi vida privada

- ✓ Derecho a vivir libre de violencia sexual
- ✓ Derecho a la libertad reproductiva
- ✓ Derecho a la igualdad de oportunidades y a la equidad
- ✓ Derecho a vivir libre de toda discriminación
- ✓ Derecho a la información completa científica y laica sobre la sexualidad
- ✓ Derecho a la educación sexual
- ✓ Derecho a los servicio de salud sexual y a la salud reproductiva
- ✓ Derecho a la participación en las políticas públicas sobre sexualidad.
(Avalos, 2013)

Leyes que protegen los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes en México

La Secretaría de Salud es el órgano rector encargado de dictar y normar las acciones dirigidas a proporcionar servicios de SSyR a la población Adolescente. Así se establece en algunos artículos de la Ley General de Población, del Reglamento de la Ley General de Población y de la Ley General de Salud. Así mismo, es importante resaltar que la Secretaría de Salud tiene la obligación de promover y apoyar la formación de grupos, asociaciones y demás instituciones que trabajen a favor de la SSyR de las y los adolescentes. (Art. 47, Reglamento de la Ley General de Salud). (MÉXICO, 2016)

Legislación Nacional:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

- ✓ Ley General de Población y Reglamento
- ✓ Ley General de Salud y Reglamento

- ✓ Ley Federal de Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes
- ✓ Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación
- ✓ Norma Oficial Mexicana (NOM 005) de los Servicios de Planificación Familiar. (MÉXICO, 2016)

Legislación Internacional

- ✓ Declaración Universal de los Derechos Humanos
- ✓ Convención de los Derechos de los niños entre recomendaciones del comité.
- ✓ Convención para la eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW) entre recomendaciones del comité.
- ✓ Conferencia Mundial de la Población y Desarrollo (Cairo), plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10
- ✓ Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing), plataforma de acción y revisiones entre 5 y 10. (MÉXICO, 2016)

5. DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DEL LICENCIADO DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA EN EL CONTROL PRENATAL

5.1 Diagnósticos reales

Dx. 00079 Incumplimiento r/c conocimiento insuficiente del régimen terapéutico m/p faltar a las citas.(NANDA, 2015-2017)	
Orientación sobre la salud (NOC 2014)	
Intervenciones	Fundamentación
Enseñanza individual	Se debe de comunicar a la embarazada que pruebas se le van a realizar, en que momento y en qué lugar, así como cuál va hacer la periodicidad de las visitas. También se le informara de los cambios que se producirán en su cuerpo en los primeros meses. Sería aconsejable que la mujer acudiese a las visitas con su pareja, para poder compartir el proceso de maternidad; en especial en la primera visita, porque se va a facilitar mucha información. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo, 2016)
Acuerdo con el paciente	Las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que lo necesita.

Asesoramiento	<p>(OMS, La OMS Señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado, 2016)</p> <p>Se recomienda que los cuidados prenatales en las mujeres gestantes sin complicaciones sean proporcionados por enfermeras obstetras y médico, con la participación del resto de los profesionales de salud de los equipos de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo, 2016)</p>
Educación para la salud	<p>Se valora la educación sanitaria como una herramienta para la promoción de hábitos saludables. La mujer realiza el control de embarazo en centros de atención primaria, el parto en el hospital y luego el control de su hijo en las consultas de pediatría. Por tanto, la mujer y su pareja, a lo largo del proceso de maternidad, van a ir recibiendo información de diferentes profesionales de la salud. Es uno de los retos de los diferentes profesionales es protocolizar la información y la educación sanitaria que se les van a dar a los futuros padres. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo, 2016)</p>

<p>Asesoramiento nutricional</p> <p>Informar acerca de los cuidados del embarazo y servicios de salud disponibles para la atención del parto</p>	<p>Se sugiere recomendar una dieta equilibrada de nutrientes, saludable. Mujeres que planifican su embarazo y presentan un índice de masa corporal $>25 \text{ kg/m}^2$ o $<18 \text{ kg/m}^2$ se sugiere ofrecer información y consejo dietético así como la realización de actividad física. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo, 2016)</p> <p>El cuidado materno es un asunto prioritario en la presentación de servicios de salud, por lo que se trabaja continuamente en la mejora de la atención a las embarazadas para brindarles un cuidado de calidad y especializado dependiendo de las necesidades de cada mujer gestante. Tecnologías del cuidado. (OMS, Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo, 2016)</p>
--	---

Dx. 0078 Gestión ineficaz de la salud durante el embarazo R/C conocimiento insuficiente del régimen terapéutica M/P dificultad con el régimen terapéutico. (NANDA 2015-2017)

Conocimiento: manejo del embarazo (NOC 2014)

Intervención	Fundamentación
<p data-bbox="180 443 947 532">Mantener comunicación efectiva con la mujer embarazada</p> <p data-bbox="180 824 947 914">Orientar sobre los cuidados prenatales a las embarazadas</p>	<p data-bbox="947 443 1959 751">Es un pilar fundamental en el desempeño del rol del profesional de enfermería, como administrador de cuidados, condicionando esta comunicación, tanto verbal como no verbal, la calidad de nuestras relaciones. Para que la comunicación sea efectiva y, entendiéndola en el mejor de los aspectos, productiva y debemos ser claros. (García Balaguera, 2017)</p> <p data-bbox="947 800 1959 1391">Se recomienda un modelo de continuidad asistencial impulsado por matronas en el que un Licenciado de Enfermería y Obstetricia brinden apoyo a una mujer a lo largo del continuo de atención prenatal, posnatal y durante el parto. La organización de los cuidados en las gestaciones sin complicaciones debe ser proporcionada desde la atención primaria por los profesionales de Enfermería y los médicos de familia, con la participación del resto de los profesionales sanitarios del equipo de atención primaria y el apoyo de la unidad obstétrica correspondiente. Esta atención prenatal se sugiere que conste de entre seis y nueve visitas en mujeres con bajo riesgo de desarrollar complicaciones durante el embarazo o el parto. (Rodríguez, 2014)</p>

<p>Detectar oportunamente antecedentes en la embarazada, como dislipidemia, obesidad y diabetes</p>	<p>La consulta preconcepcional en la mujer con problemas médicos crónicos debe evaluar las consecuencias potenciales que la enfermedad tiene para la madre y el feto y los riesgos asociados con su tratamiento. Las enfermedades crónicas que se pueden beneficiar de la consulta preconcepcional son numerosas. Algunas se pueden agravar por el embarazo como epilepsia, hipertensión pulmonar, enfermedades cardiovasculares insuficiencia renal grave, etc. Otras se asocian con un resultado perinatal adverso como diabetes mellitus no controlada, hipertensión arterial crónica, fenilcetonuria (microcefalia y retraso mental), hipertiroidismo (tirotoxicosis fetal) y lupus eritematoso, tanto por la propia enfermedad como por los fármacos para su tratamiento, como cumarina (disformismo facial fetal), anticonvulsivos (defectos del tubo neural), hipotensores (inhibidores de la enzima convertasa de la angiotensina asociados con insuficiencia renal y muerte fetal), etc. (Clínica de Salud Reproductiva y Sexual, 2014)</p>
<p>Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo</p>	<p>Tras efectuar la primera visita-anamnesis y exploración, se evalúa el grado de riesgo de la gestación. Actualmente se clasifica en bajo, medio, alto y muy alto. En cada visita se debe volver a evaluar el nivel de riesgo, ya que ello va a condicionar, en determinados casos, un control más exhaustivo de la gestación y otro nivel de asistencia.</p>

<p>Educación sobre los riesgos del consumo de tabaco y alcohol en la salud materna fetal</p> <p>Orientación y consejería a las embarazadas del riesgo que tiene el consumo de drogas</p> <p>Aplicación de vacunas</p>	<p>(Torres Armas, 2015)</p> <p>El consumo de tabaco y el alcohol es la causa evitable más importante de bajo peso al nacer y de muerte perinatal, aumenta el riesgo de aborto espontáneo, reduce el crecimiento posnatal y se asocia con el síndrome de muerte súbita del lactante. (Pascale, 2013)</p> <p>El consumo de drogas se asocia a la disminución de la fertilidad, junto con la aparición de numerosos problemas durante el embarazo. El tetrahidrocannabinol, principio activo de la marihuana y el haschis, es teratógeno a dosis altas en animales. La cocaína es un potente vasoconstrictor e hipertensor, aumentando el riesgo de desprendimiento de placenta normalmente inserta. La heroína produce crecimiento intrauterino restringido y malformaciones congénitas. La exposición a las anfetaminas se relacionan con labio leporino y paladar hendido, defectos cardíacos y parto prematuro, la mujer debe ser informada de los riesgos que su conducta tiene para su salud y para el feto. (Pascale, 2013)</p> <p>Las indicaciones de vacunación en la gestante dependen de la repercusión que cada enfermedad pueda tener en tres aspectos: 1) sobre la salud de la propia embarazada, 2) sobre la organogénesis y crecimiento del feto intrauterino, y 3) sobre la susceptibilidad del</p>
---	---

Informar acerca de las pruebas de laboratorio

recién nacido frente a determinadas enfermedades. Los recién nacidos habitualmente no son capaces de desarrollar respuestas inmunitarias protectoras hasta que pasan algunas semanas o meses de vida. La inmunización de la futura madre no solo consigue proteger a la vacunada, sino que a través del paso transplacentario de anticuerpos al feto también puede proteger al recién nacido hasta el inicio del calendario vacunal pediátrico. La vacunación durante el embarazo debe realizarse de manera individualizada, ponderando en cada caso los riesgos de enfermedad, frente a los beneficios y potenciales riesgos de enfermedad, frente a los beneficios y potenciales riesgos de la vacunación. (Morgan Ortíz , 2012)

La selección de las exploraciones complementarias debe ser individual para cada paciente en función de los hallazgos obtenidos en la historia clínica y en exploración física, así como de la prevalencia de determinadas enfermedades de la población. En la consulta preconcepcional existen pruebas de laboratorio que se recomienda realizar en todas las mujeres, otras que deben ser ofertadas a todas las mujeres y realizadas si conceden su conocimiento, y finalmente otras que se recomiendan solo en algunas mujeres en función de situación de riesgo. (Clínica de Salud Reproductiva y Sexual, 2014)

Dx. 00059 Disfunción sexual R/C alteración de la estructura corporal por embarazo M/P alteración en la actividad sexual (NANDA 2015-2017)	
Ejecución del rol (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
Educación sexo seguro en el embarazo	<p>En un embarazo normal sin patologías intercurrentes el coito no entraña riesgos ni efectos perjudiciales. Es importante conocer las posturas sexuales que favorecen las relaciones coitales durante el embarazo; posturas que no presionen el abdomen de la mujer embarazada: La mujer encima es una de las posiciones más cómoda ya que la mujer controla su peso, el grado de penetración y la intensidad del acto sexual. La penetración de lado es cómoda ya que se logra una distribución pareja del peso y una penetración no muy profunda. (Saplén López, 2011)</p>
Asesoramiento sexual en el embarazo	<p>La sexualidad no es solo genitalidad. En una relación sexual interviene todo el cuerpo y cuando una pareja desea compartir sentimientos de intimidad, amor y sexo, lo pueden hacer sin la obligatoriedad del coito. Los masajes, las caricias, el petting, la masturbación pueden ser una importante fuente de placer sensual y comunicación íntima, tanto durante el embarazo como fuera de él. (Saplén López, 2011)</p>
Comunicación sexual en el	<p>Lenguaje asertivo, refuerzo positivo implícito y explícito, que la expresión de la sexualidad "no sea solamente el coito". La relación sexual además de un</p>

<p>embarazo</p> <p>Potenciación de la autoestima</p>	<p>derecho es un sentimiento de autovaloración, de sentirse querido, amar al otro, compartir y estar próxima de otra persona. (Saplén López, 2011)</p> <p>Es muy importante para la mujer embarazada, conservar su capacidad erótica y orgásmica. La primera contribuye a mejorar el autoestima (más allá de los cambios) y la armonía conyugal; la segunda, ayuda a mantener la elasticidad y flexibilidad de los músculos pélvicos, tan necesarias para el parto. (Saplén López, 2011)</p>
--	--

<p>Dx. 00134 Nauseas R/C embarazo M/P aumento de salivación</p>	
<p>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos</p>	
<p>Intervención</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Monitorización nutricional</p> <p>Hidratación</p>	<p>Entre las recomendaciones generales los expertos aconsejan establecer un horario de comidas intentando hacerlas de forma ordenada: comidas con raciones pequeñas cinco veces al día, no permanecer muchas horas sin comer, dedicar tiempo a cada una de ellas (y masticar bien los alimentos), cenar temprano y no olvidar el desayuno, pues puede aumentar la sensación de cansancio y la sensación nauseosa. (Peña Rojas, 2013)</p> <p>Se recomienda establecer un horario de comidas fraccionadas cinco veces al día,</p>

Higiene bucodental	<p>no permanecer mucho tiempo sin comer, los alimentos más recomendados son los cereales, pescado, leguminosa, verduras y frutas, productos que contengan un poco de sal. Evitar el exceso de huevo, carnes rojas, embutidos, quesos, pimientos, berenjenas, patatas, tomates, espinacas, acelgas por su contenido en ácido oxálico. Prohibido los picantes, especias, estimulantes como el café o el té. (Healthcare, 2008 - 2014)</p> <p>La cantidad de líquidos que se ingieren a lo largo del día también influyen en la aparición de las náuseas. "hay que evitar la deshidratación, para lo cual es bueno tomar bebidas isotónicas y, por supuesto, agua", en cuanto a la cantidad se recomienda dos litros al día a pequeños sorbos y de forma continua. Siempre a temperatura fría. (Peña Rojas, 2013)</p> <p>Si el vómito es excesivo puede producir una erosión dental con pérdida de minerales de los dientes y favorecer la aparición de caries. Las encías también se pueden ver afectadas. El aumento de permeabilidad de los vasos sanguíneos facilita la entrada de patógenos periodontales a la encía y de ahí a la sangre. Y esto tiene una repercusión directa sobre la salud bucal y sobre el embarazo. Por otro lado las náuseas, pueden dificultar una adecuada higiene de la boca ya que la mujer embarazada evitara cepillarse sobre todo las partes más posteriores para no provocárselas. Se debe cepillar con un cepillo de dientes de cabezal pequeño y filamentos suaves y perfil recto para respetar y proteger las encías, realizar en enjuagues bucales como mínimo dos veces al día. (Peña Rojas, 2013)</p>
--------------------	--

<p>Administración de medicación</p>	<p>La combinación del succinato de doxilamina (antihistamínico) y piridoxina (vitamina B6) ha demostrado ser un tratamiento efectivo para las náuseas del embarazo. Es recomendado como un tratamiento principal por el congreso americano de obstetras y ginecólogos y por varias organizaciones médicas de Canadá. Hay varios medicamentos que pueden traer las náuseas del embarazo. Esto incluye clorpromazina, dimenhidrinato, difenhidramina, hidroxicina, meclozina, metoclopramida, proclorperazina, prometazina y trimethobenzamide. El ondasetron y esteroides también pueden ser usados. (Peña Rojas, 2013)</p> <p>El tratamiento farmacológico solo es necesario en una baja proporción de pacientes para evitar alteraciones hidroelectrolíticas. Los antieméticos utilizados son: Antagonistas de los receptores de dopamina D2 metoclopramida y domperidona y antagonista de los receptores de serotonina 5-HT3; Ondasetron. (Viroga, López , & Tamosiunas, 2013)</p>
-------------------------------------	--

Dx.0011 Estreñimiento R/C embarazo M/P motilidad intestinal disminuida (NANDA 2015-2017)	
Eliminación intestinal (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
Manejo de la dieta	<p>En la mujer sana, las necesidades nutritivas durante el periodo periconcepcional se puede cubrir con una dieta equilibrada y rica en variedad. Como en cualquier otro momento de la vida, la dieta debe estar basada en un adecuado equilibrio en el consumo de grasas, proteínas y carbohidratos. Ha de aportar una adecuada cantidad de nutrientes evitando un sobrepeso que dificultaría la consecución y evolución de la gestación. Para ello debe tener un bajo contenido en grasas, grasas saturadas y colesterol. La dieta debe ser rica en vegetales, frutos, zumos y productos derivados de los cereales. El consumo de dulces, azúcar, bebidas edulcoradas, sal y alimentos salados deben de ser moderados. Agua 2 litros diarios. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)</p> <p>Para evitar el estreñimiento, beba mucha agua, tome alimentos ricos en fibra y haga ejercicio, caminar diario, hacer actividades físicas y ejercicios moderadamente al principio, vaya a aumentando su intensidad día a día. Evitar el consumo de tabaco y alcohol. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)</p>
Fomento del ejerció	El ejercicio en el embarazo sirve para el fortalecimiento de la pared

<p>Manejo de la medicación</p>	<p>abdominal, lo que favorecerá a la expulsión en el trabajo de parto, prevención de la separación anormal de los músculos de la pared abdominal, disminución de la tensión generada en los músculos, a través de la relajación y estiramientos. Fortalecimientos de la musculatura de las piernas, estimulando la circulación sanguínea. Fortalecimiento de la musculatura de los brazos para adaptar la postura al aumento de peso y volumen del pecho y mejora el sueño y la concentración. (Sanchez Palacios, 2009)</p> <p>No se recomienda laxantes para el tratamiento durante el embarazo ya que pueden estimular las contracciones uterinas y provocar deshidratación. Aceites minerales no se deben utilizarse durante el embarazo, ya que reducen la absorción de nutrientes. (Larrubia Muñoz, Perez , & Dominguez , 2010)</p>
--------------------------------	--

DX.00126 Conocimientos deficientes en el embarazo R/C información insuficiente M/P conducta inapropiada (NANDA 2015-2017)	
Conocimiento en la gestación (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
Identificación de riesgos	<p>Es importante conocer e identifique las señales de alarma que puedan indicar una complicación en el embarazo, por lo que se debe acudir de inmediato al centro de salud para recibir la atención médica necesaria. Son las siguientes: Falta o aumento de peso de acuerdo a la edad gestacional, palidez de la cara y mucosas, edema de piernas, brazo o cara, flujo vaginal con mal olor, color y sangrado vaginal, cefalea y dolor abdominal, vomito, acufenos, fosfenos, mareos, fiebre o escalofríos, dolor o ardor al orinar, no sentir movimientos fetales y contracciones uterinas. (Domenech, Gonzalez , & Rodriguez Alarcon)</p>
Manejo del peso	<p>Aumento de peso debe ir a un ritmo constante, dentro de los límites recomendados y ayuda a disminuir las probabilidades de padecer hemorroides, indigestión, estrías, dolor de espalda, varices, fatiga; así como dificultad para respirar durante el embarazo. El peso extra se reparte de la siguiente manera: Feto de 3 a 3.5 kilos, placenta: 450 a 900 gramos, líquido amniótico: 900 gramos, útero: 900 gramos, tejido del seno</p>

<p>Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa</p>	<p>materno: 900 gramos, sangre materna: 1.8 kilos, liquido en el tejido materno: 1.8 kilos, reservas de grasas y nutrientes: 3.1 kilos. (Sharon & Oken, 2010)</p> <p>Los problemas circulatorios en el embarazo se pueden prevenir o reducirlas lo más posible haciendo ejercicio todos los días, permanecer dentro del peso recomendado dependiendo de las semanas de gestación que se encuentre, levantar los pies y piernas siempre que se encuentren sentadas, no cruzar los pies debido a que no dejan la buena circulación sanguínea, no estar en periodos largos sentada o parada, usar medias de media compresión para el retorno sanguíneo en las piernas, dormir de lado izquierdo, debido a que la vena cava inferior está en el lado derecho, y al acostarse sobre el lado izquierdo no presionas la vena cava y así se disminuye la presión de las venas de las piernas y los pies. (Gonzalez Tabares & Sanchez Coll)</p>
<p>Preparación del parto</p>	<p>Con la preparación al parto se pretende implicar a los dos miembros de la pareja, en el cuidado del embarazo, en el desarrollo del parto y en el posterior cuidado del recién nacido de forma, que se comparta entre ambos la experiencia de tener y criar a un hijo/a. por otro lado, la seguridad en el parto se ha hecho fundamentalmente a expensas de una gran pérdida de lo natural. Quizá, algunos piensen que esta</p>

Planificación familiar	<p>tendencia a un parto más natural está reñida con la ciencia o con la técnica. Esto no tiene por qué sea así. No debe ser incompatible un parto humanizado con una técnica adecuada. (Gálvez & Villegas)</p> <p>Se trabajaran los conocimientos con el objetivo de que la mujer conozca cuales son los órganos que tiene un papel importante durante el parto, su fisiología, los cambios de diferentes procesos, para que pueda comprender mejor lo que sucede en su cuerpo. Con la información, la podremos ayudar a abandonar el miedo a lo desconocido y favorecemos la confianza a su capacidad de reconocer los cambios que tienen lugar en su cuerpo. Así pues, podrá discernir entre los signos que indican que el trabajo de parto ha comenzado, los signos de normalidad y los signos que indican que el trabajo de parto ha comenzado. Al mismo tiempo, es preciso ofrecer, tanto a la mujer como a la pareja, estrategias para que puedan participar activamente en el parto, como por ejemplo, técnicas no farmacológicas para aliviar el dolor. Se facilitara pues, que adquieran destrezas y habilidades y se reforzara la seguridad y fortaleza ante la situación que deberán vivir. (De Molina Fernandez , Rubio Rico, Roca Biosca, Jimenez Herrera, De la Flor Lopez, & Sirgo)</p> <p>Mientras que la planificación familiar es importante en toda la vida reproductiva de una persona o pareja, la planificación familiar se centra en</p>
------------------------	--

<p>Asesoramiento en la lactancia materna</p>	<p>la prevención de embarazos no planificados y de intervalos intergenesicos cortos durante los primeros 12 meses después del parto. El objetivo de la planificación familiar es ayudar a las mujeres a decidir sobre el método anticonceptivo que desean usar, iniciarlo y seguir usándolo durante dos años o más, según cuales sean sus intenciones o las de la pareja en cuanto a la reproducción. (Diario Oficial de la Federacion, 2010)</p> <p>La OMS puede afirmar que la lactancia materna reduce la mortalidad infantil y tiene beneficios sanitarios que llegan hasta la edad adulta. Para el conjunto de la población se recomienda la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida y a partir de la ablactación hasta los dos años. (Diario Oficial de la Federacion, 2006)</p>
<p>Educación parental: crianza familiar de los niños</p>	<p>Los padres son los cuidadores naturales de sus hijos. Es la tarea que todos esperan hacer y no se les debe quitar el protagonismo. La mejor manera de que los padres aprendan los cuidados del recién nacido es que participen en ellos. Por lo tanto, los profesionales de enfermería harán siempre los cuidados con los padres o al menos en su presencia. No se separaran del recién nacido de madre para ningún cuidado. (Domenech, Gonzalez , & Rodriguez Alarcon)</p>

Dx. 00148 Temor R/C entorno desconocido M/P embarazo (NANDA 2015-2017)	
Control de la ansiedad (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
<p>Apoyo emocional</p> <p>Técnicas para la disminución de la ansiedad</p>	<p>Es importante que los miembros de la familia apoyen a la gestante, ya que fortalecen su vínculo con el feto y su pareja. Una mujer que se siente apoyada por su pareja durante el embarazo y después del mismo puede sentirse más feliz y menos estresada. Un nivel más bajo de estrés en las mamás durante el embarazo puede ayudar también al feto. (De Molina Fernandez , Rubio Rico, Roca Biosca, Jimenez Herrera, De la Flor Lopez, & Sirgo)</p> <p>Tenemos técnicas que ayudan a controlar la ansiedad como son: caminar una hora cada día, tener una alimentación basada en dieta mediterránea, realizar ejercicios de relajación a través del control de la respiración, dar un abrazo a un ser querido, aprender a delegar en el trabajo y dormir durante ocho horas. (De Molina Fernandez , Rubio Rico, Roca Biosca, Jimenez Herrera, De la Flor Lopez, & Sirgo)</p>

Relajación muscular

La relajación muscular es el mejor conocido de los otros métodos antes mencionados. La relajación puede enseñarse en diversas posiciones: acostada, sentada, arrodillada con las manos en el suelo, arrodillada con los brazos apoyados sobre el asiento de una silla, de pie con los brazos levantados apoyados contra la pared o en cualquier otra posición que la mujer encuentre cómoda. Esto la equipa con una variedad de posturas para elegir, tanto en el embarazo como en el parto. Se aconseja el masaje de forma de movimientos suaves acariciadores dirigidos desde el centro hacia la periferia. Cuando la mano desciende por una extremidad, la gestante imagina que sus tensiones se alejan. El método de Mitchelno activa los músculos típicamente asociados con la tensión, es decir, los músculos empleados para apretar los puños y para encorvar la espalda. En lugar de esto, mediante un simple cambio de la posición articular, crea un estado recíproco de tranquilidad y confort. (Valdivieso González, 2016)

Dx. 00256 Dolor de parto R/C dilatación cervical M/P contracción uterina (NANDA 2015-2017)

Control del dolor (NOC 2014)

Intervención

Fundamentación

Ejercicios de respiración y de relajación

Las técnicas de relación incluyen relajación muscular progresiva entrenamiento autógeno, relajación condicionada, técnicas de respiración. La relajación condicionada, está basada en asociamiento de palabras o frases de contenido relajante, con el estado relax. En la preparación de la maternidad, se enseña a las embarazadas a realizar técnicas de respiración creyendo que esto contribuirá al alivio del dolor durante el parto. Este es un modo de relajación que aporta a la madre una disminución de la tensión muscular y proporciona tranquilidad. (Valdivieso González, 2016)

Cambio de posición

Esta sencilla medida facilita el afrontamiento de la sensación dolorosa en el proceso natural del parto; poder moverse libremente durante el parto ayuda a la mujer a aumentar la comodidad, que es fundamental para sobrellevar el dolor de las contracciones. La mujer estando en posición vertical, en cuclillas o semicucullas, en la primera fase del parto sufre menos dolor, menos necesidad de analgésicos, menos alteraciones en la frecuencia cardiaca fetal, acorta el tiempo de esta fase, y además favorece que el feto tenga el máximo espacio posible en la pelvis. (Valdivieso González, 2016)

<p>Masajes</p>	<p>El masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, es un método de alivio al dolor con efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión. La técnica está basada en la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo para relajar la musculatura tensa y calmar a la gestante. Con el masaje conseguimos, además de una reducción del dolor, mejorar el flujo sanguíneo y la oxigenación de los tejidos. (Valdivieso González, 2016)</p> <p>Debido a los cambios fisiológicos que experimenta el cuerpo de la madre, la carga afecta sobre todo la espalda, piernas y pies. Por lo tanto, estos, necesitan una atención especial durante los nueve meses. Se debe evitar los tacones altos durante el embarazo, ya que fomentan posturas poco saludables, afectando a la espalda. Debe usar zapato cómodo, que te proporcione comodidad equilibrio (el tacón debe de ser de 3cm) y que no apriete demasiado. (Valdivieso González, 2016)</p>
<p>Manejo ambiental: Confort</p>	<p>Muchos estudios avalan que la ansiedad materna está relacionada con daños en el feto que pueden ser para toda la vida. Entre ellos, destacan los problemas de conducta y emocional. Además, los cuadros de ansiedad maternos se han relacionado con partos prematuros y bajo peso al nacer. Se debe realizar</p>

Disminución de la ansiedad	la expresión de emociones y preocupaciones es fundamental para dar salida de forma saludable a la ansiedad, aprender a parar los pensamientos negativos, los temores, cuando aparezcan, aprender a relajarse, es fundamental adquirir técnicas de respiración profunda para momentos de ansiedad, dedicarse momentos de tranquilidad, practicar ejercicio, seguir una buena alimentación y dormir el tiempo recomendado. (De Molina Fernandez , Rubio Rico, Roca Biosca, Jimenez Herrera, De la Flor Lopez, & Sirgo)
----------------------------	---

5.2 Diagnósticos potenciales o de riesgo

Dx. 00209 Riesgo de alteración de la diada materno fetal R/C cuidados prenatales deficientes (NANDA 2015-2017)	
Desarrollo fetal (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
Asesoramiento en enfermedades de transmisión sexual	En materia de prevención primaria, el objetivo consiste en impedir la infección y la enfermedad. Ello puede realizarse promoviendo: Un comportamiento sexual más seguro, el uso de preservativo en las relaciones sexuales con penetración. (ONU, 2013)
Asesoramiento en el Papanicolaou	Examina el cuello uterino para detectar células anormales que podrían convertirse en cáncer de cuello uterino y para detectar el Virus del Papiloma Humano. De esta manera, los problemas pueden detectarse y tratarse antes de que se conviertan en cáncer. Por eso es importante realizar este estudio antes de embarazarse o en la primer consulta de control prenatal. (Promotion, 2013)

<p>Ingesta de ácido fólico</p>	
<p>Ingesta de hierro</p>	<p>El ácido fólico o ácido pteroilglutamico es una vitamina hidrosoluble del grupo B sintetizada por las bacterias de la flora intestinal y presente en pequeña cantidad en algunos alimentos. Los folatos tienen dos efectos biológicos conocidos: a) actúan como cofactores de enzimas que son esenciales para la síntesis del ADN y ARN; y b) son necesarios para la transferencia de grupos metilo en el ciclo de metilación de los aminoácidos, un paso fundamental en la reconversión de homocisteina en metionina, para evitar defectos del tubo neural. Los folatos están presentes en una gran variedad de alimentos, sobre todo en los vegetales de hoja verde. (Sanchez , 2015)</p>
<p>Ingesta de calcio</p>	<p>Las mujeres embarazadas necesitan hierro para reponer las perdidas basales, aumentar la masa de glóbulos rojos y satisfacer las necesidades del feto y de la placenta. Si la gestante no tiene depósitos suficientes de hierro y no recibe una cantidad suplementaria de este micronutriente, sufrirán un agotamiento progresivo de hierro durante el embarazo, pues las necesidades del feto predominan sobre las de la madre. Las necesidades de hierro durante el segundo y tercer trimestre de la gestación aumentan de forma significativa. (Sanchez , 2015)</p>
<p>Ingesta de yodo</p>	

<p>Sugerir antiácidos, en caso de pirosis a pesar de modificar su dieta y estilo de vida</p> <p>Informar sobre el correcto uso del cinturón de seguridad</p>	<p>Durante el embarazo las necesidades de calcio aumentan, ya que el esqueleto del feto tiene que mineralizarse. La placenta transporta activamente el calcio hacia el feto, con una acumulación neta de 30g al término de la gestación, estando casi todo en el esqueleto fetal. En un 90% esta acumulación acontece en el tercer trimestre. En la mujer lactante, de 250 a 350 mg de calcio son transferidos al lactante a través de la leche materna y protege frente a las fracturas osteoporóticas, siempre que se adecuen los aportes alimentarios a lo largo de todo el periodo vulnerable. (Sanchez , 2015)</p> <p>La carencia de yodo es la causa principal de lesiones cerebrales y problemas de aprendizaje prevenibles. Los efectos más nocivos de la carencia de yodo se hacen sentir en el cerebro del feto durante el embarazo. (Sanchez , 2015)</p> <p>Aparecen en el 70% de las embarazadas y se producen por disminución del tono del esfínter esofágico y el aumento de la presión intraabdominal. (Uso Correcto del Cinturon)</p> <p>Una mujer embarazada también debe utilizarlo, la banda abdominal debe ir lo más baja posible sobre las caderas ya que si se lleva en el vientre podría sufrir algún daño al feto. El uso correcto del cinturón de</p>
--	--

<p>Orientación de dormir en el embarazo</p> <p>Orientar acerca del consumo de fármacos</p>	<p>seguridad reduce a la mitad el riesgo de muerte y disminuye la gravedad de las lesiones en caso de un accidente. (Valdivieso González, 2016)</p> <p>Debe de dormir ocho horas diarias, además es conveniente que realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y piernas en alto para favorecer la circulación y evitar edema en tobillos y pies. (Alcolea Flores Silvia, 2012)</p> <p>Es frecuente la utilización de medicamentos durante el embarazo a pesar de que ningún fármaco es totalmente seguro para el feto. Es importante evaluar la relación riesgo/ beneficio, así como administrar la mínima dosis eficaz durante el periodo más corto posible, antes de prescribir un medicamento a una mujer embarazada. (Alcolea Flores Silvia, 2012)</p>
--	--

Dx. 00015 Riesgo de estreñimiento R/C cambio fisiología en el embarazo (NANDA 2015-2017)	
Hidratación (NOC 2014)	
Etapas de la dieta	Comer alimentos vegetales en todas las comidas, alimentos integrales, como el pan, añadir semillas de lino a las ensaladas, los purés o al yogur, añadir aceite de olivo en las ensaladas, tomar yogures con bífido bacterias, beber agua o caldos durante el día, llegar a 2 litros en total. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)
Manejo de la nutrición	La nutrición en la embarazada debe tener todos los micronutrientes necesarios como son proteínas, carbohidratos, lípidos y grasas que se encuentran en una dieta adecuada, equilibrada. Es necesaria el agua para el desarrollo adecuado del feto y la producción de leche materna. (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2013)
Actividad y ejerció	El efecto beneficioso del ejercicio físico durante el embarazo va a depender del tipo, la intensidad, la frecuencia y duración de la actividad. Los beneficios sobre la madre van a ser: mejor función cardiovascular, menor ganancia de peso y depósito de peso, mejora del estreñimiento, puede prevenir diabetes gestacional, aumento de energía, mejora del humor, mejora en la postura, aumenta el tono muscular, la fuerza y la resistencia, mejora la conciliación del sueño y la rápida recuperación después del parto. (Sanchez Palacios, 2009)

DX.00228 riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C conocimiento insuficiente de los factores agravantes (embarazo). (NANDA 2015-2017)

Perfusión tisular periférica (NOC 2014)

Intervención	Fundamentación
Medias de mediana compresión	Utilizado para ejercer una compresión progresiva a nivel de una extremidad, de la parte distal a la proximal, con el fin de favorecer el retorno venoso. (Rapida, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica, 2012). Las medias de compresión intenta prevenir la Trombosis Vasculat Periférica actuando sobre los tres factores etiológicos: estasis venoso, daño vascular y coagulación. La compresión externa reduce la área transversal de la extremidad inferior y aumenta la velocidad del flujo sanguíneo tanto en las venas superficiales como en las profundas. (Evidenze Based Practice Informaton Sheers for Health Professionals, 2001)
Ejercidos para la circulación	Los siguientes ejercicios favorecen la circulación sanguínea de las piernas y aparte son fáciles de realizar estos son: caminar en puntas x lo menos en 5 minutos, levantar puntas y bajar lentamente repetir 20 veces, acostarse y levantar las piernas y bajarlas por lo menos tres series de diez, realizar acostada bicicletas 50 veces, girar los pies de adentro hacia afuera y viceversa unas 30 veces y los dedos hacia adelante y atrás 30

<p>Nutrición</p>	<p>veces. (Rapida, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica, 2012)</p> <p>Mantener una alimentación balanceada es fundamental para la salud de las venas y de las piernas. Evitar el exceso de grasas y aceites, evitar los dulces y comida chatarra, evitar el exceso de sodio y azúcar en alimentos y bebidas y realizar actividades físicas moderadas. (Rapida, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica, 2012)</p>
<p>Masajes</p>	<p>Los masajes son útiles para prevenir y aliviar los trastornos producidos por las varices, ya que se activa la velocidad de la circulación sanguínea. Los efectos se sienten tanto en las venas superficiales como en las profundas, dependiendo de la intensidad del masaje. (Rapida, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica, 2012)</p>
<p>Hidroterapia</p>	<p>Los masajes no serían recomendables, en estas situaciones: Pérdidas de sangre vaginales, no hay movimiento fetal, dolor abdominal, hipertensión, enfermedades autoinmunes, bajo peso de la mujer gestante, embarazo múltiple, placenta previa, varices. (Villaceros , 2010)</p> <p>Consisten en el aprovechamiento de las virtudes del agua para preservar la salud y prevenir los trastornos. El agua fría, en particular, surte efectos vasoconstrictores y hemostáticos. Por eso está especialmente indicada para tratar el problema de las varices</p>

	en su estado incipiente. (Villaceros , 2010)
--	--

Dx.00094 Riesgo de intolerancia a la actividad R/C cambios fisiológicos del embarazo (NANDA 2015-2017)	
Tolerancia a la actividad (NOC 2014)	
Fomento ejercicios en el embarazo	La actividad física durante el embarazo ha demostrado ser beneficiosa tanto para la gestante como para el feto. A nivel materno, se producen efectos beneficiosos a nivel físico y psicológico incluyendo mejor función cardiovascular, menor riesgo de desarrollar diabetes gestacional, mayor elasticidad en las articulaciones, menos problemas de obesidad y menor tasa de síntomas depresivos y de insomnio. Además, la realización de ejercicio alivia algunas de las sintomatologías comunes en las embarazadas como los edemas de extremidades y las lumbalgias. A nivel fetal, también existen algunos beneficios, como una reducción de la tasa de grasa corporal en el recién nacido, que se mantiene en etapas posteriores. (Sanchez Palacios, 2009)
Manejo del peso en el embarazo	El metabolismo materno capta la gran mayoría de sus sustratos de la grasa, siempre y cuando la intensidad de la carga no sea; en este sentido, estudios realizados en gestantes que se ejercitan a ritmo moderados han detectado mínimos cambios en los niveles de glucosa materna circulantes. (Sanchez Palacios, 2009)

<p>Manejo de postura corporal</p>	<p>El incremento del peso en la región anterior del tronco, conlleva múltiples cambios posturales adaptativos ante esa nueva situación que enfrenta el cuerpo. Por eso es importante enseñar a la embarazada para todos estos cambios e irla adaptando. (Sanchez Palacios, 2009)</p>
-----------------------------------	--

<p>Dx.00227 Riesgo de proceso de maternidad ineficaz R/C conocimiento insuficiente sobre el proceso de maternidad (NANDA 2015-2017)</p>	
<p>Conocimiento en parto y alumbramiento (NOC 2014)</p>	
<p>Fomentar la implicación familiar</p>	<p>Es el soporte familiar se manifiesta por medio de acciones que demuestran atención, cariño, dialogo, libertad, afectividad y autonomía entre los integrantes de la familia. (Domenech, Gonzalez , & Rodriguez Alarcon)</p> <p>La familia es una unidad social primaria y universal, por tanto ocupa una posición central para la comprensión de la salud y la enfermedad. (Domenech, Gonzalez , & Rodriguez Alarcon)</p> <p>La toma de decisiones es una capacidad puramente humana</p>

<p>Apoyo en la toma de decisiones</p>	<p>propia del poder de la razón unido al poder de la voluntad. Tomar una decisión es un proceso reflexivo que requiere tiempo para valorar distintas opciones y también, las consecuencias de cada decisión. (Domenech, Gonzalez , & Rodriguez Alarcon)</p>
<p>Ecografía obstétrica en el embarazo</p>	<p>La ecografía obstétrica utiliza ondas sonoras para producir imágenes de un embrión o feto que está en el útero de una mujer embarazada. No utiliza radiación ionizante, no tiene efectos nocivos conocidos, y es el método preferido para la vigilancia de las mujeres embarazadas y su hijo/a, que aún no ha nacido. Es un examen clínico que resulta útil para: establecer la presencia de un embrión /feto con vida, estimar el tiempo de gestación del embarazo, diagnosticar anomalías congénitas del feto, evaluar la posición del feto, evaluar la posición de la placenta, determinar si el embarazo es múltiple, determinar la cantidad de líquido amniótico alrededor del feto y evaluar el crecimiento del feto. (Bustos Lozano, 2012)</p>
<p>Enseñanza a los cuidados del futuro hijo (a)</p>	<p>Los cuidados han de centrarse en la familia y en el recién nacido, con el objetivo de supervisar que el proceso de adaptación del mismo se realice de forma normal y ayudar a los padres a comprender las características propias de este periodo y los fenómenos fisiológicos que no ocurren en otra edad. Por otra parte es importante enseñarles a los</p>

	padres el cuidado en la alimentación, higiene, piel, genitales, cuidados del cordón umbilical. (CTO, 2011)
--	--

5.3 Diagnósticos de bienestar

Dx. 00208 Disposición para mejorar su autocuidado (NANDA 2015-2017)	
Conocimiento sobre la gestación de la maternidad (NOC 2014)	
Crecimiento del útero	Es la distancia que hay desde la sínfisis del pubis hasta el fondo del útero. Se realiza en cada consulta y se registra. Para tomarla, la gestante debe estar en decúbito supino. Se colocara el extremo de la cinta métrica sobre el borde superior de la sínfisis del pubis en la zona media, apoyando el pulgar, y se extenderá la cinta sobre la línea media abdominal hasta llegar al fondo uterino. Hay una relación entre la altura del fondo uterino y el tiempo de la gestación. Con la regla de McDonald, para establecer la edad gestacional en semanas, se multiplica la altura por ocho y se divide entre siete. El ritmo de crecimiento del fondo uterino es de, aproximadamente, unos cuatro centímetros por mes hasta la semana 36 de gestación. (SNS, 2014)

asesoramiento sobre náuseas y vómitos	<p>Ocurren porque durante la gestación se produce una hormona que tiene la capacidad de alterar a una de las partes del sistema nervioso que activan las náuseas y los vómitos. Se trata de la hormona beta gonadotropina corionica humana. Esta hormona, que es producida primero por el embrión y luego por la placenta, es una de las responsables de las transformaciones que tiene el cuerpo de la madre. (SNS, 2014)</p>
Actividad física	<p>Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso. Los ejercicios más recomendables son paseos al aire libre, natación, yoga y baile. Es recomendable realizar los ejercicios de Hegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico que se debilitan por el embarazo y el parto, pudiendo causar pérdidas de orina. Estos ejercicios se deben practicar antes, durante y después del embarazo y el parto. (SNS, 2014)</p>
Información sobre venas varicosas	<p>Existen cambios a nivel circulatorios que van acompañado el embarazo que consisten en un aumento de la distensión o estiramiento de las venas, estasis de la sangre en el interior de las mismas, edema y aumento de la permeabilidad capilar a nivel micro circulatorio. (SNS, 2014)</p>

Medias de mediana compresión	<p>El objetivo es aplicar una presión decreciente desde el tobillo hasta la cintura. Se clasifican, según la presión que aplica sobre los maléolos, en medidas de compresión ligera- moderada (8-17 mmHg), compresión normal (20-29 mmHg) y compresión fuerte (30-40 mmHg). Se ha comprobado que durante el embarazo el uso de compresión normal incrementa el volumen sanguíneo expelido por la bomba muscular y el tiempo de relleno venoso, disminuye el diámetro de la vena femoral superficial y a la vez mejoran la sensación de pesadez, dolor y el edema. (SNS, 2014)</p>
Asesoramiento del Papanicolaou	<p>La citología cervical, también llamada Papanicolaou se utiliza con método de tamizaje para cáncer de cérvix, permite detectar lesiones pre malignas y malignas del cérvix. En la citología se evalúa la zona de transformación ecto-endocervix (unión de los dos tipos de epitelios del cérvix, el epitelio plano estratificado que es el ectocervix y el epitelio glandular que es el endocervix). Este se debe realizar previo al embarazo en la consulta preconcepcional. (SNS, 2014)</p>
Importancia del ultrasonido	<p>El ultrasonido obstétrico utiliza ondas sonoras para producir imágenes de embrión o feto que está dentro de una mujer embarazada, como así también del útero y los ovarios de la madre. No utiliza radiación ionizante, no tiene efectos nocivos conocidos, y es el método preferido para la vigilancia de las mujeres embarazadas y su feto. (SNS, 2014)</p>

<p>Asesoramiento en el aumento de peso</p>	<p>El peso ganado en un embarazo normal incluye los procesos biológicos diseñados para fomentar el crecimiento fetal. Aunque las mujeres varían en la composición del peso que gana durante el embarazo. Alrededor del 25 al 30% de la ganancia de peso reside en el feto, el 30 al 40% en los tejidos reproductores maternos, la placenta, el líquido y la sangre es alrededor del 30% se compone de depósitos maternos de grasa. En la fase inicial del embarazo, las mujeres con peso normal (IMC <25) depositan grasa en sus caderas, espalda y tercio superior de los muslos, que cree importante como reserva calórica para el embarazo y la lactancia posteriores. (Sharon & Oken, 2010)</p> <p>Calculo de índice de masa corporal ($IMC = \text{peso} / \text{Talla}^2$) para realizar el consejo nutricional más adecuado. El peso se tomara en cada visita. (SNS, 2014)</p>
--	---

<p>Dx. 00163 Disposición para mejorar la nutrición M/P expresa deseo de mejorar la nutrición (NANDA 2015-2017)</p>	
<p>Conducta de cumplimiento (NOC 2014)</p>	
<p>Intervención</p>	<p>Fundamentación</p>
<p>Asesoramiento nutricional</p>	<p>La educación y el asesoramiento nutricional es una estrategia que se utiliza con mucha frecuencia para mejorar el estado nutricional de las</p>

<p>Enseñanza individual de la alimentación</p>	<p>mujeres durante el embarazo. La estrategia se centra principalmente en los siguientes elementos: Mejorar la calidad de la dieta materna mediante el aumento de la diversidad y la cantidad de alimentos que se consumen, promover un aumento de peso adecuado mediante una ingesta suficiente y equilibrada de proteínas y de energía y promover el consumo sistemático y regular de suplementos de micronutrientes completos alimentarios o alimentos enriquecidos. (Salud M. d., 2012)</p> <p>La educación y el asesoramiento sobre nutrición se centran en mejorar la calidad de la dieta, instruyendo a las mujeres sobre cuáles son los alimentos y las cantidades que es necesario consumir para tener una ingesta alimentaria óptima. Ello también puede incluir asesoramiento sobre el consumo de suplementos de micronutrientes recomendados durante el embarazo, como por ejemplo suplementos de micronutrientes múltiples que contengan hierro y ácido fólico. (Salud M. d., 2012)</p>
<p>Manejo del peso</p>	<p>La ganancia de peso adecuada estará determinada por su índice de masa corporal (IMC) pregestacional, actualmente la recomendación de ganancia de peso para una mujer con un IMC pre gestacional normal y con un embarazo único es de 11.5 16 kg. (Salud M. d., 2012)</p>
<p>Educación para detectar diabetes</p>	<p>Se recomienda que los estudios iniciales se hagan entre la semana 24 y 28 de embarazo (alrededor de los seis meses). El estudio consiste en</p>

gestacional	<p>una muestra de glucosa en sangre y si la sospecha es alta se hacen estudios más específicos, como la prueba de tolerancia a la glucosa en tres horas. Aunque la mayoría de las veces no se presentan síntomas, a veces puede haber cansancio, mareo, visión borrosa e infecciones frecuentes durante el embarazo. Cualquiera de estos síntomas hacer sospechar diabetes gestacional y se debe estudiar lo más pronto posible. (Salud M. d., 2012)</p> <p>El tamizaje se aplica en la semana 24 de gestación, la prueba de tolerancia oral a la glucosa, con carga oral de 75 gr ayunas. Se evalúa la glicemia basal, se evalúa glicemia una hora después de la carga de glucosa, se evalúa glicemia después de dos horas. Se declara positiva la prueba si al menos uno de estos valores excede el punto de corte prefijado para diagnóstico. (Mendoza, 2015)</p>
-------------	--

DX. 00161 Disposición para mejorar el sueño M/P expresar deseo de mejorar el sueño (NANDA 2015-2017)	
Descanso (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
Cambios de posición en el embarazo	<p>El sueño y descanso es fundamental durante la gestación. Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo para la mejor oxigenación del feto. Evitar la posición boca arriba cuando el útero este muy grande, ya que puede provocarle mareos, incluso disminuir la oxigenación del feto, debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos. Conforme avanza el embarazo resulta difícil encontrar una postura cómoda, utilizar cojines para estar más incorporada, quizás se encuentre más cómoda y resulta beneficioso al feto. (Gómez Marcos)</p>
Masaje	<p>Es una terapia alternativa que, además de proporcionar relajación, es capaz de aliviar las molestias e incomodidades propias del embarazo. Está contraindicado en la amenaza de parto pretermino, en situaciones de preeclampsia o eclampsia y en caso de hemorragia vaginal, contracciones o desprendimiento de placenta. Existen diferentes técnicas y la mayoría pueden adaptarse al embarazo. Es muy importante, que quien lleve a cabo el masaje,</p>

<p>Relajación</p>	<p>sea un profesional de enfermería que conozca la anatomía y necesidades de la embarazada para evitar complicaciones, como provocar un parto prematuro con la presión de ciertos puntos clave del cuerpo que estimula los músculos pélvicos. (Gómez Marcos)</p> <p>Los efectos que produce la práctica de relajación durante el proceso de embarazado, se relacionan beneficios a nivel psicológico – emocional, ya que, aparte de inducir estados de relajación en la mujer, que le harán sentirse liviana y en mejor estado, también contribuye a evitar o disminuir la ansiedad, el estrés y la depresión gestacional. (Gómez Marcos)</p>
<p>Fomentar el ejercicio</p>	<p>La actividad física durante el embarazo resulta muy beneficiosa, no solo porque permite fortalecer el cuerpo en general, además de los músculos que se utilizaran en el parto (abdomen, suelo pélvico, espalda), y aliviar las molestias típicas de esta etapa, sino también porque acompaña las progresivas profundas transformaciones que se producen a lo largo de los nueve meses de gestación. (Gómez Marcos)</p>
<p>Higiene</p>	<p>Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones neutros, posteriormente usar una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos), de igual forma ayudara a la relajación, para tener un descanso más confortable. (Alcolea</p>

	Flores Silvia, 2012)
--	----------------------

Dx. 00106 Disposición para proporcionar la lactancia materna M/P expresa verbalmente para la mejor alimentación (NANDA 2015-2017)	
Establecimiento de la alimentación (NOC 2014)	
Asesoramiento en la lactancia	La leche materna favorece su desarrollo ya que contiene vitaminas, grasas, carbohidratos, minerales, aminoácidos que necesita el recién nacido, también los protege contra las infecciones y enfermedades. La lactancia materna es importante darla desde el comienzo hasta los seis meses de vida. El calostro es fundamental ya que es el nutritivo y esta dura los primeros 7 días. (Diario Oficial de la Federacion, 2010)
Fomentar el apego	Se fomenta la lactancia materna ya que tiene muchas ventajas sobre el desarrollo del recién nacido y de la madre. En a madre hay menos probabilidad de cáncer mamario, bajan más rápido de peso, etc. y para el recién nacido es importante para el desarrollo intelectual, inmunitario y en el crecimiento. (Diario Oficial de la Federacion, 2010)
Técnicas de alimentación	La madre debe sujetar el pecho colocando su mano como si fuera una letra "C", el recién nacido debe tener dentro de la boca el pezón y la mayor parte de la areola, pero el pecho no debe obstruir la respiración del niño. Debe amamantarse 15 a 20 minutos por seno, para desprender al recién nacido del pezón, introducir el dedo meñique entre la comisura y el pezón. (Diario Oficial

Higiene en las glándulas mamarias	de la Federacion, 2010) Baño diario, evitar jabones con perfume o con alcohol que irriten el pezón al igual que cremas corporales con perfume, lavarse las manos cada vez que se amamante al recién nacido, utilizar brassier para maternidad ya que los brassier normales comprimen el pecho. (Diario Oficial de la Federacion, 2010)
-----------------------------------	---

Dx. Disposición para mejorar el estado de inmunización (NANDA 2015-2017)	
Inmunización (NOC 2014)	
Intervención	Fundamentación
<p>Documentación cartilla de vacunación</p>	<p>La cartilla nacional de salud es un documento oficial y personal para la población mexicana que se entrega de forma gratuita, indispensable para que, personal de salud y usuario, lleven el control de las acciones de promoción de salud, prevención, detección oportuna y control de enfermedades. La cartilla también facilita el seguimiento del estado de salud, promoción de estilos de vida saludable y el registro de los principales servicios de salud, comenzando por la identificación y datos generales básicos del propietario de la cartilla. (Rapida, Vacunacion en la Embarazada, 2012)</p>
<p>Manejo de la inmunización y vacunación</p>	<p>La mayor parte de las vacunas actualmente disponibles no tienen efectos perjudiciales para el feto. No obstante, su utilización durante el embarazo está indicada cuando el riesgo de exposición a la enfermedad es alto. El embarazo representa también una excelente oportunidad de evaluación y prevención de otras complicaciones que exceden los objetivos de los controles obstétricos, como es la evaluación de la cobertura de vacunas de cada paciente y mejorarla. Cuando indicamos una vacuna preferimos administrarla luego del primer trimestre, a fin de minimizar los riesgos potenciales que conlleva cualquier inmunización. (Rapida, Vacunacion en la</p>

<p>Influenza</p>	<p>Embarazada, 2012)</p> <p>La embarazada debe recibir las vacunas contra influenza en cuanto estén disponibles. Debido a que las vacunas inyectables no son de virus vivos, la mayoría de los especialistas considera que estas vacunas son seguras en cualquier etapa del embarazo. Vacunar contra influenza en cualquier etapa del embarazo está justificado en especial en pandemias. (Rapida, Vacunacion en la Embarazada, 2012)</p>
<p>Tétanos</p>	<p>La vacunación materna durante el embarazo tiene una doble finalidad: en primer lugar, evitar que la mujer adquiera la tosferina y contagie al neonato, lo que es una forma de estrategia, cosa que no sucede cuando se vacuna en el postparto, cuando la mujer esta desprotegida durante al menos dos semanas. En segundo lugar, la transmisión pasiva transplacentaria de anticuerpos al feto, que lo protegerán hasta que inicie la primo vacunación a los 2-3 meses de edad. Se trata de una forma de inmunización que ofrece una doble protección, a la madre y al recién nacido. (Rapida, Vacunacion en la Embarazada, 2012)</p>

6. CONCLUSIÓN

Del presente trabajo se concluye que el Licenciado de Enfermería y Obstetricia tendrá las herramientas necesarias además específicas para la realización de un cuidado especializado, con enfoque integral basándose en las necesidades alteradas que se van presentando en la mujer embarazada en cada etapa del embarazo, por eso es importante que la mujer embarazada tenga su control prenatal, considerando la importancia de cada una de las etapas del proceso reproductivo, antes de la gestación (con la detección de riesgos en cada integrante de la pareja y el establecimiento de un plan de cuidado)., hasta la culminación de la gestación incluyendo el cuidado posnatal, con la vigilancia del establecimiento del autocuidado de la mujer en el puerperio y el recién nacido, en pro con la participación activa del padre de la familia, fortaleciendo así el vínculo familiar, en donde se puede llegar a disminuir una muerte materno fetal con un cuidado de calidad.

Se observa que si se cumplen los objetivos ya que es una herramienta para el Licenciado de Enfermería y Obstetricia para determinan las intervenciones en el control prenatal de bajo riesgo, basadas en la mejor evidencia para favorecer la calidad a través de la toma de decisiones necesarias para un plan de cuidado e identificar factores de riesgo materno fetal y así intervenir oportunamente a la mujer embarazada.

7. RECOMENDACIONES

Después de haber concluido la presente tesina se recomienda lo siguiente:

- Realizar Intervenciones especializadas y de calidad en la atención prenatal.
- Continuar desarrollando estudios de Investigación en Enfermería sobre el control prenatal
- Continuar utilizando instrumentos oficiales para el control prenatal, que permitan valorar a la diversidad de poblaciones en los tres niveles de atención.

8. BIBLIOGRAFÍAS

- A.C, A. M. (Octubre de 2014). *Prevención y Manejo de Infección de Herida Quirúrgicas*. Recuperado el 22 de Marzo de 2018, de www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf
- Alcolea Flores Silvia, M. M. (2012). *Guía de Cuidados en el Embarazo*. Madrid : Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Avalos, C. J. (2013). *Derechos Reproductivos*. Recuperado el 2016 de Mayo de 25, de <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/8/3568/38.pdf>
- Bustos Lozano, G. (12 de Octubre de 2012). *Guía de Cuidados del Recien Nacido en la Maternidad*. Recuperado el 16 de Marzo de 2018, de www.aeped.es/sites/default/files/6-guiarnhu12oct.pdf
- Cabero Roura, L., & E, C. R. (2013). *Tratado de Ginecología y Obstetricia*. Madrid: Panamericana.
- Casino, E., León, H., Otalora, R., Pérez Gónzales, E., Sarmiento, R., & Yates, A. (s.f.). *Secretaría de Salud*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2017, de Guía de Control Prenatal y Factores de Riesgo: <file:///C:/Users/marys/Documents/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRE NATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>

Catálogo maestro. (agosto de 2014). Recuperado el 15 de febrero de 2017, de Guía práctica clínica control prenatal:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/028_GPC_PrenatalRiesgo/IMSS_028_08_EyR.pdf

Clínica de Salud Reproductiva y Sexual. (2014). Recuperado el 5 de Marzo de 2018, de <https://www.uv.mx/cusrs/files/2016/06/INDICACIONES-LAB.-CONTROL-PRENATAL.pdf>

Clínica, G. d. (2012). *Diagnóstico y Tratamiento de la Hemorragia Obstétrica en la Segunda Mitad del Embarazo y Puerperio Inmediato.* Recuperado el 22 de Marzo de 2018, de
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/162_GPC_HEMORRAGIA_OBSTETRICA/Imss_162ER.pdf

Colombiana de Salud S. A. (Febrero de 2016). Recuperado el 22 de Junio de 2017, de Protocolo Control Prenatal:
http://www.colombianadesalud.org.co/PROMOCION_PREVENCION/INSTRUCTIVOS%20PYP/okPROTOCOLO%20CONTROL%20PRENATAL.pdf

CONAPO. (9 de Julio de 2015). *INEGI.* Recuperado el 02 de Febrero de 2017, de
http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf

CTO, M. (2011). *Cuidados al Recien Nacido Sano: Cuidados generales. Parmetros de desarrollo y crecimiento. deteccion precoz de enfermedades congénitas y merabólicas. plan para la deteccion precoz de la hipoacusia.* Recuperado el 20 de Junio de 2018, de
http://tienda.grupocto.es/pdf/EN_OPEAndalucia_CapM.pdf

Danforth, Gibbs, Karlan, Haney, & Nygaard. (2013). *Tratado de Obstetricia y Ginecología.* Mexico: Interamericana.

De Molina Fernandez , I., Rubio Rico, L., Roca Biosca, A., Jimenez Herrera, M., De la Flor Lopez, M., & Sirgo , A. (s.f.). Recuperado el 1 de Marzo de 2018, de Ansiedad y Miedos de las Gestantes Ante el Parto: la Importancia de su Detección: www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf

Diario Oficial de la Federacion. (23 de Enero de 2006). Recuperado el 20 de Octubre de 2017, de norma oficial 043-SSA2-2005 Servicios Basicos de Salud. Promocion y Educacion para la Salud en Materia Alimentaria. Criterios para Brindar Orientacion:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=2107165&fecha=23/01/2006

Diario Oficial de la Federacion. (16 de Agosto de 2010). Recuperado el 25 de Mayo de 2017, de Norma Oficial 005-SSA2-1993 De los Servicios de Planificación Familiar:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5155477&fecha=16/08/2010

Diario Oficial de la Federación. (07 de Abril de 2016). Recuperado el 25 de Febrero de 2017, de Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la Atención de la Mujer Durante el Embarazo, Parto y Puerperio, y de la Persona Recién Nacida:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016

Domenech, E., Gonzalez , N., & Rodriguez Alarcon, J. (s.f.). *Cuidados generales del recién nacido sano.* Recuperado el 22 de Febrero de 2018, de https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/2_2.pdf

Embarazo de Riesgo. (2010). Recuperado el 1 de Octubre de 2017, de Riesgo Obstetrico.

Evidece Based Practice Information Sheers for Health Professionals. (2001). Medias de compresión graduada para la prevención del tromboembolismo venoso postoperatorio. *Best Practice*, 1-6.

Gálvez, I., & Villegas, P. (s.f.). *Embarazo y Preparacion al Parto.* Recuperado el 23 de Febrero de 2018, de http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/igualat/images/de-scargas/cuaderno_3_embarazo_%20y_%20preparacion_al_parto.pdf

García Balaguera, C. (2017). Barreras de Accesoy Calidad en el Control Prenatal. *Facultad de Medicina* , 10.

Gaviria Uribe, A., Ruiz Gomez, F., Burgos Bernal, G., Osorio Saldarriaga, E., Luque Nuñez, R., & Ospino Rodriguez, L. (2014). *Ministerio de Salud.* Recuperado el 19 de junio de 2017, de Protocolo de Atencion Preconcepcional:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-Protocolo-atencion-preconcepcional.pdf>

Gómez Marcos, M. (s.f.). *Guia de Control y Seguimiento del Embarazo en Atencion Primaria.* Recuperado el 10 de Marzo de 2018, de www.laalamedilla.org/guias/embarazo.pdf

- Gonzalez Tabares , E., & Sanchez Coll, S. (s.f.). *Enfermedad Vascular Periferica: Problemas Venoso de Miembros Inferiores*. Recuperado el 21 de Febrero de 2018, de Seccion de Cirugia Vascular Perferica. Hospital Gral. Gregorio Marañon. Madrid: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/cap_13.pdf
- Guana, M., & Bianchi, U. (2009). *Enfermeria Ginecoobstetricia*. Mexico: Mc-Graw-Hill.
- Healthcare, I. (2008 - 2014). *Nauseas del Embarazo*. Recuperado el 20 de junio de 2018, de <https://intermountainhealthcare.org/ext/Dcmnt?ncid=51061849>
- Hernandez Betancur, A., & Vasquez Truisi, M. (2015). El Cuidado de Enfermeria Comprometido: Motor en la Satisfaccion de la Gestante Durante el Control Prenatal. *universidad y salud*, 10.
- Hoffman, Schorge, Schaffer, Halvorson, Bradshaw, & Cunningham. (2014). *Williams Ginecología*. Mexico, D.F.: McGraw-Hill.
- INEGI. (9 de julio de 2015). *CONAPO*. Recuperado el 2 de febrero de 2017, de Encuesta nacional de la dinamica demografica: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_07_1.pdf
- Jarillo Quijada, A. (2015). *Oxigenoterapia*. Recuperado el 3 de Marzo de 2018, de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/oxigenotrepia.pdf>
- Larrubia Muñoz, O., Perez , F., & Dominguez , M. (15 de julio de 2010). *Farmacos y Embarazo*. Recuperado el 20 de Febrero de 2018, de janoes/ficheros/sumario/110/176/268/00/660071LR.PDF
- Leite Alves de Oliveira, R., Branco de Fonseca, C. R., De Barros Leite Carvalhaes, M. A., & Garcia de Lima Parada, C. M. (Marzo de 2013). *SCIELO*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2017, de Evaluacion de Atencion Prenatal Bajo la Perspectiva de los Diferntes Modelos en la Atencion Primaria: www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/es_0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf
- Martin Maldonado Duran, J. S. (2013). Cambios Fisiológicos y Emocionales Durante el Embarazo Normal y la Conducta del Feto. *Perinatol Reprod Hum*, 3-14.
- Matronas del Servicio Andaluz de Salud*. (2015). Recuperado el 5 de Enero de 2018, de <http://www.mad.es/serviciosadicionales/ficheros/act-tema53.pdf>

- Mendoza, H. (2015). *Guía de Atención de Diabetes Gestacional* . Recuperado el 2018 de Junio de 2018, de <https://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/GDM%20training%20material%20%28Spanish%29.pdf>
- MÉXICO, C. (2016). *Derechos Sexuales y Reproductivos: un Asunto de Derechos Humanod* . México: CNDH.
- Mondragon Castro, H. (2013). *Tratado de Obstetricia Ginecologia*. Mexico: trillas.
- Moreno Mojica, C. M., Mesa Chaparro, N. P., Perez Cipagauta, Z., & Vargas Fonseca, D. P. (14 de Octubre de 2014). *Revista Cuidarte*. Recuperado el 14 de Octubre de 2017, de Convertirse en Madre Durante la Adolescencia: Activacion del Rol Materno en el Control Prenatal: <file:///C:/Users/marys/Documents/1%20REFERENCIA%20.pdf>
- Morgan Ortíz , F. (23 de Agosto de 2012). *Inmunizaciones durante el embarazo*. Recuperado el 5 de Marzo de 2018, de <http://hospital.uas.edu.mx/revmeduas/pdf/v3/Numero%204/Inmunizaciones%20durante%20el%20embarazo.pdf>
- Obsetricia, D. d. (2012). *Agencia de Cooperación Inernacional del Japón* . Recuperado el 22 de Febrero de 2017, de Proyecto Salud Materno Infantil Quetzaltenango, Totonicapán y Sololá: [http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjDoc233.nsf/VIEWJCSearchX/5C5D2D2431FCF3C149257F39002C8D79/\\$FILE/9-1.%20「母子保健医療の基礎」%EF%BC%88医師・看護師研修用教科書%EF%BC%89産前健診.pdf](http://gwweb.jica.go.jp/km/ProjDoc233.nsf/VIEWJCSearchX/5C5D2D2431FCF3C149257F39002C8D79/$FILE/9-1.%20「母子保健医療の基礎」%EF%BC%88医師・看護師研修用教科書%EF%BC%89産前健診.pdf)
- Obstetricia, S. P. (2010). Modificaciones Fisiológicas en el Embarazo. *Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 57.
- OMS. (2003). *Nuevo Modelo de Atención en el Control Prenatal*. Recuperado el 2017 de Marzo de 1, de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42692/WHO_RHR_01.30_spa.pdf;jsessionid=93835751B39EE8EE022A56F63B3D97BF?sequence=1
- OMS. (7 de Noviembre de 2016). La OMS Señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. *Comunicado de Prensa Ginebra* .
- OMS. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre la atención prenatal para una experiencia positiva en el embarazo*. Recuperado el 2 de marzo de 2018, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf?sequence=1>

- ONU, O. (2013). *Enfermedades de Transmisión Sexual: Políticas y principios de prevención y asistencia* . Recuperado el 20 de Junio de 2018, de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/una97-6_es_0.pdf
- Pascale, A. (2013). Recuperado el 6 de Marzo de 2018, de Consumo de Drogas Durante el Embarazo: <http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/07/Consumo-de-drogas-durante-el-embarazo-Revision-MSP.pdf>
- Peña Rojas, A. (2013). *Ginecologa Obstetra* . Recuperado el 4 de Marzo de 2018, de Nauseas y Vomito en el Embarazo UPDATE: <http://www.astog.co/pdf/Memorias/nauseas-astog.pdf>
- Promotion, N. C. (Febrero de 2013). *Division of Cancer Prevention and Control*. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de https://www.cdc.gov/spanish/cancer/cervical/pdf/hpv_brochure_es.pdf
- Rapida, G. d. (2012). *Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Insuficiencia Venosa Crónica*. Recuperado el 18 de Marzo de 2018, de www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/175_GPC_INSUFICIENCIA_VENOSA_C/Imss_175RR.pdf
- Rapida, G. d. (2012). *Vacunacion en la Embarazada*. Recuperado el 12 de Marzo de 2018, de <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/580GRR.pdf>
- Ricardo Figueroa Damian, J. B. (2012). Consumo de Agua en el Embarazo Y lactancia. *Perinatología y Reproducción Humana*, 524-530.
- Rodríguez, H. I. (14 de Noviembre de 2014). Cuidados de Enfermería en Etspa Prenatal en la Jurisdicción No.10 de Tehuacán Puebla. *Tesis* . Veracruz, Xalapa, México.
- Salazar Garcia, M. (2013). *Anon*. Recuperado el 18 de Junio de 2017, de Derechos Sexuales y Reproductivos: <http://femumex.org/docs/revistaDigital/losDerechosSexualesYReproductivosDeLasMujeresEnMexicoEnElMarcoJuridicoInternacional.pdf>
- Salud, M. d. (2012). *Nutrición y Embarazo*. Recuperado el 7 de Marzo de 2018, de Recomendaciones en Nutrición para los Equipos de Salud: www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000315cnt-a11-nutricion-y-embarazo.pdf

- Salud, O. M. (2014). *OMS*. Recuperado el 2017 de Junio de 18, de Señala que las Embarazadas Deben de Poder Tener Acceso a una Atención Adecuada: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=36209#.WUbR45I19Q>
- Sanchez , A. (2015). *Guia de Alimentación para Embarazadas*. Recuperado el 14 de Marzo de 2018, de https://www.seedo.es/images/site/Guia_Alimentacion_Embazaradas_Medicadiet.pdf
- Sanchez Palacios, P. (2015 de Febrero de 2009). *Actividad Física y Deportiva en la Mujer Embarazada*. Recuperado el 10 de Febrero de 2018
- Saplén López, J. S. (2011). Sexo y Embarazo: Ideas de Profesionales de la Salud. *Scielo*, 608-615.
- Sastre , M. I. (2015). *Universidad de Valladolid* . Recuperado el 22 de Junio de 2017, de Aspectos Psicológicos y Emocionales Durante la Gestacion y el Puerperio: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11938/1/TFG-H292.pdf>
- Sharon , H., & Oken, E. (2010). *Ganancia de Peso Durante el Embarazo: Su Importancia para el Estado de Salud Materno Infantil*. Recuperado el 23 de Febrero de 2018
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*. (Mayo de 2013). Recuperado el 3 de Febrero de 2018, de Diagnóstico y Tratamiento del Estreñimiento Durante el Embarazo: www.samem.es/wp-content/uploads/2014/03/2014-09-02-Dr-Oscar-Torres-Lantada.pdf
- SNS, G. D. (2014). *Guia de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio*. Recuperado el 6 de Marzo de 2018, de www.guiasalud.es/GPC/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf
- Tormos, D. E. (s.f.). *Fisiología del Embarazo y Desarrollo Fetal* . Recuperado el 22 de Febrero de 2018, de file:///C:/Users/marys/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/fm.pdf
- Torres Armas, S. G. (Agosto de 2015). Conocimientos de Signos de Peligro Durante el Embarazo, Parto y Puerperio en Mujeres en Edad Fertil y Personal de Salud. *Tesis* . Santa Catarina Ixtahuacan, , Sololá, Guatemala.
- Uso Correcto del Cinturon*. (s.f.). Recuperado el 14 de Marzo de 2018, de <https://www.gob.mx/salud/articuloelusocorrectodelcinturodeseguridad>

Valdivieso González, e. (2016). Recuperado el 5 de marzo de 2018, de Técnicas de Relajación: Aplicación a lo Largo de la Educación Maternal en Mujeres Embarazadas y sus Beneficios Durante el Trabajo de Parto:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/17740/1/TFG-H457.pdf>

Villaceros , P. (2010). *Masajes durante el embarazo*. Barcelona: Cupula.

Viroga, S., López , M., & Tamosiunas, G. (2013). *Seguridad de los medicamentos gastrointestinales*. Recuperado el 20 de Junio de 2018, de
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v35n2/v35n2a04.pdf>

9. ANEXO

PREVIGen I			
01. Nivel Socioeconómico	Medio y alto	Bajo	Muy bajo
02. Escolaridad (años aprobados)	5 y más	1 a 5	Cero
03. Edad (años)	20-30	15-19	14 y menos
04. Edad (años)		31-35	36 y más
05. Estatura cm	150 y más	145-149	144 y menos
06. Estado civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
07. Estado civil	Unión libre	Viuda	
08. Paridad	1 a 3	Nullipars	
09. Paridad		4 y más	
10. Partos anteriores	Normal	Difícil	Traumático
11. Intervalo intergenésico	1 a 2 años	Menos de 1 año	
12. Abortos	No	1 a 2	Más
13. Nacidos muertos	No	1 a 2	Más
14. Hijos con bajo peso	No	1 a 2	Más
15. Hijos con malformaciones	No	1 a 2	Más
16. Hijos prematuros	No	1 a 2	Más
17. Muertes neonatales	No	1 a 2	Más
18. Diabetes	No	Controlada	Activa
19. Hipertensión	No	Controlada	Activa
20. Epilepsia	No	Controlada	Activa
21. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
22. Enfermedades del tiroides	No	Controlada	Activa
23. Enfermedades renales	No	Controlada	Activa
24. Consanguinidad	No	Si	
25. Retraso mental	No	Si	
26. Exposición radiaciones	No	Si	
27. Carga de trabajo	Normal	Excesivo	Exagerado
28. Exposición a tóxicos	No	Si	
29. Desnutrición	No	Moderada I	Grave II
30. Anemia Hb. en gramos	11 y más	8 a 10.9	Menos de 8
31. Alcoholismo	No	Si	
32. Tabaquismo	No	Si	
33. Otras farmacodependencias	No	Tuvo	Actual
34. Toxoplasmosis	No	Tuvo	Actual
35. Rubéola	Tuvo		Actual
36. Cifomegalovirus	No		Si
37. Herpes	No		Si
38. Sífilis	No	Tuvo	Actual
39. SIDA	No	Sospecha	Si
40. Otras específicas			

■ Riesgo Bajo ■ Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

EVALUACION DE RIESGO REPRODUCTIVO A MUJERES EN EDAD FERTIL NO EMBARAZADAS

PREVIGen II

1 DATOS GENERALES

01. Edad (años)	<input type="checkbox"/> 20 a 30	<input type="checkbox"/> 15 a 19	<input type="checkbox"/> 14 y menos
02. Edad (años)		<input type="checkbox"/> 31 a 35	<input type="checkbox"/> 36 y más
03. Peso al inicio (kg)	<input type="checkbox"/> 51 a 64	<input type="checkbox"/> 65 a 75	<input type="checkbox"/> 76 y más
04. Peso al inicio (kg)		<input type="checkbox"/> 41 a 50	<input type="checkbox"/> 40 y menos
05. Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> 1.50 y más	<input type="checkbox"/> 1.45 a 1.49	<input type="checkbox"/> 1.44 y menos
06. Nivel socioeconómico	<input type="checkbox"/> Alto y medio	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Muy bajo
07. Estado civil	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Sin cónyuge
08. Estado civil	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Viuda	
09. Actitud	<input type="checkbox"/> Adecuada	<input type="checkbox"/> Inadecuada	<input type="checkbox"/> Muy Alterada

2 ANTECEDENTES

10. Paridad	<input type="checkbox"/> 1 a 3	<input type="checkbox"/> 4 a 6	
11. Paridad		<input type="checkbox"/> Nullipara	
12. Parto anterior	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Traumático
13. Abortos consecutivos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 2 y más	
14. Cesáreas previas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Una	<input type="checkbox"/> 2 y más
15. Parto pretérmino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
16. Preeclampsia-eclampsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
17. Hijos 2500 g. y menos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
18. Hijos de 4000 g. y más	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
19. Muertes perinatales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Uno	<input type="checkbox"/> 2 y más
20. Hijo malformado	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
21. Cirugía previa pélvica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ginecológica	<input type="checkbox"/> Utero

3 EMBARAZO ACTUAL

22. Consanguinidad	<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí
23. Factor Rh.	<input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo no inmunizada	<input type="checkbox"/> Negativo inmunizada
24. Hemoglobina en g.	<input type="checkbox"/> 11 y más	<input type="checkbox"/> 8 a 10.9	<input type="checkbox"/> Menos de 8
25. Tabaquismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
26. Alcohólicismo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
27. Toxicomanías	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	
28. Amenaza de aborto (menos de 20 semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
29. Amenaza parto pretérmino (20 y más semanas)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
30. Hemorragia ginecológica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
31. Cardiopatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
32. Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
33. Diabetes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
34. Hipertensión crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
35. Hipertensión del embarazo	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Controlada	<input type="checkbox"/> Activa
36. Ruptura de membranas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> 12 hs. y menos	<input type="checkbox"/> 13 hs. y más
37. Otros especifique _____			

Riesgo Bajo Riesgo Medio Riesgo Alto

EVALUACION INICIAL DE RIESGO PERINATAL
EN LA PRIMERA CONSULTA DEL EMBARAZO

PREVIgen III

01. Presión arterial Sist.	■ 80-139	■ 140-160	■ 161 y más
02. Presión arterial Diast.	■ 60-90	■ 91-109	■ 110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	■ 1 a 1.5	■ 1.6 a 2.9	■ 3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mas)		■ Sin aumento	■ Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	■ 3 a 5	■ 6-7	■ 8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		■ 1-2	■ No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	■ Normal	■ Moderado ↑	■ Exagerado ↑
08. Líquido amniótico (cantidad)		■ Moderado ↓	■ Exagerado ↓
09. Movimientos fetales	■ Normal	■ Moderado ↑	■ Exagerado ↑
10. Movimientos fetales		■ Moderado ↓	■ Exagerado ↓
11. Hemorragia genital	■ No	■ Mínima	■ Regular
12. Membranas ovulares	■ Integras	■ Rotas 12 hs. y menos.	■ Rotas 13 hs. y más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	■ 1 y menos	■ 2 a 3	■ 4 y más
14. Aborto	■ No	■ Amenaza	■ En evolución
15. Parto pretermino (20-36 sem)	■ No	■ Amenaza	■ En evolución
16. Infección urinaria	■ No	■ Controlada	■ Activa
17. Otras alteraciones maternas especifique _____		■ _____	■ _____
18. Otras alteraciones fetales especifique _____		■ _____	■ _____
19. Otros especifique _____		■ _____	■ _____

■ Riesgo Bajo ■ Riesgo Medio ■ Riesgo Alto

**EVALUACION DE RIESGO PERINATAL
EN CADA CONSULTA DURANTE LA EVOLUCION
DEL EMBARAZO**