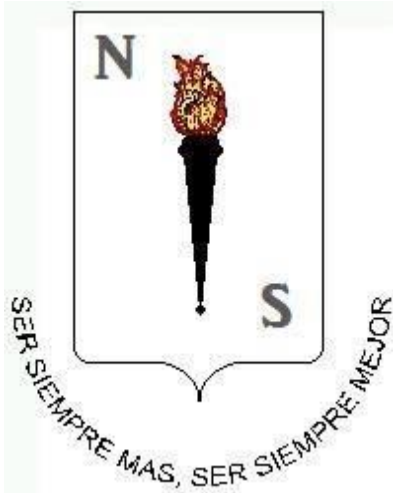


ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD DESDE LA
PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARÍA YANELI CASTRO GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN.2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

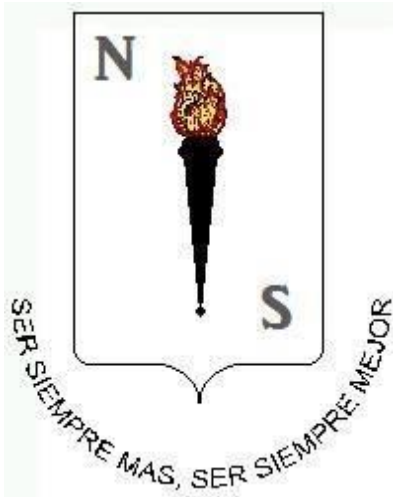
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE NUESTRA SEÑORA DE LA SALUD
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

ATENCIÓN PRENATAL EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD DESDE LA
PERSPECTIVA DE NOLA PENDER

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA:
MARÍA YANELI CASTRO GONZÁLEZ

ASESORA DE TESIS:
LIC. EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN.2019

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios quien me puso en este camino para lograr esta gran profesión, Dios es quien me regala día a día la dicha de vivir, quien ha sido mi total apoyo y me ha dirigido durante esta etapa así como me ha llenado de valentía para lograr este propósito ya alcanzado, porque sé que este es el propósito que El tenía encomendado para mí.

A mis padres por darme la mejor herencia que podría recibir:

A mi papá Armando Castro González quien me ha demostrado que los sueños se pueden lograr con dedicación y esfuerzo donde rendirse no es una opción, quien me extendió la mano para apoyarme desde el inicio de mi carrera y nunca me soltó, a ti papa que hiciste tu mayor esfuerzo para sacarme adelante y hacer de mí una persona humilde, integra, capaz, fuerte, darme las herramientas para proseguir en este camino.

A mi mamá María Guadalupe González Cortes quien me ha apoyado incondicionalmente en esta carrera, quien me ha motivado día con día para llegar a este logro, quien me ha impuesto los valores, y me ha demostrado el inmenso amor y quien ha puesto en mi la suficiente confianza para llegar a este logro

A mis hermanos Ximena Castro González, Guadalupe Castro González y Jesús Castro González quienes han estado presentes en mis triunfos, quienes me demuestran su admiración y por brindarme su cariño, entusiasmo, alegría y demostrarme su amor lo cual me impulso a culminar esta profesión así como el poder ser un ejemplo de motivación propia de cada uno.

A todas mis amistades que me brindaron siempre una palabra de aliento para continuar con la lucha de lo más deseado que para mí en inicio era inalcanzable.

A mis profesores que me transmitieron su conocimiento, por toda esa paciencia y dedicación a la docencia, gracias por brindarme la mejor que es el conocimiento

A la institución que me abrió sus puertas y me lleno de conocimientos, experiencias, me educo, gracias a toda la disciplina que recibí para hacer de mí una persona responsable, educada, honesta, puntual, respetuosa etc. mejorando mi personalidad.

DEDICATORIA

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos, Ximena Castro González, Jesús Castro González, Guadalupe Castro González, para que vean en mí un ejemplo a seguir y aumente su deseo de seguir esforzándose y cumplir sus objetivos de manera profesional.

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- MARCO TEÓRICO.....	3
2.1 VIDA Y OBRA.....	3
2.2 INFLUENCIAS	4
2.3 HIPÓTESIS	8
2.4 JUSTIFICACIÓN.....	8
2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
2.6.- OBJETIVOS.....	10
2.6.1 GENERAL.....	10
2.6.2 ESPECÍFICOS.....	10
2.7 MÉTODO.....	10
2.8 VARIABLES	11
2.9 ENCUESTA, RESULTADOS Y GRAFICADO	13
3.- GENERALIDADES	23
3.1 Atención.....	23
3.2 Prenatal	23
3.3 Atención prenatal.....	23
3.4 Centro	23
3.5 Salud.....	23
3.6 Centro de salud.....	23
3.7 Embarazo.....	24
3.8 Control prenatal.....	24
3.9 Control prenatal Según Dr. Ricardo Gómez Betancourt	24
3.10 La atención prenatal.....	24
3.11 Identificación de factores de riesgo	25
3.12 Diagnóstico de la condición fetal.....	25
3.13 Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:	25
3.13.1 - Latidos cardíacos fetales.....	25

3.13.2 - Movimientos fetales	26
3.13.3 - Tamaño uterino.	26
3.13.4 - Estimación clínica del peso fetal.	26
3.13.5 - Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.	27
3.14 Diagnóstico de la condición materna.....	27
3.15 Educación materna	27
3.16 Signos y síntomas	28
3.16.1 Nutrición materna	29
3.16.2 Periodicidad del control prenatal.....	29
3.17 Objetos más importantes del Control Prenatal	30
3.18 Condiciones Adversas.	30
3.19 Condiciones se pueden detectar durante el control Prenatal.....	30
3.20 Programa de Salud Materna y Perinatal.....	31
3.20.1 El Programa de Acción.....	31
3.21 Primera visita medica.....	32
3.21.1 Objetivo de la primera visita	32
3.22 Visitas sucesivas	32
3.23 Norma oficial mexicana	33
3.24 Competencia profesional.....	33
3.25 Accesibilidad.	33
3.25.1 Eficacia.	34
3.25.2 Satisfacción del cliente.....	34
3.25.3 Eficiencia.	34
3.25.4 Continuidad.	35
3.26 Seguridad.....	35
3.27 Comodidades.	35
3.28 Clima Organizacional.....	36
3.29 Cultura Organizacional.	36
3.30 Calidad del Control Prenatal.....	36
4.- INTERRELACIÓN NANDA, NIC Y NOC PARA EL CUIDADO PRENATAL POR ENFERMERÍA	37
4.1 NANDA. Riesgo de alteración de la díada materno-fetal	38
4.2 Actividades de enfermería para determinar un Diagnostico	38

4.3 NIC. Cuidados prenatales	40
4.4 consideraciones de enfermería	41
4.5 Vigilancia que debe de tener el personal de enfermería: Al final del embarazo.....	43
4.6 Recomendaciones sobre la atención de enfermería.....	44
5.- PROMOCIÓN DEL CUIDADO DURANTE LA GESTACIÓN	45
5.1 Habilidad y práctica de la mujer embarazada	45
5.2 Guía de cuidado de enfermería en control prenatal.....	46
5.2.1 Ejercicio y descanso	47
5.2.2 Sistemas de apoyo.....	51
5.2.3 Sustancias no beneficiosas	51
5.3 Porcentaje de la edad durante el embarazo.....	51
5.4 Autocuidado en la alimentación.....	51
5.4.1 Requerimiento de la alimentación.....	52
5.5 Autocuidado para el equilibrio entre ejercicio y descanso	52
5.6 Intervenciones de Enfermería en el control prenatal	53
5.6.1 Antecedentes	53
5.6.2 La Organización Panamericana de la Salud (OPS).....	54
5.6.3 En el ámbito nacional.....	55
5.6.4 El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI).....	55
5.7 Calidad de enfermería.....	56
5.7.1 objetivo	56
5.7.2 Resultados.....	56
5.7.3 conclusión	57
5.8 Perspectivas teóricas sobre el cuidado en la etapa prenatal	57
5.8.1 Kristen Swanson.....	57
5.9 Etapa Prenatal.....	58
5.9.1 Vega, Barrón y Acosta (2012)	58
5.9.2 Reyes y Cazorla, (2006).....	58
5.9.3 Ochoa Correa Erika del Carmen (2008)	59
5.10 Calidad de atención en el control prenatal	59
5.10.1 Piédrola Gil (2001)	59
5.10.2 Núñez RM (2005)	60

5.11 Factores de riesgo durante el embarazo	60
5.11.1 Mondragón Castro (2012).....	60
5.12 Creencias sobre el cuidado Prenatal.....	61
5.12.1 El filósofo mexicano Villoro (1999)	61
5.13 Intervenciones en la etapa prenatal.....	61
5.14 Gestión del cuidado.....	62
5.14.1 (Morfi, 2010).....	62
5.15 NOM 007.....	62
5.15.1 Atención del embarazo.....	64
5.16 Conocimiento del profesional	68
5.16.1 Conocimiento sobre el control prenatal	68
5.17. Percepción.....	69
5.18 Actitudes	70
5.19 Habilidades – Dificultades	71
6.- DEFINICIÓN DE CONTROL PRENATAL.....	71
6.1 identificación de factores de riesgo.....	72
6.2 Diagnóstico de edad gestacional	73
6.3 Diagnóstico de la condición fetal.....	73
6.3.1 Latidos cardíacos fetales.....	74
6.3.2 Movimientos fetales.	74
6.3.3 Tamaño uterino.....	74
6.3.4 Estimación clínica del peso fetal.....	75
6.3.5 Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.....	75
6.4 Diagnóstico de la condición materna.....	75
6.5 Educación materna.....	76
6.5.1 Signos y síntomas de alarma.	77
6.5.2 Nutrición materna buen aporte de "Nutrición en el Embarazo"	77
6.5.3 Lactancia y cuidados neonatales.....	79
6.5.4 Derechos legales.....	80
6.5.5 Certificado de leche.....	80
6.5.6 Certificado de asignación familiar.	80
6.5.7 Licencia de descanso prenatal.....	81

6.5.8 Orientación sexual.....	81
6.5.9 Planificación familiar.	81
6.5.10 Preparación para el parto.	81
6.6 Exámenes de laboratorio.....	81
6.6.1 Grupo sanguíneo y Factor Rh.	82
6.6.2 Urocultivo.	82
6.6.3 V.D.R.L.....	82
6.6.4 V.I.H.....	82
6.6.5 Hematocrito.	83
6.6.6 Glicemia.	83
6.6.7 Albuminuria.....	83
6.6.8 Papanicolaou.....	83
6.7 Periodicidad del control prenatal	84
6.8 Factores de alto riesgo obstétrico perinatal.....	84
6.8.1 Antecedentes obstétricos	84
6.8.2 historia obstetricia.....	85
6.8.3 Socioeconómicas.....	85
6.8.4 Nutricionales.....	85
6.8.5 Patología pélvico-genital	85
6.8.6 patología medica-obstétrica.....	85
6.9 Acciones y procedimientos instancia.....	86
7.- CAPACITACIÓN CONTINUA EN EL CONTROL Y ATENCIÓN PRENATAL PARA LOS COLABORADORES DE SALUD EN ENFERMERÍA	87
7.1 Equipo del personal para la atención prenatal.....	87
7.1.1 Personal de intervención en la atención prenatal	87
7.2 Déficit en personal de enfermería	88
7.2.1 La enfermería como trabajo femenino	89
7.2.2 Consecuencias de la escasez de enfermeras	90
7.2.3 Características de una profesión	92
7.2.4 Conflictos en las fuentes de autoridad	93
7.2.5 Efectos negativos sobre la enfermería.....	94
7.3. Calidad y calidez del personal de enfermería.....	95

7.3.1 Definición	96
7.4 Algunas opiniones de los usuarios ante enfermería	97
7.5 Calidad de atención centrada en el cliente.....	99
7.6 Calidad de atención en los servicios de Control Prenatal.....	100
7.7 Capacitación constante al personal para mejorar la calidad y calidez.....	101
7.7.1 Definiciones	101
7.8 Mejoramiento continuo de la calidad en salud.....	102
8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD PARA UN ADECUADO CONTROL PRENATAL.....	105
8.1 Cuidado de Enfermería.....	107
8.2 Intervenciones en la etapa prenatal.....	107
8.3 Gestión del cuidado.....	108
8.4 Conocimiento sobre el control prenatal.....	108
8.5 Personal del centro de atención a la salud para el control prenatal.....	108
8.6 cuidados preconcepcionales.....	109
8.6.1 Higiene y belleza	110
8.6.2 Ropa y calzado	110
8.6.3 Cuidados posturales	111
8.6.4 Sueño y descanso.....	111
8.6.5 Viajes.....	112
8.7 Cuidados de enfermería no llevados a cabo	112
8.8 Cuidados generales de enfermería.....	113
8.9 Recomendaciones para la mujer embarazada por parte de enfermería	116
8.9.1 Primera cita debe ser previa a las 12 semanas.....	119
8.9.2 A las 16 SDG.....	119
8.9.3 A las 18 semanas	120
8.9.4 A las 25 SDG.....	120
8.9.5 A las 28 SDG.....	120
8.9.6 A las 31 SDG.....	120
8.9.7 A las 34 SDG.....	120
8.9.8 A las 36 SDG.....	121
8.9.9 A las 38 SDG.....	121

9.- CONCLUSIÓN.....	126
10.-BIBLIOGRAFÍA.....	127
10.1 BÁSICA.....	127
10.2 COMPLEMENTARIA.....	130
11.- GLOSARIO.....	134

1.- INTRODUCCIÓN

En este apartado se hablara sobre la atención prenatal en el primer nivel de salud con el objetivo de identificar la deficiencia de cuidados elaborados durante el embarazo donde los primeros colaboradores son los integrantes de la salud quienes están al tanto de los procedimientos llevados a cabo en el lugar que se labora desde el área rural hasta la urbana, haciendo participe la deficiencia de atención en los lugares rurales por lo tanto existe más desorientación de cuidados prenatales y temas asociados a los mismos, incluyendo los problemas que se pueden aparecer durante el embarazo, por otra parte también existe la ignorancia de las propias personas que se niegan a la educación, aprendizaje donde la cultura es deficiente.

Cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo.

La medicina preventiva es la más efectiva a la que se puede aspirar y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos y abatir las tasas de mortalidad materna y perinatal.

Los adelantos en la medicina moderna han logrado también detectar en forma definitiva una serie de agentes externos capaces de afectar en diversos grados al producto de la gestación, donde permite la detección del estado de salud fetal. Pero aunque existan muchos adelantos tecnológicos médicos no son accesibles a todas las personas que lo requieren de tal manera su provecho no es holístico, menos a personas de bajo nivel económico. La Salud Materna es un problema social, a nivel mundial existen millones de mujeres que no tienen acceso a servicios de buena calidad durante el embarazo y el Parto, especialmente las mujeres pobres, sin educación o que no viven en áreas de bajos recursos.

También se tocarán temas de gran interés donde se especifican con exactitud y precisión los cuidados particulares de las pacientes, donde las cuatro esferas son indispensables, los cuidados físicos, biológicos, sociales y espirituales tanto de la madre como del producto gestante.

El embarazo no significa un estado de patología donde a la madre se iría dificultando la realización de múltiples tareas si no que con los malos hábitos y la falta de conocimiento sobre esta etapa de la vida de la mujer gestante no son los adecuados y con el tiempo van formando un problema de salud que puede complicarse e incluso llegar hasta la muerte.

Las patologías también se pueden descontrolar y producir la muerte por la mala atención hacia la usuaria donde no se le brinda los cuidados necesarios ni los procedimientos exactos y completos de cada persona embarazada, muchas de las veces siendo la sobrepoblación, el déficit de equipamiento médico o la falta de personal de salud así como la supervisión de los mismos.

Se mostrará la opinión de las personas femeninas gestantes y no gestantes para obtener ciertos resultados del estado de atención que se les brinda a todo este personal llegando a una conclusión principalmente particular y en general, donde se mostrará el empeño, dedicación, esfuerzo de cada uno de las personas que observan en horas de labor y al momento de recibir atención propia, así como la observación de su entorno y con lo que se encuentran disponibles físico y no físico para ellas.

Se dará a conocer el gran índice de importancia del Cada uno de los cuidados que debe ejercer la madre para desarrollar un hijo activo y con todo lo necesario para que se encuentre bien ya que es muy importante todos y cada una de información recibida por la sociedad, para que la lleven a cabo y con el paso del tiempo se disminuirá la tasa de morbilidad en el mundo e incluso la mortalidad de las mujeres gestantes y sus productos, para lograr una mejor población sin tantos problemas de salud ya sean desde el momento de nacimiento o posteriores al nacimiento.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 VIDA Y OBRA

Pender nació en 1941 en Lansing, Michigan, EE.UU y fue hija única de unos padres defensores acérrimos de la educación de la mujer.

A los 7 años vivió la experiencia de ver como su tía recibía cuidados de enfermería, lo que creó en ella “una gran fascinación por el trabajo de enfermería” su idea de enfermería era cuidar de ayudar a otras personas a cuidar de sí mismas.

Su familia la animó en su objetivo de llegar a ser enfermera diplomada, merced a lo cual se matriculó en la escuela de enfermería del West Suburban Hospital del Oak Park en Illinois. Recibió su diploma de enfermería en 1962 y empezó a trabajar en una unidad médico-quirúrgica en un hospital de Michigan.

En 1964, Pender obtuvo un bachillerato de ciencias de enfermería (BSN) de la universidad de Michigan.

Obtuvo el MA en crecimiento y desarrollo humano por la Universidad del Estado de Michigan en 1965, el grado de PhD en Psicología y Educación en 1969, por la Universidad del Noroeste en Evanston, Illinois.

Cuando obtuvo su PhD, Pender experimentó una desviación en su pensamiento que la llevó a definir el objetivo de la enfermería como la salud óptima del individuo.

En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyó una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. En este artículo identificaba factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones de los individuos para prevenir las enfermedades.

En 1981 es admitida como miembro de la American Academy of Nursing, fue presidenta en los años 1991 y 1993.

En 1982 presentó la 1ra edición del modelo de promoción de la salud. Y en 1996 la 2da edición de este.

MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Nola J. Pender, Licenciada en Enfermería de la Universidad de Michigan (Estados Unidos de América) es reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud. Planteó que promover un estado óptimo de salud era un objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto se constituyó como una novedad, pues identificó los factores que habían influido en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

Además, identificó que los factores cognitivos perceptuales de los individuos, son modificados por las condiciones situacionales, personales e interpersonales, lo que da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud cuando existe una pauta para la acción.

2.2 INFLUENCIAS

El modelo de promoción de la salud propuesto por Pender, es uno de los modelos más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones,

creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud.

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida .

Este modelo le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra.

El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así:

La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado.

La segunda es la Acción Planteada: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas.

La tercera es la Teoría Social-Cognitiva, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad.

Según Pender, el Modelo de Promoción de la Salud retoma las características y experiencias individuales, además de la valoración de las creencias en salud, en razón a que estas últimas son determinantes a la hora de decidir asumir un

comportamiento saludable o de riesgo para la salud, debido a su alto nivel de interiorización y la manera de ver la realidad que lo rodea.

La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por:

- Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados, proporcionan motivación para adquirir una conducta de promoción de la salud, en la cual se da prioridad a los beneficios conductuales, destacando esta conducta entre otras personas, para que ellas puedan imitarla.
- La presencia de barreras para la acción, las cuales pueden ser personales, interpersonal salud desempeña un papel fundamental al determinar el estado de salud de cada persona, lo cual permitirá identificar las dificultades que se presentan y diseñar los mecanismos que permitan cambiar o disminuir una conducta de riesgo con el fin de mejorar la calidad de vida, para establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social.
- La auto-eficacia; Bandura ha encontrado en numerosos estudios, que las personas que se perciben así mismas competentes en un dominio particular realizarán repetidas veces la conducta en las que ellos sobresalen; la auto-eficacia es un sistema que provee mecanismos de referencia que permiten percibir, regular y evaluar la conducta, dotando a los individuos de una capacidad autorreguladora sobre sus propios pensamientos, sentimientos y acciones
- Las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Los sentimientos positivos o negativos acompañados de un componente emocional son clave para identificar la conducta que necesita modificarse. Por lo tanto, en cada programa de salud deben implementarse actividades dinámicas y atractivas que generen beneficios para toda la población.
- Las influencias interpersonales y situacionales, son fuentes importantes de motivación para las conductas de salud, el impacto de las redes familiares y sociales o del entorno dentro del cual se desenvuelve la persona, pueden actuar

positivamente generando un sentimiento de apoyo y aceptación, lo que brinda confianza a sus habilidades, esta sería una fuente valiosa para la creación de una conducta que promueva la salud; sin embargo, en el caso contrario, cuando el entorno familiar o social es adverso y nocivo, crea dificultades para adoptar dicha conducta, de ahí que sea a veces más conveniente cambiar algunas condiciones del medio social y económico, que apuntar al cambio de conducta en una persona.

- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona; a partir de la etapa en la que la persona se encuentre se verá afectado el estilo de vida.
- Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona, ya que el ser hombre o ser mujer hará que el individuo adopte determinada postura respecto a cómo actuar, además de lo que implica la prevalencia de algunas enfermedades que se verán reflejadas en mayor proporción en un género en específico.
- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no; en ésta se incluyen los hábitos de alimentación, el tiempo de ocio y descanso, el deporte, entre otros.
- Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable, ya que si se pertenece a una clase media o alta se tendrán muchas más alternativas al momento de poder elegir una alimentación adecuada, y no sólo la alimentación sino también el acceso a la salud; mientras que para una persona de un nivel socioeconómico bajo, sus opciones se verán limitadas por la escasez de sus recursos económicos.
- Estados emocionales.
- Autoestima.
- Grado de urbanización.

La aplicación del Modelo de Promoción de la Salud de Pender, es un marco integrador que identifica la valoración de conductas en las personas, de su estilo de vida, del examen físico y de la historia clínica, estas actividades deben ayudar a que las intervenciones en promoción de la salud sean pertinentes y efectivas y que la información obtenida refleje las costumbres, los hábitos culturales de las personas en el cuidado de su salud.

Este modelo continúa siendo perfeccionado y ampliado en cuanto a su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influyen en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo de promoción de la salud de Nola Pender sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud.

2.3 HIPÓTESIS

¿Es considerable que la mujer durante el embarazo reciba una atención prenatal de calidad por el personal de salud para el buen desarrollo biopsicosocial del binomio madre e hijo?

Se partió del supuesto que las altas tasas de mortalidad materna y perinatal obedecían a una atención médica insuficiente debido a su baja calidad técnica así como actitudes y comportamiento impropios por parte de la madre y de la familia frente a la atención médica; a los sistemas inadecuados de organización de servicios y a que los servicios de salud que prestan atención prenatal no concentran suficientemente sus esfuerzos en los mayores riesgos de la reproducción humana, también a la falta de personal capacitado para llevar a cabo un todos los procesos que implican la buena atención con sus respectivos métodos.

2.4 JUSTIFICACIÓN

La vida de todo ser humano proviene de las mujeres quienes son susceptibles a poner en riesgo su salud durante la presencia del embarazo y son quienes deben de recibir atención para llevar un buen control de su salud y del hijo que posteriormente se incorporara a la vida de acuerdo a su previo cuidado

Enfermería es quien debe participar en una buena atención prenatal para brindar a las mujeres embarazadas una completa orientación y capacitación para llevar un

sano embarazo puesto que muchas de las mujeres en este estado carecen de información.

2.5 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En el problema de investigación se identificaron las evidencias empíricas del objeto de estudio, el problema de conocimiento y la argumentación del problema de investigación.

Los cuales son:

- Problema empírico insuficiente calidad en la atención a las embarazadas, donde su problema de conocimiento es que la calidad debe ser estudiada desde una bidimensional, la técnica que es mediante la aplicación de conocimientos y técnicas para la resolución de problemas en salud; y la interpersonal, que es la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. Los factores que determinan la calidad está la estructura tanto física, material y de recursos humanos y los procesos que van a representar en términos de calidad respectivamente, para la obtención de los resultados como producto del proceso de atención a la salud, argumentándolo como la insuficiente calidad en la atención a embarazadas en el control prenatal está determinada por recursos físicos, humanos y materiales, lo que se refleja en los resultados finales observados
- Detección a destiempo de factores de riesgo durante el embarazo siendo el problema de conocimiento el factor de riesgo durante el embarazo es "toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento se en el feto o en la madre o en ambos", con el argumento en La detección a destiempo de factores de riesgos en la mujer embarazada incrementa la probabilidad de presentar un evento en el feto o en la madre o en ambos

2.6.- OBJETIVOS

2.6.1 GENERAL

- Educar a las mujeres antes y durante el embarazo, brindando atención preventiva y de calidad por el sector primario de la salud donde se pueda identificar alguna falla o problema que atribuya a la no prevalencia de la vida de la madre e hijo

2.6.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el Control Prenatal a usuarias que acuden a instituciones del Primer Nivel de Atención en relación a la NOM-007-SSA2-1993.
- Promover un embarazo saludable a las mujeres en edad reproductiva especialmente en el periodo gestacional
- Ayudar a evitar los riesgos y patologías durante el periodo gestacional posibles e incluso la mortalidad materna a causa de falta de atención y cuidado en la mujer embarazada
- Promover la atención prenatal de parte del personal de salud por medio de la acción preventiva hacia la mujer embarazada con bajo acceso a dicha atención de salud
- Valorar la importancia que tiene la mujer al dar la vida y el proceso que siguió durante su gestación y así obtener un ser humano integro
- Detectar si el personal de salud realiza su labor adecuadamente al brindar atención a las mujeres en estado gestacional y de no ser así qué es lo que se impide
- Reconocer la importancia del quehacer enfermeril dentro del sector primario a la salud al brindar una atención prenatal primaria

2.7 MÉTODO

Se pretende buscar la finalidad del objetivo estudiado para determinar las variables donde el sector salud es de déficit atención brindada a la población y si la población tiene cierta participación para que no sea completa de tal modo se

emplea a desarrolla un método aplicado donde se selecciona cierto número de personas gestantes a responder un cierto número de interrogantes para evaluar el estado en el que se encuentran y poder obtener una respuesta ante esta incidencia en las comunidades rurales.

Se tomara un enfoque Cualitativo donde se gestionara al personal de salud y verificar si la asertividad del personal ante la sociedad es de manera directa o indirecta, donde los valores, estilo de hablar, voluntad y manera de dirigirse hacia los demás sea buena y mantener una buena conversación y dialogo así también las cualidades que tiene cada una de las pacientes que acuden a sus citas prenatales y de dicha investigación.

Se llevaron a cabo dos tipos de investigación para la obtención de información documentada donde se citaron ambos páginas en internet así como libros de acuerdo al tema de atención prenatal y se obtienen información dada por la organización mundial de la salud, también de campo donde se llevan a cabo distintas preguntas a cierto número de mujeres gestantes en la localidad de la Calera del municipio de Yuriria Guanajuato de acuerdo a su nivel de atención recibida dentro de su institución de asistencia.

Se logran alcances de investigación descriptiva y explicativa donde la primera se da a conocer el problema de dicho fenómeno que ocurre en la comunidad rural así como la participación de enfermería, médicos, laboratoristas, etc se describe la situación de porque dicho problema.

Se explica por qué sucede esto en las comunidades rurales la falta de atención brindada hacia la sociedad y déficit de cierto número de personal así como material.

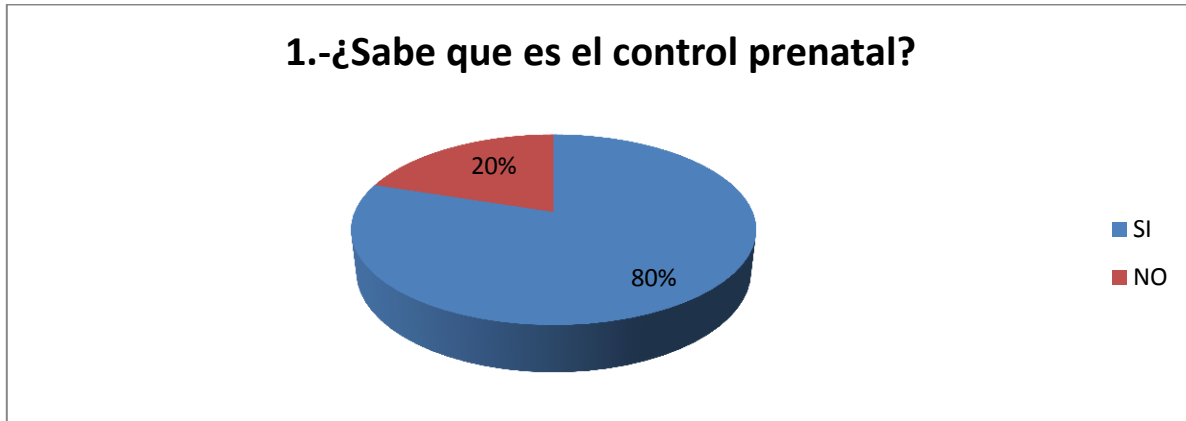
2.8 VARIABLES

- Emplear atención particular y completa por el personal de salud en primer nivel a partir de acciones preventivas que promuevan un control prenatal a las mujeres en dicha etapa.
- A mayor información brindada por parte del personal de salud hacia las mujeres de edad fértil en periodo gestacional se obtendrá mayor control de

salud durante el embarazo por tanto habrá menor riesgo de patologías como desnutrición, enfermedades hipertensivas, malformaciones congénitas en el feto.

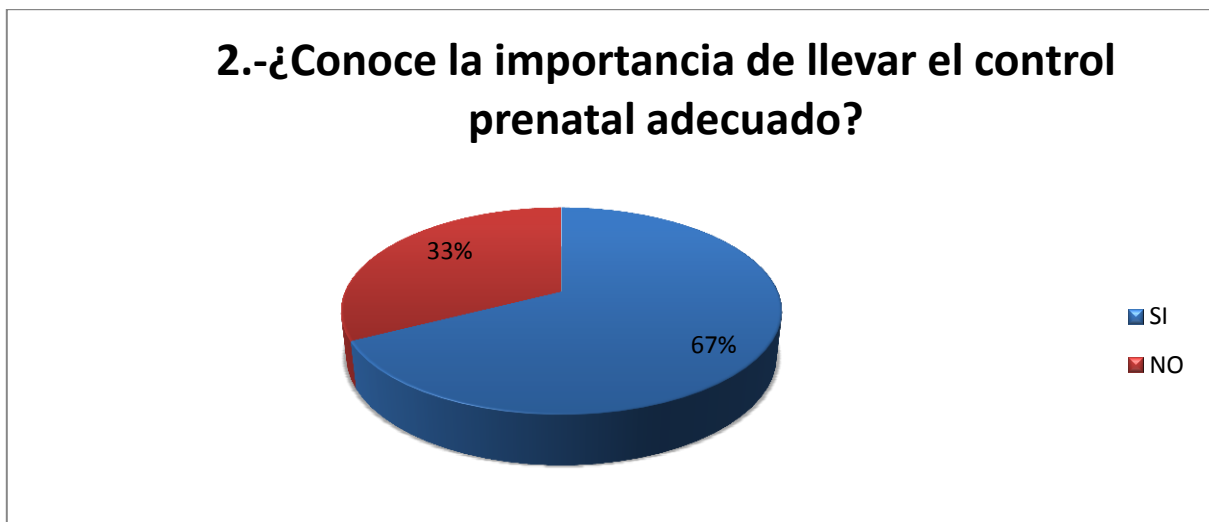
- Al cumplimiento de asistencias a consultas de control prenatal de la mujer durante su gestación mayor será la estabilidad de salud tanto de la madre como del hijo y de tal manera menor serán los riesgos de mortalidad de ambos.
- A mejor distribución y mayor contrato del número del personal de enfermería profesional mayor será la atención de salud hacia las mujeres embarazadas en lugares rurales marginados y mejor equipamiento de aparatos, material dentro de la institución.
- Durante la gestación las mujeres deben de tener restricciones a los vicios anticipados como consumo de alcohol, tabaco, drogas para obtener un hijo íntegro y saludable.
- Evitar la discriminación hacia la mujer si no que se dé a conocer la importancia que tiene en la vida.
- A mayor vigilancia hacia el personal de salud, mayor será el esfuerzo y cumplimiento de su labor para lograr una eficacia, calidad y calidez hacia las mujeres gestantes.

2.9 ENCUESTA, RESULTADOS Y GRAFICADO



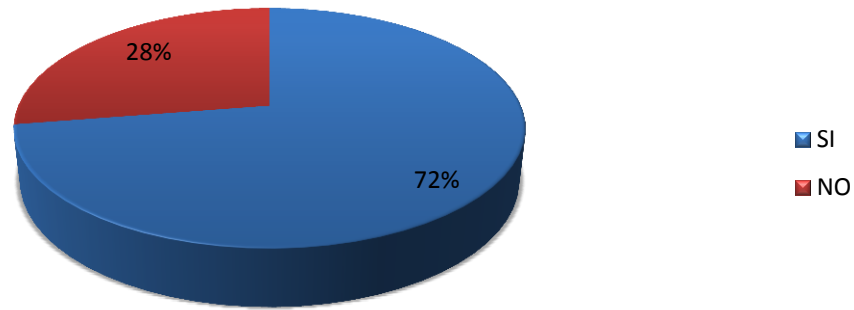
De las encuestas realizadas a mujeres embarazadas y algunas que estuvieron embarazadas el 80 % de las encuestadas dijo que SI sabe a qué se refiere el control prenatal ya que lo han llevado a cabo cuando se está presente el embarazo.

Mientras que el 20 % de las mujeres contesto que NO tienen idea de lo que significa el control prenatal.



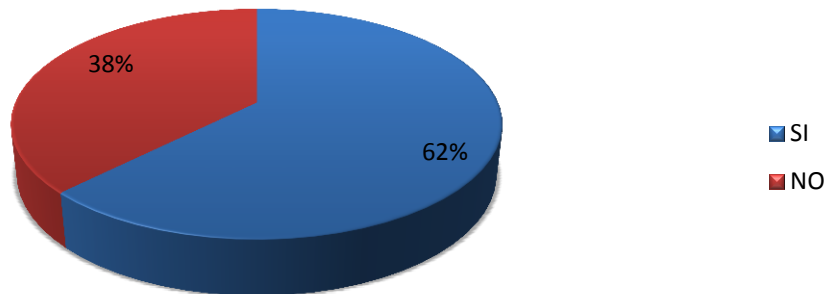
De la encuesta llevada a cabo el 67% de las personas si conocen la importancia del control prenatal, mientras que el 33% de ellas no lo conoce.

3.-¿Acude a consultas previamente citadas ?



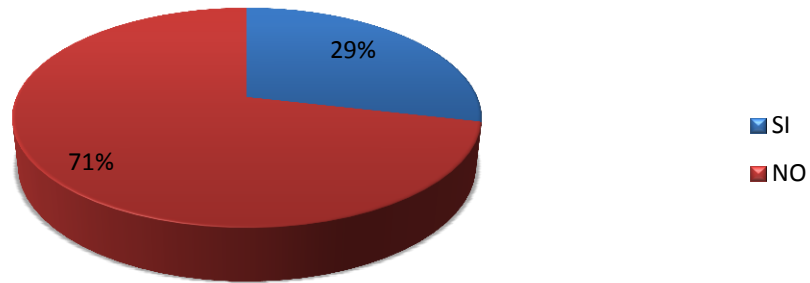
Las personas embarazadas o que ya cursaron por un embarazo el 72% si acuden a las consultas previamente citadas, mientras que el 28% no lo hacen.

4.-¿Sabe usted cuantas consultas minimas se debe de acudir durante el embarazo?



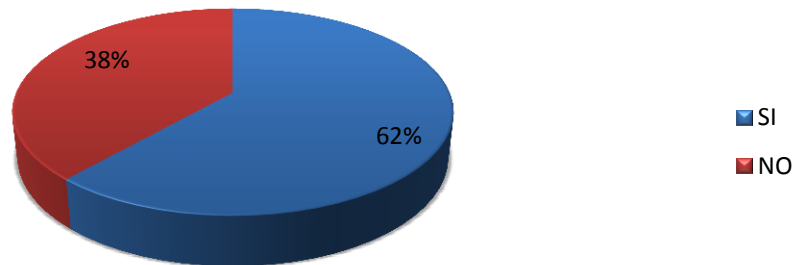
Las personas en un 62% si saben cuántas consultas se llevan en un embarazo, mientras que el 38% no tienen noción cual es la cantidad necesaria para llevar un buen control de su embarazo.

5.- ¿La institución a la que acude cuenta con un servicio adecuado para brindar una atención a las mujeres embarazadas?



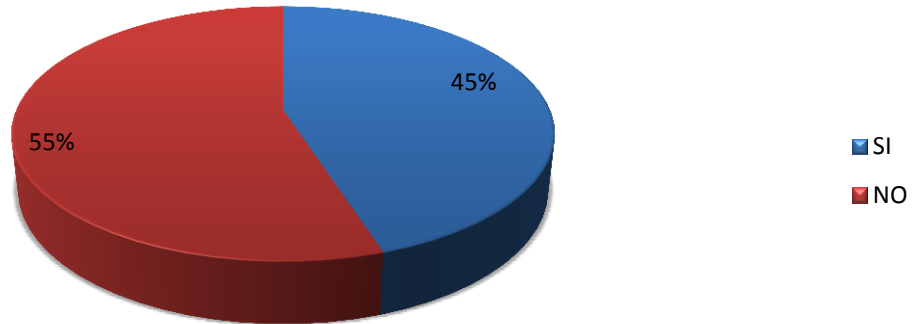
En un 29% de las mujeres gestantes detectan que su institución a la que acuden si tiene un adecuado mobiliario para brindarles atención, mientras que el 71% de las personas encuestadas contestaron que no.

6.-¿Sabe que es un control prenatal estricto?



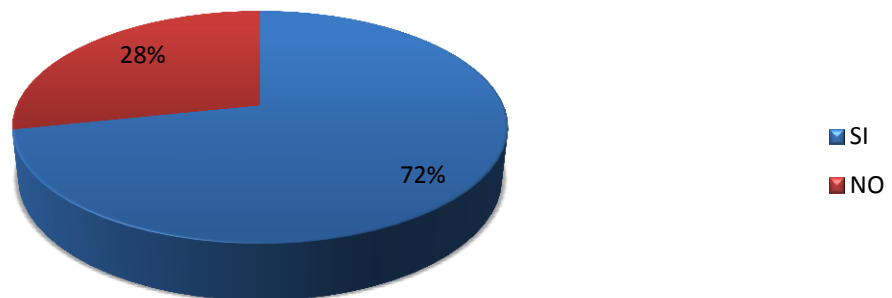
El 62% de las gestantes dicen que si saben que es control estricto en su atención y el 38% dice que no sabe lo que es llevar un control estricto durante su embarazo.

7.-¿La atención brindada por el personal de salud cree usted que es la adecuada ?



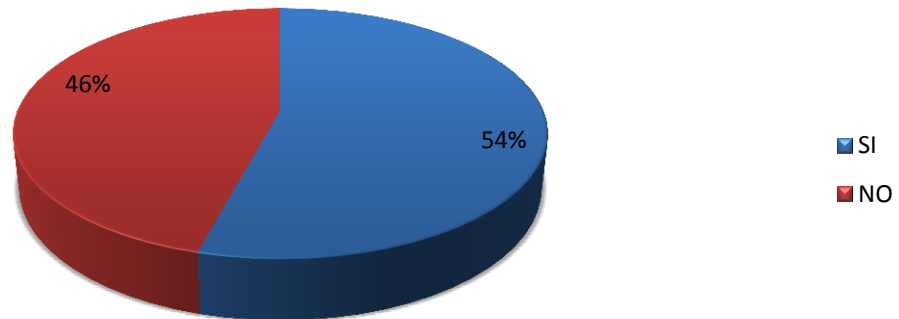
El 45% de las personas encuestadas dijeron que es adecuada la atención brindada por el personal de enfermería principalmente, dando un 55% que no les es grata la atención.

8.-¿cree que la participación de la enfermera es indispensable para llevar acabo el buen control prenatal?



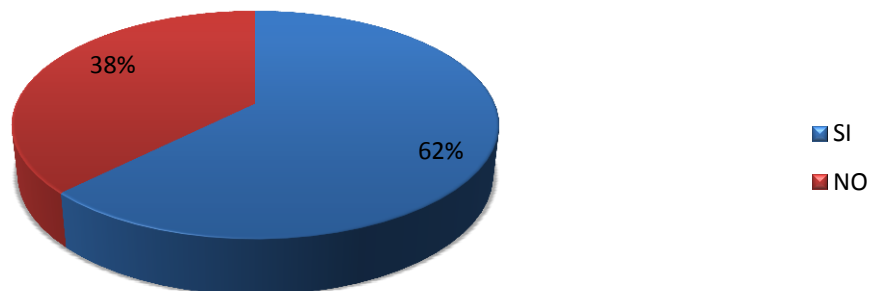
El 72% de las personas encuestadas dicen que la participación de las enfermeras es indispensable dando el 28% restante que dijeron que no es tan indispensable su colaboración en la atención.

9.-¿Conoce los riesgos de no llevar a cabo un control prenatal durante el embarazo?



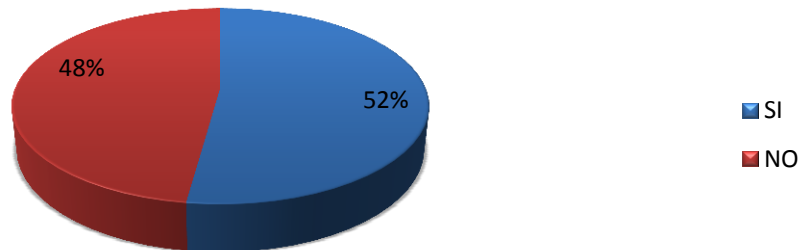
El 46% de las personas dijeron que conoce los riesgos para llevar a cabo el control prenatal, mientras que el 54% dijeron que no conocen dichos riesgos.

10 ¿Sabe cuáles son los estudios que se deben de realizar durante el embarazo para un buen control prenatal?



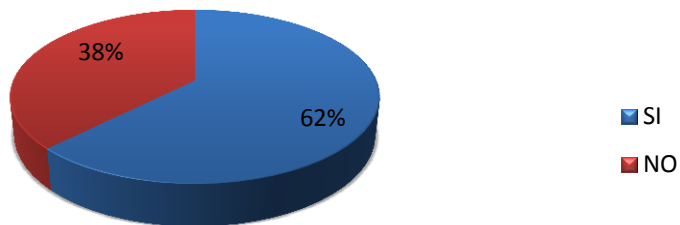
El 62% de las 40 personas encuestadas dicen que sabe cuáles son el estudio que se deben de realizar en el embarazo para un buen control prenatal.

11.-El personal de enfermería le brinda información la cual responde a todas sus preocupaciones o dudas



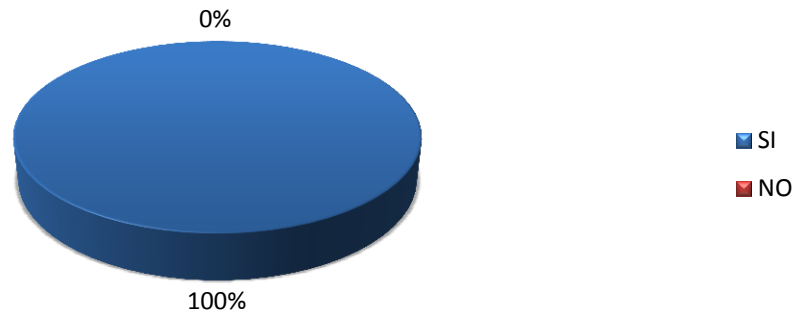
Para las personas encuestadas el 52% dice que el personal de enfermería responde todas las dudas y las preocupaciones a las mujeres embarazadas, mientras que el 48% de ellas dijeron que aún se quedan con dudas por parte de la información brindada por enfermería.

12.-Conoce el manejo de los hábitos , cuidados higienicos, alimentación, actividad corporal llevados acabo durante el embarazo



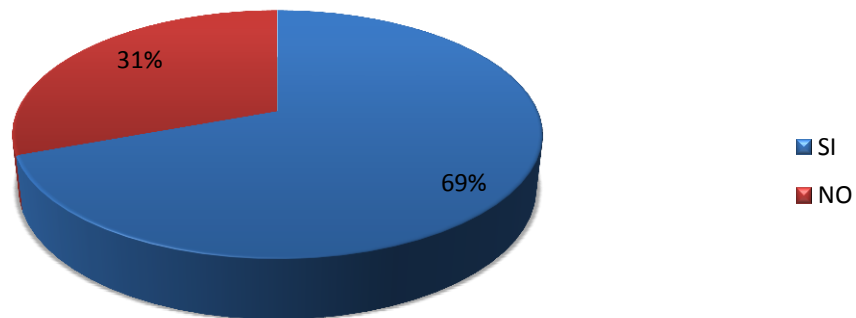
El 62% de las encuestadas dicen que conocen estas características llevadas a cabo durante el embarazo mientras que el 38% dicen que no saben de estos cuidados llevados a cabo.

13.- considera que el contro prenatal es la base del bienestar del binomio madre e hijo



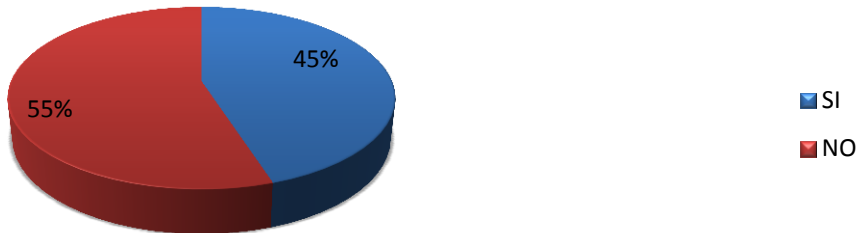
Para el 100 de las encuestadas el control prenatal es la base del bienestar entre la madre y el hijo es lo primordial.

14.-considera que la enfermera debe participar con más actividades durante su control prenatal



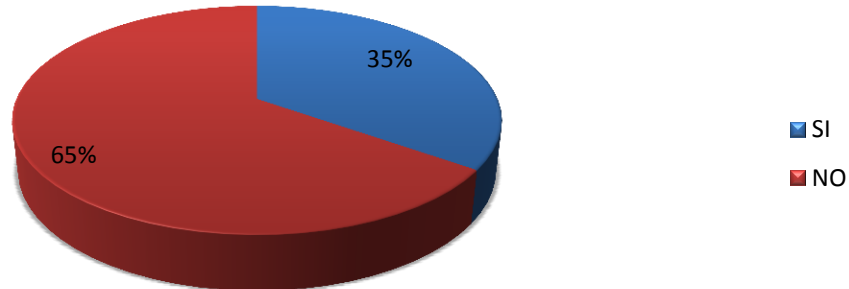
Para el 69% de las encuestadas dice que la enfermera debe de participar más en las actividades durante su control prenatal, donde el 31% nos dicen que no deben de participar más.

15.- Recomendaría llevar el control prenatal en un centro de salud



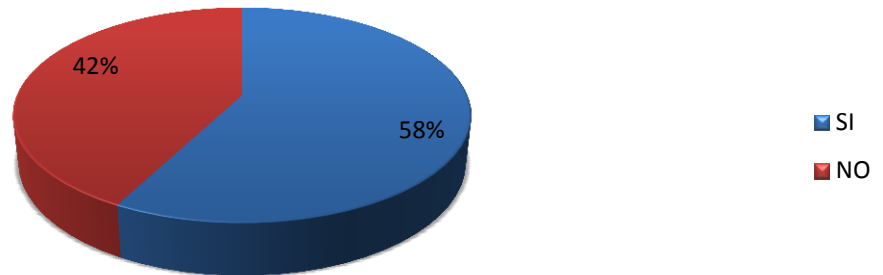
Para las gestantes dicen que si recomiendan llevar un control en el centro de salud dando un 45% y un 55% que no se recomienda por diversas causas.

16.-La calidad y calidez del personal de enfermería cree que es bueno para usted



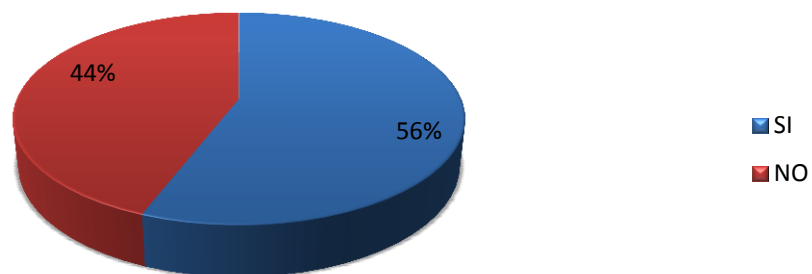
La calidad y la calidez brindada por enfermería es bueno para las usuarias gestantes en un 35% y para el 65% dicen que no lo es para ellas.

17.-Sabe de qué consta un adecuado control prenatal



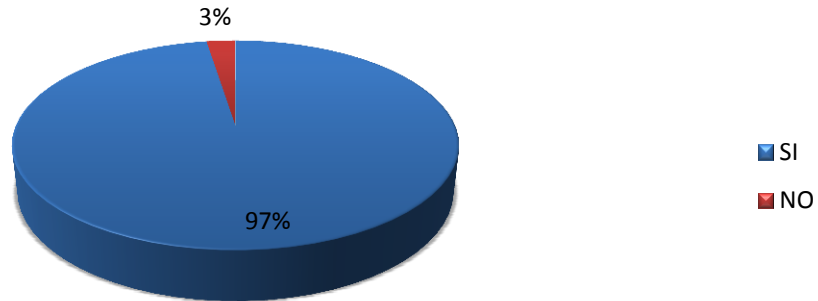
Para el 58% de las gestantes dice que sabe los procesos de un control prenatal. Mientras que el 42% dice que no sabe de que consta dicho control prenatal.

18.-Conoce el equipo de salud para brindar atención a la gestante en su control prenatal



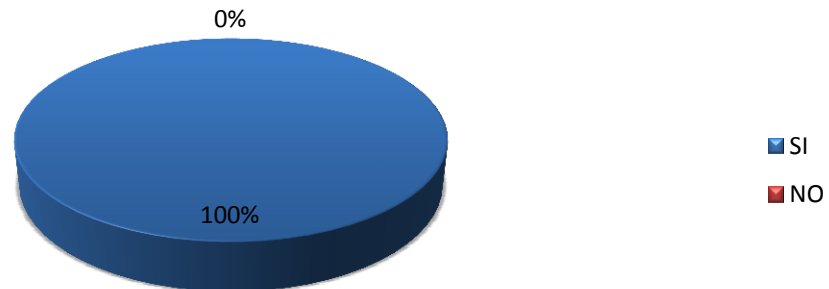
El 56% si conoce el equipo conformado para brindar atención a la gestante en el embarazo, mientras que el 44% no sabe de quienes lo conforman.

19.-¿Cree usted que el objetivo principal del control prenatal es preveer hábitos de vida saludable durante el embarazo ?



Para la personas en un 97% si conocen el objetivo de llevar un adecuado control prenatal, mientras que para el 3% no tienen ni idea para que se lleva a cabo.

20.-¿En su opinión el control prenatal debe realizarse lo mas pronto posible?



Para el 100% de las encuestadas si se debe realizar lo más pronto posible el control prenatal siendo este un total.

3.- GENERALIDADES

3.1 Atención

Aplicación voluntaria de la actividad mental o de los sentidos a un determinado estímulo u objeto mental o sensible.

3.2 Prenatal

Que afecta o concierne al bebé en el período anterior a su nacimiento

3.3 Atención prenatal

La atención prenatal es un conjunto de acciones asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud y la embarazada a fin de controlar 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.

3.4 Centro

Centro, un término que procede del latín centrum, es un concepto con múltiples significados. Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin.

Puede tratarse del punto interior equidistante de los límites de una superficie, del lugar donde convergen acciones coordinadas, de las zonas que registran una intensa actividad comercial o del lugar donde se reúnen personas para un determinado fin.

3.5 Salud

Es el estado de completo bienestar físico, mental y social.

3.6 Centro de salud

Un centro de salud es un edificio destinado a la atención sanitaria de la población

3.7 Embarazo

Es un proceso fisiológico pasajero que comienza con la unión de un ovulo con el espermatozoide y que termina con el nacimiento de un nuevo ser

3.8 Control prenatal

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo.

3.9 Control prenatal Según Dr. Ricardo Gómez Betancourt

Es un sistema estructurado de consultas que evalúa la progresión normal del embarazo y descubre precozmente a través de la clínica, el laboratorio Ecosonografía la aparición de problemas maternos y/o fetales que podrían presentarse (5-20% de los casos); para que esto sea posible el médico que toma el control prenatal de una paciente debe tener conocimientos sólidos de los cambios fisiológicos del embarazo para poder detectar aquellas condiciones que se desvíen de la normalidad.

3.10 La atención prenatal

No es más que el conjunto de acciones de salud que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica especial para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales. Lo mejor es comenzar con este tipo de atención tan pronto una mujer sepa que la está embarazada.² Por lo general, la atención prenatal comprende un examen físico de la embarazada por un profesional especializado de la salud, examen ginecológico en la que incluye citología que descarte patologías del cuello uterino como el VPH, valoración cardiovascular, verificación de inmunizaciones (rubeola, hepatitis), verificación de infecciosos como el toxoplasma y VIH, y determinar cuándo un embarazo se trate de alto riesgo y cuando no.

3.11 Identificación de factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

3.12 Diagnóstico de la condición fetal

Su objetivo final es analizar el diagnóstico y tratamiento de las condiciones fetales patológicas con mayor repercusión en el resultado perinatal.

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnóstico, los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

3.13 Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino
- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

3.13.1 - Latidos cardíacos fetales.

Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardiaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal. La frecuencia cardiaca fetal se considera como normal en el rango de 120 a 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

3.13.2 - Movimientos fetales.

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

3.13.3 - Tamaño uterino.

Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica se utiliza la tabla elaborada en el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP). Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

3.13.4 - Estimación clínica del peso fetal.

Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional, se localiza en la Tabla de Crecimiento Fetal desarrollada por Juez y col. , lo que permite el diagnóstico de adecuación para la edad gestacional.

3.13.5 - Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal.

3.14 Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, entre otros.

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

3.15 Educación materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

3.16 Signos y síntomas

Signos y síntomas de alarma

- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto
- Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinserta), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

3.16.1 Nutrición materna

Preparación para el parto. La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

3.16.2 Periodicidad del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica, la secuencia establecida es mensualmente hasta las 28 semanas de amenorrea, cada tres semanas hasta las 34 semanas de amenorrea, cada dos semanas hasta las 36 semanas de amenorrea, y posteriormente, cada siete días hasta las 41 semanas de amenorrea. Esto significa que si una paciente ingresa a las 8 semanas y

resuelve su parto a las 40 semanas, contabilizará trece controles prenatales que pueden ser considerado un exceso, a no ser que al menos tres de ellos sean destinados exclusivamente a educación materna.

3.17 Objetos más importantes del Control Prenatal

- ✓ Prevenir
- ✓ Orientar
- ✓ Eliminar Factores de Riesgo,
- ✓ Descubrir Problemas
- ✓ Tratar

3.18 Condiciones Adversas.

Aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto y desafortunadamente se presentan complicaciones en algunos de ellos.

Entonces, la finalidad del control prenatal es detectar esos embarazos anómalos que podrían hacer peligrar la vida de la madre y/o su bebé. Si no existiese este control veríamos una gran profusión de complicaciones que de otra manera hubiesen podido ser evitadas.

3.19 Condiciones se pueden detectar durante el control Prenatal

La gran mayoría de las complicaciones del embarazo se pueden detectar si se las busca o se piensa en ellas:

- Bacteriuria Asintomática (Infección urinaria sin síntomas, el ejemplo anterior)
- Infecciones Genitales asociadas al aborto o infección del Recién Nacido
- Anomalías Congénitas (Anomalías Cardiacas, Hidrocefalia)
- Enfermedades Hereditarias y Síndromes Genéticos
- Infecciones Congénitas (como la Rubéola fetal)
- Enfermedades Cromosómicas (Síndrome de Down)
- Embarazos Múltiples (Embarazo Gemelar)
- Amenaza de Parto Prematuro
- Problemas Placentarios (Placenta Previa, Desprendimiento Prematuro)

- Enfermedades Hipertensivas del Embarazo
- Trastornos de Crecimiento Fetal (Retardo de Crecimiento Intrauterino)
- Diabetes del Embarazo
- Incompatibilidad de Grupo Sanguíneo (Enfermedad por Rh incompatible)

Esta es una pequeña muestra de las condiciones que se podrían detectar y muchas de ellas tratarse.

3.20 Programa de Salud Materna y Perinatal.

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades constituyen el eje fundamental de la salud pública, por ello, son componentes esenciales del modelo de atención a la salud en México.

3.20.1 El Programa de Acción.

Específico (PAE) de Salud Materna y Perinatal del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR), se construye vinculado estrechamente al Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018, en la Meta México Incluyente, el Programa Nacional para la Igualdad de Oportunidades y la no Discriminación contra las Mujeres 2013-2018, y al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 el cual se vincula estrechamente con la finalidad de acelerar la obtención de resultados de impacto en la salud materna y perinatal

Existen muchos lugares marginados en el estado por lo tanto no se encuentra la adecuada atención por parte del personal de salud en el primer nivel para las mujeres embarazadas por falta de exigencia laboral el equipo de salud, la falta de equipo mobiliario dentro de la institución, falta del personal capacitado.

Dentro del área de la salud se debe de implementar más personal capacitado para promover la prevención y no la curación de las complicaciones durante el embarazo así mismo se evitaría muchos problemas de salud agregados en el embarazo e incluso muertes innecesarias solo que se necesita ampliar una visión de prevención en cada uno de los seres humanos.

3.21 Primera visita medica

- Completar el Formulario de Clasificación para el Componente Básico de la OMS y clasificar a la gestante
- Llenar los apartados de datos personales y antecedentes de la Historia Clínica Perinatal Básica
- Investigar la presencia de antecedentes o patología previa que pudiera ser causa de derivación
- Preguntar sobre hábitos alimentarios
- Preguntar sobre síntomas de infección urinaria
- Evaluar riesgo social, malos tratos, bajo nivel socioeconómico, analfabetismo, poco apoyo familiar

3.21.1 Objetivo de la primera visita

Examen Físico

- Llenar la Historia Clínica Perinatal Básica y el Carnet Perinatal
- Examinar si presenta signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral y punta de la lengua, falta de aire
- Registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre (IMC)
- Medir la presión sanguínea en los cuatro miembros
- Auscultar tórax y corazón
- No olvidar examen buco-dental
- Medir altura uterina (en centímetros) y graficar en la tabla correspondiente del carnet perinatal
- Realizar el examen genital (utilizando un espéculo), especialmente si existe alguna patología o trastorno y toma de muestra para examen de PAP si no lo tuviera según normas

3.22 Visitas sucesivas

El objetivo de las visitas prenatales posteriores es confirmar la buena evolución del embarazo, ofrecer apoyo emocional y detectar cualquier complicación o situación de riesgo que no se haya puesto de manifiesto en la primera visita. La

identificación del riesgo gestacional es un proceso dinámico y evolutivo que debe realizarse en cada visita prenatal. Para ello, es necesario realizar un número adecuado de consultas prenatales a lo largo del embarazo. Las sucesivas visitas prenatales pueden ser realizadas de forma alternativa por el médico/a del ESF o por la lic. en obstetricia del ESF si la hubiere, o bien de forma conjunta.

3.23 Norma oficial mexicana

La Norma Oficial Mexicana, establece que la madre debe acudir antes de las doce semanas de gestación a la primera consulta prenatal y contar por lo menos con 5 consultas del Control Prenatal antes de la resolución del parto, por lo que el profesional de Enfermería y el equipo de salud deben fortalecer dicha recomendación

3.24 Competencia profesional.

Se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo. Se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad. Esta dimensión es pertinente tanto para los servicios clínicos como no-clínicos. Para los grupos de salud, comprende las técnicas relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento así como la capacidad de suministrar asesoramiento efectivo en salud y establecer una buena relación con el paciente. La competencia profesional también puede referirse a los recursos materiales: por ejemplo, una máquina de rayos X debe proporcionar radiografías que respondan a las normas aceptadas en forma constante. Su desmedro puede variar de desviaciones menores de los procedimientos normales a errores de importancia que disminuyen la eficacia o ponen en peligro la seguridad del paciente.

3.25 Accesibilidad.

La accesibilidad o acceso, implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística. El social o cultural se relaciona con la aceptabilidad de los servicios ofrecidos, teniendo en

cuenta los valores culturales y las actitudes locales. El organizacional se refiere a la medida en que la organización de servicios es conveniente para los posibles clientes; las horas de atención de las clínicas y los sistemas de turnos, el tiempo de espera y la modalidad de la prestación de servicios.

3.25.1 Eficacia.

Debe responder a las preguntas: Cuando el tratamiento se aplica correctamente, ¿Produce los resultados deseados? y ¿Es el tratamiento recomendado y la tecnología usada la más apropiada para el medio en el cual se presta el servicio? La eficacia en el ámbito central definen las normas y especificaciones. Para determinar si esta es una estrategia eficaz, el peligro que evita el procedimiento debe compararse con los beneficios netos que reporta, tomando en cuenta las complicaciones asociadas.

3.25.2 Satisfacción del cliente.

Se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes, produciendo confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante. Los servicios de salud se pueden prestar de una manera profesionalmente competente, pero si las relaciones interpersonales no son adecuadas, se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz.

3.25.3 Eficiencia.

Los servicios eficientes son los que suministran atención más óptima al paciente y comunidad; es decir, suministran el mayor beneficio dentro de los recursos con los que se cuenta, dado que los recursos de atención de salud son generalmente limitados. La eficiencia exige que los proveedores de salud eviten suministrar atención innecesaria o inapropiada y que la atención deficiente que se da como resultado de normas inefectivas, se minimice o se elimine. Sin embargo, sería

engañoso dejar implícito que las mejoras de calidad jamás exigen recursos adicionales, pues algunas mejoras cuestan dinero.

3.25.4 Continuidad.

Implica que la usuaria puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico o tratamiento. A veces, la continuidad se logra asegurándose de que las usuarias visiten al mismo proveedor de atención primaria; en otras situaciones, se logra mediante el mantenimiento de registros bien ordenados y archivados, para que un nuevo miembro del grupo de salud conozca la historia clínica del paciente.

3.26 Seguridad.

Implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. Si bien la seguridad pareciera revestir mayor importancia cuando se prestan servicios clínicos complejos, existen también aspectos relativos a esta última en cuanto a la prestación de los servicios básicos de salud. Por ejemplo, las salas de espera en los centros de salud, pueden exponer a los pacientes a infecciones si no se toman medidas para prevenirlo. Si un trabajador de salud no proporciona las instrucciones adecuadas.

3.27 Comodidades.

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento en el futuro. Se relacionan con el aspecto físico del establecimiento, el personal y los materiales; así como con las comodidades físicas, la limpieza y la privacidad o las características que tornan la espera más placentera, pues son importantes para atraer clientes y mantener la relación con los mismos, así como para asegurar la continuidad y cobertura de los servicios.

3.28 Clima Organizacional.

El ambiente donde una persona desempeña su trabajo diariamente, el trato que un jefe puede tener con sus subordinados, la relación entre el personal e incluso la relación con proveedores y clientes, todos estos elementos van conformando lo que denominamos Clima Organizacional. Este puede ser un vínculo o un obstáculo para el buen desempeño de la organización en su conjunto o de determinadas personas que se encuentran dentro o fuera de ella, puede ser un factor de distinción e influencia en el comportamiento de quienes la integran. En suma, es la expresión personal de la "percepción" que los trabajadores y directivos se forman de la organización a la que pertenecen y que incide directamente en el desempeño de la organización. Tiene varios elementos: como la Estructura, la cual representa la percepción que tienen los miembros de la organización acerca de la cantidad de reglas, procedimientos, trámites, normas, obstáculos y otras limitaciones a que se ven enfrentados en el desempeño de su labor.

3.29 Cultura Organizacional.

El patrón general de conductas (o modos de comportarse en la organización), creencias (firme asentimiento y conformidad con las actividades en la organización), principios fundamentales (o bases que deben estar originando la organización de servicios de salud) y valores (aptitudes expresadas en la organización que le dan impulso y significado a la prestación de los servicios de salud) compartidos por los miembros de la organización.

3.30 Calidad del Control Prenatal

Conjunto de atributos percibidos en los controles prenatales de primer nivel de atención que permiten calificarlo como mejor, igual o peor que sus similares, estos atributos pueden apreciarse a través de la percepción de los involucrados, los registros utilizados y los resultados finales observados. Se consideró control prenatal adecuado en el primer estudio, cuando el registro del carné perinatal se encontraba debidamente realizado y estos controles superaban los seis. En el segundo estudio, se consideró control prenatal adecuado, cuando superaban los seis controles y además habían una percepción favorable hacia el control por

parte de la usuaria y los profesionales, finalmente en el tercer estudio, se consideró control prenatal adecuado, si cumplía con los tres criterios, ser precoz, periódico y completo.

4.- INTERRELACIÓN NANDA, NIC Y NOC PARA EL CUIDADO PRENATAL POR ENFERMERÍA

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a procesos vitales reales o potenciales.

Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral Bulechek, Butcher y Dchtermán (2009), autoras del NIC, describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12000 actividades.

Según la NANDA, un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, la familia y la comunidad frente a procesos vitales reales o potenciales.

Los diagnósticos definidos por la NANDA son una guía que permite sustentar los problemas reales y potenciales más frecuentes derivados de la valoración integral Bulechek, Butcher y Dchtermán (2009), autoras del NIC, describen la clasificación de las intervenciones de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos. Incluye las esferas fisiológica y psicológica, tratamiento y prevención de la enfermedad, e intervenciones para el fomento de la salud. En la quinta edición hay 542 intervenciones y 12000 actividades.

"NANDA" Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (North American Nursing Diagnosis Association, en inglés

4.1 NANDA. Riesgo de alteración de la díada materno-fetal

Sexualidad

Clase: Reproducción

Definición: Riesgo de alteración de la díada simbiótica materno-fetal como resultado de comorbilidad o condiciones relacionadas con el embarazo.

Factores de riesgo:

- Complicaciones del embarazo (ruptura prematura de membranas, placenta previa o desprendimiento de placenta, retraso en los cuidados prenatales, gestación múltiple).
- Compromiso del transporte de O₂ (anemia, enfermedad cardíaca, asma, hipertensión, convulsiones, parto prematuro, hemorragia).
- Deterioro del metabolismo de la glucosa (diabetes, uso de esteroides).
- Abuso físico.
- Abuso de sustancias (tabaco, alcohol, drogas).
- Efectos colaterales relacionados con el tratamiento (medicamentos, cirugía, quimioterapia).

4.2 Actividades de enfermería para determinar un Diagnóstico

- Determinar la presencia de factores médicos relacionados con malos resultados del embarazo (diabetes, HIE, lupus eritematoso, herpes, hepatitis, VIH/sida, epilepsia).
- Revisar el historial obstétrico para ver si hay factores de riesgo relacionados con el embarazo (prematurez, posmadurez, preeclampsia, embarazo múltiple, restricción de crecimiento uterino (RCIU), desprendimiento de placenta, placenta previa, sensibilización RH, ruptura prematura de membranas (RPM), historial familiar de trastornos genéticos).
- Reconocer factores de riesgos demográficos y sociales (edad de la madre, raza, pobreza, cuidados prenatales tardíos, abuso físico y abuso de sustancias nocivas).
- Determinar el conocimiento de la gestante de los factores de riesgo identificados.
- Fomentar la expresión de sentimientos y miedos acerca de cambios en el estilo de vida, bienestar fetal, cambios económicos, funcionamiento familiar y seguridad personal.

- Proporcionar materiales educativos que traten sobre los factores de riesgo y los exámenes y procedimientos habituales de vigilancia.
- Instruir a la gestante y a la familia en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable (hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares, normalización de los valores de glucosa en sangre y precauciones sexuales).
- Instruir sobre métodos alternativos de gratificación e intimidad sexual.
- Remitir, si procede, a programas específicos (dejar de fumar, tratamiento de abuso de sustancias nocivas, educación sobre diabetes, educación para prevención de partos antes de término, refugio para personas que sufren abusos, clínica para enfermedades de transmisión sexual).
- Instruir a la gestante y la familia sobre el uso de medicamentos prescritos (insulina, tocolíticos, antihipertensivos, antibióticos, anticoagulantes y anticonvulsivantes).
- Instruir a la gestante sobre técnicas de automonitorización, si procede (signos vitales, prueba de glucosa en sangre, monitorización de actividad uterina y aporte de medicación subcutánea continua).
- Escribir guías sobre signos y síntomas que requieran atención médica inmediata (hemorragia vaginal, cambios en el líquido amniótico, disminución de los movimientos fetales, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema facial).
- Discutir los riesgos fetales asociados con partos antes de término en las diversas edades de gestación.
- Remitir a la unidad de cuidados intensivos del recién nacido si se anticipa el parto (embarazo múltiple).
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función placentaria, como falta de estrés, reto de oxitocina, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido.
- Obtener cultivos del cérvix, si procede.
- Colaborar en los procedimientos de diagnóstico fetal (amniocentesis, muestras de vello coriónico, muestras de sangre umbilical percutánea y estudios de flujo de sangre de Doppler).

- Colaborar con los procedimientos de terapia fetal (transfusiones fetales, cirugía fetal, reducción selectiva y procedimiento de término).
- Interpretar las explicaciones médicas de los resultados de las pruebas y procedimientos.
- Administrar globulina Rh , si procede, para evitar la sensibilización de Rh después de procedimientos invasivos.
- Establecer un plan de seguimiento clínico.
- Proporcionar guía de anticipación de las posibles intervenciones durante el proceso del parto (monitorización fetal electrónica durante el parto, supresión de contracciones de parto, inducción al parto, administración de medicación, cuidados de la zona de cesárea).
- Fomentar la pronta asistencia a clases prenatales o proporcionar materiales de educación sobre el parto para las pacientes que guarden cama.
- Proporcionar guía anticipada de experiencias comunes que sufren las madres de alto riesgo durante el periodo posparto (agotamiento, depresión, estrés crónico, decepción con la crianza del bebé, pérdida de ingresos, distanciamiento de la pareja y disfunción sexual).
- Remitir a la gestante y a su familia a grupos de apoyo de madres de alto riesgo, si es necesario.
- Monitorizar el estado físico y psicosocial muy atentamente durante el embarazo.
- Informar inmediatamente al médico o matrona sobre situaciones que se aparten de lo normal en el estado materno y/o fetal.
- Documentar la educación de la paciente, resultados de laboratorio, resultados de pruebas fetales y respuestas de la paciente.

Guía de cuidado de enfermería en control prenatal (EBE) 17

4.3 NIC. Cuidados prenatales

Intervención que requiere más de una hora

Definición: Control y seguimiento de la paciente durante el embarazo para evitar complicaciones y promover un resultado saludable tanto para la madre como para el bebé.

4.4 consideraciones de enfermería

Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta el NANDA, el NIC y el NOC para diagnosticar, planear, intervenir y evaluar el cuidado de enfermería durante la etapa prenatal.

Las acciones de enfermería deben ser planteadas científicamente para lograr la homeostasis de la paciente durante la etapa gestacional

- Instruir a la paciente acerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Animar al padre o ser querido a que participe en los cuidados prenatales.
- Animar a los padres a que asistan a clases prenatales.
- Instruir a la paciente acerca de la nutrición necesaria durante el embarazo.
- Vigilar el estado nutricional.
- Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- Remitir a la gestante a programas de alimentación complementaria.
- Instruir a la gestante en los ejercicios y reposos adecuados durante el embarazo.
- Instruir a la paciente acerca de la ganancia de peso deseada, en función del peso anterior al embarazo.
- Comprobar el ajuste psicosocial de la gestante y la familia durante el embarazo.
- Valorar la presión sanguínea.
- Controlar los niveles de glucosa y proteína en orina.
- Vigilar el nivel de hemoglobina.
- Observar tobillos, manos y cara para ver si hay edema.
- Explorar los reflejos de tendones profundos.
- Reforzar en la gestante y su familia los signos de alarma que implican una atención inmediata.
- Determinar la altura uterina y relacionarla con la edad gestacional.

- Determinar los sentimientos de la gestante acerca del embarazo no deseado.
- Determinar si el embarazo no deseado ha sido aprobado por la familia.
- Ayudar a la toma de decisiones para seguir adelante o renunciar al niño.
- Asesorar a la gestante y pareja sobre los cambios en la sexualidad durante el embarazo.
- Determinar el sistema de apoyo social.
- Ayudar a la gestante y a su familia a desarrollar y utilizar el sistema de apoyo social.
- Asesorar a la paciente sobre los modos de adaptar el ambiente de trabajo para que cumpla con las necesidades físicas del embarazo.
- Ofrecer una guía anticipada a la paciente acerca de los cambios fisiológicos y psicológicos que acompañan el embarazo.
- Ayudar a la paciente en la aceptación de los cambios asociados con el embarazo.
- Discutir los cambios de imagen corporal con la paciente.
- Instruir a la paciente en el crecimiento y desarrollo fetal.
- Comprobar la frecuencia cardíaca fetal.
- Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos que produce el tabaco en el feto.
- Remitir a la paciente a un programa para dejar de fumar, si procede.
- Instruir a la paciente sobre los efectos dañinos en el feto que produce el alcohol, las drogas y los fármacos de venta libre.
- Remitir a la paciente a un programa de tratamiento de drogas, si es el caso.
- Instruir a la paciente sobre los teratógenos ambientales que deberá evitar durante el embarazo.

- Determinar la imagen que tiene la madre del niño aún por nacer.
- Guiar a la paciente en la percepción de la imagen del niño aún por nacer.
- Dar a los padres la oportunidad de oír los tonos cardiacos fetales lo antes posible y la oportunidad de ver la imagen por ecografía del feto.
- Determinar antes del nacimiento si los padres ya disponen de nombres para los dos géneros.
- Remitir a la paciente al curso de preparación para la maternidad y paternidad.
- Monitorización de los signos vitales
- Intervención que requiere 15 minutos
- Controlar periódicamente la TA, FC, FR y temperatura (valorar su calidad).
- Controlar TA con la gestante acostada, sentada y de pie.
- Valorar TA previa y posterior a administración de medicamentos.
- Controlar periódicamente la TA, FC, FR, después de la actividad.
- Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Controlar periódicamente la pulsioximetría.
- Observar si hay cianosis central o periférica.
- Valorar llenado capilar.
- Comprobar periódicamente la precisión de los instrumentos utilizados para la recogida de datos de la paciente.

4.5 Vigilancia que debe de tener el personal de enfermería: Al final del embarazo

- Intervención que requiere más de una hora
- Revisar historial obstétrico.

- Determinar los riesgos maternos y fetales, mediante entrevista a la gestante.
- Determinar la edad gestacional.
- Vigilar signos vitales maternos.
- Observar el comportamiento de la familia gestante.
- Realizar monitorización fetal electrónica.
- Valorar presencia de movimientos fetales.
- Valorar la presencia de signos de parto prematuro, si procede.
- Valorar si hay signos de preeclampsia.
- Valorar eliminación urinaria.
- Observar signos de infección de vías urinarias.
- Facilitar obtención de pruebas diagnósticas e interpretarlas.
- Explicar resultados de pruebas diagnósticas a la familia gestante.
- Iniciar intervenciones de terapia intravenosa, reposición de líquidos y administración de medicamentos, según indicación.
- Valorar la comodidad de la gestante.
- Controlar el estado nutricional, si procede.
- Observar cambios en el patrón de sueño, si procede.
- Valorar actividad uterina.
- Realizar maniobras de Leopold.
- Anotar tipo, cantidad y aparición de la pérdida vaginal; valorarlas.
- Establecer la prioridad de las acciones en función del estado de la paciente.

4.6 Recomendaciones sobre la atención de enfermería

- Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, Generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas.
- Los profesionales de enfermería deben especificar los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma,

cambios durante la gestación, nacimiento, puerperio y cuidados con el recién nacido.

- Los profesionales de enfermería deben brindar enseñanza del cuidado de la salud a la población, teniendo en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país, estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger.
- Los profesionales de enfermería deben utilizar la historia clínica materno perinatal como un instrumento que nos permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, permitiendo que se realice seguimiento efectivo durante el control prenatal, al realizar el llenado e interpretación de las casillas de riesgo.

5.- PROMOCIÓN DEL CUIDADO DURANTE LA GESTACIÓN

Entre las prácticas que las gestantes consideran importantes y que se deben preservar o mantener para proteger la salud del bebé y que nazca sano están:

1. Realizar un cambio de hábito alimentario, en el cual se destaca: hacer un ajuste alimentario, evitar el consumo de comida rápida y dulces, y no consumir bebidas alcohólicas ni cigarrillo.
2. Cuidar la alimentación materna, consumir vitaminas de origen farmacológico y alimentario, así como contar con apoyo materno, para lograr el bienestar del bebé, con el fin de que nazca sano.
3. Alimentarse bien para fortalecer a la madre, mejorar la digestión, evitar enfermedades de glucemia en la madre, daños en los dientes maternos y sentirse mejor de salud.

5.1 Habilidad y práctica de la mujer embarazada

Las prácticas que las gestantes realizan y deben ser negociadas para proteger la salud del binomio madre-hijo son:

La creencia de que la ingesta de ciruela ayuda a mejorar la digestión y es una excelente fuente de vitamina A, fibra y flavonoides. También es rica en vitamina E

y es un excelente antioxidante; las ciruelas secas contienen un porcentaje de fibra más alto que las frescas y son excelentes contra el estreñimiento, además de proteger el tubo digestivo de una serie de trastornos.

La creencia de que el consumo excesivo de lácteos en la gestación trae como consecuencia una dificultad para tener el bebé por parto normal, aunque la gestante adolescente refirió que no lo suspendió por esta causa, sino por razones económicas; es una creencia que no debe ser apoyada, porque en la literatura no se encuentra ningún reporte que ratifique dicha información cultural; por el contrario, sí hay reportes de los beneficios del consumo de lácteos durante la gestación.

La creencia de que las frutas son fuentes de calcio y de hierro; la literatura reporta que las frutas proveen básicamente agua, fibra y vitaminas, pero no son buenas fuentes de calcio o hierro.

En relación con las prácticas de cuidado, estimulación prenatal, ejercicio y descanso, higiene y cuidados personales, alimentación, apoyo social y consumo de sustancias no beneficiosas, el resultado de buenas prácticas de cuidado en general fue del 19,5% (gestantes adolescentes) y 48% (gestantes adultas), proporciones muy bajas para la importancia que tiene el cuidado durante esta etapa de la vida, lo cual confirma la necesidad de orientación que tiene este grupo poblacional más las adolescentes que las adultas para que puedan aplicar correctamente las prácticas de cuidado, fundamentalmente las referidas a las seis dimensiones investigadas. También se pudo obtener como dato sobresaliente que el 94% de las adultas y el 66% de las adolescentes manifestaron que no están recibiendo preparación para la maternidad.

5.2 Guía de cuidado de enfermería en control prenatal

Tanto adolescentes (68,04%) como adultas (52,29%) realizan prácticas de estimulación prenatal catalogadas como regulares, y el 10,31% de las gestantes adolescentes y el 16,34% de las gestantes adultas tienen malas prácticas. Solo el 31,37% de las gestantes adultas y el 21,65% de las gestantes adolescentes realizan prácticas adecuadas de estimulación prenatal.

5.2.1 Ejercicio y descanso

Solo el 24,84% de las gestantes adultas y el 18,56% de las gestantes adolescentes tienen buenas prácticas en cuanto al ejercicio y al descanso; la falta de descanso y el ejercicio excesivo, o lo contrario, vida sedentaria y poco ejercicio, se pueden relacionar con complicaciones durante el embarazo y el parto.

5.2.1.1 Modificaciones anatómicas y fisiológicas producidas por la situación del embarazo en relación con el ejercicio físico.

Aparato circulatorio. Dos hechos fundamentales se han de tener en cuenta:

- El aumento de requerimientos debido al constante desarrollo del feto.
- El desplazamiento hacia arriba de ciertas estructuras, como consecuencia del aumento en el tamaño del útero.
- Las modificaciones cardiovasculares que ocurren durante el embarazo no suponen un riesgo para la mujer sana. Sin embargo, en una mujer con cardiopatía estas modificaciones pueden ser peligrosas.

Cambios hematológicos: El volumen de sangre aumenta un 45% (1.800 ml), tanto por un incremento de la volemia o plasma (más o menos 1.500 ml) como de la citemia o cuerpos (más o menos 350 ml). Esta “hemodilución” mantendrá el flujo útero-placentario adecuado.

- El aumento en la masa de glóbulos rojos (citemia) más los requerimientos fetoplacentarios de hierro representan una necesidad de aproximadamente 1 gramo de hierro diario adicional durante todo el embarazo.

Cambios respiratorios: Los cambios en el sistema respiratorio provocan alteraciones de orden anatómico y funcional. Estos cambios son de carácter temprano, debido a la influencia hormonal y a los paulatinos cambios volumétricos, e incluyen variaciones en las dimensiones pulmonares, sus capacidades y los mecanismos respiratorios.

Aparato locomotor: Los cambios en el aparato locomotor son responsables de muchos síntomas comunes durante el embarazo:

- Parestesias y dolor en las extremidades superiores como consecuencia de una acentuada lordosis cervical y hundimiento del cinturón escapular; son frecuentes en el tercer trimestre.
- La hiperlordosis del embarazo, que tradicionalmente se ha considerado como una compensación del desplazamiento del centro de gravedad corporal de la gestante motivado por crecimiento uterino

Sistema endocrino y cambios hormonales: El embarazo es un período de actividad hormonal muy intensa. Algunas hormonas normalmente segregadas por el organismo se producen ahora en mayor cantidad, mientras que otras son nuevas en este período.

- Además, dos nuevos órganos comienzan a liberar hormonas: el cuerpo lúteo y la placenta.
- El cuerpo. Respuesta hormonal: Por lo general, el nivel de todas las hormonas se eleva durante la realización de actividad física, tanto en gestantes como en no gestantes, aunque el valor de esos parámetros es variable.
- Se hace interesante realizar un análisis individualizado de las principales hormonas que modifican su comportamiento con el embarazo y la actividad física.
- La epinefrina o adrenalina es la primera hormona que responde al estrés. Moviliza reservas de energía y regula la acción de otras hormonas en situaciones de tensión, entre las que se incluye el ejercicio físico. Durante una actividad suave o media, el aumento en los niveles de epinefrina es mínimo y no supone amenaza alguna para la madre ni para el feto.
- Un ejercicio físico de mayor intensidad o extenuante produce un aumento mayor de epinefrina, aunque en las mujeres embarazadas este aumento es menor que en el caso de las no gestantes, lo cual sugiere la posibilidad de que exista un mecanismo de protección fetal.
- La norepinefrina o noradrenalina, como se la conoce, es una hormona del estrés que estimula las fibras musculares y produce la contracción de los

músculos. Su aumento durante el ejercicio es especialmente pronunciado en la mujer embarazada .

- En un embarazo normal y saludable, el aumento de norepinefrina no plantea peligro alguno. Sin embargo, quizás aparezcan riesgos potenciales en aquellas mujeres con cierto peligro de parto prematuro, ya que un aumento significativo en los niveles de esta hormona puede estimular al útero a contraerse de forma excesiva
- El cortisol tiene un mecanismo de acción similar al de la adrenalina, pero su respuesta al estrés es más lenta. Sus efectos son también diferentes, e incluyen un aumento en los niveles de azúcar en la sangre y retención de líquidos
- Durante el embarazo, los cambios producidos por el ejercicio físico en los niveles de cortisol son insignificantes.
- Según algunos expertos, las mujeres que están en buen estado físico y que realizan cierta actividad física durante su embarazo tienen tendencia a experimentar menos dolor durante el alumbramiento.

Contraindicaciones del ejercicio físico y deporte durante el embarazo:

Cualquiera sea el estado físico de una mujer embarazada, existen unas contraindicaciones de carácter absoluto que, naturalmente, invalidan a una gestante para la práctica física por el lógico riesgo para la salud materno fetal y otras contraindicaciones de carácter relativo que exigen un exhaustivo permiso y control médico para la inclusión de esa gestante en cualquier programa de actividad física

- Contraindicaciones absolutas Contraindicaciones relativas

Enfermedad de miocardio activa. Hipertensión arterial esencial.

Insuficiencia cardíaca. Arritmias cardíacas o palpitaciones.

Enfermedad cardíaca reumática (clase II o

superior). Historia de crecimiento intrauterino retardado.

Tromboflebitis. Historia de parto prematuro.

Embolismo pulmonar reciente. Historia de abortos previos.

Enfermedad infecciosa aguda. Anemia u otros trastornos hematológicos.

Incompetencia cervical. Enfermedad tiroidea.

Embarazo múltiple. Diabetes mellitus.

Hemorragia genital. Bronquitis crónica.

Rotura prematura de las membranas ovulares. Presentación podálica en el último trimestre de gestación.

Crecimiento intrauterino retardado. Obesidad excesiva.

Macrosomía fetal. Delgadez extrema.

Isoinmunización grave. Limitaciones ortopédicas.

Enfermedad hipertensiva grave. Problemas de apoplejía.

Posibilidades. Tipo de actividad o deporte

A pesar de las recomendaciones que debemos tener en cuenta y los límites que no debemos superar, en cuanto a variantes de actividades físicas y deportivas existe un amplio abanico de posibilidades dentro del cual una mujer gestante se puede mover sin inconvenientes.

No sólo se trata de elegir correctamente cuál es la actividad física a desarrollar durante el embarazo sino la intensidad y duración adecuada con la que esta actividad se lleve a cabo; estos factores son tan importantes como el tipo de ejercicio que se realice.

Cualquiera de estos factores (tipo, duración e intensidad) están, sin lugar a dudas, como dijimos anteriormente, en estrecha relación con los hábitos de ejercicio físico anteriores a la gestación.

Deportes o actividades más recomendables:

CAMINAR: Nos podemos arriesgar a decir que es “la reina” de las actividades, salvo contraindicación de tipo obstétrico, creemos que no sólo todas las gestantes pueden caminar durante su embarazo sino que deben caminar. No obstante, se debe sistematizar la actividad, encuadrarla dentro de un programa que indique cuánto caminar en cada etapa del embarazo y además, incluir en el programa de caminar unos sencillos ejercicios de calentamiento previos a comenzar la actividad y trabajos de flexibilidad para realizar antes y, sobre todo, después de caminar.

ACTIVIDADES ACUÁTICAS: En este se encontra con la que quizás sea la actividad más recomendada para la mujer embarazada por la mayoría de los

profesionales de diversos ámbitos, que inclusive la misma gestante entiende como una de las posibilidades más saludables: la práctica de actividades acuáticas comúnmente entendida como “natación”.

5.2.2 Sistemas de apoyo

El 82,35% de las gestantes adultas manifestaron tener buenas prácticas, superior al 73,20% de las adolescentes que expresaron lo mismo. Entre tanto, es mayor el número de gestantes adolescentes con prácticas regulares en este componente (37,11%) que el de gestantes adultas (16,78%), lo que evidencia que, a mayor edad, más sólidos son los sistemas de apoyo social con los que cuenta la gestante.

5.2.3 Sustancias no beneficiosas

Respecto al consumo de sustancias durante la gestación, como marihuana, cocaína o tranquilizantes, el presente estudio reportó que el 4,12% de las gestantes adolescentes y el 0,65% de las gestantes adultas las han consumido siempre. En relación al tabaquismo, se encontró que el 20,62% de las gestantes adolescentes fumaban, comparado con solo el 5,23% de las gestantes adultas.

5.3 Porcentaje de la edad durante el embarazo

La mayoría de las mujeres embarazadas son menores de 25 años de edad (66%), con una mediana de 23.8, son casadas (71%), además de ser amas de casa (86%), con un nivel de escolaridad básica (87%).

Con base en que el autocuidado se indagó, a partir de la teoría de Orem, el análisis de los núcleos temáticos que a continuación se presentan está relacionado con los requisitos universales.

5.4 Autocuidado en la alimentación

La gestante debe satisfacer sus necesidades fisiológicas de respirar, comer, dormir, descansar, de eliminación y realización de hábitos higiénicos; para lograr su bienestar y su autorrealización. Satisfechas éstas, evitan deficiencias, actúan terapéuticamente, previenen enfermedades.

Conforme a la fisiología de la mujer durante su embarazo en el primer y tercer trimestre da lugar a nuevos síntomas como náuseas y vómitos, después el feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, pues el útero empuja a otros órganos cambiando la necesidad de la embarazada de tener comidas pequeñas y más frecuentes.

La nutrición en el embarazo debe ser equilibrada y adecuada a las necesidades específicas, una mala alimentación puede ocasionar alteraciones como obesidad o desnutrición, y genera complicaciones al binomio madre-hijo, como: defectos en el tubo neural, retardo del crecimiento intrauterino, retraso mental en prematuros y recién nacidos; en la mujer causa abortos, partos prematuros y enfermedad vascular placentaria.

5.4.1 Requerimiento de la alimentación

Un embarazo normal requiere la ingesta adicional de 300 Kcal al día, que pueden ser 500 Kcal, con el ejercicio o la lactancia. Se presenta una situación de hipoglucemia en ayuno, así como un mayor requerimiento calórico.

La alimentación que consumen durante el embarazo se modifica ligeramente en función de algunas recomendaciones en la consulta de control prenatal, limitando el consumo de algunos alimentos, muestra de ello, mencionan en alimentos mejora en calidad y no en cantidad.

El aporte de hidratos de carbono está basado en la ingesta de tortillas, alimento que distingue a la comida mexicana y pan. Se observó deficiencia en el consumo de carnes y frutas que aportan proteínas y vitaminas esenciales para el crecimiento y desarrollo del bebé y la salud de la madre.

Otro aspecto importante en la alimentación es el aspecto cultural que influye en el consumo de algunos alimentos y bebida, por la creencia de que afectan directamente al bebé.

5.5 Autocuidado para el equilibrio entre ejercicio y descanso

Las mujeres embarazadas sufren modificaciones morfofuncionales, por lo que durante esta etapa se pueden presentar algunas enfermedades como preeclampsia y diabetes gestacional.

Afortunadamente, el ejercicio durante el embarazo ayuda a la prevención de la preeclampsia, así como de la diabetes gestacional, reduce el riesgo de trombosis venosa, ayuda a mantener el bienestar y el tono muscular de la madre, mejora su imagen, favorece la función intestinal regular, aumenta la energía, mejora el sueño, alivia la tensión, ayuda a controlar el aumento de peso y se asocia a una recuperación mejor en el postparto.

A pesar de esto, en el estudio realizado no se ve reflejado el hábito del ejercicio en estas mujeres embarazadas, pues prefieren la realización de actividades rutinarias, además de que algunas veces llevan a cabo una caminata como distracción.

5.6 Intervenciones de Enfermería en el control prenatal

Se define como una Intervención Enfermera a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Poniendo en práctica las actividades o procedimientos ya sean directos o indirectos para llegar a un objetivo de prevalecer la salud de la paciente en el estado gestacional.

5.6.1 Antecedentes

Aunque no se conocen con exactitud los orígenes de la atención prenatal, Hall refiere que surge desde los inicios de la raza humana, como necesidad de tener hijos saludables para contar con soldados aptos para la guerra o, en épocas de paz, para el trabajo. La manera de llevar a cabo ha variado a lo largo de la historia y frecuentemente ha tenido un entorno lleno de mitos y tabúes.

Existen pocos escritos sobre los cuidados durante el embarazo, ya que la atención giraba al rededor del parto. Entre los documentos más antiguos se encuentran algunos de origen chino que recomendaban a la embarazada evitar la comida abundante y el ejercicio excesivo. En India en el siglo II. A.C. se escribieron algunas reglas sobre alimentación, bebidas, ejercicio, ropa cómoda y tener la compañía de personas.

En el contexto internacional, la Asociación para la Asistencia Materna (Maternity Center Association) -organización voluntaria en la ciudad de Nueva York, fundada

en 1918-; ha servido como ejemplo para establecer centros de asistencia materna prenatal, para hacer llegar a todas las clases sociales, enfermeras visitadoras para atender a la madre en etapa prenatal y en el posparto, así como para impartir cuidado hospitalario.

Observarse en el binomio madre e hijo, así como también atenciones precisas para vigilar y evitar complicaciones durante el parto Ramírez 2010

5.6.2 La Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Menciona que la mortalidad materna en el mundo, es una prioridad y un problema de salud pública, al considerar que es una situación que afecta a los países más pobres y, por ende a la población más vulnerable, de menor índice de riqueza, con más alta tasa de fecundidad, de zonas más alejadas de los servicios de salud y con más baja escolaridad. Así también la OPS establece que la tasa de muerte materna a nivel mundial se ha mantenido en 54% entre 1990 y 2005; de esas muertes maternas el 90% ocurren en países subdesarrollados y anualmente mueren ½ millón de mujeres por causas asociadas a la gestación, trabajo de parto y parto, es decir, unas 585 mil mujeres; sin embargo, es importante establecer que el riesgo que tiene una mujer de morir por causas relacionadas con la gestación, depende del país donde se encuentre, pues en países desarrollados ese riesgo es de 1:8000 y en países como el nuestro es de 1:289 y en general en Latino América.

En el proceso de mejorar las condiciones de salud de la gestante, la OMS (Organización Mundial de la Salud), UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) y UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), recomiendan que las gestantes asistan por lo menos a 4 controles prenatales, realizados por un profesional de la salud que puede ser la enfermera, y que es lo mínimo con que la gestante se beneficia de la información y de las intervenciones que favorecen su bienestar y su supervivencia; dado que actualmente sólo 75% de las mujeres en el mundo visitan al profesional de la salud durante la gestación por lo menos una vez y, sólo la mitad de ellas lo hacen cuatro o más veces.

A nivel mundial, la OMS reportó para el 2007, que aproximadamente 22.000 mujeres mueren en la región de las Américas, de las cuales el 80% están

relacionadas con la gestación o el parto. El riesgo de muerte materna durante la vida de una mujer es casi 40 veces más alto en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. Aunque la mortalidad materna representa la punta de un iceberg del conjunto de complicaciones por embarazo, parto y puerperio, este se usa como un indicador básico de salud materna; en este sentido se calcula que por cada muerte materna, hay 135 casos de complicaciones o enfermedad. La Organización Mundial de la Salud estima que un alto porcentaje de las enfermedades y muertes de maternas y productos pueden reducirse con un adecuado control prenatal y algunas intervenciones en la comunidad.

5.6.3 En el ámbito nacional

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) menciona que en el ámbito mundial, México ocupa el lugar 70 en defunciones por muerte materna, no obstante, la cifra promedio enmascara desigualdades regionales, ya que los estados de la República más pobres, como Oaxaca, Guerrero y Chiapas, tienen las tasas más altas de mortalidad materna y revela que cada año, aproximadamente siete mil niñas y niños de México no cuentan con el beneficio y el derecho de tener una madre viva y sana que asegure su supervivencia y desarrollo: “La mortalidad materna y la mortalidad perinatal son manifestaciones evidentes de inequidad y discriminación de las mujeres, más que un problema de salud pública” “Focos rojos” en el Estado de México y en Quintana Roo (UNICEF, 2009).

5.6.4 El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

No cuenta con estadísticas 2008 de muertes maternas (ocurridas durante el embarazo, en el parto o en el puerperio), pero 75% se concentró en 12 de las 32 entidades federativas, principalmente en el Centro y Sureste del país. En 2006 se registraron 114 muertes maternas en el Estado de México, cifra que se incrementó a 130 en 2007 (INEGI). La tendencia no se ha podido revertir, pues en 2008 se documentaron 150 decesos, confirma Raúl Martínez Corres, de la Secretaría de Salud estatal.

Los estados de Veracruz, Distrito Federal, Jalisco, Guanajuato, Tamaulipas, Tabasco, Hidalgo, Yucatán, Nuevo León, Morelos, Coahuila, Aguascalientes, Campeche y Puebla, a pesar de los “esfuerzos” que destacan autoridades estatales, mantienen la incidencia de manera general.

5.7 Calidad de enfermería

La calidad de la atención de enfermería es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, el cual debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

5.7.1 objetivo

Determinar algunos aspectos de la calidad del control prenatal realizado por el profesional de Enfermería durante el 2007, basados en el grado de adherencia a la Norma Técnica de Detección Temprana de las Alteraciones del Embarazo contenida en la Resolución.

5.7.2 Resultados

Mostraron que algunas variables tales como temperatura, educación a la gestante, solicitud y análisis de paraclínicos, remisión al curso de preparación para el parto, remisión al odontólogo, y la adopción de una conducta en caso de alteraciones del peso materno o de la altura uterina, se registraron entre un 25% y un 70%. Las variables evaluadas en cuanto a la satisfacción de las usuarias fueron: percepción del beneficio obtenido, preferencia por el control con la enfermera(o), satisfacción con la prestación del servicio; fueron calificadas por las usuarias con niveles superiores al 80%. Además se realizó una evaluación de la infraestructura y dotación de los consultorios, comparando la información recolectada con el formato de evaluación contenido en la Resolución 1043 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para la habilitación de los servicios de salud.

5.7.3 conclusión

La implementación de la calidad en el control prenatal es una herramienta útil para disminuir la morbi-mortalidad materna. Dentro de este aspecto se contempla la calidad de los registros en los cuales se encontró que el peso, talla, edad gestacional, frecuencia cardíaca materna y fetal, altura uterina, formulación de micronutrientes y remisión al siguiente control cumplen con un criterio bueno.

5.8 Perspectivas teóricas sobre el cuidado en la etapa prenatal

La perspectiva teórica de esta investigación está sustentada en dos autores: desde el campo de la Enfermería Kristen M. Swanson con la teoría de los cuidados y desde el campo de la psicología social Moscovici con la teoría de representaciones sociales.

5.8.1 Kristen Swanson

Concibe los cuidados como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. Propone cinco procesos básicos (Conocimientos, estar con, hacer por, posibilitar y mantener las creencias). Dichos conceptos permiten reflexionar acerca de la cosmovisión del cuidado enfermero, donde convergen las dimensiones históricas, antropológicas y filosóficas de la ciencia de Enfermería. Los conocimientos se refieren a las capacidades de la persona para dar cuidados, el segundo las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, el tercero a las condiciones: enfermera, cliente, organización, que aumentan o reducen la probabilidad de suministrar cuidados, el cuarto a las acciones de los cuidados dados y por último hace referencia a las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales de los cuidados para el cliente y para el profesional. La teoría apoya la reivindicación de que los cuidados son un fenómeno central de Enfermería, pero no es necesariamente la práctica de Enfermería.

La teoría de las representaciones sociales de Moscovici permite comprender de manera flexible la posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido real, y la imagen que el personal de Enfermería reelabora del cuidado. Las

representaciones se estructuran alrededor de tres componentes fundamentales: la actitud hacia el objeto, la información sobre ese objeto, y un campo de representación donde se organizan jerárquicamente una serie de contenidos.

De acuerdo a estas dos teorías antes abordadas se desarrolla en el siguiente apartado, tres conceptos clave derivadas de estas: etapa prenatal, cuidado de Enfermería y conocimiento del profesional.

5.9 Etapa Prenatal

Sánchez (2009) afirmó que el control prenatal es la principal pauta que los organismos de salud ofrecen a las madres para garantizarles una gestación supervisada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas o psíquicas para la madre y su hijo; este seguimiento tiene como fin reducir la mortalidad materna y establecer parámetros mínimos que garanticen una atención con calidad, además de prevenir y controlar los factores de riesgo bio-psico-sociales que inciden en el mencionado proceso.

5.9.1 Vega, Barrón y Acosta (2012)

define la atención prenatal implica un “conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna”; por tanto, este debe ser Precoz, Periódico o Continuo, Completo o Integral y Extenso o de amplia cobertura; ello implica que el personal de salud valore la importancia de su labor en la atención prenatal, pues requiere la identificación de complicaciones como diabetes gestacional, preeclampsia, eclampsia, anemia, entre otras asimismo, el establecimiento de medidas preventivas oportunas significaría un menor costo en su atención y un mayor beneficio para la embarazada y el ser en gestación.

5.9.2 Reyes y Cazorla, (2006)

Menciona al control prenatal como un componente de la atención materna que comprende un conjunto de acciones orientadas a lograr que el embarazo transcurra con vigilancia y asistencia por parte del equipo de salud, según el riesgo identificado, a fin de preservar la salud de la mujer durante su gestación,

ubicándola en el nivel de atención que le corresponda, para que el parto se realice sin complicaciones y termine felizmente con un recién nacido vivo, normal y a término.

5.9.3 Ochoa Correa Erika del Carmen (2008)

El control prenatal es una de las actividades fundamentales de la medicina familiar y forma parte esencial de los programas prioritarios de salud. La medicina preventiva en la atención prenatal cumple, la función de evitar que la gestante abandone los límites fisiológicos, detectar patologías en fases iniciales y ofrecer el tratamiento oportuno, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad perinatal.

5.10 Calidad de atención en el control prenatal

Muares (2000) dice que, la calidad en la atención en el control prenatal se entiende como el "conjunto de atributos percibidos en los controles prenatales de primer nivel de atención que permiten calificarlo como mejor, igual o peor que sus similares, estos atributos utilizados pueden apreciarse a través de indicadores de calidad lo que muestran las características de los recursos humanos, técnicos, de infraestructura, etc. que se disponen para desarrollar una intervención, aunque algunos se enfocan en los resultados de las mismas. Los indicadores de calidad del proceso son evidenciados por las atenciones directamente, pero están relacionando una compleja red de recursos, donde la efectiva interacción del paciente con el servicio de salud define en alguna medida los resultados pero está afectada también por las condiciones estructurales del entorno y particulares del paciente y su familia. En este sentido también la accesibilidad y utilización, así como la evaluación directa de las acciones de los profesionales de la salud están incluidas en este tipo de indicadores que determinan indirectamente la eficiencia de las intervenciones en salud.

5.10.1 Piédrola Gil (2001)

Según la OMS la calidad se evalúa por indicadores que intentan reflejar la situación sanitaria de una población y sirven para vigilarla". Los indicadores de salud son parámetros estadísticos Existen distintas dimensiones para evaluar la calidad de la atención sanitaria que se basan en tres elementos básicos del

sistema: estructura, proceso y resultado. Miden la efectividad de la atención; el grado en que la atención otorgada al usuario produjo el efecto deseado. Pueden reflejar aspectos deseados o adversos.

5.10.2 Núñez RM (2005)

Describe la Calidad como una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. Pero en su sentido más amplio, calidad es un concepto relativo, no hay calidad absoluta, ni es sinónimo de perfección, puede ser buena o mala, puede o no satisfacer al cliente, siendo la satisfacción una consecuencia de la buena calidad.

5.11 Factores de riesgo durante el embarazo

Fraifer y García (2004) El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento sea en el feto o en la madre o en ambos.

En el marco de la perinatología, los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematurez, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión.

5.11.1 Mondragón Castro (2012)

Refiere que el riesgo cuyo significado es la contingencia o proximidad de un daño durante la gestación, o bien, la asociación de embarazo con problema de la gestación y/o del parto, que aumenta los peligros para la salud de la madre o su hijo .por ello es necesario que en la historia clínica prenatal se consigne todos los factores de riesgo para decidir o saber que riesgos se pueden presentar en la embarazada.

Entre los factores más importantes para considerar que se trata de un embarazo de alto riesgo se tienen los factores siguientes: edad materna, pesó al inicio de la

gestación, condición socioeconómica, antecedentes obstétricos, embarazo actual, patología específica previa o actual, factores placentarios, factores fetales.

5.12 Creencias sobre el cuidado Prenatal

Las creencias se encuentran en la dimensión de opinión, y son “el conjunto de pensamientos que tiene la enfermera(o) antes de realizar sus actividades; se relación con representaciones místico-religiosas, que le dan mayor seguridad durante su trabajo” (Báez H., et.al., 2009).

Las creencias son sistemas socializados de conceptos e Ideas que organizan la percepción de partes del mundo o de su totalidad en el que vive la sociedad de referencia. Las creencias pueden contener componentes míticos (cifrados sobre todo en las relaciones de parentesco utilizadas para enlazar los fenómenos cósmicos) o religiosos, pero también hay creencias no míticas sino racionalizadas (por ejemplo, la creencia en la esfericidad del mundo físico) sin que por ello sean verdaderas.

5.12.1 El filósofo mexicano Villoro (1999)

utiliza el término creencia como “un concepto epistémico” que define como “un estado disposicional adquirido, que causa un conjunto coherente de respuestas y que está determinado por un objeto y situación objetiva aprehendidos”. Villoro distingue dos tipos de creencias: las “creencias básicas” que conforman el trasfondo y el supuesto de nuestro entendimiento del mundo y las creencias de las que damos razones y que se adquieren por otras creencias o por nuestra experiencia en el mundo.

5.13 Intervenciones en la etapa prenatal

McCloskey y Bulechek (2000) refieren que una intervención de Enfermería es “cualquier tratamiento, basado en el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para evidenciar resultados sobre el cliente”. Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan también a la familia y comunidad. Las Intervenciones de valoración clínica que se realizan en el control prenatal son (peso, altura uterina, examen general, tensión arterial, intervenciones profilácticas, intervenciones educativas como: lactancia materna,

prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, signos de alarma, promoción del parto hospitalario, planificación familiar).

5.14 Gestión del cuidado

(Bustos, 2010) La gestión se identifica como “un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración”.

(Meleis, 1989). La gestión de los cuidados se ejerce “no solamente con los recursos que ofrecen las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de Enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de Enfermería” La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la persona, al paciente, su familia, el personal de Enfermería, los equipos interdisciplinarios.

5.14.1 (Morfi, 2010).

La Gestión del Cuidado de Enfermería se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”. Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones

Diagnóstico y tratamiento médico y el velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.

Así, la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. De esta forma, deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de Enfermería) hacia la mejoría continua del cuidado.

5.15 NOM 007

El artículo 4o., de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece los derechos humanos de toda persona a la salud y a decidir de manera

libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. La Ley General de Salud en su artículo 3o., fracción IV, define la atención materno-infantil como materia de salubridad general, y el artículo 61, del mismo ordenamiento jurídico, reconoce su carácter prioritario mediante acciones específicas para la atención de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, así como de la persona recién nacida y etapas posteriores, vigilando su crecimiento y desarrollo.

El Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en concordancia con el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, establece seis objetivos asociados a las Metas Nacionales: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global y a las tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno, así como Perspectiva de Género.

Estos seis objetivos se refieren a:

1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
3. Reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida
4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país
5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud,.
6. Avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.

La consulta preconcepcional debe fomentarse para promover la salud de la mujer y de su descendencia, evaluar la salud de la mujer en esta etapa permite identificar condiciones de riesgo reproductivo, en el embarazo y sobre todo, llevar a cabo medidas preventivas. La asistencia del personal de salud debe estar dirigida a identificar y aconsejar sobre los problemas existentes, situar a la mujer

en las mejores condiciones de salud posible para embarazarse y planear de forma objetiva el momento más adecuado para el embarazo.

La atención debe ser integral y enfocada a considerar la reproducción humana como una expresión de los derechos reproductivos, para que sea libremente escogida y segura; fomentando la corresponsabilidad en el cuidado de la salud de la mujer, su pareja, la comunidad y el personal de salud e informar sistemáticamente de las ventajas de lograr un periodo intergenésico mínimo de 2 años, para reducir los riesgos a largo plazo y planificar adecuadamente la familia

Toda mujer en edad reproductiva que desee embarazarse, debe acudir de preferencia acompañada de su pareja al establecimiento para la atención médica, para recibir asesoría médica sobre el riesgo reproductivo, idealmente tres meses antes de intentar el embarazo. En este periodo es importante iniciar la suplementación de ácido fólico para la prevención de defectos del tubo neural y continuarla durante el embarazo.

5.15.1 Atención del embarazo.

Las actividades a realizar por parte del personal de salud en la primera consulta de atención prenatal deben ser:

- Elaborar y registrar la historia clínica en un expediente, carnet perinatal o la guía básica para la mujer embarazada, debiendo tener los siguientes apartados:
- Identificación de la embarazada, su nombre completo que acredite con una identificación oficial edad, escolaridad, estado civil, empleo, lugar de residencia habitual, teléfono y los datos de algún familiar o amistad para establecer contacto en caso necesario
- Identificar antecedentes heredo familiares, personales patológicos y personales no patológicos.
- Identificar antecedentes de embarazos previos y su resolución mediante interrogatorio intencionado para datos de: cesárea, preeclampsia, hemorragia obstétrica, parto pretérmino, restricción en el crecimiento

intrauterino, óbito, pérdida repetida de la gestación, DG y malformaciones fetales.

Realizar el diagnóstico del embarazo por el método clínico, de laboratorio (prueba inmunológica de embarazo en orina o suero) o ultrasonográfico; con este fin, no se deben emplear estudios radiográficos ionizantes ni prescribir medicamentos hormonales.

Calcular la edad gestacional y fecha probable de parto, mediante el uso de los siguientes métodos:

Wahl y Naegele: Al primer día de la FUM agregar 7-10 días y al mes se le restan 3 días

A partir del primer día de la FUM se contarán 280 días, esa será la fecha probable de parto.

En algunos casos, cuando hay dudas o se desconoce la FUM, el ultrasonido es un auxiliar para la estimación de la edad gestacional.

Realizar búsqueda de factores de riesgo en el interrogatorio en forma dirigida

Identificar los siguientes factores de riesgo para diagnóstico: Padres con DM o familiares en primer grado; antecedente de DG; edad mayor de 25 años; peso al nacer de la paciente igual o mayor que 4 Kg; obesidad igual o mayor que 90Kg, IMC Kg/E² igual o mayor que 30Kg/E² antes del embarazo; pacientes con tamiz alterado, a la hora igual o mayor que 130mg/dl; hijos/as con peso al nacer igual o mayor que 4,000g; antecedente de óbito; aborto recurrente; hijos con malformaciones congénitas e hipertensión arterial crónica.

Identificar e informar a la mujer embarazada, sobre el alto riesgo que representan las adicciones a sustancias químicas, la automedicación, la exposición de fármacos, tabaco, marihuana, alcohol o sustancias psicoactivas o psicotrópicas y otras drogas con efectos potencialmente agresivos para la madre y el producto, que puedan tener repercusiones en la evolución del embarazo, y daño embriofetal, independientemente del periodo gestacional (Ver Apéndice D Normativo, de esta Norma).

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto, vigilar estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo-beneficio de su administración (Véase Apéndice D Normativo, de esta Norma).

Identificar datos de depresión o cualquier otro trastorno en relación a la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

Cuando se atiende a una mujer embarazada, de manera particular si es adolescente menor a 15 años, realizar la búsqueda intencionada de ejercicio de violencia sexual, familiar o de género. En caso de encontrarse datos sugestivos, proceder conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Exploración física completa que incluya: signos vitales, peso, talla y evaluación del estado nutricional (Ver Apéndice C Normativo, de esta Norma). Exploración bucodental, mamaria, auscultación cardíaca materna, medición del fondo uterino y de la frecuencia cardíaca fetal en su caso, así como toma de citología cérvico-vaginal, si procede, como lo dispone la Norma Oficial Mexicana. Todas estas actividades deben ser anotadas en el expediente clínico para cada consulta otorgada.

Prescripción de medidas generales higiénico dietéticas con el fin de promover la salud.

Aplicar la primera dosis de toxoide antitetánico preferentemente antes de la semana 14 y la segunda, entre 4 y 8 semanas después de la primera aplicación.

Para prevenir defectos del tubo neural, es importante prescribir 0.4 mg de ácido fólico y micronutrientes desde el periodo, mínimo tres meses previos a la primera consulta y durante todo el embarazo.

Solicitar los siguientes exámenes de laboratorio completos.

La detección de VIH y sífilis debe ser ofertada sistemáticamente de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana de esta Norma. La prueba de tamizaje para VIH y sífilis se debe realizar en las primeras 12 semanas previa orientación y aceptación de la embarazada, a través de su consentimiento informado, enfatizando la consejería y orientación acerca de los beneficios de una prueba en etapas tempranas del

embarazo para evitar transmisión vertical hacia el feto. Se debe asentar en el expediente clínico que se ofertaron ambas pruebas y la mujer debe firmar la decisión que tomó acerca de su realización. En aquellas mujeres que no se sometieron a tamizaje durante las etapas tempranas del embarazo debe ofrecerse la realización del mismo, antes del parto o en el postparto inmediato, para las medidas profilácticas o terapéuticas que apliquen.

Toda mujer que resulte positiva a VIH o sífilis, debe ser enviada inmediatamente al segundo nivel de atención, o establecimientos para la atención médica especializados, y

Exámenes de gabinete pertinentes. De acuerdo a valoración clínica y evolución del embarazo, se podrá solicitar estudio ultrasonográfico.

La importancia de la atención prenatal con intervenciones integrales y preventivas permite detectar riesgos fetales y maternos pudiendo aplicar el tamizaje prenatal oportuno entre 11 y 13.6 semanas, y segundo trimestre de 16 a 22 semanas, donde el ultrasonido es un medio fundamental de vigilancia.

Promover que se realice un ultrasonido obstétrico en cada trimestre del embarazo por personal capacitado, para determinar el bienestar materno y fetal de manera intencionada. El primero entre las semanas 11 a 13.6, mediante el cual se establezca la vitalidad, edad gestacional y número de fetos que se están gestando; el segundo entre las 18 y 22 semanas y el tercero, entre las 29 y 30 semanas o más de gestación.

Por el alto riesgo de la morbilidad y la mortalidad perinatales, toda mujer embarazada con 41 semanas o más, debe ser trasladada al segundo nivel de atención, para su valoración y atención.

En la consulta prenatal efectiva y periódica, los prestadores de servicios de salud deben brindar a la embarazada, información clara, veraz y basada en evidencia científica, sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que conozca sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales que la mejoren, lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

Resaltar la atención ante posibles complicaciones que pueden poner en riesgo su vida y la de la persona recién nacida y que debe estar alerta ante los primeros signos y síntomas para buscar atención médica inmediata. La consulta prenatal debe ofrecer la oportunidad de aclarar dudas a la embarazada, especialmente para aquéllas que cursan su primer embarazo; durante todo el embarazo se deben efectuar acciones para prevenir o detectar la presencia de enfermedades preexistentes o subclínicas, diabetes gestacional, infecciones de vías urinarias, infecciones periodontales y preeclampsia; además de promover el autocuidado y la preparación para el nacimiento, quedando registrado en el expediente clínico.

5.16 Conocimiento del profesional

El conocimiento es indispensable para llevar a cabo la labor de personal de enfermería principalmente por ende que es la principal colaboradora en estar en contacto directo de la paciente

5.16.1 Conocimiento sobre el control prenatal

Tamir (2005) afirmó que por conocimiento profesional se entiende al conjunto de “conocimiento y habilidades que son necesarios para funcionar con éxito en una profesión particular. Este conocimiento está determinado por dos procedimientos comúnmente aceptados:

- (a) análisis del trabajo o tarea
- (b) consenso de la comunidad de gente que son reconocidos como profesionales en un campo particular”.

Montesinos (2002) refiere que el conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas con lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiará a ser excelentes. En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud, frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presenta el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos

para el bien del enfermo, estas interrogantes las mantendrán interesadas en la búsqueda de información y conocimientos nuevos por medio de sistemas clásicos y de vanguardia.

Piaget (1989) describe que el conocimiento se desarrolla en forma gradual; el desarrollo cognoscitivo se logra por la interacción con las actividades que realizamos; este se encuentra íntimamente relacionado con la práctica y la práctica es proporcional al conocimiento. Enfermería como ciencia posee un cuerpo de conocimientos característicos y como arte habilidades y destrezas que se desarrollan en una sucesión de pasos llamado proceso de Enfermería.

Montejo (2001) Con los conocimientos también se mide el impacto de las acciones en la atención tomando nuevas direcciones y decisiones, las cuales evalúa de acuerdo con las necesidades del enfermo y la evolución para asegurar una óptima atención de calidad. La disciplina de ampliar los conocimientos da fortalezas que afianzan el poder continuar perfeccionando la práctica diaria y optimizando los cuidados con resultados satisfactorios. Hoy en día también la Enfermería se ha especializado en el avance de sus métodos y la precisión de su actuación en los cuidados, sus conocimientos deben estar al día y el intercambiar experiencias contribuye al conocimiento.

5.17. Percepción

La percepción se define como “la acción de adquirir conocimientos por medio de los sentidos Salmero (2004). A partir de ello, es posible obtener del profesional de Enfermería y la gestante un conjunto de conceptos y actitudes, asociadas con la atención ofrecida y la recibida, por los cuales se adquiere información que beneficia a la institución de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas” A través de la percepción se logra una información especial de todo lo que rodea a la persona y se constituye en un fenómeno de esa realidad, representada psicológica y emotivamente sobre el individuo, lo cual influye física y anímicamente, al responder a cualquier información, según la forma en que ésta fue transmitida.

Desde un aspecto biocultural señala que la percepción depende de los estímulos físicos, (entendidos como aquellos cambios energéticos que existen en el ambiente y que son percibidos por los órganos sensoriales, es decir, los cambios energéticos ambientales adquieren el carácter de estímulos en tanto que puedan ser captados por un organismo que los sienta) y sensaciones involucradas (entendidas como la estimulación de los órganos sensoriales por un rango específico de cambios energéticos ambientales, ya que los órganos sensoriales tienen límites de sensibilidad más allá de los cuales las modificaciones ambientales no provocan sensaciones) y por otro parte, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones (Melgarejo, 1994).

Por todo lo anterior se puede concluir, que la percepción es una serie de procesos en constante interacción, como es el caso de las gestantes y las profesionales de Enfermería frente al control prenatal. Es la continua interacción entre sujetos activos que conforman percepciones particulares. Por lo tanto la percepción debe ser entendida como relativa a una situación, pues tiene una ubicación espacial (sitio donde se realiza el control prenatal) y una ubicación temporal (tiempo en que se realiza el control prenatal) la cual depende de diferentes situaciones y experiencias vividas por las gestantes y los profesionales durante la realización del control, modificando o adecuando la percepción.

5.18 Actitudes

Ramos (2000) menciona que la actitud de Enfermería está influenciada por los valores. Los valores en abstracto son metas utópicas, expresiones idealizadas de la existencia humana que tiende a orientar toda la actividad. Por su carga utópica no se consiguen en forma operativa, son un horizonte hacia el cual caminar. Las actitudes concretan los valores, son las líneas formadoras de la personalidad: formas habituales de pensar, sentir y actuar. Las actitudes son adquiridas y mediante la educación se desvelan, refuerzan y perfilan. Este es el verdadero ámbito de la Educación en Valores, la educación de las actitudes.

Stoner Wankel (1989) refiere que la actitud es una predisposición conductual, que no se considera innata, sino algo que la persona adquiere, es como una propiedad de la personalidad individual aun cuando su génesis se deba a diversos factores,

entre ellos los sociales. Sobre este particular, con relación a los aspectos a que se refiere el autor sobre las actitudes y considerando la Enfermería como una ciencia, que en la práctica no es del todo autónoma sino que depende en sí básicamente de otras disciplinas.

Montejo (2001) menciona asimismo, la actitud que una enfermera (o) adopta en el ámbito de la práctica no depende de elementos externos sino más bien del conocimiento que estos profesionales tengan. La actitud es la manifestación física y emocional observable en la cual se generará la transmisión del cuidado llamada “respuesta ante la acción perdida: por ejemplo una sonrisa, el tono amable de tu voz, suena un tono estresado y eso el familiar o el paciente lo toma como que grosera.

5.19 Habilidades – Dificultades

Según A.V. Petrovski, (1980) habilidad es “lograr un dominio de un sistema complejo de actividades psíquicas y prácticas, necesarias para la regulación conveniente de la actividad, de los conocimientos y de los hábitos que posee el sujeto. La dificultad hace referencia al problema que surge cuando una persona intenta lograr algo. Las dificultades, por lo tanto, son inconvenientes o barreras que hay que superar para conseguir un determinado objetivo.

6.- DEFINICIÓN DE CONTROL PRENATAL

Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano, como es el período perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna.

El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor.

Aproximadamente el 70% de la población obstétrica no tiene factores de riesgo, su control es simple, y no requiere de infraestructura de alto costo.

El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla o mesa ginecológica, esfigmomanómetro, balanza con cartabón, huinchas de medir flexibles, estetoscopio de Pinard, guantes de examen ginecológico, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carné prenatal) y equipo humano de salud.

Con la infraestructura señalada podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal que son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

6.1 identificación de factores de riesgo

Factor de riesgo es la característica o atributo biológico, ambiental o social que cuando está presente se asocia con un aumento de la posibilidad de sufrir un daño la madre, el feto o ambos.

Desde el punto de vista perinatal los problemas que con mayor frecuencia se asocian a morbimortalidad son la prematuridad, la asfixia perinatal, las malformaciones congénitas y las infecciones. De ahí que las estrategias del control prenatal están orientadas a la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las patologías que condicionan los problemas anteriormente enunciados.

Los problemas que se asocian a morbimortalidad materna son la hemorragia obstétrica, las infecciones, el síndrome hipertensivo del embarazo y las enfermedades maternas pre gestacionales.

Se han diseñado múltiples listados con factores de riesgo a los cuales se les asigna un puntaje, los que sumados, indicarían la necesidad de que esa gestación se controle en el nivel primario (policlínico general), secundario (policlínico de especialidad) o terciario (intrahospitalario) de atención prenatal.

6.2 Diagnóstico de edad gestacional

Los elementos clínicos que se utilizan para el cálculo de la edad gestacional, son el tiempo de amenorrea a partir del primer día de la última menstruación y el tamaño uterino. Para que estos elementos tengan importancia en su utilidad práctica, el control prenatal debe ser precoz, para evitar el olvido de información por parte de la embarazada, y, porque la relación volumen uterino/edad gestacional es adecuada, siempre que el examen obstétrico se efectúe antes del quinto mes.

En niveles de atención prenatal de baja complejidad, y con embarazadas de bajo riesgo, los elementos clínicos enunciados pueden ser suficientes para fijar la edad gestacional y proceder en consecuencia. Idealmente, si se cuenta con el recurso ultrasonográfico, se debe practicar ese procedimiento para certificar la edad gestacional, teniendo en cuenta que su efectividad diagnóstica es máxima antes del quinto mes (error 7 días) y deficiente a partir del sexto mes (error 21 días).

Es necesario enfatizar que el diagnóstico de edad gestacional debe ser establecido a más tardar al segundo control prenatal, debido a que todas las acciones posteriores se realizan en relación a dicho diagnóstico. El desconocimiento de la edad gestacional constituye por sí mismo un factor de riesgo. La magnitud del riesgo estará dada por la prevalencia de partos prematuros, embarazos prolongados y retardo del crecimiento intrauterino en la población obstétrica bajo control.

6.3 Diagnóstico de la condición fetal

Los elementos clínicos que permiten evaluar la condición fetal son:

- latidos cardíacos fetales
- movimientos fetales
- tamaño uterino

- estimación clínica del peso fetal
- estimación clínica del volumen de líquido amniótico

Es necesario enfatizar que la alteración de alguno de estos parámetros no constituye por sí solo una justificación para decidir la interrupción del embarazo, sino que deben efectuarse una serie de procedimientos diagnósticos (ver "Evaluación Unidad Feto-Placentaria"), los que en conjunto con el conocimiento de la edad gestacional del feto, permitirán, una adecuada decisión obstétrica.

6.3.1 Latidos cardíacos fetales.

Los LCF son auscultables con estetoscopio de Pinard desde el quinto mes de embarazo (20 semanas). Con equipos portátiles de ultrasonido pueden ser identificados desde las 10 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que la aceleración de la frecuencia cardíaca con los estímulos externos, o con movimientos fetales espontáneos, es un signo de salud fetal.

La frecuencia cardíaca fetal se considera como normal en el rango de 120 - 160 latidos por minuto; valores inferiores o superiores, se denominan bradicardia y taquicardia fetal, respectivamente, y son signos sospechosos de hipoxia fetal.

6.3.2 Movimientos fetales.

La percepción materna de los movimientos fetales ocurre entre las 18 y 22 semanas. Su presencia es un signo de vida fetal, mientras que el aumento de la actividad fetal especialmente postprandial constituye un signo de salud fetal. La disminución significativa de la actividad fetal es un signo sospechoso de hipoxia fetal.

6.3.3 Tamaño uterino.

Desde las 12 semanas de amenorrea el fondo uterino se localiza sobre la sínfisis pubiana y puede ser medido en su eje longitudinal, desde el borde superior de la sínfisis pubiana hasta el fondo uterino. Para esto se utiliza una cinta de medir flexible, graduada en centímetros, la cual se desliza entre el dedo medio y el índice del operador. La madre debe ubicarse en decúbito dorsal con las piernas semiflexionadas.

La medida obtenida debe ser localizada en una tabla de altura uterina/edad gestacional; de esa forma obtendremos indirectamente una estimación del tamaño fetal y su progresión en cada control prenatal. En el Servicio de Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica se utiliza la tabla elaborada en el Centro Latino Americano de Perinatología (CLAP). Este instrumento para identificar retardo del crecimiento intrauterino, tiene una sensibilidad de 56%, especificidad de 91%, valor predictivo positivo de 80%, y valor predictivo negativo de 77%. Debe enfatizarse que ese instrumento no debe utilizarse para calcular la edad gestacional en relación a una altura uterina determinada.

6.3.4 Estimación clínica del peso fetal.

Probablemente sea uno de los contenidos que tiene mayor dificultad en el control prenatal, ya que exige experiencia para su determinación. En nuestra experiencia, el error de estimación del peso fetal en embarazo del tercer trimestre es 10%. La estimación obtenida, en relación a la edad gestacional.

6.3.5 Estimación clínica del volumen de líquido amniótico.

Las alteraciones cuantitativas del volumen de líquido amniótico constituyen un factor de alto riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. El oligoamnios se puede sospechar cuando hay una altura uterina disminuída, con una palpación extremadamente fácil de las partes fetales. Este hallazgo debe ser siempre confirmado con ultrasonografía. El oligoamnios se asocia a rotura prematura de las membranas ovulares, retardo del crecimiento fetal, hipoxia fetal crónica y malformaciones congénitas como la agenesia renal.

El polihidroamnios se sospecha cuando hay una altura uterina aumentada con palpación dificultosa de las partes fetales. Debe ser siempre confirmado con un examen ultrasonográfico. Se asocia a patologías como embarazo gemelar, diabetes mellitus, hidrops fetal y malformaciones congénitas como la atresia esofágica y del sistema nervioso central.

6.4 Diagnóstico de la condición materna

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la

gestación. De igual forma se recopilarán antecedentes obstétricos previos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, etc.

Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico importante, contactos con tóxicos, radiaciones o material biológico, con fines de solicitar a su empleador una readecuación laboral o suspender su actividad.

Se practicará un examen físico general y segmentario con fines de diagnosticar patologías asintomáticas y derivar a especialistas. El examen físico incluye un examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, plicomas, parásitos externos anales y pubianos, vulvovaginitis, condilomas, etc) y vulvovaginal (tomar Papanicolaou).

Posteriormente, en cada control prenatal, se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, albuminuria, hematocrito y examen físico según síntomas maternos.

6.5 Educación materna

Este objetivo es fundamental para el éxito del control prenatal y de las futuras gestaciones. De igual modo, la embarazada bien instruida sirve como docente de otras embarazadas que están sin control prenatal o en control prenatal deficiente. El primer control prenatal es fundamental para instruir a la embarazada acerca de la importancia del control prenatal precoz y seriado. Se debe explicar de manera simple y adecuada al nivel de instrucción materno el futuro programa de control prenatal.

Constituyen puntos ineludibles los siguientes contenidos educacionales:

- Signos y síntomas de alarma
- Nutrición materna
- Lactancia y cuidados del recién nacido
- Derechos legales
- Orientación sexual
- Planificación familiar
- Preparación para el parto

6.5.1 Signos y síntomas de alarma.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer y diferenciar las molestias que son propias de la gestación de aquellas que constituyen una emergencia obstétrica y, por lo tanto, concurrir oportunamente al Servicio Obstétrico donde atenderá su parto. De ahí que la embarazada debe conocer la ubicación geográfica exacta del centro asistencial, idealmente debe conocerlo antes de que se presente una emergencia o ingrese en trabajo de parto. Es probable que este punto sea uno de los más estresantes para el grupo familiar y que tiene una simple solución.

La embarazada debe estar capacitada para reconocer flujo genital hemático tanto en primera mitad (ectópico, enfermedad trofoblasto, aborto), como en segunda mitad del embarazo (placenta previa, desprendimiento placenta normoinsera), y reconocer flujo genital blanco (rotura prematura de membrana, leucorrea, escape urinario).

Debe estar informada de su edad gestacional y fecha probable de parto. Este último punto genera angustia del grupo familiar y de la embarazada cuando se cumplen las 40 semanas y no se ha producido el parto. De ahí que se debe informar que el rango normal de desencadenamiento del parto es entre las 39 y 41 semanas.

Debe estar informada que los movimientos fetales serán reconocidas por ella alrededor del quinto mes y que su frecuencia e intensidad son un signo de salud fetal.

Debe estar capacitada para reconocer el inicio del trabajo de parto, con fines de evitar concurrencias innecesarias a la Maternidad, y, muy especialmente, la contractilidad uterina de pretérmino. Debe estar informada de concurrir al centro asistencial obstétrico en relación a patologías paralelas al embarazo como fiebre, diarrea, vómitos, dolor abdominal, etc.

6.5.2 Nutrición materna buen aporte de "Nutrición en el Embarazo" .

Las carencias nutricionales antes de la gestación y durante la misma, podrían afectar tanto al estado de salud de la madre como al del niño, incluso después del parto. El estado de salud y nutricional de la mujer antes de la gestación,

condiciona su propia fertilidad, el riesgo de sufrir un aborto o incluso que los hijos sufran alguna malformación. Por ejemplo la carencia de ácido fólico antes de la concepción y durante las primeras semanas de gestación, incrementa el riesgo de la aparición de espina bífida en los descendientes. Otras situaciones como un control excesivo de peso corporal, anorexia, obesidad, consumo de tabaco, café y alcohol, pueden afectar a la fertilidad. Además, la carencia de vitaminas A, C, D, E B₁₂ o minerales como zinc, selenio, yodo, calcio y hierro, también pueden originar infertilidad.

6.5.2.1 Incremento de peso

Es aconsejable que la mujer tenga un peso adecuado antes del embarazo. Si es así, durante los 9 meses de gestación se debe aumentar de media entre 9 y 12 Kg, pero depende mucho de cada situación y de cada persona.

En el primer trimestre, la subida de peso medio es entre 1-3 kg, por el aumento de reservas.

Aunque hay mujeres que incluso adelgazan debido a las náuseas y los vómitos que aparecen.

Durante el segundo y tercer trimestre es cuando se produce la mayor subida de peso, por el crecimiento mayor del feto y los tejidos, así como los depósitos de grasa de cara a la lactancia materna.

La adecuada alimentación de la mujer durante el embarazo es de vital importancia tanto para ella misma como para el bebé en gestación. Un inadecuado estado nutricional, tanto preconcepcional como durante el embarazo, impactará de forma negativa sobre la capacidad de llevar adelante ese embarazo y sobre la salud de la madre y el niño. En contraparte, una correcta alimentación contribuirá a disminuir el riesgo de bajo peso al nacer, prematuridad, inadecuaciones nutricionales de la madre y el feto, etc.

1. Comer con moderación e incluir alimentos variados en cada comida.
2. Consumir todos los días leche, yogures o quesos.
3. Comer diariamente frutas y verduras, de todo tipo y color.
4. Comer una amplia variedad de carnes rojas y blancas retirando la grasa visible.

5. Preparar las comidas con aceite vegetal preferentemente crudo y evitar la grasa para cocinar.
6. Disminuir el consumo de azúcar y sal.
7. Consumir variedad de panes, cereales, pastas, harinas, féculas y legumbres.
8. No consumir bebidas alcohólicas.
9. Tomar abundante cantidad de agua potable a lo largo de todo el día.
10. Aprovechar el momento de las comidas para el encuentro y el diálogo con los otros

6.5.3 Lactancia y cuidados neonatales.

Simultáneamente, y muy especialmente a las primigestas, se enseñarán aspectos básicos de cuidado neonatal (lactancia, higiene, control niño sano, vacunas, etc).

La OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y después continuarla hasta los dos años de vida mientras se introducen de forma gradual otros alimentos, incluso durante más tiempo si así lo desean tanto la madre como el hijo/a.

La leche materna es la mejor alimentación por sus múltiples beneficios tanto para el bebé como para la madre.

- Protege de infecciones.
- Evita la aparición de alergias.
- Se digiere fácilmente.
- No necesita preparación previa.
- Se conserva a temperatura adecuada.
- Siempre disponible
- Protege de infecciones.
- Evita la aparición de alergias.
- Se digiere fácilmente.
- No necesita preparación previa.
- Se conserva a temperatura adecuada.
- Siempre disponible.

- Favorece la recuperación del útero.
- Facilita el vínculo afectivo madre-hijo.
- Reduce el riesgo de depresión post-parto
- Reduce el riesgo de anemia
- Ayuda a bajar de peso
- Previene el cáncer de mama, de ovario y el riesgo de osteoporosis después de la menopausia

La leche materna. Contiene todos los nutrientes que el bebé necesita para crecer y desarrollarse sano, fuerte e inteligente

Contiene anticuerpos especiales que protegen el bebé contra infecciones respiratorias, gripe, asma, infecciones de oído, diarreas, alergias y otras enfermedades

Reduce el riesgo de malnutrición infantil

Es de fácil digestión y evita el estreñimiento

6.5.4 Derechos legales.

El profesional encargado del control prenatal debe velar por los derechos legales de su paciente. Esto significa que el profesional debe otorgar los certificados respectivos aun cuando la paciente, ya sea por olvido o desconocimiento, no los solicite.

6.5.5 Certificado de leche

Toda embarazada en control prenatal (institucional o privada) tiene derecho a una cuota mensual de leche en polvo y otros nutrientes según diagnóstico nutricional. Se debe llenar certificado ad hoc con los datos del profesional, identificación de la paciente, edad gestacional, diagnóstico nutricional. Con este formulario la embarazada retira su cuota nutricional en el Policlínico del Servicio Nacional de Salud más cercano a su domicilio.

6.5.6 Certificado de asignación familiar.

Toda embarazada con contrato laboral, o carga de cónyuge con contrato laboral, debe recibir al cumplir el quinto mes su certificado de asignación familiar.

6.5.7 Licencia de descanso prenatal.

Toda embarazada con contrato laboral debe recibir la licencia de descanso prenatal, sea su gestación fisiológica o patológica. Este certificado es el mismo de licencia médica por enfermedad; debe ser otorgado seis semanas antes de la fecha probable de parto (34 semanas) y puede ser otorgado por profesional médico o matrona.

6.5.8 Orientación sexual.

Los contenidos de este objetivo deben ser dados a la pareja. En un embarazo fisiológico la actividad sexual no está contraindicada.

Está especialmente contraindicada en metrorragias, o en riesgo potencial de metrorragia, como la placenta previa, y en amenaza de parto prematuro o presencia de factores de riesgo para parto prematuro.

6.5.9 Planificación familiar.

Se deben introducir conceptos generales de planificación familiar, los cuales deben ser profundizados y consolidados en el primer control puerperal.

6.5.10 Preparación para el parto.

La atención integral del control prenatal debe incluir un programa de preparación para el parto donde se informa a la paciente cuáles deben ser los motivos de ingreso a la maternidad, los períodos del parto, anestesia, ejercicios de relajación y pujo, y tipos de parto.

6.6 Exámenes de laboratorio

Los exámenes de laboratorio que se solicitan en embarazadas de bajo riesgo son:

- Grupo sanguíneo y Factor Rh
- Urocultivo
- EGO
- VDRL
- HIV
- Hemoglobina y hematocrito
- Glicemia

- Albuminuria
- Papanicolaou
- Ecografía

6.6.1 Grupo sanguíneo y Factor Rh.

Idealmente, la tipificación del grupo sanguíneo y Factor Rh debe realizarse en el laboratorio (Banco de Sangre) de la institución donde se atenderá el parto, con fines de evitar repeticiones de verificación. La tipificación consiste en identificar el grupo del sistema ABO y Rh de la madre, y se añade Coombs indirecto.

Si se detecta que la paciente es Rh negativo se manejará de acuerdo a normativa respectiva (ver "Enfermedad Hemolítica Perinatal").

Si la madre es Rh positivo con coombs indirecto positivo, se procederá a identificar a qué sistema sanguíneo pertenece el anticuerpo detectado.

6.6.2 Urocultivo.

En nuestra Unidad se efectúa urocultivo a todas las embarazadas debido a la alta prevalencia de bacteriuria asintomática (8,2%) en las madres en control. Alternativamente se puede realizar un examen de orina completa, el cual se debe efectuar con orina de segundo chorro, tomado por auxiliar de enfermería capacitada y con taponamiento de introito, con fines de evitar positivos falsos por contaminación de flujo vaginal. Si el examen es sugerente de infección urinaria se deberá solicitar un urocultivo.

6.6.3 V.D.R.L.

Es la sigla (Venereal Disease Research Laboratory) de una prueba no treponémica, utilizada en la identificación de las pacientes que han tenido infección por Treponema pálido. Se debe solicitar al ingreso de control prenatal, y al inicio del tercer trimestre (28 semanas).

6.6.4 V.I.H

La detección de anticuerpos del virus de la inmunodeficiencia humana (Elisa), se efectúa en esta institución desde hace aproximadamente tres años. Se solicita en el primer control prenatal a todas las embarazadas en control.

6.6.5 Hematocrito.

La concentración de glóbulos rojos se modifica por la hemodilución fisiológica, por las reservas de hierro y el aporte exógeno de hierro (alimentación y suplementación medicamentosa). En embarazadas no anémicas se debe solicitar un hematocrito al ingreso, a las 28 y 36 semanas.

6.6.6 Glicemia.

Aproximadamente un 5% de las embarazadas cursa una alteración del metabolismo de la glucosa. El 90% de ellos corresponde a una intolerancia a la sobrecarga de glucosa que se corrige espontáneamente en el postparto.

Se estima que un 30% de las embarazadas diabéticas gestacionales no tienen factores de riesgo para diabetes, de ahí que se recomienda efectuar determinaciones de glicemia al inicio y si se considera pertinente en cada consulta del control prenatal.

6.6.7 Albuminuria.

La detección de albúmina en muestra aislada de orina se debe efectuar al ingreso del control prenatal; si es negativa se efectuará en cada control prenatal desde las 28 semanas. La detección se efectúa con las técnicas establecidas en el laboratorio que pueden ser automatizadas o con la "coagulación" de la albúmina en la orina, cuando a la muestra se agregan 2 a 4 gotas de ácido sulfosalicílico al 20%. Si se detecta albúmina antes de las 28 semanas, con alta probabilidad se debe a una nefropatía y se deben solicitar los exámenes pertinentes para realizar el diagnóstico de certeza. Albúminas positivas en el tercer trimestre habitualmente corresponden a una preeclampsia.

6.6.8 Papanicolaou.

El embarazo constituye un excelente momento para educar a la mujer en relación a la prevención del cáncer cérvico uterino. Este procedimiento debe realizarse en el primer control prenatal como parte habitual de la semiología obstétrica. El embarazo no constituye contraindicación, como tampoco la edad gestacional, para realizar el examen. Se debe omitir cuando hay riesgos de sangrado por la especuloscopia (ejemplo: placenta previa

Todas las embarazadas con edad superior o igual a 30 años deben tener necesariamente un examen de Papanicolaou. A mujeres de menor edad se les debe efectuar el procedimiento si existen otros factores de riesgo asociados.

6.7 Periodicidad del control prenatal

La frecuencia del control prenatal está determinada por los factores de riesgos detectados en esa gestación y serán necesarios tantos controles como la patología detectada lo requiera.

En embarazos sin factores de riesgo, la frecuencia de los controles debe racionalizarse en relación a la magnitud de la población obstétrica y los recursos humanos destinados para su control.

Característicamente, los controles prenatales se efectúan cada cuatro semanas en el primer y segundo trimestre de la gestación. En el tercer trimestre (desde las 28 semanas), los controles son progresivamente más frecuentes hasta ser cada siete días desde las 36 semanas hasta el término de la gestación. El motivo de esta secuencia se debe a que desde las 28 semanas en adelante es posible detectar patologías de alta relevancia con feto viable (retardo del crecimiento fetal, diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, macrosomía fetal, amenaza de parto prematuro, malformaciones congénitas, etc).

6.8 Factores de alto riesgo obstétrico perinatal

Los antecedentes maternos, cuidados durante el embarazo, estado socioeconómico son algunos de los factores de interés que debe considerarse cuando se valora a la gestante.

La prevención y manejo de dicho riesgo mejora la salud materna y ayudara a disminuir la mortalidad perinatal.

6.8.1 Antecedentes obstétricos

- Primípara precoz (< 17 años)
- Primípara tardía (> 35 años)
- Gran multípara
- Mayor de 40 años

6.8.2 historia obstetricia

- Infertilidad
- Aborto provocado
- Aborto habitual
- Mortalidad perinatal
- Malformaciones congénitas
- Bajo peso de nacimiento

6.8.3 Socioeconómicas

- Extrema pobreza
- Analfabetismo
- Consumo de alcohol, tabaco y drogas
- Actividad laboral inadecuada
- Ruralidad

6.8.4 Nutricionales

- Desnutrición materna
- Obesidad

6.8.5 Patología pélvico-genital

- Cicatriz uterina previa
- Pelvis estrecha
- Patología genital

6.8.6 patología medica-obstétrica

- Síndrome hipertensivo
- Colestasia intrahepática
- Rh negativa sensibilizada
- Hemorragia primera mitad del embarazo
- Hemorragia segunda mitad del embarazo
- Edad gestacional dudosa
- Embarazo prolongado
- Rotura de membranas ovulares

- Gemelar
- Macrosomía
- Diabetes
- Cardiopatías
- Anemia
- Amenaza parto prematuro
- Enfermedades neuropsiquiátricas

6.9 Acciones y procedimientos instancia

Anamnesis medica primer control

Anamnesis ginecoObstetricia

Primer control

Examen físico general primer control

Examen gineco-obstetrico primer control

Talla primer control

Peso en cada control

Índice peso/talla en cada control

Presión arterial en cada control

Medición altura uterina en cada control

Auscultación fetal desde las 20 semanas

Estimación de peso fetal desde las 28 semanas

Especuloscopia primer control y según necesidad

Hematocrito primer control, 28 y 36 semanas

VDRL primer control y tercer trimestre

Glicemia ayuno primer control

Glicemia post 50 g de glucosa a las 28 semanas

Urocultivo primer control

Albuminuria cualitativa desde las 28 semanas

Grupo-Rh primer control

Ecografía primer control, 28 y 36 semanas

Educación materna en cada control

Asignación familiar prenatal al quinto mes cumplido

Licencia prenatal a las 34 semanas
Certificado de leche mensualmente

7.- CAPACITACIÓN CONTINUA EN EL CONTROL Y ATENCIÓN PRENATAL PARA LOS COLABORADORES DE SALUD EN ENFERMERÍA

Para poder laborar el personal de enfermería principalmente como se trabaja con seres humanos debe de estar muy actualizado para poder disponer de cuidar de los demás que necesitan de su colaboración para ello así como el tiempo pasa también las tecnologías cambian hay más avances cada día.

7.1 Equipo del personal para la atención prenatal

Las normas y protocolos de atención prenatal, parto y puerperio de bajo riesgo y de recién nacido están dirigidas a todas y todos los Trabajadores de la Salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios.

7.1.1 Personal de intervención en la atención prenatal

Las embarazadas suelen ser atendidas por los siguientes profesionales de la salud:

Obstetras o tocólogos (médicos especializados en el embarazo y el parto)

Obstetras/ginecólogos (médicos especializados en el embarazo y el parto, así como en la salud de la mujer)

Médicos de familia (médicos que, en lugar de especializarse en un área de la salud en concreto, brindan una amplia gama de servicios a pacientes de todas las edades; en algunos casos, esto incluye la atención obstétrica)

Enfermera obstétrica titulada o partera (una enfermera especializada en la atención médica de la mujer, incluyendo la atención prenatal, el parto y el alumbramiento, así como la atención posparto en los embarazos sin complicaciones).

Si se goza de buena salud y no hay motivo para anticipar complicaciones en su embarazo y parto, considerando que las enfermeras obstétricas deben contar con

la disponibilidad de un médico durante el parto por si fuera necesario realizar una cesárea.

Es posible que el profesional de la salud canalice a la paciente gestante a un médico con experiencia en embarazos de alto riesgo de ser necesario

Presencia de afección crónica como la diabetes o problemas cardíacos

Existe un riesgo incrementado de parto prematuro supera los 35 años

tiene un embarazo múltiple presenta algún otro factor de riesgo durante el embarazo que podría colocarla en la categoría de alto riesgo

7.2 Déficit en personal de enfermería

Dentro de la atención prenatal del primer nivel de salud existe un déficit del número de profesionales en enfermería dando una escases de aproximadamente 35% dando una deficiencia de atención hacia las mujeres gestantes.

Por lo tanto se ha gestionado aumentar por lo menos al 80% el número de plazas para enfermeras para dar mejor nivel de atención.

La sobrecarga de trabajo por el aumento de derechohabientes y la falta de personal es la principal problemática que presenta el gremio de enfermería.

Es insuficiente para dar atención a la totalidad de pacientes, “se tiene una deficiencia de personal de un 35% por lo tanto en cualquier institución del estado o del país, la plantilla de personal de enfermería son insuficientes

Se ha gestionado con las autoridades para que se aumente por lo menos al 80% el número de plazas, sin embargo con la apertura de nuevos hospitales, los puestos destinados a enfermeras que pueden ir de 50 a 80, serán insuficientes “con la ampliación del hospital vienen plazas para el gremio de enfermería aun así va a hacer falta más recursos humanos”.

Para las nuevas generaciones de licenciados en Enfermería egresan con una visión enajenada al trato directo con el paciente, situación que se ve agravada al entrar en funciones “la falta de personal, el aumento de trabajo, la implementación de aparatos electro médicos hacen que la enfermera ya no esté al 100% directamente con el paciente, sino que estemos enfocadas en otros aspectos”.

Los valores, el compromiso, el trabajo en equipo y sobre todo motivar al gremio de enfermería de capacitarse constantemente para dignificar el sistema de salud en el estado.

Desde hace largo tiempo las enfermeras actúan colectivamente en algunos campos como el establecimiento de disposiciones especiales para programas de estudio y concesión de diplomas, la acción en favor de su propio bienestar económico y social no ha sido, por el contrario, objeto de igual interés. Este descuido ha contribuido directamente a mantener condiciones de trabajos insatisfactorias, bajos salarios y escasas satisfacciones profesionales, todo lo cual ha creado una situación en que la escasez continua de enfermeras y la dificultad de atraer candidatas capaces y mantenerlas en la profesión se hace totalmente evidente.

La falta de personal de enfermería calificado y estable contribuye, a su vez, a que la atención al paciente sea en muchos casos insuficiente. Para comprender esta sucesión de acontecimientos parecería útil examinar las tendencias históricas y sociales que han influenciado a las enfermeras y a la atención de enfermería. Consideraremos primero en este trabajo, las funciones que deben desempeñar una enfermera, como éstas funciones há sido tradicionalmente consideradas como trabajo femenino, y los resultados de esta posición en cuanto a la escasez de personal de enfermería.

7.2.1 La enfermería como trabajo femenino

La enfermería ha sido tradicionalmente considerada como un trabajo para mujeres, y el cuidado de los enfermos ha estado en general en manos de enfermeras, aunque la situación varié ligeramente de un país a otro. Son generalmente las mujeres de la familia quienes se ocupan de los enfermos de la casa y, consecuentemente, son mujeres las primeras en haber sido preparadas para el cuidado de los enfermos cuando se necesitó un grado de conocimientos más elevado que el que posee una persona sin profesión o especialización. Además de esta identificación con el sexo femenino, la enfermería ha estado también identificada como una vocación religiosa. A través de la historia de la religión organizada sabemos que una de las más importantes tareas de sus

integrantes, especialmente de las mujeres, ha sido la de suministrar ayuda y confort a los enfermos. Esto era considerado como parte de sus obligaciones y por lo tanto no se esperaba que fuera económicamente remunerado.

Se esperaba generalmente, que las enfermeras consideraran las necesidades de sus pacientes antes que las suyas propias en el aspecto económico y social, y que además obedecieran siempre a sus "superiores", considerándose como tales a los médicos y otras enfermeras de mayor autoridad. Estas continúan siendo características de las enfermeras de nuestros días.

Por ser identificada como trabajo femenino, la importancia de la enfermería es a menudo subestimada, como lo son otras tareas que están a cargo de mujeres: el cuidado de los niños, la cocina, la limpieza y el cuidado del hogar y la familia en general. Contribuye a la devaluación de las funciones de la enfermería el hecho de que muchos aspectos del cuidado de los enfermos requieren, para su desempeño, habilidades o técnicas de tipo manual. En muchos grupos humanos las personas que trabajan con sus manos son consideradas como inferiores a las que trabajan con su cabeza.

Aun cuando las enfermeras necesitan para desempeñarse tanto unas como la otra, la inclusión de tareas manuales entre sus obligaciones ha determinado la deterioración de la imagen de la profesión. La identificación histórica de la enfermería como profesión de mujeres y como vocación religiosa, junto con el importante elemento que es el trabajo manual en enfermería, ha ejercido una decisiva influencia en la manera de la cual la enfermería ha evolucionado y es socialmente considerada.

7.2.2 Consecuencias de la escasez de enfermeras

La combinación de arduo trabajo y énfasis en el sacrificio y la obediencia ha hecho que la enfermería atraiga en cuanto a vocación religiosa, pero no para que se la considere en general, como una ocupación atractiva. La escasez de enfermeras competentes es un problema al cual se enfrentan hoy en día casi todos los países del mundo. El problema surge en cuanto al reclutamiento de candidatas y también que dejen la profesión. A ello se agrega el hecho de que las enfermeras que están preparadas para un servicio profesional de primera categoría no tienen, en la

mayoría de los casos, tiempo suficiente para dedicar al cuidado directo del paciente, y deben por el contrario dedicar-se a enseñar y supervisar personas con menor preparación o a coordinar las actividades de otros profesionales de la salud. Es un hecho reconocido desde hace tiempo, que las enfermeras mejor preparadas y más eficaces en la atención de enfermos son las primeras en ser promovidas a otro tipo de tareas. De esta manera los pacientes quedan en manos de personas que poseen una formación incompleta o improvisada.

Otra consecuencia negativa de la escasez de enfermeras calificadas es que, aquellas que lo son, no cuentan con tiempo suficiente para dedicar al mejoramiento del nivel general de conocimiento en enfermería debido a que han estado dedicadas a la enseñanza de otras enfermeras. Muchos aportes al saber científico profesional permanecen en un estado incipiente, debido en gran parte a que solamente un pequeño número de enfermeras le ha dedicado atención y energía para experimentar sus posibilidades. Las enfermeras han debido depender de lo que es reconocido y de lo que se ha obtenido de otras ocupaciones, en lugar de contar con programas activos de investigación para crear nuevos métodos de trabajo. Los conocimientos de enfermería sobre cómo aliviar el dolor, aumentar el confort del paciente, promover el descanso y el sueño, enseñar a los pacientes todo lo relativo a la salud y la enfermedad, así como innumerables problemas de toda índole, permanecen a un nivel de sub-desarrollo. Cuando en el programa de estudios se introducen nuevos conocimientos, se trata casi siempre de aportes de la medicina u otras disciplinas paralelas, en lugar de ser el resultado de la reflexión y la experimentación de las propias enfermeras para mejorar el nivel de su profesión.

La escasez de personal de enfermería, la importante concentración de enfermeras en la enseñanza y la coordinación del trabajo de otras personas, así como la falta de desarrollo del cuerpo de conocimientos propios de la profesión, son los elementos que han contribuido a que el nivel de la atención al paciente y, por lo tanto, más normas fijadas para los cuidados de la salud, sean inferiores a lo que sería deseo. Esta es la realidad tanto en los países industrializados como en los insuficientemente desarrollados, y es causa de frustración de enfermeras y de

pacientes. Para complicar la situación actual, la demanda de la población por servicios de salud se ha acrecentado en muchos países, con lo cual la diferencia entre el tipo de cuidados de enfermería y de salud deseado y el que se presta en la actualidad se hace cada día más evidente.

7.2.3 Características de una profesión

El problema del nivel de los cuidados de enfermería que se prestan es en parte producto del auto estimación de la enfermería misma como profesión. La opinión que las enfermeras tienen de sí mismas como profesionales no siempre coincide con la definición que otras personas adjudican a los profesionales. La mayoría de los sociólogos, por ejemplo, concuerdan en que hay tres criterios principales para definir una profesión. El primero es que los profesionales deben contar con un largo período de educación para recibir conocimientos especializados; el segundo, que una profesión está orientada a prestar un servicio especial a gente que lo necesita. El tercer criterio, autonomía, se basa en los mencionados, educación y servicio. Autonomía profesional significa que son los miembros de una profesión quienes la reglamentan y la controlan. El argumento en favor de esta posición es que si el cuerpo de conocimientos de los profesionales es en realidad tan especializado, nadie mejor que ellos mismos podrá definir los términos de un ejercicio profesional seguro y efectivo. Una persona que no posee el conocimiento especial de una disciplina determinada no es la más indicada para emitir juicios acerca de cómo esos conocimientos deben ser utilizados. Esta es la base sobre la que se asienta el concepto de que los profesionales deben tener la autoridad necesaria para controlar el ejercicio de su profesión.

Aunque la profesión produce las normas y las indicaciones acerca de cómo el trabajo debe ser realizado, no es común que un profesional supervise a otro profesional, salvo durante período de adiestramiento. Los profesionales se asesoran y consultan entre colegas, pero la responsabilidad de una decisión corresponde al profesional que la ha tomado. El juicio profesional significa la utilización de los conocimientos especializados que se poseen, para tomar la mejor decisión de cómo aplicarlos a una situación determinada. En el modelo

profesional, el conocimiento es la base que otorga autoridad a los miembros para tomar decisiones respecto al ejercicio de la profesión.

7.2.4 Conflictos en las fuentes de autoridad

Esto contrasta con la situación existente en organizaciones de gran complejidad dentro de las cuales prima la autoridad de cada cargo. Dichas organizaciones están generalmente estructuradas en base a una jerarquía de autoridad, o sea que en ellas cada persona deberá obedecer las órdenes impartidas por otra persona de jerarquía superior. Esto plantea un conflicto potencial cuando la organización emplea profesionales. La noción de que, por el hecho de desempeñar un cargo administrativo superior, cualquier persona está automáticamente autorizada a supervisar el trabajo de profesionales situados desde el punto de vista jerárquico en un nivel inferior, ha sido considerada como una situación en conflicto con el modelo profesional. En épocas anteriores los profesionales actuaban aisladamente o en pequeños grupos, en contacto directo con sus clientes. Hace relativamente poco tiempo que los profesionales son empleados en gran número por organismos complejos.

Los cambios producidos en las condiciones de empleo de los profesionales y en sus relaciones con los clientes, han sido la causa de muchos problemas para determinar quién es la persona mejor calificada para tomar determinadas decisiones sobre servicios profesionales al público. El conflicto potencial entre la autoridad burocrática y la autoridad profesional es un problema que deben enfrentar los profesionales que trabajan en organizaciones.

De los criterios profesionales mencionados, y generalmente aceptados (largo período de aprendizaje, orientación y la prestación de servicios y autonomía), la enfermería ha dedicado principalmente su atención a los dos primeros habiéndose interesado menos en el de la autonomía. Las enfermeras, en general, se han interesado por elevar el nivel de su educación. Esto ha un esfuerzo internacional, que aún hoy persiste intensamente. Tampoco se pone en duda la orientación del ejercicio de su profesión; la enfermera presta un servicio que es claramente necesario al público.

Lo que si puede decirse es que no se ha prestado mayor atención a la dimensión de la autonomía de su profesionalismo, a causa principalmente de que se espera obediencia de su parte. Los conceptos de obediencia ciega y autonomía son contradictorios. La atención que la educación y el servicio han merecido a la enfermera, y su desinterés por la autonomía profesional, han tenido consecuencias negativas para la enfermería.

7.2.5 Efectos negativos sobre la enfermería

Uno de los efectos negativos de la falta de preocupación por la autonomía profesional es el hecho de que las enfermeras no han estado en condiciones de controlar el ejercicio de su propia profesión.

Por el contrario, han debido llevar a cabo ordenes, incluso sobre asuntos de enfermería, impartidas por superiores en la jerarquía administrativa, aún si los administradores fueran o no enfermeras. Han debido también obedecer las órdenes de los médicos, aun cuando estas órdenes se relacionaban con los cuidados de enfermería más bien que la atención médica. Por supuesto, todas las personas que trabajan en una organización deben cumplir con una serie de reglamentos y disposiciones para que esta funcione. Además, en la medida en que las enfermeras ejecutan funciones médicas delegadas, es apropiado que sean supervisadas por él y que cumplan sus órdenes. Pero en la medida en que ellas prestan cuidados de enfermería, no es apropiado pensar que médicos y otras personas que no sean enfermeras tengan los conocimientos o la autoridad para supervisar a las enfermeras. Es aquí que debe establecerse claramente la distinción entre la medicina y la enfermería, con enfermeras controlando definitivamente el ejercicio de su profesión.

A causa de su tradicional convicción de que debe estar supeditada a otras personas, la enfermera, con frecuencia, no ha ocupado cargos que implicaran la toma de decisiones en el ámbito de la enfermería y menos aún en el de la atención de salud en general. Aunque es hoy día cada vez más reconocido el hecho de que la atención de la salud comprende que la atención médica, la participación de enfermeras en el proceso de toma de decisiones con respecto a atención de salud en general es extremadamente lenta en muchos países, y en

otro ni siquiera existente. Como las enfermeras no están en posiciones para la toma de decisiones sobre atención de salud, los presupuestos para los programas de atención de salud reflejan poca prioridad para enfermería.

Otro efecto de la falta de autonomía es la falta de iniciativa de las enfermeras en cuanto a luchar por obtener una remuneración justa y de acuerdo con su trabajo.

En una sociedad donde la remuneración varía de acuerdo con el tipo de trabajo, los profesionales están en general mejor pagados que otros funcionarios con menor preparación. Pero esto no ha sucedido con la enfermería. Las enfermeras dedican varios años de su vida a recibir una instrucción especializada, y luego desempeñan duras y serias tareas de responsabilidad relativa al cuidado de los pacientes. A pesar de ello nunca han esperado ni se ha esperado que el salario que les corresponde sea de igual nivel que el de otros profesionales con similar preparación y responsabilidad.

7.3. Calidad y calidez del personal de enfermería

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones, y específicamente la enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes

Las nuevas tecnologías en el cuidado de salud han aumentado los costes del sector salud y las expectativas de la población con relación a los servicios ofrecidos. Sin embargo, estudios indican fallas en la calidad y seguridad de la atención, con ocurrencia de eventos indeseados, perjudicando el imagen de las organizaciones de salud(2-4).

Aunque diversos países presentan problemas en la calidad y seguridad de la atención hospitalaria, esfuerzos han sido observados para mejorar su eficiencia y eficacia(5-6). Para tanto, la Organización Mundial de Salud(7) recomendó que gestores consideraran las expectativas de los ciudadanos en la toma de decisión y, desde entonces, varios estudios sobre satisfacción del paciente han sido conducidos(8-10). La satisfacción del paciente es importante en sí y, además, ha sido sugerida como indicador de calidad del cuidado en países desarrollados(

7.3.1 Definición

Calidad de atención es un conjunto de cosas, no solo es que esto sea bonito, esa calidad que le va a dar el médico, la atención, la calidez que le va a brindar, la confianza y tampoco solo es eso, sino que también contemos con todo lo necesario, con ambientes calentitos, con ambientes adecuados, con medicamentos a la mano, con todo eso, o sea es un conjunto de cosas que hacen la calidad

En el contexto del mundo globalizado, donde la ciencia, la tecnología y la información están dentro del alcance de muchos, las profesiones, y específicamente la enfermería, enfrentan la necesidad de perfeccionar sus procesos de trabajo con vistas a garantizar cuidados con calidad a los pacientes.

Las nuevas tecnologías en el cuidado de salud han aumentado los costes del sector salud y las expectativas de la población con relación a los servicios ofrecidos. Sin embargo, estudios indican fallas en la calidad y seguridad de la atención, con ocurrencia de eventos indeseados, perjudicando el imagen de las organizaciones de salud

La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes.

En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones. Cambios en el contexto mundial han hecho con que los pacientes y sus familiares exijan un comprometimiento renovado con la mejora de la calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, estimulados por la preocupación con la seguridad del paciente

La salud es uno de los campos en los que últimamente se está buscando con mayor decisión trabajar en calidad del servicio. Tanto en el ámbito público como privado se están haciendo esfuerzos y desarrollos para mejorar la calidad, pero a veces esos esfuerzos no se orientan en la dirección adecuada.

Por algo es que la palabra calidez aparece con mayor frecuencia asociada a los servicios de salud que a otro tipo de servicios. Es que se está comprendiendo que la calidez es un aspecto muy importante para alcanzar la satisfacción de los pacientes. El testimonio que voy a mostrarte refleja esta realidad.

La calidad en los servicios de salud debe indudablemente contar con la calidez en el trato al paciente y a su familia. Sin este pilar, el servicio estará incompleto.

La importancia de brindar un trato digno al paciente y a sus familiares, y les recordó que debe de seguir ciertos parámetros como: saludar al paciente de forma amable, presentarse con el paciente, dirigirse a ellos por su nombre, explicarles sobre los cuidados o actividades que se le van a realizar de manera clara, ofrecerles un ambiente de confort, intimidad y seguridad, y sobre todo enseñarles los cuidados que debe tener respecto a su padecimiento.

7.4 Algunas opiniones de los usuarios ante enfermería

Los profesionales del equipo de enfermería atribuyen una gran importancia a mostrarme como seguir las orientaciones médicas

Los profesionales del equipo de enfermería están siempre muy desorganizados para aparentar calma

Los profesionales del equipo de enfermería dan buenos consejos

Los profesionales del equipo de enfermería realmente saben de lo que están hablando

Los profesionales del equipo de enfermería son lentos para hacer las cosas

Los profesionales del equipo de enfermería no hacen correctamente su trabajo

Los profesionales del equipo de enfermería son habilidosos al ayudar al médico en los procedimientos

Los profesionales del equipo de enfermería deberían ser más atenciosos de que son

Los profesionales del equipo de enfermería son agradables de tener a tu lado

La gente se siente cómodo para hacer preguntas a los profesionales del equipo de enfermería

Los profesionales del equipo de enfermería deberían ser más amigables de lo que son

Los profesionales del equipo de enfermería logran comprender como me siento
Cuando necesito conversar con alguien, puedo contar mis problemas a los profesionales del equipo de enfermería

Los profesionales del equipo de enfermería están muy ocupados en la enfermería para perder tiempo conversando conmigo

Los profesionales del equipo de enfermería son comprensivos al oír los problemas del paciente

Los profesionales del equipo de enfermería no tienen paciencia suficiente

Sólo de conversar con los profesionales del equipo de enfermería se sienten mejor

Los profesionales del equipo de enfermería muchas veces no logra comprender la explicación médica sobre su enfermedad, entonces simplemente no se preocupan en explicar

Los profesionales del equipo de enfermería explican las cosas en un lenguaje simple

Los profesionales del equipo de enfermería hacen muchas preguntas, pero cuando reciben la respuesta parece que no hacen ningún esfuerzo

Me gustaría que los profesionales del equipo de enfermería me dieran más informaciones sobre los resultados de mi investigación

Es siempre fácil comprender lo que los profesionales del equipo de enfermería están diciendo

Los profesionales del equipo de enfermería proveen las orientaciones en la velocidad correcta

La enfermería, al brindar su cuidado a personas con problemas de salud, debe tener sus acciones dirigidas a las demandas biológicas, sociales, espirituales y psíquicas del ser humano. Para estimular y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales, el profesional de enfermería puede valerse de algunas intervenciones, tales como: ofrecimiento de apoyo a la necesidad espiritual o religiosa, facilitación de la práctica de una religión, aconsejarles espiritualmente,

contactar un consejero espiritual y ayudar en la resolución entre el tratamiento y las creencias espirituales

Entre los años de 1990-2000, el Ministerio de Salud (MINSA) ha tratado de mejorar la calidad de atención en varios servicios, haciendo énfasis en los de salud sexual y reproductiva por medio del plan de mejoramiento continuo de la calidad para lo cual recomendó en sus lineamientos de 1995-2000 llevar a cabo una reestructuración sectorial que promueva la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud.." así como "reubicar al usuario como centro de actividades del sector, facilitándole el acceso a la información necesaria, sin embargo, esto parece no haber repercutido en el desarrollo de los diferentes proyectos que se implementaron en ese momento puesto que el trabajo que se realizó fue disperso sin un enfoque en común y sin estrategias adecuadas para establecer un modelo de atención con calidad.

7.5 Calidad de atención centrada en el cliente

Para proporcionar atención de alta calidad los proveedores de servicios tienen que entender y respetar las necesidades, actitudes e inquietudes de sus clientes y hay que tener en cuenta que las percepciones de estos últimos, se ven afectadas por factores personales, sociales y culturales.

Las investigaciones ponen de relieve la necesidad de considerar dichas perspectivas sobre la calidad de la atención porque esto eleva la satisfacción del cliente y su uso sostenido de los servicios y mejora en último término la salud

Los clientes manifiestan una serie de obstáculos antes de llegar a la atención.

1. Antes de llegar a la clínica: barreras socioculturales, autonomía de la mujer, normas socioculturales, mitos y rumores, cuestiones de género y discriminación y el acceso, distancia y costo.
2. En la consulta propiamente dicha: tipo y disponibilidad de insumos, trato respetuoso y amistoso, intimidad y confidencialidad, proveedores competentes, ejercicio del derecho a la decisión informada, horarios y tiempo de espera adecuados y servicios accesibles.

Calidad de atención centrada en el proveedor (LANTIS K., 2002).

Los proveedores de información y servicios de salud reproductiva son parte esencial de la compleja ecuación que determina la calidad de atención sanitaria. Ellos son los responsables de proporcionar a sus clientes la información que necesitan para tomar decisiones con conocimiento de causa sobre los métodos anticonceptivos que usarán y de asegurarse que los clientes reciban atención médica competente; pero la capacidad de los proveedores para cumplir con su objetivo final de proporcionar un servicio de alta calidad se ve afectada por otros factores, como las tradiciones y costumbres locales, la cultura médica en la que se desenvuelven y la solidez de las instalaciones y el sistema de atención a la salud.

7.6 Calidad de atención en los servicios de Control Prenatal

Los proveedores son el principal punto de contacto entre los clientes y el sistema de sanidad, por lo que tienen un papel esencial en detectar y satisfacer la necesidad de los clientes. Sin embargo, la conceptualización que ellos tienen de calidad de atención es muy limitada, pero hacen referencia a los siguientes puntos para lograr un cambio:

- Ampliación del acceso a los servicios de salud.
- Estabilidad financiera en el sector.
- Condiciones de trabajo.
- Materiales tanto de procedimiento como de capacitación.
- Obstáculos causados por actitudes y reglamentos.
- Insuficiente capacidad técnica o falta de habilidades en las relaciones interpersonales.

La propuesta planteada para mejorar la calidad de atención es de acuerdo a los factores de mayor peso en cada contexto, sin embargo, una propuesta es:

- Desarrollar normas y pautas de servicio.
- Mejorar los sistemas de logística y apoyo.
- Mejorar la capacitación del personal, es decir, que se cuente con un enfoque específico para tomar en cuenta las comunicaciones interpersonales, poner en ejercicio y reforzar lo aprendido en las capacitaciones.
- Reforzar la supervisión y gerencia del personal.
- Proporcionar herramientas de autoevaluación.

- Asegurarse de que los proveedores de atención de la salud utilicen ayudas visuales en su trabajo.

7.7 Capacitación constante al personal para mejorar la calidad y calidez

Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos, a la homogenización del manejo de Atención prenatal, parto, puerperio de bajo riesgo, y de la atención del recién nacida/o normal, con el fin de incidir en la identificación de factores de riesgo para reducir las muertes maternas e infantil.

Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Artículo 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones

Siguientes:

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad”.
- Brindar servicios de salud a la población, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.
- Garantizar la seguridad de las y los usuarias/os velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

7.7.1 Definiciones

Muares (2000) dice que, la calidad en la atención en el control prenatal se entiende como el "conjunto de atributos percibidos en los controles prenatales de primer nivel de atención que permiten calificarlo como mejor, igual o peor que sus similares, estos atributos utilizados pueden apreciarse a través de indicadores de calidad lo que muestran las características de los recursos humanos, técnicos, de infraestructura, etc. que se disponen para desarrollar una intervención, aunque algunos se enfocan en los resultados de las mismas. Los indicadores de calidad del proceso son evidenciados por las atenciones directamente, pero están relacionando una compleja red de recursos, donde la efectiva interacción del

paciente con el servicio de salud define en alguna medida los resultados pero está afectada también por las condiciones estructurales del entorno y particulares del paciente y su familia. En este sentido también la accesibilidad y utilización, así como la evaluación directa de las acciones de los profesionales de la salud están incluidas en este tipo de indicadores que determinan indirectamente la eficiencia de las intervenciones en salud

7.8 Mejoramiento continuo de la calidad en salud

Debe ser visto como un proceso de Autocontrol, centrado en el cliente y sus necesidades, que lo involucra en sus actividades, y que consiste en la identificación permanente de aspectos del proceso que resulten susceptibles de mejoramiento, con el fin de establecer los ajustes necesarios y superar las expectativas de dichos clientes.

Debe involucrar a todas las personas en la organización.

Implica una filosofía de vida laboral, personal y social, centrada en esfuerzos de mejoramiento constante, y aunque los mejoramientos aislados son pequeños, el proceso origina resultados dramáticos a través del tiempo, además de constituir un modelo de bajo riesgo.

Procura convertir en cultura organizacional el mejoramiento de los procesos: hace esfuerzos para trabajar en las personas, en su estado de ánimo, en la comunicación, en el entrenamiento, el trabajo en equipo, el compromiso y la disciplina. Es un enfoque de sentido común que fomenta el pensamiento orientado a procesos, ya que los procesos deben perfeccionarse para que mejoren los resultados. El hecho de no lograr los resultados indica que hay una falla en el proceso. Es responsabilidad de la gerencia identificar y corregir los errores debidos al proceso.

Es fundamental tener claro que en el control prenatal es importante no sólo el número de visitas que la gestante realice al centro de salud, sino cuándo fueron realizadas estas durante el transcurso del embarazo y con qué calidad. El control prenatal, con inicio desde el primer mes de embarazo y con consultas médicas una vez por mes hasta el parto, permite identificar complicaciones del embarazo como infecciones cervicovaginales, diabetes gestacional, preeclampsia,

infecciones sistémicas (VIH y otras), además, permite establecer medidas preventivas oportunas de acuerdo con la situación de la embarazada en el momento oportuno, lo que significa un costo menor en su atención posterior y mejora la calidad de la atención y la calidad de vida de las gestantes y sus hijos.

El enfoque de riesgo es un instrumento para identificar los problemas prioritarios que contribuyen a la mortalidad perinatal en los diferentes niveles de atención y cobertura, a partir de esto permite crear y distribuir en forma racional los recursos que se requieran, proponiendo estrategias que muestren beneficios en la población obstétrica, así como en la disminución de la mortalidad perinatal, por esto el control prenatal debe incluir este enfoque.

los profesionales en enfermería obstétrica los que brinden el control prenatal, pero que ve como único inconveniente el hecho de que no pueden recetar fármacos por lo que siempre se requiere la participación de un profesional en medicina, sin embargo, en el decreto y en la Guía antes mencionada se establece que los y las profesionales en enfermería ginecobstétrica pueden prescribir hierro y ácido fólico, que son los fármacos recetados en el control prenatal.

Es claro que la participación de profesionales en enfermería ginecológica, obstétrica y perinatal es de suma importancia para brindar a la población un servicio de calidad.

Tamayo y Ahued (2003) mencionan al respecto que el control prenatal reduce la morbimortalidad materna y perinatal, el número de partos prematuros y el de productos con bajo peso al nacer; de igual forma permite identificar factores de riesgo, lo cual hace posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo.

El mejoramiento de la salud donde el número hablan respectivamente de:

“Reducir la mortalidad infantil” y “Mejorar la salud materna”.

El cuidado que se le brinda a las mujeres gestantes tiene como objetivo prevenir e identificar oportunamente problemas de salud en la madre y el bebé, esto se encuentra refrendado desde los organismos internacionales:

Hay escasa o casi nula participación de los y las profesionales en Enfermería Ginecológica, Obstétrica y Perinatal, en el proceso del control prenatal, a pesar de

que la legislación nacional y estudios reconocen que estos y estas profesionales cuentan con las competencias necesarias para brindar un adecuado control.

Proceso de Mejoramiento Continuo de la Calidad.

El proceso de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios se orienta a mejorar constantemente y en forma gradual la estructura, el proceso y los resultados en salud. Todo lo mencionado hace posible la creación de políticas públicas aplicables a cada contexto para alcanzar niveles cada vez más aceptables de calidad.

Es importante entender que la mejora requiere cambios, pero que no todo cambio es una mejora; el cambio debe ser probado y estudiado para determinar si el cambio lleva a una mejora en la calidad. De esta manera la mejora continua como un proceso.

Los procesos de mejora continua, están orientados a:

- Proporcionar una metodología, herramientas para la mejora permanente de las actividades y procesos de salud desarrollados en los establecimientos de salud.
- Proporcionar una política, una filosofía y valores que impulsen la participación decidida del personal en los procesos de mejoramiento de la calidad.
- Implementar una metodología de trabajo, de involucramiento de las personas en la optimización de sus procesos de trabajo, que tiene un inicio, pero no un final.
- Impulsar en general, las iniciativas y la creatividad de las personas, desarrollando la metodología de trabajo en equipo.

La calidad requiere ser abordada desde la dimensión humana, que incluye el respeto a las personas y su cultura, la información veraz y oportuna, el interés manifiesto en la persona, sus percepciones y necesidades, la amabilidad y empatía, el trato cordial y calido. Así como en la dimensión técnica, referida a la eficacia, eficiencia, continuidad en la atención, seguridad (con los menores riesgos posibles), integralidad y ética (MINSa, 2002).

La mayor parte de los programas y proyectos utilizaban el término “calidad” como sinónimo de competencia técnica y fueron pocos los que incluyeron en su foco de atención la satisfacción de las necesidades de las usuarias. Sin embargo, hay que la atención. Al mismo tiempo se ejecutaba el Programa de Mejoramiento Continuo

de la Calidad –con fondos también de USAID- cuyo fin era elevar la calidad de atención que se brindaba a los pacientes en el sistema de salud y la satisfacción de estos últimos por los servicios recibidos.

Es así que el Sistema de Gestión del Ministerio de Salud define la calidad como “un fin social que sintetiza y plasma el principio de la condición y el desarrollo humano, del cual la calidad de atención es un aspecto. La calidad es considerada como una gran estrategia para el desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, constituyéndose un punto de partida para la puesta en marcha de un conjunto variado de técnicas e instrumentos destinados a mejorar la provisión de los servicios

8.- CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE SALUD PARA UN ADECUADO CONTROL PRENATAL

La Salud Perinatal se ha convertido en una prioridad a nivel internacional, para mejorar la salud materna está escrita en las agendas de Desarrollo Social, Equidad de Género y Salud Pública, y constituye uno de los Objetivos del Milenio (ODM) de la Organización de las Naciones Unidas, cuya meta es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015 y lograr el acceso universal a la atención materna por personal calificado, reflexionar sobre el compromiso planteado se debe contrastar con el escenario real para ser consciente que realmente se implemente, dicho planteamiento involucra la intervención del profesional de Enfermería dirigida a la atención del embarazo

Desde 2011, la OPS, oficina regional de la OMS para las Américas, trabaja junto a la Secretaria de Salud del Estado de México para mejorar la calidad del recurso humano y asegurar el acceso universal a servicios de maternidad. Ha capacitado a personal de salud de la maternidad, pero también del Estado con el fin de mejorar sus conocimientos en control prenatal, uso de tecnologías y manejo adecuado de las principales emergencias obstétricas, entre otros.

Como evento natural, la maternidad debería estar libre de complicaciones y, por lo tanto, de muerte. Los fallecimientos derivados del embarazo, parto, puerperio y sus procesos de atención se consideran, en su mayoría, evitables con los recursos

actuales. Sin embargo, cada año fallecen más de medio millón de mujeres en todo el mundo por estas causas.

El presente estudio pretende reconocer la función del primer nivel de atención para fortalecer el control prenatal con las acciones de consejería orientadas a diversas intervenciones durante el proceso gestacional.

En este sentido, es necesario fortalecer las intervenciones destinadas a orientar, asesorar y educar a las mujeres para desarrollar autocuidado de la salud antes, durante y después del embarazo. Esta actividad concuerda con lo establecido por la OMS:

los profesionales especializados en esta área deberán promover el apoyo social, fungir como consejeros y educadores de las mujeres y sus familias y a las comunidades donde actúan, respecto al autocuidado reformulando las políticas públicas relacionadas con la salud de la mujer y sus hijos”.

brindar orientación a la gestante y a su pareja para propiciar una relación óptima entre padres e hijos desde la gestación.

Una de las estrategias para velar la seguridad del embarazo es el Control Prenatal y que es definida como, “el conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza”.

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, como se establece en la NOM-007-SSA2-1993 sin embargo cuando se aplica las intervenciones por el equipo de salud no especifica con claridad el papel del profesional de Enfermería en el cuidado del control prenatal, por ello la verificar los cuidados que brinda el personal de Enfermería en el control prenatal del primer nivel de atención con base a la Norma Oficial Mexicana.

El uso del enfoque de riesgo y la aplicación de cuidados eminentemente preventivos y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a

cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos, dichas decisiones deben ser basadas en el conocimiento del Profesional de Enfermería.

8.1 Cuidado de Enfermería

Báez H. (2009) describe al cuidado por Enfermería como “la sinonimia de atención oportuna, rápida, continua y permanente, orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio institucionalizado”.

Por otra parte, Patiño M (2008), menciona sobre el cuidado se ha definido como “el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía por atender el todo, y el involucramiento, que se refiere a la aproximación entre el cuidador y el ser cuidado como finalidad terapéutica”.

La contribución de la Enfermería hacia la mujer embarazada es educar y fortalecer en ella la conciencia del valor de la salud; proveer el cuidado, aplicar procedimientos de intervención y evaluar los resultados. Por lo tanto, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar 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.

8.2 Intervenciones en la etapa prenatal

McCloskey y Bulechek (2000) refieren que una intervención de Enfermería es “cualquier tratamiento, basado en el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para evidenciar resultados sobre el cliente”.

Las intervenciones no están solamente diseñadas para los individuos sino que contemplan también a la familia y comunidad. Las Intervenciones de valoración clínica que se realizan en el control prenatal son (peso, altura uterina, examen general, tensión arterial, intervenciones profilácticas, intervenciones educativas como: lactancia materna, prevención de consumo de alcohol, tabaco y sustancias

psicoactivas, signos de alarma, promoción del parto hospitalario, planificación familiar).

8.3 Gestión del cuidado

(Morfi, 2010). La Gestión del Cuidado de Enfermería se define como “la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud”. Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención, y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas.

8.4 Conocimiento sobre el control prenatal

Tamir (2005) afirmó que por conocimiento profesional se entiende al conjunto de “conocimiento y habilidades que son necesarios para funcionar con éxito en una profesión particular. Este conocimiento está determinado por dos procedimientos comúnmente aceptados:

Análisis del trabajo o tarea

Consenso de la comunidad de gente que son reconocidos como profesionales en un campo particular”.

8.5 Personal del centro de atención a la salud para el control prenatal

A partir de los hallazgos sobre asociación entre mortalidad evitable en la infancia y calidad del Control Prenatal, se recomienda revisar la calidad de la atención en las instituciones que prestan servicios de salud a población materno-infantil. Sin embargo, la falta de evidencia no ha permitido identificar estrategias exitosas, lo cual podría considerarse una oportunidad para realizar investigación al respecto. En contraste, un estudio de morbilidad materna severa en pacientes hospitalizadas, afiliadas al Control Prenatal:

control prenatal, lo que se cumple en el (52.7%), mientras que el resto (47.3%) no promueve el inicio del control prenatal en las mujeres.

Entre las funciones del personal de Enfermería también se encuentra la revisión de los estudios de laboratorio que se ha realizado la paciente durante el embarazo, Este dato si es recabado, al (100%) por el profesional es decir precisa la existencia de dichos estudios prenatales; encontrando que los estudios que se realizan con mayor regularidad son: el Examen General de Orina, Química Sanguínea, Grupo y Rh (81.3%); seguidos de Biometría Hemática (75.8%), prueba VIH (73.6%), prueba del VDRL (64.8%) y revisión de Tiempos de Coagulación (60.4%).

8.6 cuidados preconcepcionales

Planificar el embarazo y cuidarse antes de quedar embarazada, es lo mejor que puede hacer la mujer por su salud y la de su futuro hijo. En el caso de que quiera hacerlo es conveniente que lleve se inicie con control prenatal y reciba apoyo del personal de salud, y así detectar posibles riesgos y adoptar medidas preventivas que ayudarán a que su embarazo se desarrolle de forma más saludable.

Además la consulta preconcepcional es de utilidad para:

- Valorar su estado de salud.
- Identificar factores de riesgo suyos o de su pareja que puedan complicar el embarazo.
- Aconsejarle estilos de vida saludables para que su hijo/a nazca sano.
- Detectar si ha estado expuesta a determinadas enfermedades infecciosas por ejemplo VIH, toxoplasmosis, hepatitis B, etc.
- Revisar su estado vacunal sobre todo frente a rubeola al tratarse de una enfermedad que en caso de contraerse en los primeros meses de embarazo puede provocar abortos y alteraciones importantes en su bebé.
- Determinadas malformaciones congénitas como la espina bífida y algunas enfermedades neurológicas en el recién nacido se pueden prevenir tomando diariamente un suplemento de ácido fólico. También para prevenir el retraso mental y la parálisis cerebral le recomendarán suplementos de yodo.

- Es el mejor momento para adquirir hábitos de vida saludables, realizar ejercicio físico regular, tomar alimentos con menos grasas saturadas, evitar consumo de tabaco, alcohol y todo tipo de drogas.

8.6.1 Higiene y belleza

Durante el embarazo aumenta la sudoración y el flujo vaginal, por eso debe cuidar su higiene personal, es recomendable la ducha diaria con jabones suaves y neutros y posteriormente el uso de una crema hidratante para el cuerpo sobre todo en las zonas que van a sufrir mayor estiramiento (abdomen, pecho y muslos).

- En las piernas para prevenir las varices alternar agua fría con caliente, terminar siempre con agua fría.
- Es muy importante el lavado de los dientes y la lengua después de cada comida con un cepillo suave para evitar el sangrado de las encías.
- Evitar la depilación con cera caliente que favorece la aparición de varices, utilizar cera fría, pinzas o aparatos eléctricos.
- La higiene íntima; lo mejor es que se lave los genitales externos durante la ducha, si necesita hacerlo más de una vez, sólo con agua, además los lavados vaginales no son recomendables ya que pueden alterar el Ph y favorecer las infecciones.
- Utilizar ropa interior de algodón cambiando siempre que se necesite, no es recomendable el uso de salva-slip ya que no deja transpirar la piel con normalidad.
- El sol se debe tomar con moderación y siempre usando cremas con factor de protección. En caso de tener manchas no se aconseja la exposición al sol ni cremas despigmentantes.

8.6.2 Ropa y calzado

Hasta después de los tres meses se empezaran a notar cambios externos, salvo el aumento del tamaño del pecho; después se necesitara cambiar para ropa habitual.

- Utilizar vestidos cómodos y holgados de tejidos naturales.
- Evitar todo lo que le oprima la cintura y las piernas (ligas, cinturones) que pueden favorecer la aparición de varices.
- De preferencia utilizar un sujetador apropiado para proteger las mamas y que proporcione una buena sujeción, con tirantes anchos y refuerzo en la parte inferior. Será más cómodo y se disminuirá la aparición de estrías.
- Utilizar un calzado cómodo con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y el equilibrio.

8.6.3 Cuidados posturales

A medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo. Para compensarla se suelen adoptar posturas incorrectas, como el arqueado excesivo de la zona lumbar que provoca dolor en la zona, cansancio y molestias. Es importante una postura adecuada en todas las actividades diarias y entre otras cosas:

- No permanecer de pie y quieta durante mucho tiempo.
- Cuando se camine y se mantenga erguida mejorar la posición recta la espalda.
- Cuando se encuentre sentada apoyarse en el respaldo, utilizando cojines si fuera necesario.

8.6.4 Sueño y descanso

- El descanso y el sueño son fundamentales durante la gestación.
- Dormir al menos 8 horas diarias, además es conveniente que se realice pequeños descansos durante el día a ser posible en un sillón con respaldo y las piernas en alto.
- Es recomendable dormir de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo.
- Evitar la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande, ya que puede provocarle mareos incluso disminuir la oxigenación de su hijo/a debido a la compresión que ejerce su útero sobre los grandes vasos.

8.6.5 Viajes

- Salvo que exista embardazo de alto riesgo se puede viajar realizando períodos de descanso.
- No es aconsejable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios.
- Hacia el final del embarazo deben evitarse los viajes muy largos.

Es conveniente que lleve la cartilla maternal, donde se recogen los datos más significativos respecto a la evolución del embarazo y es de gran utilidad para el personal sanitario en caso de que surja cualquier problema.

8.7 Cuidados de enfermería no llevados a cabo

Al cuestionar al personal de enfermería sobre la frecuencia con que ofrece los cuidados general, se encuentra que los aplican de manera variable, algunos cuidados son ofrecidos por el (86.8%), mientras que otros sólo son practicados por el (20.9%).

Los cuidados de Enfermería que están considerados para identificar el cumplimiento a partir de la NOM-007-SSA2-1993.

Los resultados muestra que los cuidados aplicados a mujeres atendidas en el Primer Nivel de Atención durante el Control Prenatal de acuerdo a la NOM-007-SSA2-1993 no se cubre de manera cotidiana al 100%, los resultados muestran las intervenciones con más participación del personal de Enfermería como se describen a continuación:

la administración de Ácido Fólico, vacuna TTD, promoción y orientación sobre planificación familiar, valoración del riesgo obstétrico, medición y registro de peso y talla, cuidados sobre los movimientos fetales, identificación de signos y síntomas de alarma del embarazo, carnet perinatal, calcular la fecha probable de parto, exploración de la frecuencia cardiaca fetal, cálculo de las semanas de gestación, medición del crecimiento uterino; en cambio las Maniobras de Leopold, visita domiciliaria, exploración física de las glándulas mamarias exploración vaginal

Son los cuidados menos practicados, dicho resultado muestra una tendencia al alejamiento de la práctica clínica es decir la relación clínica del personal de

Enfermería hacia con la mujer gestante se ha convertido en un cuidado superficial para la valoración del binomio y por ende puede ser una limitación para detectar de manera oportuna datos que sugieran riesgo para la salud obstétrica y perinatal.

8.8 Cuidados generales de enfermería

- Toma de signos vitales
- Presión Arterial
- Frecuencia cardiaca
- Frecuencia respiratoria
- Peso
- Temperatura corporal
- Los profesionales de enfermería pueden medir los factores que influyen en el inicio tardío del control prenatal por medio del 'Cuestionario de beneficios y barreras del control prenatal', al identificar tres variables: la percepción de beneficios al CPN, la percepción de barreras al CPN y la actitud negativa hacia el embarazo.
- Promover, por diferentes medios y estrategias, la asistencia precoz y periódica al control prenatal.
- Fortalecer la confiabilidad hacia los servicios de salud, mejorando la calidad de la atención y el trato humanizado a la gestante, al recién nacido y a toda persona que solicite los servicios de salud.
- Ampliar el campo de acción de los profesionales de enfermería para asumir funciones más directas en la prestación de servicios materno infantiles utilizando la estrategia de atención primaria
- El cuidado de los profesionales de enfermería con los adolescentes consiste en un acompañamiento y consejería continua para que estos comprendan la importancia de conocer su cuerpo, de planear su proyecto de vida y del cuidado integral de su salud.
- Los profesionales de enfermería deben educar a los varones frente a las señales de peligro en la gestación, lo cual podría contribuir en la toma de

decisión de acudir a tiempo a los servicios de salud y preservar la salud y la vida de la gestante y del hijo por nacer.

- Los profesionales de enfermería deben hacer partícipes a los futuros padres del cuidado de su hijo por nacer, para disminuir los miedos y preocupaciones frente al bienestar y salud del bebé.
- Los profesionales de enfermería deben brindar acompañamiento y consejería a los hombres adolescentes sobre el embarazo y sus consecuencias.
- Los profesionales de enfermería deben favorecer la inclusión del padre gestante como protagonista en las diversas actividades de la gestación, el nacimiento y la crianza. Para ello, es importante dejar atrás antiguos modelos patriarcales que rigen la dinámica familiar, los cuales excluyen a los varones, para, de este modo, no continuar legitimando la ausencia paterna.
- Los profesionales de enfermería deben proporcionar asesoría en cuidado prenatal, generando confianza para resolver inquietudes, con el fin de lograr niveles altos de satisfacción de la gestante y que ellas consideren que la atención cubrió sus expectativas.
- Los profesionales de enfermería deben especificar los aspectos educativos que se les dan a las gestantes, como: signos de alarma cambios durante la gestación, nacimiento, puerperio y cuidados con el recién nacido.
- Los profesionales de enfermería deben brindar enseñanza del cuidado de la salud a la población, teniendo en cuenta la problemática social del desplazamiento forzado en nuestro país; estos cambios deben estar apoyados por teorías como la de Leininger.
- Los profesionales de enfermería deben utilizar la historia clínica materno-perinatal como un instrumento que permite valorar los antecedentes y factores de riesgo durante la gestación, y facilita el seguimiento efectivo durante el control prenatal, al llenar e interpretar las casillas de riesgo.

- Los profesionales de enfermería deben utilizar el instrumento “Prácticas de cuidado que realizan consigo mismas y con el hijo por nacer las mujeres en la etapa prenatal”
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta que las mujeres prestan atención a su componente físico y emocional, con la finalidad de prepararse para el parto y garantizar el bienestar del hijo por nacer. Para ello, aplican las creencias y costumbres propias y de las personas que ya han experimentado el estado de gravidez.
- Los profesionales de enfermería deben tener en cuenta instruir a la gestante sobre los dominios encontrados en el estudio, como son: protección a la madre, protección al bebé, cuidarse en la alimentación y prepararse para el parto.
- Los profesionales de enfermería deben seguir realizando intervenciones educativas, con el fin de evitar consecuencias negativas en la salud física y emocional de la madre y su recién nacido, y sensibilizar y motivar al personal de enfermería para que transmita en su práctica diaria la filosofía del autocuidado.
- Los profesionales de enfermería deben conocer la teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad de Madeleine Leininger, y tener en cuenta los dominios analizados de protección, miedo y satisfacción, para ponerlos en práctica desde la perspectiva de la enfermería transcultural.
- Un cuidado cultural que se debe conservar por parte de los profesionales de enfermería es la iniciativa de la mujer frente a la búsqueda de alternativas que favorezcan su bienestar, el de su hijo por nacer y el de su pareja.
- Los profesionales de enfermería deben educar sobre los efectos nocivos de la cerveza, ya que contiene alcohol, por lo cual su ingesta no es recomendable en el posparto y durante la lactancia materna.
- Los profesionales de enfermería deben aprovechar los espacios, en la consulta de cuidado prenatal y en el curso de preparación para la

maternidad y la paternidad, para brindar cuidado integral a la gestante y su pareja, facilitar la interpretación y comprensión de los significados de la sexualidad en la gestación y cimentar en ellos un cuidado culturalmente congruente.

- Los profesionales de enfermería deben brindar educación a la gestante y su familia para prevenir factores de riesgo, así como la detección temprana de las alteraciones durante la gestación.
- Los profesionales de enfermería deben advertir a la mujer gestante y a su compañero sobre malos hábitos higiénicos, o conductas sexuales de riesgo, que pueden constituirse en desencadenantes de morbilidad materna y perinatal.
- Para conseguir mejorar la calidad de vida de las mujeres trabajadoras en general y de las diabéticas en particular, los profesionales de enfermería deben saber que unas palabras dichas con cariño y con conocimientos científicos en el momento adecuado surten un efecto positivo.
- Los profesionales de enfermería realizarán el control prenatal, como mínimo, mensualmente a todas las gestantes.
- Los profesionales de enfermería deben conocer los hábitos y conductas de la población, brindar continuidad en la atención y tener en cuenta el contacto directo, para que se posibilite su labor en la comunidad y centros hospitalarios.

8.9 Recomendaciones para la mujer embarazada por parte de enfermería

- A la mujer embarazada se le debe ofrecer la oportunidad de asistir a clases de cuidados prenatales y tener la información por escrito acerca de los cuidados prenatales.
- La comunicación y la información a la mujer embarazada debe otorgarse en una forma accesible y de acuerdo a sus necesidades
- Se le debe ofrecer información basada en la evidencia durante su capacitación para la toma de decisión informada respecto a sus cuidados.

- La información debe incluir detalles de donde y quién le dará la atención prenatal. La decisión de la mujer embarazada debe ser reconocida y agregarse al proceso de toma de decisiones.
- Desde el primer contacto con la mujer embarazada se le debe ofrecer información acerca de los cuidados del embarazo, servicios y opciones disponibles, consideraciones al estilo de vida incluyendo información acerca de la dieta, y pruebas de laboratorio.
- La mujer embarazada debe ser informada acerca del propósito de las pruebas de laboratorio antes de que éstas se realicen.
- En cada cita prenatal la enfermera materno infantil y los médicos deben ofrecer información clara y consistente, se debe dar oportunidad a la mujer embarazada para discutir sus problemas, dudas y preguntas.
- Cualquier intervención ofrecida en el periodo prenatal debe ser de efectividad probada y ser aceptada por la paciente.
- Proporcionar educación y promoción para la salud de la embarazada y su familia (estilos de vida, prevención de accidentes, adherencia a tratamientos, identificar síntomas y signos de alarma).
- Se debe aconsejar que inicie o continúe con ejercicio moderado durante el embarazo, esto no está asociado con resultados adversos.
- La mujer embarazada debe ser informada del daño potencial de ciertas actividades durante el embarazo por ejemplo deportes de contacto, deportes de alto impacto, ejercicios vigorosos (tenis).
- Se debe informar que no existe evidencia de que la actividad sexual durante el embarazo no complicado se relacione con resultados adversos.
- La mujer embarazada debe ser informada acerca del uso correcto del cinturón de seguridad.
- El exceso de alcohol tiene efecto adverso en el feto. Por lo tanto se sugiere que la mujer embarazada limite su consumo a ocasiones esporádicas en cantidad no más de una unidad estándar por día.
- La mujer embarazada debe ser informada acerca de los riesgos específicos por el tabaco durante el embarazo. Hacer énfasis en los beneficios de

suspender el tabaquismo; ofrecer intervención para suspender el tabaquismo.

- Las intervenciones que parecen ser efectivas incluyen consejos por médicos, sesiones de grupo y terapia de adicciones (basado en manuales de auto ayuda).
- Las vacunas con virus vivos atenuados están contraindicadas durante la gestación y solo se recomienda aplicar el toxoide tetánico
- Los profesionales de la salud, deben estar alertas ante síntomas de violencia intrafamiliar; dar la oportunidad de denunciar la violencia, propiciar un ambiente donde las pacientes se sientan seguras y en caso necesario referirlas a centros de apoyo emocional.
- Se requiere mayor número de investigaciones para establecer el tamiz de violencia intrafamiliar, más apropiado para su detección.
- En etapas tempranas del embarazo, preguntar si se ha tenido enfermedades psiquiátricas.
- Las mujeres que han tenido en el pasado una historia de trastornos serios psiquiátricos, deben ser referidas a psiquiatría durante el periodo prenatal.
- La mayoría de las mujeres pueden continuar trabajando durante el embarazo. Debe indagarse la ocupación de la mujer embarazada e identificar a las que tienen riesgo por exposición laboral.
- Ofrecer información de cómo reducir el riesgo de contraer infecciones por Salmonella:
- Evitar la ingesta de huevos crudos o parcialmente cocidos o alimentos que los puedan contener (mayonesa casera)
- Evitar la ingesta de alimentos parcialmente cocidos, especialmente aves.
- La primera consulta, debe ser lo más temprano posible (primer trimestre del embarazo) y debe enfocarse a descartar y tratar padecimientos subyacentes. Ante la dificultad de predecir los resultados adversos del embarazo es necesario establecer un plan para la atención del parto y para las condiciones de urgencia que se puedan presentar durante el embarazo.

- En fase temprana del embarazo toda mujer debe recibir información escrita acerca del número probable, tiempo y contenido de las citas prenatales asociadas con diferentes opciones de cuidados. La paciente debe fijar la hora de su cita con su médico o enfermera materno infantil.

8.9.1 Primera cita debe ser previa a las 12 semanas

- Dar información, discutir problemas y resolver preguntas.
- Identificar a las mujeres con riesgo alto de resultados adversos del embarazo (diabetes mellitus, hipertensión arterial, preeclampsia, síndrome de Down, nefropatías, enfermedades de la colágena etc)
- Descartar incompatibilidad a grupo y RH, anemia hipocrómica y megaloblástica; sífilis.
- Solicitar grupo y RH, biometría hemática, EGO y VDRL.
- Detección de VIH y hepatitis B
- Búsqueda de bacteriuria asintomática y proteínas en orina (Examen general de orina, consultar GPC de infecciones del tracto urinario bajo durante el embarazo)
- Envío de pacientes con factores de riesgo para Síndrome de Down a segundo nivel para tamiz.
- Calcular fecha probable de parto por fecha de último periodo menstrual, en caso de duda sobre la edad gestacional solicitar ultrasonido.
- Calcular y registrar índice de masa corporal, presión arterial.

8.9.2 A las 16 SDG

Revisar, discutir y registrar los resultados de todos los exámenes, planear el diseño de cuidados. Las pacientes con embarazo no complicado y sin factores de riesgo indicar continuar su atención prenatal con enfermera materno infantil, las que cursen con embarazo complicado o factores de alto riesgo para resultados adversos enviarlas a Segundo Nivel de Atención Médica, las pacientes restantes continuar su control con el Médico Familiar)

En hemoglobinas menores de 11 g/dl considerar la suplementación de hierro

Medir y registrar presión arterial

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrece información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

8.9.3 A las 18 semanas

Debe realizarse un ultrasonido para detectar anomalías estructurales.

Para las mujeres en quienes la placenta se encuentra alrededor del orificio cervical interno, realizar otro ultrasonido a la semana 36.

Medir y registrar presión arterial.

8.9.4 A las 25 SDG

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

8.9.5 A las 28 SDG

Un nuevo examen para detectar anemia y células atípicas, investigar nivel de hemoglobina niveles; menores de 10.5 g/dl considerar la implementación de hierro.

Ofrecer vacuna anti RH negativo en caso necesario

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita

Realizar tamiz para diabetes gestacional

8.9.6 A las 31 SDG

Medir fondo uterino, presión arterial descartar la presencia de proteínas en orina.

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita

Identificar mujeres embarazadas que requieran cuidados especiales. Si es necesario modificar el plan de cuidados diseñado antes.

8.9.7 A las 34 SDG

Ofrecer segunda dosis de vacuna anti Rh en mujeres Rh negativo

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.
Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita

En las pacientes con tratamiento por anemia revisar sus estudios de laboratorio de control, ajustar tratamiento. En embarazos con evolución normal informar fecha probable de parto con medidas preventivas para embarazo pos maduro y detección de preeclampsia y enviar a Enfermera Prenatal de Hospital.

8.9.8 A las 36 SDG

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina.
Determinar la posición fetal, en caso de duda realizar ultrasonido. Mujeres con producto en presentación pélvica envío a ginecoobstetricia.

En pacientes con reporte anterior de placenta previa, realizar nuevo ultrasonido para verificar posición de la placenta.

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

A las 37 SDG se debe descartar presentación anormal del producto y asegurar una atención oportuna para evitar pos madurez.

8.9.9 A las 38 SDG

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita.

Insistir en medidas preventivas de embarazo posmaduro. 40 semanas o más.

Medir fondo uterino, presión arterial y descartar la presencia de proteínas en orina

Dar información con la oportunidad de discutir dudas y problemas, ofrecer información verbal apoyada en clases prenatales e información escrita, envío a urgencias ginecoobstetricia para evaluar inducción.

En todo el seguimiento prenatal el personal de salud debe estar alerta de los signos o síntomas o condiciones que afecten la salud de la madre y el feto haciendo énfasis en la detección de violencia doméstica, preeclampsia y diabetes.

El peso y la estatura se deben medir y registrar en cada cita de atención prenatal.

Se debe calcular el IMC (peso en Kg entre el cuadrado de la estatura; Kg/m²)

Es conveniente pesar en una misma báscula adecuadamente calibrada

La presentación fetal se debe evaluar mediante las maniobras de Leopold a las 36 semanas de gestación.

Ante la sospecha de que no es cefálica se debe confirmar por ultrasonido transabdominal.

Se debe realizar ultrasonido transabdominal en toda mujer embarazada a las 36 SDG para confirmar presentación y descartar placenta previa asintomática.

En cada cita se debe determinar la altura de fondo uterino para detectar productos mayores o menores para su edad gestacional; de preferencia utilizar tablas estandarizadas y la aplicación correcta de la técnica.

No se recomiendan las intervenciones para modelar el pezón (ejercicios de Hoffman).

No se recomienda el tacto vaginal en forma rutinaria pues no predice con exactitud la edad gestacional, nacimientos pretérmino o desproporción céfalo pélvico y si favorece la ruptura prematura de membranas.

Informar a las mujeres embarazadas, que en la mayoría de casos la náusea y vómito en el embarazo se resolverán espontáneamente entre las 16 y 20 semanas de gestación y que tanto la náusea como el vómito no se asocia con problemas al final del embarazo.

Recomendar alimentos no condimentados ni irritantes y dieta seca fraccionada en quintos.

En caso de hiperémesis gravídica canalizar al ginecoobstetra.

Aconsejar a las mujeres que presenten pirosis durante el embarazo, sobre modificaciones en la dieta y el estilo de vida.

Cuando se presente dolor en epigastrio en la mujer embarazada se debe investigar datos clínicos para preeclampsia y realizar el diagnóstico diferencial.

Informar a las mujeres sobre la falta de evidencia de efectividad en el tratamiento de hemorroides durante el embarazo; proporcionar información respecto a la modificación de la dieta.

Dar información sobre la presencia de venas varicosas como un síntoma común durante el embarazo sin efectos adversos por si mismo.

El uso de medias compresivas puede mejorarlos síntomas, pero no previenen las venas varicosas.

Informar a la mujer embarazada que el incremento en el flujo vaginal, es un síntoma común que ocurre durante el embarazo, pero si se asocia con prurito, úlceras dolorosas, mal olor, o dolor en el tracto urinario suele existir una causa infecciosa y se debe investigar.

Informar sobre fisioterapia y masajes, para aliviar el dolor de espalda durante el embarazo.

Tanto para disfunción de la sínfisis de pubis como para síndrome del túnel del carpo no se identificaron estudios de buena calidad que permitan elaborar recomendaciones.

Para la disfunción de la sínfisis de pubis se han utilizado soportes pélvicos, y analgésicos. Para el Síndrome del túnel del carpo se ha inmovilizado la muñeca, utilizado analgésicos e inclusive infiltrado corticoesteroides.

Realizar pruebas de tamiz para detectar anemia en la primera cita y a las 28 semanas de gestación. Dar tratamiento en cuanto se detecte la anemia por deficiencia de hierro.

En caso de que exista sospecha de otro tipo de anemia, diferente a la causada por deficiencia de hierro se enviará al hematólogo para realizar complementación diagnóstica y tratamiento oportuno; ejemplo anemia drepanocítica y talasemia.

A todas las embarazadas se debe realizar grupo y RH al inicio de la gestación.

Es recomendable de rutina en mujeres RH negativas, no sensibilizadas, la profilaxis antiD.

Se debe efectuar tamiz para aloanticuerpos de eritrocitos atípicos, en el embarazo temprano y repetir a las 28 SDG de acuerdo a su estado inmunológico relacionado con RH.

Las embarazadas con aloanticuerpos de eritrocitos atípicos significativos deberán ser atendidas en ginecoobstetricia.

No se recomiendan las pruebas de detección de toxoplasmosis en la atención prenatal ya que es probable que los daños superen los beneficios.

Aunque durante el control prenatal se desconoce cuales pacientes son susceptibles de adquirir la infestación (pacientes seronegativas) se recomienda aconsejar a todas las pacientes lo siguiente:

1. Lavar las manos antes de manipularlo alimentos
2. Lavar minuciosamente las frutas y verduras
3. Utilizar guantes y lavar minuciosamente las manos después de practicar la jardinería
4. Evitar carne cruda o mal cocida y la adquisición de alimentos ya preparados.
5. Evitar el contacto con gatos y sus excretas

Desde el inicio del embarazo se debe informar y estimular a la embarazada para que logre un incremento de peso adecuado con base en el IMC previo al embarazo, y a que realice en actividad física.

El diagnóstico de hipertensión arterial debe ser establecido con la medición de la presión arterial en un consultorio o un hospital.

No está indicado el uso de ultrasonografía Doppler durante la atención prenatal de rutina, para predicción de preeclampsia, de restricción de crecimiento fetal o muerte perinatal.

La mujer embarazada debe ser informada que existen pocos fármacos completamente seguros en el embarazo.

La utilización de fármacos durante el embarazo debe ser lo menos posible y limitado a circunstancias donde el beneficio es mayor que el riesgo. Informar que pocas terapias alternativas han demostrado ser seguras y eficaces en el embarazo, por lo tanto las debe de evitar.

Cualquier intervención ofrecida en el periodo prenatal debe ser de efectividad probada y ser aceptada por la paciente.

Las mujeres embarazadas y las que planean embarazarse deben ser informadas de la suplementación con ácido fólico antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación (reduce el riesgo de tener un bebé con defecto del tubo neural).

La dosis recomendada es de 400 microgramos día.

La suplementación de hierro no debe ser ofrecida en forma rutinaria a todas las mujeres embarazadas.

Hay insuficiente evidencia para evaluar la efectividad de la vitamina D en el embarazo. En la ausencia de evidencia del beneficio, la suplementación de vitamina D no debe ser ofrecida en forma rutinaria a la mujer embarazada.

Informar que la ingesta de vitamina A (mayor de 700 microgramos) puede ser teratogénico y por lo tanto debe ser evitada. La mujer embarazada debe ser informada que el hígado y sus productos pueden contener altos niveles de vitamina A, el consumo de estos alimentos debe ser evitados.

Los antiácidos, se pueden ofrecer a las mujeres que persisten con pirosis a pesar de modificar su dieta y estilo de vida. El omeprazol disminuye los síntomas y aunque no se ha demostrado que estos fármacos estén asociados a malformaciones fetales se mantiene el consejo de evitarlo a menos que sea necesario.

Las pacientes que cursen con embarazo complicado o factores de alto riesgo para resultados adversos enviarlas a Segundo Nivel de Atención Médica.

Debe haber un sistema de referencias al especialista apropiado cuando se identifiquen problemas en la mujer embarazada que requiera cuidados adicionales así como manejo y tratamiento de sus complicaciones.

La atención prenatal, en embarazos no complicados, debe ser realizada por la enfermera materno infantil con conocimiento

La atención prenatal debe ser otorgada por un pequeño grupo de personal de la salud con los cuales la mujer se sienta comfortable. Debe haber continuidad de cuidados a través del período prenatal.

El lugar en donde se realizan las cita prenatales debe de darle confianza a la mujer embarazada para discutir temas sensibles como violencia doméstica, abuso sexual, enfermedades psiquiátricas y el uso de drogas ilícitas.

La atención prenatal debe ser accesible a todas las mujeres y debe ser sensible a las necesidades de las mujeres en forma individual y en la comunidad.

Se debe estructurar un registro para cuidados prenatales. Los servicios de maternidad deben tener un sistema por el cual la mujer embarazada tenga sus propias notas médicas.

9.- CONCLUSIÓN

Se llegó a la conclusión donde la mayoría de las muertes maternas se pueden evitar con una buena o adecuada atención prenatal en donde el primer contacto con la usuaria debe de ser de suma importancia ya que en el ámbito de obstetricia se están tratando con la vida de dos personas y cae en peligro alguna de las dos puede de ser de grande desagrado así como de suma importancia ante la sociedad y las leyes que rigen el estado pero principalmente de forma moral donde los participantes pudieron haber evitado esta tan inconveniente para ciertas personas en el que hacer de la mantención de la salud.

De acuerdo a la deficiencia de personal, insumos, se determina que la información y conocimiento en las sociedades son escasas y de tal modo el deterioro de salud dentro de la embarazada ya que existe falta de atención y cuidados antes del embarazo y pienso quienes deben de recibir mejor y mayor cuidados son este tipo de personas ya que depende de ellas el futuro del mundo y así también depende del desarrollo intelectual de cada individuo que viene dentro de cada mujer embarazada.

Así que para obtener una buena sociedad activa se necesita de la participación asertiva de las madres y para esto se necesita del personal de salud para actuar ante la sociedad y así mismo mejorar la raza mexicana de mejor manera de alimentación cuidados, hábitos etc. y lograr un ambiente y sociedad sana en el mundo ya que así se eliminaran más muertes maternas innecesarias.

Fomentar la promoción y prevención que son parte de las actividades realizadas por enfermería donde se destaque más la participación para la sociedad brindando sus conocimientos a todas las personas en etapa reproductiva sobre todo ya cuando se encuentran con la presencia de embarazo para formar madres más capacitadas más enérgicas, con menos riesgos más cooperativas con más conocimiento de su estado de salud y así mismo ellas vallan fomentando y

desarrollando estos buenos hábitos ya llevados a cabo con sus descendientes y así lograr la estabilidad social donde se cuida a dos individuos madre e hijo y ese hijo será fruto de buen miembro para la sociedad con bienestar en sus cuatro esferas biológicas, sociales, físicas, e incluso espirituales.

Así también se llegó a la conclusión de que el mundo funcionaría mucho mejor si todos practicáramos los buenos hábitos principalmente la mujer embarazada para brindar un individuo integro en toda la palabra para garantizar una vida más convincente de estabilidad física, mental, espiritual, intelectual, de sentimientos y emociones, y que sea aceptado por la sociedad

Se determinó que para llevar ello a cabo se necesita muchísimo personal de enfermería en los niveles de primer nivel porque prácticamente pertenecemos a las enfermeras todo nuestro ser así que se puede decir que nuestra vida depende una gran parte del equipo de enfermería que a ellos podríamos ser mejores en nuestra vida, comunidad etc, pero desgraciadamente gracias a las encuestas me di cuenta que aún hace falta mucho por corregirle déficit de la demandada atención a la población sin la existencia adecuada del personal de salud especificando a enfermería, donde quizá el proporcionar información a los usuarios no es lo más agradable para todos ya que carece mucho la atención de la prevención y promoción de enfermedades pero para ello e tiene que valorar ambos aspectos la calidad y la correcta atención para poderlo brindar y con el tiempo van existiendo avances así que se debe de proceder a la colecta de información brindada al personal de dicha comunidad u algún lugar.

Por lo tanto se tiene mucho que resolver para la atención del mundo y evitara más anomalías al mundo porque todo se empieza con un objetivo en común.

10.-BIBLIOGRAFÍA

10.1 BÁSICA

- Arias, J., Bernal, K., Giraldo D., et al. (2012). Calidad del control prenatal realizado por Profesional de Enfermería en una IPS pública, Manizales 2012. *Hacia la promoción de la salud*, 13, 131-142.

- Báez Hernández, F., Nava, V., Ramos, L., et al. (2012). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan* 9 (2), 127-134.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, M. J. (2011). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Versión en español de la quinta edición de la obra original en inglés Nursing Interventions Classification (NIC). Barcelona: Elsevier.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social -Paraguay, Norma Nacional De Atención Prenatal, 2010
- Ramírez STJ, Nájera AP, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 2010;40:3-12.
- Ministerio de Salud. Estándares de calidad para el primer nivel de atención. DGSP-MINSA. 2010
- Morris M, Gambone J. Mejoramiento continuo en la atención médica. *Clin. Obstet. Ginecol.* 1994;1:127-136.
- World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2012 Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, (2010).
- Castro, E., Caldas, L., Cepeda, C., et al. (2012). Prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Aquichan*, 8 (2), 183-196. Orem, E. D. *Teorías de Enfermería. Una teoría general*, 4 Ed. Barcelona: Manssoslut.
- World Health Organization. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Geneva: WHO, (2010).
- Castro, E., Caldas, L., Cepeda, C., et al. (2010). Prácticas y actitudes de mujeres embarazadas frente a las infecciones urinarias. *Aquichan*, 8 (2), 183-196. Orem, E. D. *Teorías de Enfermería. Una teoría general*, 4 Ed. Barcelona: Manssoslut.
- Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice. In: Leininger M, McFarland MR, editors. *Transcultural nursing: concepts, theories, research and culture*. 3rd ed. Toronto (ON/CA): McGraw-Hill; 2010. p.77-98.

- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud.
- Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas [on line]. Washington (DC/USA): OPS; 2011 [citado 2011 Feb 1].
- Gonzaga-Soriano, María Rode; Zonana-Nacach, Abraham; Anzaldo-Campos, María Cecilia; Olazarán-Gutiérrez, Asbeidi. (2014). Atención prenatal y mortalidad materna hospitalaria en Tijuana, Baja California. *Salud Pública de México*, Enero-Febrero, 32-39.
- Revista CONAMED. Modelo de atención obstétrica por enfermeras obstetras y perinatales en el Hospital General de Cuautitlán: una experiencia exitosa. (2012); 17 Supl 1: S37- S41.
- Organización de Naciones Unidas. Objetivos de desarrollo del Milenio. Informe 2014. [Consultado 2010 junio 11].
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. (2009). Clasificación de resultados de enfermería (NOC) Versión en español de la cuarta edición de la obra en inglés
- Nursing Outcomes Classification (NOC). Barcelona: Elsevier Sánchez, B., Hernández, M., Lartigue, T. (2013). Estrategia educativa de enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. *Perinatol Reprod Hum*,21(4), 67-177.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.
- Orozco-Núñez E, González-Block MA, Hernández-Prado B, Kageyama-Escobar LM, Aldaz V, Saucedo A, et al. Evaluación del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001-2013. Resumen Ejecutivo. México: Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, (2013).
- Asociación de Médicos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No 3 del IMSS, A. C. "Ginecología y Obstetricia" 3ª Edición. Méndez editores S.A. de C.V. Mayo de 2014. Pag. 85 – 101.

- Scott – DiSaian – Hamimond "Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth" 6ª Edición. Mc Graw Hill Interamericana México 2013 Pag. 127 – 162.
- Secretaria de Salud Yolanda Senties Echeverria (Dir. General de Atención Materno Infantil) "Proyecto de norma oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2010, Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido criterios y procedimientos para la prestación de servicios" 2010 Pag. 62 – 63.
- Ralih C. Benson, M.D. "Manual de Ginecología y obstetricia" 7ª Edición. El manual moderno, S.A. de C.V. México 2010 Pag 105 – 128.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2011, enero). Exercise during pregnancy and the postpartum period. Committe Opinion N° 267. Obstet Gynecol,99, 171173
- Artal, R., Wiswell, R & Drinkwater, B. (2000). Exercise in pregnancy (2a ed.).
- Baltimore, Maryland, Estados Unidos: Williams and Wilkins.
- Artal, R. (2011). Ejercicio y embarazo. Madrid: Editorial Médici.

10.2 COMPLEMENTARIA

- CLAP/SMR Publicación científica N° 1573, Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS, 2010
- UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2012. Salud Materna y Neonatal. Nueva York: UNICEF, (2012).
- Antenatal Care: routine care for the healthy pregnan woman. NICE, 2014(Consulta marzo 2013) Disponible en www.rcog.org.uk
- Banta D (2010) What is the efficacy/effectiveness of antenatal care? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report(2010)

- Di Mario S et al. (2012). What is the effectiveness of antenatal care(supplement). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe(Health Evidence Network report;.pdf consultado 25 mayo 2012
- EvidenceBased Medicine Working Group. Evidencebased medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA 1992;268:24202425
- Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 2010;107:377382.
- GPC atención prenatal IMSS. Disponible e <http://www.medigraphic.com/espanol/ehtms/eimss/eim2003/eims031/emims031fhtm> (Consulta marzo 2011)
- Gorbea CV, Velázquez SP, Kunhart RJ. Efecto de los ejercicios del piso pélvico durante el embarazo y el puerperio en la prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Ginecol Obst Mex 2012;72:628636.
- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DJ, Cook RJ. Users' Guides to the Medical Literature: IX. JAMA 2012: 270 (17); 20962097
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ. 2010; 323 (7308):334336.[acceso 26 de junio de 2010]Disponible en:<http://bmj.com/cgi/content/full/323/7308/334>.10. Jovell AJ, NavarroRubio
- MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc) 1995;105:74074311. PEBC,CCO: Cervical screening: A clinical practice guideline; 2012.
- WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn't. BMJ2010;312:7172.15.
- Salinas H, Naranjo B, Valenxuela C et al Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante elembarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Clin Invest Obst 2010; 35(6);2002206.16. USPTF;Screening for Gestational Diabetes Mellitus: Clinical Summary of U:S: Preventive Task Force Recommendation 2010(consultado Julio 2011). Villar J, Bergsjö P. Nuevo Modelo de Control

Prenatal de la OMS. Grupo de Investigación del Estudio de Control Prenatal de la OMS. Organización Mundial de la Salud 2014

- Dirección General de Salud Pública/Consejería de Sanidad Gobierno de Cantabria, Protocolo de Atención al Embarazo y Puerperio, 2014
- UNDP/UNFPA/OMS/ Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Capacitación para la Investigación en Reproducción Humana (PRH) del Banco Mundial, “Estudio de atención prenatal”, 2014
- MSP y BS-Paraguay, Manejo de Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la Atención Primaria de Salud, 2013
- CLAP/SMR N° 1570, Guía clínica para la eliminación de la Transmisión MaternoInfantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, 2010
- SHR/OMS Ginebra, Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto, 2010
- MSP y BS-Paraguay, Contenido programático para los Equipos de Salud de la Familia, 2010
- Lafaurie, M. M., Gómez, P. I., Bernal, J. (2008). Embarazo en mujeres en situación de prostitución: autocuidado y prácticas de riesgo Bogotá, Colombia 2010. Rev Colomb Obstet Ginecol, 59 (4), 285-296.
- Leininger, M. (2010) Teoría de la cultura de los cuidados: teoría de la diversidad y la universalidad. s. d.
- Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V., et al. (1010). Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna. Centro para la población y salud familiar, Facultad de Saludública, Universidad de Columbia.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (2010), programa nacional materno infantil área de atención a la mujer. Manual de metodología participativa para trabajar con grupos comunitarios en salud de la madre y del/la recién nacido/a.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala (2013). Informe final, línea basal de mortalidad materna para el año 2014.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010), guía para oferta de servicios de salud reproductiva.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2011) Lineamientos y normas de salud reproductiva.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2010), vigilancia de la embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil (10-54) para la identificación de las muertes maternas.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (Modificación 2010), Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel.
- Ministerio de Salud pública. Programa Nacional de Salud Reproductiva. Revisión (2012). Guías de atención del embarazo, parto, puerperio y emergencias obstétricas.
- Normas de Atención de Salud Materno Infantil (2011). Plan Nacional de Salud Materno Infantil.
- Organización Panamericana de Salud (2010), Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). Sistema de Datos Básicos en Salud, Perfil de Salud de País OPS/OMS, Décima Revisión.
- Barakat, A. & Rojo, J. (2010). El ejercicio durante el embarazo y su relación con los tiempos de las etapas del parto. Prog Obstet Ginecol, 48(2), 6370.
- Barakat, R. (2012). El ejercicio físico durante el embarazo. Madrid: Editorial Pearson Alhambra.
- Bessinger, R., McMurray, R. y Hackney, A. (2012). Substrate utilization and hormonal responses to moderate intensity exercise during pregnancy and after delivery.
- American Journal of Obstetrics and Gynecology, 186(4), 757764.
- Buchholz, S. (2012). Gimnasia para embarazadas (3a ed.). Barcelona: Editorial Paidotribo.

- Butler, J. (2010). Fit & pregnant. The pregnant woman's guide to exercise. Battle Creek, Michigan, Estados Unidos: Acorn Publishing.
- Carreras, M., Guiralt, E., Del Pozo, J. y Sostoa, M. (2011) Embarazo y deporte. Madrid:Alianza Editorial.
- De Miguel, J. & Sánchez, M. (2010). Cambios fisiológicos y adaptación materna durante el embarazo. En Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Grupo de trabajo sobre asistencia al embarazo normal, Sección de Medicina Perinatal,
- Manual de asistencia al embarazo normal: Cap. 4. Madrid: Fabre González.

11.- GLOSARIO

A

- **Aborto:** Interrupción voluntaria o involuntaria del embarazo antes de que el embrión o el feto estén en condiciones de vivir fuera del vientre materno.
- **Antiácidos:** Es una sustancia que actúa en el cuerpo, específicamente en el sistema digestivo, para aplacar las propiedades ácidas de los jugos gástricos que se encuentran en el estómago que se hacen presentes en el individuo una vez haya terminado de comer algún alimento que hace que estos jugos sean más potentes para poder realizar el proceso normal de digestión. Es entonces un inhibidor de la acidez producida por ciertos jugos estomacales provocados por algún alimento o serie de ellos que tiene lugar por generar un reflujo hacia el esófago o por la sensibilidad de la pared estomacal ante estos jugos.
- **Agenesia renal:** es la ausencia, en el nacimiento, de un riñón
- **Albuminuria:** es un proceso patológico manifestado por la presencia de albúmina en la orina.
- **Amenorrea:** ausencia menstrual
- **Amniocentesis:** Punción abdominal de la matriz para extraer una pequeña cantidad del líquido amniótico que rodea el feto.

- **Antiácidos:** es una sustancia, generalmente una base (medio alcalino), que actúa a favor de la acidez estomacal (ácidos generados por las glándulas parietales).
- **Auscultación** Exploración de los sonidos que se producen en el interior de un organismo humano o animal, especialmente en la cavidad torácica y abdominal, mediante los instrumentos adecuados o sin ellos

B

- **Bacteriuria:** cuando el número de bacterias es superior a 100.000 por ml. de orina, carga bacteriana superior a la justificable por mera contaminación de la uretra anterior, por lo que debe sospecharse infección.
- **Binomio:** Conjunto de dos personas o cosas tomadas como unidad o como elementos en equilibrio o dependientes uno de otro.

C

- **Congénitos:** significa que una persona lo trae "al momento de nacer"
- **Coombs:** es un examen de sangre que se usa en inmunología y hematología.
- **Corticoesteroides:** son medicamentos que reducen la inflamación en el cuerpo. No son lo mismo que los esteroides anabólicos que utilizan algunos atletas y fisicoculturistas.
- **CPN:** El control prenatal (CPN) es un conjunto de acciones que involucra una serie de visitas de parte de la embarazada a la institución de salud y la respectiva consulta médica, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo, detectar tempranamente riesgos, prevenir complicaciones y prepararla para el parto, la maternidad y la crianza.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cuidado materno es una prioridad² que forma parte de las políticas públicas como estrategia para optimizarlos resultados del embarazo³ y prevenir la mortalidad materna y perinatal.

D

- **Despigmentante:** El tratamiento despigmentante nos va a ayudar a aclarar la piel y las manchas indeseadas producidas por el sol en verano. Es ideal para aquellas personas que por diversos motivos como por medicamentos, exceso de sol, edad, etc... se les mancha la piel o les aparecen manchas en verano
- **Diada:** Pareja formada por dos seres o principios muy estrechamente vinculados entre sí
- **Diagnostico:** De la diagnosis o relacionado con ella.
- **DM:** diabetes mellitus
- **Doppler:** El efecto Doppler se utiliza para evaluar el movimiento mediante la medición de cambios en la frecuencia de los ecos reflejados por las estructuras que se mueven.

E

- **Ecografía:** Técnica de exploración de los órganos internos del cuerpo que consiste en registrar el eco de ondas electromagnéticas o acústicas enviadas hacia el lugar que se examina.
- **Eclampsia:** Enfermedad que afecta a la mujer en el embarazo o el puerperio, que se caracteriza por convulsiones seguidas de un estado de coma; suele ir precedida de otras afecciones como hipertensión arterial, edemas o presencia de proteínas en la orina.
- **EGO:** examen general de orina
- Ejercer las funciones propias de un oficio o un cargo
- **Ejercicios de Hoftman:** poniendo un dedo a cada lado del pezón estirando laaréola hacia fuera, se rota en sucesivos movimientos hasta cubrir los 360°.
- **ELISA:** es una técnica de inmunoensayo en la cual un antígeno inmovilizado se detecta mediante un anticuerpo enlazado a una enzima capaz de generar un producto detectable

- **Eminentemente:** De modo que no tiene una perfección formal sino un grado superior
- **Erguida:** Erguir, por su parte, refiere a levantar o levantarse o a poner o ponerse derecho. Cuando un individuo se encuentra erguido, está parado (de pie) o tiene la columna vertebral recta y la cabeza elevada.
- **Epistémico:** es un principio de racionalidad aplicable a conceptos tales como conocimiento, justificación y opinión fundada.
- **Esfingomanómetro:** es un instrumento médico empleado para la medición indirecta de la presión arterial, proporcionando, por lo general, la medición en milímetros de mercurio
- **Especuloscopia:** Visualización directa de la vagina y el cuello previa colocación de un espejo.
- **Estetoscopio de Pinard:** Equipo auxiliar que permite escuchar el latido fetal a través del útero y la pared abdominal de la mujer embarazada.
- **Expectativas:** es lo que ves mas allá de lo que puedes ver, puede o no ser realista.

F

- **Fenómeno:** Manifestación de una actividad que se produce en la naturaleza y se percibe a través de los sentidos.
- **Flavonoide:** son metabolitos secundarios polifenólicos comúnmente con un grupo cetona y normalmente pigmentos de coloración amarilla de donde viene su nombre (del latín flavus, "amarillo")
- **Flavonoides:** (del latín flavus, "amarillo") es el término genérico con que se identifica a una serie de metabolitos secundarios de las plantas

G

- **Gestación:** Período de tiempo durante el cual el óvulo fecundado se desarrolla en el interior de la madre
- **Globulina:** Proteína insoluble en agua pura y soluble en soluciones que contengan sales minerales, que se halla principalmente en la sangre, en el huevo y en la leche.

- **Glucocemia:** Presencia de azúcar en la sangre, especialmente cuando excede de lo normal.

H

- **Hematólogo:** Médico especialista en hematología.
- **Hemática:** es una prueba de laboratorio que busca enfermedades, a través de una muestra de sangre
- **Hematocrito:** Volumen de glóbulos con relación al total de la sangre; se expresa de manera porcentual.
- **Hemoglobina:** Pigmento rojo contenido en los hematíes de la sangre de los vertebrados, cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a los tejidos, y en tomar el dióxido de carbono de estos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo.
- **Hidrops:** edema subcutáneo generalizado fetal con acúmulo de líquido en cavidades. Se produce sobre todo en la eritroblastosis fetal
- **Hipertermia** Aumento de la temperatura del cuerpo por encima de lo normal.
- **Hipocromía:** lo que significa que los glóbulos rojos (que deben su color a la hemoglobina) son más pálido que de costumbre.
- **Hipotermia** Disminución de la temperatura del cuerpo por debajo de lo normal.
- **Hipoxia:** es un estado de deficiencia de oxígeno en la sangre, células y tejidos del organismo, con compromiso de la función de los mismos.

I

- **Ilícitos:** es aquello que no está permitido legal o moralmente. Se trata, por lo tanto, de un delito (un quebrantamiento de la ley) o de una falta ética.
- **IMC:** Índice de masa corporal
- **IMC:** índice de masa corporal
- **Infertilidad:** es una enfermedad que afecta a la pareja, en donde ésta se ve imposibilitada para concebir un hijo naturalmente o de llevar un embarazo a

término después de 1 año de relaciones sexuales constantes (mínimo 3 veces por semana) sin uso de MAC (método anticonceptivo).

- **Inherentes:** El concepto se utiliza para nombrar a aquello que, debido a sus condiciones naturales, resulta imposible separarlo de algo ya que está unido de una manera indivisible a eso

L

- **Leucorrea:** Secreción genital blanquecina producida por la inflamación de la membrana mucosa del útero y la vagina.

- **Liderazgo:** Ejercicio del liderazgo de un grupo.

- **M**

- **Macrosomia:** El término es usado para describir el desarrollo o tamaño excesivo del cuerpo, como en el caso de un recién nacido con un peso por arriba del promedio.

- **Macrostomia fetal:** se utiliza para describir a un recién nacido significativamente más grande que el promedio

- **Maniobra de Leopold:** se utilizan para conocer la estática fetal en cualquier paciente embarazada después de las 32 semanas de gestación.

- **Matrona:** Madre de familia distinguida y respetable

- **Megaloblastica:**

- **Metrorragias:** es cualquier hemorragia vaginal, procedente del útero, no asociada al ciclo menstrual por su ritmo o por la cantidad de flujo.

- **Morfofuncionales:** Es la relación anatómica funcional multifactorial

- **Mortalidad:** Cantidad de personas que mueren en un lugar y en un período de tiempo determinados en relación con el total de la población.

N

- **N.I.C.** (Nursing Interventions Classification) Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería

- **N.O.C.** (Nursing Outcomes Classification) identificar y clasificar los resultados de los pacientes que dependen directamente de las acciones enfermeras y que sean clínicamente de utilidad.

Nefropatía: Enfermedad del riñón, es un término médico amplio usado para denotar enfermedad o el daño del riñón, que puede dar lugar eventual a insuficiencia renal.

-

- **Normoinserta:** Es decir que está colocada de forma normal en tu útero, más concretamente en la cara anterior de éste, o sea en la parte que toca tu ombligo.

O

- **Oligoamnios:** es un término médico que significa poco líquido amniótico.
- **OMS:** organización mundial de la salud
- **Oxitocina:** es una hormona natural fabricada por el hombre

P

- **Perinatal:** Que afecta o concierne al bebé en el período inmediatamente anterior o posterior a su nacimiento.
- **Polihidramnios:** es un término médico que se refiere a la presencia excesiva o aumento de líquido amniótico—por lo general mayor a los 2 litros o un índice de líquido amniótico >18 mm—alrededor del feto antes de que este nazca
- **Placenta:** del latín torta plana refiriéndose a su apariencia en humanos es un órgano efímero presente en los mamíferos placentarios y que relaciona estrechamente al bebé con su madre, satisfaciendo las necesidades de respiración, nutrición y excreción del feto durante su desarrollo.
- **Post parto:** Período que sigue al parto.
- **Precoz:** Que tiene unas cualidades intelectuales más desarrolladas o se comporta de forma más madura de lo que le correspondería por su edad.

- **Preeclampsia:** es una condición grave de la presión arterial que puede suceder después de la semana 20. Sin tratamiento, la preeclampsia puede causar graves problemas de salud y hasta la muerte.
- **Primípara:** Que pare por primera vez
- **Psicoactivas:** a toda sustancia química que, al introducirse por cualquier vía (mocal o nasal) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (compuesto por el encéfalo y la médula espinal) y que ocasiona cambios específicos en sus funciones.
- **Psicoactivas:** toda sustancia química de origen natural o sintético que al introducirse por cualquier vía (oral, nasal, intramuscular e intravenosa) ejerce un efecto directo sobre el sistema nervioso central (SNC), ocasionando cambios específicos a sus funciones
- **Prevención:** Es la acción y efecto de prevenir (preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo).La prevención, por la tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo. El objetivo de prevenir es lograr que un perjuicio eventual no se concrete. Esto se puede apreciar en los dichos populares “más vale prevenir que curar” y “mejor prevenir que curar”.

R

- **Reivindicación:** es el proceso en el que se reclama un bien u objeto a una persona, del cual se ha sido privado.
- **RH:** El factor Rh es una proteína integral de la membrana de los glóbulos rojos

S

- **Sífilis:** es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria.
- **Síndrome de Dow:** Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad

T

- **Tabúes:** designa a una conducta moralmente inaceptable por una sociedad, grupo humano o religión.
- **Talesemia:** Anemia hereditaria que cursa con una destrucción de los glóbulos rojos de la sangre; se presenta de modo preferente en individuos de países mediterráneos y se debe a un trastorno en la producción de hemoglobina.
- **Tamiz:** es una prueba que se realiza a los recién nacidos para detectar posibles alteraciones en el metabolismo y diversas enfermedades congénitas antes de que se manifiesten.
- **Temática:** Tema general o conjunto de temas de una obra, un autor, un asunto, etc.
- **Terapéutica:** Parte de la medicina que se ocupa de los medios empleados en el tratamiento de las enfermedades y de la forma de aplicarlos.
- **Teratógeno:** del griego «terato», que significa monstruo. Un agente teratogénico es una sustancia, agente físico u organismo capaz de provocar un defecto congénito durante la gestación del feto
- **Transcultural:** que se refiere a la expansión del uso de objetos, ideas, estilos , religiones, tecnología, lenguas, etc. entre personas de diferentes culturas.
- **Trofoblasto:** Capa celular que rodea a los blastómeros y que tiene como función la nutrición
- **TTD:** tetanos, tos ferina y difteria
- **tubo neural:** es una estructura presente en el embrión, del que se origina el sistema nervioso central. De forma cilíndrica, el tubo neural se deriva de una región específica del ectodermo llamada placa neural, la que aparece al inicio de la tercera semana de la concepción por medio de un proceso llamado neurulación.

V

- **Vanguardia:** supone una renovación de formas y contenidos.

- **Varices:** son dilataciones venosas que se caracterizan por impedir que la sangre retorne de forma eficaz al corazón (insuficiencia venosa). Se producen por una alteración de las válvulas venosas, que al no cerrarse como es debido, hacen que la sangre se acumule en las venas, haciendo que se dilaten.
- **VDRL:** Prueba serológica para la sífilis (**VDRL**) Es un examen para detectar sífilis. Mide sustancias (proteínas), llamadas anticuerpos, que su cuerpo puede producir si usted entra en contacto con la bacteria que causa la sífilis.
- **VIH:** significa virus de la inmunodeficiencia humana. Éste daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones
- **Vulvovaginitis:** Se denomina vaginitis a la inflamación de la vagina o de la vulva