

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL
DISTRITO FEDERAL**

ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

TESINA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PRESENTA:

OLGA LIDIA LUNA CRUZ

NÚMERO DE CUENTA: **404512673**

DIRECTORA: MTRA. MARTHA LILIA BERNAL BECERRIL

MÉXICO, D. F. 2009



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.

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

DRA. MARGARITA VELÁZQUEZ GUTIÉRREZ
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E

Me permito informar a usted que **el trabajo escrito:**

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL PRENATAL

Elaborado por:

1.- LUNA CRUZ OLGA LIDIA	404512673		
2.- _____	_____		
3.- _____	_____		
Apellido paterno	Materno	Nombre	Núm. de cuenta

Alumno (s) de la carrera de: **LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**
Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F., 01 julio de 2009.

Nombre y firma del
Asesor de Tesis

Nombre y firma del
Director Técnico de la carrera

Sello
de la Institución

Tu salud nos mueve

• Calzada México Tacuba N° 595 • 2° Piso • Col. Popotla
C.P. 11410 • Delegación Miguel Hidalgo • Tel. 53421251, 53418126 y 53424159

DEDICATORIA

A mis padres:

Mi hijo:

Con todo mi amor y agradecimiento quiero, dedicar este logro a

ustedes porque representan el amor que siempre me impulso a

realizar este sueño; siendo ustedes la inspiración para tomar

nuevos retos en la vida.

Gracias por su paciencia y apoyo incondicional que en todo

momento me brindaron.

Para ustedes con todo mi amor y cariño.

ÍNDICE

I.Introducción	1
II.Justificación	2
III.Objetivos	3
Capitulo 1	
1.1 Antecedentes de Cuidados Prenatales	5
1.2 Epidemiología	7
Capitulo 2	
2.1 Control Prenatal	10
2.2 Norma Oficial NOM-007-SSA-1993	11
2.3 Signos y síntomas del embarazo	15
Capitulo 3	
3.1 Sistema para detección de riesgo perinatal	18
3.2 Signos de Alarma	20
Capitulo 4	
4.1 Diagnósticos de enfermería NANDA	22
4.2 Intervenciones de enfermería NIC	27
4.3 Resultados NOC	48
IV. Conclusiones	49
V. Bibliografía	50
VI. Anexos	51

I. INTRODUCCIÓN

A fin de mejorar los servicios de salud, se han desarrollado normas, lineamientos y procedimientos para la atención médica, oportuna y con calidad en la atención prenatal. También se cuenta con programas regulados desde la Secretaría de Salud, que se deben utilizar en todo el país y que son de obligación general, cuyo objetivo fundamental es disminuir la mortalidad materna y perinatal, a través de la prevención de factores de riesgo en la embarazada.

Durante el periodo prenatal la enfermera puede proporcionar cuidados a la mujer, la orientan y la preparan durante el embarazo, la atención del parto y el puerperio. Las enfermeras con entrenamiento especial pueden dedicarse a la atención de la mujer embarazada, las inversiones que se hagan en la promoción de la salud durante la gestación pueden significar una enorme diferencia entre la salud de la mujer con sus hijos y las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, sin dejar de lado la muerte perinatal.

Para lograr una atención prenatal con alto grado de eficiencia, el personal de enfermería deberá identificar de manera oportuna los factores de riesgo obstétrico y detectar patologías que pueden presentarse durante el embarazo. Para ello es recomendable que la paciente acuda desde la sospecha de embarazo y la presencia de los primeros signos y síntomas del mismo, de tal manera que cumpla regularmente con sus citas programadas a la Unidad de Salud, con asistencia mínimo de cinco consultas prenatales, de acuerdo como lo establece la NOM-007-SSA2-1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

En esta tesina proponemos las acciones e intervenciones de enfermería en el control prenatal, que permitan identificar factores de riesgo con la intención de minimizarlos, a fin de mantener el buen estado de salud de la mujer embarazada fomentando una mejor calidad de vida.

II. JUSTIFICACIÓN

Aproximadamente el 50% de las muertes maternas podrían ser prevenidas, asumiendo que las gestantes hubiesen tenido acceso y recibido una atención adecuada por personal calificado durante el embarazo, parto y puerperio.

En países en vías desarrollo el control prenatal se hace en forma tardía y sin la regularidad necesaria, la mujer comúnmente acude a la primera consulta en el segundo trimestre o inmediatamente antes del parto.

Derivado de lo anterior, se debe contar con un plan de cuidados de enfermería, que justifique las estrategias e intervenciones, de acuerdo a las necesidades de cada una de las pacientes que acuden a control prenatal en el primer nivel de atención médica.

El personal de enfermería ha llegado a establecer un vínculo muy estrecho entre la comunidad y los servicios de salud, lo que ha permitido adquirir conocimientos, sobre la comunidad y desarrollar actividades en la atención de su propia salud.

Por lo tanto, el papel de la enfermera es fundamental entre los miembros del equipo de salud, para realizar intervenciones que permitan un control prenatal sano y sin complicaciones.

III. OBJETIVO GENERAL

Contar con elementos teóricos que permitan al personal de enfermería del primer nivel de atención, realizar los cuidados prenatales en la mujer embarazada con el fin de reducir los riesgos en esta etapa de la vida.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar los factores de riesgo en la paciente que puedan afectar la evolución del embarazo.
2. Valorar en la paciente embarazada los posibles factores de riesgos, a fin de evitar, complicaciones en la evolución del embarazo.
3. Orientar a las pacientes para que acudan a consulta, una vez que sospechen estar embarazadas y continuar durante todo el embarazo.
4. Proporcionar información que fortalezca el autocuidado en las diferentes etapas del embarazo.
5. Reforzar en la embarazada los conocimientos para la detección de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.



MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE CUIDADOS PRENATALES

La obstetricia se define como la rama de la medicina que estudia el parto, sus antecedentes y sus secuelas. Así, la obstetricia estudia todos los fenómenos en el control de embarazo, parto y puerperio, tanto en circunstancias normales como anormales¹.

La palabra “obstetricia” se deriva del latín obstetricia u obstetrix que significa partera. La forma verbal obsto (obs-antes, sto-parto) significa dar apoyo.

Así, en la Roma antigua, la persona que cuidaba a las mujeres durante el parto se denominaba obstetrix, o persona que daba apoyo a la mujer en el trabajo de parto. Tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña, esta rama de la medicina se llamó partería hasta finales del siglo XIX, el término obstetricia comenzó a emplearse hace poco más de un siglo.

La era posterior a la Segunda Guerra Mundial produjo cambios importantes en los cuidados de las mujeres al dar a luz, y cambios simultáneos en la terminología en relación con ellos. En el marco de referencia empleado en esta época, era más conveniente usar el término cuidados de maternidad, porque éstos se enfocaban en la persona que los recibía y no en las que los suministraba. Además, esto tiene un significado más amplio que el cuidado de la madre y sus hijos, conceden importancia a las relaciones interpersonales significativas en la familia y toma en cuenta todos los factores cruciales para promover la salud en general y el bienestar del grupo familiar en expansión.

Hace más de 30 años, el comité de expertos en cuidados de maternidad de la Organización Mundial de la Salud definió los objetivos correctos de los cuidados de maternidad, los cuales son asegurar que todas las madres embarazadas tengan hijos sanos, conserven una buena salud y aprendan el arte de cuidar de -

¹ Reeder.M. K.Enfermería Maternoinfantil.2007., Pag.271.

ellos. Los cuidados no sólo consisten en la atención de la madre, que incluye un parto seguro, el examen postnatal, el inicio y la continuación de la lactancia y el cuidado del recién nacido, sino que, en un sentido más amplio, incluye cuidados que se inician mucho antes en el ciclo reproductivo.

Así, a partir de una definición más concreta es que se enfocaba en lo particular a las personas que suministran los cuidados, se expandió el concepto de obstetricia para incluir no sólo a la mujer que da luz, sino a todas las personas significativas en su contexto social. En forma más reciente, al evolucionar el concepto de alto riesgo y regionalización, se empieza a utilizar el término cuidados prenatales.

La enfermería obstétrica² profesional. Evoluciona en respuesta a necesidades surgidas de carencias pasadas, en los cuidados de enfermería durante el proceso reproductivo cuenta con una base de conocimientos específicos del área que permita brindar atención de calidad a la mujer embarazada y durante el puerperio.

² IBIDEM-pág., 11

1.2 EPIDEMIOLOGÍA

El Programa de Arranque Parejo en la vida fue diseñado para ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio de manera segura y saludable.

Como instrumento de la Política Nacional de Salud, busca contribuir en dos de los ocho puntos de Desarrollo del Milenio (ODM) que el Gobierno de México adoptó, al igual que en 189 países más en la declaración del Milenio en el 2000. En los objetivos del Desarrollo del Milenio se establecieron metas para verificar y evaluar los avances en la reducción de la mortalidad en los menores de cinco años y mejoras en la Salud Materna ya que contempla reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.

Los logros han sido lentos ya que los primeros cuatro años del siglo XXI, el descenso promedio anual fue de menos 4% y se requiere, una disminución sostenida del 5% anual en promedio.

En México la mortalidad materna ha venido descendiendo paulatinamente desde hace varias décadas. Entre 1955 y 2006 se registró una reducción en la razón de la mortalidad materna de 70.6 %, al pasar de 204.4 a 60.0 defunciones maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Sin embargo, es probable que el descenso de la mortalidad materna en ese período haya sido mayor, debido que durante ese lapso, pero *sobre* todo durante los últimos años, se hacen esfuerzos por mejorar la calidad de los datos estadísticos³.

El cumplimiento de la meta de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) de reducir el 75% la razón de la mortalidad materna, constituye un reto sumamente complejo.

Los principales causas de muerte materna en México son las toxemia (29.5%), la hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio (22.1), el aborto (8.1%), y la

³ Secretaria de Salud. Programa de Acción Especifico.2007-2012.Arranque Parejo en la Vida.pag,17-32

sepsis puerperal (2.4%). En conjunto, estas causas concentraron el 62% de las defunciones maternas en 2006⁴. Todas ellas, al igual de que la mayoría de las causas directas de muerte materna tienen la característica de ser complicaciones obstétricas, cuyo efecto letal puede ser prácticamente eliminado mediante estrategias que tengan un alto impacto en la reducción de la letalidad de las complicaciones.

El cambio de enfoque hacia al manejo adecuado de las complicaciones obstétricas obliga a fortalecer los vínculos entre los distintos niveles de atención que integran las redes de servicios de salud, así como asignar a cada nivel y unidad de atención médica las responsabilidades que les corresponden en la atención obstétrica y perinatal, vista esta como un continuo que se inicia con el embarazo y concluye en el parto.

⁴ IBIDEM-pag.17-32



CAPÍTULO 2

CONTROL PRENATAL

2.1 CONTROL PRENATAL

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos sistemáticos ó periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la morbilidad y mortalidad materna y perinatal⁵.

La atención prenatal constituye la mejor estrategia para la prevención, detección y control de los factores de riesgo que pueden presentarse en el embarazo y el periodo puerperal. El diagnóstico de embarazo marca el inicio de la atención prenatal, por lo que resulta conveniente establecerlo a edades tempranas de la gestación, de preferencia antes de las 12 semanas. Lo ideal es promover la atención preconcepcional cuando menos tres meses antes de que la mujer se embarace, a fin de poder suplementar a la pareja con ácido fólico y prevenir la posible ocurrencia de algunos defectos al nacimiento o en forma rutinaria recetar este suplemento a todas las jóvenes en edad fértil⁶.

Se define a la atención prenatal como la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la mujer gestante, que tiene como objetivo la vigilancia de la evolución del embarazo, al tiempo que se obtiene una adecuada preparación para el parto e información útil para el cuidado del recién nacido.

Para que sea exitosa, la atención prenatal deberá ofrecerse durante las 40 semanas que dura el embarazo.

Embarazo normal: Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto a término.

Embarazo de alto riesgo: Es aquel en el que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre o del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario.

⁵ Villar Bergsjö, P. Nuevo Modelo de Control Prenatal de la OMS 2003. (25-05-09)

⁶ Tapia Conyer R. El Manual de Salud Pública. En México. 2006. (25-05-09)

2.2 NOM-007-SSA2-1993

La Norma Oficial Mexicana NOMM-SSA2- 1993 para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, indica como debe ser la realización de procedimientos y definiciones para llevar a cabo el control prenatal.

El embarazo tiene una duración de 280 días, contados a partir del primero después de la última menstruación (40 semanas) o 266 días si se considera como punto de partida la fecha de ovulación. Durante esta etapa, la mujer debe ser observada periódicamente por el personal médico, hecho que se conoce como atención prenatal.

La atención prenatal consiste en vigilar periódicamente a la mujer embarazada con objeto de apreciar oportunamente factores que puedan complicar el embarazo, dificultar el parto o condicionar un pronóstico desfavorable para el recién nacido, de manera que se pueda señalar el tratamiento oportuno.

Los factores de riesgo fetal durante el desarrollo intrauterino son mayores que los que se presentan durante el parto y los primeros días de vida del neonato. De aquí la importancia de un buen control prenatal.

Se podrá disminuir la mortalidad neonatal en la medida en que se entregue un recién nacido sano, proveniente de una madre sana o cuya patología fue bien controlada durante el periodo antenatal, de manera que:

Cuidados médicos + higiene + alimentación balanceada = Salud materno infantil

En la atención a la madre durante el embarazo y el parto debe de vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos, valorando el riesgo beneficio de su administración, además de que debe ser impartida con calidad y calidez en la atención.

Las actividades que se deben realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de la historia clínica (**ANEXO 1**)
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición y registro de peso y talla, así como interpretación y valoración.
- Valoración de riesgo obstétrico. (**ANEXO II**)
- Valoración de crecimiento uterino y estado de salud del feto
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (en la primera consulta, en las subsecuentes dependiendo los riesgos).
- Determinación de grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variantes débil Du), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos.
- Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.
- Detección del virus de la inmunodeficiencia adquirida humana VIH en mujeres de alto riesgo, bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- Prescripción de medicamentos (solo con indicación médica se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- Aplicación de dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la

segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años.

- Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de las embarazadas.
- Promoción de la lactancia materna exclusiva
- Promoción y orientación sobre planificación familiar.
- Medidas de autocuidado de la salud.
- Establecimiento del diagnóstico integral.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia (**ANEXO III**) para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles.

Se debe proporcionar a la mujer embarazada, su carnet perinatal que contenga los siguientes datos: identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio, estado nutricional, signos de alarma durante el embarazo, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio y los factores de riesgo, así como mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva y planificación familiar. Se utilizará éste, como documento de referencia y contrarreferencia institucional.

La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo, reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente esquema:

1ra. Consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas.

2ª. Consulta: entre las 22 – 24 semanas.

3ª. Consulta: entre la 27 – 29 semanas

4ª. Consulta entre la 33 – 35 semanas

5ª. Consulta: entre la 38 – 40 semanas

La prolongación del embarazo después de las 40 semanas requiere efectuar consultas semanales adicionales, con objeto de vigilar que el embarazo no se prolongue más allá de las semanas 42⁷.

⁷ Secretaría de Salud.NOM-007-SSA-1993

2.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS DEL EMBARAZO

En el diagnóstico de embarazo⁸ se cuenta con signos y síntomas que pueden catalogarse en síntomas de sospecha o presunción, probabilidad y certeza o positivo.

Sospecha

Los signos y síntomas a través de los cuales se puede presumir de embarazo son datos que en conjunto pueden orientar hacia la existencia de un embarazo y que se obtienen mediante el interrogatorio o exploración física y son:

Durante el interrogatorio: Amenorrea, náuseas y vòmito, sialorrea, polaquiuria, nicturia, mastalgia, astenia y adinamia, mareos, irritabilidad, perversiòn del gusto y del olfato, somnolencia, “antojos” de alimentos o bebidas.

Durante la exploraciòn física: Aumento de tamaño, consistencia y sensibilidad mamaria, pigmentaciòn del pezòn, arèola secundaria, red venosa de Haller, túbrculos de Montgomery, calostro, pigemtaciòn cutànea en abdomen, muslos y genitales externos, leucorrea por moniliasis.

Probabilidad

Son aquellos que a pesar de estar presentes en la mayoría de los embarazos, nos orientan hacia el diagnóstico, sin confirmar su existencia.

Intensificaciòn de varios de los síntomas de sospecha.

Aumento de peso corporal, modificaciones de órganos pélvicos: coloraciòn violàcea de vagina (Chadwick), pulso vaginal (Ossiander), cérvix e istmo reblandecidos (Hegar), cuerpo uterino globoso y fondos de saco ocupados (Noble y Budin), irregularidad del fondo uterino (Piskasek).

Pruebas de laboratorio positivas, presencia de células naviculares (papanicolaou)

⁸ Mondragòn Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada. Trillas 2004. Pag.,94

Certeza

Son los signos que denotan con seguridad la existencia del embarazo. Auscultación de latidos cardiacos fetales, (maniobras de Leopold), comprobación de movimientos fetales en la exploración, percepción de contracciones de Braxton Hicks.

Mediante los métodos de gabinete: actividad cardiaca presente en el electrocardiograma fetal, latidos cardiacos fetales audibles (Doptone), sombra fetal en ultrasonido⁹.

Informar sobre los exámenes de laboratorio y gabinete que se requieren: Los exámenes y pruebas solicitados deben responder a un propósito inmediato y realizarse únicamente en caso de ser necesario¹⁰.

Tipo sanguíneo y factor Rh, Biometría hemática completa, Química sanguínea glucemia, Examen general de orina (A) (bacteriuria, proteinuria) VDRL, Prueba VIH (Solicitar consentimiento informado y de acuerdo a normas oficiales). Papanicolaou (si no fue realizado).

⁹ IBIDEM- pag.,25

¹⁰ Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín de información Científica para el Cuidado de Enfermería. Octubre de 2006. consultada el 27-06-09, disponible en: <http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/icce.pdf>.



CAPÍTULO 3
SISTEMA PARA DETECCIÓN
Y
EVALUACIÓN
DE RIESGO

3.1 SISTEMA PARA DETECCIÓN Y EVALUACIÓN DE RIESGO PERINATAL

Las guías deben utilizarse para buscar sistematizadamente los factores de riesgo que pueden presentarse en cada etapa de la vida reproductiva. Los datos positivos de riesgo (amarillo y rojo) deben anotarse en el apartado correspondiente del PREVIGEN 99 y deben además ser anotados y comentados en la nota de evaluación del expediente clínico¹¹.

Objetivos: El sistema de evaluación de Riesgo Perinatal se aplica fácilmente y con mínimos recursos para:

1. **Detectar:** tempranamente los factores de riesgo en cualquier etapa de la vida reproductiva.
2. **Especificar:** La atención materno-infantil de acuerdo con el riesgo calificado.
3. **Facilitar:** El funcionamiento del Sistema de Atención Perinatal por niveles progresivos de acuerdo al riesgo.

Nivel I Riesgo bajo – verde		V
Nivel II Riesgo medio- amarillo		A
Nivel III Riesgo alto- rojo		R

4. **Propiciar:** la referencia y contrarreferencia oportuna y justificada.
5. **Utilizar:** un sistema codificado integral que permite evaluarla operatividad, eficacia del sistema de atención.
6. **Contribuir:** con el sector salud a sus objetivos en el ciclo de vida.
7. **Operar recursos:** para el cumplimiento de objetivos de Gen y Cimigen “disminuir los defectos al nacimiento” y “lograr el nacimiento de niños sanos”.

¹¹ Privigen.

3.1 GUIAS PREVIGEN

EVALUACIÓN DE RIESGO AL INICIO DEL EMBARAZO

PREVIGen II			
01. Edad (años)	20 a 30	15 a 19	14 y men.
02. Edad (años)	31 a 35	36 y más	36 y más
03. Peso al inicio (kg)	65 a 75	76 y más	76 y más
04. Peso al inicio (kg)	41 a 50	40 y men.	40 y men.
05. Estatura (cm)	1.50 ó más	1.45 a 1.49	1.44 men.
06. Nivel socioeconómico	Alto y medio	Bajo	Muy bajo
07. Estado civil	Casada	Soltera	Sin cónyuge
08. Estado civil	Unión libre	Viuda	Muy Alerada
09. Actitud	Adecuada	Inadecuada	Muy Alerada
10. Paridad	1 a 3	4 a 6	Traumático
11. Paridad	Normal	Nulipara	Difícil
12. Parto anterior	No	2 ó más	2 y más
13. Abortos consecutivos	No	Una	2 y más
14. Cesáreas previas	No	Uno	2 y más
15. Parto pretérmino 37 sem.	No	Sí	Sí
16. Preeclampsia-eclampsia	No	Uno	2 ó más
17. Hijos 2500 g. ó menos	No	Uno	Sí
18. Hijos de 4000 g. ó más	No	Ginecológica	2 ó más
19. Muertes perinatales	No		Sí
20. Hijo malformado	No		Sí
21. Cirugía previa	No		Útero
22. Consanguinidad	No		Sí
23. Factor Rh.	Positivo	Negativo	Negativo inmunizada
24. Hemoglobina en g.	11 y más	8 a 10.9	8.0 y menos
25. Tabaquismo	No	Sí	
26. Alcohólico	No	Sí	
27. Toxicomanías	No	Sí	
28. Amenaza de aborto (20 sem o menos)	No	Controlada	Activa
29. Amenaza parto pretérmino (21 ó más semanas)	No	Controlada	Activa
30. Hemorragia ginecológica	No	Controlada	Activa
31. Cardiopatía	No	Controlada	Activa
32. Nefropatía	No	Controlada	Activa
33. Diabetes	No	Controlada	Activa
34. Hipertensión crónica	No	Controlada	Activa
35. Hipertensión del embarazo	No	Controlada	Activa
36. Ruptura de membranas	No	12 hs. ó menos	13hs. omés
37. Otros especifique			
	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

EVALUACIÓN DE RIESGO DURANTE EL EMBARAZO

PREVIGen III			
01. Presión arterial Sist.	80-139	140-160	161 y más
02. Presión arterial Diast.	60-90	91-109	110 y más
03. Aumento de peso (kg/mes)	1 a 1.5	1.6 a 2.9	3.0 y más
04. Aumento de peso (kg/mes)		Sin aumento	Disminución
05. Aumento F.U. (cms/mes)	3 a 5	6-7	8 y más
06. Aumento F.U. (cms/mes)		1-2	No aumento
07. Líquido amniótico (cantidad)	Normal	Moderado	Exagerado A
08. Líquido amniótico (cantidad)		Moderado	Exagerado B
09. Movimientos fetales	Normal	Moderado	Exagerado A
10. Movimientos fetales		Moderado	Exagerado B
11. Hemorragia genital	No	Minima	Regular
12. Membranas ovulares	Integras	Rotas 12 hs o menos.	Rotas 13 hs o más
13. Contracciones uterinas antes de 37 semanas (por hora)	1 y menos	2 a 3	4 y más
14. Aborto 20 cms. Ó menos	No	Amenaza	En evolución
15. Parto pretérmino (21-36 sem)	No	Amenaza	En evolución
16. Infección urinaria	No	Controlada	Activa
17. Otras alteraciones maternas especifique			
18. Otras alteraciones fetales especifique			
19. Otros especifique			
	Riesgo bajo	Riesgo medio	Riesgo alto

3.2 SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA DURANTE EL EMBARAZO

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana nos indica que la prevención de factores de riesgo, incluyen la identificación de signos y síntomas de alarma durante el embarazo, las mismas se traducen en acciones para un buen control prenatal y es tener presentes esos signos y síntomas de alarma para buscarlos intencionadamente durante el interrogatorio y la exploración física.

Los principales datos clínicos de alarma son:

- Hipertensión arterial, cefalea
- Edema de cara, manos o pies.
- Sangrado por vía vaginal
- Leucorrea o salida de liquido transvaginal, fétido, prurito
- Orina oscura o arenosa, disuria.
- Fiebre
- Vómitos persistentes
- Ruptura de membranas
- Contracciones uterinas antes de tiempo
- Señales de comienzo de parto.
- Ataques o convulsiones
- Hipertermia
- Ausencia de movimientos fetales



CAPÍTULO 4 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

4.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los datos de la historia clínica del embarazo y el examen físico se emplean para formular un diagnóstico de enfermería. Cada mujer y su familia responden al embarazo de manera distinta, esto en conjunto con su estado de salud y su respuesta fisiológica determinan en gran parte los diagnósticos e intervenciones de enfermería.

El diagnóstico más común es la deficiencia de conocimientos, en relación con los cambios emocionales y fisiológicos del embarazo, estos acontecimientos son de esperarse durante los cuidados prenatales y el embarazo, así como los ajustes familiares. Un diagnóstico correcto logra un buen resultado del embarazo y el deseo de aprender y seguir las buenas prácticas para promover el crecimiento, desarrollo y parto de un niño saludable.

Un diagnóstico de enfermería es un problema de salud real o potencial que se centra en las respuesta humana de un individuo o grupo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar independientemente¹².

Para determinar si un problema de salud debe ser considerado como diagnóstico de enfermería, basta con preguntarse si el personal de enfermería puede resolverlo en forma independiente, es decir sin la participación de otros profesionales de la salud.

Cuando se tiene un problema de salud que sólo puede ser resuelto con la participación conjunta del médico, enfermera, trabajadora social, nutrióloga, etc., se está ante un problema interdependiente, es un problema de salud real o potencial que se centra en la respuesta fisiopatológicos del cuerpo y que las enfermeras son responsables de identificar y tratar en colaboración con otros profesionales.

¹² Rodríguez Sánchez B. A "Proceso de Enfermería" pag 32.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA APLICABLES A LAS PRIMERAS ETAPAS DE EMBARAZO

Una vez concluida la valoración, el siguiente paso es establecer si existen problemas y de qué tipo, ya que es fundamental la intervención necesaria para resolverlos. Los diagnósticos NANDA sugieren intervenciones de acuerdo al patrón funcional y a las necesidades de la mujer embarazada que se apegarán a las manifestaciones que se presente según el caso¹³.

Deficiencia de conocimientos relacionados sobre:

- ✚ Cambios emocionales y fisiológicos del embarazo
- ✚ Curso de cuidados prenatales
- ✚ Cuidado personal durante el embarazo
- ✚ Ajustes familiares para el embarazo
- ✚ Pruebas y procedimientos

Comportamientos para lograr buen resultado del embarazo:

- ✚ Aprender prácticas para favorecer el crecimiento, desarrollo y nacimiento de un niño saludable.
- ✚ Evitar complicaciones

Alteraciones de la nutrición, de las necesidades del organismo en relación con:

- ✚ Náuseas y vómito durante el primer trimestre

Ansiedad en relación con:

- ✚ Cambios físicos del embarazo

¹³ Brunner S.L. Manual de Enfermería, Editorial Interamericana, pag.413

- ✚ Temor de perder al niño
- ✚ Reacciones emocionales por estar embarazada
- ✚ Preocupación por la seguridad
- ✚ Alteración de la comodidad en relación con:
- ✚ Dolor de senos
- ✚ Calambres abdominales, incomodidad
- ✚ Micción frecuente

Alteración de los patrones de sexualidad en relación con:

- ✚ Respuesta familiar al embarazo
- ✚ Necesidad de usar diferentes estrategias de adaptación
- ✚ Necesidad de ajuste de las funciones
- ✚ Adaptación familiar y su potencial para crecimiento

Adaptación familiar ineficaz en relación con:

- ✚ Proceso adictivo o de maltrato
- ✚ Perturbación emocional
- ✚ Padres adolescentes
- ✚ Enfermedad física
- ✚ Recursos económicos deficientes

Deficiencia de conocimientos en relación con:

- ✚ Cuidados personales para reducir las incomodidades leves
- ✚ Preparación para el trabajo de parto

- ✚ Maternidad y paternidad
- ✚ Signos de complicaciones
- ✚ Medidas de seguridad

Ansiedad en relación con:

- ✚ Aumento de incomodidad en la última etapa del embarazo
- ✚ Trabajo de parto y parto próximo

Alteraciones en la comodidad en relación con:

- ✚ Aumento de volumen abdominal
- ✚ Incremento de la presión pélvica
- ✚ Trastornos de la digestión y eliminación
- ✚ Cambios en la alineación corporal (dolor de espalda)

Alteración de los patrones de sexualidad en relación con:

- ✚ Incomodidad en la última etapa de embarazo
- ✚ Temor de dañar al feto
- ✚ Cambios en la imagen corporal

Potencial para lesiones en relación con:

- ✚ Falta de medidas de seguridad
- ✚ Alteración del equilibrio de la madre
- ✚ Riesgos del trabajo de parto y parto

Alteración del patrón de sueño en relación con¹⁴:

- ✚ Cambios fisiológicos (respiratorios, urinarios)
- ✚ Incomodidad física

Intolerancia a la actividad en relación con:

- ✚ Cambios en el centro de gravedad
- ✚ Aumento de peso

¹⁴ IBIDEM-Pag,413

4.2 INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Teniendo los Diagnósticos de NANDA como referencia se incluyen guías de intervenciones de enfermería ante posibles problemas reales y potenciales que se puedan presentar en el embarazo.

✚ Toma de signos vitales

Son las manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en forma constante¹⁵.

- Temperatura: se considera normal entre 36.5° a 37° C
- Pulso: se considera normal de 60 a 80 latidos por minuto.
- Respiración: normalmente hay 16 a 20 respiraciones por minuto.
- Presión arterial: límites normales 110/80 mm Hg
- Verificar que el pulso, tensión arterial y temperatura sean normales (pulso entre 70 y 100/min) tensión arterial entre 90/60 y menos de 140/90 mm Hg.

Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor determinante para valorar la evolución de la mujer embarazada, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.



¹⁵ Brunner. Manual de Enfermería 2005. Pag., 19

Enseñanza de la dieta prescrita

Durante el embarazo son muchos los cambios que sufre el cuerpo de la mujer, así mismo, la formación del nuevo ser es un complejo proceso que empieza con la unión de dos células y pasa por una serie de transformaciones que concluirán en el nacimiento de su pequeño bebé. Para que todos estos cambios se produzcan sin complicaciones, se requiere de la intervención de múltiples factores entre los que destacan los aportes nutricionales¹⁶.

Se recomienda ingerir siete o más porciones de alimentos rico en proteínas como carne de res, puerco, carnero y fuentes proteicas vegetales. Por los menos una de las raciones debe provenir de fuentes vegetales, como legumbres (frijoles, lentejas, nueces. Los alimentos que contienen proteínas además de su función principal de proporcionar aminoácidos, son buenas fuentes de vitaminas y minerales. Teniendo en cuenta de disminuir y limitar el consumo de grasas y 30% de las calorías que se ingieren.

En la nutrición, se necesita aumentar un poco más de los alimentos que aporten los nutrimentos necesarios:

- **Energía:** tortilla, arroz, pastas, pan, avena.
- **Proteínas:** frijol, lentejas, leche, pescado, huevo.
- **Calcio:** tortilla, leche, pescado, acelgas, verdolagas.
- **Hierro:** frijol, lenteja, huevo, hígado, acelgas, espinacas.
- **Vitamina C:** naranja, limón, toronja, guayaba, chile, tamarindo.
- **Vitamina A:** zanahoria, espinacas, papaya, verdolagas, mango, quelites.
- Prescripción de hierro oral (Fumarato o sulfato ferroso) a dosis de una tableta de 200 mg, tres veces al día, además de jugo de naranja, toronja, guayaba o limón.

¹⁶ IBIDEM.Pag.,25

- Consumir alimentos frescos, hervir el agua y la leche, lavar frutas y verduras al chorro del agua. Preparar las carnes asadas o al vapor, con poca grasa, en trozos finos y pequeños para que se cocinen muy bien.
- Evitar el consumo de frituras, golosinas y refrescos.
- El ácido fólico es un miembro de la familia vitamina B, actúa con la vitamina 12 en la formación de glóbulos rojos. También ayuda a reducir en el bebé el riesgo a desarrollar un tipo de defecto de nacimiento llamado defectos del tubo neural, este puede ocurrir en etapas tempranas del embarazo.



✚ Manejo de vacunación con Td (toxoides tetánico)

- Aplicación de al menos dos dosis de toxoides tetánico, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años¹⁷.

¹⁷ Secretaría de Salud.NOM-007-SSA2-1993

✚ Manejo de náuseas

La náusea y el vómito leve (matutino) constituyen la incomodidad más común en el primer trimestre del embarazo. Los síntomas por lo general aparecen al finalizar la cuarta o sexta semana y duran aproximadamente hasta la semana 12.

Se presentan en casi la mitad de las embarazadas, de ellas la tercera parte experimentan vómito¹⁸.

Tratamiento:

- Dieta fraccionada en 5 comidas al día
- Evitar alimentos grasosos y muy condimentados
- Separar los líquidos para ingerirlos después
- Comer alimentos con almidón, como tostadas, galletas de soda al levantarse o cuando sienta náuseas.



¹⁸ Secretaría de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil. Pag, 19

Control de peso

En cada visita prenatal se registra el peso de la embarazada. En total se recomienda aumentar entre 9 a 12 Kg, durante los 9 meses de embarazo. A no ser que se trate de un embarazo múltiple, en tal caso se referirá a la paciente al siguiente nivel de atención¹⁹.

Semana	Meses	Aumento de peso en gramos
4	1	500
8	2	
12	3	

Edad de gestación

Semana	Meses	Aumento de peso en gramos
16	4	800 a 1,500
22	5	
28	6	

Semana	Meses	Aumento de peso en gramos
32	7	1000 a 1,500
36	8	
40	9	

¹⁹ Secretaria de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil. Pag., 9

Disminución de la ansiedad

El ejercicio durante el embarazo suele ser de beneficio. Sin embargo, el grado de ejercicios depende de cada persona, de su estado general y del avance del embarazo²⁰.

Existen diferencias entre la cantidad de ejercicio que se recomienda en las etapas tempranas y en las tardías del embarazo.

Se recomienda caminar durante 15 minutos

Cuando el embarazo es avanzado, con frecuencia se limita el ejercicio. El ejercicio distrae, reduce la ansiedad y la tensión, tranquiliza la mente, ayuda a dormir y a reducir el estreñimiento y estimula el apetito.

Técnica de la relajación

Las técnicas de relajación consciente son convenientes. Existen diversos métodos que incluyen: relajación progresiva, ejercicios respiratorios, enfoque de la atención (concentración), visualización y algunos tipos de medicación. Cuando se practica la relajación resulta revitalizante, proporciona energía, y es eficaz para contrarrestar la tensión. Si la madre no conoce estas técnicas, la enfermera puede enseñarle algunas de ellas, un ejemplo:

- Técnica de respiración lenta y profunda, debido al aumento de relajación y la mejor oxigenación que se logra con la respiración lenta, es conveniente que la madre recurra a ella todo el tiempo si es posible durante el trabajo de parto.

²⁰ IBIDEM-pag.,10

Fomento de ejercicio

El ejercicio durante el embarazo suele ser beneficioso. Sin embargo, el grado de ejercicio depende de cada persona, de su estado general y del avance del embarazo.

El ejercicio distrae, reduce la ansiedad y la tensión, tranquiliza la mente, ayuda a dormir, y a reducir el estreñimiento y estimula el apetito, todo lo cual es de gran ayuda para la mujer embarazada. El mejor ejercicio es caminar porque estimula la actividad muscular de todo el cuerpo, no es conveniente que la madre se agote.

No se recomienda que la madre esté de pie o que se siente mucho tiempo. Otra opción de bajo impacto es el yoga.

Los que se debería evitar son los deportes de contacto, aerobics de alto impacto y las actividades que tengan riesgo de caídas porque los ligamentos están más laxos por lo que es más fácil que se lastimen.

Los ejercicios de Kegel ayudan a fortalecer y preparar el piso pelviano para el parto. Estos ejercicios también ayudan a la mujer a recuperarse después del mismo. La manera más fácil de aprender a relajar y de contraer los músculos es practicar intentando frenar y recomenzar la salida de orina²¹.



²¹ El ejercicio durante el embarazo. [http://www.mujaerasistencia.com.mx-\(27-06-09\)](http://www.mujaerasistencia.com.mx-(27-06-09))

Medidas higiénicas

- Baño diario y aseo dental después de cada comida
- Lavado de las manos antes de la preparación y consumo de los alimentos.
- Uso de ropa holgada y calzado de tacón bajo, evitar el empleo de fajas, cinturones o ligas que compriman el abdomen o las piernas.
- Cambio de ropa diario, sobre todo la interior.
- Aconsejar disminuir la frecuencia de las relaciones sexuales cuando hay flujo vaginal abundante.
- Actividad física que no produzca fatiga, alternando con periodos de reposo.
- Recomendar dormir durante 8 horas diariamente
- Evitar consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y medicamentos no prescritos por el médico²².

Manejo del sueño

La embarazada debe dormir lo suficiente para cubrir sus necesidades, algunas necesitan más reposo que otras.

Puede ser conveniente que tome una siesta ó repose durante media hora por la mañana y por la tarde. En caso de que este no sea posible, es recomendable que tome periodos de reposo cortos, varias veces al día.

Puede recostarse o sentarse para que descanse el cuerpo, la mente y los músculos abdominales, las piernas y la espalda, también es conveniente que se estire todo lo posible para facilitar al corazón el bombeo de sangre a las extremidades.

²² Secretaría de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil.pag,22

En los últimos meses del embarazo, la mujer puede emplear una almohada pequeña para detener el abdomen mientras se acuesta de lado. Reducir el ruido y las luces, evitar la cafeína, no ingerir abundantes líquidos dos o tres horas antes de dormir.

✚ Postura correcta

El personal de enfermería orientará a la mujer embarazada como debe llevar una postura correcta, para evitar el dolor. Por ejemplo, una causa frecuente de dolor de espalda durante el embarazo, es la mala posición. A medida que el embarazo progresa, se alteran las proporciones del cuerpo y la distribución del peso.

Cabeza: enderezar el cuello y alinear la barbilla para que el cuerpo adquiera una buena posición.

Hombros y tórax: Levantar la caja torácica y mover los hombros hacia atrás.

Girar los brazos hacia fuera: abdomen glúteo: Contraer el abdomen para aplanar la espalda.

Hacer presión en los glúteos para que la pelvis gire hacia atrás.

Rodillas: Doblarlas para distribuir el peso del cuerpo en los pies.

Pies: distribuir el peso del cuerpo a través del centro de cada pie.

Dolor de cadera intenso: reposo en cama, faja obstétrica



Cuidados del edema

El edema se reduce al evitar los alimentos con alto contenido de sal, al ingerir alto contenido proteico y al evitar la ropa justa.

Las mujeres que trabajan no deben permanecer de pie o sentadas por largo tiempo, necesitan reposar dos o tres veces al día con las piernas elevadas por lapsos de 20 minutos, reduce la inflamación y la incomodidad²³.

- Reposo con miembros elevados dos o tres veces al día
- Empleo de medias elásticas
- Caminar por lo menos 15 minutos diarios
- Evitar la ropa ajustada o que constriña las piernas



²³ IBIDEM-pag,25

Orientación acerca de la vestimenta

Durante el embarazo²⁴ la mujer debe usar ropa cómoda, que no le apriete. Algunas se visten como acostumbran hasta que el aumento de tamaño del abdomen es evidente.

Existe ropa adecuada para esta etapa en tiendas especiales o en las departamentales, en diversidad de estilos. El diseño de la ropa de maternidad debe proporcionar comodidad de la prenda. La futura madre puede vestirse para sentirse cómoda según el clima y la temperatura, la embarazada debe de evitar cualquier tipo de ropa o accesorios que impidan el movimiento o la circulación.

Las prendas muy apretadas en torno al perineo, como pantimedias y pantalones, pueden contribuir a infecciones vaginales y al salpullido.

Sostén en el busto

Todas las embarazadas deben emplear sostenes especiales para tener el busto en una posición normal.

Un buen apoyo para los senos ayuda a tener buena postura y evita dolores de espalda. Es importante que la copa se adapte bien y que la parte que va debajo del brazo cubra todo el tejido del seno. Los tirantes anchos resultan más cómodos para la mujer que tiene senos grandes y colgantes. La talla del brasier se determina según la talla de costumbre pero casi siempre se usa un sostén dos tallas más grandes. Cuando la futura madre planea amamantar a su hijo es conveniente que adquiera brasieres especiales para lactancia, que en ese momento dejan descubierto el pezón, podrá usarlos en los últimos meses del embarazo y durante el periodo posparto y mientras alimenta al niño.

²⁴ Reeder Martin K. Enfermería Materno Infantil. Pag, 339

✚ Usar zapatos adecuados

Es fundamental que las embarazadas usen zapatos cómodos que se adapten bien. Los cambios en la posición vertical que se producen cuando el tamaño del abdomen de la madre aumenta son más notorios y se resisten más si usa zapatos de tacón, lo que puede causarle dolor de espalda y fatiga. Se aconseja usar zapatos sin tacón durante las horas de trabajo y para las actividades cotidianas. Se puede emplear un tacón hasta de 5 cm en ciertas ocasiones, para evitar el dolor de espalda por la lordosis que produce el tacón, y para mantener un buen equilibrio. El zapato debe proporcionar buen apoyo al arco y a los lados del pie para que resulte más cómodo²⁵.



✚ Soporte abdominal

Cuando el abdomen materno es muy grande o si los embarazos anteriores ocasionaron que la musculatura abdominal está floja o colgante, la madre puede usar una buena faja de maternidad para sentir más apoyo y comodidad.

El objetivo de esta prenda es dar apoyo, no apretar el abdomen. Para su colocación la mujer puede recostarse en la cama (es mejor que estar de pie y ponérsela de abajo hacia arriba) de manera que detenga el abdomen desde la parte inferior.

²⁵ IBIDEM- pag, 339

El indicar las fajas de maternidad ayuda a aliviar el dolor de espalda, evita la fatiga y contribuye a mantener una buena postura y evita las estrías.



✚ Cuidados de los dientes

Es aconsejable que visite al dentista a comienzos del embarazo y siga cualquier recomendación que éste le haga. Es conveniente posponer los trabajos dentales optativos hasta que el embarazo termine. El periodo más favorable para procedimientos menores y rutinarios es del cuarto al séptimo mes ya que por lo general, la madre experimenta menos náuseas y se sienta mejor.

Sin embargo es cierto que con el embarazo, se aumenta la salivación y la flojedad de los ligamentos dentarios lo que hace que se retengan entre los dientes restos de comida y provoquen caries. Las encías también cambian y se hacen más esponjosas y sangrantes, todo ello contrareestado con enjuagues bucales o dentríficos astringentes²⁶.

- Cepillarse después de cada comida
- Masajear las encías para fortalecerlas
- Utilizar enjuagues bucales

²⁶ El cuidado de los dientes en la mujer embarazada. <http://www.bebesmundo.com> (27-06-09)

- Llevar una dieta sana
- Utilizar cepillo dental de cerdas suaves.



Cuidados de los senos

Explorar los senos e instruir a la madre acerca de su preparación para la lactancia:

Con el dedo índice y pulgar tomar el pezón por su base y darle masaje en forma circular (como torciéndolo) unas 10 veces en 3 ocasiones por día.

Tomar el pezón por su base y jalar y estirar suavemente unas 10 veces en 3 ocasiones por día.

Lubricar los senos con aceite o grasa vegetal y si es posible exponerlos directamente a la luz del sol durante 10 minutos al día.



Explicar que alimentar al hijo con su leche le ofrece muchas ventajas ya que siempre está lista, es pura, que con ella le proporciona defensas en contra de enfermedades y sobre todo que es el alimento más completo y adecuado para su hijo, pues tiene todo lo que él necesita para crecer sano y fuerte por lo menos hasta los cuatro meses de edad²⁷.

²⁷ Secretaría de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil, agosto 1987, pag 10

Exploración Física

Medir la altura del fondo uterino y frecuencia cardiaca fetal en cada visita prenatal

Para establecer la altura del fondo uterino es importante saber la fecha probable de parto (FPP), que se puede calcular usando la regla de Nagele.

La fecha probable de parto se calcula añadiendo 7 días a la fecha del primer día de la última menstruación, más 7 días, menos 3 meses.

Por ejemplo: si la última menstruación normal de la paciente se inició el 4 de febrero, la fecha de parto será el 11 noviembre.

Febrero $4+7=11$ de febrero

Febrero $11-3$ meses= 11 de noviembre

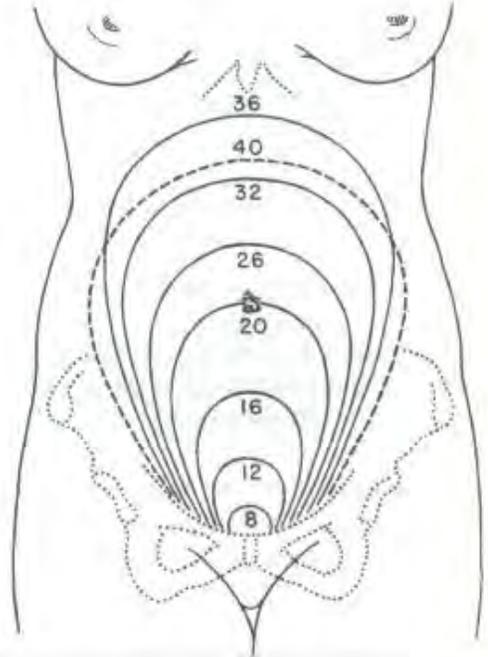
Para facilitar el cálculo, puede usarse el calendario obstétrico

Determinar la altura del fondo uterino con cinta métrica cuyo cero se coloca sobre el borde superior de la sínfisis del pubis, con la otra mano se lleva la cinta con presión suave hasta el punto central del fondo uterino y se registra la cifra en centímetros. Verificar que la altura del fondo uterino corresponde en centímetros a la edad gestacional como lo señala el cuadro correspondiente²⁸.

²⁸ Secretaría de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil. Pag,21

EDAD DE LA GESTACION

Semanas	Meses	Altura del fondo uterino en centímetros
8	2	0
12	3	4
16	4	8
20		17-18
22	5	19
24		20-21
26		22-23
28	6	24-25
30		26-27
32	7	28
34		29-30
36	8	31-32
38		33-34
40	9	35



- Confirmar por interrogatorio y exploración la presencia de movimientos fetales después del 5º mes.
- Verificar después del 6º mes que el latido cardiaco fetal se encuentra entre 120 y 160 por minuto. (Estetoscopio de Pinard).
- Se deben estudiar los caracteres siguientes:
- Frecuencia: número de latidos cardiacos

- Ritmo: periodicidad o sincronía con que suceden dichos latidos (rítmico)
- Intensidad: fuerza o claridad con que se manifiesta las contracciones cardíacas

PALPACIÓN

Para explorar por palpación el útero y su contenido se puede utilizar las siguientes maniobras, conocidas como maniobras de Leopold.

Las maniobras de Leopold se emplean con objeto de identificar la posición del feto, variedad de presentación y actitud. Se efectúan durante el embarazo una vez que el tamaño del útero permite distinguir por palpación las partes fetales²⁹.

Primera Maniobra: Se coloca la mano izquierda abierta en el fondo del útero, y la derecha en el polo inferior. Con este se pretende precisar.

- Altura de fondo uterino
- Situación del producto
- Presentación del mismo
- Altura de la presentación

Segunda Maniobra: Se coloca las palmas de ambas manos en el abdomen, una a cada lado del útero. Esta maniobra permite.

- Precisar la posición del producto
- Corroborar la situación del producto

Tercera Maniobra: Las palmas de las manos se apoyan en el hipogastrio para localizar el polo inferior del producto, o sea, la presentación, lo cual permite conocer.

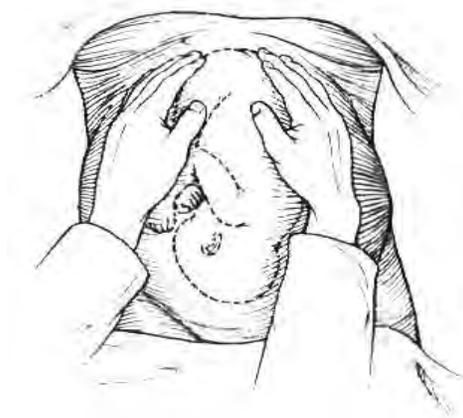
- Actitud de la presentación.

²⁹ Mondragón Castro H. Obstetricia Básica Ilustrada. Pag, 145

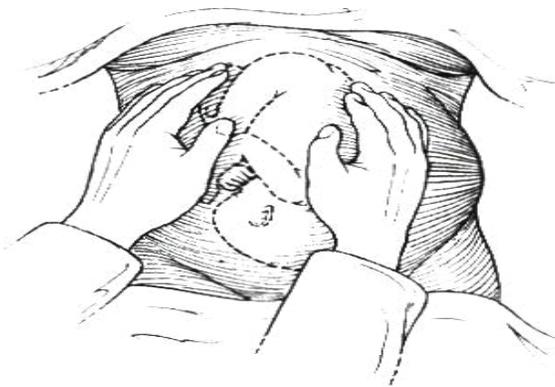
- Grado de encajamiento

Cuarta Maniobra

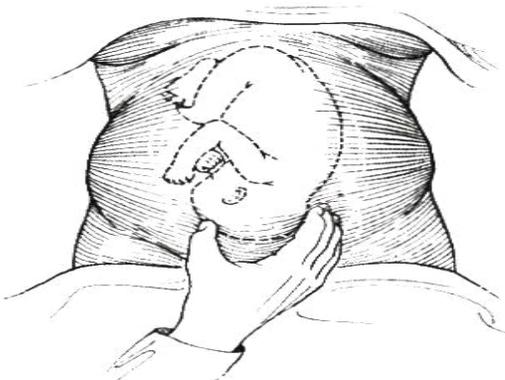
Permite evaluar encajamiento de la presentación en la pelvis y la flexión, si al realizar tacto vaginal los dedos se introducen en una excavación vacía, debe sospecharse situación transversal³⁰.



Primera Maniobra



Segunda Maniobra



Tercera Maniobra



Cuarta Maniobra

³⁰ IBIDEM.Pag. 146

La preparación para el parto

Se establece que el trabajo de parto se ha instalado:

Por interrogatorio, la hora aproximada en que las contracciones se hicieron frecuentes y no se retiraron, acompañándose o no de dolor y registrar como la hora en que se inicio el trabajo de parto³¹.

Verificar mediante la palpación en el abdomen que las contracciones uterinas se repitan aproximadamente en número de 3 en 10 min.

- Establecer que el trabajo de parto cursa sin complicaciones:
- Verificar mediante exploración la normalidad de los signos vitales.
- Descartar los factores que compliquen el parto.
- Producto o feto atravesado, sentado o de pie
- Latido fetal ausente o muy lento (menor de 120/minutos)
- Movimientos fetales ausentes en las últimas 24 horas.
- Salida de agua o sangre por vagina antes de que se presenten las contracciones uterinas.
- Salida de liquido verde por vagina durante el trabajo de parto.
- Deambulación y cambios de posición durante la dilatación
- Apoyo emocional
- Ejercicios para la respiración
- Masajes para controlar el dolor del parto

³¹ Secretaria de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil. pag 11-12

- Se explica que cuando esto suceda es necesario que deje de comer sólidos y se prepare con lo necesario para que se proporcione la atención oportuna.
- Referir a la paciente al segundo nivel para su atención de parto. (Sistema de Referencia y Contrarreferencia³²)



³² IBIDEM-pag.12

4.3 RESULTADOS ESPERADOS

Después de una intervención de enfermería. Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de la intervención en el control prenatal.

Resultados: Ausencia de manifestaciones

Resultados: Descripción de una dieta sana

Resultados: Descripción de inmunizaciones recomendadas y se asegurará que a la paciente se le haya aplicado la vacuna Td.

Resultados: Descripción de un tratamiento

Resultados: Descripción de medidas eficaces para el control de peso

Resultados: Relajación

Resultados: Actividad de higiene

Resultados: Recuperación de la energía con el descanso

Resultados: Aspecto descansado

Resultados: Cuidados de los senos

Resultados: Descripción de la importancia del cuidado prenatal

IV. CONCLUSIONES

La enfermera es una fuerza en la unidad de salud y en la comunidad, que contribuye en la mejora de la calidad de los servicios preventivos que se otorgan a las embarazadas en el primer nivel de atención médica, al contar con las herramientas necesarias para identificar de manera oportuna factores de riesgo obstétrico que pueden complicar el embarazo, parto y puerperio.

Además de cubrir las necesidades de la paciente, al proporcionarle las medidas y cuidados de enfermería, en esta etapa de la vida, todo esto con el objetivo de prevenir y disminuir la tasa de mortalidad materna y perinatal.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Brunner Sholtis Lilian. Manual de Enfermería, Editorial Interamericana.4º. Edición.
- El cuidado de los dientes en la mujer embarazada. Consultada el 25-05-09 disponible: <http://www.bebesmundo.com>.
- Instituto Nacional de Salud Pública Boletín de información Científica para el Cuidado de Enfermería. Octubre de 2006.Consultada el 06-04-09disponible en: <http://www.insp.mx/portal/centros/ciss/nls/boletines/icce.pdf>.
- Marion Johnson. Gloria Bulechek. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Edición en español 2007.
- Mondragòn Castro Héctor. Obstetricia Básica Ilustrada. Editorial Trillas.
- S.J Reeder Sharon J. Enfermería Materno Infantil, Ed. Interamericana McGraw Hill, U.S.A. 2002.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana.(NOM-007-SSA2-1993). Atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, a recién nacidos.
- Secretaría de Salud. Manual de Vacunación 2008-2009.pag 223
- Secretaría de Salud. Programa de Acción Especifico.2007-2012. Arranque Parejo en la Vida. Consultada el 26-06-09 disponible en: http://www.saludbcs.gob.mx/arranque_parejo.com
- Secretaria de Salud. Instructivo de Actividades de Atención a la Salud Materno Infantil.

VI. ANEXO I HISTORIA CLINICA



SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

HISTORIA CLINICA

I.- Ficha de Identificación

Exp.

--	--	--	--	--	--

 Fecha

--	--	--

Nombre: _____	Edad: _____	Sexo: _____
Estado Civil: _____	Escolaridad: _____	Ocupación: _____
Domicilio: _____		Telefono: _____
Familiar (nombre y Domicilio): _____		
Unidad Medica: _____		Jurisdiccion Sanitaria _____

II.- Interrogatorio

1.- Antecedentes Heredo familiares	
Causas de muerte, malformaciones congénitas, diabetes, cardiopatías, hipertensión arterial, infartos, aterosclerosis, accidentes vasculares, neuropatías, tuberculosis, alergias. Artropatías, hemopatías, consanguinidad, infecciones, sida, sífilis, neoplasias, convulsiones, alcoholismo, toxicomanías.	_____
2.- Antecedentes Personales	
No patológicos	
Peso al nacer, anomalías perinatales, desarrollo físico y mental, esquema básico de vacunación, higiene, alimentación, deportes, integración familiar, lugar de residencia, escolaridad, ocupación habitacional, grupo sanguíneo y factor Rh.	_____
3.- Antecedentes Personales	
Patológicos	
Enfermedades de la infancia y adolescencia, aterosclerosis, accidentes vasculares, hipertensión arterial, fiebre reumática, cardiopatías, varices, flebitis, padecimientos respiratorios, obesidad, diabetes, gota, dislipidemias, infecciones, parasitosis, hepatitis, hemorroides, ulcera péptica, padecimientos neurológicos, cuadros neuróticos y psicóticos traumáticos, alérgicos, quirúrgicos, transfusionales, endocrinopatías, toxicomanías, tabaquismo, alcoholismo y drogas.	_____
4.- Antecedentes	
GinecoObstetricos.	
Menarca, FUR, ritmo, inicio de vida sexual, número de parejas sexuales, gestaciones, partos, abortos, cesáreas, métodos anticonceptivos, papanicolaou, enfermedades de transmisión sexual, alteraciones en mama, lactancia, dispareunia.	_____

5.- Padecimiento actual.	
Motivo de la consulta, síntomas principales, cuadro inicial, cronología, descripción, análisis y evolución de los síntomas, semiología del dolor, acciones tomadas, terapéutica empleada.	
6.- Interrogatorio por Aparatos y Sistemas	
Síntomas Generales	
Fiebre, Escalofríos, diaforesis, astenia, adinamia, anorexia, variaciones de peso.	
Respiratorio	
Obstrucción nasal, disfonía, tos, expectoración, hemoptisis, dolor, cianosis, disnea.	
Cardiovascular	
Antecedentes de cardiopatías, disnea, tos, hemoptisis, bronquitis frecuente, lipotimias, vértigos, insuficiencia arterial y venosa, síncope, fatiga, palpitaciones, dolor precordial, edemas, ascitis, cianosis, estasis venosa.	
Digestivo	
Apetito, masticación, disfagia, pirosis, regurgitación, distensión abdominal, dolor, vomito, hematemesis, evacuaciones diarreicas, melena, pujo y tenesmo, constipación, ictericia, intolerancia a alimentos.	
Urinario	
Disuria, Poliaquiuria, tenesmo vesical, hematuria, piuria, incontinencia, dolor lumbar, expulsión de cálculos, secreción uretral.	
Reproductor	
Alteraciones menstruales, dolor pelvico, colporrea patologica, alteraciones de la libido, patologia obstetrica.	
Alteraciones testiculares, trastornos en la micción, y / o eyaculación, alteraciones de la libido.	
Hemolinfatico	
Anemias, hemolisis, tendencia a hemorragia, adenopatías, menor resistencia a infecciones.	

Endocrino				
Crecimiento en peso y estatura, perturbaciones somáticas, caracteres sexuales, sensibilidad, al calor y frío, piel y faneras exoftalmos, diabetes, acné.				
Sistema Nervioso				
Perdida del conocimiento, parálisis, parestias, temblores, coordinación, convulsiones, atrofas, hipo o hiperestesias, cefalea, algias. vision, audición, equilibrio, olfato, gusto, sueño, alteraciones de la personalidad, depresión, compulsión, excitación, atención, memoria, cambios en la conducta, afectividad, nerviosismo, angustia.				
Músculo Esquelético				
Deformaciones óseas, limitación de movimientos, algias, atrofas.				
Piel y Anexos				
Mucosas, piel, pelo, uñas, prurito, cambios de coloracion, alopecia, erupciones, infestaciones, micosis.				
III.- Exploracion Fisica				
Somatometria y Signos Vitales	Peso Actual kg	Peso Ideal Kg	Peso Habitual Kg	Tension Arterial mm Hg
Temperatura °C	Frecuencia Cardiaca x minuto	Frecuencia respiratoria x minuto	Talla cm	Pulso x minuto
Habitus exterior				
Edad, aparente, biotipo, estado de conciencia, orientación en espacio, tiempo y persona, facies, postura, marcha, movimientos anormales, estado y color de tegumentos, actitud.				
Cabeza				
Craneo: tipo, forma, volumen, cabello, exostosis, hundimientos, fontanela. Cara: Tinte, ojos, reflejos pupilares, fondo de ojos, conjuntivas, comea. Nariz: Obstruccion, mucosa. Boca. Desviacion de las comisuras, aliento, labios y paladar. Oidos: Conducto auditivo y timpano. Faringe, uvula, amigdalas, adenoides , secreciones.				
Cuello				
Forma , movilidad, contracturas, arterias, pulsos, soplos venosos, frémitos, traquea, tiroides, cadenas linfaticas, huecos supraclaviculares.				
Torax				
Inspección Forma Volumen, simetría, tiros, red venosa y puntos dolorosos, campos pulmonares, movimientos de amplexion y amplexación, vibraciones vocales, ganglios satélites, nódulos. Área precordial : Frecuencia cardiaca , ruidos cardiacos y soplos, mamas. forma, consistencia , tamaño, volumen, simetría, color, temperatura, secreciones, deformaciones del pezón, presencia de masas tumorales, dolor a la palpación, fijación a planos profundos, retracción del pezón.				

Abdomen	
Inspección, forma, volumen, edema , red venosa, pigmentación, vello, latido epigástrico, ascitis, depresible, blando, duro, resistente, Zonas dolorosas , tumores frémitos, orificios	
inguinales, hernias, reflejos cutaneos, percusion, perístalsis, forma y tamaño de vísceras.	
Exploración Ginecológica	
Exploración manual: Útero, forma, volumen, tamaño, posición, consistencia, masas tumorales, dolor, sangrado, secreciones. Anexos: Dolor a la exploración de ovarios y trompas, presencia de masas tumorales, fondo de saco y adherencias., Exploración armada: forma, color, deformaciones, sangrado, colporrea, lesiones, úlceras, ectropión , pólipos.	
Extremidades superiores e inferiores	
Forma Volumen, piel, uñas, dedos, articulaciones, tono, fuerza, reflejos tendinosos, movimientos, pulsos arteriales, simetría , amplitud, frecuencia, ritmo, arcos de movilidad, varices, úlceras, flebitis, micosis, marcha. Edema, reflejos: Rotuliano, aquiliano y plantar.	
Columna Vertebral	
Inspección, posición, dolor, deformaciones, disfunción, alineación, función, simetría, movimiento, flexión, extensión, rotación, lateralidad, curvaturas, lordosis, xifosis, escoliosis, masa musculares, lesiones cutáneas.	
Exploración Neurológica	
Razonamiento, atención, memoria, ansiedad, depresión, alucinaciones, postura corporal, funciones motoras, movimientos corporales voluntarios e involuntarios, paresias, parálisis, marcha, equilibrio, pares craneales, función sensorial,.	
Genitales	
Inspección, madurez, tacto vaginal, tacto rectal, secreciones, vesicular y úlceras, verrugas, condilomas, otras lesiones,	

IV.- DIAGNOSTICO

Impresión Diagnóstica	
Plan a Seguir	

V.- Elaboró

Nombre y Firma del Médico

Cédula profesional

ANEXO II.

CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL DISTRITO FEDERAL

CRITERIOS DE RIESGO EN LA MUJER EMBARAZADA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

JURISDICCIÓN SANITARIA: _____ FECHA: _____
 NOMBRE: _____ LOCALIDAD: _____

MARQUE CON UNA X EL PARENTESIS CORRESPONDIENTE	SI ()	NO ()
1 TIENE PADRES DIABÉTICOS, ENFERMOS DEL CORAZÓN O DE LA PRESIÓN?	()	()
2 PADECE DE DIABETES, ENFERMEDAD DEL CORAZÓN?	()	()
3 TIENE UNA EDAD MENOR DE 15, O MAYOR DE 34 AÑOS?	()	()
4 ESTADO DE NUTRICIÓN DE LA EMBARAZADA (CINTA BRAQUIAL EN ROJO)	()	()
5 ESTATURA BAJA (MENOR DE 1.50 m)	()	()
6 HA TENIDO CESAREAS Y/O ABORTOS?	()	()
7 HA TENIDO HIJOS QUE AL NACER HAYAN PESADO MENOS DE 2.5 Kg?	()	()
8 HA TENIDO MÁS DE 5 PARTOS ANTES DE ESTE EMBARAZO?	()	()
9 SE LE HINCHAN LOS PIES, TIENE DOLOR DE CABEZA Y/O ZUMBIDO DE OÍDOS?	()	()
10 HA PRESENTADO SALIDA DE SANGRE O LÍQUIDO POR SU VAGINA?	()	()

CRITERIOS DE CALIFICACION

* SI TODAS LAS RESPUESTAS FUERON NEGATIVAS SE CLASIFICA CON BAJO RIESGO DEBIENDO ASISTIR A UN CENTRO DE SALUD PARA REALIZAR SU CONTROL PRENATAL CON UN MÍNIMO DE CINCO CONSULTAS

* SI TIENE MÁS DE UNA RESPUESTA AFIRMATIVA, SE CLASIFICA COMO EMBARAZO DE RIESGO DEBIENDO ASISTIR A UN CENTRO DE SALUD PARA SU MANEJO COMO PACIENTE PRIORITARIA

Si todas las respuestas fueron negativas se clasifica con bajo riesgo debiendo asistir a un Centro de Salud para realizar su control prenatal con un mínimo de cinco consultas.

Si tiene más de una respuesta afirmativa, se clasifica como embarazo de riesgo debiendo asistir a un Centro de Salud para su manejo como paciente prioritaria.

ANEXO III

CRITERIOS DE REFERENCIA

La paciente debe ser visitada por el personal de salud ante la presencia de cualquiera de las siguientes complicaciones³³:

- Diabetes
- Enfermedad del corazón o pulmón
- Enfermedad del riñón
- Sangrado genital
- Hinchazón intensa
- Dolor de cabeza persistente
- Perdida del conocimiento o ataques.
- Presión arterial alta. 140/90 mm Hg o más
- Ausencia de movimiento fetal o del latido fetal después del 6° mes.
- Crecimiento uterino anormal, aumentado o disminuido, ruptura de la fuente antes del trabajo de parto o antes de 9° mes.
- Presencia de dolores de parto antes de las 37 semanas (8meses).
- Ausencia de trabajo de parto.

³³ IBIDEM. Pag, 332