

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

**COMPETENCIAS QUE POSEE EL AUXILIAR DE ENFERMERIA
EN LA ATENCION DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

DORA NINETTE LOPEZ CARDONA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal

Septiembre 2014

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADOS

**COMPETENCIAS QUE POSEE EL AUXILIAR DE ENFERMERIA
EN LA ATENCION DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO**

DORA NINETTE LOPEZ CARDONA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Enfermería Materno Neonatal
Para obtener el Título de
Maestra en Enfermería Materno Neonatal

Septiembre 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Dora Ninette López Cardona.

Carné Universitario No.: 201390321

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis **"Competencias que Posee el Auxiliar de Enfermería en la Atención del Primer Trimestre de Embarazo"**.

Que fue asesorado: Licda. Rutilia Herrera Acajabón MSc.

Y revisado por: Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para septiembre 2014.

Guatemala, 25 de agosto de 2014



Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado



Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada
Rutilia Herrera Acajábón
Coordinadora Especifica, Maestría Enfermería Materno Neonatal
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que posee el auxiliar de enfermería en la atención del primer trimestre de embarazo" de Dora Ninette López Cardona, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica e la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente,

Doctor Luis Ruiz Cruz MSc.
Revisor de Tesis
Coordinador General de Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor:

Luis Ruíz Cruz

Coordinador General, Maestrías y Especializaciones

Escuela de Estudios de Postgrado

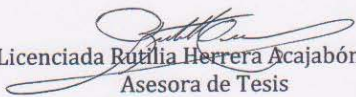
Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que posee el auxiliar de enfermería en la atención del primer trimestre de embarazo" de Dora Ninette López Cardona, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada Rutilia Herrera Acajábón MSc.
Asesora de Tesis
Coordinación Específica
Escuela Estudios de Postgrado

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y CONOCOCIMIENTO

Enfermería de Guatemala agradece en grande manera a la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo –AECID- y a la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería –FUDEN-, España. El apoyo brindado al conceder 30 becas a Licenciados en Enfermería de Alta y Baja Verapaz para nuestra formación como Maestros en Enfermería Materno Neonatal.

Quienes hemos alcanzado las competencias para el desempeño en todos los ámbitos de la salud materno neonatal, desarrollo local, investigación y gerencia de los servicios en cualquiera de los niveles de atención.

Presentamos nuestros respetos y gratitud a tan prestigiosa Agencia y Fundación, quedando con el compromiso de trabajar por el desarrollo integral de la población.

Agradecimientos

A Dios: Por la vida, las bendiciones a lo largo de mi vida y carrera profesional y por ser mi fortaleza para seguir adelante.

A mis Padres: Jaime Ramiro López Maldonado **QEPD**, Catalina Cardona Ucelo, por su apoyo incondicional, amor, paciencia y ejemplo de perseverancia.

A mis Hermanos: Jaime, Héctor, Sandra, agradezco su amor, confianza y apoyo durante mi formación profesional.

A mi Hija: Kimberly de los Ángeles, por ser mi mayor fuente de inspiración para alcanzar mis metas y seguir adelante

A mi Familia: A mis tías/os Cony López Vda. De Rodríguez, Marcelo Cardona, Hermelinda Cardona, por sus sabios consejos, amor y apoyo durante mi formación profesional.

A mi Asesora: Licda. Rutilia Herrera, agradezco su apoyo y entrega incondicional para mi formación.

A mis sobrinas/os: Katherine Fernanda, MayerlinAnaly, Ronald Antonio, Héctor Leonel, Sergio David, porque han sido una fuente de inspiración en mi carrera.

A la Universidad San Carlos de Guatemala: por abrigarme durante mi formación profesional.

A la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo –AECID- y a la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería –FUDEN-, España: por la oportunidad de la beca de estudios que me permitió alcanzar una meta más en mi vida profesional.

Un especial agradecimiento a Lic. Isaías Uz, por su apoyo incondicional, durante mi formación.

INDICIE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	Pagina
RESUMEN	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	5
1. EMBARAZO.....	5
2. CAMBIOS EN EL EMBARAZO	5
3. CUIDADOS EN EL EMBARAZO.....	6
4. MEDIOS DE DIAGNOSTICO EN EL EMBARAZO.....	11
5. CONTROL PRENATAL.....	14
6. COMPETENCIA TECNICA.....	15
7. ATENCION.....	16
8. ATENCION PRENATAL PERSONALIZADA Y REENFOCADA.....	16
9. OBJETIVOS DE LA ATENCION PRENATAL REENFOCADA.....	17
10. NUMERO Y FRECUENCIA.....	17
11. PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCION PRENATAL REENFOCADA.....	18
12. ELEMENTOS DE CADA CONTROL PRENATAL.....	21
13. MUNICIPIO.....	22
14. JURISDICCION.....	22
15. ONG.....	23
16. TEORIA DE LA ADOPCION DEL ROL MATERNAL DE RAMONA T. MERCER.....	23
17. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.....	25
18. AUXILIAR DE ENFERMERIA.....	28
19. NIVELES DE ATENCION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.....	31
20. NORMAS DE ATENCION DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA.....	33
21. EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	34
III. OBJETIVOS.....	36
IV. MATERIALES Y METODOS.....	37
4.1 Tipo y diseño de la Investigación.....	37

4.2 Población.....	37
4.3 Sujetos de Estudio.....	37
4.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	37
4.5 Operacionalización de Variables.....	39
4.6 Análisis Estadístico.....	40
4.7 Aspectos Éticos.....	40
V. RESULTADOS.....	41
VI. DISCUSION Y ANALISIS.....	45
6.1 Resultados de Intervención.....	47
6.2 Conclusiones.....	48
6.3 Recomendaciones.....	49
VII. REFEFENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	50
VIII. ANEXO.....	53
Instrumento.....	53

RESUMEN

OBJETIVO: Describir las competencias técnicas que tiene el personal Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo, en las Jurisdicciones Tukurú I y II del municipio de Tacurú, Alta Verapaz, de mayo 2013 a febrero 2014. **METODOLOGIA:** Estudio descriptivo transversal, se describieron las competencias que poseen los Auxiliares de Enfermería sobre atención del primer trimestre del embarazo. **RESULTADOS:** En el estudio participaron un total de 14 Auxiliares de Enfermería que laboran en Centros de Convergencia Fortalecidos en las Jurisdicciones Tukurú I y II de la Prestadora de Servicios, Asociación Multiétnica de Mujeres "XNA IXIM", de los cuales el 21% de los participantes desconoce los parámetros normales de la presión arterial en el embarazo y la batería de laboratorios que según la normativa se debe solicitar a la embarazada como medio de diagnóstico para la detección oportuna de riesgos, el 29% desconoce los signos y señales de peligro, el 36% desconoce cuáles son los micronutrientes con que se debe suplementar a la embarazada y cuál es la frecuencia de la suplementación de acuerdo a la normativa. **CONCLUSIONES:** El 21% de los participantes no ha recibido capacitación en los últimos 6 meses en temas relacionados con la Atención Prenatal, por lo que se considera necesario fortalecer a este personal para que pueda brindar Atención Prenatal cumpliendo con la normativa de Atención.

ABSTRACT

To describe the technical skills that has the Nursing Assistant staff in care of the first trimester of pregnancy, in Tukurú I and II Jurisdictions Tacurú Township, Alta Verapaz, from May 2013 to February 2014 METHODOLOGY: A cross skills possessed by Nursing Assistant on care first trimester of pregnancy were described. RESULTS: The study included a total of 14 Nursing Assistants working in Convergence Centers Empowered in Jurisdictions Tukurú I and II Services Provider, Multiethnic Women's Association "XNA IXIM", of which 21% of the participants know the normal range of blood pressure in pregnancy and battery laboratories under the rules should apply to pregnant women as a diagnostic tool for early detection of risks, 29% do not know the signs and warning signs, the 36% do not know what to be micronutrient supplement for pregnant and what is the frequency of supplementation according to the rules are. CONCLUSIONS: 21% of participants had not received training in the last 6 months on issues related to Prenatal Care, so it is considered necessary to strengthen the staff, who can provide prenatal care in compliance with the rules of care.

I. INTRODUCCIÓN

Para hablar atención del embarazo es necesario hacer un poco de historia y mencionar a algunas personas que han intervenido para que cada día la atención prenatal cumpla con las necesidades de la población, por lo cual Aller (2000), menciona que “la idea del control prenatal regular fue de John William Ballantine en 1913, en Inglaterra, quien después de publicar importantes trabajos acerca de las enfermedades y deformidades del feto, sugiere crear un “hotel pro-maternidad”, con el fin de estudiar la fisiología y calidad del embarazo”. Sin embargo, el control prenatal organizado en los Estados Unidos de Norteamérica, según lo expuesto por Urango, González y Fernández (2000), es propuesto por William Loel Putnam, en Boston, quien fundó una clínica ambulatoria en 1911.

Posteriormente el doctor J. WhitridgeWillians, con la asistencia de Putnam, establece un programa de cuidados prenatales en el Hospital Johns Hopkins, en 1914, en dicho hospital se realizó un estudio en el cual se afirmaba que los cuidados prenatales Organizados podrían haber disminuido 40% la mortalidad fetal.

No fue, sino hasta el año 1915 cuando fue creada la primera clínica para control prenatal en Edimburgo por HaigFerguson, que sirvió de modelo para todas las demás clínicas de control prenatal en el Reino Unido. El desarrollo y divulgación general de la atención prenatal tanto en Inglaterra como en el mundo occidental, se la atribuye, principalmente, a Janet Cambell responsable de iniciar el Servicio Nacional de Clínicas Antenatales y uniformar los parámetros de visitas y rutinas que se debían seguir durante el control prenatal. Gracias a sus esfuerzos, se logró que del 40% de las embarazadas que recibía control prenatal antes de la segunda guerra mundial se pasara a una cobertura de 100% después de ésta.

En 1979, en los Estados unidos de Norteamérica, el 75% de las mujeres embarazadas comenzaban su control prenatal durante el primer trimestre de la gestación, con un promedio de 12 controles prenatales. Muñoz et al (1999). La media de consultas efectuadas en 1989 por mujeres que recibieron algún tipo de cuidado prenatal fue de doce. La proporción de mujeres que recibieron atención prenatal tardía, comenzada en el tercer trimestre, o ningún cuidado, se ha mantenido en 6% desde 1983. En 1993, 98% de todas las mujeres recibió algún tipo de atención prenatal. El objetivo del UnitedStatesPublicHealthService para 2000

es que por lo menos 90% de las mujeres estadounidenses inicie los cuidados prenatales en el primer trimestre.

A través de la red de servicios de salud del Sistema de Atención Integral de Salud en Guatemala ha sido el responsable de elaborar, dirigir, ejecutar y evaluar la prestación de servicios públicos de salud.

En el año 1,997 nace El Programa de Extensión de Cobertura –PEC-, este es ejecutado con recursos del presupuesto del MSPAS, para realizar la entrega de servicios básicos a la población, a fin de extender la cobertura de atención de salud en el primer nivel de atención.

El Programa de Extensión de Cobertura ha permitido concretar alianzas con las organizaciones de la sociedad civil, prestadoras de servicios de salud y en los últimos 15 años, ha dado acceso a la población indígena rural, pobre y dispersa. La propuesta para fortalecer el PEC busca acelerar el avance para el cumplimiento de las metas del milenio y ampliar gradualmente la atención primaria en salud a lo largo del ciclo de vida por medio de mejorar cualitativa y cuantitativamente el recurso humano, coordinar los sistemas de rendición de cuentas con la gestión por resultados de esta administración, y establecer sistemas de garantía para la certificación de los servicios de salud de las ONG prestadoras que provean servicios efectivos y satisfactorios para todas y todos los usuarios”¹

Con el propósito de aportar a la transformación del sistema de salud de Guatemala la Instancia Nacional de Salud (INS) publica en el año 2002 el documento “hacia un primer nivel de atención en salud incluyente-bases y lineamientos”. En base a este documento es presentado entonces el Modelo Incluyente de Salud MIS, como una propuesta para el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud.

¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PLAN TECNICO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN EL MARCO DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA EXTENSION DE COBERTURA UNA ESTRATEGIA SEGURA PARA LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD Y EL CUMPLIMIENTO DEL PACTO HAMBRE 0”. Año 2013.

En el año 2010, se constituyó en una estrategia institucional del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, mismo que también nace del producto de la Reforma de Sector Salud, los Acuerdos de Paz, Ley General de Descentralización, Ley Preliminar de Regionalización, Código Municipal y Ley del Sistema de Consejos de Desarrollo Urbano y Rural, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud del primer nivel a poblaciones urbano marginales, rurales y postergadas, para contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e Infantil, mediante intervenciones relacionadas con la promoción y monitoreo del crecimiento, administración de micronutrientes, inmunizaciones a niños y niñas menores de cinco años con énfasis en la población de menores de dos años, Embarazadas y puérperas así como la atención de problemas de salud de acuerdo al perfil epidemiológico en todos los ciclos de vida.

En base a lo anterior se da inicio en el departamento de Alta Verapaz, para el año 2013 el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud, dentro de este fortalecimiento se cuenta con personal Auxiliar de Enfermería de forma permanente en un horario de 8:00 de la mañana a 16:30 horas, de lunes a viernes asignados a Centros de Convergencia Fortalecidos, elegidos estratégicamente, con el fin de que la población tenga atención permanente en su comunidad.

Para dar cumplimiento a este cambio las ONGs que ejecutan el Programa de Extensión de Cobertura, han contratado personal Auxiliar de Enfermería para cubrir estos espacios, para esta contratación se han tenido algunas limitantes entre las más destacadas han sido, la poca o nula experiencia del personal Auxiliar de Enfermería en relación al Programa de Extensión de Cobertura, personal egresado de escuelas no autorizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Esto ha dificultado la producción de los indicadores a los cuales las ONGs se han comprometido, por lo que se ha vuelto un verdadero reto, el fortalecer a este personal de manera que esté preparado para dar cumplimiento a sus metas brindando atención con calidad, calidez y pertinencia cultural de acuerdo a lo que el programa demanda.

El presente estudio descriptivo transversal se efectuó en las jurisdicciones de Tukurú I y Tukurú II, de la Prestadora de Servicios de Salud Asociación Multiétnica de Mujeres "XNA

IXIM", en el municipio de Tukurú del departamento de Alta Verapaz, participando los Auxiliares de Enfermería que laboran en los Centros de Convergencia Fortalecidos en cada una de las jurisdicciones en mención. Estas Jurisdicciones son cubiertas por la Prestadora de Servicios de Salud, Asociación Multiétnica de Mujeres XNA IXIM, la cual dentro de sus áreas de intervención cuenta con el componente de salud, desarrollando el Programa de Extensión de Cobertura en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social desde el mes de julio del año 2004, a partir del año 2009, inició, con los convenios de las jurisdicciones de, Tukurú I y Tukurú II.

El estudio permitió describir las competencias que posee el Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo. Dentro de los resultados de mayor relevancia se encuentra que el 79% de los participantes desconoce los parámetros normales de la Presión Arterial en el embarazo, este dato es significativo ya que la Presión Arterial es uno de los Signos que apoya a la identificación oportuna de una Hipertensión inducida por el embarazo o incluso una Pre-Eclampsia, aunque si bien es cierto esta se puede presentar a partir de la semana 20, es necesario que el personal maneje los parámetros normales y esté preparado para un diagnóstico oportuno que pueda contribuir a la disminución de riesgos a la madre y el niño.

Es importante mencionar que el municipio de Tukurú, del departamento de Alta Verapaz, reporto para el año 2013 cuatro muertes maternas las que ocurrieron en la jurisdicción II atendida por la Prestadora de Servicios Básicos de Salud Xna Ixim² lo que coloca al municipio en los primeros lugares con razón de muerte materna más alta 856³ por mil nacidos vivos a nivel del departamento, si bien es cierto las muertes ocurrieron en el periodo de parto y post parto, al realizar el análisis de los expedientes se detectó deficiencia en la atención prenatal, no se pidieron laboratorios en la primera atención prenatal, en uno de los casos la paciente padecía de epilepsia lo que no se detectó durante el control prenatal, y esta condición se agravo debido al inicio del trabajo de parto.

Por lo que se considera relevante que el personal Auxiliar de Enfermería este calificado para brindar atención prenatal de calidad apegado a la normativa de atención.

² Expedientes de Muertes Maternas 2013, Archivo Xna Ixim San Pedro Carcha, Alta Verapaz.

³ "PLAN TECNICO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS BASICOS DE SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA "pag 20

II. ANTECEDENTES

1. EMBARAZO

Es el estado en el que se haya la mujer gestante, comprende todas las modificaciones que experimenta el organismo femenino durante el desarrollo del feto en el interior de su útero desde que el espermatozoide célula sexual masculina se une al óvulo, célula femenina y esta nueva célula se implanta en el útero, comienza el desarrollo de un nuevo ser. Esta célula inicial experimenta un conjunto de transformaciones y de desarrollos que darán lugar al finalizar la gestación al recién nacido, durante las primeras diez semanas de gestación, el nuevo ser se denomina embrión, posteriormente se llamara feto. El embarazo es un proceso de desarrollo y crecimiento de un nuevo individuo en el seno materno, abarca desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, pasando por el periodo embrionario y fetal dura unos 266 días (38 semanas) y se considera que se prolonga durante 280 días (40 semanas).¹² El embarazo es el resultado de la unión de los gametos femeninos óvulos y los masculinos espermatozoides. Al fusionarse, estas células se convierten en una nueva, conocida como huevo. Esta unión de gametos se produce normalmente a través del acto del coito. Sin embargo, el advenimiento de la inseminación artificial y la fertilización in vitro también han hecho posible el logro de embarazos en casos en los que el acto sexual no conduce a la concepción.

2. CAMBIOS EN EL EMBARAZO

2.1 Cambios Físicos

En el organismo materno a partir del momento de la fecundación, hay toda una serie de cambios. A nivel hormonal hay cambios de las hormonas placentarias donde aparecen en más abundancia los estrógenos, la progesterona, la gonadotropina coriónica y el lactógeno placentario. También hay cambios en las hormonas ováricas como los estrógenos, la progesterona y la relaxina.⁴

Es por ello importante que la embarazada tenga conocimiento sobre estos cambios y pueda identificar con facilidad algún cambio anormal durante el desarrollo de su embarazo.

⁴ GEORGIN M.J. et al. "CUADERNOS DE PUERICULTURA" "1-La Maternidad", 1ª Ed., Masson, París 1.987

2.2 Cambios Psicológicos

El hecho de tener un hijo puede ser vivido de una forma diferente según cada mujer en función de su personalidad. Por tanto puede haber mujeres que sufran reacciones emocionales.

Normalmente las embarazadas están contentas y no presentan trastornos evidentes. Durante los tres primeros meses del embarazo generalmente tienen más estrés y a partir del cuarto mes recuperan su equilibrio emocional. Lo más frecuente es la ansiedad que se produce sobre todo en el primer embarazo debido a la falta de información por parte de la mujer. Esta situación es especialmente frecuente en mujeres jóvenes y adolescentes que no deseaban tener un hijo.⁵

Por lo que es necesario informar oportunamente a la embarazada sobre los cambios que sufrirá durante el desarrollo del embarazo con el propósito de disminuir al máximo su ansiedad por lo desconocido en especial si fuera el caso de una mujer en su primer embarazo.

3. CUIDADOS EN EL EMBARAZO

3.1 El cuidado del cuerpo

En general se procurará una buena higiene personal para lo que se aconseja: Baño y ducha que se toman una vez al día evitando temperaturas extremas e inmersiones muy prolongadas. En principio el baño no está contraindicado, pero es más recomendable la ducha cuando existan metrorragias, cuello uterino permeable o rotura de las membranas ovulares.

La higiene dental es muy importante ya que durante el embarazo es muy frecuente la gingivitis gravídica, caracterizada por encías hemorrágicas. Se recomienda realizar un buen cepillado de dientes después de cada comida con un cepillo suave. Durante la gestación también aumenta la secreción de saliva que puede llegar a ser incómodo y por tanto es importante una buena higiene

⁵ GEORGIN M.J. et al. "CUADERNOS DE PUERICULTURA" "1-La Maternidad", 1ª Ed., Masson, París 1.987

bucal. Al inicio del embarazo también se aconseja una visita al Odontólogo para prevenir posibles infecciones.

3.2 Ejercicio, descanso y sueño

En general no es necesario limitar el ejercicio, siempre y cuando no se fatigue mucho. Para ello es aconsejable caminar o pasear un rato cada día ya que así se favorece el retorno venoso en las extremidades inferiores.

Es muy importante que la mujer descanse el tiempo suficiente ya que la necesidad de sueño está incrementada, por lo que se recomienda que duerma unas ocho horas. La postura adecuada, sobre todo a partir de los seis meses, es la de decúbito lateral, ya que el peso del feto sobre la vena cava puede producir el síndrome de la vena cava, provocando una hipotensión postural.

Durante el día se recomienda que realice descansos varias veces al día, y durante estos periodos es recomendable que mantenga las piernas elevadas para favorecer el retorno venoso y así evitar las varices.

La posición de relajación más confortable para la mujer embarazada, consiste en tumbarse en decúbito lateral con las piernas flexionadas y colocar un cojín entre los muslos y otro debajo del abdomen.⁶

En general en cuanto a las actividades profesionales, no es necesario que dejen de trabajar durante el embarazo, siempre y cuando no existan complicaciones y que su trabajo no constituya una amenaza para ella o para el niño.

3.3 Alimentación durante el embarazo

Durante el embarazo se producen muchos cambios fisiológicos, hormonales y bioquímicos que influyen sobre las necesidades de nutrición de la mujer y sobre la eficacia con que el organismo utiliza los nutrientes. Estos cambios son necesarios para el correcto crecimiento fetal, el mantenimiento materno durante el embarazo y la preparación de la madre para el parto y la lactancia. Por esto se le ha de informar a la mujer gestante sobre la importancia de controlar el aumento de peso, para asegurar el crecimiento y el desarrollo fetal armónico y

⁶ GEORGIN M.J. et al. "CUADERNOS DE PUERICULTURA" "1-La Maternidad", 1ª Ed., Masson, París 1.987

evitar hipotrofia y prematuridad, disminuyendo así los riesgos obstétricos debido al exceso de peso fetal. Por tanto es importante una buena educación en materia dietética, motivando a la futura madre explicando la importancia de la nutrición adecuada, haciendo una dieta equilibrada para favorecer el desarrollo del futuro hijo y de ella misma.

a. Necesidades alimentarias

El aumento de peso normal en la mujer durante el embarazo es de unos 10 a 12 Kg. Durante el primer trimestre el aumento mínimo es de 1 o 2 Kg. Durante el segundo y tercer trimestre el aumento es entre 0,2 y 0,5 Kg. por semana⁷

De acuerdo a los requerimientos del feto y de la embarazada es necesario que la madre consuma una dieta balanceada, esta se debe construir juntamente con la embarazada partiendo de los recursos con que se cuenta, por lo que los proveedores de servicios de salud deben estar en la capacidad de elaborar una dieta que cumpla con los requerimientos nutricionales en base a los recursos con que la embarazada cuenta.

b. Necesidades energéticas

Durante el embarazo habrá un aumento moderado. A partir del segundo trimestre se tendrá que aumentar la ración energética en un 15%, sobre las 2.500 Kcal., sin sobrepasar las 2.800 Kcal. Nunca las necesidades serán inferiores a 1.700 Kcal. ya que pueden aparecer problemas por malnutrición fetal.⁸

La malnutrición fetal pone en riesgo de morbi mortalidad al recién nacido, por lo que es de suma importancia estar monitoreando el consumo de alimentos energéticos de la embarazada durante su control prenatal.

⁷MILLER M.A. et al. "ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL", 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987

⁸Ibid,

c. Necesidades de proteínas

Son de 90 a 120 grs. por día. Las proteínas sirven para la construcción de tejidos maternos y fetales y son las responsables del crecimiento del cerebro en el feto.⁹

Según los datos que ha publicado la ESMI la niñez en Guatemala sigue siendo afectada en relación a presenta algún grado de desnutrición el que se inicia desde el vientre de la madre, tal como lo reporta en Ministerio de salud en el documento Metras Nutricionales para Guatemala, “Los problemas de desnutrición empiezan antes del nacimiento, de acuerdo con lasituación de salud de madres antes y durante el embarazo, determinando el peso ytamaño al nacimiento del niño o niña. A su vez, el peso al nacer es determinante en elcrecimiento infantil. Según la ENSMI 2008-2009 se encontró un porcentaje de peso bajoal nacer de 11.4% (menor de 2.5 kg).¹⁰

Por lo que es importante tanto para la madre como para el nuevo ser consumir una dieta balanceada que permita el desarrollo pleno del feto, así como a la madre tener una maternidad saludable.

d. Necesidades de glúcidos

Son de 300 a 400 grs. por día, que representa el 50-60% de energía total. El tipo de glúcidos recomendables, son los de absorción lenta como por ejemplo las féculas, pan, arroz, etc.¹¹

e. Necesidades hídricas

Estarán cubiertas con un consumo similar al habitual, entre 1,5 y 2 litros por día.¹²

El consumo de agua en el embarazo es de suma importancia ya que dentro de sus beneficios esta la disminución de las Infecciones Urinarias Durante el embarazo, ya que según la evidencia la bacteriuria

⁹ MILLER M.A. et al. “ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL”, 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987

¹⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Metas Nutricionales para Guatemala, DOCUMENTO BASE PARA LA REVISIÓN DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS, Marzo 2012 pag 28

¹¹ MILLER M.A. et al. “ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL”, 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987

¹²Ibid,

asintomática (BA) es la infección del tracto urinario más común durante el embarazo, encontrándose entre 2% y 7% en todas las mujeres embarazadas.¹³ Por lo que el consumo de agua y bebidas naturales debe ser una prioridad para las embarazadas, es importante entonces retomar este tema durante la consejería en la atención prenatal.

f. Necesidades minerales

El calcio y el fósforo son fundamentales, y los requisitos diarios recomendados son de 1.200 a 1.600 mg. Son responsables del crecimiento del esqueleto fetal.

Alimentos ricos en calcio son la leche y sus derivados.

Las necesidades de hierro son de 900 mg. Alimentos ricos en hierro son las carnes rojas, las vísceras y el hígado.

El aporte de sodio será normal.¹⁴

g. Necesidades vitamínicas

Vitamina D: Las necesidades diarias recomendadas son de 70 a 80 mg. Se encuentra en la leche y la manteca.

- Vitamina C: Las necesidades diarias recomendadas son de 70 a 80 mg. Se encuentra en las frutas y legumbres.
- Vitamina B: Se encuentra en alimentos de origen animal.¹⁵

Después de lo anterior es necesario que la mujer embarazada realice las acciones siguientes:

- Controlar el peso
- Comer lentamente a horas regulares, sin hacer ayunos
- Fraccionar las ingestas; tres principales y una o dos secundarias
- Elegir un modo de cocción simple evitando salsas y materias grasas
- Consumir solo carnes bien cocidas para evitar toxoplasmosis
- Consumo de sal en cantidad normal

¹³ BOGANTES ROJAS, Josette, SOLANO DONATO, Gastón, 2010 REVISTA MÉICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA LXVII (593) 233-236

¹⁴ MILLER M.A. et al. "ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL", 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987

¹⁵ Reeder, Sharon J. Martin, Leonide L. Enfermería Materno Infantil, 16a. edición. México 1992.

- Suprimir platos pesados, alimentos difíciles de digerir como fritos, salsas, grasas y embutidos
- Las bebidas con gas, el alcohol, los medicamentos no prescritos, el tabaco, el té y el café tampoco son recomendables.

Es importante retomar estos temas durante la consejería y tratar al máximo de verificar la comprensión de la madre, también es necesaria la dosificación de los temas de manera que la madre pueda recordar los puntos principales relacionados a su cuidado en este caso especial al consumo de una dieta balanceada que cumpla con los requerimientos nutricionales necesarios en el embarazo.

4. MEDIOS DE DIAGNÓSTICO EN EL EMBARAZO¹⁶

- 4.1 Grupo y Factor de la paciente, y de la pareja (de ser este RH negativo)
- 4.2 Hemograma
- 4.3 VDRL
- 4.4 Serología para VIH
- 4.5 Uroanálisis (y urocultivo de acuerdo a las necesidades particulares de la gestante)
- 4.6 Papanicolaou (PAP): Se debe realizar según las normas establecidas para esta práctica. Se debe recordar que en muchas ocasiones el control prenatal es uno de los pocos contactos con los servicios de salud y no realizarlo sería una oportunidad perdida. Por comodidad de la paciente y para facilitar la toma de la muestra se debería realizar antes de las 28 semanas; sin embargo, esto no debe ser un limitante, por el contrario él debe realizar la toma de muestra en cualquier momento del embarazo donde exista la oportunidad.
- 4.7 Ecografía (tiene utilidad para el diagnóstico de edad gestacional en el primer trimestre y posteriormente para evaluar anomalías estructurales alrededor de la semana 20.)
- 4.8 Examen Físico¹⁷

¹⁶MILLER M.A. et al. "ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL", 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987

En todas las visitas se deberá consignar:

- a. **Peso y talla:** Debe constar el peso previo a la concepción y el peso de cada visita. El aumento de peso en la embarazada sana debe estar entre 9 y 12kg, repartidos así: 1,5 a 1,8kg durante el primer trimestre, 3,5kg en el segundo y el resto en el tercero, a un promedio de 350g a 400g por semana. La deficiencia de peso antes del embarazo y una ganancia inadecuada durante el mismo, son factores importantes en la restricción del crecimiento intrauterino y en el aumento de la morbi-mortalidad fetal. En las mujeres obesas antes del embarazo, el aumento de peso debe ser menor que en el resto porque es en este grupo donde la mortalidad perinatal es mayor.
- b. **Presión Arterial (PA):** Se debe tomar la PA en cada consulta. Esta debe realizarse al final de la consulta, con la paciente ya relajada, en posición sentada con apoyo dorsal e idealmente con apoyo braquial a nivel del corazón. Esta maniobra se realiza para la detección precoz de hipertensión arterial inducida por el embarazo que en algunas ocasiones puede llevar al desencadenamiento de Pre-eclampsia. El diagnóstico y tratamiento de este problema de salud aporta claros y contundentes beneficios.
- c. **Altura Uterina (AU):** Se debe registrar la AU en cada consulta a partir de la semana 12, dado que previo a esto el útero es intrapélvico. Idealmente debe ser tomada por el mismo operador, consignándola en un gráfico de acuerdo a la edad gestacional. Si la fecha de última menstruación (FUM) es confiable, la medición de la AU tiene un 90% de especificidad y casi un 85% de sensibilidad para el diagnóstico de retardo de crecimiento intrauterino (RCIU) cuando es tomada por el mismo observador en consultas sucesivas. A su vez aporta información diagnóstica en la evaluación de la discordancia entre la edad gestacional (EG) y la AU en el embarazo gemelar, polihidramnios y macrosomía fetal.
- d. **Latidos Cardiacos Fetales:** Se deben buscar a partir de la semana 10–12 de gestación con aparato ultrasónico Doppler y a partir de la semana 18-

¹⁷Trabajo de Tesis presentado por B. SíasO., Suellen, Br. Girart C., Josycarl, CONTROL PRENATAL COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" – BARCELONA, OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2008, Barcelona, marzo 2008 pag 26

20 con el estetoscopio de Pinard. La auscultación de los latidos fetales solo nos aporta información instantánea sobre la vitalidad fetal no teniendo correlación con eventos futuros.

- e. Movimientos Fetales: En los primeros embarazos las mujeres los perciben alrededor de la semana 20 y en multíparas a partir de la semana 16.
- f. Presentación Fetal: Puede ser cefálica, o pelviana. Puede variar a lo largo del embarazo, pudiéndose modificar hasta la semana 36 de gestación. Las nulíparas con presentación pelviana o situación fetal transversa, tienen indicación de cesárea.
- g. Examen mamario: se debe realizar consejería desde las primeras consultas. Evidenciar estado de mamas, piel y pezones para luego intervenir, aunque la presencia de pezones invertidos no tiene una fuerte asociación con dificultades en la lactancia posterior.
- h. Edad Gestacional: Consignar en cada encuentro.

4.9 Quimioprofilaxis ¹⁸

Suplementación con ácido fólico para prevención de defectos del tubo neural (DTN). La prevalencia de DTN es de 1-8/1000. Las condiciones asociadas a esta malformación son:

- Anencefalia
- Espina Bífida
- Meningocele y mielomeningocele
- Morbilidad Asociada: paraplejía, incontinencia de esfínteres, impedimentos físicos y mentales.

El suplemento con ácido fólico disminuyó el riesgo de primer ocurrencia de DTN en un 40% en embarazos de bajo riesgo. Por lo que el suplemento rutinario con 1 mg/día de ácido fólico en prevención primaria, desde un mes antes de la concepción y hasta la semana 12 de gestación aporta claros beneficios. En prevención secundaria, cuando existe un caso de DTN en la familia (padres o hijos) la dosis de ácido fólico es de 4mg/día.

¹⁸ Trabajo de Tesis presentado por B. SíasO., Suellen, Br. Girart C., Josycarl, CONTROL PRENATAL COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" – BARCELONA, OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2008, Barcelona, marzo 2008 pag28

Se debe suplementar a las mujeres gestantes con 1 mg/día de ácido fólico desde un mes antes de la concepción hasta la semana 12 de gestación para la disminución de los defectos del tubo neural.

Suplementación con calcio una adecuada ingesta de calcio diaria (1 gramo/día) produce una reducción en el riesgo de tensión arterial elevada durante el embarazo y una substancial disminución del riesgo en mujeres con factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial durante el embarazo.

Según la normativa de atención la suplementación se debe dar:

- sulfato ferroso 300mg 2 tabletas cada 8 días
- ácido fólico 5 mg 1 tableta cada 8 días¹⁹

4.10 Inmunizaciones ²⁰

Vacuna antitetánica: En gestantes sin esquema completo se debe realizar la prevención del tétanos a través de un plan de dos dosis, que se iniciará a las 24 semanas y se repetirá con un intervalo no menor a 4 semanas. La aplicación de una tercera dosis 6 a 12 meses después de la segunda, confiere inmunidad durante 10 años debiéndose reforzar con una nueva dosis cada 10 años; mientras que, en gestantes con esquema de antitetánica completo que hayan sido vacunadas dentro de los últimos 10 años, se les puede indicar solo un refuerzo en la semana 28.

5. CONTROL PRENATAL

Se define como el “conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”.

¹⁹ Normas de Atención en Salud Integral, para primero y segundo nivel,.Módulo 1 Embarazo, Parto y Puerperio en adolescente y adulta. Acciones preventivas en el embarazo Pag 21

²⁰ Trabajo de Tesis presentado por B. SíasO., Suellen, Br. Girart C., Josycarl, CONTROL PRENATAL COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. “LUIS RAZETTI” – BARCELONA, OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2008, Barcelona, marzo 2008 pag 30

El control prenatal es 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 (Reyes y Cazorla, 1998).

Para Oyarzun y Poblete (2000), El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes

Para Oyarzun y Poblete (2000), El control prenatal tiene los siguientes componentes:

- El análisis temprano y continuo del riesgo.
- La promoción de la salud, detección temprana y protección específica.
- Las intervenciones médicas y psicosociales pertinentes

Los objetivos generales del control prenatal son:

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

6. COMPETENCIA TECNICA²¹

Las Competencias Técnicas son aquellas que están referidas a las habilidades específicas implicadas con el correcto desempeño de puestos de un área técnica o de una función específica y que describen, por lo general las habilidades de puesta en práctica de conocimientos técnicos y específicos muy ligados al éxito de la ejecución técnica del puesto. Su definición es, entonces, variable de acuerdo al segmento tecnológico de la organización.

²¹<http://pedagogiadocente.wordpress.com/competencias/competencias-tecnicas/>, consulta 7 de marzo de 2014

“Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables”.²²

7. ATENCION

La atención es la capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración. Desde el punto de vista de la psicología, la atención no es un concepto único, sino el nombre atribuido a una variedad de fenómenos. Tradicionalmente, se ha considerado de dos maneras distintas, aunque relacionadas. Por una parte, la atención como una cualidad de la percepción hace referencia a la función de la atención como filtro de los estímulos ambientales, decidiendo cuáles son los estímulos más relevantes y dándoles prioridad por medio de la concentración de la actividad psíquica sobre el objetivo, para un procesamiento más profundo en la conciencia. Por otro lado, la atención es entendida como el mecanismo que controla y regula los procesos cognitivos; desde el aprendizaje por condicionamiento hasta el razonamiento complejo.

8. ATENCIÓN PRENATAL PERSONALIZADA Y REENFOCADA²³

Son los cuidados y las acciones que recibe la mujer durante el embarazo identificando tempranamente las complicaciones, los signos de peligro, a través del autocuidado y la participación de la familia para lograr un parto en las mejores condiciones de salud para la madre y el niño/a.

El enfoque actual en la atención prenatal debe de ser: Todo Embarazo tiene Riesgo.

²²http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/Competencias_Enfermeria.pdf., consulta 7 de marzo 2014

²³ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 9

9. OBJETIVOS DE LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA²⁴

Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo y de parto. Detectar las señales de peligro o complicaciones, estabilizar y referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dar seguimiento a la respuesta.

- a. Preparar en conjunto con la madre y la familia un plan de emergencia familiar y comunitaria.
- b. Educar a la madre en lactancia materna temprana y exclusiva, para un postparto normal y para el cuidado adecuado del recién nacido, desde el punto de vista físico, psicológico y social.
- c. Brindar consejería sobre prácticas saludables durante el embarazo y el parto con participación y apoyo de la familia.
- d. Promover el espaciamiento de los embarazos a través de la oferta de los métodos de planificación familiar.
- e. Identificar y tratar madres con VIH y Sífilis para prevenir la transmisión madre-hijo de estas infecciones.
- f. Detectar otras enfermedades Diabetes, TB, Hipertensión, malaria, IYU, Anemia, desnutrición, entre otras.

Debido a la importancia y al propósito de cumplir con los objetivos de atención prenatal es necesario que el personal que presta servicios de salud este calificado para ello y que durante esta atención se apegue a la normativa de atención respetando los derechos de la madre de tener una atención integral personalizada.

10. NÚMERO Y FRECUENCIA

Se recomiendan que toda comadrona refiera para consulta a nivel institucional a la gestante por lo menos 2 veces durante el embarazo, una al inicio y otra en la 37 semana de gestación.

²⁴ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 9

Para nivel II y III se recomiendan 4 atenciones prenatales, para aquellas madres que NO presenten una patología que amerite otra frecuencia de visita a servicio.

- a. Primera Consulta 12 semanas
- b. Segunda Consulta 26 semanas
- c. Tercera Consulta 32 semanas
- d. Cuarta Consulta 36-38 semanas

De acuerdo a la normativa se considera que en estos controles permitirán al personal de salud monitorear el desarrollo del embarazo y detectar riesgos de forma oportuna, claro está que algunas madres necesitaran tener más controles de acuerdo a su condición por lo que el personal que presta los servicios podrá citar a la madre con más frecuencia para tener un mejor monitoreo del desarrollo del embarazo y actuar de forma oportuna si se presentara algún riesgo. Es también de suma importancia el involucramiento de la familia y la comunidad, en la activación de los planes de emergencia tanto familiar como comunitarios, los que se deben trabajar desde el primer contacto con la embarazada.

11. PASOS ESENCIALES PARA LA ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA²⁵

PASO 1: Brindar trato amable y respetuoso a la mujer y su acompañante:

- Presentarse, preguntar su nombre y llamarla por su nombre
- Invitarla a que haga preguntas, escucharla con atención y responder con lenguaje sencillo
- No permitir la entrada y salida de otras personas durante la consulta
- Recordar premisas de interculturalidad

²⁵ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 10

PASO 2²⁶: Evaluar rápidamente: Si la mujer presenta una o más de estas señales de peligro y actuar inmediatamente:

Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre
Hemorragia vaginal Presencia de flujo vaginal Molestias urinarias Fiebre	Hemorragia Vaginal Dolor de cabeza frecuente Flujo vaginal Molestias urinarias Presión arterial alta Sensación de múltiples partes fetales Salida de líquido por la vagina Disminución o ausencia de movimientos fetales Fiebre	Hemorragia Vaginal Dolores tipo parto Edema de cara y manos Salida de líquido por la vagina Presión arterial alta Dolores de cabeza Salida de líquido por la vagina Disminución o ausencia de movimientos fetales Fiebre

Fuente: Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag10

PASO 3:

- Llenar completamente la Ficha de vigilancia de la mujer embarazada del Centro Nacional de Epidemiología
- Llenar y entregar a la usuaria el Carné Perinatal y pedirle que lo lleve siempre a las próximas consultas y emergencias obstétricas

PASO 4: Realizar examen físico obstétrico:

- Explicar a la mujer lo que se está realizando

²⁶ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag10

- Durante el primer trimestre, medir perímetro braquial y anotarlo; durante segundo, tercer trimestre, calcular IMC, anotar
- Tomar y registrar el valor numérico de la presión arterial
- Frecuencia cardíaca Materna y Fetal
- Buscar señales de anemia.
- Medir y anotar peso de la paciente (desde la primera consulta)
- Medir y anotar la Altura uterina (a partir del 3 mes de embarazo)
- Determinar la posición arriba de las 36 semanas y el latido fetal (en embarazo mayor de 20 semanas).

PASO 5:²⁷ Analizar la información obtenida para definir las acciones:

- Informar a la mujer sobre los hallazgos del examen, así como de laboratorio.
- Asegurarse que tenga el esquema completo de vacunación antitetánica
- Dar a la mujer hierro y ácido fólico (según norma de atención primer y segundo nivel) así como consejo en hábitos alimenticios
- Acordar con la mujer su próxima cita.
- n Identificar factores protectores y factores de riesgo en adolescentes embarazadas.

PASO 6: Informar sobre las señales de peligro:

- Explicar a la mujer sobre hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido por la vagina, ausencia de movimientos fetales.
- Indicar a la mujer que de presentarse una o más de estas señales no esperar y acudir de inmediato al servicio de salud más cercano
- Explicar a la mujer la importancia de realizar las pruebas de VIH y SIFILIS

PASO 7: Ayudar a la mujer a preparar su plan de emergencia familiar y comunitario vigente

- Explicar las partes del plan de emergencia

²⁷ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 12

- Ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a donde debe ir en caso de una complicación
- Pedir a la mujer que haga el plan de emergencia familiar junto con su esposo

12. ELEMENTOS DE CADA CONTROL PRENATAL²⁸

Examen Físico	Laboratorios
Apariencia General	Primera consulta
Temperatura	Orina, VDRL/prueba rápida, VIH Grupo y
Presión Arterial	Rh, Glicemia, HB- HT,
Pulso y respiraciones	Papanicolaou/IURA
Examen de Mamas	
Examen abdominal	Segunda consulta:
Cicatriz de cesárea	Orina/Glicemia
Meses: Altura uterina	
Posición Fetal arriba de las 36 semanas	Tercera consulta
Frecuencia Cardíaca Fetal	Hematología
Movimientos fetales	Orina/Glicemia
	Cuarta Consulta
	Orina/Glicemia
	Toda paciente con fiebre: Gota Gruesa

Fuente: Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag12

Cada control prenatal debe incluir consejería en:

- Signos y señales de peligro durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido

²⁸ Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 12

- Orientación pre y post prueba de VIH y SIFILIS
- Plan de emergencia familiar y plan de parto
- Parto limpio y seguro
- Importancia del control post parto y del recién nacido
- Planificación familiar
- Alimentación y micronutrientes
- Lactancia materna temprana y exclusiva
- Efectos de uso de tabaco, drogas y medicamentos durante el embarazo,
- Violencia domestica
- Referencia para examen buco-dental.

13. MUNICIPIO

Un municipio es una entidad administrativa que puede agrupar una sola localidad o varias, pudiendo hacer referencia a una ciudad, pueblo o aldea.

Circunscripción administrativa básica, regida por un Ayuntamiento, en que se divide oficialmente el territorio en España y algunos países de América. Conjunto de ciudadanos que viven en ella.

El municipio, para el ministerio de salud es un area en donde regularmente se instala un Distrito de Salud quien tiene a su cargo la atención en Salud de los habitantes de dicho municipio.

14. JURISDICCIÓN

La jurisdicción (del latín iurisdictio, «decir o declarar el derecho») es la potestad, derivada de la soberanía del Estado, de aplicar el Derecho en el caso concreto, resolviendo de modo definitivo e irrevocable una controversia, que es ejercida en forma exclusiva por los tribunales de justicia integrados por jueces autónomos e independientes.

Uno de los principales rasgos de la potestad jurisdiccional es su carácter irrevocable y definitivo, capaz de producir en la actuación del derecho lo que técnicamente se denomina cosa juzgada.

En sentido coloquial, la palabra "jurisdicción" es utilizada para designar el territorio (estado, provincia, municipio, región, país, etc.) sobre el cual esta potestad es ejercida. Del mismo modo, por extensión, es utilizada para designar el área

geográfica de ejercicio de las atribuciones y facultades de una autoridad o las materias que se encuentran dentro de su competencia; y, en general, para designar el territorio sobre el cual un Estado ejerce su soberanía.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del programa de Extensión de Cobertura reconoce una jurisdicción como un área geográfica delimitada para la prestación de servicios básicos de salud, a donde se asigna un equipo básico de salud, conformado por un médico/a o enfermera/o ambulatorio, un facilitador institucional, una educadora una auxiliar de enfermería calificada en atención materno neonatal, un facilitador comunitario, quienes tienen a su cargo la prestación de un paquete básico de servicios de salud materno infantil.

15. ONG

Organización de iniciativa social, independiente de la administración pública, que se dedica a actividades humanitarias, sin fines lucrativos.

Se denomina ONG u organización no gubernamental a una entidad jurídica de carácter privado que tiene como finalidad el ejercicio de actos humanitarios, sus integrantes son voluntarios.

16. TEORÍA DE LA ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL DE RAMONA T. MERCER.²⁹

Ramona T Mercer inicio su carrera profesional en enfermería en 1,950, cuando se tituló en la escuela de enfermería de St. Margaret, en Montgomery, Alabama.

Mercer tiene la adopción del rol maternal como un proceso. Sobre esta base, definió cinco intervalos de recopilación de datos dentro de su estudio: puerperio, 1 mes, 4 meses, 8 meses y 1 año.

Entre las variables maternas se incluyen la edad en el primer parto, la experiencia en partos, la separación precoz de los niños, el estrés social, el apoyo social, los rasgos de personalidad, el auto concepto, las actitudes de seguimiento del niño y la salud. También considera el temperamento del bebe y su estado de salud.

²⁹ Mercer Ramona T.: adopción del rol maternal, Mary M. Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge, Stephanie Oetting, pag 407

1. Enfermería

Mercer se refiere a las enfermeras, como los profesionales sanitarios que mantienen una interacción más intensa y sostenida con las mujeres en el ciclo de la maternidad. Así mismo menciona que la enfermería obstétrica, consiste en el diagnóstico y el tratamiento de las respuestas de mujeres y hombres a los problemas de la salud reales o potenciales que surgen durante el embarazo, el parto y el periodo de posparto.³⁰

2. Persona

Mercer se refiere a la persona como “el sí mismo” y “el núcleo del sí mismo”. El núcleo del sí mismo evoluciona dentro de un contexto cultural y determina el modo de definir y modelar las situaciones.

3. Salud

En su teoría Mercer, define el estado de la salud como la percepción que tienen la madre y el padre de su salud anterior y actual, su salud general, su resistencia-susceptibilidad a la enfermedad, su preocupación sobre las cuestiones de la salud, su orientación de la enfermedad su rechazo al rol de enfermo.

4. Entorno

Mercer, no define el entorno. En cambio describe la cultura individual, la pareja, la familia y/o la red de apoyo y su dimensión como aspectos relacionados con la adopción del rol maternal. El amor y el apoyo por parte del cónyuge con factores importantes que ayudan a una mujer a asumir el papel de madre.

5. Supuestos Principales

El compañero en el rol, el hijo, refleja la competencia de la madre en el desempeño de su rol a través de su crecimiento y desarrollo.

Además de la socialización de la madre, en sus respuestas conductuales influyen el nivel de desarrollo y las características innatas de su personalidad.

³⁰ Mercer Ramona T. : adopción del rol maternal, Mary M. Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge, Stephanie Oetting, pag 407

6. Aplicación Teórica

La teoría puede servir como marco de trabajo para concebir, planificar, implantar y evaluar la asistencia de enfermería prestada a las nuevas madres y sus hijos. Su síntesis y consecuencias son de extraordinaria utilidad para la práctica de la enfermería en numerosos ámbitos de la asistencia materno infantil.

17. MODELO DE VIRGINIA HENDERSON³¹

a. Sobre la teoría de Virginia Henderson

En 1955 revisó un libro de enfermería escrito por Bertha Harmer que había definido la enfermería en 1922 diciendo que la enfermería estaba para ayudar a la humanidad. Es en este año que Virginia Henderson Formuló una definición propia de la Enfermería. Esta definición fue un punto de partida esencial para que surgiera la enfermería como una Disciplina separada de la medicina. Es decir Trabajó en definir la profesión y qué eran los cuidados de enfermería.

b. Función propia de la enfermería.

Para ella la enfermería es: "Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible". La prioridad de la Enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto la enfermera es dueña de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados de la enfermera.

³¹ Henderson Virginia: definición de enfermería, Sr. Judith E. Alexander, Deborah Wertman DeMeester, Tamara Lauer, Ann Marriner Tomey, Susan E Neal, Sandy Williams, pag 99

c. Tendencia y modelo³²

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que precisa y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. La enfermera también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas.

d. Método de aplicación del modelo

- Valoración: se determina el grado de dependencia-independencia en la satisfacción de las 14 necesidades; las causas de dificultad en su satisfacción; las interrelaciones de unas necesidades con otras; la definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
- Planificación: Se formulan los objetivos de independencia en base a las fuentes de dificultades identificadas, en la elección del modo de intervención (ayuda-suplencia) y en la determinación de las actividades a realizar. Esos criterios guiarán la puesta en marcha del plan de cuidados en la intervención.
- Evaluación: Se comparan los criterios de niveles de independencia que se establecieron en el plan de cuidados con el grado de independencia conseguido.

e. Distintos elementos del metaparadigma de enfermería

- Salud: definida a partir de la capacidad del individuo de realizar por si sólo y sin ayuda las 14 necesidades básicas; la salud es el máximo grado de independencia, teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico (satisfacciones) y a nivel fisiológico (emocional). La salud es la independencia.

³² Henderson Virginia: definición de enfermería, Sr. Judith E. Alexander, Deborah WertmanDeMeester, Tamara Lauer, Ann MarrinerTomey, Susan E Neal, Sandy Williams, pag 99

- Entorno: todas las condiciones externas que influían en el equilibrio y buen funcionamiento del ser humano. Es el lugar donde la persona aprende su patrón vital.

- Persona: hace dos definiciones:

Es un ser *bio-psico-social*, es decir, la persona además de una estructura biológica, posee una psicológica y también se relaciona; y esto es lo que define a la persona como ser integral.

El paciente es el ser bio-psico-social al que se le ayuda para que logre su independencia; la mente y el cuerpo son inseparables; el paciente y la familia forman una unidad.

- Enfermería: Es la asistencia temporal a una persona que carece de la capacidad, fortaleza o conocimientos para realizar alguna de las 14 necesidades básicas, hasta que esa persona pueda volver a realizarlas de manera independiente. Los cuidados de enfermería irían dirigidos a recuperar esa independencia.

f. Necesidades humanas básicas³³

Revolucionó el mundo de la enfermería redefiniendo el concepto de la misma y catalogando las 14 necesidades básicas, con las cuales hoy en día aún se trabaja, tratando cubrir completamente las necesidades del paciente en el modo en que sea posible; necesidades que serían comunes a toda persona, enferma o sana. Las primeras nueve necesidades se refieren al plano fisiológico. La décima y decimocuarta son aspectos psicológicos de la comunicación y el aprendizaje. La undécima necesidad está en el plano moral y espiritual. Finalmente las necesidades duodécima y decimotercera están orientadas sociológicamente al plano ocupacional y recreativo. Para Henderson es básica y fundamental la independencia del paciente en la medida de lo posible, y orienta sus cuidados a que este la consiga del modo más rápido posible. El paciente, según Virginia tiene

³³ Henderson Virginia: definición de enfermería, Sr. Judith E. Alexander, Deborah WertmanDeMeester, Tamara Lauer, Ann MarrinerTomey, Susan E Neal, Sandy Williams, pag 99

que ser ayudado en las funciones que él mismo realizaría si tuviera fuerza, voluntad y conocimientos.

g. Necesidades básicas³⁴

- Respiración y circulación.
- Nutrición e hidratación.
- Eliminación de los productos de desecho del organismo.
- Moverse y mantener una postura adecuada.
- Sueño y descanso.
- Vestirse y desvestirse. Usar prendas de vestir adecuadas.
- Termorregulación. Ser capaz de mantener el calor corporal modificando las prendas de vestir y el entorno.
- Mantenimiento de la higiene personal y protección de la piel.
- Evitar los peligros del entorno y evitar dañar a los demás (Seguridad).
- Comunicarse con otras personas siendo capaz de expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.
- Creencias y valores personales.
- Trabajar y sentirse realizado.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad.

18. AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Según la Dirección de Recursos Humanos del Área de Salud de Alta Verapaz, es el personal autorizado para prestar asistencia preventiva o de rehabilitación que exige competencia técnica y aptitud para el trato y la apreciación de las necesidades psicológicas y sociales, conforme a las normas y protocolos de atención de salud, estando bajo la supervisión directa de las enfermeras. Teniendo como característica personal una capacidad analítica, conocimiento técnico en su campo, disponibilidad para capacitación, habilidad para ejecutar y transmitir órdenes, actuar en la resolución, o resolver problemas que se puedan suscitar en el desarrollo de su trabajo. Entre sus

³⁴ Henderson Virginia: definición de enfermería, Sr. Judith E. Alexander, Deborah Wertman DeMeester, Tamara Lauer, Ann Marriner Tomey, Susan E Neal, Sandy Williams, pag 99

cualidades personales están el tener excelentes relaciones humanas, amabilidad, responsabilidad y honestidad; objetividad y habilidad en la toma de decisiones, alto nivel de confiabilidad y discreción. Dinámico, con proyección futurista, pro activo, creativo e innovador. Disposición para trabajar en equipo con Iniciativa, orientado hacia el logro de metas.

Desde el punto de vista tradicional, el cuidado de otros es reconocido como una virtud femenina que no requiere un conocimiento o una experiencia determinada.

Es algo que viene dado “naturalmente” a las mujeres. Desde esta concepción, el cuidado se ve desprovisto de conocimiento, poder o aspectos éticos., el cuidado y el poder están entrelazados y el poder, el conocimiento y la ética son elementos inherentes al cuidado.

De acuerdo con los modelos de enfermería y las teorías que afloran desde la disciplina enfermera y a pesar que esta literatura menciona la poca evolución de auxiliares enfermería, en la actualidad se requiere de un tiempo de preparación por una institución reconocida por el Ministerio de Salud pública y Asistencia Social y así poderse desempeñar en los servicios de salud, también existen a nivel de Alta Verapaz otros diplomados que tiene como objetivo mejorar la capacidad de desempeño de dicho personal.

Auxiliar de enfermería egresada de una escuela o curso avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con registro de la oficina de Formación de Recursos Humanos del MSPAS, que domine el idioma local, originario o residente del lugar, con capacidad de liderazgo, negociación y conocimiento previo en educación de adultos.³⁵

a. FUNCIONES³⁶

- Su finalidad es reducir la muerte materna y neonatal, para ello tendrá bajo su responsabilidad el control de embarazos, puerperio y atención del neonato

³⁵Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de extensión de cobertura de los servicios integrales de salud. Descripción de puestos del personal contratado por las prestadoras de salud. Guatemala enero 2013.

³⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PLAN TECNICO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN EL MARCO DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA EXTENSION DE COBERTURA UNA ESTRATEGIA SEGURA PARA LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD Y EL CUMPLIMIENTO DEL PACTO HAMBRE 0”. Año 2013.

- Será responsable de prestar los servicios del primer nivel en el CC, según normas de atención del MSPAS, acorde al perfil epidemiológico y necesidades de salud de la comunidad
- La AE realizará la oferta de servicios y controles preventivos conforme metas y coordina los planes de emergencia familiar y comunitaria
- Realiza visitas domiciliarias a familias de riesgo
- Atenderá la demanda general en salud de hombres y mujeres durante todo el ciclo de vida, y refiere las enfermedades más complejas al médico o enfermero/a ambulatorio/a o centro de salud
- Da seguimiento a personas con necesidades especiales en base a las contra referencias
- Realizará actividades educativas para escolares y adolescentes y coordina campañas de prevención de la violencia intrafamiliar, con enfoque de género y pertinencia cultural

Sistema de Información

- Registra y monitorea la información del cuaderno de la mujer por centro de convergencia, con apoyo del FC
- Registrar y consolidar información sobre la atención médica brindada y presenta informes a las PSS/ASS y al DMS
- Registrar correctamente la información en ficha clínica de niñez, mujer, morbilidad general y entregarlas al asistente de información en el tiempo indicado

Ejecución y control

- Verificar y aplicar todas las normas de bioseguridad en los procedimientos realizados
- Realizar el control de la cadena de frío y el manejo adecuado de los desechos sólidos
- Realizar el control, monitoreo y solicitud de abastecimiento de medicamentos y suministros por centro comunitario, elabora BRES por centro comunitario y por jurisdicción

Análisis de situación de salud y vigilancia

- Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica
- Participar mensualmente en la elaboración, análisis y plan de acción de la sala situacional del centro comunitario, jurisdicción (sede de ONG) y asistir a la del Distrito Municipal de Salud
- Colaborar con el DMS en caso de emergencia, si es necesario y sus metas se han alcanzado.

Capacitación y monitoreo

- Asistir a capacitación de la PSS, PEC/DAS DMS
- Capacitar y monitorear a comadronas tradicionales
- Capacitar y monitorear a comadronas tradicionales
- Capacitar y monitorear mensualmente el desempeño del FC según normas de atención
- Identificar necesidades de capacitación del personal comunitario

19. NIVELES DE ATENCION DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

La participación de las Comadronas Tradicionales en los niveles de atención en Salud han sido de gran ayuda para realizar las referencias y contra referencias local asegura una atención de calidad para la madre y el neonato.

Los centros asistenciales del Ministerio de Salud Pública se dividen en los siguientes niveles:

19.1 Primer Nivel de atención

a. Puestos de Salud

El puesto de salud es el establecimiento de servicios públicos de salud de primer nivel ubicados en aldeas, cantones, caseríos, y barrios de los municipios. Cubre 2000 habitantes como promedio y sirve de enlace entre la red institucional y el nivel comunitario. Brinda un conjunto de servicios básicos de salud definidos según normas en un horario de ocho horas de lunes a

viernes; y el recurso humano básico conformado por el/la auxiliar de enfermería y el/la técnico de salud rural.³⁷

Uno de los servicios fundamentales que prestan los puestos de salud es la atención integral a la embarazada.

19.2 Segundo Nivel de Atención

a. Centro de Salud

El centro de salud es el establecimiento de los servicios públicos de salud del Segundo Nivel de Atención ubicado en el ámbito municipal y generalmente en las cabeceras municipales y centros poblados de 5,000 a 20,000 habitantes. Brinda a la población de su área de influencia, los servicios ampliados de salud definidos según normas, y coordina y articula la prestación de servicios de salud de los establecimientos de menor categoría (puestos de salud) ubicados en su área de influencia.

Los Centros de Salud se clasifican en: Centros de Salud Tipo A y B, Centro de Atención Permanente (CAP), Centro de Atención a Pacientes Ambulatorios de Salud como Clínicas Periféricas, Centros de Urgencia Médica (CUM) Maternidades Periféricas. Desarrollándose los 18 programas indicados por el Ministerio de Salud Pública.

19.3 Tercer Nivel de Atención

Está conformado por establecimientos de mayor complejidad, cuyo objetivo principal es la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. La participación de las Comadronas Tradicionales en los niveles de atención ha sido específicamente en el primer y segundo nivel ya que estos son también los más accesibles en contribuir a su aprendizaje para mejorar cada día la calidad de la atención que se le brinda a las mujeres en estado gestacional y así mismo en la atención del parto.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Informe Nacional de Salud Reproductiva 2002 : Contribuyendo al Mejoramiento de la Salud Materna e Infantil en Guatemala. Guatemala: s.n. , 2003. p. 19.

20. NORMAS DE ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene como responsabilidad el mejoramiento continuo del estado de salud de la población guatemalteca, a través de sus instituciones, en los ámbitos de la promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la curación y la rehabilitación, todo ello sustentado en las Normas de Atención Integral que tiene como objetivo garantizar la respuesta para la satisfacción de las necesidades sanitarias de la población guatemalteca y estas deben de ser de aplicación, uso general y obligatorio en todas las instituciones que prestan atención en salud del primero y segundo nivel de atención. Y específicamente de todo el equipo de salud incluyendo a las Comadronas Tradicionales como parte del equipo básico de salud.

El Manual de Normas de Atención está ordenado de la manera siguiente:

Módulo 1: Embarazo, parto y puerperio (adolescente y adulta).

Módulo 2: Neonatal.

Módulo 3: Lactantes.

Módulo 4: Niño y Niña.

Módulo 5: Adolescencia.

Módulo 6: Adulto (a) y Adulto (a) Mayor.

Módulo 7: Atención a la demanda”.

Los objetivos principales del módulo 1, que comprende embarazo, parto puerperio son:

1. “Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo, parto, puerperio y cuidados de la o el recién nacido(a).”
2. “Identificar las señales de peligro y complicaciones para referir oportunamente, si no hay capacidad resolutive en el servicio.”
3. “Orientar a la madre y la familia sobre el plan de emergencia familiar y comunitario.”
4. “Promover el espacio intergeneracional óptimo a través de la oferta de los métodos de planificación familiar”.

5. “Detectar oportunamente factores de riesgo y/o enfermedades (diabetes, TB, hipertensión, malaria, infecciones del tracto urinario, anemia, desnutrición, sífilis y VIH, entre otras)”.

Menciona también que se debe considerar en la atención prenatal que “todo embarazo conlleva RIESGO” debiendo informar de signos y señales de peligro a la embarazada y su familia para contribuir a la toma de decisiones y su traslado oportuno. El propósito de esta normativa es orientar a los proveedores en intervenciones básicas en la atención de la mujer adolescente y adulta en condiciones de embarazo, parto y puerperio.

21. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

“El embarazo de Alto Riesgo es aquel en que la madre, el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar de morir o padecer secuelas antes o después del parto”.

“La estrategia AIEPI- AINM-C (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia/ Atención Integral del Neonato y la Madre en la Comunidad) en su componente clínico del Manejo Integrado de la mujer, proporciona los criterios de clasificación que indican los signos y síntomas predictivos del embarazo de alto riesgo”.³⁸

Antecedentes Obstétricos

- Muerte Fetal o neonatal previa.
- Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos o consecutivos.
- Ha sido sometido a legrado.
- Tenía más de 12 semanas cuando se efectuó algún legrado.
- Peso al nacer del último bebé menos de 2,500 gramos.
- Peso al nacer del último bebé mayor de 4,500 gramos.
- Estuvo ingresada en el hospital por hipertensión o Preeclampsia en el último embarazo.
- Ha padecido alguna enfermedad de transmisión sexual.
- Ha sido sometida a cirugía del tracto reproductivo (miomectomía, resección de tabique, cesárea, cerclaje cervical).⁶⁸
- Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple.
- Sangrado o hemorragia vaginal.
- En este embarazo ha padecido alguna enfermedad.

³⁸ LOBOS, Isabel et al. Atención Integral de Enfermería a la madre y el neonato. 2 Ed. Guatemala, Guatemala : Magna Terra editores, 2009. V.4, p 163.

- Masa pélvica.
- Isoinmunización Rh (-) en embarazo actual o embarazos anteriores.
- Presión arterial diastólica de 90 mm Hg o más durante el registro de datos.
- Embarazo a los 40 años o más.
- Embarazo a los 16 años o menos.³⁹
- Debe explicarse a la mujer embarazada y familia, los riesgos que corre al tener un embarazo de alto riesgo.

Otros factores que pueden indicar un Embarazo de Alto Riesgo

- Anemia.
- Diabetes.
- Hipertensión Arterial (crónica, inducida por el embarazo).
- Malaria.
- Tuberculosis.
- Desnutrición.
- Infección Urinaria.
- Grandes Multíparas (mujeres que han tenido 8 o más partos).

³⁹ LOBOS, Isabel et al. Atención Integral de Enfermería a la madre y el neonato. 2 Ed. Guatemala, Guatemala : Magna Terra editores, 2009. V.4. 164.

III. OBJETIVOS

3.1 General

Describir las competencias técnicas que tiene el personal Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo, en las Jurisdicciones Tukurú I y II del municipio de Tukurú, Alta Verapaz, de mayo 2013 a febrero 2014.

3.2 Específicos

- 3.2.1 Evaluar los conocimientos que tiene el personal Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo.
- 3.2.2 Evaluar los conocimientos que tiene el personal Auxiliar de Enfermería en la identificación de signos y señales de peligro en el primer trimestre del embarazo.
- 3.2.3 Evaluar los conocimientos que tiene el personal auxiliar de enfermería en la suplementación a la embarazada durante la atención del primer trimestre del embarazo.
- 3.2.4 Identificar la temática con la que se ha fortalecido el personal auxiliar de enfermería en los últimos 6 meses de trabajo.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo y diseño de la Investigación

Estudio descriptivo transversal

4.2 Población

Total de Auxiliares de Enfermería que laboran en los Centros de Convergencia Fortalecidos, en las Jurisdicciones Tukurú I y II de la Prestadora de Servicios de Salud Asociación Multiétnica de Mujeres “XNA IXIM”, en el municipio de Tukurú, Alta Verapaz.

4.3 Sujetos de Estudio

Un total de 14 Auxiliares de Enfermería que laboran en Centros de Convergencia Fortalecidos de las Jurisdicciones Tukurú I y II de la Prestadora de Servicios de Salud Asociación Multiétnica de Mujeres “XNA IXIM”, en el municipio de Tukurú, Alta Verapaz.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Se incluyó en el estudio todo Auxiliar de Enfermería que estaban laborando en Centros de Convergencia Fortalecidos de las Jurisdicciones Tukurú I y II de la Prestadora de Servicios de Salud Asociación Multiétnica de Mujeres “XNA IXIM”, en el municipio de Tukurú, Alta Verapaz.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Se excluyó a los Auxiliares de Enfermería que no estaban laborando en la fecha que se realizó la investigación
- Auxiliares de Enfermería que trabajan en el segundo nivel de atención.

4.4.3 Descripción del proceso de selección y tamaño de la muestra: Técnicas, Procedimientos e instrumentos para la recolección de datos.

4.4.4 Técnicas

Cuestionario con 14 preguntas cerradas.

4.4.5 Procedimientos

- Se realizó una carta a Gerente General de la Prestadora de Servicios de Salud Asociación Multiétnica de Mujeres “XNA IXIM”, con sede en el municipio de San Pedro Carcha, Alta Verapaz.
- Se realizó una carta de solicitud a la encarda del Distrito Municipal de Salud de Tukurú para llevar a cabo el estudio.
- Con la autorización de la Coordinadora General se procedió a hablar con el personal Auxiliar de Enfermería para explicar la importancia de su participación en el estudio.
- Se procedió a pasar el cuestionario, previo firma de consentimiento informado por cada uno de los participantes.

4.4.6 Instrumento

Se utilizó un cuestionario de 14 preguntas cerradas, se tabularon las respuestas para la elaboración de cuadros en donde se presentan los resultados.

4.5 Definición y Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION (VARIABLES CONTENIDAS EN LA DEFINICION CONCEPTUAL)	INDICADORES	ITEM
Describir las competencias técnicas que tiene el personal Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo, en las Jurisdicciones Tukurú I y II del municipio de Tukurú, Alta Verapaz, de mayo a diciembre 2013 a febrero 2014.	Competencias Técnicas que posee el Auxiliar de Enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo, de las jurisdicciones Tukurú I y II del municipio de Tukurú, Alta Verapaz durante los meses de mayo 2013 a febrero 2014.	Conocimientos y habilidades que práctica el Auxiliar de Enfermería que garantiza la prestación de atención prenatal de calidad con el propósito de identificar de forma oportuna los riesgos en el embarazo.	Cognitivas	Control Prenatal	3, 4, 5, 6, 7, 14.
				Signos y señales de peligro.	8, 11
				Suplementación de Micronutrientes.	9, 10
				Educación Permanente	12, 13

4.6 Análisis Estadístico

Procesamiento de los datos:

La información obtenida mediante el instrumento de recolección de datos, se tabuló manualmente, luego se ingresó a una base de datos de Excel, y al final realizo análisis de cada uno de los cuadros elaborados.

Análisis de datos:

Primero se realizó la clasificación de preguntas del cuestionario de acuerdo a las variables: Atención Prenatal, Signos y Señales de Peligro, Suplementación de Micronutrientes y Educación, relacionadas al conocimiento que tiene el personal auxiliar de enfermería en relación a la atención prenatal del primer trimestre del embarazo según la normativa.

4.7 Aspectos éticos

En el estudio se utilizó un cuestionario para la recolección de datos, se hizo saber los objetivos de estudio y que la información obtenida en cada cuestionario no será divulgada por ningún medio y que será única y exclusivamente para el estudio.

Se obtuvo la autorización de todos los sujetos de estudio a través del consentimiento informado.

Se respetó la autonomía de los participantes informándoles que podrían en cualquier momento retirarse o negarse a responder el cuestionario si así lo deseaban.

Los resultados y recomendaciones que se brindaron en el estudio de investigación fueron utilizados para beneficio de los Auxiliares de Enfermería como una estrategia para el fortalecimiento de las competencias técnicas.

V. RESULTADOS

A continuación, se presentan los hallazgos y su relación con antecedentes y marco teórico de la investigación Competencias Técnicas que posee el auxiliar de enfermería en la atención del primer trimestre del embarazo, jurisdicción Tucuru I y II, Tucuru Alta Verapaz.

Cuadro No. 1

Edad y Sexo de las personas encuestadas

	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	2	14
20 a 29 años	8	57
30 a 49 años	4	29
Sexo		
Masculino	7	50
Femenino	7	50
Total	14	100

CuadroNo. 2

Conocimientos en Atención Prenatal

	Frecuencia	Porcentaje
si	14	100
no	0	0
Trimestres en que se divide el embarazo		
Uno	0	0
Dos	0	0
Tres	12	86
Cuatro	2	14
Controles Prenatales según la norma de atención		
Cuatro	14	100
Tres	0	0
Dos	0	0
De cuantas semanas se considera que un embarazo es a termino		
28 a 30	0	0
32 a 34	1	7
38 a 40	13	93
Laboratorios en el primes trimestre del embarazo		
Orina, VDRL. Grupo y Rh,Glicemia, HG/HT, Papanicolau	10	71
Hematología, Orina, Glicemia	3	21
Orina, Glicemia	1	7
Consejería en el primer trimestre del embarazo		
Alimentación en el embarazo	7	50
Signos y Señales de peligro	5	36
Laboratorios en el primes embarazo	2	14
Total	14	100

Cuadro No. 3

Signos y Señales de Peligro

Valor normal de Presión Arterial en el embarazo	Frecuencia	Porcentaje
Presión sistólica menor de 90 mg de mercurio y presión diastólica menor de 120 mg de mercurio	3	21
Presión sistólica menor de 90 mg de mercurio y presión diastólica menor de 140 mg de mercurio	0	0
Presión sistólica menor de 70 mg de mercurio y presión diastólica menor de 100 mg de mercurio	11	79
Señales de peligro que no corresponde al primer trimestre del embarazo		
Edema de cara y manos	4	29
Fiebre, Cefalea	0	0
Hemorragia Vaginal	9	64
Total	14	100

Cuadro No. 4

Suplementación con Micronutrientes

	Frecuencia	Porcentaje
Ácido Fólico y Sulfato Ferroso	8	57
Sulfato Ferroso y Hierro	0	0
Ácido Fólico, Sulfato Ferroso y Prenatales	5	36
Frecuencia en la suplementación del embarazo		
Cada mes	0	0
Cada 3 meses	13	93
Cada 2 meses	1	7
Total	14	100

Cuadro No. 5

Educación Permanente

	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	71
No	3	21
Temas de fortalecimiento para la Atención Prenatal		
Control Prenatal	7	50
Signos y Señales de Peligro	3	21
Plan de Emergencia Familiar	2	14
Consejería	2	14
Total	14	100

VI. DISCUSION Y ANALISIS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con un total de 14 auxiliares de enfermería que laboran en los Centros de Convergencia Fortalecidos de las Jurisdicciones Tukurú I y Tukurú II del municipio de Tukurú, Alta Verapaz, el sexo de los participantes no tuvo diferencia significativa ya que fue el 50% para el sexo femenino y el 50% para el sexo masculino.

El 57% de los participantes se encuentra en el rango de edad de 20 a 29 años, el 14% en el rango de 15 a 19 años y el 29% en el rango de 30 a 49 años, la edad de prevalencia del personal que labora en los Centros de Convergencia es de 20 a 29 años, pero es importante resaltar que aunque no es un dato significativo el 14% de personal se encuentra en el rango de edad de 15 a 19 años, lo que significa que para este personal es su primera experiencia desempeñándose como auxiliar de enfermería lo que supone poco conocimiento en relación a la normativa de la atención prenatal comunitaria.

En cuanto a conocimientos sobre la frecuencia del control prenatal, el 100% de los participantes conoce el número de controles prenatales de acuerdo a la normativa, sin embargo el 21% de ellos desconoce los laboratorios que según la normativa deben solicitarse en el primer trimestre del embarazo. Según la normativa en la primera consulta prenatal se debe solicitar los laboratorios: Orina VDRL/prueba rápida, VIH Grupo y Rh, Glicemia, HB- HT, Papanicolau/IVAA.⁴⁰ Es de vital importancia fortalecer los conocimientos de este personal ya que los medios diagnósticos como los laboratorios contribuyen a la detección oportuna de signos y señales de peligro, lo cual redundará en la reducción de los índices de morbilidad y mortalidad materna que afectan al municipio.

En lo relacionado a la identificación de Signos y Señales de peligro el 79% de los participantes desconoce los parámetros normales de la Presión Arterial en el embarazo, este dato es significativo ya que la Presión Arterial es uno de los Signos que apoya a la identificación oportuna de una Hipertensión inducida por el embarazo o incluso una Pre-Eclampsia, aunque si bien es cierto esta se puede presentar a partir de la semana 20, es necesario que el personal maneje los parámetros normales y esté preparado para un diagnóstico oportuno que pueda contribuir a la disminución de riesgos a la madre y el niño.

⁴⁰ Guía para la implementación de la atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto. Pag12

Siguiendo en el tema de Signos y Señales de Peligro, según la normativa de atención las Señales de peligro en el primer trimestre del embarazo son:⁴¹ Hemorragia vaginal, Presencia de flujo vaginal, Molestias urinarias y Fiebre, según los resultados de la investigación el 29% de los participantes considera que el edema en cara y manos es uno de los Signos de Peligro durante el primer trimestre, por lo que se confirma que aún no se tiene claridad en los Signos y Señales de Peligro que se pueden presentar en el primer trimestre y que su identificación oportuna puede contribuir a la reducción de la morbi mortalidad materna.

6.1. RESULTADOS DE INTERVENSIÓN

De acuerdo al objetivo propuesto en el proyecto de intervención “Contribuir a la reducción de la mortalidad materno neonatal en las Jurisdicciones Tukurú I y II, del municipio de Tukurú, Alta Verapaz”. En donde se tenía una meta de fortalecer a un total de 14 auxiliares de enfermería en la Temática de Atención Prenatal Reenfocada con énfasis en Atención Prenatal, Signos y Señales de Peligro, Laboratorios y Suplementación en el embarazo, se cuenta con 16 auxiliares de enfermería quienes reciben temas de capacitación de forma mensual, los cuales están dosificados en orden de prioridad en la atención prestada por este personal a nivel de Centros de Convergencia Fortalecidos.

Dentro de los temas que se han abordado están:

1. Atención Prenatal Reenfocada
2. Objetivos de la Atención Prenatal
3. Pasos Esenciales para la Atención Prenatal
4. Signos y señales de peligro
5. Clasificación del estado nutricional de la embarazada
6. Alimentación en el embarazo
7. Laboratorios en el primer trimestre del embarazo

Paralelo a la capacitación teórica se ha reafirmado la coordinación con personal de salud del Distrito Municipal de Salud de Tukurú, permitiendo que el personal pueda realizar pasantías en los servicios de Consulta Externa en donde se evalúan pacientes

⁴¹ Guía para la implementación de la atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto. Pag13

embarazadas para su atención prenatal, servicio de Encamamiento en donde tienen la oportunidad de monitorear el trabajo de parto, atender el parto, post parto y recién nacido. Estas acciones en conjunto están apoyando el fortalecimiento del personal auxiliar de enfermería.

Otra de las actividades, es el monitoreo a nivel de centros de convergencia en donde se realiza observación directa de la atención prenatal utilizando una lista de chequeo la cual al finalizar la observación es discutida con cada uno de los auxiliares de enfermería, esto ha permitido que conozcan sus debilidades con el propósito que se vean motivados a continuar fortaleciendo sus conocimientos y mejorar la atención que se brinda a las mujeres en sus comunidades.

Se tiene contemplado continuar con el fortalecimiento del personal de nuevo ingreso ya que las guías y planes utilizados pueden ser adaptados a este personal y permitirán tanto a la Asociación Multiétnica de Mujeres “XNA IXIM” como al Distrito Municipal de Salud, contar con una herramienta que permita el fortalecimiento constante del personal auxiliar de enfermería en el primer y segundo nivel de atención, esto con el propósito de apoyar a la reducción de la morbilidad materna e infantil, que mantiene al municipio con uno de los índices más altos de mortalidad materna a nivel de Alta Verapaz.

Dentro de los pasos a seguir esta la finalización de la temática propuesta al inicio quedando pendientes los temas:

1. Vacunación en el embarazo
2. Maniobras de Leopold
3. Suplementación en el embarazo
4. Vigilancia de la embarazada
5. Pasantías a los servicios de:
 - a. Consulta Externa.
 - b. Encamamiento.

6.2 Conclusiones

- 6.2.1** En lo relacionado a detención oportuna de Signos y Señales de Peligro durante el primer trimestre del embarazo, el 21% de los participantes desconoce los parámetros normales de la presión arterial y el 29% desconoce los signos y señales de peligro para este trimestre
- 6.2.2** El 21% de los participantes desconoce la batería de laboratorios que se debe solicita a una embarazada durante el primer trimestre y los cuales son de utilidad para un diagnóstico que permita la toma oportuna de decisiones en cuanto al cuidado individualizado de cada una de las embarazadas.
- 6.2.3** En lo relacionado a la suplementación con Micronutrientes en el embarazo el 36% desconoce los micronutrientes que según la normativa se deben suministrar en el embarazo y el 7% desconoce la frecuencia en que se debe suplementar a la embarazada.
- 6.2.4** Se logró determinar el 21% de los participantes no ha tenido la oportunidad de actualizarse en los últimos 6 meses, el 50% solicita la capacitación en temas relacionados con Atención prenatal.

6.3 Recomendaciones

- 6.3.1** Capacitación y/o actualización constante del personal auxiliar de enfermería en la Atención Prenatal Reenfocada, haciendo énfasis en los temas de Signos y Señales de Peligro, Suplementación y Laboratorios.
- 6.3.2** Fortalecer conocimientos en lo relacionado a signos y señales de peligro, consumo y frecuencia de micronutrientes en el embarazo.
- 6.3.3** Dar actualización continua al personal auxiliar de enfermería que labora en los Centros de Convergencia Fortalecidos, en temas relacionados a la atención prenatal tanto teórica como práctica.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.** BOGANTES ROJAS, Josette, SOLANO DONATO, Gastón, 2010 REVISTA MÉICA DE COSTA RICA Y CENTROAMÉRICA LXVII (593) 233-236
- 2.** DIPRETE BROMW, LORI, MILLER FRANCO LINNE, RAFEH NADWA. HATZELL THERESA: Garantía de Calidad de Atención de Salud en los Países en Desarrollo. 2ª. Edición, Wisconsin. 31
- 3.** Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). (2003). Conceptos e indicadores de mortalidad infantil y fetal. Argentina: Ministerio de salud de la nación.
- 4.** Expedientes de Muertes Maternas 2013, Archivo Xna Ixim San Pedro Carcha, Alta Verapaz.
- 5.** GEORGIN M.J. et al. "CUADERNOS DE PUERICULTURA" "1-La Maternidad", 1ª Ed., Masson, París 1.987
- 6.** Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de Atención del Parto pag 9 a la 12
- 7.** Henderson Virginia:definición de enfermería, Sr. Judith E. Alexander, Deborah WertmanDeMeester, Tamara Lauer, Ann MarrinerTomey, Susan E Neal, Sandy Williams, pag 99
- 8.** <http://pedagogiadocente.wordpress.com/competencias/competencias-tecnicas/>, consulta 7 de marzo de 2014
- 9.** http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/Competencias_Enfermeria.pdf., consulta 7 de marzo 2014
- 10.** La instancia Nacional de Salud (INS) fue una coalición política de organizaciones no gubernamentales, grupos comunitarios, trabajadores y pastorales de salud. En el año en que se publicó la propuesta de primer nivel de atención, la INS estaba conformada por 30 organizaciones.
- 11.** Ley para la Maternidad Saludable, DECRETO NÚMERO 32-210, pag 1
- 12.** LOBOS, Isabel et al. Atención Integral de Enfermería a la madre y el neonato. 2 Ed. Guatemala, Guatemala : Magna Terra editores, 2009. V.4, p 163, 164.
- 13.** Mercer Ramona T.: adopción del rol maternal, Mary M. Meighan, Alberta M. Bee, Denise Legge, Stephanie Oetting, pag 407

- 14.** MILLER M.A. et al. "ENFERMERÍA MATERNOINFANTIL", 2ª Ed., MacGraw-Hill, Madrid 1.987
- 15.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud - DG SIAS Coordinación General de Áreas de Salud, Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención.
- 16.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social - MSPAS Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud - DG SIAS Coordinación General de Áreas de Salud, Modelo de Extensión de Cobertura en el Primer Nivel de Atención
- 17.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Metas Nutricionales para Guatemala, DOCUMENTO BASE PARA LA REVISIÓN DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS, Marzo 2012 pag 28
- 18.** MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, Definición de Formularios Cliente Orientado Proveedor Eficiente (COPE) Guatemala 2,2002 pag 43.
- 19.** MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL: programa de Salud Materno Infantil, Normas y Guías de Atención Guatemala 1,996. Pag 83
- 20.** MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL, SALUD REPRODUCTIVA: Informe Nacional de Salud Reproductiva 2,002, Guatemala 2,003 pag. 39
- 21.** MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Informe Nacional de Salud Reproductiva 2002 : Contribuyendo al Mejoramiento de la Salud Materna e Infantil en Guatemala. Guatemala: s.n. , 2003. p. 19.
- 22.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. PLAN TECNICO PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD EN EL MARCO DE FORTALECIMIENTO DEL PROGRAMA EXTENSION DE COBERTURA UNA ESTRATEGIA SEGURA PARA LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD Y EL CUMPLIMIENTO DEL PACTO HAMBRE 0". Año 2013.
- 23.** Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de extensión de cobertura de los servicios integrales de salud. Descripción de puestos del personal contratado por las prestadoras de salud. Guatemala enero 2013.
- 24.** Normas de Atención en Salud Integral, para primero y segundo nivel, Módulo 1 Embarazo, Parto y Puerperio en adolescente y adulta. Acciones preventivas en el embarazo Pag 21

25. Peña, F., Villalba, H., Gudiño, O. y Fernández, D. (2007). Impacto de control prenatal en el Estado Vargas. Comunicaciones orales de la XXI jornada nacional de obstetricia y ginecología. Mérida: Sociedad obstetricia y ginecología de Venezuela.
26. Reeder, Sharon J. Martin, Leonide L. Enfermería Materno Infantil, 16a. edición. México 1992.
27. Reyes, A. y Cazorla, M. (1998). La importancia de la educación en la atención preventiva de la salud. Tesis doctoral publicada Universidad de Carabobo, facultad de ciencias de la salud, Valencia.
28. SALUD MATERNO-NEONATAL: Atención Materno Neonatal Básica, Paquete de Recursos de Aprendizaje
29. Schwacz, Ricardo y colaboradores. Obstetricia, 5ª.edicion, 9ª. impresión, Buenos Aires, 1992. Pág. 149, 150, 151, 153, 155,159.
30. Trabajo de Tesis presentado por B. SíasO., Suellen, Br. Girart C., Josycarl, CONTROL PRENATAL COMO ANTECEDENTE DE IMPORTANCIA EN LA MORBIMORTALIDAD NEONATAL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. "LUIS RAZETTI" – BARCELONA, OCTUBRE-DICIEMBRE DEL 2008, Barcelona, marzo 2008 pag26, 30
31. Ventura-Junca, P. (2004). Anamnesis perinatal. Recuperado 20 de Abril 2008, de Escuela de Medicina sitio web: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Manualped/RNAtenInm.html>.
32. Villwonte, W. y Lam, N. (1998). Factores maternos sociodemográficos y tasa de mortalidad neonatal en el instituto materno perinatal en 1996. Revista de ginecología y obstetricia, 44(3). 177-181.

VIII. ANEXOS

Instrumento

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INVESTIGACION DE GRADO: MAESTRIA MATERNO NEONATAL

INVESTIGADORA: Licda. Dora Ninette López Cardona.

ASESORA: Licda. Ma. Juana Marta Hernández de Vaidez.

CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario tienen por propósito evaluar Competencias Técnicas que tiene el personal de enfermería que labora en las jurisdicciones de Tukurú I y II del municipio de Tukurú, A.V. por lo que se solicita su colaboración dando respuesta a las siguientes preguntas, colocando una "X" en la casilla que usted considera es la correcta.

Le tomara aproximadamente 20 minutos, sus respuestas son anónimas y la información será manejada con la más estricta confidencialidad.

1. EDAD DE LA PERSONA ENCUESTADA

De 15 a 19

☐

De 20 a 29

☐

De 30 a 49

☐

2. SEXO DE LA PERSONA ENCUESTADA

Masculino

☐

Femenino

☐

3. ¿SABE USTED QUE ES ATENCIÓN PRENATAL?

Si

☐

No

☐

Si su respuesta es Si, por favor especifique

4. ¿EN CUÁNTOS TRIMESTRES SE DIVIDE EL EMBARAZO?

01 02 03 04

5. ¿SEGÚN LAS NORMAS DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL, CUÁNTOS CONTROLES PRENATALES DEBE TENER UNA EMBARAZADA?

04 03 02

6. ¿DE CUÁNTAS SEMANAS ESTÁ COMPUESTO UN EMBARAZO NORMAL?

28-30 32-34 38-40

7. ¿SEGÚN LAS NORMAS DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL, QUÉ LABORATORIOS SE DEBEN REALIZAR A LAS EMBARAZADAS EN EL PRIMER TRIMESTRE?

ORINA, VDRL, GRUPO Y RH, GLICEMIA, HG/HT, PAPANICOLAU		HEMATOLOGÍA, ORINA, GLICEMIA		ORINA GLICEMIA	
--	----------------------	------------------------------------	----------------------	-------------------	----------------------

8. ¿CUÁL ES EL VALOR NORMAL DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE EL EMBARAZO?

120/90 140/90 100/70

9. ¿CUÁL ES EL MEDICAMENTO DE ELECCIÓN PARA LA SUPLEMENTACIÓN EN EL EMBARAZO?

Ácido Fólico y Sulfato Ferroso		Sulfato Ferroso y Hierro		Ácido Fólico Sulfato Ferroso Prenatales	
-----------------------------------	----------------------	-----------------------------	----------------------	---	----------------------

10. ¿SEGÚN LAS NORMAS DE ATENCION DEL PRIMER NIVEL, CADA CUÁNTO SE DEBE SUPLEMENTAR A LAS EMBARAZADAS?

Cada mes

☐

Cada 03 meses

☐

Cada 02 meses

☐

11. ¿CUÁL DE ESTAS SEÑALES DE PELIGRO NO CORRESPONDEN AL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO?

Edema de cara y manos

☐

Fiebre, Cefalea

☐

Hemorragia Vaginal

☐

12. ¿EN LOS ÚLTIMOS 06 MESES HA RECIBIDO CAPACITACIÓN SOBRE ATENCIÓN PRENATAL, QUE INCLUYA TODOS LOS COMPONENTES?

Si

☐

No

☐

Si su respuesta es Si, por favor especifique qué temas ha recibido:

13. ¿QUÉ TEMAS RELACIONADOS A ATENCIÓN PRENATAL CONSIDERA QUE USTED NECESITA FORTALECIMIENTO PARA UN MEJOR DESEMPEÑO LABORAL?

1. _____
2. _____
3. _____

14. ¿SEGÚN LAS NORMAS DE ATENCIÓN DEL PRIMER NIVEL, QUE TEMAS DEBE ABORDAR PARA LA CONSEJERÍA DE LA EMBARAZADA EN EL PRIMER TRIMESTRE?

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

La autora concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la presente tesis, para propósitos de consulta académica; así como debe hacerse referencia correspondiente cuando se cite de forma parcial o total los contenidos de esta tesis. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala, lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.