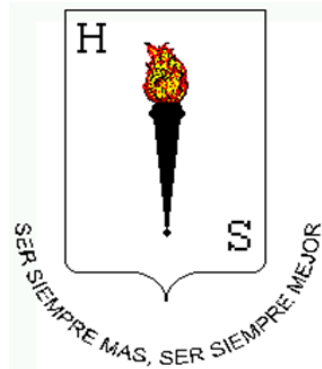


ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DE LA SALUD

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

CLAVE: 8722



TESIS

“INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA EN EL CONTROL PRENATAL”

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

ALUMNA:

DE LA CRUZ CONTRERAS SANJUANA JESÚS

ASESORA DE TESIS:

LIC.EN ENF. MARÍA DE LA LUZ BALDERAS PEDRERO

MORELIA, MICHOACÁN. 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatorias

Le agradezco a Dios por darme la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional, por acompañarme y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias tanto malas como buenas y sobre todo felicidad, además darme esa fuerza para seguir adelante a pesar de los obstáculos presentes, muchas gracias Dios mío por permitirme el cumplir con el más grande sueño.

Le doy gracias a mis padres José Luis y Soledad por apoyarme en todo momento, por los valores que me inculcaron, y por darme la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida y ser un excelente ejemplo de vida a seguir. A mi madre que es el ser más maravilloso de todo el mundo, gracias por el apoyo moral, tú cariño, comprensión que desde niña me has brindado y por guiar mi camino y estar junto a mí en los momentos más difíciles.

A mi padre porque desde niña para mí ha sido el mejor hombre al que siempre voy amar ya que ha sido mi motor y ha guiado mi vida con energía, el que siempre me ha dicho que nada es imposible, a pesar de la distancia siempre estás en mi corazón y estoy muy orgullosa de que seas mi padre, recuerda eres mi héroe incondicional, mi guardián y mi más fiel admirador.

A mi hermana María José eres mi motor que me impulsa a seguir adelante, gracias por hacerme reír en los momentos de angustia, sabes que todos mis triunfos son para ti porque cada qué me dices “hermana quiero ser como tú” esas palabras me motivan diariamente, te quiero mucho mi hermanita Marijo.

También le doy muchas gracias a Everardo mi enamorado, que durante estos dos últimos años ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y sobre todo por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrar que siempre podre contar con él, gracias por apoyarme y escuchar mis redacciones y no sólo brindarme amor si no también esa amistad que a perdurado por años, además gracias por hacerme reír en los peores momentos, a pesar de la distancia siempre estás en mi corazón y mente.

A mis amigas Angie, Johanny a pesar de la distancia nunca voy a olvidar de aquellos tiempos de preparatoria, gracias por su amistad las quiero mucho y jamás las olvidare porque son los seres más hermosos que he conocido, las cuales son mis confidentes, los días que tengo oportunidad de verlas son los mejores con ustedes me siento feliz. Angie ya quiero verte para caminar bajo la lluvia y cantar, Johanny mi futura chef te quiero mucho y ya quiero que me cocines un pastel, nunca olviden que las amo mucho mis hermanas.

A mis otras amigas con las cuales he compartido 4 años muchas gracias por su apoyo recuerden que las quiero mucho, a ti Lupita chiquita como olvidar el primer día del curso que te conocí ya estamos a un paso de lograr nuestra meta, Lupita Carmona muchas gracias por tu amistad eres una gran persona con sentimientos muy hermosos has sido para mí más que una amiga y por último a mi hija Moni a pesar de que eres muy traviesa gracias por hacerme reír y recuerda siempre estaré para escucharte.

Agradecimientos

Muchas gracias a la maestra Griselda, de la cual he aprendido mucho y me guió en la elaboración de esta investigación y principalmente me motivo a elegir este tema.

Muchas gracias a la profesora Gabriela por orientarme y ser la mejor asesora a lo largo de esta investigación y motivarme a seguir adelante.

Muchas gracias a los maestros que formaron parte del camino profesional, aquellos que me brindaron su ayuda en asesorarme en la investigación y sobre todo a la profesora Gabriela por ser una excelente asesora.

Finalmente dedico este esfuerzo y dedicación a mí misma, por no dejarme vencer, ya que el principal obstáculo esta en uno mismo

“No es tu aptitud, si no la actitud la que determina tu altitud”

Anónimo

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

	pág.
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL CONTROL PRENATAL	1
1.1 Planteamiento de Problema.....	5
1.2 Justificación.....	6
1.3 Objetivo General.....	7
1.3.1 Objetivos Específicos.....	7
1.4 Hipótesis.....	7
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	8
2.1 Control Prenatal.....	8
2.1.1 Características del Control Prenatal.....	9
2.1.2 Identificación de Factores de Riesgo.....	10
2.2 Norma Oficial.....	11
2.3 Contenido de las Consultas Prenatales	11
2.3.1 El Componente Básico del Control Prenatal.....	12
2.3.2 Seguimiento y Periodicidad del Control.....	20
CAPÍTULO 3: ACCIONES INFORMATIVAS Y DE PROMOCIÓN	22
DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO POR PARTE DE LA ENFERMERA	
3.1 Acciones e Intervenciones de Enfermería en las Visitas Prenatales	26
3.2 Educación Individual a la Madre, Compañero y Familia.....	28
3.3 Orientación Psicoprofiláctica.....	28
3.3.1 Recursos en la Psicoprofilaxis.....	29

3.3.2 Actividades en la Psicoprofilaxis.....	30
3.4 Teoría de Dorothea Orem.....	31

CAPÍTULO 4: PATOLOGÍAS MATERNO – FETALES EN EL CONTROL.....34

PRENATAL

4.1 Preeclampsia.....	34
4.2 Eclampsia.....	35
4.3 Hemorragia Obstétrica.....	36
4.4 Infección Puerperal.....	37
4.5 Riesgo de Aborto.....	39
4.6 Enfermedades del Crecimiento Fetal.....	40
4.6.1 Restricción del Crecimiento Intrauterino.....	41
4.6.2 Síndrome del niño Post- Termino.....	42
4.6.3 Síndrome del Niño Macrosomico.....	43
4.6.4 Síndrome de Isoinmunización Materno-Fetal.....	45

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA.....47

5.1 Población o Universo de Trabajo.....	48
5.2 Diseño Metodológico.....	48
5.3 Aspectos Éticos de la Investigación.....	52
5.4 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras (os).....	53

CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA.....55

6.1 Justificación	55
6.2 Fundamentación.....	56

6.3 Objetivos.....	60
6.4 Líneas de Intervención.....	60
6.5 Metodología.....	61
6.6 Evaluación.....	63

CONCLUSIÓN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se indago sobre el control prenatal y la intervención que desempeña la enfermera se menciona la historia del control prenatal abarcando desde la manera nacional como internacional, ya que es muy importante los índices en los que se encuentra México en relación con otros países, además se resalta el rol que tiene la enfermera en cuanto a las actividades del control prenatal desde tiempos muy memorables.

Dentro del marco teórico se desarrolla la investigación en donde se destacan tanto autores como organizaciones, el autor menciona que 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, mientras que la organizaciones menciona algo similar pero ambos concluyen que para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna – fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

En el desarrollo de la investigación se hace mención de las actividades correctas que debe realizar el profesional de enfermería en el Control Prenatal, en donde también se resalta la teórica Dorothea Orem con su teoría del autocuidado, el profesional de la salud debe educar correctamente a la mujer embarazada sobre su estado en el que se encontró por que al estar en un periodo de gestación puede haber complicaciones que ponen en peligro la vida de madre e hijo, lo primordial para el profesional es salvaguardar la vida de ambos.

En la investigación se diseño y elaboro un carnet, ya que se observo y analizo el carnet que actualmente se lleva a cabo en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, el cual aún le faltan datos que son de suma importancia, dicho carnet está diseñado con las características que mencionan las organizaciones de la salud, para lo cual queda como propuesta implementar el carnet en el hospital, esperando que se evaluado mediante la lista de cotejo.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL CONTROL PRENATAL

En el presente capítulo se menciona la historia del control prenatal abarcando desde la manera nacional como internacional, ya que es muy importante los índices en los que se encuentra México en relación con otros países, además se resalta el rol que tiene la enfermera en cuanto a las actividades del control prenatal desde tiempos muy memorables.

El Control Prenatal (CP), se define como el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el nacimiento y la crianza del recién nacido, con la finalidad de disminuir los riesgos de este proceso fisiológico. Es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia.

A la enfermera desde su origen se le ha atribuido el cuidado y la atención de niños, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad, conforme la profesión ha avanzado en los niveles educativos ha logrado que el cuidado que otorga sea especializado de acuerdo con cada etapa de la vida.

De manera especial en México desde la época prehispánica la Tizitl (partera empírica) era la responsable de atender a la mujer en el embarazo, parto y puerperio y de dar los cuidados necesarios al recién nacido. Conforme las necesidades de atención fueron cambiando, esta práctica demandó mayores conocimientos y técnicas propias de enfermería, por lo que fue necesario fusionar a la enfermería y la partería. El legado heredado por la Tizitl, así como su prestigio social fue un antecedente importante para que la enfermera partera tuviera una gran aceptación social durante varias décadas, tanto a nivel comunitario, como institucional.

A partir de la creación de la figura de la enfermera partera y la incorporación de los conocimientos científicos, técnicos y los valores éticos derivados de la filosofía de la enfermería, su práctica se constituye en un ejercicio profesional independiente y responsable, que contribuye a garantizar una atención perinatal de calidad , proporcionando los cuidados

personalizados e integrales a través de instrumentar las etapas del “Proceso de Atención de Enfermería” (valoración, planeación, ejecución, y evaluación).

La enfermera obstetra cuenta con una formación profesional que le permite comprender los factores que condicionan la calidad de vida, analizar la realidad nacional y los problemas de salud reproductiva para definir su participación en el desarrollo de estrategias y acciones que requieren estos problemas de salud, además está preparada para diseñar o implementar los métodos para lograr una comunicación efectiva, con los usuarios de sus servicios y con los grupos de trabajo multiprofesional e interprofesionales.

México tiene una larga historia en cuanto a programas de atención materno-infantil que surge con el nacimiento de la seguridad social en la década de los cuarenta. La muerte materna es un indicador significativo de la calidad de los servicios de salud y de la equidad en el acceso y la prestación de éstos.

La mortalidad materna constituye un grave problema de salud pública, derechos humanos, desarrollo social, equidad de género y justicia social. En México no se ha logrado la disminución de las cifras de mortalidad desde 2002 de manera consistente; las muertes maternas pueden prevenirse, ya que la mayoría de las complicaciones se pueden resolver a través del control prenatal bien elaborado.

Es importante señalar que México tiene una Razón de Mortalidad Materna (RMM) diecisiete veces mayor a la de países como Suecia o tres veces mayor a la de naciones similares, como Chile. En el país hay inequidades considerables; los municipios con población indígena (setenta por ciento o más de hablantes de lengua indígena) tienen una Razón de Mortalidad Materna hasta tres veces mayor que aquellos municipios sin población indígena, y las mujeres que mueren en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) presentan siete veces menor que la de las que no cuentan con seguridad social. Por ello, en la última década se han promovido estrategias como poner énfasis en el control prenatal, desde tiempos muy atrás se comenzaba hablar sobre el cuidado que debería tener la madre durante el embarazo, según lo publicado por Muñoz, Parra y Garrido.

La atención profesional del parto comienza sólo a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, antes esta práctica estaba en manos de las comadronas, más adelante se profesionaliza primero la atención del parto, con un pobre o nulo control prenatal. En efecto, al comienzo se realizaban sólo un control prenatal con el objetivo de determinar la fecha probable de parto que era el primero y segundo encuentro sólo se producía en la atención del parto, mediante la asistencia o una complicación mayor como una eclampsia, un cuadro séptico o una metrorragia severa.

El Dr. Isidro Espinosa de los Reyes fue uno de los que más trabajó en beneficio del embarazo y el niño. Escribió los “Apuntes Sobre Puericultura Intrauterina”, que incluía desde antes de la procreación, la gestación, hasta después del nacimiento, estableció una relación de causa a efecto entre las medidas higiénicas y de sanidad con el recién nacido. Aquí planteaba la necesidad de establecer una red que proporcionara atención preventiva en las etapas prenatal y postnatal. El Doctor Isidro Espinoza es el primer mexicano que incorpora el término prenatal o antenatal descrito por el francés Ballantyne, posteriormente continuó la atención incorporando más acciones a realizar durante el embarazo, principalmente relacionados con la detección de riesgos, y con el número de visitas de la embarazada al consultorio médico.

En el Hospital General Regional de México, Sánchez, Pérez, y Vázquez (2005), analizan 407 expedientes completos de la madre y del recién nacido, y observan que 47.6 % de las madres tenía menos de cinco consultas y estaba en el inicio del tercer trimestre del embarazo; La mortalidad neonatal sólo se presentó en 5.9 % de los casos (siete fallecimientos) y la proporción fue similar para los que llevaron atención prenatal adecuada como inadecuada.

La atención prenatal inicialmente fue proporcionada por parteras y enfermeras, pero el médico fue tomando el control en el transcurso del tiempo. La atención prenatal pasó de la partera que atendía a la embarazada en su hogar, al consultorio del médico y el parto se cambió a nivel hospitalario.

Se pasó de tener una visión del embarazo como una etapa normal y vinculada íntegramente al proceso de la vida, a la de ver el embarazo como un proceso médico

prioritariamente de orden biológico y desvinculada de los cuidados de enfermería y mucho menos de una partera.

Es claro que los beneficios de la atención prenatal se han obtenido a través de varios cambios en la atención médica que históricamente se han realizado, así el avance científico ha contribuido a la disminución de la mortalidad fetal, sin embargo, debe de evaluarse adecuadamente su manera de concebirla y normarla, sus formas y procedimientos de implementación, tomando en cuenta la situación desigual de las necesidades en México, el acceso inequitativo a los servicios de salud y la utilización de la medicina tradicional, además es importante considerar el uso de la tecnología médica para la atención de la embarazada. Es importante reconocer el papel que han desarrollado las parteras y enfermeras, por lo que es conveniente evaluar de qué manera se puede optimizar su participación en la atención prenatal y en la atención del parto en embarazos de bajo y alto riesgo.

Se ha demostrado que la disminución de las visitas prenatales no complica el resultado del embarazo, ni el incremento de estas visitas lo mejora. Por lo que debe reevaluarse el lugar de la atención, a la persona que proporciona esta atención, el contenido de las visitas de atención del embarazo, los momentos más oportunos, el personal adecuado para hacerla y sobre todo la calidad de la atención de la misma.

Se debe incrementar las acciones de tipo educativo por parte de la enfermera que propicien en la mujer una toma de decisiones de manera informada, responsable sobre su salud, para que se mejore el esquema de autoatención. Se deben tomar en consideración aquellos programas de cuidados y atención prenatal que se lleven con participación comunitaria y valoración de participación de la enfermera y grupos de autoayuda en la atención y cuidado prenatal.

La calidad del cuidado que brinda la enfermera es muy importante ya que el rol que lleva a cabo en cuanto a la orientación, prevención y actividades relacionadas con el primer nivel debe ser completo integrando actividades que permitan asegurar el óptimo grado de salud de la madre y el hijo, por lo tanto la enfermera es la encargada de promover la vida.

1.1. Planteamiento del Problema

La pregunta principal de la investigación es:

¿Cuál es la acción de la enfermera para que se lleve a cabo un buen control prenatal y que consecuencias trae el no llevar correctamente?

Los factores ambientales, socioeconómicos y educacionales ejercen una influencia definitiva en la morbimortalidad perinatal y de éstos se desprenden las principales causas de mortalidad perinatal; sin embargo hay un gran volumen de población que no recibe asistencia en salud y otro que sólo acude ante la evidencia de enfermedad. Considerando que el control prenatal es un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, feto, recién nacido y de la familia, apoyados en la organización de los servicios de salud, se hace necesario la identificación de los factores que inciden en la inasistencia total o parcial al control prenatal para poder proponer acciones tendientes a mejorar la salud materna y perinatal.

La atención oportuna acompañada de una detección temprana de los principales factores de riesgo en un embarazo permite prever y tomar las medidas necesarias para evitar las principales complicaciones de un parto. Se ha notado un gran déficit en el manejo, en la orientación y control que se brinda a las pacientes del servicio de control prenatal, siendo la causante de embarazos prematuros y complicaciones inadecuadas durante este proceso.

1.2. Justificación

La presente investigación documental se justifica ampliamente por varias razones:

El control prenatal es uno de los elementos indispensables para prevenir y tratar, patologías maternas que pueden afectar el desarrollo y condición del feto, así como patologías propias de éste que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. La morbimortalidad neonatal puede considerarse un indicador de deficiente salud pública debido a su alta incidencia, aunado al hecho de que la implementación de programas de control prenatal ha sido en muchos casos deficientes y las visitas clínicas irregulares, lo que condiciona una deteriorada respuesta a los cuidados maternos y del producto de su concepción.

Nada justifica una muerte materna, sin embargo, actualmente a pesar de los esfuerzos realizados por el gobierno, la sociedad e instituciones privadas y no lucrativas, la morbimortalidad materna y perinatal continúa siendo un problema de salud pública, es por ello que la atención prenatal tiene un enfoque de prevenir un riesgo e identificar oportunamente las áreas obstétricas para la atención más adecuada del control de la gestante y su hijo (a).

Las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo médico de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna como son: la preeclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y las complicaciones del aborto. Para ello se requiere de profesionales de enfermería capacitados en el cuidado de la salud materna durante el embarazo, nacimiento y puerperio, con mística de servicio y compromiso moral en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres.

Es por esa razón que en esta investigación se trataran los aspectos más importantes acerca de la participación que tiene la enfermera en el control prenatal y la buena coordinación que debe tener como todo profesional.

1.3. Objetivo general

Determinar cuál es el rol de la enfermera en la atención del Control Prenatal para prevenir, identificar y tratar oportunamente las patologías maternas que afectan el desarrollo y condición del feto además que fomente de una forma correcta los conocimientos hacia la mujer embarazada y que los practique.

1.3.1 Objetivos Específicos

1. Proporcionar a la enfermera un equipo multidisciplinario para llevar a cabo un Control Prenatal de calidad a toda mujer embarazada.
2. Analizar las acciones de enfermería que comprenden el control prenatal.
3. Identificar los factores de riesgo materno-fetal en el control prenatal.
4. Diseñar un carnet que contenga los datos importantes que se deben seguir en el control prenatal.
5. Implementar la prevención sobre los riesgos y fomentar el autocuidado de la propia embarazada.

1.4 Hipótesis

- Una información clara y pertinente que se le proporcione por parte de la Licenciada de Enfermería a la mujer embarazada la llevará a mejorar el control prenatal de su embarazo y el interés en el autocuidado.
- El rol que lleva a cabo la enfermera sobre la orientación, prevención y actividades relacionadas con el primer nivel integrando actividades permitirá asegurar el óptimo grado de salud de la madre y el hijo.
- El diseño de un carnet con los datos apropiados, auxiliar a la enfermera y ginecólogos a mejorar el seguimiento del control prenatal.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

En el presente capítulo se sustentan las teorías que desarrollaran la siguiente investigación:

2.1 Control Prenatal

Se define con un enfoque en la materia de obstetricia 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”.

“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).

Según la Organización Mundial de la Salud divide a las mujeres embarazadas en dos grupos: aquéllas elegibles para recibir el control prenatal de rutina y aquéllas que necesitan cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo.

Las mujeres seleccionadas para seguir el componente básico son quienes no requieren ninguna otra evaluación o cuidado especial en el momento de la primera visita independientemente de la edad gestacional. A las mujeres restantes se les brinda el cuidado correspondiente a su patología o factor de riesgo detectado. Las mujeres que necesitan cuidados especiales representarán en promedio, aproximadamente un 25% de todas las mujeres que inician el control prenatal.

Para Oyarzun y Poblete (2000), el control prenatal contiene los siguientes componentes:

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

Los objetivos generales del control prenatal son:

- a) Identificar factores de riesgo.
- b) Diagnosticar la edad gestacional.
- c) Diagnosticar la condición fetal.
- d) Diagnosticar la condición materna.
- e) Educar a la madre.

Es muy importante que la mujer embarazada lleve a cabo el control prenatal porque hay una mayor seguridad tanto para la madre como para el hijo ya que ayuda a identificar los factores de riesgo y prevenir la muerte materno-fetal. A continuación se mencionaran las características importantes del control prenatal.

2.1.1 Características del Control Prenatal

Para que el control prenatal pueda garantizar resultados favorables para la salud materna/ fetal, es necesario que sea precoz, periódico, completo y de alta cobertura.

- **Precoz:** Debe iniciarse en el primer trimestre del embarazo, en cuanto se haya diagnosticado el embarazo para establecer sin temor a dudas la fecha probable de parto y las semanas de gestación, para posibilitar las acciones de prevención y promoción de la salud y detectar factores de riesgo.
- **Periódico:** Para favorecer el seguimiento de la salud materna y fetal, es necesario que la mujer asista a sus consultas programadas de manera periódica. La continuidad en las consultas prenatales permitirá efectuar acciones de promoción a la salud y de

educación para el nacimiento. También favorecer la identificación oportuna de factores de riesgo y el seguimiento de problemas de salud materna o fetal identificadas, así como el efecto de los tratamientos establecidos para recuperar su tratamiento.

- Completo: Las consultas prenatales deben ser completas en contenidos de evaluación del estado general de la mujer, evolución del embarazo y controles e intervenciones requeridos según la edad gestacional.
- De Buena Calidad: Propendiendo a la determinación adecuada de los factores de riesgo.
- Universal: Con cobertura total, es decir, a todas de las mujeres gestantes en un área determinada, conforme a lo definido en el sistema general de seguridad social en salud en relación con su identificación en el sistema y para la población más pobre y vulnerable, conforme a las modalidades definidas en la normativa vigente, por medio de subsidios en salud.

2.1.2 Identificación de Factores de Riesgo

El factor de riesgo es toda aquella característica biológica, ambiental o social que cuando se presenta se asocia con el aumento en la probabilidad de presentar un evento en madre-feto o en ambos.

“Los factores que contribuyen con mayor frecuencia a la morbilidad del recién nacido son la prematurez, asfixia perinatal, malformaciones congénitas y las infecciones. Por tanto, la identificación de las patologías que generen estas situaciones debe constituirse en una de las prioridades del control prenatal. Por otro lado, las patologías que afectan a la madre son las hemorragias ante, intra y posparto, la hipertensión inducida por el embarazo y, desde luego, las patologías de base que presentan las pacientes al iniciar su embarazo. La identificación oportuna de factores de riesgo permite la planeación estratégica de los controles prenatales, enfatizando las estrategias de remisión y contra remisión”. (Fraifer y Garcia, 2004)

2.2 Norma Oficial

Existen diversos esquemas de visitas prenatales que señalan las acciones que deben hacerse y el número de visitas a realizar; sin embargo, el establecimiento de un modelo de atención con un número de visitas prenatales para embarazos de bajo riesgo en instituciones de salud, con la finalidad de garantizar la salud como un resultado óptimo tanto para la madre y su hijo (a).

La **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993**, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio, recomienda que la mujer tenga un promedio de cinco consultas prenatales, programadas de la siguiente manera:

- I. Primera visita en el primer trimestre.
- II. Segunda visita: de la 22 a las 24 semanas.
- III. Tercera visita: de la 27 a las 29 semanas.
- IV. Cuarta visita: de la 33 a las 35 semanas.
- V. Quinta visita: de la 38 a las 40 semanas.

En cada visita prenatal se realizan actividades e intervenciones que tienen como objetivo mantener la salud materno – fetal, identificar oportunamente factores de riesgo y en consecuencia actuar para cancelar o atenuar dicho factor y preparar a la mujer y si es posible a su pareja y familia para el nacimiento, lactancia y crianza de su hijo (a).

2.3 Contenido de las Consultas Prenatales

La consulta son una serie de pasos que va desde interrogantes hasta la exploración física con el objetivo de encontrar datos anormales que pudieran impedir el buen equilibrio de la salud, en este caso las consultas son materno-fetales, es decir, se revisa a la mamá como al bebé, y en caso de encontrar signos que no sean favorables se tendrá mayor precaución con la paciente, durante el resto del embarazo.

A continuación se menciona el contenido de la consulta prenatal.

- Definir el riesgo.
- Evaluar la evolución del embarazo.
- Planificar la solicitud de estudios complementarios.
- Rastrear y tratar las patologías encontradas.
- Realizar consejería.
 - Organizar vacunación.
 - Promover la participación en grupos de preparación para el parto.
 - Promover la lactancia materna.

Las actividades incluidas en el componente básico se dividen en tres áreas generales:

- Estudio de las condiciones socioeconómicas y de detección de patologías que aumenten la posibilidad de resultados adversos específicos.
- Intervenciones terapéuticas comprobadas como beneficiosas.
- Educación de las mujeres embarazadas sobre las emergencias durante el embarazo y cómo tratarlas.

Es muy importante llevar a cabo el contenido de las consultas prenatales, porque se podrá encontrar con facilidad las patologías que pudieran presentarse en el embarazo y tratarlas oportunamente con el objetivo de llevar al término en buenas condiciones de salud tanto a la mamá como al bebé.

2.3.1 El Componente Básico del Control Prenatal

A continuación se muestra cada contenido con las actividades que deben realizarse en las consultas prenatales:

Primera Consulta

Lo ideal es que la primera visita se realice durante el primer trimestre preferentemente antes de la semana 12 de embarazo. Sin embargo, independientemente de la edad gestacional en el

momento de la primera consulta, todas las embarazadas que inicien su control deben ser examinadas acuerdo a las normas para la primera visita y las visitas subsecuentes.

La primera consulta es muy importante, permitirá aclarar dudas y temores respecto al embarazo, pero en primera instancia se tiene que salir de la duda si es que la paciente está embarazada o no. Se examina totalmente a la paciente realizando la historia clínica en donde se debe recabar información de los antecedentes personales tales como hipertensión, diabetes, infecciones urinarias, hábitos alimenticios e higiénicos, incompatibilidad sanguínea, problemas tiroideos, cardíacos, gineco-obstétricos como: menarca, anticoncepción, gestas anteriores, abortos y familiares gestas múltiples, hipertensión, diabetes al igual se lleva a cabo examen físico y una serie de exámenes auxiliares.

La información transmitida en esta visita debería focalizarse sobre los signos y síntomas de emergencia relacionados con el embarazo y tratarlos, es decir, si la paciente sufre sangrado vaginal, a quién llamar y dónde debe concurrir para su asistencia, todos los consejos verbales deben estar acompañados por instrucciones escritas.

A continuación se presenta el esquema ideal que se debe llevar a cabo en la primera consulta, por muy mínima que sea la información es de suma importancia:

Obtener información sobre:

Antecedentes Personales como:

- ▶ Nombre, edad (fecha de nacimiento).
- ▶ Domicilio y número de teléfono.
- ▶ Estado civil.
- ▶ Consumo de tabaco (fumar o masticar) o uso de otras sustancias nocivas.
- ▶ Vivienda: tipo, tamaño, número de ocupantes.
- ▶ Condiciones sanitarias: tipo de baño, fuente de agua, electricidad o fuente de calefacción e iluminación.
- ▶ Nivel educativo: primaria, secundaria, preparatoria, universidad.
- ▶ Recursos económicos.

Historia Clínica:

Enfermedades y patologías específicas:

- Tuberculosis, cardiopatía, nefropatía crónica, epilepsia, diabetes Mellitus, enfermedades crónicas degenerativas
- Enfermedades de transmisión sexual, y estado de Virus de Inmunodeficiencia Humana, si se conoce.
- Otras patologías específicas que dependen de la prevalencia en el lugar donde se realiza el estudio (por ejemplo hepatitis, malaria, anemia).
- Otras enfermedades, previas o crónicas, alergias, cirugías además de cesárea.
- Transfusiones de sangre. Anticuerpos Rhesus (D).
- Uso actual de medicamentos. Especificar.
- Período(s) de infertilidad: ¿Cuándo? Duración, causa(s).

Antecedentes Obstétricos

- Número de embarazos previos.
- Fecha (mes, año) y resultado de cada acontecimiento (nacido vivo, nacido muerto, aborto, ectópico). Especificar, si corresponde y es posible (validar nacimientos prematuros y tipo de aborto).
- Peso al nacer (si se conoce).
- Sexo.
- Períodos de lactancia exclusiva: ¿Cuándo? ¿Cuánto tiempo?
- Complicaciones maternas particulares y acontecimientos en embarazos previos especificar qué embarazo(s), validar por registros si es posible:
 1. Aborto temprano recurrente.
 2. Aborto inducido y cualquier complicación asociada.
 3. Trombosis y embolia.
 4. Hipertensión, pre-eclampsia o eclampsia.
 5. Desprendimiento placentario.
 6. Placenta previa.
 7. Presentación podálica o transversa.

8. Obstrucción del trabajo de parto e incluyendo distocia.
9. Desgarros perineales de tercer/cuarto grado.
10. Hemorragia excesiva del alumbramiento.
11. Sepsis puerperal.
12. Diabetes gestacional.

➤ Operaciones obstétricas.

- Cesárea (indicación, si se conoce).
- Extracción por fórceps
- Asistencia manual/instrumental en el parto vaginal.
- Alumbramiento manual de la placenta.

➤ Complicaciones perinatales especiales (fetales, neonatales) y acontecimientos en embarazos previos; especificar qué embarazo(s).

a) Examen Físico

- Examinar si se presentan signos de anemia severa: palidez en piel, uñas, conjuntiva, mucosa oral, punta de la lengua y falta de aire.
- Registrar peso (en kilos) y altura (en centímetros) para evaluar el estado nutricional de la madre.
- Medir la presión sanguínea.
- Auscultar tórax y corazón.

b) Pruebas que se Deben de Hacer

- ❖ Examen general de orina.
- ❖ Biometría hemática.
- ❖ Factor Rh.
- ❖ Química sanguínea 4 (urea, creatinina, ácido úrico, y glucosa).
- ❖ Reacciones para sífilis, test de ELISA para VIH, anticuerpos para rubéola, toxoplasmosis y otras infecciones de interés.

c) Implementar las Siguietes Intervenciones

- Suplemento de hierro para todas las mujeres embarazadas.

- Si la prueba de sífilis y VIH son positivas tratarlas o canalizarlas con un especialista.
- Derivar los casos de alto riesgo según el diagnóstico hecho anteriormente en evaluación y derivación.
- Informarle las consecuencias que trae consigo los malos hábitos existentes entre ellos el uso del alcohol, tabaco, drogas psicotrópicas, además fomentar la alimentación que debe ser de calidad y cantidad.
- Informar sobre los síntomas de alarma que indican un desequilibrio en el embarazo.

Segunda Visita

La segunda visita prenatal debe realizarse entre las semanas 22 a 24 de gestación. Se debe realizar exploración física dirigida a la búsqueda de datos que indiquen la evolución normal del embarazo y la presencia de signos de alarma, en donde se incluya la toma de la tensión arterial, ganancia de peso, altura del fondo uterino además de la auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.

Acciones

Si ya se ha corroborado el embarazo, se calcula su Fecha Probable de Parto y las semanas de gestación.

01. Valora el peso materno: La ganancia de peso gestacional está relacionada con el ingreso nutricional y la ganancia de peso materno es uno de los predictores del peso fetal al término. Un inadecuado ingreso nutricional durante el embarazo está relacionado con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y defectos congénitos. Por otra parte, excesiva ganancia de peso durante el embarazo predispone a diabetes gestacional y es el mayor predictor de obesidad en el postparto, por ello se recomienda una ganancia ponderal total de 11 a 12Kg a razón de 1.KG a 1.5 KG / mes.
02. Valorar la presión arterial: La preeclampsia y eclampsia durante el embarazo constituyen las principales causas de morbilidad materna, es por ello que su vigilancia adquiere particular importancia.

- Cuando una mujer acude por primera vez a consulta y tiene más de 20 semanas de gestación una presión arterial de 130/90 mmHg, puede indicar la presencia de preeclampsia. En una mujer que ya ha tenido consultas subsecuentes, si la presión sistólica es de 30 mm/Hg o más y la diastólica de 15 mm/Hg o más, puede indicar la presencia de preeclampsia.
03. Efectuar las Maniobras de Leopold. Estas se podrán realizar a partir de las 20 Semanas de Gestación, mide la Altura del fondo Uterino, permite correlacionar el fondo uterino con las semanas de gestación e identificar oportunamente alteraciones en el crecimiento del feto.
 04. Auscultación de la Frecuencia Cardíaca Fetal (FCF). Se puede auscultar con estetoscopio de pinar a partir de la semana 20 de gestación o con el Doppler.
 05. Revisar los exámenes de laboratorio:
 - a. Grupo y Rh, si la mujer fuera RH negativo, referir para que se le realice la prueba de Coombs indirecta.
 - b. Valorar la Hemoglobina (Hb). Una Hb menor a 11, será considerada como anemia.
 - c. A través de la química sanguínea descartar Diabetes Gestacional ya que no debe dar a más de 100 mg/dl.
 06. Revisar los resultados del Examen General de Orina: Se tendrá que descartar la posibilidad de infección de vías urinarias. En caso de que se identifique hipertensión arterial, se debe realizar una cuantificación de proteínas con tira reactiva.
 07. Revisar los temas relevantes de los antecedentes obstétricos registrados en la primera visita.
 08. Registrar los síntomas y acontecimientos desde la primera visita: por ejemplo, dolor, sangrado, flujo vaginal (líquido amniótico), signos y síntomas de anemia severa, en caso de que existan tratar a la paciente o canalizarla con un especialista.

Intervenciones:

- a. Continúa con la administración de hierro.
- b. Continúa con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.

- c. Continúa la preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
- d. Administra la primera dosis del toxoide antitetánico: Se debe vacunar contra el tétanos con dos dosis durante el embarazo, alrededor de las 25 y las 30 semanas.

Tercera Visita

La tercera consulta se debe efectuarse entre la semana 27-29 y dependiendo de la valoración del riesgo. Si no asistió a la segunda visita, la tercera visita también debe incluir todas las actividades de la segunda visita y la duración debe extenderse tanto tiempo como sea necesario.

Acciones:

Corroborar la fecha probable de parto y obtener las semanas de gestación.

- ✓ Valorar el peso materno.
- ✓ Valorar la presión arterial.
- ✓ Realizar las Maniobras de Leopold y poner mayor atención en la posición, presentación y situación del feto.
- ✓ Medir la altura uterina.
- ✓ Valorar por palpación los movimientos fetales.
- ✓ Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- ✓ Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.

Intervenciones, continuar con:

1. La administrando hierro.
2. Las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
3. La preparación para el nacimiento, lactancia y crianza.
4. Administra la segunda dosis de toxoide tetánico.

Cuarta Visita

La cuarta consulta debe efectuarse entre la semana 33 a 35 y dependiendo de la valoración del riesgo.

Acciones:

- a) Corroborar la fecha probable de parto y obtén las semanas de gestación.
- b) Valorar el peso materno.
- c) Valorar la presión arterial.
- d) Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que ubiques con claridad la situación, posición y presentación fetal, ya que se acerca la fecha probable de parto. Medir la altura uterina y poner énfasis en la cuarta maniobra.
- e) Valorar la frecuencia cardíaca fetal.
- f) Valorar por palpación los movimientos fetales.
- g) Revisar la Biometría Hemática y el Examen General de Orina.
- h) Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- i) Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- j) Investigar las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.
- k) Realizar nuevamente los exámenes que se solicitaron en la primera consulta.

Intervenciones:

1. Continuar administrando hierro.
2. Continuar con las actividades de Promoción a la Salud, señaladas en la primera visita prenatal y refuerza los signos y síntomas de alarma.
3. Iniciar con ellos la integración de un plan de nacimiento, que consiste en tomar decisiones acerca del lugar de nacimiento, quién la acompañará, cómo se trasladarán, que deben de llevar al hospital, como registrar sus contracciones, entre otros.
4. Enfatiza la enseñanza de los datos que indican el inicio del trabajo de parto.

Quinta visita

La quinta visita se ubica entre las últimas 38 a la 40 semanas y dependiendo de la valoración del riesgo.

Las Acciones:

- Valorar el peso materno.
- Valorar la presión arterial.
- Realizar las Maniobras de Leopold. Es importante que se ubique con claridad la situación, posición y presentación fetal y altura de la presentación, ya que se acerca la fecha probable de parto.
- Medir la altura uterina.
- Valorar la frecuencia cardiaca fetal.
- Valorar por palpación los movimientos fetales.
- Valorar la pelvis (pelvimetría clínica), si tienes dudas, solicita la valoración por otro profesional. (Enfermera Especialista Perinatal o un Médico Gineco – Obstetra)
- Revisar los resultados de la Biometría Hemática y Examen General de Orina.
- Investigar la presencia de signos y síntomas de alarma.
- Valorar el riesgo perinatal durante la evolución del embarazo.
- Investiga las expectativas de la mujer y de su familia con relación al nacimiento.

2.3.2 Seguimiento y Periodicidad del Control

Pacientes de Bajo Riesgo

Las consultas de seguimiento deben ser, idealmente, mensuales hasta la semana 32; después cada 15 días hasta la semana 36, y posteriormente quincenal o semanal hasta el parto. Los últimos dos controles prenatales deben ser efectuados por el médico, con frecuencia semanal o quincenal, para orientar a la gestante y su familia sobre el sitio de atención del parto y del recién nacido, explicar los factores de riesgo y diligenciar, completar, la nota de remisión.

Pacientes de Alto Riesgo

El intervalo con que se realice el control se establecerá de acuerdo con la patología y a criterio del especialista. Idealmente, toda gestante debe ser valorada por el médico gineco-obstetra, para confirmar o determinar el factor de riesgo. Se recomienda que la valoración se efectúe en la segunda consulta y en el último trimestre del embarazo, preferiblemente entre las semanas 32 a 34.

Un embarazo saludable es importante para asegurar las mejores condiciones materno-fetal, para que se llegue a buen término es necesario asistir a las consultas prenatales como se menciono anteriormente. El número de consultas está íntimamente ligado a los cambios propios del embarazo, las necesidades de cada periodo y la evolución particular en cada una de ellos, aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto y desafortunadamente se presentan complicaciones, por lo tanto debe estar en constante vigilancia.

CAPÍTULO 3: ACCIONES INFORMATIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DURANTE EL EMBARAZO POR PARTE DE LA ENFERMERA

Son conjunto de actividades realizadas por la enfermera profesional a las gestantes para dar seguimiento al desarrollo normal de la gestación y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento, a continuación se mencionan puntos importantes a considerar para el control prenatal:

Alimentación

Durante el embarazo la alimentación debe ser completa y variada para conservar su salud y la de su hijo. A lo largo del embarazo su peso aumentará entre 9 y 13 kg, es recomendable:

- 1.- Que los alimentos como la carne y el pescado se cocinen a la plancha o hervidos, sobre todo si el aumento de peso es excesivo.
- 2.- Que aumente en forma moderada las frutas, verduras, pan (preferiblemente integral), arroz, pasta y legumbres.
- 3.- Tomar entre medio y un litro de leche al día, o su equivalente en yogur o queso fresco.
- 4.- Reducir los alimentos con excesiva cantidad de grasa de origen animal, como tocino, mantequilla, embutidos, etc.
- 5.- Reducir los alimentos con mucho azúcar, como pasteles, dulces, especialmente aquellos prefabricados, caramelos, chocolate, entre otros.

Alcohol ,Tabaco y Drogas

Durante el embarazo debe evitar las bebidas alcohólicas y el consumo de otras drogas por ser perjudiciales. Para el feto resulta nocivo también el consumo de tabaco, por lo que se insiste en la importancia de dejar de fumar.

Medicamentos y Radiaciones

Como norma general debe evitarse tomar cualquier tipo de medicamentos durante el embarazo, a menos que hayan sido aconsejados por el médico. La exposición a radiaciones

(Rayos x) puede ser peligrosa para el hijo, por lo que sólo deberán realizarse las radiografías estrictamente necesarias o autorizadas por el especialista y con la protección debida.

Recomendaciones

- Es recomendable la ducha diaria ya que durante la gestación aumenta la sudoración y el flujo vaginal.
- Higiene bucal.
- Utilizar vestidos cómodos y holgados. El zapato debe ser confortable, evitando el tacón alto así como el excesivo plano.
- En el trabajo durante el embarazo puede desarrollar su trabajo habitual, siempre que no cause fatiga física o psíquica excesiva, hasta el octavo mes de gestación; a partir de ese momento debe reducir la actividad física, siendo recomendable el descaso laboral en las últimas semanas de la gestación. No es aconsejable que en su trabajo maneje productos tóxicos o esté expuesta a radiaciones.
- En el deporte durante el embarazo la mujer sana tiene una tolerancia menor al esfuerzo físico. Es conveniente realizar un ejercicio físico moderado, aconsejándose los paseos, la natación y los ejercicios aprendidos en los cursos de educación maternal. No se recomienda la práctica de deportes violentos, de competición o que produzcan fatiga.
- Relaciones sexuales: Si el embarazo cursa con normalidad no es necesario modificar o interrumpir sus hábitos sexuales, siempre y cuando no resulten molestos para la mujer embarazada. Cuando el vientre comienza a crecer, el coito en la postura clásica puede resultar incómodo, si es así, se pueden adoptar posiciones más cómodas. Debe de evitar las relaciones sexuales cuando existe hemorragia o pérdida de sangre por los genitales, amenaza de parto prematuro y sobre todo se recomienda evitar las relaciones sexuales en las 3 ó 4 últimas semanas de embarazo.
- Cambios esperados en el organismo. Aunque el embarazo es una etapa normal de la vida, se puede apreciar diversos cambios:
 1. Puede sentirse más sensible y emotiva y en ocasiones cansada y fatigada.
 2. Observar mayor pigmentación de la piel, a veces, la aparición de estrías.

3. Las mamas aumentan de tamaño, el pezón es más sensible y puede aparecer leche antes de terminar el embarazo. No se es aconsejable la manipulación del pezón.
 4. Las náuseas y vómitos, sobre todo por las mañanas, son frecuentes durante los tres primeros meses del embarazo, así como el ardor de estomago al final de la gestación.
 5. El estreñimiento y las hemorroides son frecuentes. Procure tomar una dieta rica en fibra, zumos y líquidos. No tome laxantes sin consultar a su médico.
 6. Las varices son un riesgo frecuente sobre todo al final de la gestación. Por tanto, evitar las ropas ajustadas. No permanezca parada de pie durante periodos prolongados, sobre todo descansar con las piernas elevadas. Es aconsejable utilizar medias elásticas hasta la cintura.
 7. La edematización de pies y tobillos a lo largo del día no es signo preocupante, pero si es un edema ya muy generalizado se tendrá que consultar con el médico.
 8. Los dolores de espalda aparecen principalmente al final del embarazo, cuando la mujer gestante adopta una postura distinta a la habitual, ya que la columna vertebral es quien carga con el peso del feto.
 9. Procure escoger respaldos rectos, evitar cargas pesadas y utilizar un colchón duro para su descanso.
- Prevención de enfermedades infecciosas transmisibles al feto: existen algunas infecciones que cuando afectan a la madre durante el embarazo pueden ser peligrosas para el feto es recomendable que evite todos los mecanismos posibles de contagio tener precauciones en el contacto con gatos y otros animales domésticos, no comer carne ni huevos crudos o poco cocinados, ni embutidos poco curados debe lavarse las manos después de tocar la carne en la cocina y evitar ingerir verduras frescas mal lavadas, debe evitar el contacto con enfermos infecciosos de cualquier tipo, y no exponerse a riesgo de enfermedad de transmisión sexual aconsejándose, en estos casos, la utilización del preservativo.

- Psicoprofilaxis obstétrica: es una actividad que se propone para que la pareja pueda vivir activamente y colaborar en el embarazo y parto de su hijo con la información dada se intenta disminuir el miedo al parto, explicar el desarrollo del embarazo, el parto y los métodos de vigilancia y la atención al recién nacido, por otra parte se enseña de forma práctica a relajarse, y a realizar la respiración adecuada en cada momento del parto para ayudar a la evolución del mismo y disminuir el dolor.
- Cuándo debe acudir a la consulta: además de las consultas periódicas recomendadas, debe poner en conocimiento de su médico cualquier anomalía especialmente:
 - Vómitos intensos y persistentes.
 - Diarreas.
 - Dolor al orinar.
 - Dolor de cabeza no habitual.
 - Hinchazón en zonas distintas a los pies y tobillos por la tarde, o en estos lugares si no desaparecen con el reposo nocturno.

- Deberá ocurrir al médico con urgencia si se presenta:
 - i) Hemorragia por los genitales.
 - ii) Pérdida de líquido por los genitales.
 - iii) Dolor abdominal intenso o contracciones uterinas dolorosas.
 - iv) Fiebre elevada.
 - v) Dolor de cabeza muy intenso.

- Lactación materna: es la forma ideal de aportar a los niños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, recomienda la lactancia materna exclusiva durante seis meses. La mujer que lacta debe seguir absteniéndose de fumar y tomar alcohol y cualquier droga o medicamento que no haya sido indicado por su médico, ya que prácticamente todos pasan a la leche y pueden perjudicar a su hijo, la lactancia materna no puede considerarse un método anticonceptivo.

- Puerperio: Durante el puerperio (los primeros 40 días después del parto) debe abstenerse de practicar el coito, cuidar sus mamas lavando sus manos y los pezones

antes y después de cada toma del niño, finalizado este periodo deberá ponerse en contacto con su médico o centro de salud con el fin de recibir la información adecuada sobre planificación familiar y cuidados pertinentes.

Es necesario que la enfermera comunique correctamente las acciones que debe realizar la mujer embarazada, utilizando el lenguaje apropiado para que se logre entender y comprender, además es necesario la disposición de la mujer para cambiar los malos hábitos por buenos, ya que no solo beneficiara a la madre si no también al bebé.

3.1 Acciones e Intervenciones de Enfermería en las Visitas Prenatales

La enfermera otorga atención holística a la embarazada durante el periodo gestacional con base en la identificación oportuna de los factores de riesgo ya que cuenta con los conocimientos y aptitudes para:

1. Confirmar el embarazo y determinar el riesgo obstétrico con base en criterios de clasificación establecidos y derivar oportunamente al siguiente nivel de atención en caso de detección de alto riesgo mediante las siguientes acciones:

1.1 Integrar historia clínica gineco-obstétrica, lo que comprende aplicar técnicas y procedimientos tales como:

1.1.1 Realizar el interrogatorio general y obstétrico.

1.1.2 Efectuar exploración física general y ginecológica.

1.1.3 Realizar somatometría.

1.1.4 Determinar las cifras de las constantes vitales.

1.1.5 Valorar altura del fondo uterino.

1.1.6 Realizar las maniobras de Leopold.

- 1.1.7 Auscultar la frecuencia cardiaca fetal.
- 1.1.8 Valorar el estado nutricional de la madre.
- 1.1.9 Solicitar exámenes básicos de laboratorio
- 1.2 Determinar el riesgo obstétrico una vez efectuadas las actividades anteriores.
- 1.3 Referir oportunamente al siguiente nivel de atención embarazos de alto riesgo.
- 1.4 Proporcionar las intervenciones de enfermería necesarias para la estabilización de la embarazada ante la presencia inminente de complicaciones y en caso necesario asistirle durante su traslado.
- 2. Concertar con la embarazada el plan de control y cuidados dependiendo de las condiciones físicas, emocionales, espirituales, sociales y culturales mediante las siguientes acciones:
 - 2.1 Programar el número de consultas de acuerdo con el estado general, edad gestacional y características individuales y familiares.
 - 2.2 Iniciar medidas preventivas encaminadas a evitar procesos anémicos en la madre y defectos del producto al nacimiento.
 - 2.3 Capacitar a la embarazada para que identifique oportunamente signos y síntomas de alarma en el embarazo.
 - 2.4 Informar sobre los efectos nocivos del consumo de tabaco, alcohol, drogas y exposición a agentes químicos.
 - 2.5 Valorar el proceso de adaptación individual y familiar ante el evento obstétrico e identificar cambios en el estado emocional que requieran de atención especializada.
 - 2.6 Proponer acciones de preparación del ambiente familiar para recibir al recién nacido.
 - 2.7 Promover la adquisición de hábitos higiénicos dietéticos saludables.

- 2.8 Orientar sobre los aspectos de actividad física, recreativa y sexual
- 2.9 Preparar física y emocionalmente a la pareja para la lactancia materna.
- 2.10 Promover la integración de la pareja en el programa de atención prenatal.
- 2.11 Brindar consejería a la pareja sobre aspectos de planificación familiar.

3.2 Educación Individual a la Madre, Compañero y Familia

Los siguientes aspectos son importantes como complemento de las actividades anteriores:

- I. Fomento de factores protectores para la salud de la gestante y de su hijo tales como: medidas higiénicas, dieta, sexualidad, sueño, vestuario, ejercicio y hábitos adecuados, apoyo afectivo, control prenatal, vacunación y atención institucional del parto.
- II. Importancia de la estimulación del feto.
- III. Preparación para la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y complementarla hasta los dos años.
- IV. Fortalecimiento de los vínculos afectivos, la autoestima y el auto cuidado como factores protectores.
- V. Prevención de la automedicación y del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas durante la gestación.
- VI. Seguimiento a toda gestante para verificar asistencia integral al control prenatal.

La enfermera no debe olvidar lo que es el cuidado holístico ya que siempre debe de tratar a las personas con humanismo, es muy importante recalcar a la madre sobre sus malos hábitos y las consecuencias que pueden traer estos, por lo que pueden poner en peligro la vida de madre-hijo.

3.3 Orientación Psicoprofilática

El control Prenatal es uno de los pilares de la Obstetricia moderna que tiene por objeto proteger a la madre y al niño durante la gestación. La psicoprofilaxis Obstétrica es

parte del control prenatal y contribuye a educar a las gestantes para tomar decisiones con respecto al cuidado de su embarazo, al pronóstico del parto y cuidado del recién nacido.

Es un método educativo integral que pretende que la pareja tenga un cambio de actitud en los eventos del embarazo parto y puerperio, ya que ayuda a liberar el temor al parto, enseñar a participar activamente en él y posibilitar que los futuros padres desarrollen al máximo su sensibilidad y su capacidad afectiva, para que puedan disfrutar del embarazo, del parto y de la crianza del niño, esto se obtendrá conociendo los cambios que hay en el embarazo y el parto, aprendiendo el rol que le toca desempeñar a cada uno y sabiendo las nociones mínimas acerca del recién nacido y sus cuidados.

Es indispensable una preparación psíquica adecuada de la paciente, que se debe lograr en el control prenatal, no solo por razones humanitarias, sino también por razones técnicas; pues se encuentra mejor colaboración de la paciente en el curso del trabajo de parto, si ha recibido preparación psíquica.

3.3.1 Recursos en la Psicoprofilaxis

Los recursos que se encuentran son los físicos, psíquicos y emocionales. En donde los físicos ayudan a la mujer embarazada a manejar su imagen corporal, condicionar su cuerpo para el trabajo de parto, el nacimiento y promover la recuperación durante el periodo de posparto, todo se va a lograr con el aprendizaje de técnicas de relajación, respiración y ejercicios físicos no muy rigurosos.

Los psíquicos va relacionado con la preparación psicológica que se le realiza a la mujer embarazada de tal manera que mantenga un umbral elevado y el conocimiento acerca de la terminología y las respuestas comunes al embarazo, trabajo de parto, el nacimiento y el periodo de post parto, y le sirve como base para participar en las decisiones relacionadas al cuidado de su salud.

Las emocionales disminuyen los niveles de ansiedad de los padres gestantes, esto facilita tener expectativas reales y flexibles acerca del embarazo, trabajo de parto, el nacimiento, paternidad temprana y sobre todo reafirma la confianza.

3.3.2 Actividades en la Psicoprofilaxis

A continuación se da a conocer las actividades que se realizan en la formación Psicoprofilaxis obstétrica.

Ejercicios:

- ▶ Ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular de pie.
- ▶ Ejercicios de flexibilidad.
- ▶ Ejercicios de piso pélvico.
- ▶ Posturas analgésicas.
- ▶ Técnicas de pujo.
- ▶ Ejercicios postparto.
- ▶ Ejercicios de los músculos del pecho.
- ▶ Ejercicios circulatorios.
- ▶ Técnica y postura de amamantamiento.

Temas de educación para la salud

1. Signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
2. Fisiología del parto.
3. Signos y síntomas que indican el inicio del trabajo de parto.
4. Posturas para el parto.
5. Cuidados en el puerperio.
6. Cuidados al recién nacido.
7. Lactancia materna y beneficios.

Preparación psicológica y técnicas de relajación:

- a. Cambios emocionales durante el embarazo.
- b. Derechos de la mujer embarazada.
- c. Contracción uterina: Relajación-dolor-temor.
- d. El nuevo rol de la gestante.
- e. Emociones y sensaciones durante el trabajo de parto.
- f. Sexualidad en el puerperio.
- g. Cambios emocionales después del parto.
- h. Vínculo madre-hijo.

Participación de la pareja:

- ✓ Importancia de la compañía de la pareja en el proceso de embarazo y su ayuda para practicar los ejercicios.
- ✓ Desempeño de nuevo rol “ser padre”.
- ✓ Derechos y obligaciones del acompañante.

- ✓ Importancia del acompañante en el proceso de parto.
- ✓ Conocimientos básicos sobre el trabajo de parto.
- ✓ Planificación familiar.
- ✓ Paternidad responsable.
- ✓ Participación en el cuidado del Recién Nacido

En este apartado se logró visualizar que la psicoprofilaxis es importante porque ayuda a obtener la confianza de las mujeres ya que esto ayuda a resolver sus dudas y haya mayor acercamiento con el feto, por lo tanto es de gran relevancia la relación enfermera-paciente porque a través de sus interrogantes se facilita la comunicación.

3.4 Teoría de Dorothea Orem

En la investigación se menciona el autocuidado, esta ideología está basada en la teórica Dorothea Orem la cual menciona:

“El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

El autocuidado se considera como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir pero Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, salud y bienestar. Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- ▶ Apoyo de los procesos vitales y funcionamiento normal.
- ▶ Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- ▶ Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- ▶ Prevención de la incapacidad o su compensación.
- ▶ Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

Los cuidados de enfermería se definen como ayudar al individuo a mantenerse por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias, la enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, que se basa

en tener una relación efectiva, que debe ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

1. Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
2. Valoración: Evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
3. Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas que pueden encontrarse en la familia, la enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

En este apartado se logra visualizar la importancia que tiene la enfermera de promover el autocuidado, ya que las necesidades humanas se manifiestan a través de la conducta, las cuales son expresión de dichas necesidades, por lo tanto la tarea principal de la enfermera es promover el autocuidado, el cual si se lleva acabo se mantiene un equilibrio en la salud. La mujer embarazada es la indicada para favorecerlo ya que promoverá su vida como la de su bebe y el término del embarazo será satisfactorio.

CAPÍTULO 4: PATOLOGÍAS MATERNO- FETALES EN EL CONTROL PRENATAL

Existen diferentes causas que pueden complicar el término sano del embarazo, por eso es necesario llevar correctamente el control prenatal, si se descuida la mujer embarazada no solo pueden desencadenar patologías, si no que inclusive hasta la muerte, una de las principales causas de muerte materna son: la pre-eclampsia/eclampsia, hemorragia obstétrica, infección puerperal y complicaciones del aborto, a continuación se presenta una breve explicación de estas patologías:

4.1 Preeclampsia

Es una enfermedad exclusiva de la mujer embarazada, es decir, se presenta usualmente después de las 20 Semanas de Gestación e inclusive en el puerperio, es un padecimiento grave que pone en peligro la vida de madre –hijo y se caracteriza por que hay:

- ❖ Hipertensión arterial.
- ❖ Edema generalizado.
- ❖ Proteinuria.

Se clasifica en:

1. Preeclampsia leve.- Presión arterial de 140/90 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, con proteinuria de más de 300 mg en 24 horas.
2. Preeclampsia severa.- presión arterial de 160/110 mmHg o más, después de la semana 20 hasta 30 días posparto, existe proteinuria mayor de 5 gr en 24 horas, presencia de cefalea, acufenos, fosfenos y edema generalizado.

La preeclampsia se asocia con aumento en el riesgo de desprendimiento de placenta, insuficiencia renal aguda, complicaciones cardiovasculares y cerebrales, coagulación extravascular diseminada y muerte materna. El aumento de la morbimortalidad perinatal en la preeclampsia es debido a un retardo del crecimiento fetal, parto prematuro y/o asfixia perinatal.

4.2 Eclampsia

Es el estado más grave de la preeclampsia a la cual se le agregan convulsiones tónico – clónicas, las cifras de Tensión Arterial son muy altas varían pero pueden llegar a 170/140, llega a la anasarca y la proteinuria es mas de 10 gramos en orina de 24 horas, el tratamiento y manejo es intrahospitalario ya que pueden desencadenarse una serie de complicaciones.

Complicaciones de la Preeclampsia / Eclampsia

- 1) Insuficiencia Renal por necrosis cortical.
- 2) Ruptura hepática.
- 3) Edema agudo pulmonar.
- 4) Desprendimiento de retina.
- 5) Infarto al miocardio.
- 6) Lesión cerebral.
- 7) Hemorragia.
- 8) Hipertensión crónica.
- 9) Puede evolucionar a síndrome de Hellp.

Prevención

Como no se sabe la causa, no se puede prevenir, sin embargo, se pueden realizar algunas medidas como son:

- ✓ Mejorar el estado nutricional en el periodo gestacional.
- ✓ Aumento en el consumo de Ácidos Omega 3.
- ✓ Aumento en el consumo de líquidos.
- ✓ Favorecer un ambiente de cordialidad en el entorno de la mujer embarazada, evitar el estrés.
- ✓ Evitar embarazos en mujeres menores de 15 años o en mayores de 40 años.
- ✓ Iniciar el control prenatal en cuanto comience el embarazo.

En casos muy graves en donde no se llevo un adecuado control prenatal se da el síndrome de HELLP, sus siglas significan Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low, Platelets.

La cual es una enfermedad muy grave puede considerarse mortal que se presenta aproximadamente al final del embarazo y como consecuencia el síndrome preeclampsia, la paciente presenta insuficiencia hepática aguda con trombocitopenia con menos de 100,000 severa y alteraciones en la coagulación por lo que estas pacientes presentan sangrados, su manejo por lo general es en terapia intensiva y la prioridad es terminar el embarazo.

4.3 Hemorragia Obstétrica

La hemorragia obstétrica es un término que se usa para el sangrado que ocurre durante el embarazo, parto o puerperio.

Se define a la hemorragia obstétrica grave, como la perdida sanguínea de origen obstétrico, con presencia de algunos de los siguientes criterios: pérdida del 25% de la volemia, caída del hematocrito mayor de 10 puntos, presencia de cambios hemodinámicas o perdida mayor de 150 ml/ min.

La hemorragia posparto se refiere a la pérdida sanguínea de más de 500 ml posterior a un parto vaginal, o la pérdida de más de 1000 ml posterior a una cesárea. Se considera como primaria, si ocurre dentro de las primeras 24 horas posteriores al nacimiento y su causa principal es la atonía uterina.

El sangrado más común en el comienzo del embarazo es el aborto espontáneo, es un sangrado similar a una menstruación voluminoso, sin embargo, puede llegar a verse acompañado de sangrado excesivo y prolongado, la hemorragia que se presenta en la segunda mitad del embarazo, se asocia con mayor morbilidad y mortalidad de la madre – feto.

Factores de Riesgo

- Trastornos hipertensivos en el embarazo.
- Edad materna mayor de 35 años.
- Iatrogénica (uso inadecuado de oxitocina o prostaglandinas).

- Traumatismo abdominal.
- Miomatosis uterina.
- Antecedente de desprendimiento de placenta previa normoincorta en embarazo previo.
- Descompresión brusca del útero.
- Ruptura prematura de membranas (prolongada).
- Adicciones (tabaco, cocaína).
- Cesárea previa.
- Tabaquismo.
- Multiparidad.

4.4 Infección Puerperal

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define sepsis puerperal como una infección del tracto genital que ocurre desde el periodo transcurrido entre la ruptura de membranas o el nacimiento y los 42 días postparto y la presencia de uno o más de los siguientes datos clínicos:

- a) Dolor pélvico.
- b) Flujo vaginal anormal.
- c) Flujo fétido transvaginal.
- d) retardo en la involución uterina.
- e) Fiebre.

Otros autores la definen como una enfermedad causada por invasión directa de microorganismos patógenos a los órganos genitales externos o internos, antes, durante o después del aborto, parto o cesárea y que se ve favorecida por los cambios locales y generales del organismo, ocurridos durante la gestación. La infección puerperal se caracteriza clínicamente por fiebre de 38° C o más, en dos o más registros sucesivos de temperatura, después de las primeras 24 horas y durante los 10 primeros días del postaborto, posparto y post-cesárea. La infección del útero posparto es la causa más común de fiebre puerperal y se la designa según la extensión de la enfermedad como endometritis o endomiometritis.

Factores de Riesgo Generales:

- I. Anemia.
- II. Desnutrición.
- III. Obesidad.
- IV. Enfermedades crónicas debilitantes.
- V. Pobreza, condiciones sanitarias e higiénicas deficientes.

Factores de Riesgo Específicos:

Durante el embarazo

- Control prenatal deficiente.
- Aborto inducido en condiciones de riesgo a la salud.
- Infecciones de vías urinarias.
- Infecciones cervicovaginales.
- Procedimientos invasivos de la cavidad uterina con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Ruptura prematura de membranas (RPM) de más de 6 horas.
- Óbito fetal.

Durante el parto

- Trabajo de parto prolongado.
- Exploraciones vaginales múltiples (más de 5 exploraciones).
- Corioamnionitis.
- Parto instrumentado (utilización de fórceps).
- Desgarros cervicales y vagino perineales mal reparados.
- Revisión manual de la cavidad uterina.
- Pérdida hemática mayor de 500 mL.

Durante la cesárea

- Técnica quirúrgica inadecuada.
- Tiempo quirúrgico prolongado.
- Cesárea de urgencia.
- Pérdida hemática mayor de 1000 mL.
- RPM de más de 6 horas.

Como se observa es una patología muy grave que interviene desde la gestación por un deficiente manejo de control prenatal, como ya se menciono este es un medio para estar valorando y vigilando tanto a la mamá o como al hijo.

4.5 Riesgo del Aborto

En el control prenatal el centro de atención es la madre-hijo, por lo tanto la paciente al estar en un riesgo de aborto es demasiado riesgosa tanto para el bebé como para ella, el control adecuado que lleva la mujer es para evitar muchas patologías entre ellas el aborto.

El aborto es la terminación del embarazo antes de que el producto sea viable o antes de que cumpla 20 semanas de gestación o que pese menos de 500 kg.

Su etiología está basada en:

- ◆ Infecciones.
- ◆ Traumatismos.
- ◆ Cérvix incompetente.
- ◆ Desnutrición.
- ◆ Enfermedades Crónicas.
- ◆ Incompatibilidad al factor Rh.
- ◆ Deficiencia de progesterona.
- ◆ Obesidad.
- ◆ Exceso de actividad física.
- ◆ Exposición a medicamentos o radiaciones.

Hay varias presentaciones clínicas del aborto, a continuación se definirá brevemente lo que es cada tipo de aborto ya que algunos si es posible salvar al feto.

01. Amenaza de Aborto: Se caracteriza por presentar dolor obstétrico, sangrado transvaginal que puede ser leve o moderado, cervix sin modificaciones y embrión o feto vivo.
02. Aborto Incompleto: El dolor es mucho más intenso y el sangrado transvaginal es de mayor intensidad el cual puede contener coágulos y partes del producto de la concepción.

03. Aborto Completo: Se caracteriza por que se expulsan todos los productos de la concepción de manera íntegra y porque además hay un dolor obstétrico intenso, hay sangrado transvaginal fresco, el cérvix se encuentra dilatado y después de la expulsión del saco gestacional hay mejoría de los síntomas.
04. Aborto Inevitable: Se caracteriza por que hay ruptura de membranas con pérdida de líquido amniótico, el feto o embrión se encuentra vivo, no hay dolor ni sangrado y el cérvix puede o no tener modificaciones.
05. Aborto Habitual: Se presenta en aquella paciente que tiene 3 o más abortos espontáneos continuos y seguidos.
06. Aborto Diferido: Es una situación clínica en donde el feto muerto dura más de 2 meses en la cavidad uterina.
07. Aborto Séptico: Es el aborto infectado y se puede presentar en cualquiera de las variedades clínicas vistas anteriormente.

Es muy importante llevar el control prenatal ya que el caso más común es la amenaza de aborto en donde si no es tratada a tiempo puede evolucionar a cualquiera de la clasificación del aborto según la gravedad y salvar la vida del feto va depender de los cuidados tanto de la mamá como de la enfermera la cual es la encargada de transmitir la información correcta.

Riesgos en el feto

El no llevar un adecuado control prenatal no sólo afecta a la madre si no también al feto, por lo que principalmente se ve afectado en su desarrollo que lo va a llevar a tener problemas durante el embarazo y posteriormente es posible en la vida extrauterina.

4.6 Enfermedades del Crecimiento Fetal

A continuación se mencionan las enfermedades que afectan comúnmente al feto por lo que si no se detecta a tiempo puede llegar a riesgos más severos.

4.6.1 Restricción del Crecimiento Intrauterino

Se trata de una deficiencia generalizada aguda y grave que ocasiona una disminución de todos los parámetros de la somatometría fetal que provoca una incapacidad del feto para alcanzar un potencial genético de crecimiento de acuerdo a las condiciones propias de la gestación y del entorno.

Esta patología ocasiona un déficit en el desarrollo neurológico funcional del feto con repercusión en el embarazo, parto y postparto que se van a manifestar con deficiencias neurológicas, disminución de la inteligencia, aprendizaje lento, entre otras.

Es una enfermedad multifactorial que puede deberse a muchos factores, algunos fáciles de identificar pero otros no, suelen dividirse en.

- Factores maternos.
- Factores fetales.

Entre los maternos se destacan: Mala alimentación, el uso de drogas psicotrópicas, enfermedades crónicas, exceso de actividad física, enfermedades del placenta y enfermedades virales.

En relación con los factores fetales influye: síndrome de mala absorción intestinal fetal e infecciones fetales de tipo viral. Otros factores que influyen son: el medio ambiente, exposición a productos químicos y progenitores de baja estatura.

La restricción del crecimiento intrauterino es una situación muy peligrosa porque implica riesgo fetal en cuanto a pérdida por lo que hay la posibilidad de sufrimiento fetal o hasta óbito, por eso es necesario llevar a cabo el control prenatal, para que esta enfermedad sea detectada a tiempo y la causa que lo provoco pueda ser corregida o mantenerse bajo control y vigilancia.

4.6.2 Síndrome del Niño Post- Termino

Este síndrome se presenta en un 10 % de todos los embarazos y se trata de un embarazo de más de 42 semanas de gestación es una situación clínica muy peligrosa y muy riesgosa ya que se trata de un embarazo que se prolonga más del tiempo normal y la placenta sufre un envejecimiento que trae como consecuencia un mal funcionamiento y por lo tanto ocasiona en el bebé desnutrición, hipoxia y esto va a desencadenar daños neurológicos y / o muerte fetal.

En este síndrome la etiología es desconocida pero existen varias teorías que son:

- ◆ La inactividad.
- ◆ Sedentarismo.
- ◆ Mujeres mayores de edad.
- ◆ Obesidad.
- ◆ Causas endocrinas.
- ◆ Falta de producción oxitocina.
- ◆ Ministración de medicamentos tocolíticos.

Es característico de estos recién nacidos mantener una longitud y perímetro cefálico normal, con pérdida de peso a expensas del panículo adiposo y tejido celular subcutáneo, suelen clasificarse en tres estadios:

Etapa I. El recién nacido es largo y delgado con aspecto desnutrido, por disminución del tejido celular subcutáneo, la piel seca, agrietada se desprende fácilmente en forma de láminas. La actitud del recién nacido es de alerta y los ojos abiertos.

Etapa II. A las características anteriores se suma, la tinción por meconio de piel, membranas placentarias y cordón umbilical hecho que refleja un mayor grado de disfunción placentaria y mayor riesgo de hipoxia perinatal.

Etapa III. El feto y la placenta presentan una tinción amarillenta, secundaria a la exposición prolongada al meconio, durante varios días antes del nacimiento, indicando una insuficiencia placentaria avanzada y mayor riesgo de muerte perinatal.

Al hacer el diagnóstico por medio del ultrasonido se encuentran los siguientes datos:

- Disminución del líquido amniótico.
- El líquido amniótico es espeso o muy denso e inclusive con grumos.
- Disminución de movimientos fetales.
- La placenta se encuentra en su grado máximo de madurez.

En relación con el tratamiento lo ideal es terminar el embarazo por cualquier vía lo antes posible, pero sin antes valorar el estado del feto si es capaz de tolerar el trabajo de parto o lo ideal es realizar la cesárea. Esta patología se desencadena por no haber llevado correctamente el control prenatal ya que no se lleva una secuencia sobre la edad gestacional y la madre sólo espera el momento de que inicien las contracciones para acudir al médico y se da cuenta el médico por medio de la fecha última de menstruación que la fecha probable de parto ya pasó.

4.6.3 Síndrome del Niño Macrosómico

Este síndrome trata sobre niños que pesan más de 4 kg, lo cual conlleva varias complicaciones materno- fetales. La macrosomía asimétrica se asocia con una aceleración del crecimiento en la que, además de un peso elevado, existe un mayor perímetro escapular en relación con el cefálico. La grasa extra se concentra en la parte superior del cuerpo, aumentando el riesgo de traumatismo obstétrico. La macrosomía simétrica es el resultado de un sobrecrecimiento fetal determinado genéticamente y en un ambiente intrauterino posiblemente normal, por lo cual se considera a estos recién nacidos constitucionalmente grandes y sin diferencias en sus parámetros biológicos cuando se comparan con los del recién nacido de peso adecuado.

Existe una serie de factores maternos para el desarrollo de un recién nacido macrosómico, entre ellos: sobrepeso preconcepciones, diabetes gestacional, estatura materna, edad materna, ser múltipara y tener hijos macrosómicos previos. También se asocia a una serie de morbilidades como hipoglucemia, traumas obstétricos como fractura de clavícula,

elongación de plexo braquial, lesiones craneales; incluso la macrosomía está asociada con una elevada mortalidad.

Las gestantes que presentan factores de riesgo de macrosomía fetal deben ser objeto de una vigilancia estrecha durante su embarazo, prestando especial atención a la ganancia ponderal y al estricto control de las glucemias en las gestantes diabéticas, con el objetivo de prevenir, en la medida de lo posible, la macrosomía y sus complicaciones.

Dentro de las complicaciones maternas se encuentra:

- ✓ Útero muy voluminoso.
- ✓ Piel flácida.
- ✓ Dolor obstétrico.
- ✓ Disnea.
- ✓ Edema por dificultad del retorno venoso.
- ✓ Estreñimiento.
- ✓ Incomodidad postural.
- ✓ Laceración del canal de parto.
- ✓ Hematomas.
- ✓ Fistulas.
- ✓ Daño a órganos vecinos.
- ✓ Prolapso uterino.

Complicaciones Fetales

- ▶ Distocia de hombro: una vez que salga la cabeza fetal durante el parto, se impacta el hombro en el pubis y es muy complicado sacar el bebé.
- ▶ Hipoglucemias.
- ▶ Mal control de temperatura.
- ▶ Mal control metabólico.
- ▶ Puede tener daño neurológico.
- ▶ Elongación del plexo braquial con lesión definitiva e incapacidad funcional.

En los controles de las gestantes de riesgo, la detección de hiperglucemia es la única intervención preventiva que ha demostrado su eficacia.

4.6.4 Síndrome de Isoinmunización Materno–Fetal

La isoinmunización consiste en la producción materna de anticuerpos hacia un antígeno de membrana de los hematíes fetales, ausente en la madre (y por tanto de origen paterno), como respuesta a una sensibilización previa.

La enfermedad hemolítica perinatal es una anemia que se produce en el feto en los últimos meses de la gestación que tiene como origen un proceso de isoinmunización por antígenos maternos. Genéticamente el factor Rh está constituido por 6 antígenos de los cuales el D es que tiene mayor capacidad inmunológica. La cantidad de sangre capaz de producir una respuesta inmune es de tan sólo 1ml, sin embargo, cantidades menores pueden reforzar una inmunidad adquirida.

La respuesta primaria es débil y tardía ya que se forman IgM que no atraviesan la placenta por su alto peso molecular. Es por esto que la enfermedad hemolítica en el primer embarazo es rara (0.42%). En fases avanzadas se forman IgG capaces de atravesar la placenta y producir hemólisis. La incompatibilidad ABO tiene solo 5% de producir isoinmunización porque se produce mayormente IgM por lo cual la afección es leve.

Se origina por la incompatibilidad factor Rh, es un estado hepatológico que ocurre durante el embarazo, cuando la madre es factor Rh – y su hijo es Rh +, en este caso hay un antígeno que se encuentra en los glóbulos rojos del feto que al entrar en contacto con la sangre materna provoca que el organismo materno reaccione produciendo anticuerpos que van a destruir o tratar de destruir los glóbulos rojos fetales esto le va a ocasionar al bebé hemólisis, la cual va a provocar:

1. Anemia.
2. Hipoxia.
3. Anoxia.
4. Insuficiencia Cardíaca.
5. Desnutrición.
6. Ictericia.
7. Edema Fetal Generalizado.
8. Muerte fetal.

Es muy importante solicitar el grupo sanguíneo y Rh dentro de los estudios del control prenatal, por lo que la multigesta normalmente no tiene problemas con su bebé, debido a que no hay anticuerpos, no está sensibilizada por lo cual esto será hasta el nacimiento, en el caso de las mamás multigestas existen antecedentes en la historia clínica de que es Rh – y tuvo a su bebé el cual es Rh +, sin la aplicación de la vacuna anti – D la mamá se encuentra sensibilizada a lo que su hijo va a desarrollar hemolisis.

Es muy importante aplicar la vacuna a la mujer sobre todo en aquellas que han presentado antecedentes ya que lo primordial es salvaguardar la vida de la madre e hijo.

CAPÍTULO 5: METODOLOGÍA

La investigación que se realiza tiene como propósito identificar oportunamente en la área obstétrica el nivel de atención más idóneo para el adecuado control de la gestante y su hijo, las estrategias y acciones están dirigidas a la vigilancia del embarazo, a la prevención, diagnóstico temprano y manejo de las alteraciones del embarazo que constituyen las principales causas de muerte materna.

No hay la suficiente importancia sobre la información que lleva el control prenatal por parte del personal y por lo tanto no le toman interés a lo que es el nivel socioeconómico por lo que la mujer embarazada no lleva una dieta rica en cantidad, es decir, que sea equilibrada tanto en carbohidratos, proteínas y vitaminas como también en calidad, por una mala alimentación la mujer presenta un desequilibrio no sólo para su salud sino también para la de su bebé, además se debe de encontrar en una continua monitorización fetal que va proporcionar datos directos que va a dirigir directamente ayudar de manera oportuna, también es importante darle a conocer a la mujer embarazada las acciones que están correctas e incorrectas, lo importante es saber sobrellevar el autocuidado en donde es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia.

Por estas razones se llevo a cabo la realización de un carnet, el cual al investigar otro carnet llegue a la conclusión que la información que contiene es deficiente, y el diseño de un carnet apropiado beneficiara a los interesados como a la mujer embarazada, ya que se recopila la información necesaria, se pretende obtener un mejor control durante la etapa gestacional y prevenir posibles complicaciones que pongan en peligro la vida de madre- hijo. Cabe resaltar que se pretende diseñar un carnet con las variables que fueron planteadas en la investigación y que son puntos importantes del por qué no se lleva adecuadamente un control prenatal.

El tipo de investigación que se lleva a cabo es documental la cual consiste en la selección y recopilación de información por medio de la lectura, crítica de documentos y materiales bibliográficos, de bibliotecas, centros de documentación e información segura.

La investigación se baso principalmente en determinar el rol que tiene la enfermera para la atención del control prenatal lo cual ayuda a identificar los factores de riesgo materno-fetal y que la enfermera realice su función de manera multidisciplinaria de tal manera que la información y valoración que se le brinde a la paciente sea eficiente y de calidad, por lo que es muy importante la comunicación para dar un conocimiento e información más clara.

5.1 Población o Universo de Trabajo

Esta investigación va dirigida al personal de enfermería y ginecólogos a mejorar la difusión de lo que es correctamente las acciones del control prenatal, la cual no sólo se está cuidando una vida si no dos, dicha difusión va dirigida a la mujer embarazada con el objetivo de mejorar el autocuidado.

Es muy importante estar consientes de la información que se le proporciona a la paciente porque la mujer embarazada solicita ayuda tanto a enfermeras como médicos por que tiene la idea de que ante cualquier problema de salud el personal sabrá responder; por eso es necesario que las enfermeras y médicos proporcionen información adecuada sobre el control prenatal y las consecuencias, al cumplir con las acciones del control prenatal no sólo se está beneficiando a la mujer embarazada si no también a la sociedad, ya que al prevenir, fomentar y tratar oportunamente se puede conseguir bajar los índices de mortalidad materno- fetal.

5.2 Diseño Metodológico

Con el diseño del carnet que orienta a la mujer embarazada y al personal de salud a mejorar la difusión de una pertinente orientación e información del control prenatal, se pretende mejorar la calidad del autocuidado que permita dar seguimiento al carnet y evaluarlo en un tiempo determinado, lo que tendría un impacto en beneficio para la mujer embarazada por que

incluye los aspectos más sobresalientes de los antecedentes familiares y personales que pocas veces no se les toma importancia ya que se tiene la ideología que el embarazo es un proceso fisiológico, pero es un idea errónea ya que un mal control en el embarazo puede desencadenar patologías desde agudas hasta graves, en donde pueden dejar secuelas que perjudiquen la calidad de vida de la mujer embarazada.

El diseño del carnet está basado en las variables que se plantearon para la investigación que son: difusión, proceso que ayuda a la propagación de conocimientos necesarios para lograr una mejor orientación a la mujer embarazada sobre el control prenatal, además el diseño está estructurado de tal manera que se facilite encontrar los datos importantes de la paciente y que lleve los datos apropiados los cuales facilitara identificar los posibles riesgos que perjudiquen el embarazo.

La implementación se da por medio de un capacitación del personal que lo implemente, en este caso son médicos obstetras y enfermeras, la capacitación se les dará con el objetivo de que manejen adecuadamente el carnet, se dará por medio de una presentación con el fin de dar a conocer la utilidad que se pretende con el carnet, se explica su estructura, el por qué fue elaborado de esa manera y además se mostrara el carnet de tal manera que lo conozcan y se va elaborar un pequeño ejercicio de llenado ya que esto ayuda resolver dudas por parte del personal y posteriormente se realizara una evaluación del uso del carnet, es decir, si es práctico y facilita el ordenar la información de la paciente, esta evaluación se hace a través de una lista de cotejo y posteriormente se encuentra un apartado en donde se escribe las observaciones o aportaciones.

La capacitación se realiza de acuerdo a las necesidades que son importantes que busca mejorar la actitud, conocimiento, habilidades o simplemente perfeccionar el servicio que presta el personal de salud, esta capacitación se diseña para dar a conocer el manejo adecuado del control prenatal y sobre todo evitar la confusión de conocimientos del personal.

Las actividades que se realizan durante la capacitación se enfocan en el aprendizaje significativo, que implica retomar las experiencias, conocimientos, habilidades y las actitudes, relacionarlas con la nueva información que recibirán, crear, promover nuevos conocimientos

(saber qué), habilidades (saber hacer) y actitudes (saber ser). Así mismo, están diseñadas para propiciar que los participantes se involucren activa y plenamente con los contenidos a revisar y favorecer el aprendizaje y el compromiso.

El uso del carnet facilita lograr cada uno de los objetivos propuestos por que al realizar el uso correcto se identifica oportunamente los riesgos en el embarazo y también se fomenta el autocuidado que debe tener la mujer embarazada y posteriormente la enfermera estará capacitada para dar una mejor atención en cuanto a las acciones que se deben realizar en el control prenatal.

En caso de que llegue una paciente embarazada la cual sufrió un accidente automovilístico, este desorientada y no pueda responder a las preguntas que se le hagan, el carnet será una guía en la cual se puede obtener una infinidad de datos como un repertorio de la Historia Clínica y aparte se consideraría los medicamentos que deben de aplicar ya que una mujer embarazada tiene prohibo tomar medicamentos que pudieran dañar el buen desarrollo del bebé, dependiendo las semanas de gestación.

A continuación se muestra un cuadro específico de las acciones de las variables, se da una explicación de cada acción.

Cuadro 1: “Variables”

Variable	Definición	Acción
Difusión	Es el proceso de propagación de conocimientos, noticias, acciones correctas, donde se orienta a la mujer embarazada sobre el control prenatal y para que lo lleve en práctica.	Por falta de información a la población del personal de salud, tiene como consecuencia mala información, la cual no orienta de manera adecuada a la mujer embarazada y sobre todo no hay un actuar en el autocuidado, el no llevar un adecuado control prenatal la paciente pone en peligro tanto su propia salud como la de su hijo.
Diseño	Es una estructura que se hace con el propósito de búsqueda de una solución, el fin es que la mujer mejore su control prenatal por medio de un carnet en donde también le facilite recopilar la información a la enfermera y al médico ginecólogo.	Se realiza el diseño de un carnet el cual lleva los datos apropiados para elaborar un buen control e identificar si existen posibles factores de riesgo para desencadenar una patología, con el propósito de darle seguimiento.
Implementación	Es la aplicación del diseño donde se involucra al usuario en el desarrollo de lo que se realiza, donde los usuarios serán las enfermeras y ginecólogos	Brindar capacitación al personal que haga utilidad de carnet propuesto.
Evaluación	Por medio de la evaluación del diseño va permitir conocer la utilidad, en donde además ayuda a contribuir y dar una solución del problema para el que fue creado.	Se considera que con la implementación del carnet el personal de enfermería y ginecólogos se les facilite el organizar la información apropiada de la paciente.

El cuadro anterior muestra específicamente las acciones principales que se pretende lograr con la elaboración del carnet., donde se da un explicación breve de cada punto, por lo tanto el carnet debe de cumplir con las acciones mencionadas.

5.3 Aspectos Éticos de la Investigación

El profesional de enfermería adquiere el compromiso de observar normas legales y éticas para regular su comportamiento; sus acciones, decisiones y opiniones tratar de orientarse en el marco del deber, respetando lo que se considera deseable y conveniente para bien de la sociedad, profesión, usuarios de los servicios de enfermería y de los mismos profesionistas. Es importante mencionar que la observancia de las normas éticas es una responsabilidad personal, de conciencia y voluntad.

Tiene como función tocar y despertar la conciencia (valores humanos) del profesionista para que el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas que regulan el ejercicio de todas las profesiones. En enfermería es importante contar con un código ético para resaltar los valores heredados de la tradición humanista, un código que inspire respeto a la vida, salud, muerte, dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente.

El objetivo principal de la enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerado con todos sus valores, potencialidades y debilidades, mismos que son valorados junto con las experiencias que la persona está enfrentando en el momento que ha perdido su salud, la enfermera le ayuda a entender y tener conocimiento de la situación, con lo que le permite incorporar y confrontar sus valores en situaciones adversas. Es la enfermera, a diferencia de otros profesionales del equipo de salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica.

En resumen es muy importante respetar el código de ética, ya que no sólo se cumplirán las normas si no al contrario se respeta la profesión que se lleva a cabo y a la dignidad propia, lo cual hace destacar a la enfermera por su fidelidad a sí misma y a su profesión, que le ayudaría principalmente a crecer como persona para tener un buen desarrollo profesional sin olvidar principalmente el cuidado holístico, por lo que es muy importante tratar al paciente como si fuera

una familiar, de tal manera que se adquiriera una comunicación y sobre todo confianza, también hay algo muy importante que no debe olvidar la enfermera el secreto profesional el cual no debe ser divulgado ya que es una obligación moral y sobre todo es parte del ejercicio profesional.

5.4 Decálogo del Código de Ética para las Enfermeras(os)

La observación del código de ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar, cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libre de riesgos.
3. Mantener una realización estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo ante riesgo o daño a la propia persona o terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro para el personal, pacientes y para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

El ejercicio profesional de cuidado de enfermería supone un compromiso ético con el paciente, en la relación consigo mismo, con los colegas, la sociedad y la humanidad en general, por lo que este código establece los principios de toda una organización de valores y metas

fundamentales en la profesión. Además el código de ética impone a los miembros de la profesión de enfermería cumplir con toda responsabilidad los estándares establecidos, el deber de desempeñar su rol dentro de un contexto ético y moral que responda a las más altas exigencias establecidas en la sociedad.

CAPÍTULO 6: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DE LA ENFERMERA

La atención prenatal está orientada hacia la disminución de la mortalidad materna y la morbimortalidad perinatal, para lograrlo es necesario efectuar un control prenatal eficiente que cumpla con los cuatro requisitos básicos y de vital importancia, ser precoz, periódico, completo y extenso, para lograr lo anterior es necesario el uso del carnet prenatal que es un instrumento muy importante que ayuda a la identificación e intervención oportuna de los riesgos relacionados con el embarazo, con el fin de lograr una gestación adecuada que permita que el parto y el nacimiento ocurran en óptimas condiciones, sin secuelas físicas y psicológicas.

El diseño del carnet debe contar con una programación de las consultas prenatales que garantice un mejor funcionamiento, para que la madre pueda percibir la importancia del control prenatal y esté siempre motivada o dispuesta a la realización del mismo, asistiendo al número de consultas necesarias para que sea lo más eficaz posible.

Es necesario hacer una evaluación constante en cuanto a una mejor realización de las historias clínicas, con la finalidad de que no se dejen de plasmar información necesaria para obtener un diagnóstico preciso y en menor tiempo, además tener la información requerida a la hora de realizar algún procedimiento porque es muy importante reforzar, estructuralmente y humanamente al personal de enfermería y médicos sobre el trato digno hacia el paciente y en el conocimiento evolutivo del control prenatal.

6.1 Justificación

La salud perinatal guarda una relación íntima con múltiples factores sociales, culturales, genéticos, económicos y ambientales, pero quizá sea la salud integral de la madre aún desde la etapa preconcepcional y la utilización inoportuna e inadecuada de los servicios prenatales y neonatales de los cuales no se llevan a cabo correctamente, por cuestiones de exceso de trabajo o no seleccionan los datos necesarios en relación a la historia clínica.

La muerte materna y la muerte fetal son dos tragedias graves con repercusiones sociales y psicológicas para el grupo familiar que sobrevive y que trascienden como el resultado final de una serie de circunstancias negativas que van desde la discriminación, la pobreza, ignorancia, y falta de recursos hasta la carencia de un mal servicio del sector salud o la negligencia en el actuar médico.

Algunas causas de morbilidad y mortalidad perinatal y materna pueden prevenirse si el programa de control prenatal funcionan adecuadamente. Unos de los aspecto del control prenatal es el buen llenado de la Historia Clínica Perinatal que refleja en gran medida la calidad de la atención a la mujer embarazada y el funcionamiento adecuado del mismo siendo el sistema de registros de la información el instrumento más apropiado para supervisar el cumplimiento de las normas y brindar los datos indispensables para su evaluación posterior.

En relación a lo mencionado anteriormente es necesario llevar adecuadamente un instrumento durante el embarazo mediante la implementación del carnet adecuado porque en él se plasmaran todo los datos necesarios que son de gran utilidad para diagnosticar y prevenir oportunamente, y sobre todo aprovechar para darle a conocer los hábitos positivos a seguir la mujer embarazada y además darle a conocer los datos de alarma, con la difusión e implementación del carnet apoyará a la enfermera y médicos obstetras a dar una mejor atención prenatal y por medio de una utilización adecuada del carnet hay la posibilidad de mejorar la atención del primer nivel de salud y además bajar los índices de morbimortalidad materno-fetal.

6.2 Fundamentación

La elaboración del carnet está fundamentada con los criterios que menciona la **Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993**, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido, criterios y procedimientos para la prestación del servicio, en donde menciona:

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

- ✓ Elaboración de historia clínica.

- ✓ Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- ✓ Medición y registro de peso y talla, e interpretación y valoración.
- ✓ Medición y registro de presión arterial e interpretación y valoración.
- ✓ Valoración del riesgo obstétrico.
- ✓ Valoración del crecimiento uterino y estado de salud del feto
- ✓ Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) en la primera consulta; en las subsecuentes dependiendo del riesgo.
- ✓ Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rho, (en embarazadas con Rh negativo y se sospeche riesgo, determinar Rho antígeno D y su variante débil D_μ), se recomienda consultar la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes, con fines terapéuticos.
- ✓ Examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36 de gestación.
- ✓ Detección del Virus de Inmunodeficiencia adquirida Humana (VIH) en mujeres de alto riesgo (transfundidas, drogadictas y prostitutas), bajo conocimiento y consentimiento de la mujer y referir los casos positivos a centros especializados, respetando el derecho a la privacidad y confidencialidad.
- ✓ Prescripción profiláctica de hierro y ácido fólico.
- ✓ Prescripción de medicamentos (sólo con indicación médica: se recomienda no prescribir en las primeras 14 semanas del embarazo).
- ✓ Aplicación de al menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera durante el primer contacto de la paciente con los servicios médicos y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.
- ✓ Orientación nutricional tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada.
- ✓ Promoción para que la mujer acuda a consulta con su pareja o algún familiar, para integrar a la familia al control de la embarazada.
- ✓ Promoción de la lactancia materna exclusiva.

Con el apoyo de los datos anteriores, se deben establecer los criterios de referencia para la atención de las gestantes a las unidades de primero, segundo y tercer niveles. El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de factores de riesgo obstétrico, a la prevención, detección y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvicovaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo, retraso del crecimiento intrauterino y otras patologías intercurrentes con el embarazo. La unidad de salud debe promover que la embarazada de bajo riesgo reciba como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación.

El carnet también está fundamentado por la **Organización Mundial de la Salud** que menciona que el control prenatal son una serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la grávida con integrantes del equipo de salud, con el objeto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza. La atención prenatal es parte de un proceso destinado a fomentar la salud de la madre, el feto y la familia y se apoya en la organización de los servicios de salud.

Se recomienda precocidad en la primera consulta para confirmar el diagnóstico de embarazo, evaluar el estado general de la gestante, descartar patologías del sistema reproductivo, y establecer en función de los antecedentes y de los hallazgos clínicos y de laboratorio una calificación primaria de riesgo. El énfasis en la precocidad de la primera consulta es mayor a medida que los procedimientos de laboratorio y paraclínicos permiten certificar el diagnóstico de embarazo a edades más tempranas, que los conocimientos y tecnología colaboran en descartar patologías poco aparentes y que se amplía la capacidad para prevenir, corregir, compensar y tratar las complicaciones.

Así es posible realizar acciones oportunas tales como el tratamiento de patologías, la recuperación nutricional, indicar restricción de los esfuerzos físicos, de la exposición a tóxicos ambientales, reducción o supresión del hábito de fumar, consumo de bebidas alcohólicas y de medicamentos y drogas no esenciales.

Por último el carnet también se fundamenta en la UNICEF (**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**), menciona que el control del embarazo es la posibilidad de acercar el equipo de salud a la mujer, fomentar las prácticas saludables, identificar las situaciones de riesgo

y preparar a la madre, al padre o persona que la madre elija para acompañarla durante el parto. Para lograrlo, deben concretarse un conjunto de actividades que se desarrollan en las entrevistas de la embarazada con el equipo de salud para controlar la evolución de la gestación.

Según los antecedentes y la evolución del embarazo, hay mujeres que pueden recibir un modelo de atención básico, y hay otro grupo que necesitará cuidados especiales determinados por sus condiciones particulares de salud y/o factores de riesgo. En el primer grupo se recomienda realizar al menos 5 controles, el primero en forma temprana a partir de la semana 12 de la fecha de última menstruación. En esta primera visita puede realizarse una ecografía para determinar con mayor precisión el número de semanas de gestación, en particular si no recuerdan su fecha de última menstruación, por lo tanto solo hace mención de lo importante que es la primera vista.

Además, en la primera visita se evalúa si existen situaciones que puedan predisponer a un embarazo con alguna complicación y se realizan los análisis de sangre para determinar si la mujer presenta anemia o infecciones preexistentes. Las mujeres que presenten afecciones de la salud o factores de riesgo predisponentes (obesidad, insuficiencia cardíaca, asma, diabetes o enfermedades reumatológicas) constituyen el segundo grupo, y requerirán mayor cantidad y especificidad de controles durante el embarazo.

Deben recibir atención especializada que, por lo general, está disponible en centros de mayor complejidad. En las consultas posteriores debe reevaluarse el riesgo perinatal basándose en criterios clínicos y exámenes complementarios. Deben evaluarse la presión arterial, el peso, presencia de proteínas en la orina y realizar un cultivo de la orina para descartar que existan infecciones urinarias silentes y en algunas ocasiones, se requerirán estudios adicionales.

En este apartado se logro visualizar que las tres organizaciones tiene similitudes(**Norma Oficial Mexicana, Organización Mundial de la Salud y UNICEF**) ya que el principal objetivo de las tres es el bienestar materno-fetal y dar un diagnóstico oportuno el cual sea eficiente, el carnet se baso en las tres organizaciones que toma en consideración para la elaboración, aunque también es importante resaltar que fue enfocado en el carnet que se implementa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, pero se tuvo la

necesidad de incrementar otra información la cual es de suma importancia y que se considera necesaria para una buena estructuración

6.3 Objetivos

1. Disminuir los índices de morbilidad durante el embarazo con la implementación del carnet mediante una buena recopilación de información de la historia clínica.
2. Capacitar y facilitar el conocimiento del carnet al personal de enfermería y médicos obstetras.
3. Proporcionar el conocimiento adecuado a la mujer durante la etapa gestacional a través de la correcta utilización del carnet y las actividades que debe realizar el personal de salud.

6.4 Líneas de intervención

1.- Difusión.

- 1.1 Programación de contenido.
- 1.2 Orientación a la mujer embarazada.

2.- Diseño.

- 2.1 Búsqueda de la solución.
- 2.2 Recopilar información con enfermera/ ginecólogo.

3.- Implementación.

- 3.1 Aplicación del diseño de carnet.

4.- Evaluación.

- 4.1 Pertinencia del diseño.
- 4.2 Implementación del carnet.

6.5 Metodología

La propuesta que se lleva a cabo está basada en el diseño de un carnet el cual se considero en las tres organizaciones (**Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Organización Mundial de la Salud y UNICEF**), aunque también se tuvo la necesidad de complementar el carnet que se lleva actualmente en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud, que fue solicitado por la señorita Sanjuana Jesús de la Cruz Contreras y fue facilitado por la señorita Lic. Ana Silvia Rodríguez Jefa del Departamento de Enfermería y la señorita Estela Pérez Gallegos encargada del servicio de consulta externa.

A través de la complementación de las organizaciones (**Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Organización Mundial de la Salud y UNICEF**) se resumió que la unidad de atención debe proporcionar a la mujer embarazada un carnet prenatal donde se consideran los siguientes elementos:

1. Detectar la presencia de enfermedades maternas manifiestas y subclínicas.
2. Detectar la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
3. Vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.
4. Disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
5. Preparar psicofísicamente a la madre para el nacimiento.
6. Brindar contenidos educativos para la salud de la familia y el recién nacido.
7. Brindar información a las mujeres embarazadas sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo y la conducta a seguir ante ellos.
8. Enseñar a la madre a percibir los movimientos fetales.

Considerando estos elementos se va a identificar de manera rápida el diagnóstico oportuno.

Lo importante es la difusión que debe ser versátil a la mujer embarazada por parte del personal de salud, para lograr una mejor atención adecuada se elabora la programación del contenido del carnet en donde se muestra una orientación para el usuario y personal, posteriormente se realiza el diseño en donde se plasma la identificación, antecedentes personales patológicos, evolución del embarazo en cada consulta, resultados de exámenes de laboratorio,

estado nutricional, evolución y resultado del parto, condiciones del niño al nacimiento, evolución de la primera semana del puerperio, factores de riesgo y mensajes que destaquen la importancia de la lactancia materna exclusiva, planificación familiar y signos de alarma durante el embarazo.

El diseño del carnet se elabora bajo los aspectos que mencionan las organizaciones en donde indica el contenido adecuado del carnet, además dicho diseño se basó en la complementación del carnet del hospital al que se le ampliaron los aspectos más sobresalientes y destacados para darle una mejor atención a la mujer embarazada, la información fue recopilada brevemente con el objetivo de que el uso del carnet se maneje con facilidad.

Se pretende implementar el carnet en las actividades que realiza la enfermera y médico obstetra en relación con el control prenatal con la finalidad de que dichas actividades sean establecidas en el carnet las cuales ayudan a prevenir, promover y diagnosticar oportunamente. La implementación del carnet es una propuesta que tiene como fin darle seguimiento para lograr un mejor estado de salud en la mujer embarazada.

Se da conocer el carnet por medio de temáticas sugeridas por la LEO. Sanjuana Jesús De la Cruz Contreras, en donde se explica el objetivo a alcanzar, las ampliaciones que se hicieron del carnet del hospital con el carnet propuesto, con el propósito de que el personal tenga el conocimiento de su evolución, también mostrar el carnet físico a cada integrante que asista para explicar el uso correcto del mismo.

Con el diseño del carnet será más fácil identificar el expediente del usuario por parte del médico y enfermera, cabe mencionar que con la implementación del carnet se agilizar los trámites inesperados y de manera urgente visualizar el estado de salud del paciente para actuar de manera oportuna. La evaluación del carnet se hará por medio de una lista de cotejo, la cual está conformada por diez interrogantes que se contestan de manera cerrada y posteriormente viene un apartado en donde se escribirán las observaciones u opiniones.

Por lo tanto a través de la metodología el diseño del carnet será diseñado adecuadamente para satisfacer las necesidades de la mujer embarazada, llegue a término con un hijo sano y curar o prevenir oportunamente patologías que se pueden presentar.

6.6 Evaluación

La evaluación es la determinación sistemática del mérito, el valor y el significado de algo o alguien en función de criterios respecto a un conjunto de normas. La evaluación a menudo se usa para caracterizar y evaluar temas de interés en una amplia gama como de salud, en esta ocasión la evaluación se hace para la implementación del carnet, dicha evaluación será dirigida al personal que hace uso de este instrumento en este caso serán enfermeras y médicos obstetras.

Para evaluar la pertinencia del carnet se utiliza la técnica de consulta y como instrumento la lista de cotejo que consiste en un listado de aspectos a evaluar, en donde se puede calificar un puntaje, una nota o un concepto. Actúa como un mecanismo de revisión durante el proceso de enseñanza-aprendizaje de ciertos indicadores prefijados y la revisión de su logro o de la ausencia del mismo. Puede evaluar cualitativa o cuantitativamente, dependiendo del enfoque que se le quiera asignar. O bien, puede evaluar con mayor o menor grado de precisión o profundidad.

Se considero la lista de cotejo por qué es una manera rápida de leer, comprender y responder rápido y cuantitativamente ya que el tiempo disponible que tienen enfermeras y médicos es muy crítico ya sea por la saturación de trabajo.

La evaluación se hace por medio de una lista de cotejo dirigida al personal de salud en donde se plasman interrogantes sobre el funcionamiento adecuado del carnet, esto ayuda a obtener resultados a la enfermera que implemente el uso del carnet de manera cuantitativa. Cabe resaltar, que se aplique no pasando de un año, por que las necesidades u observaciones deben hacerse una vez que se implemente y porque el contexto puede cambiar.

En el anexo tres se muestra el diseño de la lista de cotejo mencionada, con el objetivo de evaluar el funcionamiento del carnet y de ser necesario hacer modificaciones requeridas.

CONCLUSIÓN

La estructuración de esta investigación está basada en el control prenatal, me pareció un tema de suma importancia ya que al comenzar a desarrollar el tema llego a la conclusión que al personal de enfermería le falta trabajar aun más en las acciones del control prenatal las cuales deben estar bien establecidas y sobre todo falta implementar aún más el carnet y hacer el uso adecuado del mismo.

En relación con el uso del carnet que se lleva en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud (HNSS), fue proporcionado por la señorita LIC. Ana Silvia Rodríguez encargada de la jefatura de enfermería y a la señorita Enfermera General Estela Pérez Gallegos encargada del Servicio de Consulta Externa. Al analizarlo y compararlo con lo que dicen las organizaciones su contenido, es deficiente y sólo lo llevan a cabo los Ginecólogos Obstetras, es aquí en donde encuentro una discrepancia porque también la enfermera debe implementarlo, por esa razón es importante que el personal de enfermería conozca adecuadamente cuál es el rol de la enfermera en relación al control prenatal.

Por lo tanto la enfermera al conocer su rol, estará trabajando aun más en el primer nivel de atención principalmente difunde la información para prevenir y promover la salud, es decir, el autocuidado, que la mujer embarazada se preocupe por su salud y la de su hijo, puede ser que el embarazo sea un estado fisiológico pasajero pero eso no significa que no desencadene patologías que ponga en peligro la vida, por eso, es muy importante que se le dé a conocer a la madre sobre signos de alarma e implementar una buena información dándole a conocer cuáles son los buenos y malos hábitos.

En relación con el carnet al observar el que se está implementando cotidianamente en el HNSS está incompleto, porque le faltan datos que también se consideran importantes como: el nivel de escolaridad ya que el personal de la salud no se debe dirigir con palabras técnicas hacia a la paciente porque no entendería y el grado de escolaridad ayudaría a mejorar la comunicación, es decir, buscar el lenguaje apropiado, ya que hay personas que necesitan de explicaciones con ejemplos sobre todo las personas de comunidades rurales, otro punto

importante es el nivel socioeconómico, porque no todas las personas tiene la facilidad para conseguir alimentos de calidad y este es una de las consecuencias que pudiera desencadenar una patología a causa de la desnutrición.

Otro dato importante es que no están establecidos en el carnet los antecedentes familiares y personales estos dos datos relevantes ya que a partir de esta información hay la probabilidad que se desencadene una patología.

La propuesta que se llevo a cabo es para que tanto enfermeras como médicos obstetras lleven correctamente el control prenatal, me gustaría que alguien más le diera seguimiento a esta investigación, de acuerdo a la investigación realizada los parámetros de la mortalidad materno-fetal siguen en la actualidad, mencionado anteriormente el control prenatal se considera como la piedra angular que permite evitar y controlar la morbilidad y los causales de la muerte perinatal fundamentándose en la detección y prevención oportuna de los problemas de salud, por eso es importante darle un seguimiento constante sin olvidar el compromiso moral en el cuidado de la salud y la vida de las mujeres.

Al estar realizando la investigación se observo que no hay los suficientes libros sobre el control prenatal creo que es un tema del cual no se le toma importancia ya que la mayoría de las personas piensan que el embarazo es algo normal pero no es así puede ocasionar una infinidad de problemas de salud si no se lleva adecuadamente un seguimiento.

Hay poca información en libros y estos solo explican brevemente lo que es el control prenatal, por lo que fue un poco complicado obtener teoría de libros. Al estar desencadenando esta investigación me hubiera gustado llevar a cabo la propuesta pero por cuestiones de tiempo dejo planteado el carnet que me gustaría que se implementara sobre todo en el HNSS.

En relación con los objetivos fue logrado el general porque a mi misma como enfermera me proporciono buenos conocimientos esta investigación los cuales difundí con mis demás compañeras y también fueron logrados la mayoría de mis objetivos específicos por que se analizo, identifico y sobre todo se diseño un carnet con los datos necesarios mencionados

anteriormente, pero solo faltó el implementarlo, ya que por falta de tiempo no se pudo lograr, pero me gustaría que alguien más le diera seguimiento a la propuesta que se realizó.

Esta investigación fue muy interesante porque aprendí una gran variedad de elementos, los cuales serán indispensables para la formación académica, sobre todo como profesional, debo desempeñar mi función ayudando a las personas y tratarlas humanamente sin perder el sentido de los valores morales y éticos que marca el código de ética profesional de la enfermera.

Por último se sugiere que se implemente el carnet en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud por las señoritas estudiantes que pasaran a cuarto año de la Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de la Salud y se lleve a cabo la evaluación para posibles modificaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Documentales

- Aller, J. y Pagés, G. **Obstetricia Moderna**. (3^{era} ed.). Colombia: Mc Gram-Hill Interamericana.
- Blake Florence G, **Enfermería Pediátrica de Jeans**,(1965), Editorial Interamericana 7^a edición, México, p.757.
- Colegio Nacional de Enfermeras,(1979), **Estudio de Recursos de Enfermería y Obstetricia en México**, Editorial desconocida, México, p.143.
- Durand, Barbará A, Chow Marilyn P, Feldman Marie N, L. etal.(1986) **Manual de la Enfermera Pediátrica**, Editorial LIMUSA, México DF, p.807.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos y Baptista Lucio Pilar, (1991) Metodología de la Investigación, 4ta edición, Editorial Mc Graw – Hill, México, D.F., p.850.
- Leach Penelope,(1993) **Bebé y Niño Desde el Nacimiento**, Editorial Grijalbo, Aragón Barcelona, p.195.
- Martínez R, Novoa N,(1981) **La salud del niño** ,Tomo I, Editorial SAIVAT MEXICANA, , México D.F, p.300.
- Merenstein Gerald B, Kaplan David W y Rosenberg Adam, (1997) **Manual de Pediatría**, Editorial Manual Moderno, México,DF,p.350.
- Olds Sally B, London Marcia L, y Ladewin Patricia A, (1987) **Manual de Enfermería Materno Infantil**, 2da edición, Nueva editorial Interamericana, México, D.F, p. 520.
- Quilligan Edward J, Zuspan Frederick, (1989) **Ginecología y Obstetricia**, Vol. 4, Editorial Limusa, México,p. 560.
- Quilligan Edward J, Zuspan Frederick,(1989) **Ginecología y Obstetricia**, Vol. I, Editorial Limusa, México, p.279.
- Tapia Conger Roberto, (2006) **Manual de Salud Pública**, 2da edición, editorial Intersistemas, México, 1037 p.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/CONPRENA.pdf. (Febrero 2015)

<http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%201.%20%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf>. (Febrero 2015)

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/preeclampsia.pdf>. (Marzo 2015)

<http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/educacion/preeclampsia.pdf>. (Marzo 2015)

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/272_GPC_Diagnostico_tratamiento_de_SEPSIS_PUERPERAL/RER_SEPSIS_PUERPERAL.pdf. (Abril 2015)

http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/codigo_enfermeras.pdf. (Mayo 2015)

ANEXOS



Anexo 1: Carnet del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

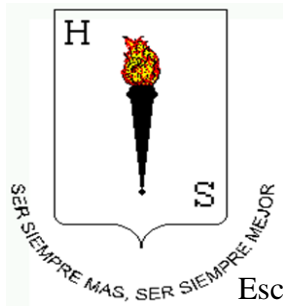
Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Objetivo: Comparar la propuesta del carnet con el que se implementa en el Hospital de Nuestra Señora de la Salud con los datos más relevantes y adecuados que debe contener de acuerdo a las organizaciones de la salud.



Anexo 2: Propuesta de Carnet

Escuela de Enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Hospital de Nuestra Señora de la Salud

(Propuesta de Carnet)

Objetivo: Implementar el diseño del carnet, con la finalidad de brindar una mejor atención oportuna, eficiente y de calidad a la mujer embarazada, por lo tanto el llenado debe ser de acuerdo a las indicaciones de forma ordenada.

1.- Datos Generales											
Edad en años		Escolaridad Ninguna Primaria Secundaria Preparatoria Profesional	Si	No	Estado Civil Casada Unión Libre Soltera Otro	Fuma Bebidas Alcohólicas	Si	No	Nivel Socioeconómico Bueno () Regular () Malo ()		
Menor de 20										Si	No
Mayor de 35			especificar				Derecho Ambiente				
2.- Antecedentes											
Familiares	si	Personales	SI	Obstétricos	Anotación						
Hipertensión Arterial		Hipertensión Arterial		Gestas							
Cardiopatías		Cardiopatías		Paras							
Diabetes		Diabetes		Gemelares							
TB Pulmonar		TB Pulmonar		Abortos							
Cancer		Cancer		Fecha de Último parto							
Tiroides		Tiroides		Vaginales Cesáreas							
Epilepsia		Epilepsia		Nacidos Vivos							
Otra		Otra		Nacidos Muertos							
3.- Embarazo Actual											
Peso Previo (Kg)	EGO	Elisa + -	Ultrasonido : Fecha: Normal Anormal Observaciones								
Peso Inicial (Kg)	Grupo Rh	Papanicolaou	Toxoide Tetánico Si () No ()								
Mes de gestación	Hemotipo	VIH/SIDA	Química Sanguínea								
FUM FPP	Anti VDRL + -	Examen de mama	Glucosa: Acido Úrico: Creatinina: Urea:								
Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
Fecha											
Semana de gestación											
Peso (Kg)											
T/A											
Altura Fondo Uterino											
Frecuencia Cardiaca Fetal											
Movimientos fetales											
Edema											
Perdida Transvaginal											
Vitaminas u Otros											
Hemorragia											

Observaciones:



Anexo 3: Lista de cotejo para Enfermeras y Médicos

Escuela de enfermería del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

Licenciatura en Enfermería y Obstetricia

Octavo Semestre

“Seminario de Tesis”

Usuaris del Hospital de Nuestra Señora de la Salud

(Lista de Cotejo)

Objetivo: Evaluar el funcionamiento del carnet y de ser necesario hacer modificaciones requeridas.

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las interrogantes y conteste con una X la respuesta que considere adecuada.

Lista de Cotejo “Control Prenatal”

N°	Interrogantes	Si	No
01	¿Cree usted que el carnet reúne los requisitos necesarios para dar una adecuada atención?		
02	¿Cree usted que los datos que contiene el carnet se identifiquen los factores de riesgo?		
03	El carnet que se planteo es un instrumento importante y esencial para llevar a cabo durante el embarazo?		
04	¿Cree usted que es importante saber la escolaridad y nivel socioeconómico de la paciente?		
05	¿Cree usted que es importante resaltar los antecedentes familiares y personales en la embarazada?		
06	¿Con este carnet es posible detectar la educación de la mujer embarazada?		
07	¿Con la implementación de este carnet cree usted que la mujer embarazada obtenga conocimientos de su embarazo?		
08	¿Cree usted que este carnet sirva para lograr una maternidad y nacimiento sano o saludables?		
09	¿Cree usted que la estructura del carnet este correctamente estructurado?		
10	¿Se le ha complicado manejar el carnet durante las consultas?		
Observaciones:			

!!!Gracias por colaborar!!!