

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



**COMPETENCIAS QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL
CONTROL PRENATAL**

IRMA YOLANDA GOMEZ POP

Tesis

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

Maestra en Enfermería Materno Neonatal

SEPTIEMBRE 2014

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



**COMPETENCIAS QUE POSEE EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL
CONTROL PRENATAL**

IRMA YOLANDA GOMEZ POP

Tesis

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

Maestra en Enfermería Materno Neonatal

SEPTIEMBRE 2014



Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

La Licenciada: Irma Yolanda Gómez Pop.

Carné Universitario No.: 200321326


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal, el trabajo de tesis "**Competencias que Posee el Personal de Enfermería en Control Prenatal**".


Que fue asesorado: Licda. Enma Judith Porras Mg.

Y revisado por: Licda. Rutilia Herrera Acajábón Msc.

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

Guatemala, 25 de agosto de 2014


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


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

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Licenciada:

Rutilia Herrera Acajábón MSc.

Coordinadora Específica

Escuela de Estudios de Postgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala.

Licenciada Herrera:

Por este medio le informo que asesoré el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal" de Irma Yolanda Gómez Pop, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica de la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;

Licenciada Enma Judith Porras Marroquín MA.

Asesor de Tesis

Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala


Guatemala, 08 de Agosto de 2014

Doctor
Luis Alfredo Ruíz Cruz MSc.
Coordinador General, Maestrías y Especializaciones
Escuela de Estudios de Postgrado
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Doctor Ruíz:

De manera atenta me dirijo a usted que revise el contenido del informe final de tesis con el título "Competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal." De Irma Yolanda Gómez Pop, el cual apruebo por llenar los requisitos solicitados por la coordinación específica e la Maestría en Enfermería Materno Neonatal de la Escuela de Postgrados de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Sin otro particular me suscribo de usted deferentemente;


Licenciada Rutlila Herrera Acajábón MSc.
Revisor de Tesis
Coordinación Específica
Escuela de Estudios de Postgrado



INDICE

CONTENIDO	Página
RESUMEN	
I. INTRODUCCION	01
II. ANTECEDENTES	03
COMPETENCIA.....	08
ENFERMERIA.....	08
PERSONAL DE ENFERMERIA.....	10
ANATOMIA Y FISILOGIA HUMANA.....	14
EMBARAZO.....	17
CONTROL PRENATAL.....	24
ATENCION PRENATAL CON PERTINENCIA CULTURAL.....	35
PROCESO DE ENFERMERIA EN EL CONTROL PRENATAL.....	36
III. OBJETIVOS	38
IV. MATERIAL Y METODOS	39
V. RESULTADOS	51
TABLA 1 Y 2.....	51
TABLAS 3, 4 Y 5.....	52
TABLAS 6, 7 Y 8.....	53
TABLAS 9, 10 Y 11.....	54
TABLAS 12 Y 13.....	55
TABLAS 14, 15 Y 16.....	56
TABLAS 17, 18 Y 19.....	57
VI. DISCUSION Y ANALISIS	58
RESULTADOS DE INTERVENCION.....	62
CONCLUSIONES.....	63
RECOMENDACIONES.....	64
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	65
VIII. ANEXOS	69

NOTA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

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

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: Creador de los Cielos y la Tierra, a ti sea la Honra y la Gloria.

A MIS PADRES: María Pop de Gómez e Isaac Benjamín Gómez Salazar por el gran apoyo que me han brindado y la confianza que han puesto en mi persona.

A MIS HIJAS: María Fernanda y Jacqueline Marbella por su paciencia y comprensión y los momentos de mi ausencia.

A MI ESPOSO: persona que Dios ha puesto a mi lado y enfrentar juntos los retos de la vida.

A MIS HERMANOS Y HERMANAS: Mayra, Ingrid, Isaac, Olga, Benjamín y Valentina que este triunfo sea un ejemplo a seguir y que todo lo que hagamos, lo hagamos en el nombre del Señor Jesucristo.

A MIS SOBRINOS: Fernando, Damaris, Ángel, Benjamín, Lesly, Mayra y David con mucho cariño.

A MI AMIGA: Estela Marina Coy Sagui, un gran ejemplo de mujer a seguir gracias por tu apoyo incondicional.

A LICENCIADA MSc. RUTILIA HERRERA: por ser una persona dotada de sabiduría, vaso que Dios utiliza para compartir conocimientos para la formación de futuros profesionales.

A LICENCIADA ENMA PORRAS: por ser parte de mi formación profesional.

A FEDECOVERA: institución de prestigio que me dió la oportunidad de laborar y crear un espacio para realizar mi trabajo de investigación, gracias por apoyarme

A Fundación para el Desarrollo de la Enfermería FUDEN, España: por el apoyo financiero otorgado a la primera promoción de Maestras en Enfermería Materno Neonatal en Alta y Baja Verapaz.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, ESCUELA DE POSTGRADOS: por haber hecho realidad mí sueño, de ser egresada de tan prestigiada casa de estudios.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA: porque en ella nos formamos como Maestras en Enfermería Materno Neonatal.

Jehová es mi luz y mi salvación; ¿de quién temeré? Jehová es la fortaleza de mi vida; ¿de quién he de atemorizarme?

Salmo 27:01

RESUMEN

Con el fin de brindar un aporte a los servicios de salud, con énfasis al grupo materno neonatal, se realizó el presente estudio con un enfoque cuantitativo y de corte transversal el que se llevó a cabo en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahu III y Senahu IV, municipios de Cobán y Senahu, departamento de Alta Verapaz, que pertenece a la Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera Responsabilidad Limitada, se utilizó un cuestionario dirigido al Personal de Enfermería que labora en las tres jurisdicciones, siendo un total de 22 integrantes del equipo institucional.

La investigación fue viable ya que se tuvo anuencia de autoridades de la institución y el Personal de Enfermería mostro colaboración.

El objetivo trazado fue al describir las competencias que posee el Personal de Enfermería en el control prenatal, y de acuerdo a los resultados obtenidos se evidencia que el 40.92% del personal de Enfermería tiende a crear confusión con los signos normales, de peligro y cambios circulatorios durante el embarazo, no conocen a cabalidad los cambios de contractilidad refiriéndose a las contracciones de Braxton Hicks, valores normales de la presión arterial, de laboratorio, dosis e intervalo de vacuna, la atención personalizada, reglas para el cálculo de fecha probable de parto, Proceso Atención de Enfermería, la valoración de la embarazada que incluye la exploración física y obstétrica de la gestante.

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS como rector del Sector Salud, es responsable de dirigir y conducir el proceso de organización y desarrollo de los servicios públicos de salud.

Desde el año 2004 a la presente fecha se han venido implementado procesos que respondan al desarrollo y los avances en Extensión de Cobertura de los servicios básicos de salud en el componente de seguimiento y evaluación de los servicios en convenio con ONG's, y a partir del año 2013 se implementa en las jurisdicciones un auxiliar de Enfermería por cada centro de convergencia fortalecido contando siempre con la figura del enfermero profesional ambulatorio; lo que ha permitido la búsqueda de personal de Enfermería calificado con habilidades y destrezas para la Prestación de Servicios Básicos de Salud en las jurisdicciones, enfocando sus servicios en atención a la mujer, a la niñez, al medio ambiente y a la demanda.

El presente estudio se efectuó en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahu III y Senahu IV, Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera, Responsabilidad Limitada, Municipios de Cobán y Senahu, departamento de Alta Verapaz titulado "Competencias que posee el Personal de Enfermería en el Control Prenatal". El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte transversal.

Las jurisdicciones cuentan con atención permanente a través de centros de convergencia fortalecidos que a partir del año 2013 fueron implementados, en donde se ha mostrado que se ha elevado el número en la captación de mujeres embarazadas por lo que se hizo necesario describir las competencias que posee el personal de Enfermería al momento de brindar atención prenatal. Los indicadores que se tomaron en cuenta fueron los conocimientos y competencias. Durante el estudio se manejaron criterios de inclusión y exclusión, se presentó carta de consentimiento informado, así como aspectos éticos entre ellos confiabilidad, autodeterminación, justicia, confidencialidad y autorización institucional. Luego de la recolección de datos se procedió a la tabulación para posteriormente analizarlos e interpretarlos.

Dentro del contenido del estudio se incluye la definición y análisis del problema, antecedentes, se explica el tipo de material y métodos del estudio, la definición y operacionalización de la variable se representan los resultados obtenidos por medio de cuadros que concluye con el análisis de resultados y para finalizar se dan a conocer las conclusiones y recomendaciones.

II. ANTECEDENTES

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

La Federación de Cooperativa de las Verapaces Fedecovera es una de las Prestadoras de Servicios de Salud que han suscrito convenios con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social formando parte del equipo de salud de la Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz. Cuenta con tres jurisdicciones: La Nueva Esperanza con un población de 16,916 habitantes, para atender a la población se cuenta con dos Enfermeras Profesionales Ambulatorias y cinco Auxiliares de Enfermería cubriendo los cinco centros de convergencia fortalecidos La jurisdicción Senahú III cubre una población de 16,292 habitantes, brindando atención a usuarios dos Enfermeros Profesionales Ambulatorios y siete Auxiliares de enfermería y en la jurisdicción de Senahú IV se tiene una población DE 17,858 habitantes, para ello dos Enfermeros Profesionales ambulatorios y 6 auxiliares de Enfermería. ²

El personal de enfermería que labora en las tres jurisdicciones son egresados de Universidades y Escuelas avalados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia

¹Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Técnico para la prestación de servicios integrales de salud en el marco de fortalecimiento del Programa Extensión de Cobertura una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del pacto hambre 0”. Año 2013.

²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Tabla 3. Censo poblacional por municipio, centro de convergencia, comunidad, sector, por grupo de edad y sexo. Jurisdicciones La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV. Fedecovera R.L. Cobán Alta Verapaz 2013.

Social, teniendo como profesión Enfermeras en el grado de Licenciadas en Enfermería, Enfermeros a nivel técnico y auxiliar de enfermería. En las jurisdicciones que cubre la Prestadora de Servicios de Salud se cuenta con seis enfermeros profesionales y dieciocho auxiliares de enfermería, contando con un total de veinticuatro personas que brindan atención a la población en 38 comunidades del municipio de Senahú y en 10 comunidades del municipio de Cobán departamento de Alta Verapaz. La atención que brinda el personal de enfermería se basa en 28 indicadores de salud los que se refieren al grupo materno infantil, mujeres en edad fértil y atención a la demanda. Las comunidades son visitadas mensualmente por el/la enfermero/a profesional ambulatorio/a donde presta atención permanente la o el auxiliar de enfermería.

En relación al número de controles prenatales que realizan ha ido en aumento ya que si se hace una comparación con el año 2012 en la jurisdicción La Nueva Esperanza durante el año se captaron 248 casos prenatales, en Senahú III 450 captaciones y en Senahú IV 475 captaciones. En relación al primer trimestre de este año en la jurisdicción La Nueva Esperanza se han captado 126 embarazadas, Senahú III 236 captaciones y Senahú IV 189 captaciones prenatales.

En el primer nivel de atención es importante que el personal de enfermería posea un alto grado de competencia en el control prenatal, ya que si se realiza un buen control a la embarazada basándose en las normas del Primer Nivel de Atención se disminuirá la alta tasa de casos de morbi mortalidad materno neonatal mediante la detección oportuna de signos y señales de peligro en el binomio madre-hijo.

El propósito de esta investigación es obtener información acerca de las competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal de acuerdo a las Normas del Primer Nivel de Atención en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV.

Identificar las competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal es el principal interés de esta investigación, todo esto conlleva a la capacitación constante del personal para actualizarse, documentarse y accionar en

base a las normas del Primer Nivel de Atención, con el fin de mejorar la atención que se le brinda a las gestantes disminuyendo de gran manera la morbi mortalidad materno neonatal, identificando oportunamente factores de riesgo y signos de peligro en la embarazada para una pronta referencia.

Además, la investigación es de suma importancia en la práctica de enfermería porque se reforzaran competencias en el personal, ya que la mayoría de auxiliares de enfermería son de nuevo ingreso, y capacitándoles por personal experto en el tema habrá enriquecimiento de conocimientos. Se implementara metodología participativa para un mayor aprendizaje haciendo uso de la metodología andragógica. Es novedosa ya que con esta investigación se identificó el grado de competencia que posee el personal de enfermería tanto enfermeros ambulatorios como auxiliar de enfermería en el control prenatal en las tres jurisdicciones ya que anteriormente no se han realizado estudios con este tema de investigación.

Esta investigación se basa en el modelo de enfermería de ErnestineWiedenbach donde se refiere a que la enfermera es un ser humano funcional. Como tal, no solo actúa, sino que también piensa y siente. Sus pensamientos y sentimientos son importantes, están íntimamente relacionados no solo con lo que hace sino con el modo en que lo hace. Para la enfermera cuya actividad está dirigida a la consecución de un propósito específico, los pensamientos y sentimientos tienen que estar disciplinados.

Los aspectos básicos de la filosofía de la enfermería son: veneración del don de la vida, respeto a la dignidad, autonomía e individualidad de cada ser humano, capacidad para actuar de forma dinámica de acuerdo a sus propias opiniones. La razón fundamental de la enfermería se concreta en su razón de ser es que un paciente que necesita ayuda.

WIEDENBACH ERNESTINE

La filosofía de las enfermeras era su actitud y creencias sobre la vida y la forma en que la realidad causaba efecto en ellas. Marcaba que la filosofía es lo que motiva a la enfermera para actuar de cierta manera. Además caracterizó componentes

esenciales asociados con la filosofía de enfermería: la reverencia por la vida, respeto a la dignidad, el valor de autonomía, la individualidad de cada ser humano y la resolución para actuar en personas de manera profesional manteniendo sus creencias. La práctica estaba reflejada en las acciones de la enfermería que se observaban cuando las enfermeras se encargaban del cuidado y bienestar del paciente que solicitaba ayuda.

El arte de la enfermería incluye la comprensión de las enfermeras sobre las necesidades e inquietudes de los pacientes, las metas de su desarrollo y las acciones destinadas a la mejora de la capacidad de los mismos. Ella definió: Al paciente como una persona que ha entrado en el sistema de salud y está recibiendo ayuda de algún tipo, como la atención, la enseñanza o el consejo.

La necesidad para la ayuda se define como cualquier medida deseada por el paciente que tiene el potencial para restaurar o ampliar su capacidad de hacer frente a diversas situaciones de la vida que afectan su salud y bienestar.

Las sentencias son la decisión acertada que toma la enfermera. Se basan en la diferenciación de la realidad a la suposición y relacionarlos con causa y efecto.

El buen juicio es el resultado del funcionamiento disciplinado de la mente y las emociones, y mejora con el mayor conocimiento y una mayor claridad de propósito profesional.

Es interesante cuando Wiedenbach conceptualiza claramente a la enfermería como la práctica de la identificación de las necesidades de un paciente en busca de ayuda mediante la observación de la presentación de comportamientos y síntomas, la exploración del significado de los síntomas con el paciente, para determinar las causas de la incomodidad, y la determinación de la capacidad del paciente para resolver su malestar.

LOS CONCEPTOS DE LA DISCIPLINA:

Salud: Se define como un bienestar total tomando al individuo como un ser holístico, analizando sus aspectos tanto biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La persona perdía su salud cuando surgía en él una necesidad que solamente el campo de la salud podía resolver.

Cuidado: El cuerpo de enfermería se centraba en localizar las necesidades del individuo, y de esta manera ejercer todo su potencial en conocimientos de salud con el fin de aumentar o mejorar su completo bienestar, y de esta manera reinsertarlo en la sociedad.

Persona:Cada persona está dotada de un potencial único para desarrollar los recursos de autosustentabilidad. La gente en general tiende hacia la independencia y el cumplimiento de las responsabilidades. Conciencia de sí mismo y auto aceptación es fundamental a la integridad personal y la autoestima.

Entorno:Es el contexto en el que está situada la persona, es decir, la realidad con la que convive todos los días y se relacionan conjuntamente en forma dinámica.

Paradigma: La teoría de ErnestineWiedenbach se puede interpretar dentro del paradigma de integración, ya que su intervención se basa en ACTUAR CON el paciente.

“Mi tesis es que el arte de enfermería no se compone de acciones racionales, ni reaccionarias, sino de la acción deliberada” Wiedenbach, 1964. Las personas pueden diferir en cuanto al concepto de la enfermería, pero poco estarían en desacuerdo en que la enfermería es criar o cuidar a alguien de manera muy maternal”³

3Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/wiedenbach-ernestine.html.
10/10/2013

Consultado el

A. COMPETENCIA

“Ser capaz, en el ámbito de la enfermería, de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en las normas legales y deontológicas aplicables”⁴.

La competencia en el ámbito de enfermería se refiere a planificar y prestar cuidados dirigidos a las personas, familia o comunidad, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema. También se puede definir la competencia como el conocimiento y aplicación de fundamentos teóricos y prácticos de la enfermería comprendiendo el comportamiento de la persona en relación al género, grupo o comunidad dentro de su contexto social y cultural. Es muy importante que el personal de enfermería comprenda a las personas considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales, como individuos autónomos e independientes asegurando el respeto a sus opiniones, creencias, valores garantizando el derecho a la intimidad a través de la confidencialidad y el secreto profesional.

Un profesional de enfermería se torna competente en sus servicios de salud cuando fomenta estilos de vida saludable, el autocuidado mediante conductas preventivas y terapéuticas estableciendo una comunicación eficaz con pacientes, familia y comunidad, estableciendo mecanismos de evaluación en su servicio, trabajando en equipo con otras disciplinas u organizaciones, realizando cuidados de enfermería con enfoque intercultural y basando sus intervenciones con evidencia científica.

B. ENFERMERIA

Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. La enfermería abarca

⁴http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/Competencias_Enfermeria.pdf.

la atención autónoma y en colaboración dispensaba a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a enfermos y personas en situación terminal. La primera Teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de los cuales aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado. La enfermería también es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Todos los enfermeros están capacitados para realizar las funciones de enfermería asistencia, administrativa, docente e investigadora.

Según Florence Nightingale hace casi 150 años:

“El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarle en su recuperación”.⁵

Según define en términos de funciones Virginia Henderson en 1966: La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible”.⁶

Enfermería Comunitaria

La enfermería comunitaria, en su actual concepción, es el reflejo de las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años. Este personal ha tenido una actuación consecuente en el contexto actual con importante aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además alores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas. Las funciones propias del personal de enfermería en la Atención Primaria en Salud están

5Tomey Ann Marriner y Martha RaileAlligood.Modelos y teorías en enfermería. Cuarta edición. España. harcvourtBrace de España 1999. Pág. 91

6Ibid pág. 132

dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

C. PERSONAL DE ENFERMERIA

Perfil

Enfermero/a Ambulatorio/a

“Enfermero/a en grado de Licenciatura y colegiada activa, o enfermero/a egresado/a de escuelas oficiales avaladas por el MSPAS y/o Universidades con el debido registro; experiencia comprobable mínima de un año en la prestación de SBS, residir en el área geográfica donde se desarrollan las actividades del convenio”.⁷

Auxiliar de Enfermería

“Auxiliar de enfermería egresada de una escuela o curso avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con registro de la oficina de Formación de Recursos Humanos del MSPAS, que domine el idioma local, originario o residente del lugar, con capacidad de liderazgo, negociación y conocimiento previo en educación de adultos”.⁸

“Una de sus principales funciones es captar tempranamente a las embarazadas e iniciar el control prenatal. Las buscan activamente, pidiendo referencias a las comadronas. Las enfermeras contactan en sus casas a las mujeres embarazadas que no llegan a los servicios. Gracias a sus esfuerzos, en las áreas en que laboran se ha aumentado la cobertura de la atención prenatal”.⁹

⁷Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de extensión de cobertura de los servicios integrales de salud. Descripción de puestos del personal contratado por las prestadoras de salud. Guatemala enero 2013.

⁸Ibíd.

⁹Kestler Edgar. Donde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala. Guatemala agosto 2012. Pág. 20.

Responsabilidades y Funciones

Enfermero/a Profesional Ambulatorio/a

Programación y ejecución

- Programar actividades de supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios integrales de salud por jurisdicción
- Atención a los pacientes con riesgo
- Atención a pacientes referidos por la auxiliar de enfermería de los centros de convergencia
- Atención a la demanda general de servicios, incluso enfermedades crónicas no transmisibles

Prestación de servicios

- Atenderá conjuntamente con la auxiliar de enfermería los pacientes referidos o caso que presentan algún tipo de complejidad o riesgo
- Atender al menos cada embarazada una vez con la auxiliar de enfermería para reforzar sus habilidades y descartar cualquier riesgo
- Atenderá la demanda general de servicios incluso la atención a enfermedades crónicas no transmisibles
- Revisará expediente, fichas y sala situacional para detectar y corregir debilidades
- El EA apoya la capacitación de comadronas mediante la atención supervisada a pacientes

Sistema de Información

- Monitorea la información del cuaderno de la mujer por centro de convergencia, con apoyo de la auxiliar de enfermería y facilitador comunitario
- Evalúa la información sobre la atención médica brindada y presenta informes a la PSS/ASS y al Distrito Municipal de Salud
- Evalúa el registro correcto de la información en Ficha Clínica y el traslado oportuno al Asistente de Información en el tiempo indicado

Ejecución y control

- Verificar la aplicación de todas las normas de bioseguridad en los procedimientos realizados
- Revisar el control de la cadena de frío y el manejo adecuado de los desechos sólidos
- Revisar el centro, monitoreo y solicitud de abastecimiento de medicamentos y suministros por Centro de convergencia, revisa BRES

Análisis de Situación de Salud y Vigilancia

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

Capacitación y monitoreo

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

Auxiliar de Enfermería

Funciones

- “Su finalidad es reducir la muerte materna y neonatal, para ello tendrá bajo su responsabilidad el control de embarazos, puerperio y atención del neonato”¹⁰

¹⁰Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Plan Pacto Hambre Cero. Guatemala Octubre 2012.

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

Sistema de Información

- Registra y monitorea la información del cuaderno de la mujer por centro de convergencia, con apoyo del FC
- Registrar y consolidar información sobre la atención médica brindada y presenta informes a la Prestadora de servicios de salud y Distrito de Salud
- Registrar correctamente la información en ficha clínica de niñez, mujer, morbilidad general y entregarlas al asistente de información en el tiempo indicado

Ejecución y control

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

Análisis de situación de salud y vigilancia

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

Capacitación y monitoreo

- Asistir a capacitación de la Prestadora de Servicios de Salud, Programa de Extensión de Cobertura /Dirección de Área de Salud y Distrito Municipal de Salud
- Capacitar y monitorear a comadronas tradicionales
- Capacitar y monitorear a comadronas tradicionales
- Capacitar y monitorear mensualmente el desempeño del Facilitador Comunitario según normas de atención
- Identificar necesidades de capacitación del personal comunitario

D. ANATOMIA Y FISILOGIA HUMANA

Anatomía: Ciencia que estudia la estructura de los seres vivos, el cual se compone de diez sistemas o aparatos y estos a su vez se constituyen de órganos los cuales cumplen funciones vitales tales como defensa contra agentes infecciosos, digestión, crecimiento y reproducción.

Fisiología: Estudia el proceso de las funciones químicas y físicas de los distintos órganos vitales cumplimiento las funciones de digestión, metabolismo, respiración, mecanismo de defensa, los cuales se llevan a cabo dentro de las células, tejidos, órganos o sistemas. Las gónadas hacen la diferencia entre el hombre y la mujer (características testículos y ovarios).

Aparato reproductor femenino

“Los órganos genitales de la mujer se dividen en externos e internos.

Los externos son el monte de Venus y la vulva. Los internos están formados por la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios”.¹¹

a. Órganos internos:

Útero:El útero, también conocido como matriz, es el órgano de la gestación y el mayor de los órganos del aparato reproductor femenino.

Es un órgano muscular, hueco, en forma de pera, extra peritoneal, situado en la pelvis. Situado entre la vagina y las trompas de Falopio,Cuando no hay embarazo, el útero mide unos 7,6 cm de longitud, 5 cm de anchura. ¹²

Aunque el útero es un órganomuscular posee un revestimiento de material glandular blando que durante la ovulación se hace más denso, momento en el cual está listo para recibir un óvulo fecundado. Si no se produce la fecundación, este revestimiento se expulsa durante la menstruación.

La pared del útero presenta a la sección tres capas de células que son de fuera a dentro:

Serosa o Perimetrio, corresponde al peritoneo en la parte posterosuperior, y al tejido laxo que se extiende por los lados del útero.Miometrio, formado principalmente por tejido muscular liso. Endometrio, es una capa mucosa y celular epitelial especializada que se renueva en cada ciclo menstrual de no haber fecundación.

Ovarios:son los órganos productores de gametos femeninos, su tamaño varía según la cavidad, y la edad; a diferencia de los testículos, están situados en la cavidad abdominal. El proceso de formación de los óvulos, o gametos femeninos, se llama ovulo génesis y se realiza en unas cavidades o folículos cuyas paredes están cubiertas de células que protegen y nutren el óvulo. Cada folículo contiene un solo

¹¹Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 1

¹²Burt Meeks y Linda Brower Meeks.Educación Sexual.University of Maryland.Segunda edición. 1985

óvulo, que madura cada 28 días, aproximadamente. La ovulo génesis es periódica, a diferencia de la espermatogénesis, que es continua.

Los ovarios también producen estrógenos y progesteronas, hormonas que regulan el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, como la aparición de vello o el desarrollo de las mamas, y preparan el organismo para un posible embarazo.

Trompas de Falopio: conductos de entre 10 a 13 cm que comunican los ovarios con el útero y tienen como función llevar el óvulo hasta él para que se produzca la fecundación. En raras ocasiones el embrión se puede desarrollar en una de las trompas, produciéndose un embarazo ectópico.

Vagina: “es un conducto musculo membranoso, orientado en forma de arco de abajo hacia arriba y de adelante hacia atrás”.¹³

Es el canal que comunica con el exterior, conducto por donde entrarán los espermatozoides. Su función es recibir el pene durante el coito y dar salida al bebé durante el parto.

La irrigación sanguínea de los genitales internos está dada fundamentalmente por la arteria uterina, rama de la arteria hipogástrica y la arteria ovárica, rama de la aorta.

b. Órganos externos:

Clítoris: Órgano eréctil y altamente erógeno de la mujer y se considera homólogo al pene masculino, concretamente al glánde.

Labios: En número de dos a cada lado, los labios mayores y los labios menores, pliegues de piel saliente, de tamaño variables, constituidas por glándulas sebáceas y sudoríparas e innervadas.

Monte de Venus: Una almohadilla adiposa en la cara anterior de la sínfisis púbica, cubierto de vello púbico y provista de glándulas sebáceas y sudoríparas.

¹³. Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 1

Vestíbulo vulvar: Un área en forma de almendra perforado por seis orificios, el meato de la uretra, el orificio vaginal, las glándulas de Bartolino y las glándulas para uretrales de Skene. La forma y apariencia de los órganos sexuales femeninos varía considerablemente de una mujer a otra.

c. Ciclo menstrual

Es el proceso de preparación que el sistema realiza para el embarazo. Cada ciclo menstrual dura entre 21 y 35 días, dependiendo de cada mujer; a su vez varía en cada mujer de mes a mes.

Comienza durante la pubertad, generalmente entre los 10 y 16 años de edad de las niñas. La primera menstruación de la mujer, llamada menarquía, marca el inicio de sus años reproductivos. Éstos terminan con la menopausia (que se da al no haber menstruado por todo un año), alrededor de los cincuenta años, cuando la mujer ya no ovula. Se compone de tres fases: la fase menstrual, la fase preovulatoria y la post ovulatoria.

E. EMBARAZO

Definición: Es el período que transcurre entre la implantación en el útero del cigoto hasta el momento del parto, donde ocurren cambios físicos, fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia, la gestación se refiere específicamente al feto y el embarazo a la mujer. El embarazo dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

“El período fetal comienza en la 8a. semana después de la fertilización o en la 10a. semana, si el cálculo se realiza a partir del primer día de la última menstruación.

Durante el periodo embrionario se forman las nuevas estructuras y durante el período fetal crecen y maduran hasta el término de la gestación”¹⁴.

Signos y síntomas

Entre los síntomas más recurrentes y normales durante el proceso de embarazo con la ausencia del periodo menstrual o amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, aumento de tamaño de las mamas, somnolencia, vómitos matutinos, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba y la necesidad e ingerir determinado tipo de comida o alimentos. Otro signo que también puede ser un indicador de embarazo es la incipiente e incontrolable necesidad de orinar a cada momento, generalmente a cada hora. Esta situación se produce como consecuencia del aumento de tamaño del útero, ya que este órgano oprime la vejiga. Esto conlleva el riesgo asociado de una mayor probabilidad de infecciones urinarias, las cuales pueden dar lugar a graves complicaciones en el embarazo.

Cambios durante el embarazo

Cambios uterinos

Su crecimiento es considerable y se debe a la hipertrofia celular. La masa celular aumenta 20 veces en tanto que el volumen intrauterino lo hace 1000 veces.

El peso aumenta de 70 a 900 y a 1100 gramos al término. El tamaño crece de 9 cm a 33-35 cm al término del embarazo. Los cambios de contractilidad ocurren durante todo el embarazo y desde el primer trimestre se registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas a la palpación. Estas contracciones no dolorosas e irregulares son conocidas con el nombre del autor que por primera vez las describió Braxton Hicks. Hasta la primera mitad del embarazo el útero es más propenso a las contracciones uterinas.

14. Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 24

Cambios cervicales

Por el aumento del riego sanguíneo uterino, el cérvix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo (signo de Chadwick), y hay un crecimiento de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco.

Cambios de las mamas

Aumento de tamaño y la modularidad. El crecimiento del sistema de conductos es intenso durante los primeros tres meses, así como del sistema alveolar. Hacia el final del embarazo las células alveolares se vuelven secretoras, hay aumento de la sensibilidad (hipersensibilidad) y congestión de venas superficiales.

Cambios aparato cardiovascular

Cambios del gasto cardíaco, se incrementa la frecuencia cardíaca. El corazón impulsa de 5.0 a 5.5l/min, en la no embarazada. Este volumen se incrementa de un 30 a 50% hacia el final del primer trimestre, se eleva el 10% más durante los dos últimos trimestres cuando la gestante se encuentra en decúbito lateral.

Disminuye la resistencia periférica el útero comprime las venas pélvicas y la vena cava inferior, se incrementa el flujo de sangre hacia la piel.

Cambios de la presión arterial: la presión sistólica y diastólica disminuye durante la primera mitad del embarazo (5 a 10mm/Hg), después de lo cual incrementa hasta el nivel de la no embarazada. Durante el tercer trimestre del embarazo la compresión de la vena cava inferior y de la aorta, que ocurre en las embarazadas que descansan en decúbito dorsal, puede producir disminución del gasto cardíaco.

Cambios hematológicos

El valor normal más bajo de hemoglobina, en la mujer no embarazada es de 12g/dl y según el aumento del volumen plasmático y de glóbulos rojos, se supone que el valor normal bajo la gestante con adecuado aporte de hierro es de 11g/dl. La hemoglobina, constituye la tercera parte del hematocrito; por tanto el hematocrito

para una hemoglobina de 11g/dl es de 33%. Solo se multiplica la hemoglobina por 3 y obtendremos el hematocrito.

Se considera que una hemoglobina inferior a 11g/dl, es anemia donde puede ocasionar hipoxia en el feto lo cual trae consigo un estado de sufrimiento fetal.

Cambios respiratorios

Se incrementan las concentraciones de estrógenos. Se elevan las concentraciones de progesterona. El centro respiratorio es sensible a la progesterona por lo que conserva bajas las concentraciones séricas de bióxido de carbono. La concentración plasmática fetal de oxígeno excede la del plasma materno.

Cambios digestivos

Existe un desplazamiento del estómago por crecimiento uterino, lo cual condiciona una disminución del peristaltismo con disminución del vaciamiento gástrico. Al aumentar de tamaño el útero, aplica una presión mayor al estómago e intestino, ocasionando que el apéndice se desplaza hacia arriba y a la derecha, disminuye el vaciamiento gástrico, se incrementa la producción de saliva.

Cambios emocionales

Debido a la acción de las hormonas y mayor exigencia energética, la gestante se puede sentir cansada, con más sueño, mayor sensibilidad emocional, confusión, cambios bruscos de humor pueden ser frecuentes y súbitas ganas de llorar. Suele disminuir el deseo sexual, por el cansancio y molestias físicas o por el temor de no dañar al bebé. Si la mujer siempre ha valorado su independencia y profesión pueden sentir el embarazo como un obstáculo, afectando a su autoestima.

Nutrición de la embarazada

Una adecuada nutrición durante el embarazo favorece el crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo del crecimiento fetal, disminuye los riesgos de retardo de desarrollo intrauterino y evita la aparición de enfermedades crónicas y malformaciones congénitas en la niñez.

“Se calcula que entre el 2 al 5% de los recién nacidos vivos y 10% de recién nacidos muertos presentan algún defecto congénito o enfermedad genética. Se estima que cuando la mortalidad infantil es inferior a 20 por cada 1000 nacidos vivos, las malformaciones congénitas y enfermedades genéticas pasan a ser las primeras causas”.¹⁵

El costo metabólico del embarazo se ha estimado en aproximadamente 70,000 a 80,000 kilocalorías aun en mujeres con sobrepeso, es importante no restringir el aporte calórico ya que al disminuir las calorías contribuye a que la mujer asimile en menor cantidad los carbohidratos. Los nutrientes necesarios para un buen desarrollo del embarazo son las proteínas, vitamina C, calcio, hierro, carbohidratos, vitamina B6, ácido fólico, grasa, vitamina D.

Higiene durante el embarazo

Es muy importante que durante toda la gestación la mujer mantenga la piel muy limpia, ya que las excreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas aumentan de forma muy notoria. El baño con agua y jabón es recomendado, pues el agua estimula la circulación y sirve como relajante. Es recomendable la higiene de los órganos genitales ya que los flujos y secreciones vaginales aumentan. Hacia la mitad del embarazo hay que cuidar los pezones ya que comienzan a segregar un líquido llamado Calostro que puede producir irritaciones si no se lavan adecuadamente. También es precisa una higiene dental rigurosa después de cada comida para evitar hemorragias y caries por la deficiencia de calcio.

Vestuario durante el embarazo

Se recomienda que la embarazada utilice vestidos holgados o flojos para favorecer el crecimiento fetal, evitar el uso de zapatos con tacones, no utilizar faja, no medias o calcetines que produzcan compresión local de las piernas ya que favorece el apareamiento de varices.

¹⁵Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería Manual Clínico. Biblioteca Sede OPS-catalogación en la fuente. Washington, D.C. 2009. Página 59.

Consejería en detección de signos y señales de peligro, Lactancia Materna y Planificación Familiar

Signos y señales de peligro

Hacer énfasis durante la evaluación a la embarazada en:

- Visión borrosa con o sin dolor de cabeza
- Dolor al orinar
- Fiebre
- Un súbito dolor severo o continuo en la parte inferior del abdomen
- Sangrado o manchado vaginal
- Edema severa en manos, pies o cara
- Síntomas de infección vaginal
- Que haya estado involucrada en un accidente automovilístico
- salida de líquido claro
- El bebé no se mueve por más de un día después de la semana 20 de embarazo
- Náuseas, diarrea o vómitos durante más de 24 horas
- Presentación fetal

Lactancia Materna

Orientar a la futura madre en relación al calostro, siendo este la secreción de la leche que está presente en los primeros 5 a 7 días pos parto, que se caracteriza por contener una mayor cantidad de proteínas y menos cantidad de lactosa, y grasa es de color amarilla, contiene proteínas, su volumen puede variar entre 2 y 20 milímetros en los primeros días ha de llegar a 580 milímetros para el sexto día. ¿Cómo enseñarle a una madre a extraer su leche?

No le extraiga usted su leche, tóquela solamente para mostrarle lo que debe hacer, y sea muy delicado al hacerlo. Enséñela a:

- Lavarse las manos cuidadosamente
- Preparar un recipiente para la lactancia materna exclusiva
- Pararse o sentarse cómodamente y sostener el envase cerca del pecho
- Colocar el dedo índice y el pulgar a cada lado de la areola

- Presionar el pulgar y el dedo índice hacia la pared torácica
- Presionar y soltar el pecho entre el pulgar y el dedo índice
- Hacer presión de la misma manera alrededor de todo el pecho para asegurarse que la leche fluye desde todos los conductos
- Extraer leche de un pecho durante por lo menos 2-4 minutos hasta que el flujo disminuya luego extraer del otro lado, repetir de uno y otro lado continuando hasta que la leche deje de fluir.¹⁶

Relaciones sexuales

El coito es solo una parte de la relación sexual y las caricias, besos, estímulos y conexión con la pareja pesan más a la hora de alcanzar el orgasmo. Las relaciones sexuales es un aspecto el cual preocupa a la mujer o pareja durante el embarazo, es por ello que deben conocer otras posiciones pero evitando: no descansar sobre la espalda por mucho tiempo (vena cava inferior) disminuye presión sanguínea y afecta el flujo de sangre, nutrientes y oxígeno a la placenta, evitar que la mujer se acueste sobre su lado derecho ya que la vena cava inferior se interfiere en el flujo sanguíneo. La falta de deseo sexual y evasión del sexo, sus causas incluyen una educación religiosa estricta, aversión a ciertos actos sexuales o a los genitales, traumatismo sexuales (incestos o violación), depresión, abuso de fármacos, enfermedad, efectos posteriores a procedimientos quirúrgicos y el nacimiento de un hijo.¹⁷

Planificación familiar

Es importante educar a la gestante sobre método anticonceptivos después del nacimiento de su bebe para que haya un adecuado periodo intergenesico.

Todos los métodos son más seguros que su alternativa (embarazo con nacimiento), con la posible excepción del uso de anticonceptivos orales por mujeres fumadoras de cigarrillos mayores de 35 años de edad. Algunos métodos, como los dispositivos

¹⁶. Sharon J. Reeder y Martin Leonel. Enfermería Materno Infantil. México. Aguilar Ortega, María Teresa y Fener de la Torre. 1988, 1992, 1995. Página 18

¹⁷. Berek, Jonathan S. Ginecología de NOVAK. 13 ediciones. Los Ángeles California 2002. McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. Página 194.

intrauterinos y los implantes subdérmicos, requieren una inversión costosa inicial, pero ofrecen protección más prolongada con un costo anual bajo. La esterilización y los métodos de acción prolongada son menos costosos a largo plazo.¹⁸

F. CONTROL PRENATAL

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

“El control prenatal adecuado en cantidad, calidad, contenidos y oportunidad, diferenciado, acorde al riesgo, tiene un enorme potencial de contribución a la salud familiar y es un claro ejemplo de promoción de salud y de medicina preventiva”¹⁹.

“La atención prenatal es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se brindan a las mujeres embarazadas, con el objetivo de detectar tempranamente las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo y prepara el plan de parto que incluye la elaboración de un plan de emergencia ante una complicación”²⁰.

Mediante el control prenatal, podemos vigilar la evolución del embarazo y preparar a la madre para el parto y la crianza de su hijo. De esa forma, se podrá controlar el momento de mayor morbilidad en la vida del ser humano como es el periodo perinatal y la principal causa de muerte de la mujer joven como es la mortalidad materna. El control prenatal debe ser eficaz y eficiente. Esto significa que la cobertura debe ser máxima y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. El equipamiento básico consiste en un lugar físico con iluminación y climatización adecuada, camilla, esfigmomanómetro, balanza, estetoscopio de pinard, cinta métrica, espéculos vaginales, sistema de registro clínico (carta prenatal, ficha clínica, plan de emergencia, hoja de referencia, hoja de laboratorio), biológico TDA y recurso humano de salud.

¹⁸Schwarz-Sala-duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012. Pág. 175

¹⁹Ibid.

²⁰Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012. Pág. 7

Control Prenatal Personalizado

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

Objetivos del Control Prenatal

- Promover y mantener la salud física, mental y social de la madre y el bebé, proporcionando educación sobre nutrición, higiene personal y el proceso de embarazo y de parto.
- Detectar las señales de peligro, complicaciones y referir oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y dar seguimiento a la respuesta.
- Preparar en conjunto con la madre y la familia un plan de emergencia familiar y comunitaria.
- Educar a la madre en lactancia materna temprana y exclusiva, para un postparto normal y para el cuidado adecuado del recién nacido, desde el punto de vista físico, psicológico y social
- Brindar consejería sobre prácticas saludables durante el embarazo y el parto con participación y apoyo de la familia
- Promover el espaciamiento de los embarazos a través de la oferta de los métodos de planificación familiar.
- Identificar y tratar madres con VIH positivo, para prevenir la transmisión vertical

Componentes de la Atención Prenatal:

- Detectar enfermedades que puedan afectar el embarazo tal como la Diabetes Mellitus, Tuberculosis, Hipertensión Arterial, malaria, Infección del Tracto Urinario, Anemia, desnutrición, sífilis y VIH.
- Orientar y promocionar la salud haciendo uso de Información, educación y comunicación IEC centrada en la usuaria, su pareja y personas de apoyo. Preparar el plan de emergencia familiar y comunitario.

“El acceso a material educativo y comprensible para todo el núcleo familiar, en el cual se instruya a la mujer y a su familia, respecto de las acciones que se deben tomar en caso de emergencias durante el embarazo, para responder oportunamente a emergencias obstétricas que puedan presentarse”.²¹

Los 7 Pasos para la Atención Prenatal Personalizada

- 1. Brindar trato amable y respetuoso a la gestante y su acompañante:** Presentarse, preguntar su nombre y llamarla por el mismo, Invitarla a que haga preguntas, escucharla con atención y responder con lenguaje sencillo, No permitir la entrada y salida de otras personas durante la consulta.
- 2. Llenar completamente la ficha materna perinatal o formulario de riesgo:** considerar la importancia de contar con un expediente completo de la gestante el cual pueda abarcar la información necesaria de acuerdo al examen físico.
- 3. Realizar examen físico obstétrico:** Medir perímetro braquial y anotarlo, tomar y registrar el valor numérico de la presión arterial, frecuencia cardiaca materna y fetal, buscar señales de anemia, medir y anotar peso de la paciente, medir y anotar la altura uterina, determinar la posición arriba de las 36 semanas y el latido fetal (en embarazo mayor de 20 semanas)
- 4. Analizar la información obtenida para definir las acciones:** Informar a la gestante sobre los hallazgos del examen, Controlar y completar esquema de vacunación antitetánica, dar a la gestante hierro y ácido fólico y acordar con la gestante su próxima cita.
- 5. Informar sobre las señales de peligro:** Explicar a la mujer sobre hemorragia vaginal, visión borrosa, fiebre, dolor abdominal, salida de líquido claro por la vagina, ausencia de movimientos fetales.
- 6. Ayudar a la gestante a preparar su plan de emergencia:** Revisar con la mujer el plan de emergencia, explicar las partes del plan de emergencia, ayudar a la mujer a identificar el establecimiento a donde ir en caso de una complicación,

²¹ Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012. Pág. 9

pedir a la mujer que haga el plan de emergencia junto con su esposo y la familia. Es muy importante involucrar a la comadrona en la elaboración del plan de emergencia familiar ya que a ella en muchas ocasiones es la primera que acuden.

- 7. Acordar la nueva cita:** hacer recordatorio de la próxima cita o de acudir inmediatamente al servicio de salud al presenta un signo o señal de peligro.

“Acciones preventivas en el embarazo

1. Controles prenatales

- Primero antes de las 12 semanas
- Segundo alrededor de las 26 semanas
- Tercero a las 32 semanas
- Cuarto entre las 36 y 38 semanas

2. Haga énfasis durante la consulta en:

- Presión arterial
- Temperatura
- Pulso y respiración
- Peso y talla
- Altura uterina después del 3er. mes de embarazo, calcular edad Gestacional y estimar la fecha probable de parto
- Posición fetal de las 36 semanas en adelante
- Monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal de las 20 semanas en adelante
- Movimientos fetales de las 18 semanas en adelante en multíparas y de las 22 semanas en adelante en primigestas
- Aumento de peso por arriba de lo esperado
- Detecto signos y síntomas de peligro:
 - Epigastralgia (dolor en la boca del estómago)
 - Cefalea (dolor de cabeza que no cede con analgésico)
 - Visión borrosa
 - Dificultad respiratoria
 - Palidez generalizada
 - Contracciones uterinas antes de las 36 semanas

- Aumento de peso de lo esperado en esa edad Gestacional
- Depresión, ansiedad, violencia sexual, violencia intrafamiliar
- Si no tiene capacidad resolutive para tratar a la paciente, refiera oportunamente a un nivel de mayor capacidad resolutive y de seguimiento
- Toda paciente adolescente de 14 años o menos debe ser referida a un servicio de salud con mayor capacidad resolutive”²²

Las anteriores acciones son llevadas a cabo por el personal de Enfermería de acuerdo a cada trimestre de embarazo; es por ello la importancia de un adecuado control para poder detectar oportunamente los signos y señales de peligro y así evitar complicaciones obstétricas. El objetivo de las acciones preventivas a nivel comunitario es disminuir las complicaciones obstétricas y en caso de presentarse referir inmediatamente a un servicio de mayor resolución.

Anamnesis

La evaluación de la condición materna se inicia con una anamnesis personal y familiar, en busca de patologías médicas que puedan influir negativamente en la gestación. De igual forma se recopilaran antecedentes obtenidos previos, antecedentes alérgicos, enfermedades de transmisión sexual, factores socioeconómicos, especialmente antecedentes de recién nacidos de bajo peso, macrosomía, mortalidad perinatal, malformaciones congénitas, cirugías anteriores, diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, hemorragiavaginal, entre otros. Es importante obtener la información del nivel educacional materno, actividad laboral como trabajos con esfuerzo físico, situación familiar, consumo de drogas o alcohol. Se practicara un examen físico general con fines de diagnosticas patologías asintomáticas y realizar referencia de casos.

Examen físico

El examen físico es céfalo caudal, evaluando el color del cabello, presencia de pediculosis, conjuntivas, boca, presencia de caries, garganta, cuello, mamas, abdomen, examen ginecológico en el cual se hace una inspección perineal (descartar hemorroides, vulvovaginitis, papilomatosis, etc.). En cada control prenatal,

²²Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas/DRPAP. Normas de Atención Integral, en el primer nivel de atención. Guatemala, 2,010. Página 17

se hará la evaluación nutricional según índice peso/talla, control de presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca materna y fetal, altura uterina, edad Gestacional, identificación de movimientos fetales, identificación situación fetal, identificación de presentación fetal, prevención de la anemia, identificación temprana de embarazos complicados.

Intervención terapéutica

Sulfato ferroso 600 mg cada semana para 3 meses y ácido fólico 5mg cada semana para tres meses.

Pruebas de laboratorio

Lo ideal fuera que toda embarazada se realizara los siguientes laboratorios:

Primera consulta:

- Examen de orina
- Glicemia
- VDRL
- Grupo y Rh
- Ofertar prueba VIH
- Hemoglobina y hematocrito
- Papanicolau
- o IVAA

Segunda consulta:

- Orina
- Glicemia

Tercera consulta:

- Hematología
- Orina
- Glicemia

Cuarta consulta:

- Orina
- Glicemia

Inmunización contra tétanos

Primera dosis al contacto con la paciente, segunda dosis al mes de la primera dosis y la tercera dosis seis meses después de la segunda. Primer refuerzo diez años después de la tercera dosis y segundo refuerzo diez años después del primer refuerzo.

Evaluación nutricional

Primer control, antes de las doce semanas: Se refiere a pesar y registrar el dato de la embarazada en su ficha clínica, además se mide la circunferencia braquial (esta actividad solamente se realiza durante el primer trimestre de embarazo) para determinar el estado nutricional y se clasificado según el dato obtenido, por ejemplo si la medida de brazo es igual o mayor a 23 centímetros quiere decir que el estado nutricional de la embarazada es normal y se evaluara en base a la tabla establecida en las Normas del Primer Nivel de Atención y si el dato es menor a 23 centímetros hay que darle seguimiento a la paciente también en base a la tabla.

Segundo, tercer y cuarto control prenatal: Se controla peso a la paciente y se evalúa en base a la tabla para determinar la ganancia mínima de peso.

“Tabla de Ganancia de Peso Mínimo esperado en embarazadas utilizando circunferencia de brazo medida en el primer trimestre”²³

Meses embarazo por altura uterina	Cantidad libras debe sumar al peso actual igual o mayor 23 cms	Cantidad de libras que debe sumar con circunferencia de brazo <23 cms
1er. Mes	½	1
2do. Mes	½	1
3er. Mes	1	2
4to. Mes	3	5
5to. Mes	3	5
6to. Mes	3	5
7º. mes	3	5
8º. Mes	2 1/2	4
9º. Mes	1	2
TOTAL	17 1/2	30

²³Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas/DRPAP. Normas de Atención Integral, en el primer nivel de atención. Guatemala, 2,010. Página 19

La evaluación nutricional se mide también mediante el cálculo del índice de masa corporal el cual se realiza mediante la siguiente fórmula:

$IMC = \frac{\text{peso en kg}}{\text{Talla en m}^2}$, el resultado es evaluado en la grafica para evaluación nutricional de la mujer embarazada, en donde nos arroja resultados tales como bajo peso, normal, sobre peso y obesidad; datos que el personal de enfermería deberá analizar e interpretar para accionar oportunamente con el apoyo de las/los educadoras/es comunitarias/os.

Suplementación

Según lo normado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social MSPAS la cantidad que se debe entregar a la gestante es de 600mg de sulfato ferroso cada semana por tres meses y 5 mg de ácido fólico cada semana por tres meses. En caso la embarazada presenta signos de anemia la cantidad el tratamiento es el siguiente:

“De tratamiento durante 3 meses:

Adolescente: 3 tabletas de Sulfato Ferroso (300 mg) al día.

Adulta: 2 tabletas de Sulfato Ferroso (300 mg) al día.

Indique que debe continuar tomando la tableta de Ácido Fólicosemanalmente.

Recomiende que coma hígado y otras vísceras, moronga, carne, pollo; hojas verdes, frijol, acompañado de cítricos”²⁴.

Reglas para calcular Fecha probable de parto

Existen varias fórmulas para calcular la Fecha Probable de Parto como la de Pinard que dice que desde el último día de la última menstruación más diez días, menos tres meses; la de Wahl que propone que desde el primer día de la última menstruación normal; sin embargo, la regla que más se utiliza es la de Naegele o Nägele

²⁴Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de Regulación de los Programas de Atención a las personas/DRPAP. Normas de Atención Integral, en el primer nivel de atención. Guatemala, 2,010. Página 41

“La Regla de Naegele es un método estandarizado que permite calcular la fecha probable de parto para una gestación normal. Se llamó así en honor al obstetra alemán Franz Karl Naegele (1778 - 1851), quien fue el responsable de realizarla. Esta regla propone que al primer día de la Fecha de Última Menstruación (FUM), se le sumarán siete días y al mes en que ocurrió la FUM, se le restarán tres meses.”²⁵

En caso necesario al año, se le sumará 1 año, dando como resultado la fecha probable de parto.

Gestación media. La fórmula asume que la gestación humana es de 280 días o 40 semanas desde la Fecha de Última Menstruación; sin embargo, la duración de los embarazos es muy variable y se consideran nacimientos a término todos los que tengan lugar entre las semanas 37 (259 días) a 41 (287 días) semanas.

Para considerar que la Fecha de Última Menstruación es confiable, tomar en cuenta los siguientes aspectos:

La mujer debe de tener presente su fecha de última menstruación; es decir, la gestante debe de tener seguridad en su FUM.

La mujer debe de haber tenido ciclos regulares, ya sea de 28 o de 30 días. No haber ingerido anticonceptivos u otros compuestos hormonales en los 3 meses previos al embarazo. No haberse encontrado en lactancia en dicho momento.

Medición Fondo Uterino

Procedimiento que nos indica el progreso del crecimiento fetal. Si su medida es menos de lo esperado, de acuerdo a la edad gestacional, puede relacionarse con limitación en el crecimiento intrauterino. Si su medida es mayor de lo esperado, de acuerdo a la edad gestacional puede relacionarse con embarazo múltiple, poli hidramnios y otros.

Equipo:

Cinta métrica

Sabana

Procedimiento:

²⁵www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../obstetricia1/.../FPARTO.pdf. Consultado 03/10/2013.

1. Identificación de la paciente
2. Explicarle el procedimiento a realizar
3. Lavado de manos
4. Ayudar a la gestante para colocarse en una posición supina y colocar apropiadamente la sábana para proveer privacidad.
5. Exponer el abdomen.
6. Posicionar un extremo de la cinta métrica en la sínfisis del pubis.
7. Estirar la cinta métrica hacia arriba y sobre el abdomen del cliente hasta el fondo del útero.
8. Medir la distancia en centímetro.
9. Anotar hallazgos
10. Explicarle a la paciente su situación actual de salud

Consideraciones de enfermería:

Se comienza a medir el fondo uterino luego de las 12 semanas de gestación. Generalmente entre la semana 20 a la 32 de gestación, la medida del fondo uterino en centímetros corresponde a las semanas de gestación.

Áreas de medidas de fondo uterino:

Sínfisis del pubis

Fondo uterino

Nomenclatura Obstétrica

Posición: Es la relación que guarda el eje longitudinal de feto con la mitad posición izquierda, también se le identifica como dorso (D) derecha o izquierda de la madre, y puede ser posición derecha o izquierda.²⁶

Presentación: Es la parte del producto que se aboca o tiende a abocarse en el estrecho superior de la pelvis materna y es capaz de llevar a cabo el mecanismo del trabajo de parto; puede ser: cefálica o podálica en sus diferentes variedades.

Situación: Es la relación que guarda el eje longitudinal de feto con el eje longitudinal de la madre y puede ser: longitudinal y transversa.

²⁶Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Segunda edición. Guatemala 2011. Pág. 55

Variedad de posición: Es la relación que guarda el punto toconómico con una de las extremidades de los principales diámetros maternos.

Maniobras de Leopold

Las Maniobras de Leopold forman parte de la exploración obstétrica y fueron descritas por Leopold y Spurling en 1894. Estas permiten a la enfermera obtener datos relacionados con el feto como: su situación, posición, presentación y altura de la presentación, elementos fundamentales que se deben de conocer particularmente al término de la gestación ya que dan elementos para la toma de decisiones en la definición de la vía de nacimiento.

“Las maniobras de palpación se utilizan para ver consistencia relativa, forma y movilidad del feto”²⁷.

El feto tiene posibilidades de nacer por vía vaginal si se encuentra en situación longitudinal y presentación cefálica. Para realizar las Maniobras de Leopold, es necesario que la gestante se encuentre cómoda y acostada en posición supina con el abdomen descubierto. Recordemos tomar las medidas necesarias para prevenir el Síndrome de Hipotensión Supina, por compresión de la vena cava por el feto.

Primera maniobra: Su objetivo es identificar que polo fetal se encuentra ocupando el fondo uterino, puede ser el polo cefálico o el polo pélvico.

Segunda maniobra: Su objetivo es la Posición del feto (izquierda o derecha) y la situación (longitudinal o transversa) fetal.

Tercera maniobra: Su objetivo es identificar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado), y corroborar la presentación.

Cuarta maniobra: Su objetivo es identificar la presentación y corroborar la altura de la presentación (libre, abocado y encajado).

Auscultación: se refiere a obtener información sobre la frecuencia cardíaca fetal a través de un fetoscopio, en donde los valores normales son de 120 – 160 latidos por minuto con un promedio de 140 latidos por minuto.

²⁷. Sharon J. Reeder y Martin Leonel. Enfermería Materna Infantil. México. Aguilar Ortega, María Teresa y Fener de la Torre. 1988, 1992, 1995. Pág. 461

G. Atención Prenatal con Pertinencia Cultural

“Guatemala es un país multicultural, multilingüe y multiétnico en el cual habitan 4 pueblos: Mayas (22 comunidades lingüísticas) Garífunas, Xincas y Mestizos. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, de la población general el 40 % está constituido por pueblos indígenas (INE 2002), con cosmo percepciones diferentes en relación a proceso salud enfermedad”²⁸

En la atención de salud, el análisis sociocultural promueve la pertinencia cultural en salud. Es decir, la caracterización e identificación de los diferentes pueblos, la comprensión de los sistemas de salud indígenas basados en sistemas de percepciones y valores que determinan los procesos de mantenimiento, restauración de la salud y el aprovechamiento de los recursos comunitarios.

“PERTINENCIA CULTURAL EN SALUD

...“Deriva del principio de "derecho a la diferencia" y quiere decir "adecuado a la cultura". En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud busca que estos sean conceptualizados, organizados e implementados tomando como referentes los valores de la cosmovisión de los pueblos indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten la forma de vida de los pueblos indígenas”²⁹.

Consiste en lograr un cambio en la actitud y el comportamiento del profesional que labora en los servicios de salud persiguiendo que la atención que brinden sea de acuerdo a los esquemas culturales de las pacientes, respetando sobre todo, sus creencias, sus valores, etnia y origen. Pero sobre todo respetar la ideología que

²⁸Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de atención del Parto. Guatemala 2011. Pág. 7

²⁹Ibid

tienen las usuarias en relación al embarazo, parto, pos parto y atención al recién nacido.

La atención con pertinencia cultural se desglosa en que la atención debe ser proporcionada en base a los cuatro pueblos a nivel nacional (Maya, Garífuna, Xinca y Mestizo), llamar a la paciente siempre por su nombre y en su idioma materno, tener mucho cuidado en la forma de hablar y los gestos al dirigirse a la paciente, no discriminar, si la paciente así lo desea durante el control prenatal se le permitirá el acompañamiento de la persona que le tienen más confianza.

“Entre los objetivos mencionados para implementar prácticas con pertinencia cultural se enumeran los siguientes:

1. Disminución de la mortalidad materna infantil
2. Mejorar la atención de la usuaria
3. Brindar atención con calidad
4. Satisfacción de la usuaria”³⁰

La ley para la maternidad saludable en su Artículo 4. Principios rectores, en los incisos “c y d” se refiere:

“c) **Equidad:** En la prestación de servicios se dará especial atención a las mujeres más vulneradas en pobreza y pobreza extrema, de áreas rurales, adolescentes, indígenas, migrantes, discapacitadas, a efecto de disminuir la inequidad provocada por la condición de género y condición socioeconómica.

d) **Respeto a la interculturalidad:** Los servicios de salud materno-neonatal deberán prestarse garantizando el respeto a la identidad cultura, valores y costumbre de las comunidades”³¹.

H. PROCESO DE ENFERMERIA EN EL CONTROL PRENATAL

³⁰<http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/Sistematizaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud%20con%20Pertinencia%20Cultural.%20Guatemala%202010.pdf>

³¹ Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012. Pág. 6

“Método que permite a la enfermer@s prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática durante el periodo perinatal.

Objetivo: la aplicación del proceso de enfermería (PE), tiene repercusiones sobre la profesión y el cliente”.³²

El proceso de enfermería se divide en cuatro etapas que son:

Valoración: etapa que comprende conocer la historia de las pacientes y recolecta toda la información que será útil haciendo uso de registros de información, equipo tal como termómetros esfigmomanómetros, estetoscopio, balanza, cinta métrica para realizar el examen físico.

Diagnóstico de enfermería: “una afirmación que describe la respuesta humana (estado de salud o patrón de interacción alterado de tipo real o potencial) de un grupo o individuo que la enfermera es capaz de identificar legalmente y para el cual puede ordenar intervenciones definitivas con el fin de preservar el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir alteraciones”³³.

Planeación e intervención: en esta etapa la enfermera o enfermero da a conocer su planificación y lo pone en práctica haciendo uso de los recursos disponibles en su servicio de salud.

Evaluación: esta fase nos proporciona información de los resultados de las intervenciones de enfermería identificando debilidades y reforzarlas.

³².RiveiroNuila Sheila Karina. Enfermera Profesional. Enfermería Materno Infantil. Programa de enfermeras y enfermeros a distancia. Cobán Alta Verapaz. Edición Escuela nacional de Enfermería de Cobán. Guatemala 2010. Página 90.

³³.Sharon J. Reeder y MRIN Leonel.Enfermería materno Infantil. México. Aguilar Ortega, María Teresa y Fener de la torre. 1988, a992, a995. Página 21

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal en las jurisdicciones La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV, Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera R.L. en los municipios de Cobán y Senahú de Enero a Marzo 2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 3.2.1 Identificar fortalezas o debilidades en el personal de enfermería durante el control prenatal.
- 3.2.2 Identificar necesidades de fortalecimiento de competencias en el personal de enfermería.
- 3.2.3 Evaluar el desempeño del personal de enfermería en la atención prenatal.

IV. MATERIAL Y METODOS

A. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

El presente estudio tiene un abordaje Cuantitativo, siendo que los resultados se representan a través de cuadros estadísticos. Es descriptivo porque se describen las competencias del personal de Enfermería en el control prenatal en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV, Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera Responsabilidad Limitada y es de corte transversal porque el estudio se realizó en un tiempo determinado.

B. UNIDAD DE ANALISIS

El universo de estudio fue conformado por 22 integrantes del equipo de Enfermería en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV Prestadora de Servicios de salud Fedecovera Responsabilidad Limitada, municipios de Cobán y Senahú, Alta Verapaz y según los lineamientos estadísticos la muestra fue el total del universo que permitió obtener datos representativos.

C. POBLACION

Fue conformado por 22 personas del equipo de Enfermería y el total de la muestra a investigar fueron los 22 integrantes de Enfermería donde se encuentran 2 licenciadas en enfermería, 4 a nivel técnico y 16 auxiliares de enfermería.

1. Criterios de Inclusión

Personal de Enfermería que labora en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV que aceptaron participar en la investigación, que tuvieron la disponibilidad de tiempo para poder responder el cuestionario y que trabajaban en esta Prestadora de Servicios de Salud.

2. Criterios de exclusión

Personal de Enfermería que no labore en esta Prestadora de Servicios de Salud y que por alguna razón personal no quieran participar en el proceso de investigación. En este estudio no se excluyó a ninguna persona.

D. DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE UNICA	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	PREGUNTAS
Competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal en las jurisdicciones de la Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV prestadora de servicios de salud Fedecovera R.L. en los municipios de Cobán y Senahú, departamento de Alta Verapaz de Enero a Marzo 2,013	Es la capacidad del personal de enfermería de planificar y prestar cuidados dirigidos a las personas, familia o comunidad, orientados a los resultados en salud evaluando su impacto, que describen los procesos por los cuales se diagnostica, trata o cuida un problema.	Que el personal de enfermería de las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV desarrolle para el control prenatal considerando los aspectos físicos, psicológicos y sociales.	Conocimiento o cognoscitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entre los síntomas más recurrentes y normales durante el proceso del embarazo son: <ol style="list-style-type: none"> a. Amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, micción frecuente. b. Sangrado vaginal, aumento tamaño de las mamas c. Vómitos frecuentes, visión borrosa y necesidad de ingerir determinado tipo de alimento d. Todas son correctas 2. Los cambios de contractilidad ocurren durante todo el embarazo y desde el primer trimestre se

				<p>registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas a la palpación. Estas contracciones no dolorosas e irregulares son conocidas con el nombre del autor que por primera vez las describió Braxton Hicks.</p> <p>a. Correcto b. Incorrecto</p> <p>3. Por el aumento del riego sanguíneo uterino durante el embarazo, el cérvix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo (signo de Chadwick), y hay un crecimiento de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco.</p> <p>a. Correcto b. Incorrecto c. No responde</p> <p>4. La presión sistólica y</p>
--	--	--	--	---

				<p>diastólica disminuye durante la primera mitad de embarazo (5 a 10 mm/Hg):</p> <p>a. Correcto b. Incorrecto</p> <p>5. Se supone que el valor mínimo normal de hemoglobina en la gestante con adecuado aporte de hierro es de 13g/dl, esta aseveración es:</p> <p>a. Falsa b. Verdadera</p> <p>6. Los signos y señales de peligro durante el embarazo son:</p> <p>a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____</p> <p>7. Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y</p>
--	--	--	--	--

			<p>perinatal:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Proceso de Enfermería b. Control prenatal c. Anamnesis d. Promoción <p>8. Los 7 pasos para la atención personalizada son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ <p>9. La frecuencia del control prenatal según Normas del Primer Nivel de Atención es:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Antes de las 12 semanas, alrededor de las 26 semanas, a las 32 semanas y entre las 36 y 38 semanas. b. A partir de las 20 semanas, alrededor de las 30 semanas y a las 40 semanas c. A las 13 semanas, alrededor de las 27 semanas y a las 37
--	--	--	---

				<p>semanas.</p> <p>d. a y c son correctas</p> <p>10. Las pruebas de laboratorio recomendadas a la gestante son las siguientes:</p> <p>11. El esquema de vacunación a la mujer embarazada es el siguiente:</p> <p>12. La ganancia de peso mínima mensual en la embarazada es:</p> <p>13. Esta regla propone que al primer día de la Fecha de Última Menstruación (FUM), se le sumarán siete días y al mes en que ocurrió la FUM, se le restarán tres meses. En caso necesario al año, se le sumará 1 año, dando como resultado la fecha probable de parto.</p> <p>a. Regla McDonald</p> <p>b. Regla de Pinard</p> <p>c. Regla de</p>
--	--	--	--	---

				<p>Naegele</p> <p>d. Regla de Wahl</p> <p>e. Ninguna es correcta</p> <p>14. Procedimiento que indica el progreso del crecimiento fetal. Si su medida es menos de lo esperado, de acuerdo a la edad Gestacional, puede relacionarse con limitación en el crecimiento intrauterino. Si su medida es mayor de lo esperado, de acuerdo a la edad Gestacional puede relacionarse con embarazo múltiple, poli hidramnios y otros.</p> <p>a. Control prenatal</p> <p>b. Control signos vitales</p> <p>c. Medición altura uterina</p> <p>d. Ninguna es correcta</p> <p>15. Se comienza a medir el fondo uterino luego de las 12 semanas de</p>
--	--	--	--	--

				<p>gestación. Generalmente entre la semana 20 a la 32 de gestación, la medida del fundouterino en centímetros corresponde a las semanas de gestación, esta definición es:</p> <p>a) Falsa b) Verdadera</p> <p>16. Forman parte de la exploración obstétrica estas permiten a la enfermera obtener datos relacionados con el feto como: su situación, posición, presentación y altura de la presentación:</p> <p>a. Maniobras de Leopold b. Examen físico a la embarazada c. Control prenatal d. a y b son correctas</p> <p>17. Es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el de la madre y puede ser longitudinal y transverso:</p> <p>a. Situación</p>
--	--	--	--	---

				<p>b. Presentación c. Posición</p> <p>18. Es la relación que guardan entre sí las distintas porciones del feto (cabeza, tronco y extremidades).</p> <p>a. Presentación de hombros b. Actitud fetal c. Altura de la presentación d. Ninguna es correcta</p> <p>19. Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por razón de que el feto solo tiene dos polos, solo existen dos posibles, la cefálica y la podálica.</p> <p>a. Encajamiento b. Variedad de posición c. Presentación d. a y b son correctos</p> <p>20. El proceso de Enfermería permite al personal de Enfermería prestar</p>
--	--	--	--	---

				<p>cuidados de forma racional, lógica y sistemática basándose en etapas que son:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Valoración, diagnóstico de Enfermeríab. Promoción y evaluaciónc. Planeación, intervención y evaluaciónd. Anamnesis, intervención y justificacióne. a y c son correctos
--	--	--	--	--

E. DESCRIPCION DE LAS TECNICAS, PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

1. TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para realizar el presente estudio se elaboró un cuestionario el cual sirvió para recolectar la información requerida para la presente investigación.

El cuestionario se conformó por 19 preguntas abiertas, de selección múltiple y cerradas con un tiempo estimado de 30 minutos para responder los cuestionamientos, se programó una reunión con el personal de enfermería de las tres jurisdicciones en la sede de la Prestadora donde se explicó el objetivo de la investigación, durante la resolución del cuestionario hubieron dudas e inquietudes de parte del personal, las cuales fueron resueltas. Cabe mencionar que antes de pasar el cuestionario, el personal de enfermería firmo el consentimiento informado.

La tabulación de los datos se hizo de forma manual, en cuadros estadísticos analizando profundamente los resultados.

F. ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION:

1. CONFIABILIDAD:

Radicó en las respuestas que se obtuvieron a través del cuestionario, describiendo las respuestas que los sujetos de estudio aportaron para la investigación.

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se realizó una nota de consentimiento informado para cada participante en el estudio, si en algún caso los sujetos de estudio no entendiesen el objetivo de ésta se tomó el tiempo para volver a explicar, firmaron el documento de consentimiento informado.

3. AUTODETERMINACION:

Los sujetos fueron tratados como agentes autónomos, recibieron información sobre el estudio, decidieron si participarían en la investigación y que podrían abandonar el estudio cuando ellos así lo quisieran sin sancionarlos.

4. CONFIDENCIALIDAD:

Ninguna persona tuvo acceso a la información, fue estrictamente confidencial.

5. JUSTICIA:

Durante el proceso de la recolección de datos se trató a las personas con respeto, equidad, tomando en cuenta su intimidad e individualidad. Se respetó las opiniones plasmadas en los cuestionarios.

6. AUTORIZACION INSTITUCIONAL:

Se solicitó permiso de forma escrita a la Gerencia de la Prestadora de Servicios de Salud, Fedecovera R.L. y al departamento de recursos humanos para llevar a cabo la investigación de campo.

7. BENEFICIENCIA:

Mediante esta investigación se ayudara a la población ya que a partir de los hallazgos encontrados en el Personal de Enfermería, mejorara el tipo de atención que se les brinda en los centros de convergencia.

V. RESULTADOS

Tabla No. 1

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
1.	Entre los síntomas más recurrentes y normales durante el proceso del embarazo son:	a. Amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, micción frecuente.	9	40.91
		b. Sangrado vaginal, aumento tamaño de las mamas	0	0
		c. Vómitos frecuentes, visión borrosa y necesidad de ingerir determinado tipo de alimento	6	27.27
		d. Todas son correctas	6	27.27
		e. No responde	1	4.55
		Total	22	100

Tabla No. 2

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
2.	Los cambios de contractilidad ocurren durante todo el embarazo y desde el primer trimestre se registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas a la palpación. Estas contracciones no dolorosas e irregulares son conocidas con el nombre del autor que por primera vez las describió Braxton Hicks.	a. Correcto	9	40.91
		b. Incorrecto	13	59.09
		Total	22	100

Tabla No. 3

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
3.	Por el aumento del riego sanguíneo uterino durante el embarazo, el cervix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo (signo de Chadwick) y hay un crecimiento de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco.	a. Correcto	13	59.09
		b. Incorrecto	3	13.64
		c. No responde	6	27.27
		Total	22	100

Tabla No. 4

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
4.	La presión sistólica y diastólica disminuye durante la primera mitad de embarazo (5 a 10 mm/Hg):	a. Correcto	11	50
		b. Incorrecto	11	50
		Total	22	100

Tabla No. 5

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
5.	Se supone que el valor mínimo normal de hemoglobina en la gestante con adecuado aporte de hierro es de 13g/dl, esta aseveración es:	a. Falsa	8	36.36
		b. Verdadera	13	59.1
		c. No responde	1	4.54
		Total	22	100

Tabla No. 6

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
6.	Signos y señales de peligro durante el embarazo.	a. Lo definen	21	95.45
		b. No lo definen	1	4.55
		Total	22	100

Tabla No. 7

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
7.	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar la morbimortalidad materna y perinatal.	a. Proceso de enfermería	0	0
		b. Control Prenatal	20	90.90
		c. Anamnesis	1	4.55
		d. Promoción	1	4.55
		Total	22	100

Tabla No. 8

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
8.	Los 7 pasos para la atención personalizada	a. No lo define	20	90.91
		b. Lo define	2	9.09
		Total	22	100

Tabla No. 9

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
9.	La frecuencia del control prenatal según Normas del Primer Nivel de atención es:	a. Antes de las 12 semanas, alrededor de las 26 semanas, a las 32 semanas y entre las 36 y 38 semanas	21	95.45
		b. A partir de las 20 semanas, alrededor de las 30 semanas y a las 40 semanas	0	0
		c. A las 13 semanas, alrededor de las 27 semanas y a las 37 semanas	0	0
		d. a y c son correctas	1	4.55
		Total	22	100

Tabla No. 10

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
10.	Las pruebas de laboratorio y la ganancia de peso en la embarazada.	a. Lo define	2	9.09
		b. No lo define	20	90.91
		Total	22	100

Tabla No. 11

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
11.	El esquema de vacunación a la mujer embarazada.	a. Lo define	11	50.00
		b. No lo define	11	50.00
		Total	22	100

Tabla No. 12

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
12.	Esta regla propone que al primer día de la Fecha de Última Menstruación (FUM) se le sumaran siete días y al mes en que ocurrió la FUM, se le restaran tres meses. En caso necesario al año, se le sumara 1 año, dando como resultado la fecha probable de parto.	a. Regla de McDonald	8	36.36
		b. Regla de Pinard	1	4.55
		c. Regla de Naegele	7	31.82
		d. Regla de Wahl	5	22.73
		e. Ninguna es correcta	1	4.54
		f. No responde	22	100

Tabla No. 13

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
13.	Procedimiento que nos indica el progreso de crecimiento fetal. Si su medida es menos de lo esperado, de acuerdo a la edad gestacional, puede relacionarse con limitación en el crecimiento intrauterino. Si su medida es mayor de lo esperado, de acuerdo a la edad Gestacional puede relacionarse con embarazo múltiple, polihidramnios y otros.	a. Control prenatal	1	4.55
		b. Control de signos vitales	0	0
		c. Medición altura uterina	19	86.36
		d. Ninguna es correcta	2	9.09
		Total	22	100

Tabla No. 14

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
14.	Se comienza a medir el fondo uterino luego de las 12 semanas de gestación. Generalmente entre la semana 20 a la 32 de gestación, la medida del fondo uterino en centímetros corresponde a las semanas de gestación, esta definición es:	a. Falsa	7	31.82
		b. Verdadera	14	63.64
		c. No responde	1	4.54
		Total	22	100

Tabla No. 15

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
15.	Forman parte de la exploración obstétrica estas permiten a la enfermera a obtener datos relacionados con el feto como: su situación, posición, presentación altura de la presentación:	a. Maniobras de Leopold	15	68.18
		b. Examen físico a la embarazada	2	9.09
		c. Control prenatal	0	0
		d. a y b son correctas	5	22.73
		Total	22	100

Tabla No. 16

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
16.	Es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el de la madre y puede ser longitudinal y transversal.	a. Situación	6	27.27
		b. Presentación	12	54.55
		c. Posición	2	9.09

	d. Nula	2	9.09
	Total	22	100

Tabla No. 17

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
17.	Es la relación que guardan entre si las distintas porciones del feto (cabeza, tronco y extremidades).	a. Presentación de hombros	1	4.55
		b. Actitud fetal	4	18.18
		c. Altura de la presentación	4	18.18
		d. Ninguna es correcta	13	59.09
		Total	22	100

Tabla No. 18

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
18.	Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por razón de que el feto solo tiene dos polos, solo existen dos posibles, la cefálica y la podálica.	a. Encajamiento	8	36.36
		b. Variedad de posición	0	0
		c. Presentación	9	40.91
		d. a y b son correctos	4	18.18
		e. nula	1	4.55
		Total	22	100

Tabla No. 19

No.	Pregunta	Respuesta	Frecuencia	%
19.	El proceso de Enfermería permite al personal de Enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática	a. valoración, diagnóstico de Enfermería	5	22.73
		b. promoción y evaluación	1	4.55
		c. planeación, intervención y evaluación	2	9.09
		d. anamnesis, intervención y justificación	0	0

	basándose en etapas que son:	e. a y c son correctos	13	59.09
		f. no responde	1	4.54
		Total	22	100

VI. DISCUSION Y ANALISIS

El 40.91% del personal de enfermería encuestado conocen los síntomas comunes durante el embarazo siendo ésta una ventaja al momento del control prenatal, ya que es en este momento cuando se informa a la paciente sobre su estado gestacional y los síntomas más comunes en este proceso. Es muy importante que el personal de Enfermería defina que desde el principio y durante todo el proceso de gestación las mujeres experimentan toda clase de síntomas. Algunos son conocidos y muy frecuentes, como las náuseas matutinas, la amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, somnolencia, mareos, cambios a la hora de percibir los olores que se acostumbraba, la necesidad de ingerir determinado tipo de alimentos y la incontrolable necesidad de orinar a cada momento, y otros que podrían ser síntomas de alarma.

El presente informe demuestra que el 59.09% del personal de enfermería aun no conoce a cabalidad la definición de las contracciones de Braxton Hicks por lo que es necesario retomar estos temas y retroalimentar al personal que brinda cuidado directo en los centros de convergencia.

Entre los cambios a nivel del cérvix durante el embarazo está el signo conocido como Signo de Chadwick el cual se caracteriza por el aumento del riego sanguíneo uterino, reblandecimiento y se torna de color violáceo y favorece la producción de moco; el 59.09% del personal encuestado conoce la definición del cambio que sucede a nivel del cérvix lo cual es una ventaja durante el examen físico, ya que si es un centro de convergencia lejano y no hay acceso a laboratorio para descartar un embarazo la identificación de este signo favorece a la captación de embarazos durante el primer trimestre.

En relación a signos vitales, específicamente la presión arterial, el 50% del personal encuestado identifica los valores normales durante la primera mitad del embarazo y el otro 50% no los define claramente.

Durante el embarazo aumenta el volumen sanguíneo y disminuye la concentración de hemoglobina por lo que es frecuente apreciar una anemia leve, que aunque no suele requerir tratamiento conviene saber prevenir. Normalmente esta deficiencia no afecta al feto, pero si la anemia es grave (el valor de la hemoglobina desciende por debajo de 7g/dL) puede repercutir negativamente en la gestación, y está relacionada con nacimientos prematuros, riesgo de infecciones e incluso abortos y mortalidad perinatal.

Según lineamientos de las Normas del Primer Nivel de Atención se refiere a que el valor normal de hemoglobina durante el embarazo oscila entre 11g/dl lo que refleja que el 59.1% del personal encuestado no define claramente los valores normales de hemoglobina en la gestante.

En relación a la identificación de signos y señales de peligro durante el embarazo, el 95.45% del personal de enfermería encuestado los define claramente. Entre las acciones preventivas durante el embarazo según Lineamientos de las Normas de Primer Nivel de Atención está el hacer énfasis en la detección de signos y señales de peligro según cada trimestre de embarazo. En la Ley para la Maternidad Saludable en el Artículo 8. Atención obligatoria durante el embarazo, en los incisos a y b hace énfasis en que la atención prenatal sea integral y se realice basado en evidencia científica.

El control prenatal debe ser eficaz, eficiente, periódico, integral y extenso. Esto significa que la cobertura deber ser máxima (sobre el 90% de la población obstétrica) y que el equipo de salud entienda la importancia de su labor. Afortunadamente el 90.90% de la población encuestada define lo que es control prenatal.

Alta Verapaz se caracteriza por ser una región multiétnica, multilingüe y pluricultural, es rica en creencias, pero muchas veces la salud de la población se ve afectada por el factor cultural lo que ha impedido que las embarazadas acudan a los servicios de

salud, en ocasiones el personal que brinda cuidado directo ha sido responsable del alejamiento de las usuarias a los servicios de salud ya que no han brindado una atención prenatal personalizada. Lo anterior se ve reflejado, ya que solo un 9.09% define los 7 pasos de la atención personalizada.

Según los lineamientos de las Normas del Primer Nivel de Atención la frecuencia del control prenatal es antes de las 12 semanas, alrededor de las 26 semanas, a las 32 semanas y entre las 36 y 38 semanas. Esto con el fin de ir detectando oportunamente signos y señales de peligro en cada trimestre del embarazo. Afortunadamente el 95.45% de la población encuestada conoce el intervalo de controles prenatales y lo aplica a nivel de jurisdicción, lo que favorece a la salud de las gestantes. En un país con una alta tasa de natalidad y con una serie de desigualdades sociales se considera importante el informar a la población sobre los beneficios que puede conllevar un control prenatal frecuente y como éste puede mejorar la calidad de vida tanto de la gestante como del feto.

Es preocupante que el personal de enfermería no identifique claramente las pruebas de laboratorio que se recomienda a una gestante según cada trimestre del embarazo, el esquema de vacunación con Toxoide tetánico y la ganancia de peso mínima mensual. La prevención, a través de la realización de estudios adecuados, control de peso mensual, vacunación, recomendaciones y seguimiento, evita o reduce complicaciones y riesgos obstétricos. Por este motivo la atención y cuidado de las embarazadas es un capítulo esencial en el ámbito de la salud preventiva a nivel de centros de convergencia.

Existen varias reglas obstétricas para calcular la fecha probable de parto, entre la más utilizada por el personal de enfermería es la de Naegele. El 68.18% del personal encuestado no define científicamente esta regla.

En relación a la medición de altura uterina el 86.36% del personal encuestado define este procedimiento siendo esto una gran ventaja ya que mediante este proceso se determina el progreso del crecimiento fetal y da la pauta de alguna anomalía intrauterina, como la presencia de un embarazo múltiple, poli hidramnios, diabetes

Gestacional, obesidad en la gestante, retraso de crecimiento intrauterino, anhidramnios o bajo peso en la gestante.

También se puede decir que hay debilidad en el manejo de la nomenclatura obstétrica (presentación, posición, actitud fetal) ya que solo el 28.78% lo definen claramente.

El proceso de enfermería es una herramienta útil y muy importante en la labor del personal de enfermería ya que consiste en una serie de pasos sistemáticos que el fin primordial es brindar atención integral a la paciente.

Es satisfactorio que 59.09% del personal encuestado conoce las etapas del Proceso de Enfermería lo cual es una ventaja ya que la atención que se brinde a las gestantes será con calidez siguiendo un orden lógico y no solamente se quedará en la atención directa sino en intervenciones, investigación de casos especiales para planificar acciones factibles y lograr la recuperación de la salud y contar con un correcto diagnóstico de enfermería; sin embargo hay un 40.91% del personal que no define claramente este proceso.

6.1 Resultados de Intervención

- 6.1.1 Implementación de proyecto dirigido al personal de enfermería que brinda atención prenatal para fortalecer las competencias técnicas y prácticas contribuyendo en un 75% en la disminución de complicaciones y riesgos obstétricos así también la identificación oportuna de signos y señales de peligro, realizando referencia oportuna de casos. La población beneficiaria directa se refiere a 1,850 embarazos esperados en las tres jurisdicciones que recibirán los resultados del proyecto. El proyecto abarcará todas las comunidades de las jurisdicciones en los municipios de Cobán y Senahu, departamento de Alta Verapaz.
- 6.1.2 El proyecto a ejecutar es la Implementación de Guía y material didáctico en los centros de convergencia enfocados a exámenes de laboratorio, ganancia de peso mensual, los siete pasos de la atención personalizada y nomenclatura obstétrica, una de las ventajas de la guía y el material didáctico es que es viable y sostenible ya que los recursos a necesitar son factibles tomando en cuenta el menor costo del material y el mantenimiento.
- 6.1.3 La gestión con otras instituciones públicas y privadas para el apoyo de las acciones a ejecutarse tales como Hospital Regional de Cobán, Centro de Salud de Cobán y Senahu, Dirección de Área de Salud de Alta Verapaz, Proyecto Tula Salud, Médicos del Mundo, Escuela de Enfermería, Proyecto de Procomida-MercyCorp contribuirán de gran manera al alcance de las metas y objetivos.

6.2 Conclusiones

- 6.2.1 El 40.91% del personal de enfermería conoce a cabalidad los síntomas más recurrentes y normales durante el proceso del embarazo, sin embargo un 59.09% tiende a crear confusión con la sintomatología normal y los signos y señales de peligro.
- 6.2.2 El personal de enfermería no conoce a cabalidad los cambios de contractilidad que sufre la gestante, tales son las contracciones indoloras e irregulares conocidas como de Braxton Hicks así también la identificación de cambios a nivel del cervix (signo de Chadwick) siendo una debilidad porque se podría crear una falsa alarma refiriendo a la paciente cuando no sea necesario.
- 6.2.3 El 50% del personal de enfermería no maneja a cabalidad los valores normales de la presión arterial, el valor mínimo de la hemoglobina y las vacunas durante el embarazo. También no definen los laboratorios que debe realizarse y la ganancia de peso en cada trimestre de embarazo.
- 6.2.4 Afortunadamente el 95.45% de los encuestados definen claramente los signos y señales de peligro durante embarazo y la frecuencia del control prenatal, siendo una fortaleza en el personal al momento de brindar la consejería.
- 6.2.5 Dentro del contexto del Proceso Atención de Enfermería la valoración de la embarazada, incluye la exploración física y obstétrica de la gestante. Estas permiten a la enfermera obtener datos relacionados con el feto como: su situación, posición, presentación y altura de la presentación, elementos fundamentales que se deben de conocer particularmente al término de la

gestación ya que dan elementos para la toma de decisiones en la definición de la vía de nacimiento, desafortunadamente el personal de Enfermería no define claramente estos términos.

6.3 Recomendaciones

- 6.3.1 Que la coordinadoratécnica de la Prestadora de Servicios de Salud, durante las capacitaciones mensuales se enfoque a los síntomas normales, los signos de peligro y los cambios a nivel del sistema circulatorio en la gestante haciéndolo uso de material didáctico y de de forma lúdica para un mayor aprendizaje.
- 6.3.2 Durante el monitoreo que realiza la Coordinadora Técnica a nivel de centros de convergencia, centros comunitarios y comunidades satélites durante la atención directa que brinda el personal de Enfermería, identifique debilidades en el control de la presión arterial, pruebas de laboratorio y el esquema de vacunación; momento oportuno para reforzar estos temas.
- 6.3.3 Que el personal de Enfermería, al momento de hacer el control prenatal aplique la atención personalizada mediante los siete pasos ya que ésta es una herramienta útil, básica e indispensable al momento de brindar cuidado directo porque es integral, abarca en su totalidad a la paciente, pareja y familia.
- 6.3.4 Que las autoridades de la Dirección de Área de Salud, Distrito Municipal de Salud y Prestadora de Salud realicen periódicamente actividades de monitoreo en centros de convergencia enfocado al control prenatal.
- 6.3.5 Que el personal de enfermería base sus cuidados de Enfermería en las Normas de Salud Integral del Primer y Segundo Nivel de Atención, Guía para

la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal y en la Ley para la maternidad saludable, para brindar una atención científica, con calidad, con calidez, pronta y oportuna.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ann MarrinerTomey y Martha RaileAlligood. Modelos y teorías en enfermería. Cuarta edición. España. HarcourtBrace de España 1999.
2. Beverly Witter Du Gas. Tratado de Enfermería Practica. Cuarta edición. Interamericana. Dr. Jorge OrizagaSampeio. 1986
3. Berek, Jonathan S. Ginecología de NOVAK. 13 ediciones. Los Ángeles California 2002. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A.
4. Bloomberg de Johns Hopkins. Manual Mundial para Proveedores Planificación Familiar. Proyecto informativo Organización Mundial de la Salud. 2007.
5. Burt Meeks y Linda Brower Meeks. Educación Sexual. University of Maryland. Segunda edición. 1985
6. Canal Fernanda. El cuerpo Humano. Quinta edición. Barcelona España. Eduard Arnau. 1993
7. Consejo Nacional de Enfermería. Código de Ética. Guatemala C.A. Primera edición. 1995.
8. Diccionario de Medicina Océano Mosby. Dirección técnica. España. Edición Graciela de Ángelo Mercedes Clara. 1994

9. [entrepadres.imujer.com/.../síntomas-normales-durante-el-embarazo-y-cuando actuar de inmediato](http://entrepadres.imujer.com/.../síntomas-normales-durante-el-embarazo-y-cuando-actuar-de-inmediato). Consultado el 10 de marzo 2014
10. es.wikipedia.org/wiki/Embarazo. Consultado el 10 de marzo 2014.
11. http://www.who.int/j免疫ization/Tetanos_vaccine_SP.pdf. Consultado el 10/03/2014.
12. <http://www.consumer.es/web/es/bebe/embarazo/primertrimestre/2012/02/24/207189.php>. Consultado el 10/03/2014.
13. <http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/Sistematizaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud%20con%20Pertinencia%20Cultural.%20Guatemala%202010.pdf>
14. http://www.uax.es/fileadmin/templates/webuax/docs/Competencias_Enfermeria.pdf. Consultado el 11 de marzo 2014.
15. Kestler, Edgar. Donde dar a luz. La decisión de la mujer sobre el lugar del parto en comunidades indígenas de Guatemala. Factores determinantes para aumentar el parto institucional y disminuir la muerte materna y perinatal dentro de la población indígena de Guatemala. Guatemala agosto 2012.
16. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Departamento de regulación de los programas de atención a las personas/DRPAP. Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel. Guatemala, Guatemala.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Tabla 3. Censo poblacional por municipio, centro de convergencia, comunidad, sector, por grupo de edad y sexo. Jurisdicciones La Nueva Esperanza, Senahú III y Senahú IV. Fedecovera R.L. Cobán, Alta Verapaz. 2013

18. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Encuesta Nacional de Salud Materno infantil. Guatemala 2002.
19. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guías para la Entrega de Métodos. Tomo I Planificación Familiar Guatemala 2003.
20. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Plan Técnico Para La Prestación De Servicios Integrales De Salud En El Marco De Fortalecimiento Del Programa Extensión De Cobertura Una Estrategia Segura Para Universalización De La Salud Y El Cumplimiento Del Pacto Hambre 0". Jurisdicciones La Nueva esperanza, Senahú III y Senahú IV. Año 2013 Año 2013
21. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Forma 2A, Forma 2B y forma 2C Autopsia Verbal. Fedecovera R.L. Cobán Alta Verapaz. 2009 y 2010.
22. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa de extensión de cobertura de los servicios integrales de salud. Descripción de puestos del personal contratado por las prestadoras de salud. Guatemala enero 2013.
23. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Ley de Planificación Familiar, un derecho humano, exijamos que se cumpla. Guatemala. Decreto No. 87-2005. 2007
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la Implementación de la Atención Integral Materna y Neonatal. Calificada con Enfoque de Género y con Pertinencia Cultural, en los Servicios Institucionales de atención del Parto. Guatemala 2011.

25. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Una estrategia segura para la universalización de la salud y el cumplimiento del Pacto Hambre Cero. Guatemala octubre 2012.
26. Ministerio de Salud Pública y asistencia Social. Ley para la maternidad saludable y su reglamento. Guatemala, septiembre 2012.
27. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Universidad San Carlos de Guatemala, Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala. Manual de Enfermería Materno Neonatal. Segunda edición. Guatemala 2011.
28. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Vigilancia de la Embarazada y de la muerte de mujeres en edad fértil para identificación de las muertes maternas. Segunda edición. Guatemala 2013.
29. Organización Panamericana de la Salud. Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en Enfermería Manual Clínico. Biblioteca Sede OPS-catalogación en la fuente. Washington, D.C. 2009. Página 59.
30. Riveiro Nuila Sheila Karina. Enfermera Profesional. Enfermería Materno Infantil. Programa de enfermeras y enfermeros a distancia. Cobán Alta Verapaz. Edición Escuela nacional de Enfermería de Cobán. Guatemala 2010. Página 90
31. Robert Berkow MD y Andrew J. Fletcher MBB. Manual Merck de Diagnóstico y Terapéutica. Novena edición. España. Editorial Océano/Centrum. 1994
32. Schwarcz – Sala-Duverges. Obstetricia. Sexta edición. Buenos Aires. Editorial El Ateneo 2012.

33. Sharon J. Reeder y Martin Leonel. Enfermería Materna Infantil. México. Aguilar Ortega, María Teresa y Fener de la Torre. 1988, 1992, 1995
34. www.definicionabc.com.ciencia. consultado el 08-08-2013.
35. www.es.wikipedia.org/wiki/Embarazo. Consultado 26-09-2013
36. www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/.../obstetricia1/.../FPARTO.pdf.
Consultado 03/10/2013
37. Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/Wiedenbachernestine.htm
Consultado el 10/10/2013
38. Zamora Editores LTDA. Gustavo de Elorza Martínez. Manual de Enfermería. Colombia. Tercera edición. Prenter Colombiana S.A. 1995.

VIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE POSGRADOS
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERAS DE GUATEMALA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cobán, Alta Verapaz Octubre 2,013

TITULO DEL ESTUDIO: Competencias que posee el personal de Enfermería en el Control Prenatal, con el objetivo de describir los conocimientos que posee el personal de Enfermería en el Control Prenatal en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahu III y Senahu IV en los municipios de Cobán y Senahu, departamento de Alta Verapaz.

Estudiante de Maestría Materno Neonatal: Lcda. Irma Yolanda Gómez Pop
Carnet No. 200321326

La participación en el estudio es voluntaria y les ocupara una hora aproximadamente. Puede abandonar el estudio cuando lo desee y su trabajo no se verá afectado en lo absoluto.

La información del estudio será recopilada y procesada de manera segura por la responsable de la investigación y no será compartida con nadie sin su previa autorización. No se publicaran nombres durante ni después del estudio.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente decido en participar en este estudio.

Firma del sujeto de la investigación

Fecha

He explicado el estudio a la persona arriba firmante y confirmado su comprensión para el consentimiento informado.

Firma de la responsable de la investigación

Fecha

Universidad San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Escuela de Posgrados
Escuela Nacional de Enfermeras de Guatemala

Código: _____
Jurisdicción: _____
Profesión: _____

Estudio de Tesis: **Competencias que posee el personal de Enfermería en el Control Prenatal en las jurisdicciones de La Nueva Esperanza, Senahu III y Senahu IV en los municipios de Cobán y Senahu departamento de Alta Verapaz de Enero a Marzo 2013.**

Objetivo: Describir las competencias que posee el personal de enfermería en el control prenatal en las jurisdicciones La Nueva Esperanza, Senahu III y Senahu IV, Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera R.L. en los municipios de Cobán y Senahu de Enero a Marzo 2013.

Estudiante: Licenciada en Enfermería Irma Yolanda Gómez Pop.
Carne: 200321326

CUESTIONARIO

Este instrumento está diseñado para recolectar información en el personal de Enfermería que labora que las tres jurisdicciones de la Prestadora de Servicios de Salud Fedecovera sobre las competencias que poseen en el Control Prenatal, ésta es una investigación académica que se desarrolla previo a obtener el grado de Maestra en Enfermería Materno Neonatal, todos los datos serán manejados con confidencialidad, no se compartirá la información sin previa autorización, ninguna otra persona tendrá acceso a esta información, durante el proceso de recolección de datos usted será tratado/a con respeto, se mantendrá su individualidad e intimidad. Por lo que solicito su colaboración a efecto de responder el presente cuestionario, de antemano agradezco su colaboración.

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de preguntas, responda según crea conveniente, de acuerdo a los conocimientos y la experiencia laboral que tiene sobre el Control Prenatal.

21. Entre los síntomas más recurrentes y normales durante el proceso del embarazo son:
 - e. Amenorrea, hipersensibilidad en los pezones, micción frecuente.
 - f. Sangrado vaginal, aumento tamaño de las mamas
 - g. Vómitos frecuentes, visión borrosa y necesidad de ingerir determinado tipo de alimento
 - h. Todas son correctas
22. Los cambios de contractilidad ocurren durante todo el embarazo y desde el primer trimestre se registran contracciones irregulares, que en el segundo trimestre pueden ser percibidas a la palpación. Estas contracciones no dolorosas e irregulares son conocidas con el nombre del autor que por primera vez las describió Braxton Hicks.

- c. Correcto
 - d. Incorrecto
23. Por el aumento del riego sanguíneo uterino durante el embarazo, el cérvix sufre un marcado reblandecimiento, su color es violáceo (signo de Chadwick), y hay un crecimiento de las glándulas de la mucosa cervical, favoreciendo la producción de moco.
- d. Correcto
 - e. Incorrecto
 - f. No responde
24. La presión sistólica y diastólica disminuye durante la primera mitad de embarazo (5 a 10 mm/Hg):
- c. Correcto
 - d. Incorrecto
25. Se supone que el valor mínimo normal de hemoglobina en la gestante con adecuado aporte de hierro es de 13g/dl, esta aseveración es:
- c. Falsa
 - d. Verdadera
26. Los signos y señales de peligro durante el embarazo son:
- f. _____
 - g. _____
 - h. _____
 - i. _____
 - j. _____
27. Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal:
- e. Proceso de Enfermería
 - f. Control prenatal
 - g. Anamnesis
 - h. Promoción
28. Los 7 pasos para la atención personalizada son:
- 1 _____
 - 2 _____
 - 3 _____
 - 4 _____
 - 5 _____
 - 6 _____
 - 7 _____

29. La frecuencia del control prenatal según Normas del Primer Nivel de Atención es:

- e. Antes de las 12 semanas, alrededor de las 26 semanas, a las 32 semanas y entre las 36 y 38 semanas.
- f. A partir de las 20 semanas, alrededor de las 30 semanas y a las 40 semanas
- g. A las 13 semanas, alrededor de las 27 semanas y a las 37 semanas.
- h. a y c son correctas

30. Las pruebas de laboratorio recomendadas a la gestante son las siguientes:

Primer control	Segundo control	Tercer control	Cuarto control

31. El esquema de vacunación a la mujer embarazada es el siguiente:

Numero de dosis	Intervalo

32. La ganancia de peso mínima mensual en la embarazada es:

Meses embarazo por altura uterina	Cantidad libras debe sumar al peso actual igual o mayor 23 cms	Cantidad de libras que debe sumar con circunferencia de brazo <23 cms
1er. Mes		
2do. Mes		
3er. Mes		
4to. Mes		
5to. Mes		
6to. Mes		
7º. mes		
8º. Mes		
9º. Mes		
TOTAL		

33. Esta regla propone que al primer día de la Fecha de Última Menstruación (FUM), se le sumarán siete días y al mes en que ocurrió la FUM, se le restarán tres meses. En caso necesario al año, se le sumará 1 año, dando como resultado la fecha probable de parto.
- f. Regla McDonald
 - g. Regla de Pinard
 - h. Regla de Naegele
 - i. Regla de Wahl
 - j. Ninguna es correcta
34. Procedimiento que nos indica el progreso del crecimiento fetal. Si su medida es menos de lo esperado, de acuerdo a la edad Gestacional, puede relacionarse con limitación en el crecimiento intrauterino. Si su medida es mayor de lo esperado, de acuerdo a la edad Gestacional puede relacionarse con embarazo múltiple, poli hidramnios y otros.
- e. Control prenatal
 - f. Control signos vitales
 - g. Medición altura uterina
 - h. Ninguna es correcta
35. Se comienza a medir el fondo uterino luego de las 12 semanas de gestación. Generalmente entre la semana 20 a la 32 de gestación, la medida del fondo uterino en centímetros corresponde a las semanas de gestación, esta definición es:
- c) Falsa
 - d) Verdadera
36. Forman parte de la exploración obstétrica estas permiten a la enfermera obtener datos relacionados con el feto como: su situación, posición, presentación y altura de la presentación:
- e. Maniobras de Leopold
 - f. Examen físico a la embarazada
 - g. Control prenatal
 - h. a y b son correctas
37. Es la relación que guarda el eje longitudinal del feto con el de la madre y puede ser longitudinal y transverso:
- d. Situación
 - e. Presentación
 - f. Posición
38. Es la relación que guardan entre sí las distintas porciones del feto (cabeza, tronco y extremidades).
- e. Presentación de hombros
 - f. Actitud fetal
 - g. Altura de la presentación
 - h. Ninguna es correcta

39. Es la identificación de cuál de los dos polos fetales se pone en proximidad o en contacto con la pelvis menor. Por razón de que el feto solo tiene dos polos, solo existen dos posibles, la cefálica y la podálica.
- e. Encajamiento
 - f. Variedad de posición
 - g. Presentación
 - h. a y b son correctos
40. El proceso de Enfermería permite al personal de Enfermería prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática basándose en etapas que son:
- f. Valoración, diagnóstico de Enfermería
 - g. Promoción y evaluación
 - h. Planeación, intervención y evaluación
 - i. Anamnesis, intervención y justificación
 - j. a y c son correctos

PERMISO DE LA AUTORA PARA COPIAR EL TRABAJO

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