

UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
UNIDAD ACADÉMICA LAS PIEDRAS
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD PANDO



**MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA EN EL TERCER
TRIMESTRE DEL CONTROL PRE NATAL, EN EL PUESTO
DE SALUD DE BELLA FLOR.**

AUTOR: UNIV. YERKO BALCAZAR LIMPIAS

TUTORA: LIC. ROSAURA MELGAR

RIBERALTA – BENI - BOLIVIA

2018

AGRADECIMIENTO

A Dios...

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis Padres...

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis Familiares...

Por ser fuente de energía cuando la necesitaba.

A la UAP- UALP...

Por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional.

Al Personal del Centro de Salud...

Por haberme acogido durante estos 3 meses en mi S.S.RO.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que les encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

DEDICATORIA

Esta Investigación va dedicadaa los principales impulsores de mis sueños, MI HIJO Y ESPOSA,pues sin ustedes no hubiese podido lograr que entre muchos vaivenes de la vida lograra alcanzar a la meta. Son los causantes de mi anhelo de salir adelante, progresar y culminar con éxito, se los dedico por cada esfuerzo que realice en la construcción de esta.

INDICE GENERAL

	RESUMEN	10
	INTRODUCCION	11
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1	Antecedentes	13
1.2	Enunciado del Problema	15
1.3	Pregunta de Investigación	16
1.4	Objeto de estudio	17
1.5	OBJETIVOS	17
1.5.1	Objetivo General	17
1.5.2	Objetivos Específicos	17
1.6	Delimitación	18
1.7	Justificación	19
2	MARCO TEÓRICO	21
2.1.	Salud materna infantil	21
2.1.1	Control Pre Natal	21
2.1.2	Calidad y tiempo para realizar el control pre natal	23
2.2	Control del embarazo desde la atención primaria	24
2.2.1	Número de visitas	24
2.2.2	Anamnesis	25
2.2.3	Exploración Física	25
2.2.4	Exploración Ginecológica	26
2.2.5	Pruebas Analíticas	27

2.3	Actividades en visitas sucesivas	28
2.3.1	Anamnesis	28
2.3.2	Exploración física	28
2.3.3	Pruebas analíticas	29
2.4	Actividades realizadas de forma rutinaria	29
2.5	Vacunación	30
2.6	Manejo de la mujer embarazada en el tercer trimestre	31
2.7	Actividades en las visitas puerperales	33
2.7.1	Puérperas Inmediatas	33
3	DISEÑO METODOLOGICO	35
3.1	Tipo de investigación	35
3.2	Enfoque de la investigación	35
3.3	Población y muestra	35
3.4	Técnica e instrumento de recolección de datos	35
3.5	Procesamiento de la información	35
4	RESULTADOS	36
5	CONCLUSIONES	45
5.1	Conclusiones	45
5.2	Recomendaciones	47
6	BIBLIOGRAFÍA	48
7	ANEXO	

INDICE DE IMÁGENES

1	Requisitos para el control pre natal	19
2	Evolución del feto en el tercer trimestre de embarazo	28
3	Visita puerperal	30

INDICE DE CUADROS

1	Ganancia de peso durante el embarazo, según el peso gestacional	23
2	Esquema de vacunación en gestantes	28

INDICE DE GRAFICOS

1.	Número y Edad de las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo	33
2.	Semanas de gestación	34
3.	Número de Controles	35
4.	Actualiza datos de la historia clínica en cada control	36
5.	Se realiza el Control de peso	37
6.	Control de Presión Arterial	38
7.	Mide la Altura uterina	38
8.	Realiza las Maniobras de Leopold	39
9.	Realiza la Detección de frecuencia cardiaca fetal	39
10.	Solicita Ecografía	40
11.	Solicita Análisis de sangre	41
12.	Pregunta si la gestante presenta algún flujo vaginal	42
13.	Se realiza la Orientación sobre Lactancia Materna.	43
14.	Se realiza orientación sobre la alimentación.	43
15.	Se orienta sobre los controles más seguidos que se realizaran	44
16.	La Embarazada recibe orientación sobre factores de riesgo como edemas u otros síntomas que esta comenzado a percibirlos de forma habitual.	45
17.	Se orienta sobre la Preparación para el Parto.	46

ANEXOS

1.	Normas que cuenta el Centro de Salud sobre atención a la mujer embarazada	
2	Ficha de recolección de datos	
3	Ficha de recolección de datos observacional	
4	Atención a la mujer que realiza su control en el tercer trimestre	
5	Registro del carnet de control pre natal	
6	Ecografías y análisis de laboratorio	
7	Búsqueda de información	

RESUMEN

El control prenatal es el cuidado médico que recibe la mujer gestante de forma periódica durante su embarazo. En los primeros meses las citas de control pre natal son mensuales y su frecuencia aumenta en el tercer trimestre conforme se acerca la fecha probable de parto. Un embarazo saludable es importante para asegurar las mejores condiciones de salud para la madre y el feto.

La presente investigación con diseño de tipo descriptivo correlacional y con enfoque cuantitativo, tuvo por objetivo, determinar el manejo que realiza el personal de salud a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre del control pre natal, en el Puesto de Salud de Bella Flor, Municipio de Riberalta, durante los meses de octubre de la gestión 2018 a enero de la gestión 2019. Donde tuvo como muestra a 5 mujeres que se encontraban en el tercer trimestre de gestación y que realizaban sus controles regulares. A quienes se aplicó una Ficha de Recolección de datos, procediéndose con la recolección de la información para la interpretación de los mismos.

Los resultados de la investigación determinan que el personal de salud realiza las siguientes actividades rutinarias: actualización de historias clínicas, control de peso, talla, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, medición de altura uterina, maniobras de Leopold, orden de análisis de sangre, para que se la realicen en el Materno Infantil Reinun Roinen de nuestra ciudad de Riberalta, orientación en lactancia materna exclusiva, preparación del parto, se pudo evidenciar que el personal cumple con un 100% estas actividades, a excepción de que solo el 80% en las consultas preguntan si la mujer presenta algún tipo de flujo vaginal, Se llega a concluir que el personal de salud está cumpliendo en un 99% con las actividades que se tienen que cumplir en el tercer trimestre de embarazo, según la Norma Boliviana de Atención a la Mujer Gestante.

Palabras clave: Manejo de la Mujer Embarazada, Tercer Trimestre de C.P.

INTRODUCCION

La atención prenatal constituye uno de los pilares de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. El Ministerio de Salud (MINSA) la define como; La vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud con el objetivo de lograr el nacimiento de un niño recién nacido sea sano, sin deterioro de la salud de la madre.

En el Puesto de Salud Bella Flor, no se cuenta con información sobre si el personal de salud (Médico, Lic. En Enfermería, Auxiliar En Enfermería), realiza el Manejo adecuado de la atención prenatal en el Tercer Trimestre de la Gestación, es en ese entendido que remitimos a realizar la presente investigación, ya que la etapa prenatal y el parto constituye factores estrechamente ligados a la salud materno-infantil y son por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país.

En los últimos años ha existido polémica para definir el número óptimo de controles prenatales (CPN) y la frecuencia. En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó que los embarazos de bajo riesgo obstétrico podrían tener cuatro CPN. El MINSA, considera una gestante controlada si tiene al menos seis CPN, distribuidos de la siguiente manera: Dos antes de las 22 semanas, el tercero entre la 22 y 24, el cuarto entre la 27 a 29, el quinto entre la 33 y 35 y el sexto entre la 37 y la última semana de gestación.

La OMS menciona que la mayoría de los modelos de control prenatal actualmente en uso en el mundo no han sido sometidos a una evaluación científica rigurosa para determinar su efectividad. A pesar del amplio deseo de mejorar los servicios de cuidados maternos, esta falta de evidencia ha impedido la identificación de intervenciones efectivas y por lo tanto, la asignación óptima de recursos. En los países en desarrollo, la implementación de los programas de control prenatal rutinarios frecuentemente ha sido deficiente y las visitas a los Centros de Salud son irregulares, con largos tiempos de espera y una mala respuesta en el cuidado de las mujeres.

Bolivia tiene una asignatura pendiente en el ámbito de la salud pública. Para ello, el Ministerio de Salud, ha definido como uno de los pilares llevar adelante acciones que impidan toda muerte materna, perinatal y neonatal evitable, como un acto de justicia social. Por ende y como ente rector con la atención primaria de salud, con el objetivo de mejorar la salud de los bolivianos y las bolivianas y así eliminar las barreras de exclusión, plantea buscar alternativas que permitan ver la salud de manera integral, considerando el Texto del continuo de la vida, la atención y la Salud Familiar Comunitaria Intercultural como ejes de su accionar. (Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015).

Actualmente cada día cobra más importancia en el campo de la obstetricia la vigilancia de la mujer durante el desarrollo del embarazo. Y la medicina preventiva es la más efectiva a la que podemos aspirar, y esto hace importante la vigilancia prenatal, ya que su función primordial es evitar que la gestación abandone los límites fisiológicos o bien, que al suceder esto, sean detectadas las alteraciones en sus fases iniciales para ofrecer tempranamente el tratamiento adecuado y con ello obtener madres y productos más sanos.

Según Datos de la Revista Científica de Bolivia (2014), En la actualidad, se viene realizando una investigación conjuntamente con la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Servicio Regional de Salud (Seres) de El Alto para identificar las causas de las muertes maternas y producto de ello, pudieron constatar que al menos el 60% de las mujeres en todo el país no acude a sus controles prenatales o asisten tardíamente. Una de las causas de los altos índices de mortalidad materna en el país es que el 60% de mujeres gestantes no sigue los cuidados adecuados para la salud, pues no acude a los controles prenatales, o bien asiste sólo en las últimas semanas de embarazo.

Es precisamente el Personal de Salud que interviene en la realización de los controles prenatales, la captación del primer control es de suma importancia, así como también los controles en el último trimestre de embarazo (Periodo comprendido entre la semana 28 y 40), donde por lo general se está próximo al parto y donde la mujer debe de conocer los cambios que vendrán, desde el cansancio hasta las contracciones que tendrá.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Antecedentes

Según la OMS entre países desarrollados y en vías de desarrollo, entre mujeres ricas y pobres, de medio rural y urbano y según el nivel educativo, es en el poder acceder a los cuidados médicos maternos. Como mínimo 35% de las mujeres de los países en vías de desarrollo no poseen cuidados prenatales, cerca del 50% no cuentan con una atención adecuada durante el parto y 70% no tienen cuidado post parto. En contraste, los cuidados de salud materna son casi universales en países desarrollados. En los países en vías de desarrollo 65% de las mujeres tienen por lo menos una visita prenatal, y 53% tiene el parto con algún personal entrenado; pero sólo el 30% tienen por lo menos una visita postnatal, con un nivel tan bajo como es de 5% en algunas regiones. Si esto lo comparamos con los países desarrollados, donde 97% de sus mujeres cuentan por lo menos con una visita prenatal y 99% son asistidas durante el parto por personal capacitado y durante el puerperio 90% tienen por lo menos una visita de control.

En Bolivia, el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto o post-parto es muy alto; de acuerdo la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPMM, 2000). El riesgo alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, con extremos bastante marcados entre departamentos, mientras que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres, en Tarija es tres veces menos (6/1000). Según esta misma encuesta, la Razón de Mortalidad Materna es de 230 por 100,000 Nacidos Vivos.

Es bien sabido que la cobertura de primer control prenatal esta alta en Bolivia, inclusive muchas veces está por encima del 100%, (100.8% para el 2012), esto se debe a que muchas mujeres embarazadas acuden a más de un establecimiento de salud para realizar su primer prenatal, y son anotadas como primera consulta prenatal en todos los lugares (ya que el sistema no es capaz de discernirlas). Sin embargo cuando se calcula el índice de captación del

primer control prenatal al cuarto prenatal, para el año 2012 este es de 33%, esto quiere decir que de cada 100 mujeres que acuden al sistema de salud a tener su primer prenatal, 33 regresan hasta tener su cuarto prenatal y 67 no lo hacen, es decir el sistema pierde a 67 de cada 100 mujeres. En el año 2013 este índice aumenta levemente al 35% pero sigue siendo bajo. Es importante aclarar que en el caso del cuarto control prenatal el SNIS tiene aproximadamente un 0.3% de sub registro debido a que algunos de los Hospitales de tercer nivel no consignan esta información, sin embargo el cuarto control prenatal se realiza en un 93% de los hospitales.

Esta situación de salud con el control de las mujeres embarazadas no es diferente en la comunidad de Bella Flor del Municipio de Riberalta, toda vez que la asistencia de las mujeres embarazadas al puesto de salud de esta comunidad presenta una asistencia discontinua e incluso abandono a su control médico. Si bien es cierto que en el puesto de salud no existe documentación alguna que demuestre datos o información sobre el manejo del control que se realiza a la mujer embarazada o si el manejo, acciones y procedimientos sistemáticos o periódicos se los realizan de acuerdo a las normas establecidas para tal efecto a nivel nacional, principalmente durante el tercer trimestre de gestación, sin embargo se ha podido observar durante estos tres meses la ausencia de estas personas en los controles respectivos.

Con el fin de brindar apoyo a la salud neonatal, se aprueba el Consenso Estratégico Interagencial "Reducción de la Mortalidad y Morbilidad Neonatal en América Latina y el Caribe. El Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015 y el Plan de Acción 2008-2015, enmarcándose ambos en el continuo de la Atención, materna, recién nacido/a y niñez. Este esfuerzo interagencial orienta la implementación de intervenciones probadas y eficaces, con el fin de establecer un entorno favorable para la elaboración y la promoción de políticas públicas, fortalecer los sistemas de salud, promover las intervenciones comunitarias, desarrollar los sistemas de monitoreo y evaluación que puedan ser aplicadas en todos los niveles, bajo el concepto del continuo de la vida, de cuidado madre recién nacido/a – niño/a y con un enfoque intercultural.

Tomando en cuenta que en función a esta problemática de salud en Bolivia, se ha visto necesario como un acto de justicia social y en el marco de la nueva Constitución Política del Estado y el Plan Nacional de Desarrollo, que la sociedad en su conjunto deje de considerarse que el hecho de ser madre y nacer en Bolivia, no debe constituirse en un factor de riesgo: el embarazo y un nacimiento saludable son condiciones ineludibles para vivir bien, razón por la cual estos casos se deben tomar como prioridad de interés en todo el territorio nacional.

Es por ello que consideramos meritoria la realización de una investigación en el Puesto de Salud de Bella Flor, para poder determinar si el personal de salud cumple con el manejo adecuado en el tercer trimestre de embarazo. El propósito de esta investigación es la de contribuir en el cumplimiento útil del control prenatal en el Puesto de Salud Bella Flor del Departamento Beni.

1.2 Enunciado del Problema

El panorama de la salud en Bolivia, muestra grandes necesidades de la mayoría de la población que carecen de accesibilidad económica y sociocultural, a los que ni la Seguridad Social ni el Estado han podido responder; pese a los esfuerzos; de aumentar las coberturas.

Así nace el Seguro Universal de la historia de Bolivia: el Seguro Universal Materno Infantil, con el objetivo de fomentar el acceso a los servicios y la reducción de la mortalidad materno-infantil. que se financia con fondos de la coparticipación tributaria emergente de la Ley de Participación Popular, que es el 3% , del 85% que cubre los costos de atención de maternidad y las principales patologías relacionadas a la mortalidad de la niñez de este modo estos, seguros hoy se constituyen una alternativa y solución para dar un acceso universal a las poblaciones prioritarias además que significa un uso adecuado de recursos económicos destinados antes a otras rubros menos productivos y prioritarios.

Para la aplicación con éxito de estas políticas, a nivel de la prestación y atención de la salud, ha sido necesario elaborar normas, guías y protocolos que garanticen la correcta respuesta y recuperación de cualquiera de las personas que acuden a los servicios de salud en busca de soluciones a sus problemas concretos.

Sin embargo más allá de contar con el seguro de salud, el Bono Juana Azurduy entre otras, en el periodo del embarazo, muchas veces se producen complicaciones diversas, las que con un oportuno control prenatal pueden prevenirse o atenderse evitando riesgos, que muchas veces terminan en la muerte, ya sea de la madre o del feto o en el peor de los casos de ambos.

De manera muy específica esta situación se riesgo de salud por embarazo se refleja en la comunidad de Bella Flor con las mujeres embarazadas que no acuden a su control de embarazo en el puesto de salud de la comunidad por diversas razones que existen en el ámbito familiar y nivel personal, además de desconocer cuál es el manejo o procedimiento que desarrollan o aplican el personal de salud que trabaja en el puesto de salud de la comunidad, si aplica adecuadamente las normas en este proceso o no sobre todo en los últimos meses del embarazo.

Es aquí donde interviene el personal de salud con la atención primaria, cuyo objetivo es evitar o prevenir algún tipo de complicación, tomando en cuenta que el tercer trimestre de embarazo es la recta final de la gestación, donde la mujer sufre una serie de cambios maternos y por el cual el personal de salud tratante tiene que cumplir con cierto manejo cuando la mujer asiste a sus últimos controles prenatales, ya sea realizándolo en el establecimiento de salud o en el domicilio de la embarazada, siempre garantizándole un ambiente privado y seguro.

1.3 Pregunta de Investigación

¿Cuál es el manejo que realiza el personal de salud a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre del control pre natal, en el Puesto de Salud de Bella Flor, Municipio de Riberalta, durante los meses de octubre de la gestión 2018 a enero del 2019?

Objeto de Estudio

Manejo de la Mujer Embarazada en el tercer trimestre del Control pre natal.

OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Determinar el manejo que realiza el personal de salud a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre del control pre natal, en el Puesto de Salud de Bella Flor, Municipio de Riberalta, durante los meses de octubre de la gestión 2018 a enero del 2019

1.5.2 Objetivos Específicos

- Verificar si el Centro de Salud cuenta con las Normas, Protocolos, Guías de Procedimiento en la atención a la Mujer Embarazada.
- Identificar el Número de mujeres embarazadas, Edad de la Embarazada y Meses de Gestación, que realizan su control en el Centro de Salud.

- Identificar mediante las Historias Clínicas y el Carnet de Control pre natal, cual es el manejo que se realiza con las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de control pre natal que realiza el personal de salud.

1.6 Delimitación

La Mujer en el último trimestre de gestación, es valorada integralmente por el médico general y por enfermería, contemplando una serie de procedimientos que indica la Norma Boliviana y de acuerdo con la valoración del riesgo será transferida para ser valorada por el médico ginecoobstetra (en este caso derivar a un Hospital de mayor complejidad, como es el Hospital Materno Infantil Reinun Roinen). Si bien está demostrado que un profesional bien entrenado, sea médico, enfermera o profesional especializado, ofrece los mismos resultados en calidad de atención prenatal en gestantes de bajo riesgo, puede contemplarse la posibilidad, dada por el recurso humano, de que una institución decida ofrecer el control prenatal a toda gestante, por obstetra.

La valoración del riesgo permite elaborar el plan de manejo de la paciente, que se orienta a la identificación y el manejo de los factores de riesgo, al igual que su remisión posterior al nivel de atención requerido.

El seguimiento de gestaciones en el último trimestre de embarazo de bajo riesgo desde Atención Primaria supone beneficios:

Para la embarazada:

- Mejor accesibilidad horaria y geográfica.
- Mayor contacto con actividades complementarias del Puesto de Salud (planificación familiar, educación maternal, programa de control del niño sano).

- Mayor satisfacción de la mujer.
- Mejor integración del proceso dentro de la historia clínica.

Para el Servicio de Salud:

- Disminución de costo económico.
- Optimización de recursos (menor saturación de servicios).
- Elevada rentabilidad de las medidas preventivas durante el embarazo.
- En consecuencia, los programas dirigidos a este grupo de población son considerados como prioritarios desde la mayoría de instituciones gestoras de salud.

Justificación

En Bolivia, las intervenciones específicas a favor de la salud materna se han desarrollado desde los años noventa, respecto a la salud perinatal y neonatal, su aplicación es más reciente. La aplicación de prácticas basadas en evidencias con el Plan Estratégico para Mejorar la Salud Materna, Perinatal y Neonatal 2009-2015. Objetivo de mejorar la Atención obstétrica y del recién nacido/a (Resolución Ministerial No. 496/2001), es uno de estos ejemplos. En el área de salud neonatal, la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) neonatal, clínico (Resolución Ministerial No. 626/2002) se define como una estrategia de atención para niños y niñas menores de 7 días (con extensión a 28 días de edad). Del mismo modo, se desarrolló el componente comunitario del AIEPI neonatal comunitario, priorizando una estrategia de comunicación, promoción y prevención en salud materna y neonatal como una línea continua de atención para disminuir la mortalidad materna y neonatal. A pesar de estos esfuerzos, aún queda mucho por hacer, ya que no se ha logrado el impacto deseado.

El continuo de cuidado de la vida propone una serie de paquetes de intervenciones integrados en el continuo de la atención, los cuales podrán ser brindados a lo largo del ciclo de la vida y en diferentes niveles de atención.

En el 2009, el 53% de las muertes maternas se produjo en domicilio y el 37% de estas ocurrieron en los servicios de salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas: se calcula que 7 de cada 10 muertes podrían ser evitadas con la asistencia en un servicio de salud con atención en el último trimestre de los controles pre natales. El alto número de muertes en servicios de salud pueden tener dos explicaciones: una, que la mujer busca atención tardíamente y la segunda, que los servicios no cuentan con la infraestructura e insumos necesarios para atender las emergencias y/o que el personal no tenga las competencias técnicas para brindar una adecuada atención de calidad.

Según la ENDSA, (2008), la cobertura del control prenatal en general es alta, porque 77% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en el área rural este porcentaje desciende a 58%. Asimismo, según la misma fuente la atención del parto por medico/a se ha incrementado a 66% a nivel nacional, aunque, es preciso destacar que los porcentajes en el área rural son más bajos (42%).

En el Puesto de Salud de Bella Flor se realiza los controles pre natales a todas las mujeres en etapa de gestación, tanto de la misma Localidad, como de las Comunidades aledañas. Importante mencionar que ha transcurrido más de una década de esfuerzos en salud materna en que el municipio ha logrado incrementar de manera significativa las coberturas de atención prenatal, parto, puerperio.

Pese a eso, es trascendental indicar que no se cuenta con estudios realizados sobre, si el Personal de Salud cumple con el manejo adecuado. La evidencia nos sugiere que con altas coberturas en el último trimestre del control pre natal y manteniendo la calidad de las prestaciones, se podrá reducir hasta un 72% de las muertes maternas, recién nacidos/as y niños/as.

MARCO TEÓRICO

2.1 Salud Materno Infantil

La información estadística sobre la salud materno-infantil es de vital importancia debido a su relación con dos grupos de población estratégicos en el contexto de las políticas de desarrollo humano: madres e hijos menores de edad. Afortunadamente, Bolivia dispone ya de cuatro Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSAS), realizadas en 1989, 1994, 1998 y 2003 que proporcionan puntos de referencia de importancia y validez trascendental para el diseño de políticas en el sector.

La ENDSA 2003 contiene una cantidad apreciable de información sobre aspectos relacionados con la salud materno-infantil que no sólo permiten evaluar aspectos del pasado inmediato en la materia, sino también proyectar las tendencias futuras.

2.1.1 Control Prenatal.

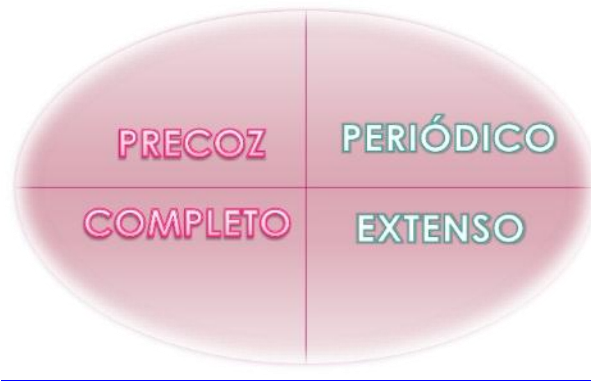
Se entiende por control prenatal (vigilancia prenatal, asistencia prenatal, cuidado prenatal, acompañamiento prenatal, consulta prenatal) a la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del niño.

Con el control prenatal se persigue:

- La prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones maternas.
- La vigilancia del crecimiento y la vitalidad fetal.
- La disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
- La preparación psicofísica para el nacimiento.
- La administración de contenidos educativos para la familia y la crianza del niño.

El control prenatal es eficiente cuando cumple con cuatro requisitos básico: debe ser: precoz o temprano, periódico o continuo, completo o integral y extenso o de amplia cobertura.

Imagen 1. Requisitos del Control Prenatal.



Fuente: <http://image.slidesharecdn.com/controlprenatal>

- **Precoz.-** El control deberá iniciarse lo más temprano posible, tratando de que seadesde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de lasacciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razónfundamental del control. Además toma factible la identificación precoz de embarazos de alto riesgo, aumentando por lo tanto la posibilidad de planificar eficazmente el manejo de cada caso, en cuanto a las características de la atención obstetricia que debe recibir y el lugar en el que éstaha de realizarse.
- **Periódico.-** La frecuencia de los controles prenatales varía según el riesgo que exhibe la embarazada. Las de alto riesgo necesitan una mayor cantidad de consultas, cuyo número varía según el tipo de problema presente. Las de menor riesgo requieren un número menor, que difiere en distintos lugares. Algunas normas fijan un mínimo de 5 consultas (una, durante la primera mitad del embarazo. Uno entre las semanas 23 y 27 y una cada cuatro semanas a partir de las emana 27). Otras normas plantean un mayor número de controles (uno cada cuatro semanas hasta la semana 27, uno cada tres

semanas entre las semanas 27 y 36 y luego uno cada dos semanas desde la 36 hasta el término).

- **Completo.**- Los contenidos del control deberán garantizar el cumplimiento efectivo de las acciones de fomentó, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.
- **Extenso.**- Sólo en la medida en que el porcentaje de población controlada sea alto (lo ideal es que abarque a todas las embarazadas) se podrán disminuir las tasas de morbilidad mortalidad materna y peri natal.

En general, para realizar un control prenatal efectivo, de por sí ambulatorio, no se precisan instalaciones costosas, aparatos complicados, ni laboratorio sofisticado; pero sí se requiere el uso sistemático de una historia clínica que recoja y documente la información pertinente y el empleo de criterios de tecnologías sensibles que anuncien tempranamente la existencia de un riesgo mayor que el esperado.

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 medicina preventiva.

2.1.2 Calidad y tiempo para realizar el Control Prenatal.

Uno de los problemas más sentidos en los servicios maternos es la calidad de la atención recibida por las mujeres en sus controles. El control prenatal debe garantizar el cumplimiento efectivo de todas las actividades que fomenten la protección, recuperación y rehabilitación de la salud materno-infantil a través de una atención integral a la mujer embarazada.

Entre los principales componentes de control prenatal se encuentra el interrogatorio (para conocer los antecedentes en salud, familiares y personales y la evolución del embarazo en curso), el examen clínico general, el examen odontológico, los exámenes de laboratorio

(sangre, orina y Papanicolaou), el suministro de micronutrientes, de inmunizaciones y de consejería.

La duración de la consulta de seguimiento y control prenatal por médico es, en promedio: la consulta de primera vez de 30 minutos, y los controles de 20 minutos. La consulta inicial, de seguimiento y control prenatal por médico incluye: Revisión de la historia clínica anterior y controles previos. Si la historia clínica prenatal no se ha hecho, debe iniciarse en cualquier momento como en la primera cita.

2.2 Control De Embarazo Desde Atención Primaria.

La primera visita de la mujer embarazada debemos realizarla tan pronto como podamos, intentando siempre que sea antes de la 12 semana; existen evidencias de que si lo hacemos así obtendremos mejores resultados obstétricos. Debemos tener en cuenta que cuanto más precoz sea esta visita, antes detectaremos las posibles situaciones de riesgo y podremos actuar sobre ellas.

2.2.1 Número De Visitas.

Tras la realización de estudios observacionales se llegó a la conclusión de que un mayor número de visitas proporcionaba unos mejores resultados obstétricos. Posteriormente se han realizado ensayos clínicos en los que hay evidencias de que se obtienen buenos resultados con tan sólo 7 visitas. La realización de 1as visitas no ha demostrado mejores resultados obstétricos, pero sí se acompaña de mayor satisfacción en la gestante.

Tras la primera visita, realizada lo antes posible, recomendamos realizar visitas cada 4 semanas hasta la semana 36, cada 2 semanas hasta la semana 38 y posteriormente semanal.

2.2.2 Anamnesis.

- Antecedentes familiares: enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes), malformaciones en la familia, presencia de cromosomopatías.
- Antecedentes personales: enfermedades crónicas, infecciones.
- Antecedentes gineco-obstétricos: fórmula menstrual, fórmula obstétrica (embarazos y partos anteriores), patología ginecológica previa (intervenciones quirúrgicas, infecciones).
- Fecha de última Menstruación (FUM) y cálculo de la fecha probable de parto (FPP). Esta la calculamos mediante la fórmula de Naegele: $FUR - 3 \text{ meses} + 1 \text{ año} + 7 \text{ días}$.
- Presencia de DIU.
- Ingesta previa de fármacos.
- Hábitos tóxicos: alcohol, tabaco, drogas.
- Valorar aceptación del embarazo.
- Debemos preguntar por la existencia de síntomas secundarios a la gestación: náuseas, vómitos, edemas en extremidades inferiores.

2.2.3 Exploración Física.

- Peso, talla e índice de masa corporal. Tanto la delgadez como la obesidad extremas al inicio del embarazo se asocian con malos resultados obstétricos, por lo que es importante conocer estos parámetros desde el primer momento.

En principio, no hemos encontrado evidencias que apoyen pesar a las gestantes en cada visita sin la existencia de otros parámetros alterados (tensión arterial, proteinuria o edemas), puesto que parece que podría crear ansiedad en la mujer. Sin embargo tampoco existen evidencias que desaconsejen esta medida, por lo que nosotros seguimos recomendando repetirlo en cada visita.

Cuadro 1. Ganancia de Peso durante el embarazo, según el peso pre gestacional.

Categoría de IMC pregestacional	IMC	Ganancia de peso (kg) recomendada
Baja	< 19,8	12,5 a 18
Normal	19,8 a 26	11,5 a 16
Alta	≥ 26 a 29	7 a 11,5
Obesa	> 29	Menos de 7

IMC = índice de masa corporal
** Tabla adaptada de Human Energy Requirements, FAO/OMS/NU, Roma 2004*

Fuente: <http://www.scielo.org.pe/img/revistas/rgo/v60n2/a09tab01.jpg>

Respecto a la talla, la capacidad pélvica se reduce cuando es inferior a 1.50m., por lo que su medición es necesaria para valorar la posible existencia de una desproporción céfalo-pélvica a la hora del parto.

- Presión arterial: se debe medir en la primera visita y en las siguientes para hacer un cribado de la pre-eclampsia.
- Exploración general: auscultación cardio-pulmonar, palpación abdominal, exploración tiroidea, examen de la pelvis y extremidades inferiores (edemas, varices). La existencia de edemas debe valorarse conjuntamente con la presencia de proteinuria e hipertensión arterial.

2.2.4 Exploración Ginecológica.

Debe realizarse en el caso de mujeres nulíparas que no hayan sido exploradas anteriormente, para poder valorar la existencia de posibles problemas en el canal del parto. En el resto de las gestantes sanas no es imprescindible.

2.2.5.- Pruebas Analíticas.

- Exudado vaginal: para detectar posibles infecciones en el canal del parto.
- Citología: debe realizarse en el caso de que la mujer no esté incluida en el programa de detección precoz del cáncer de cérvix, o hayan pasado más de 2 años desde la última realizada.
- Hemograma completo.
- Bioquímica: Debe incluir: glucosa, urea, creatinina y ácido úrico. Es importante tener una determinación de ácido úrico en la primera visita, ya que es un marcador precoz de pre eclampsia que aparece antes que la proteinuria
- Grupo sanguíneo y Rh: En el caso de Rh negativo, lo realizaremos de forma seriada a lo largo del embarazo.
- Serología de Toxoplasma: en el caso de realizar esta serología en la gestante con IgG negativa, explicaremos medidas higiénico-dietéticas para evitar el contacto con el parásito durante el embarazo.
- Serología de Rubéola: también aconsejaremos que extrema precauciones en IgG negativa.
- Serología de VIH: se debe recomendar a las mujeres con factores de riesgo.
- Serología de Hepatitis B (HbsAg): determinar siempre en la primera visita para conocer el estado inmunitario de la gestante. Parece que mejora su rendimiento cuando se realiza una nueva determinación entre las semanas.
- Urocultivo: la bacteriuria asintomática en embarazadas debe tratarse siempre, ya que en las no tratadas desemboca en piel o nefritis en un 30-40 %. Sin embargo, según las últimas recomendaciones, es preferible tratarla entre la 12-16 semana, así que retrasaremos la realización de este test a este momento.

- Sedimento urinario: tiene utilidad para la detección de glucosuria en el 1er trimestre, aunque no exista evidencia para recomendar realizarlo de forma sistemática.

2.3. Actividades en las Visitas Sucesivas.

2.3.1. Anamnesis.

En cada visita preguntaremos a la mujer por la presencia de una serie de síntomas y signos:

- Sangrado vaginal.
- Percepción de movimientos fetales.
- Dolor abdominal y contracciones uterinas.
- Síntomas urinarios.
- Síntomas de pre eclampsia: edemas, cefalea o alteraciones visuales en el tercer trimestre.

2.3.2. Exploración Física

- Peso.
- Presión arterial: obligada una toma en cada visita.
- Cálculo de la semana de gestación y Altura uterina: es recomendable realizar en todas las visitas a partir de la semana 12. Se mide en centímetros, desde la sínfisis del pubis hasta el fondo uterino.
- Extremidades inferiores: valoración de la presencia de varices y edemas.
- Frecuencia cardiaca fetal: se explora mediante doppler. En ocasiones es posible escucharla desde la 10ª semana, pero es recomendable no intentar la exploración demasiado precozmente para evitar crear ansiedad en la gestante.

- Educación materna a partir de la 24 semana.
- Presentación fetal a partir de la 28 semana.

2.3.3. Pruebas Analíticas.

- Urocultivo entre las 12-16 semanas, para la detección de bacteriuria asintomática.
- Test de O'Sullivan: entre la 24-28 semana, para cribado de diabetes gestacional. Se recomienda realizar en mayores de 25 años y en gestantes con antecedentes de riesgo (Macrosomía, diabetes gestacional previa, antecedentes familiares).
- Nuevo hemograma a las 28 semanas, aunque no existen evidencias para recomendarlo ni rechazarlo.
- Serología de Hepatitis B. a la 28 semana.
- Cultivo específico para Streptococo β -agalactiae: entre la 36-38 semana, con doble toma perianal y vaginal. A las portadoras hay que tratarlas en el momento del parto para prevención de sepsis, meningitis y neumonía en el recién nacido.

2.4. Actividades realizadas de forma rutinaria, Suplementos Nutricionales.

No existen estudios bien diseñados que demuestren la eficacia de la utilización universal de suplementos multivitamínicos durante la gestación.

Algunos ensayos no han hallado diferencias sobre la presentación de defectos del tubo neural (DTN) en la utilización de suplementos multivitamínicos sin folato frente a placebo, desde el período pre-concepcional hasta el primer trimestre del embarazo en mujeres de riesgo para DTN.

Por otro lado, la posibilidad de efectos adversos secundarios a la utilización de algunos componentes de los preparados, habla en contra del uso sistemático de los mismos. Otros factores que desaconsejan la suplementación rutinaria son la posibilidad de efectos secundarios gastrointestinales en la madre y el costo de los tratamientos.

La suplementación calórico- proteica equilibrada parece ser beneficiosa para la ganancia ponderal materna y el crecimiento fetal, aunque no hay evidencia suficiente sobre los efectos en mortalidad fetal, nacidos pre término o la salud materna. Las pruebas existentes no permiten recomendar suplementos alimenticios hiperproteicos, ya que carecen de beneficios para la salud materna y fetal y pueden incluso resultar perjudiciales.

No existe evidencia para recomendar o rechazar los suplementos sistemáticos de hierro en gestantes no anémicas. Son aconsejables los suplementos en casos de ingesta inadecuada en la dieta o presencia de factores de riesgo de deficiencia de hierro (embarazos múltiples, ferropenia materna durante la gestación, hemorragias útero placentarias).

Suplementos de calcio: Se recomiendan suplementos de calcio únicamente en gestantes con riesgo de padecer HTA y en comunidades en las que el aporte de este mineral con la dieta sea bajo, para disminuir la incidencia de hipertensión y pre eclampsia. No existe evidencia sobre cuál es la dosis mínima eficaz que debe ser administrada.

Suplementos de vitamina D: Se recomienda la administración de vitamina D solamente a mujeres vegetarianas o que no están suficientemente expuestas a la luz solar. Pueden requerir también suplementos las embarazadas con déficit de insulina o en tratamiento con fármacos anticonvulsivantes que interfieran el metabolismo de esta vitamina.

Suplementos de yodo: Se recomienda administrar suplementos de yodo en áreas con bajo aporte dietético de este mineral. La forma de administración (oral, parenteral) puede variar dependiendo del grado de deficiencia, el coste y la disponibilidad del preparado.

Aunque se considera seguro el aporte extra de yodo durante el embarazo, se aconseja la vigilancia de posibles efectos adversos (supresión de la función tiroidea materna, tirotoxicosis en adultos).

2.5 Vacunación

El esquema de vacunación para la mujer gestante es el siguiente: Iniciar esquema de vacunación en el primer trimestre:

Cuadro 2. Esquema de Vacunación en gestantes

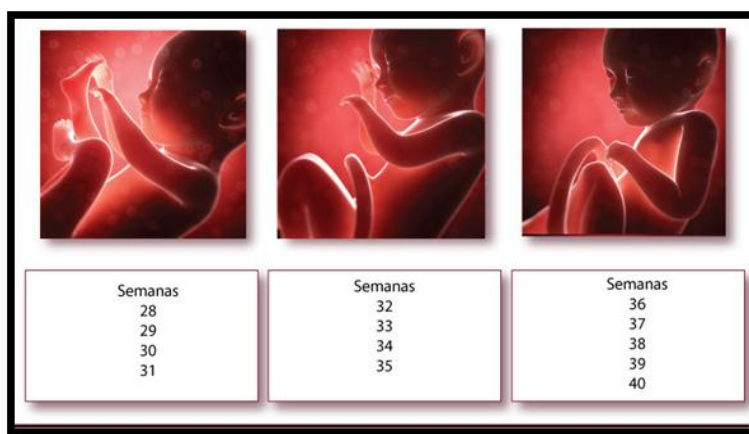
Enfermedad	Vacuna	Vía sitio de aplicación	Número de dosis Refuerzos	Refuerzos
Tétano neonatal	Toxoide tetánico	Intramuscular brazo o glúteo	Dos iniciales, intervalo mínimo: 4 semanas	Uno por embarazo, máximo tres

Fuente: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/Guiacontrolprenatal>.

2.6 Manejo de la Mujer Embarazada en el tercer trimestre

Durante este trimestre (que empieza a partir de la semana 28), lo más probable es que se hagan chequeos cada dos semanas, desde la semana 28 hasta la semana 36. Después se irá a las consultas una vez por semana hasta que nazca el bebé.

Imagen 2. Evolución del Feto en el tercer trimestre de embarazo.



Fuente: <http://www.content/uploads/2013/07/tercer-trimestre-del-embara.jpg>

A medida que se acerque la fecha del parto, la mujer pasará por una serie de exámenes médicos de rutina y pruebas típicas del final del embarazo, y el médico hablará sobre el parto y el postparto. En el último trimestre del embarazo, el médico evaluará, entre otros:

Examen físico:

- presión arterial, peso, edema o retención de líquidos, frecuencia cardíaca fetal, actividad fetal y posición fetal.
- Algunos exámenes que el médico ordenará son:
- Chequeo de cérvix: para ver si este está dilatándose y adelgazándose.

Otros exámenes son:

- Citoquímico de orina (para albúmina y glucosa).
- VDRL o prueba serológica para la sífilis.
- HB (hemoglobina) y HTO (hematocrito).
- flujo vaginal: Para detectar infecciones vaginales y de transmisión sexual.
- Ecografía obstétrica: se realizan para determinar la edad, crecimiento, posición y algunas veces el sexo del bebé, identificar cualquier problema en el desarrollo del feto, buscar embarazos múltiples (mellizos, trillizos, etc.) y evaluar la placenta, el líquido amniótico y la pelvis.

Las recomendaciones para el tercer trimestre abarcan:

- Recomendaciones y cuidados si la pareja va a realizar en este trimestre viajes.
- Posturas y cuidados a la hora de tener relaciones sexuales.
- Cuidados pediátricos del recién nacido.
- Lo que deben esperar los padres del trabajo de parto.
- Tipo de parto.
- Recomendaciones nutricionales
- Lactancia Materna.

2.7. Actividades En La Visita Puerperal.

2.7.1. Puerperio Inmediato

Se realizará antes del 10º día tras el parto por el personal de enfermería preferentemente en el domicilio, si la madre lo acepta.

Imagen 3. Visita Puerperal.



Fuente: <http://imagenes.visitapuerperal.es/2/150597/slides/slide>

Actividades.

- Exploración de la madre:
- Estado general (físico y emocional).
- Toma de constantes (T.A, frecuencia cardiaca, temperatura).
- Mamas: descartar presencia de grietas, mastitis, ingurgitación, hipogalactia.
- Valorar efectividad del tratamiento supresorio (si ha sido administrado)
- Palpación abdominal, e involución del útero.
- Loquios (cantidad, olor, aspecto)
- Episiotomía o cicatriz: descartar signos de infección, hematoma, dehiscencia. (No utilizar yodo si precisase desinfección).
- Valoración zona perianal.

- Presencia de edemas, insuficiencia venosa u otros signos de flebitis.
- Descartar alteraciones en la eliminación de orina y /o heces.
- Valoración del entorno.

Exploración del R.N.

- Derivación al médico o pediatra para el control y seguimiento pediátrico del R.N.

Educación sanitaria:

- Fomento de la lactancia materna a demanda (consejos sobre posturas, técnicas de vaciado, protección de los pezones.). Información sobre grupos de apoyo a la lactancia.

Consejos higiénicos de la puérpera y el R.N.

- Iniciar ejercicios de la musculatura de la base de la pelvis, y transversos del abdomen.
- Información sobre signos de alarma y citación para revisión puerperal tardía.

3. DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

El tipo de investigación es Descriptivo. Sabino (2006), menciona que la investigación de tipo Descriptiva trabaja sobre la realidad de los hechos, y sus característica fundamental es la de presentar una interpretación correcta.

3.2 Enfoque de la Investigación

El tipo de enfoque es cuantitativo

Sampieri (2006), refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de fenómenos o problemas de investigación.

3.3 Población y Muestra

El universo está representada por 5 mujeres embarazadas que realizaron sus controles prenatales en el último trimestre de embarazo, en el Puesto de Salud de Bella Flor en los meses de octubre de la gestión 2018 y enero de la gestión 2019

.. Técnicas Instrumentos de Recolección De Datos

Para obtener la información necesaria, con el fin de desarrollar los objetivos, el instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de Datos, cuyo trabajo se realizó en el lapso de tres meses.

3.5. Procesamiento de la Información

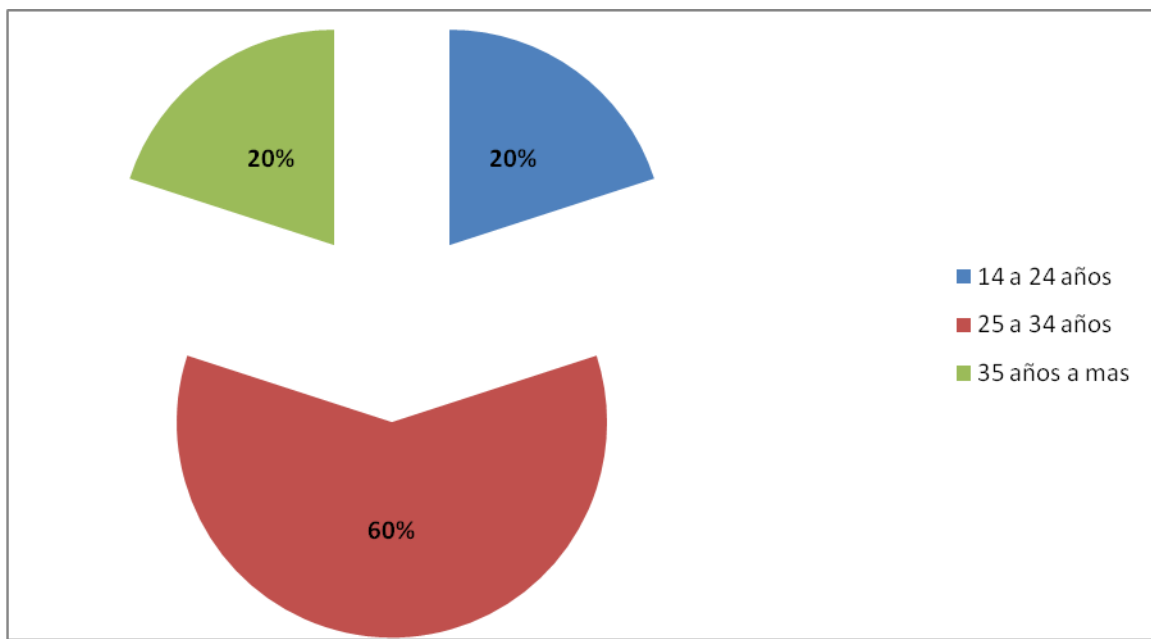
Para Procesar los Datos se desarrolló de la siguiente manera:

- Se recolectó la información de manera escrita en papel, tanto de las Historias Clínicas, como también del Carnet de Control Prenatal.

- Computarización mediante una base de datos del programa Microsoft office.
- La presentación de los datos representados en gráficos estadísticos.

2. RESULTADOS

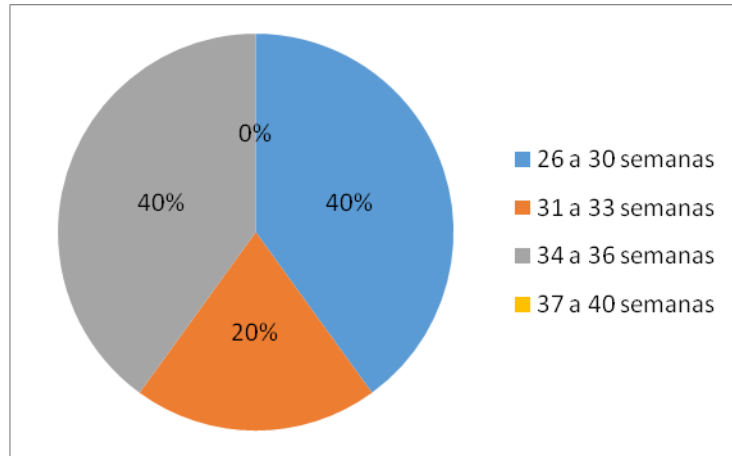
Gráfico N° 1: Número y Edad de las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo.



Fuente: Elaboración Propia

Se verifica en el libro del SNIS, el número y edad de mujeres que asisten a control prenatal y que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo, lo cual nos da como resultado un total de 5 mujeres embarazadas, de las cuales el 20% se encuentran entre la edad de 14 a 24 años, un 60% entre 25 a 34 años y un 20% entre la edad de 35 años a más.

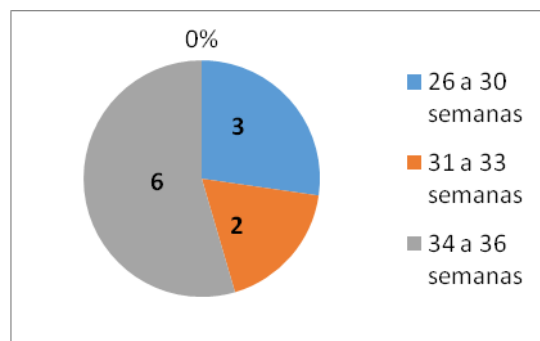
Gráfico N° 2: Semanas de Gestación.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia en el gráfico que de todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 40% se encuentra entre las 26 a 30 semanas, un 20% de 31 a 33 semanas, un 40% de 34 a 36 semanas y de lo cual entre 37 a 40 semanas no se cuenta.

Gráfico N° 3: Número de Controles

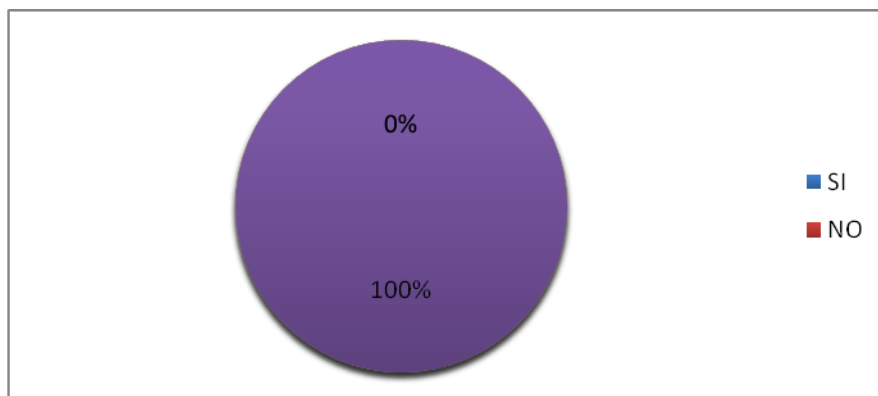


Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres que asisten a control prenatal, de 26 a 30 semanas se encuentran 2 mujeres y tienen un aproximado de 3 Controles Prenatales, de 31 a 33 semanas

se encuentran 1 mujer y tienen un aproximado de 2 controles prenatales, de 34 a 36 semanas se encuentran 2 mujeres y tienen un aproximado de 6 controles prenatales, de 37 a 40 no se cuenta.

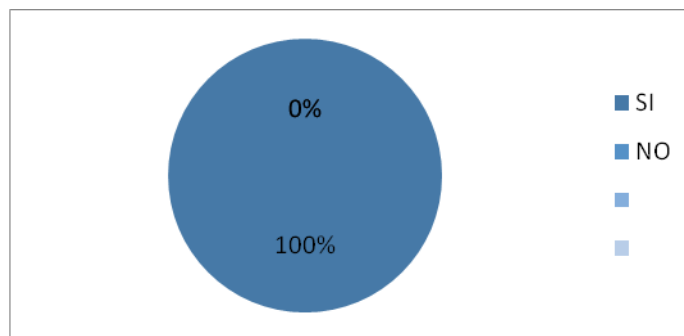
Gráfico N° 4: El Personal de Salud actualiza datos de la historia clínica en cada control Pre Natal



Fuente: Elaboración Propia

Se llega a evidenciar que de las 5 mujeres que asisten a control prenatal, el 100% de sus carnets están actualizados en cada visita.

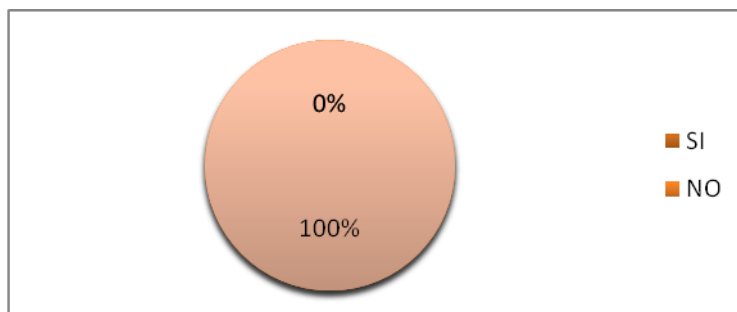
Gráfico N° 5: El Personal de Salud Realiza el control de peso



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que el 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, se le realiza el peso corporal.

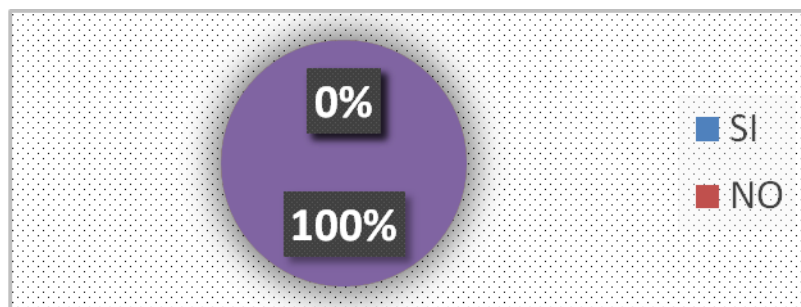
Gráfico N° 6: El Personal de Salud Realiza el Control de Presión Arterial



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que el 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el personal de salud mide la presión arterial.

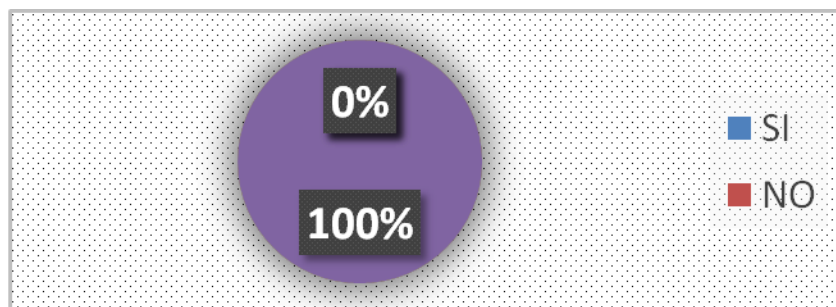
Gráfico N° 7: El Personal de Salud Realiza el Control la medida de altura uterina.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que el 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el personal de salud mide la altura uterina.

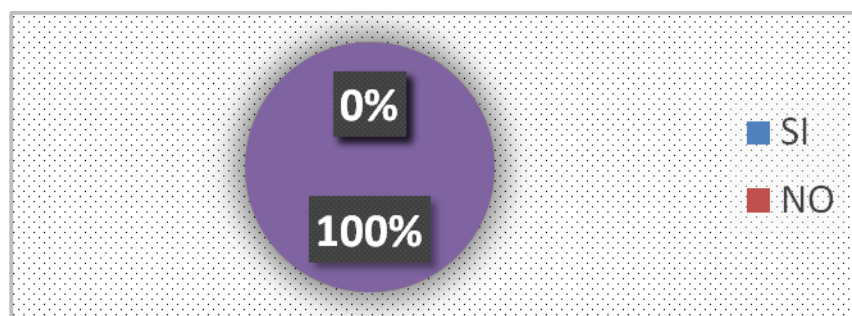
Gráfico N° 8: El Personal de Salud Realiza las maniobras de Leopold



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que el 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el personal de salud realiza las maniobras de Leopold.

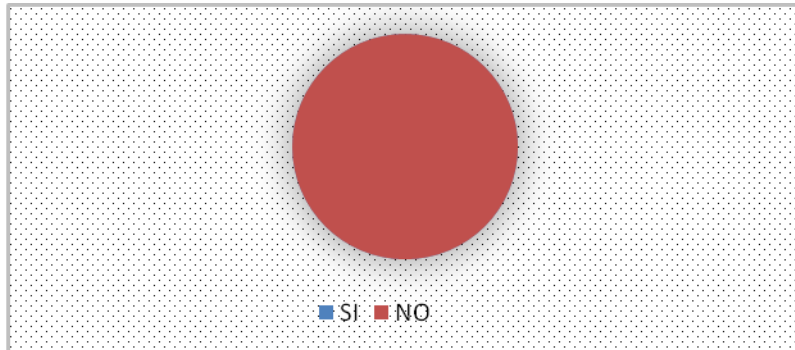
Gráfico N° 9: El Personal de Salud Realiza la detección de la frecuencia cardiaca fetal.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que el 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el personal de salud realiza la auscultación de la frecuencia cardiaca fetal.

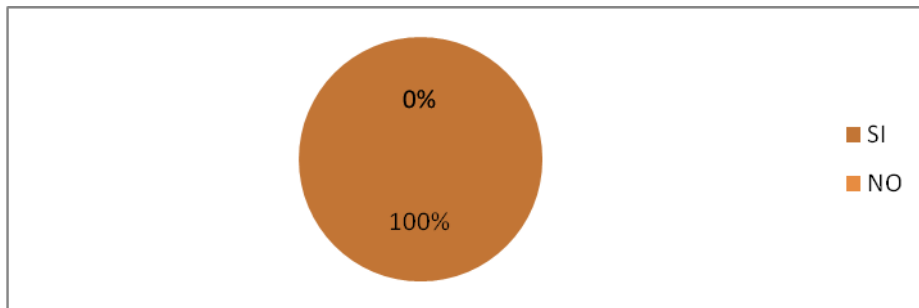
Gráfico N° 10: El Personal de Salud solicita ecografía.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 100% del personal de salud solicitó ecografía

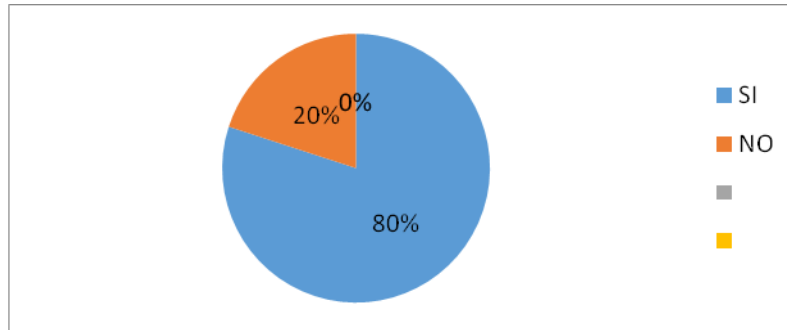
Gráfico N° 11: El Personal de Salud solicita análisis de sangre.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 100% del personal de salud solicitó análisis de laboratorio.

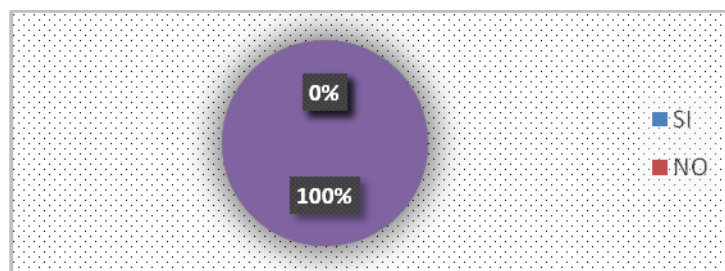
Gráfico N° 12: El Personal de Salud, pregunta si la mujer gestante presenta algún flujo vaginal.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres que asisten a control prenatal, el 80% de las mujeres mencionan que si le preguntaron si ellas presentaban algún tipo de flujo vaginal, mientras que el 20% menciona que no le preguntaron al momento de realizar el control pre natal.

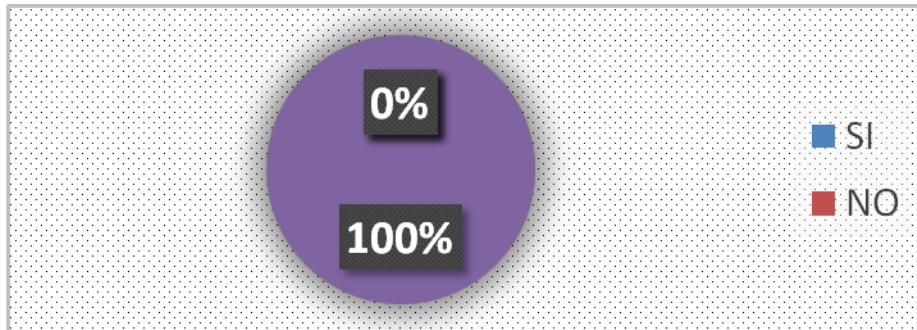
Gráfico N° 13: El Personal de Salud, realiza la Orientación sobre Lactancia Materna



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el personal de salud le orienta sobre la lactancia materna exclusiva

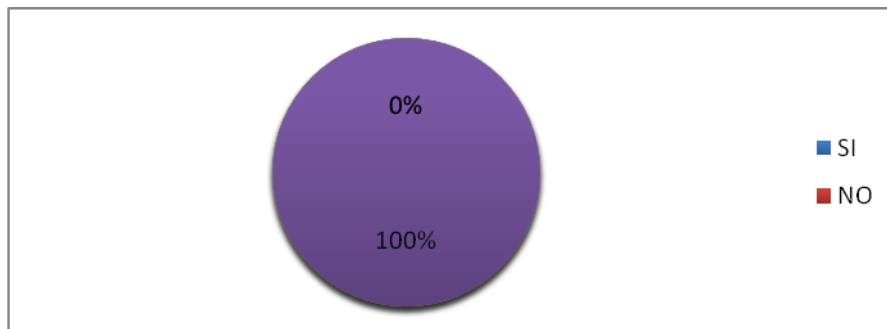
Gráfico N° 14: El Personal de Salud, realiza orientación sobre la alimentación.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia de todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 100% menciona que si le dieron orientación sobre alimentación.

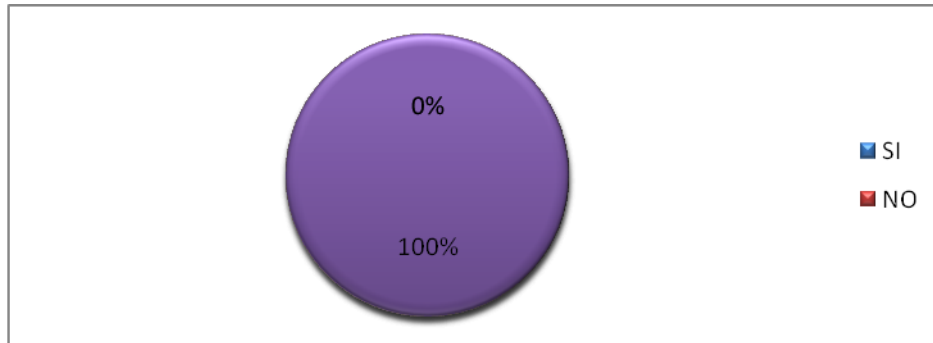
Gráfico N° 15: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre los controles más seguidos que se realizaran.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 100% menciona que si recibió orientación sobre los controles más seguidos.

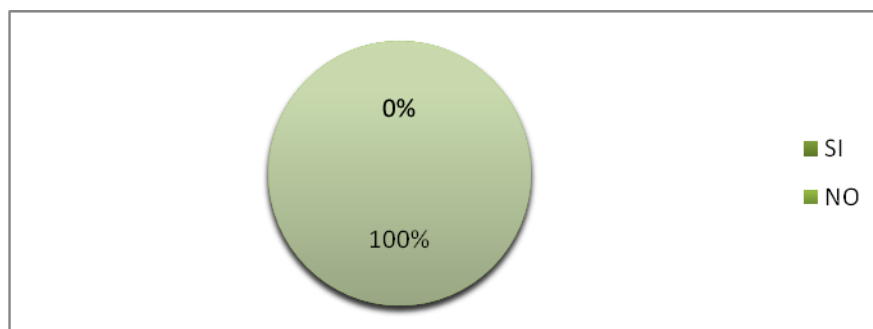
Gráfico N° 16: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre factores de riesgo como edemas u otros síntomas que esta comenzado a percibirlos de forma habitual.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres embarazadas que asisten a control prenatal, el 100% menciona que el personal de salud le orientó sobre los cambios y/o síntomas que empezara a percibir en estos meses.

Gráfico N° 17: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre la preparación del parto.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que de todas las mujeres embarazadas que asisten a control, el 100% menciona que si recibió orientación sobre la preparación del parto.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se logra Verificar que el Centro de Salud cuenta con las Normas de atención a la mujer embarazada, los textos encontrados fueron:
 - a. Atención a la Mujer y el Recién Nacido, Normas nacionales de Atención Clínica I y II, Plan Estratégico Nacional para mejorar la salud materna perinatal y Neonatal en Bolivia, Atención Integrada al Continuo de la Vida, Cuaderno de Control Pre Natal, Parto y Puerperio (Cuaderno N^o 3). Es importante conocer si el Puesto de salud cuenta con las normas para el cuidado de la salud, ya que son indispensables para la programación de actividades de todos los niveles de atención y para la organización de los recursos, por lo que el Ministerio de Salud y Previsión Social como nivel normativo exige a los centros de salud contar con las normas y estar a la mano del personal de salud.

- Se Identifica el Número de mujeres embarazadas, Edad de la Embarazada y Meses de Gestación, que realizan su control en el Puesto de Salud. Los cuales nos dieron resultados que:
 - b. 4 mujeres se encontraban en la etapa del tercer trimestre de embarazo y realizaban rutinariamente sus controles, 1 mujer embarazada se encuentra en el segundo trimestre de embarazo.
 - c. referente a las edades, el 20% de las mujeres se encuentran entre la edad de los 14 a 24 años y el otro 20% se encontraban entre los 35 años a mas, lo que significa que según la norma estas mujeres se clasifican como un embarazo de alto riesgo obstétrico (ARO).

- d. En relación a los meses de gestación, el porcentaje mínimo se encuentra con un 20% de mujeres que se encontraban entre las semanas 26 a 30 y el porcentaje máximo de las mujeres que se encontraban entre las semanas 31 a 36, lo que significa que se encuentran próximos al parto. Es importante destacar que la norma de atención a la mujer gestante, clasifica el último trimestre de embarazo desde la semana 28 hasta la semana 40.

- Se logra Identificar mediante el Carnet de Control pre natal y una lista observacional, cual es el manejo de las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de control pre natal, los cuales nos dieron el siguiente resultado:
 - e. en relación a actualización de historias clínicas en cada control, control de peso en cada consulta, medición de altura uterina, control de presión arterial, realización de maniobras de Leopold, auscultación de la frecuencia cardiaca fetal, realización ecografía y de análisis de sangre, orientación en la lactancia materna exclusiva, alimentación, controles prenatales más seguidos, factores de riesgo y la preparación del parto, todos los datos obtenidos mediante el carnet de control y preguntas realizadas a las mujeres gestantes, arrojan que el personal de salud cumple a un 100%.

 - f. Referente a si el personal pregunta sobre si tiene flujo vaginal, el 80% menciona que si se le pregunta si tiene algún tipo de secreción vaginal y el 20% respondió que no se le ha preguntado.

5.2 Recomendaciones

- Para mayor y mejor conocimiento y comprensión socializar permanentemente a todo el personal de salud especialmente en el área rural, las normas y documentos actualizados que se establecen para realizar adecuadamente el manejo del control de embarazo.
- Así mismo es importante realizar cursos de capacitación a la población beneficiaria referente a las normativas y otros documentos que acompañan a las normas que regulan y orientan el manejo de control de embarazo para garantizar un parto saludable que beneficie a la madre, al hijo y la familia en general.
- También es necesario realizar cursos de capacitación sobre relaciones humanas y calidad de atención a todo el personal de salud.
- Realizar más frecuentes charlas educativas donde se oriente y explique a las mujeres embarazadas sobre el embarazo, parto y puerperio, así como también sobre la importancia del control prenatal e informar sobre situación actual en cada consulta a la paciente para motivar mayor participación o asistencia de las mujeres embarazadas a sus controles respectivos.
- Concientizar al personal médico sobre la importancia de realizar el examen físico completo de la paciente como parte de su control y cuidado para evitar complicaciones futuras que puedan llevar a la madre o del hijo a mayores riesgos de vida.
- Finalmente, es de vital importancia socializar este trabajo a todo el personal de salud para que tengan conocimiento sobre las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado con la presente investigación realizada en el mencionado puesto de salud.

6. BIBLIOGRAFIA

- Atención integrada al continuo del curso de la vida. (2013). Adolescente, mujer en edad fértil, mujer durante el embarazo, parto y puerperio, recién nacido, Menor de 5 años. Cuadros de procedimientos para el primer nivel de atención.
- Boletín mensual del sistema nacional de información en salud, La paz 1 de septiembre 2003 numero 2. Disponible en: <Http://www.sns.gov.bolreloaa>.
- Encuesta Post censal de Mortalidad materna. (2000) Resultados finales. Disponible en: http://www.mariestopes.org.bo/webassets/documentos/encuesta_postcensal.
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA, 2008). Disponible en: <http://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR228/FR228%5B08Feb2010%5D.pdf>.
- Ministerio de Salud (MINSa, 2006). Avanzando hacia una maternidad segura. Disponible en: <http://www.unfpa.org.bo/publicaciones/publicacionesbolivia/MINSa-Avanzando-Maternidad-Segura-bolivia.pdf>.
- Ministerio de Salud. (2000). Guías Nacionales de Atención a la Mujer y el Recién Nacido en Puestos de Salud. La Paz, Bolivia.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010). Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_30_sp/RHR_01_30_contents.sp.html.

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007). Número de Controles Prenatales, Embarazo y puerperio. Protocolo de actuación. Disponible en: http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/antenatal_care/general/cd000934/es/.
- Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien. (2009). Disponible en: <http://plataformacelac.org/es/politica/39>.
- Plan Estratégico para mejorar la salud materna (2015). Metas del Milenio. Disponible en: <http://www.udape.gov.bo/MetasDelMilenio/1er%2520Informe%2520.pdf>
- Revista Científica Boliviana (2014). Factores de causas maternas. Disponible en: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S0004>.
- Sampieri, H. (2006). Metodología de la Investigación. Disponible en: https://docs.google.com/file/d/0BxA2vs_RKRvJYjU5Zjk2ZDAtYzY5Ni00ZjhhLWFlM2YtYTdiYzhiNTUyN2Yw/edit?hl=es.
- Seguro Universal Materno Infantil (SUMI, 2002) Boletín informativo.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS/VE) de julio a septiembre del 2016. Obtenidos del Cuaderno Nro3, Control Prenatal Parto y Puerperio. Centro de Salud Puerto Rico. Pando.
- Sobrino, E. (2006). Investigación Descriptiva. Disponible en: <http://www.casadellibro.com/libro-investigacion-interdiscip>.

ANEXO