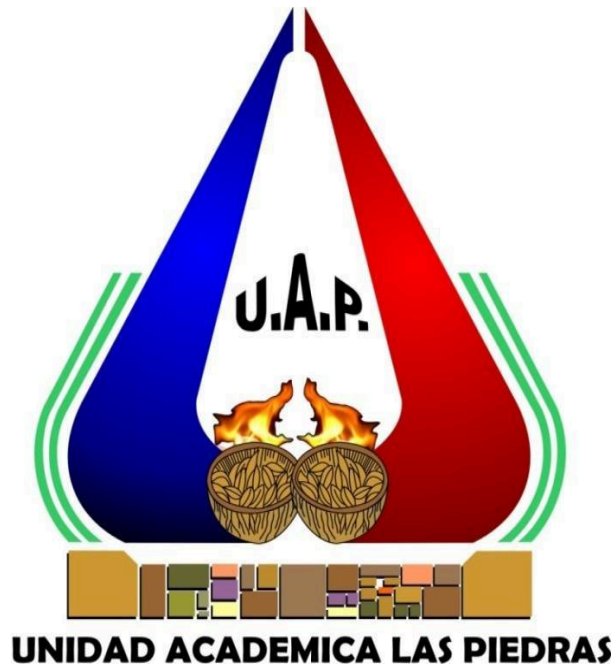


**UNIVERSIDAD AMAZONICA DE PANDO
UNIDAD ACADÉMICA LAS PIEDRAS
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD BENI**



**MANEJO DE LA MUJER EMBARAZADA EN EL
TERCER TRIMESTRE DEL CONTROL PRE NATAL, EN
EL CENTRO DE SALUD CACHUELA ESPERANZA.**

AUTOR: UNIV. YANET CHAO AMUTARI
TUTORA: LIC JEAQUELINE CLAURE ENDARA

CACHUELA ESPERANZA - BENI - BOLIVIA
2018

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a DIOS, por haberme dado la sabiduría e inteligencia para poder culminar estos estudios.

A mi tutora la Licenciada Jeaueline Claire Endara, por su incondicional ayuda en esta monografía, por darme ánimo y apoyo.

A las mujeres embarazadas por brindarme su colaboración durante la investigación.

A mis queridos amigos de la Carrera de Enfermería, que estuvieron en las buenas y en las malas.

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

A Dios por darme la oportunidad de existir y permitir el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres: Manuel Chao Marupa (Q.E.D), sé que me cuida desde el cielo. A mi querida madre Rosa Amutari Navi, por estar siempre a mi lado cuando más la necesito, por mostrarme en cada momento su apoyo incondicional y el interés para que estudie y me desarrolle completamente en todos los aspectos de mi vida, ya que son para mí la base fundamental pues ellos me han enseñado a luchar por lo que quiero y no dejarme caer.

A mis hijos: Kahike, David, Máximo y Noelito, por su amor son la energía que necesito para luchar día a día, gracias por ser parte de mi vida.

A mi esposo: Máximo, quien a lo largo de mis estudios ha sentido mi ausencia en el hogar y me ha apoyado en los momentos más difíciles apoyándome cuando más lo necesitaba.

A mis hermanos: Manuel (Q.E.D), Margarita, Marco Antonio, Fátima y Yúnior, por ser parte de mi vida por ayudarme a crecer y madurar junto con ellos.

INDICE GENERAL

	INTRODUCCION	1
1	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1	Antecedentes	3
1.2	Enunciado del Problema	4
1.3	Pregunta de Investigación	5
1.4	Objeto de estudio	6
1.5	OBJETIVOS	6
1.5.1	Objetivo General	6
1.5.2	Objetivos Específicos	6
1.6	Delimitación	6
1.7	Justificación	7
2	MARCO TEÓRICO	9
2.1.	Salud materna infantil	9
2.1.1	Control Pre Natal	9
2.1.2	Calidad y tiempo para realizar el control pre natal	11
2.2	Control del embarazo desde la atención primaria	12
2.2.1	Número de visitas	12
2.2.2	Anamnesis	12
2.2.3	Exploración Física	13
2.2.4	Exploración Ginecológica	14
2.2.5	Pruebas Analíticas	14
2.3	Actividades en visitas sucesivas	15
2.3.1	Anamnesis	15
2.3.2	Exploración física	15
2.3.3	Pruebas analíticas	16
2.4	Actividades realizadas de forma rutinaria	16
2.5	Vacunación	17
2.6	Manejo de la mujer embarazada en el tercer trimestre	18

2.7	Actividades en las visitas puerperales	19
2.7.1	Puérperas Inmediatas	19
3	DISEÑO METODOLOGICO	21
3.1	Tipo de investigación	21
3.2	Enfoque de la investigación	21
3.3	Población y muestra	21
3.4	Tecnica e instrumento de recolección de datos	21
3.5	Procesamiento de la información	21
4	RESULTADOS	22
5	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	30
5.1	Conclusiones	30
5.2	Recomendaciones	32
6	BIBLIOGRAFÍA	33
7	ANEXO	35

INDICE DE GRAFICOS

1.	Número y Edad de las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo	22
2.	Semanas de gestación	22
3.	Número de Controles	23
4.	Actualiza datos de la historia clínica en cada control	23
5.	Se realiza el Control de peso	24
6.	Control de Presión Arterial	24

7.	Mide la Altura uterina	25
8.	Realiza las Maniobras de Leopold	25
9.	Realiza la Detección de frecuencia cardiaca fetal	26
10.	Solicita Ecografía	26
11.	Solicita Análisis de sangre	27
12.	Pregunta si la gestante presenta algún flujo vaginal	27
13.	Se realiza la Orientación sobre Lactancia Materna.	28
14.	Se orienta sobre los controles más seguidos que se realizaran	28
15.	La Embarazada recibe orientación sobre factores de riesgo como edemas u otros síntomas que esta comenzado a percibirlos de forma habitual.	29
16.	Se orienta sobre la Preparación para el Parto.	29

ANEXOS

1.	Normas que cuenta el Centro de Salud sobre atención a la mujer embarazada	36
2.	Ficha de recolección de datos	38
3.	Ficha de recolección de datos observacional	39

4. Atención a la mujer que realiza su control en el tercer trimestre	40
5. Registro del carnet de control pre natal	41
6. Búsqueda de información	42

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 Centro de Salud Cachuela Esperanza, Municipio de Guayaramerín, durante los meses de octubre a diciembre de la gestión 2018. Donde tuvo como muestra a 10 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, análisis de sangre, 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, un 60% solo recibe información sobre una buena alimentación en este trimestre, el 50% orienta a la mujer sobre los factores de riesgo como el edema y/o otros síntomas.

Se llega a concluir que el personal de salud está cumpliendo en un 80% 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 Control Prenatal.

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 recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre.

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 y Deportes, 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.

En el Centro de Salud Cachuela Esperanza, no se cuenta con información sobre si el personal de salud (Medico, Lic En Enfermeria, Auxiliar En Enfermeria), 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.

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 Nacido Vivo.

Es bien sabido que la cobertura de primer prenatal esta alta en Bolivia, inclusive muchas veces está por encima del 100%, (100.8% para el 2012), esto se debe a que 4 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 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.

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.

Por ello es 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.

Lo que amerita que se realice una investigación en el Centro de Salud Cachuela Esperanza, 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 Centro de Salud Cachuela Esperanza del Departamento de 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 acudan 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.

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 Centro de Salud Cachuela Esperanza, Municipio de Guayaramerín, durante los meses de Octubre a Diciembre de la gestión 2018?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 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 Centro de Salud Cachuela Esperanza, Municipio de Guayaramerín, durante los meses de Octubre a Diciembre de la gestión 2018

1.4.2 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 de las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de control pre natal que realiza el personal de salud.

1.5 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 El que se encuentra en la Ciudad de Guayaramerín). 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 centro 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 coste 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.

1.6 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 largos 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 cuenten 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 médico/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 Centro de Salud Cachuela Esperanza, se realiza los controles pre natales a todas las mujeres en etapa de gestación. 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.

2. 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 sea desde el primer trimestre de la gestación. Esto permite la ejecución oportuna de las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud que constituyen la razón fundamental 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 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 ésta ha 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 la semana 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 fomento, 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 morbi 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 las 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 meses + 1 año + 7 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 extremen 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 pielonefritis 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 -galactiae: 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 preconcepcional 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 coste 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

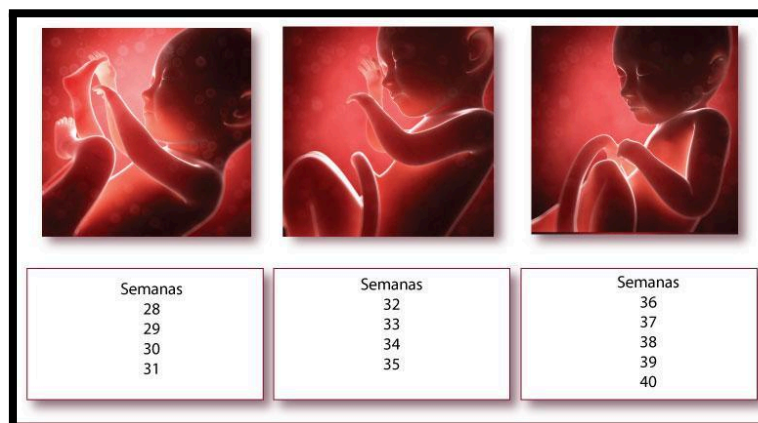
Enfermedad	Vacuna	Vía sitio de aplicación	Número de dosis Refuerzos	Refuerzos
Tétano neonatal	Toxoide tetánico	Intramuscular brazo o glúteo	Dos iniciales, intervalo mínimo: 4 semanas	Uno por embarazo, máximo tres

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://images.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

La Población está representada por 10 mujeres embarazadas que realizaron sus controles prenatales en el último trimestre de embarazo, en el Centro de Salud Cachuela Esperanza de Octubre a Diciembre del 2018.

3.2 Técnica e 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.

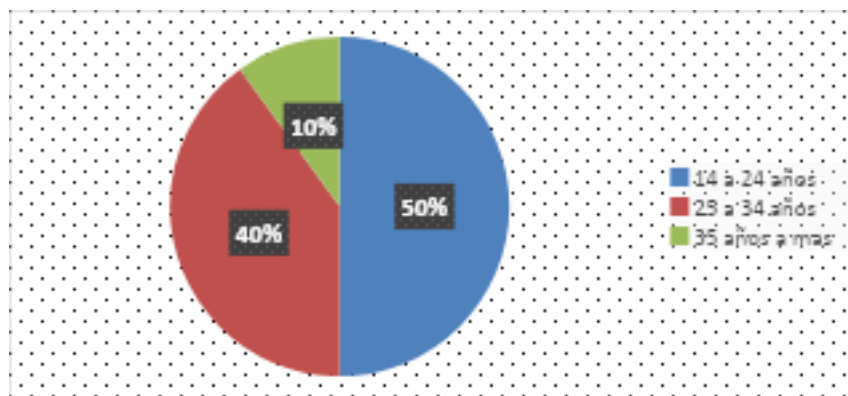
3.5. Procesamiento de la Información

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.

4. RESULTADOS

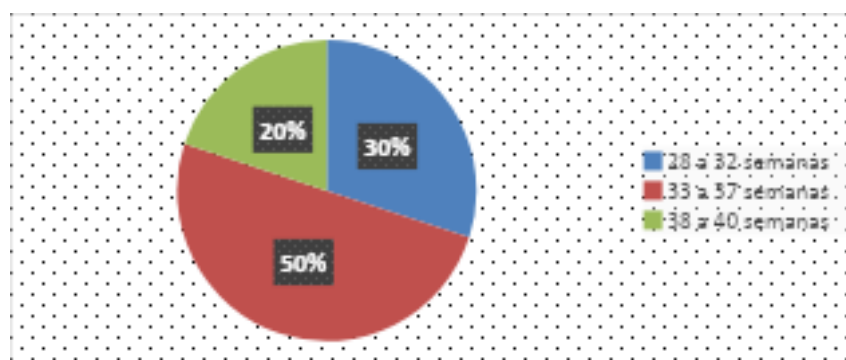
Gráfico N° 1: Número y Edad de las mujeres que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo.



Fuente: Elaboración Propia

Se verifica en el libro del SNIS, el número y edad de mujeres que asisten a control y que se encuentran en el tercer trimestre de embarazo, nos da como resultado 10 mujeres embarazadas, de las cuales el 50% se encuentran entre la edad de 14 a 24 años, un 40% entre 25 a 34 años y un 10% entre la edad de 35 años a más.

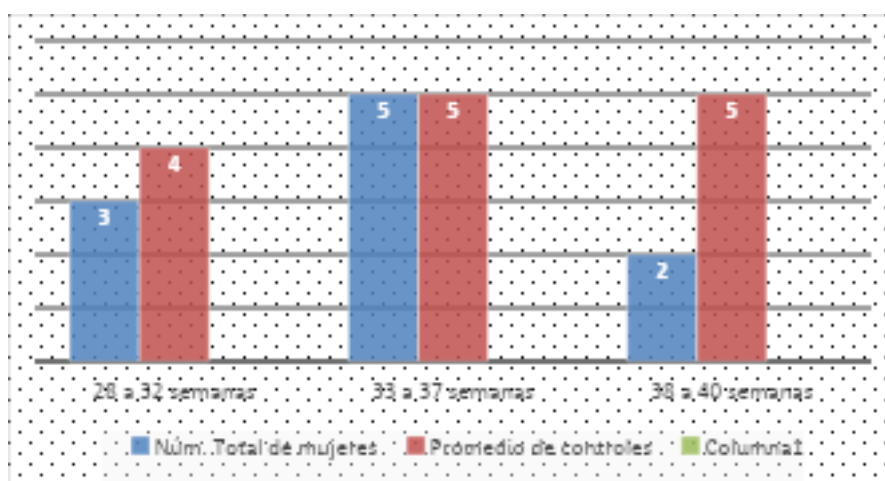
Gráfico N° 2: Semanas de Gestación.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia en el gráfico que el 50% se encuentra entre las 28 a 32 semanas de gestación, un 30% entre 33 a 37 semanas y un 20% entre 38 a 40 semanas, lo que significa próximos al parto.

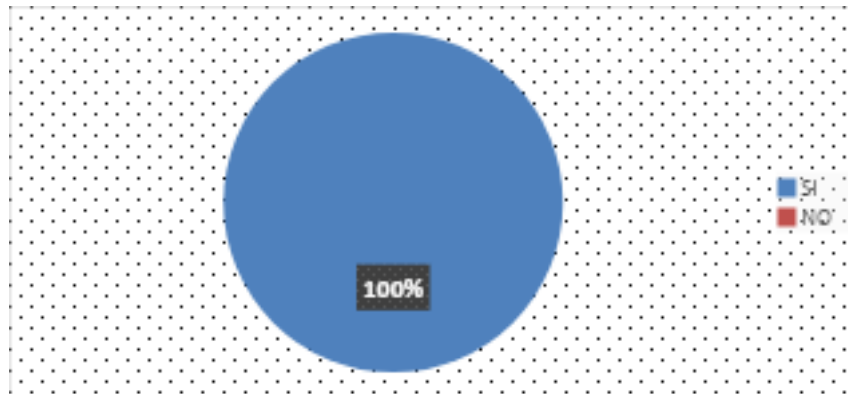
Gráfico N° 3: Número de Controles



Fuente: Elaboración Propia

De 28 a 32 semanas se encuentran 3 mujeres gestantes (4 Controles), de 33 a 37 semanas se encuentran 5 mujeres (5 controles), de 38 a 40 semanas se encuentran 2 mujeres y tiene un aproximado de 5 controles pre natales.

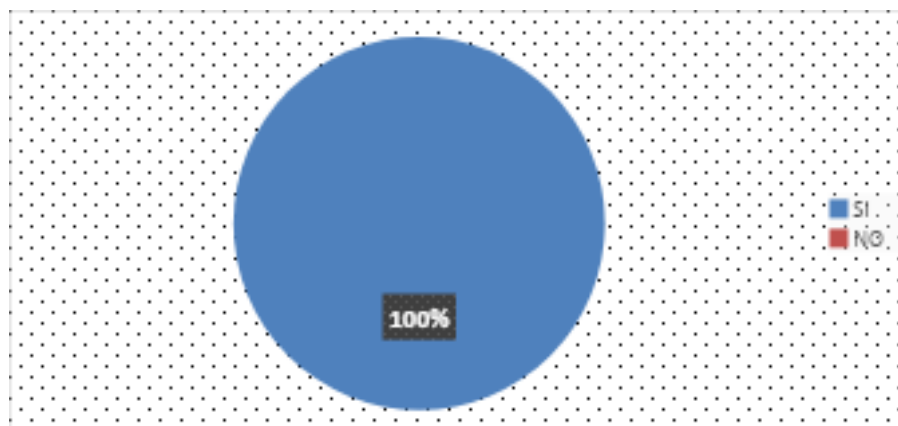
Gráfico N° 4: El Personal de Salud actualiza datos de la historia clínica en cada control Pre Natal



Fuente: Elaboración Propia

Se llega a evidenciar que de las 10 mujeres que asisten a control, el 100% de sus carnets están actualizados en cada visita.

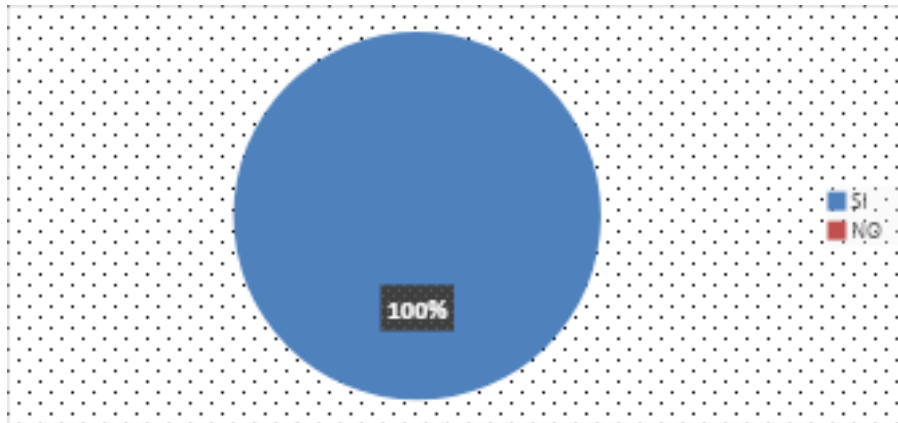
Gráfico N° 5: El Personal de Salud Realiza el control de peso



Fuente: Elaboración Propia

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

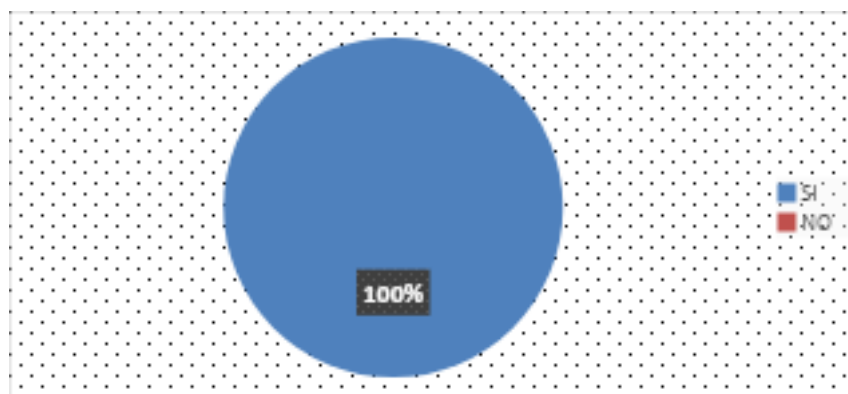
Gráfico N° 6: El Personal de Salud Realiza el Control de Presión Arterial



Fuente: Elaboración Propia

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

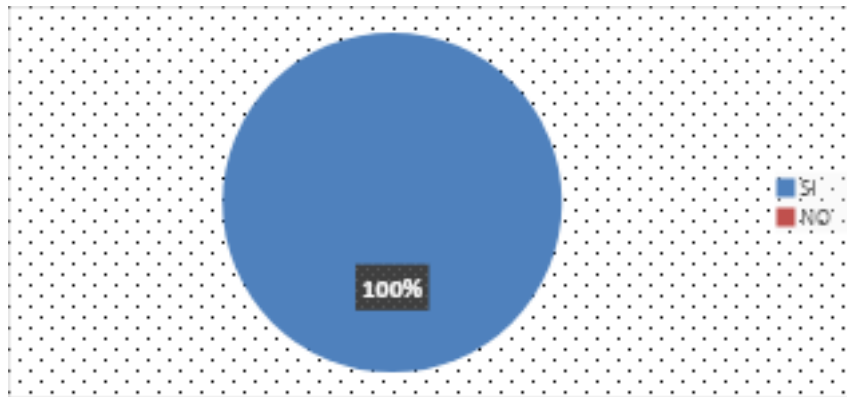
Gráfico N° 7: El Personal de Salud Realiza el Control de altura uterina.



Fuente: Elaboración Propia

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

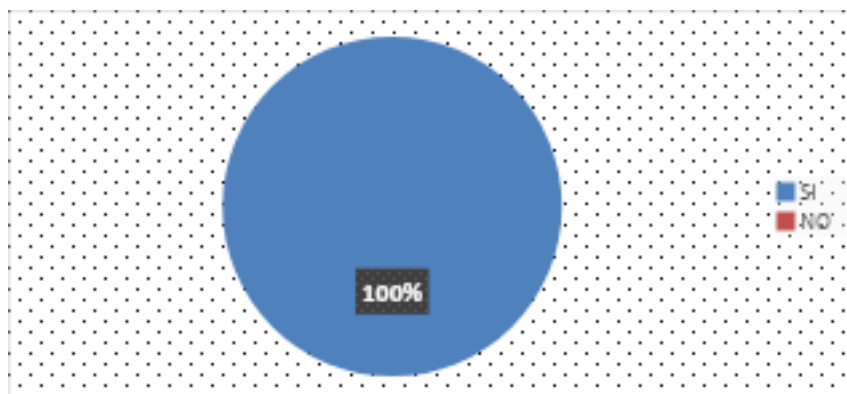
Gráfico N° 8: El Personal de Salud Realiza las maniobras de Leopold



Fuente: Elaboración Propia

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

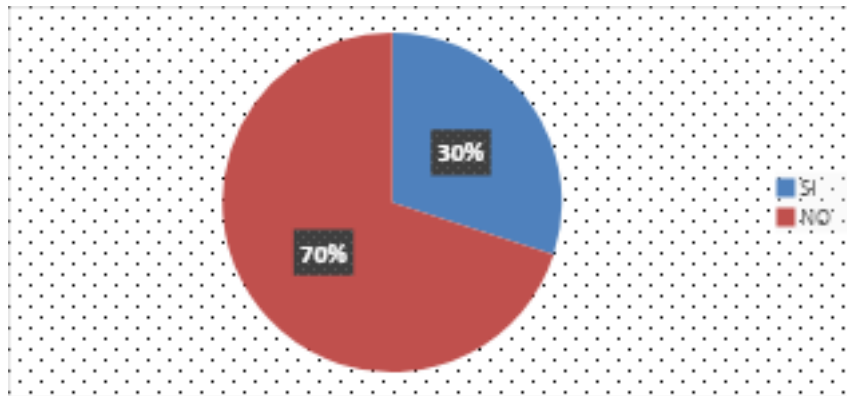
Gráfico N° 9: El Personal de Salud Realiza la detección de la frecuencia cardiaca fetal.



Fuente: Elaboración Propia

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

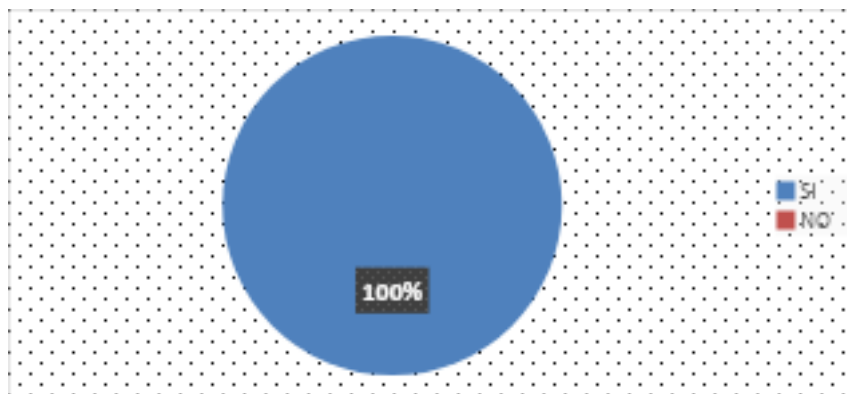
Gráfico N° 10: El Personal de Salud solicita ecografía.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control prenatal, el 70% no solicito ecografía y un 30% si solicitaron ecografía.

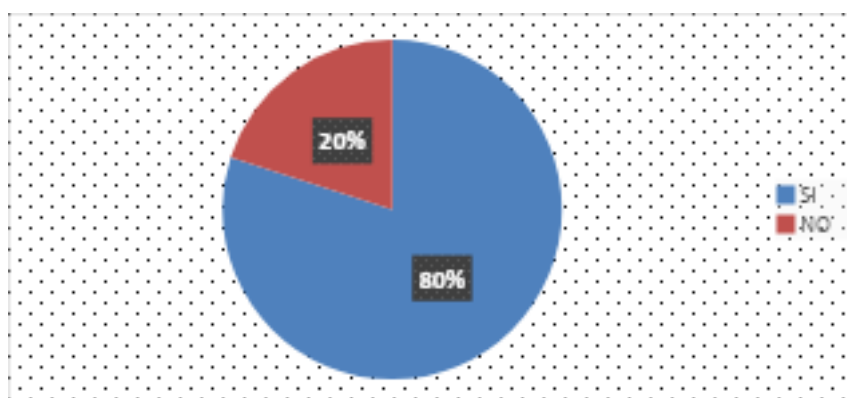
Gráfico N° 11: El Personal de Salud solicita análisis de sangre.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, el personal de salud solitó análisis de laboratorio al 100% de mujeres.

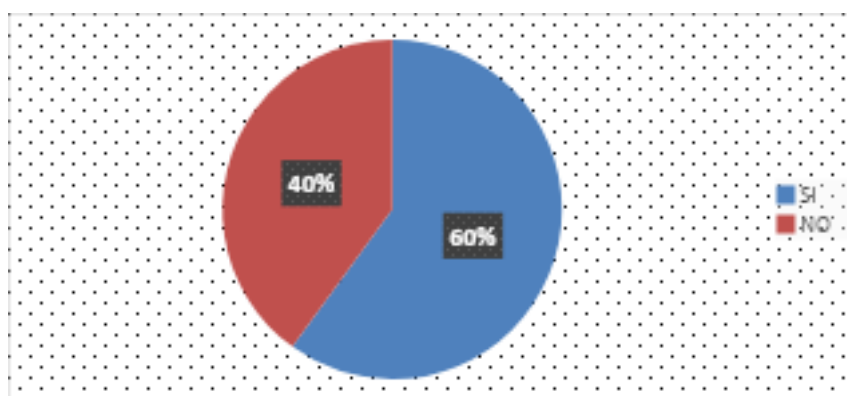
Gráfico N° 12: El Personal de Salud, pregunta si la mujer gestante presenta algún flujo vaginal.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, 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.

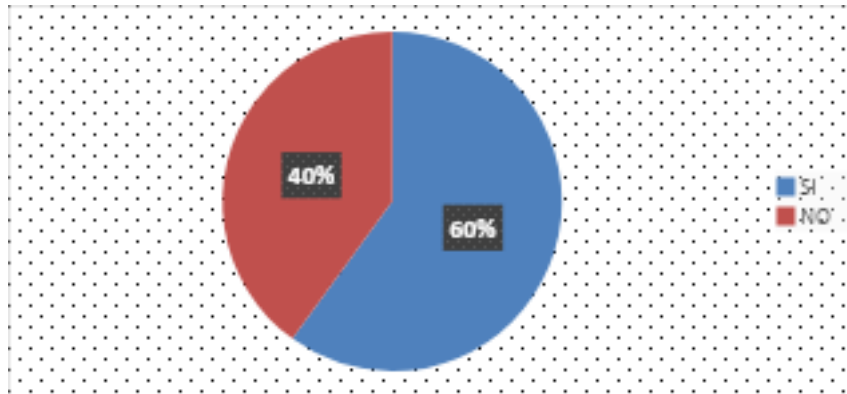
Gráfico N° 13: El Personal de Salud, realiza la Orientación sobre Lactancia Materna



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, el 60% de las mujeres mencionan que si recibieron orientacion sobre la importancia y los beneficios de la lactancia materna, mientras que el 40% menciona que no recibieron orientacion al momento de realizar el control pre natal.

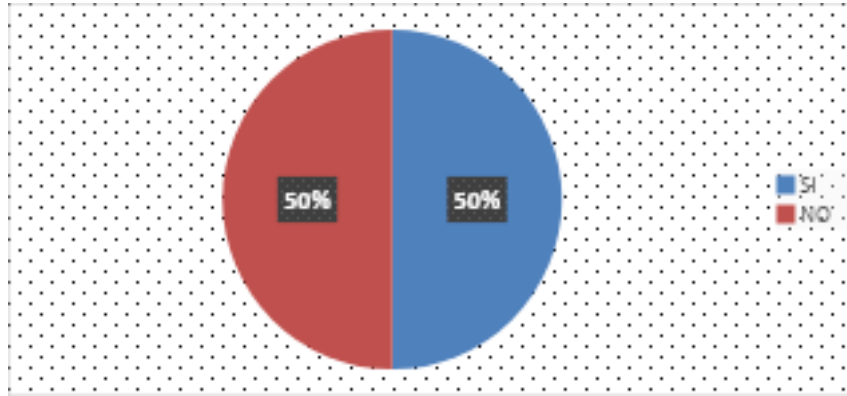
Gráfico N° 14: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre los controles más seguidos que se realizaran.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, el 60% menciona que si recibió orientación sobre los controles más seguidos, mientras que el 40% menciona que no recibió ningún tipo de orientación.

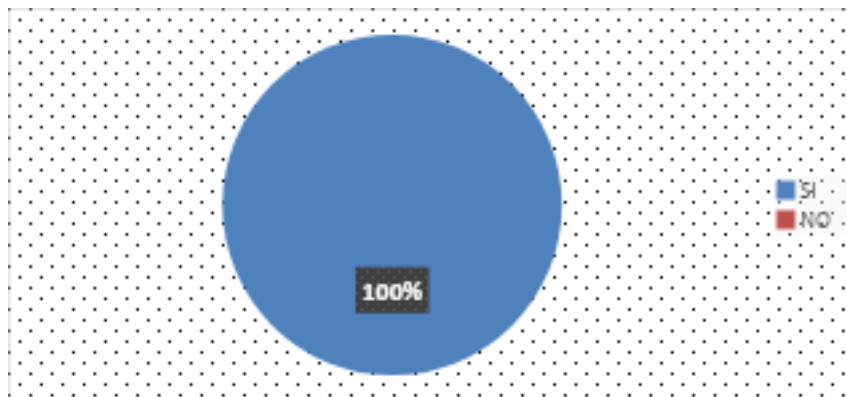
Gráfico N° 15: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre factores de riesgo como edemas u otros síntomas que esta comenzado a percibirlos de forma habitual.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, el 50% menciona que el personal de salud le orientó sobre los cambios y/o síntomas que empezara a percibir en estos meses, mientras que el 50% menciona que no recibió orientación respecto a este tema.

Gráfico N° 18: El Personal de Salud, orienta a la mujer gestante sobre la preparación del parto.



Fuente: Elaboración Propia

Se evidencia que del 100% de las mujeres que asisten a control, 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° 3). Es importante conocer si el Centro 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 Centro de Salud. Los cuales nos dieron resultados que:

- b. 10 mujeres se encontraban en la etapa del tercer trimestre de embarazo y realizaban rutinariamente sus controles.
- c. referente a las edades, el 50% de las mujeres se encuentran entre la edad de los 14 a 24 años y el mínimo del 10% 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 máximo se encuentra con un 50% de mujeres que se encontraban entre las semanas 33 a 37 y el porcentaje mínimo de las mujeres que se encontraban entre las semanas 38 a 40, 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. El personal de salud realiza en cada consulta, control de peso, presión arterial, medición de altura uterina, maniobras de Leopold, auscultación de la frecuencia cardíaca fetal, realización de análisis de sangre, orientación en la lactancia materna exclusiva 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. En relación a la alimentación, el 60% menciona que si recibió orientación mientras que un 40% menciona que no, es importante destacar este punto porque las mujeres en esta etapa sufren cambios como la incontinencia urinaria y el estreñimiento debido a que el proceso de digestión de alimentos cambia.
- g. Solo el 50% menciona que si recibió orientación sobre los factores de riesgo como edemas y otros síntomas. No hay que olvidar que las mujeres se encuentran próximos al parto, por lo que es importante la rutina de control por lo menos 2 veces en el mes para monitorizar como se encuentra la salud de la madre y el feto.

5.2 Recomendaciones

- ⇒ Primeramente socializar este trabajo a todo el personal para que tengan en conocimiento sobre las conclusiones de este proyecto.

- ⇒ Realizar más frecuentes charlas educativas sobre el embarazo, parto y puerperio.

- ⇒ Explicar a mayor detalle a las mujeres gestantes sobre importancia del control prenatal e informar sobre situación actual en cada consulta a la paciente.

- ⇒ Concientizar al personal médico para la realización del examen físico completo de la paciente.

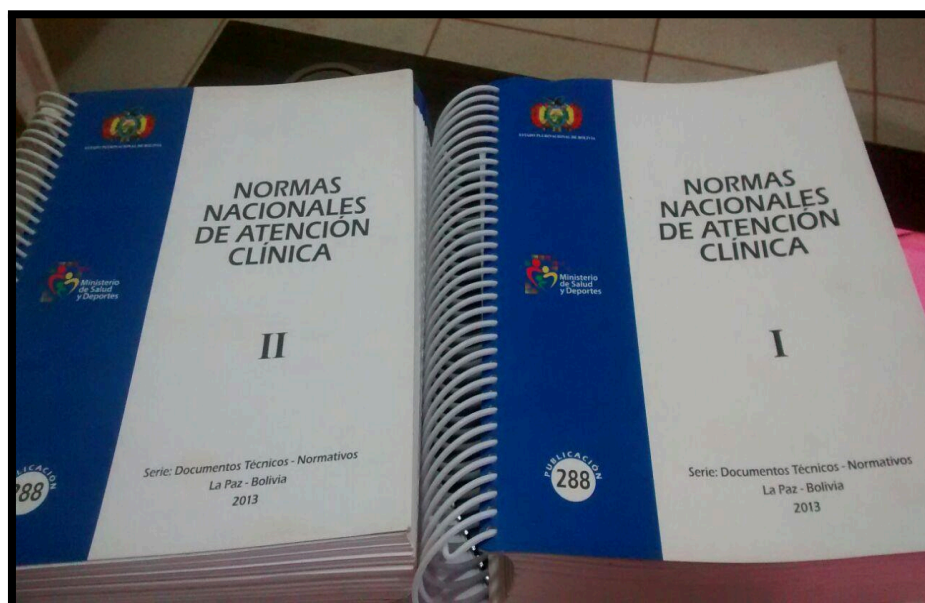
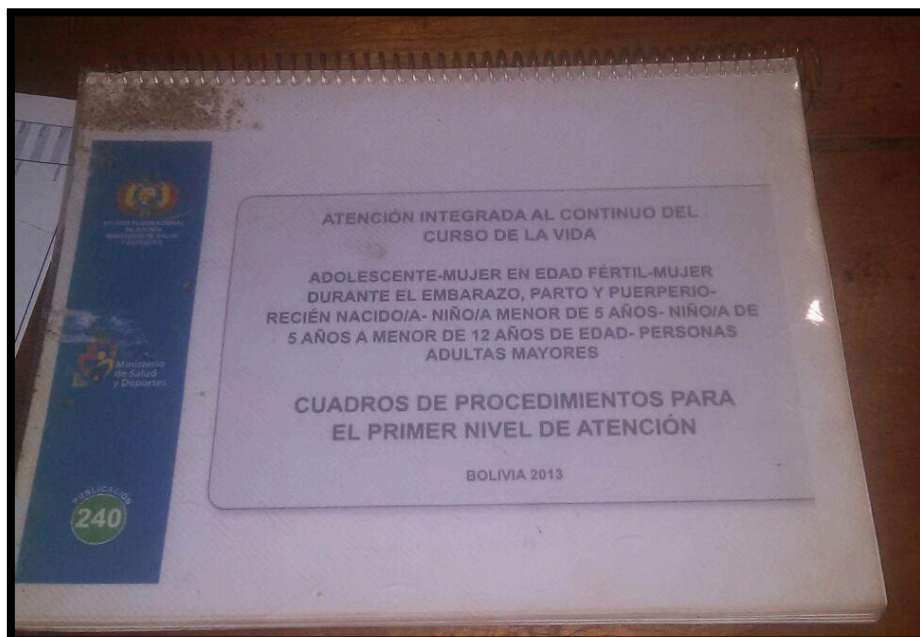
6.- BIBLIOGRAFIA

- ⇒ 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_RKRvJYjU5Zjk2ZDAtYzY5Ni00ZjhhLWFIM2YtYTdiYzhiNTUyN2Yw/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 Nro 3, 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

NORMAS QUE CUENTA EL CENTRO DE SALUD SOBRE ATENCION A LA MUJER EMBARAZADA



ACTIVIDADES	CONSULTAS				OTRAS CONSULTAS	NIVEL DE ATENCIÓN
	1ª	2ª	3ª	4ª		
<ul style="list-style-type: none"> ■ Hemograma, hemoglobina, factor Rh, grupo sanguíneo. ■ VDRL o RPR. ■ Prueba rápida para VIH. ■ Examen general de orina, glicemia. ■ Crocuctivo según disponibilidad. ■ Detección de proteínas en orina con ácido acético o reactiva (i). ■ Pruebas de diagnóstico para malformaciones congénitas en caso necesario (j). ■ Alfa fetoproteínas. ■ Proteína A específica del embarazo. ■ Hormona HGC fracción Beta-Estírol. 		SI				Todos.
Proporcione información y orientación a la embarazada, el esposo y/o la familia y la comunidad.	SI	SI	SI	SI	SI	Todos.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Elabore con la embarazada el plan de parto y oriente sobre posibles signos de peligro o alerta. 	SI	SI	SI	SI	SI	Todos.
<ul style="list-style-type: none"> ■ Pruebas de diagnóstico para malformaciones congénitas en caso necesario. ■ Solicite examen ecográfico: <ul style="list-style-type: none"> ● Entre las 10 y 16 semanas: huesos y fosas nasales, translucencia nucal. ● Entre las 26 y 34 semanas: ecografía estructural. 		SI	SI			Todos.
<p>a. Se ha demostrado que la entrega de registros personales (carnet de salud de la madre, por ejemplo) a las embarazadas es una forma beneficiosa de atención prenatal.</p> <p>b. Como la detección de proteinuria en embarazadas con presión arterial elevada, para diagnosticar preeclampsia.</p> <p>c. Como la edad gestacional y la altura uterina están relacionadas, utilice un gestograma o cinta obstétrica para valorar el resultado de ambas mediciones. También calcule la fecha probable de parto (FPP = a la FUM agregue 7 ó 10 días y reste tres meses). Proporcione esta información a la embarazada.</p> <p>d. A partir de las 30 semanas, el feto debe moverse por lo menos 10 veces en dos horas.</p> <p>e. Después de las 32 semanas de embarazo, la situación y posición son casi definitivas.</p> <p>f. La presencia de flujos o úlceras hace sospechar ITS. Debido a que la incidencia de sífilis durante el embarazo es elevada, el personal de salud tiene que orientar a la mujer para que cumpla con la prueba VDRL o RPR, recoja el resultado y lo lleve tan pronto como le sea posible. También hay pruebas rápidas. Asimismo, la medición de los títulos de VDRL.</p> <p>g. Todas las embarazadas recibirán 90 tabletas, y 90 más las que tienen anemia (para que tomen 1 ó 2 por día, a la media hora después del almuerzo o cena, pero no las tomarán con té, café ni leche).</p> <p>h. En casos de anemia buscar la causa o referir a nivel II ó III para que diagnostiquen la causa y realicen tratamiento.</p> <p>i. Se debe realizar en mujeres con más de 20 semanas, primigestas, hipertensas o con antecedentes de preeclampsia, en caso positivo referir a nivel II ó III.</p> <p>j. En casos que la embarazada tenga antecedentes o riesgo de que el producto pueda tener malformaciones congénitas, referir al nivel donde pueda realizarse las pruebas.</p>						

11



CENTRO DE SALUD PUERTO RICO

SNIS - VE
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN EN SALUD Y VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

CÓDIGO R.A. SALUD - INE 203

CUADERNO N° 3

CONTROL PRENATAL, PARTO, PUERPERIO Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

(PARA ESTABLECIMIENTOS DE I NIVEL DE ATENCIÓN)

Nombre del Establecimiento : _____

Red de Salud : _____

Municipio : _____

Servicio Departamental de Salud : _____

Gestión : _____ N° de Ejemplar : _____

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Identificación del Número de mujeres embarazadas, Edad de la Embarazada y Meses de Gestación, que realizan su control en el Centro de Salud Cachuela Esperanza

DATOS DE LA GESTANTE (7MO MES)

- ⇒ Edad ()
- ⇒ Meses de Gestación ()
- ⇒ Número de Controles Prenatales ()

DATOS DE LA GESTANTE (8VO MES)

- ⇒ Edad ()
- ⇒ Meses de Gestación ()
- ⇒ Número de Controles Prenatales ()

DATOS DE LA GESTANTE (9NO MES)

- ⇒ Edad ()
- ⇒ Meses de Gestación ()
- ⇒ Número de Controles Prenatales ()

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS (OBSERVACIONAL)

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

Nro	ACTIVIDADES	SI	NO
1.	Actualiza datos de la historia clínica en cada control		
2	Se realiza el Control de peso		
3	Control de Presión Arterial		
4	Mide la Altura uterina		
5	Realiza las Maniobras de Leopold		
6	Realiza la Detección de frecuencia cardiaca fetal		
7	Solicita Ecografía		
8	Solicita Análisis de sangre		
9	Pregunta si la gestante presenta algún flujo vaginal		
10	Se realiza la Orientación sobre Lactancia Materna.		
11	Se realiza orientación sobre la alimentación (evitar el estreñimiento).		
12	Se orienta sobre los controles más seguidos que se realizaran		
13	La Embarazada recibe orientación sobre factores de riesgo como edemas u otros síntomas que esta comenzado a percibirlos de forma habitual.		
14	Se orienta sobre, lo que deben esperar los padres del trabajo de parto.		
15	Se orienta sobre la Preparación para el Parto.		

ATENCION A LA MUJER QUE REALIZA SU CONTROL EN EL TERCER TRIMESTRE DE EMBARAZO

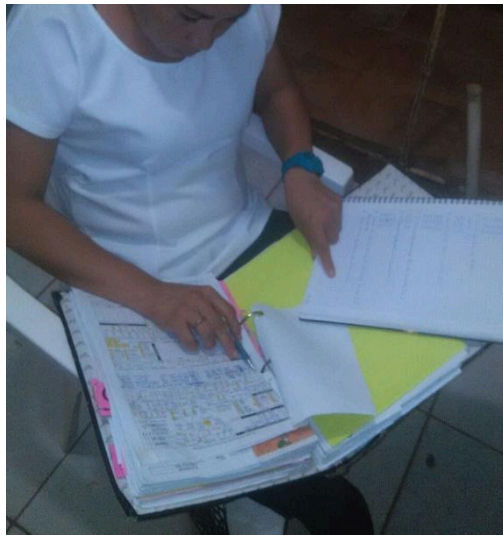




REGISTRO DEL CARNET DE CONTROL PRE NATAL



**BUSQUEDA DE INFORMACION EN LAS HISTORIAS CLINICAS Y CARNET
DE CONTROL PRE NATAL.**



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

1. ANTECEDENTES

DIOMA HABLABADO: Cast TELEFONO: 32 (de 11 a las 12) (de 30 a las 31)

FAMILIARES PERSONALES LENGUA MATERNA: Cast

2. GESTACION ACTUAL

EMBARAZO ANTERIOR: 07 07 07 07 07

EMBARAZO PLANEADO: no

FRACASO METODO ANTICONCEPTIVO: no

3. PARTO - ABORTO

FECHA DE INGRESO: 11/05/16

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: CPN Normal - LAB

4. RECEN-NACIDO

SEXO: M PESO AL NACER: 3640 g

EDAD GESTACIONAL FOR EX. FISICO: 36.4

5. PUERPERIO

INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO: CPN Normal - LAB

7. EGRESO DE LA MUJER

FECHA DE EGRESO: 12/06/16

8. ANTICONCEPCION

METODO ELEGIDO: DIU

9. OBSERVACIONES

BONO JUANA AZURDUY

Beneficio	Fecha Autorización	Fecha de Pago	Responsable
1er. CPN	/ /	/ /	/ /
2do. CPN	/ /	/ /	/ /
3er. CPN	/ /	/ /	/ /
4to. CPN	/ /	/ /	/ /

CONSIDERACIONES

1. 104.16 10.6160 27.0060

2. 110.516 15.57 25.69060

3. 200.016 20.58 26.49060

4. 10.02.16 28.60 27.4060

5. 12.09.16 32.64 28.79060

6. 10.04.16 36.49 29.18060

7. 10.01.16 39.16 29.57060

8. 10.11.16 41.83 30.96060

9. 10.11.16 44.50 32.35060

10. 10.11.16 47.17 33.74060

11. 10.11.16 49.84 35.13060

12. 10.11.16 52.51 36.52060

13. 10.11.16 55.18 37.91060

14. 10.11.16 57.85 39.30060

15. 10.11.16 60.52 40.69060

16. 10.11.16 63.19 42.08060

17. 10.11.16 65.86 43.47060

18. 10.11.16 68.53 44.86060

19. 10.11.16 71.20 46.25060

20. 10.11.16 73.87 47.64060

21. 10.11.16 76.54 49.03060

22. 10.11.16 79.21 50.42060

23. 10.11.16 81.88 51.81060

24. 10.11.16 84.55 53.20060

25. 10.11.16 87.22 54.59060

26. 10.11.16 89.89 55.98060

27. 10.11.16 92.56 57.37060

28. 10.11.16 95.23 58.76060

29. 10.11.16 97.90 60.15060

30. 10.11.16 100.57 61.54060

31. 10.11.16 103.24 62.93060

32. 10.11.16 105.91 64.32060

33. 10.11.16 108.58 65.71060

34. 10.11.16 111.25 67.10060

35. 10.11.16 113.92 68.49060

36. 10.11.16 116.59 69.88060

37. 10.11.16 119.26 71.27060

38. 10.11.16 121.93 72.66060

39. 10.11.16 124.60 74.05060

40. 10.11.16 127.27 75.44060

41. 10.11.16 129.94 76.83060

42. 10.11.16 132.61 78.22060

43. 10.11.16 135.28 79.61060

44. 10.11.16 137.95 81.00060

45. 10.11.16 140.62 82.39060

46. 10.11.16 143.29 83.78060

47. 10.11.16 145.96 85.17060

48. 10.11.16 148.63 86.56060

49. 10.11.16 151.30 87.95060

50. 10.11.16 153.97 89.34060

51. 10.11.16 156.64 90.73060

52. 10.11.16 159.31 92.12060

53. 10.11.16 161.98 93.51060

54. 10.11.16 164.65 94.90060

55. 10.11.16 167.32 96.29060

56. 10.11.16 170.00 97.68060

57. 10.11.16 172.67 99.07060

58. 10.11.16 175.34 100.46060

59. 10.11.16 178.01 101.85060

60. 10.11.16 180.68 103.24060

61. 10.11.16 183.35 104.63060

62. 10.11.16 186.02 106.02060

63. 10.11.16 188.69 107.41060

64. 10.11.16 191.36 108.80060

65. 10.11.16 194.03 110.19060

66. 10.11.16 196.70 111.58060

67. 10.11.16 199.37 112.97060

68. 10.11.16 202.04 114.36060

69. 10.11.16 204.71 115.75060

70. 10.11.16 207.38 117.14060

71. 10.11.16 210.05 118.53060

72. 10.11.16 212.72 119.92060

73. 10.11.16 215.39 121.31060

74. 10.11.16 218.06 122.70060

75. 10.11.16 220.73 124.09060

76. 10.11.16 223.40 125.48060

77. 10.11.16 226.07 126.87060

78. 10.11.16 228.74 128.26060

79. 10.11.16 231.41 129.65060

80. 10.11.16 234.08 131.04060

81. 10.11.16 236.75 132.43060

82. 10.11.16 239.42 133.82060

83. 10.11.16 242.09 135.21060

84. 10.11.16 244.76 136.60060

85. 10.11.16 247.43 137.99060

86. 10.11.16 250.10 139.38060

87. 10.11.16 252.77 140.77060

88. 10.11.16 255.44 142.16060

89. 10.11.16 258.11 143.55060

90. 10.11.16 260.78 144.94060

91. 10.11.16 263.45 146.33060

92. 10.11.16 266.12 147.72060

93. 10.11.16 268.79 149.11060

94. 10.11.16 271.46 150.50060

95. 10.11.16 274.13 151.89060

96. 10.11.16 276.80 153.28060

97. 10.11.16 279.47 154.67060

98. 10.11.16 282.14 156.06060

99. 10.11.16 284.81 157.45060

100. 10.11.16 287.48 158.84060

101. 10.11.16 290.15 160.23060

102. 10.11.16 292.82 161.62060

103. 10.11.16 295.49 163.01060

104. 10.11.16 298.16 164.40060

105. 10.11.16 300.83 165.79060

106. 10.11.16 303.50 167.18060

107. 10.11.16 306.17 168.57060

108. 10.11.16 308.84 169.96060

109. 10.11.16 311.51 171.35060

110. 10.11.16 314.18 172.74060

111. 10.11.16 316.85 174.13060

112. 10.11.16 319.52 175.52060

113. 10.11.16 322.19 176.91060

114. 10.11.16 324.86 178.30060

115. 10.11.16 327.53 179.69060

116. 10.11.16 330.20 181.08060

117. 10.11.16 332.87 182.47060

118. 10.11.16 335.54 183.86060

119. 10.11.16 338.21 185.25060

120. 10.11.16 340.88 186.64060

121. 10.11.16 343.55 188.03060

122. 10.11.16 346.22 189.42060

123. 10.11.16 348.89 190.81060

124. 10.11.16 351.56 192.20060

125. 10.11.16 354.23 193.59060

126. 10.11.16 356.90 194.98060

127. 10.11.16 359.57 196.37060

128. 10.11.16 362.24 197.76060

129. 10.11.16 364.91 199.15060

130. 10.11.16 367.58 200.54060

131. 10.11.16 370.25 201.93060

132. 10.11.16 372.92 203.32060

133. 10.11.16 375.59 204.71060

134. 10.11.16 378.26 206.10060

135. 10.11.16 380.93 207.49060

136. 10.11.16 383.60 208.88060

137. 10.11.16 386.27 210.27060

138. 10.11.16 388.94 211.66060

139. 10.11.16 391.61 213.05060

140. 10.11.16 394.28 214.44060

141. 10.11.16 396.95 215.83060

142. 10.11.16 399.62 217.22060

143. 10.11.16 402.29 218.61060

144. 10.11.16 404.96 220.00060

145. 10.11.16 407.63 221.39060

146. 10.11.16 410.30 222.78060

147. 10.11.16 412.97 224.17060

148. 10.11.16 415.64 225.56060

149. 10.11.16 418.31 226.95060

150. 10.11.16 420.98 228.34060

151. 10.11.16 423.65 229.73060

152. 10.11.16 426.32 231.12060

153. 10.11.16 428.99 232.51060

154. 10.11.16 431.66 233.90060

155. 10.11.16 434.33 235.29060

156. 10.11.16 437.00 236.68060

157. 10.11.16 439.67 238.07060

158. 10.11.16 442.34 239.46060

159. 10.11.16 445.01 240.85060

160. 10.11.16 447.68 242.24060

161. 10.11.16 450.35 243.63060

162. 10.11.16 453.02 245.02060

163. 10.11.16 455.69 246.41060

164. 10.11.16 458.36 247.80060

165. 10.11.16 461.03 249.19060

166. 10.11.16 463.70 250.58060

167. 10.11.16 466.37 251.97060

168. 10.11.16 469.04 253.36060

169. 10.11.16 471.71 254.75060

170. 10.11.16 474.38 256.14060

171. 10.11.16 477.05 257.53060

172. 10.11.16 479.72 258.92060

173. 10.11.16 482.39 260.31060

174. 10.11.16 485.06 261.70060

175. 10.11.16 487.73 263.09060

176. 10.11.16 490.40 264.48060

177. 10.11.16 493.07 265.87060

178. 10.11.16 495.74 267.26060

179. 10.11.16 498.41 268.65060

180. 10.11.16 501.08 270.04060

181. 10.11.16 503.75 271.43060

182. 10.11.16 506.42 272.82060

183. 10.11.16 509.09 274.21060

184. 10.11.16 511.76 275.60060

185. 10.11.16 514.43 276.99060

186. 10.11.16 517.10 278.38060

187. 10.11.16 519.77 279.77060

188. 10.11.16 522.44 281.16060

189. 10.11.16 525.11 282.55060

190. 10.11.16 527.78 283.94060

191. 10.11.16 530.45 285.33060

192. 10.11.16 533.12 286.72060

193. 10.11.16 535.79 288.11060

194. 10.11.16 538.46 289.50060

195. 10.11.16 541.13 290.89060

196. 10.11.16 543.80 292.28060

197. 10.11.16 546.47 293.67060

198. 10.11.16 549.14 295.06060

199. 10.11.16 551.81 296.45060

200. 10.11.16 554.48 297.84060

201. 10.11.16 557.15 299.23060

202. 10.11.16 559.82 300.62060

203. 10.11.16 562.49 302.01060

204. 10.11.16 565.16 303.40060

205. 10.11.16 567.83 304.79060

206. 10.11.16 570.50 306.18060

207. 10.11.16 573.17 307.57060

208. 10.11.16 575.84 308.96060

209. 10.11.16 578.51 310.35060

210. 10.11.16 581.18 311.74060

211. 10.11.16 583.85 313.13060

212. 10.11.16 586.52 314.52060

213. 10.11.16 589.19 315.91060

214. 10.11.16 591.86 317.30060

215. 10.11.16 594.53 318.69060

216. 10.11.16 597.20 320.08060

217. 10.11.16 599.87 321.47060

218. 10.11.16 602.54 322.86060

219. 10.11.16 605.21 324.25060

220. 10.11.16 607.88 325.64060

221. 10.11.16 610.55 327.03060

222. 10.11.16 613.22 328.42060

223. 10.11.16 615.89 329.81060

224. 10.11.16 618.56 331.20060

225. 10.11.16 621.23 332.59060

226. 10.11.16 623.90 333.98060

227. 10.11.16 626.57 335.37060

228. 10.11.16 629.24 336.76060

229. 10.11.16 631.91 338.15060

230. 10.11.16 634.58 339.54060

231. 10.11.16 637.25 340.93060

232. 10.11.16 639.92 342.32060

233. 10.11.16 642.59 343.71060

234. 10.11.16 645.26 345.10060

235. 10.11.16 647.93 346.49060

236. 10.11.16 650.60 347.88060

237. 10.11.16 653.27 349.27060

238. 10.11.16 655.94 350.66060

239. 10.11.16 658.61 352.05060

240. 10.11.16 661.28 353.44060

241. 10.11.16 663.95 354.83060

242. 10.11.16 666.62 356.22060

243. 10.11.16 669.29 357.61060

244. 10.11.16 671.96 359.00060

245. 10.11.16 674.63 360.39060

246. 10.11.16 677.30 361.78060

247. 10.11.16 679.97 363.17060

248. 10.11.16 682.64 364.56060

249. 10.11.16 685.31 365.95060

250. 10.11.16 687.98 367.34060

251. 10.11.16 690.65 368.73060

252. 10.11.16 693.32 370.12060

253. 10.11.16 695.99 371.51060

254. 10.11.16 698.66 372.90060

255. 10.11.16 701.33 374.29060

256. 10.11.16 704.00 375.68060

257. 10.11.16 706.67 377.07060

258. 10.11.16 709.34 378.46060

259. 10.11.16 712.01 379.85060

260. 10.11.16 714.68 381.24060

261. 10.11.16 717.35 382.63060

262. 10.11.16 720.02 384.02060

263. 10.11.16 722.69 385.41060

264. 10.11.16 725.36 386.80060

265. 10.11.16 728.03 388.19060

266. 10.11.16 730.70 389.58060

267. 10.11.16 733.37 390.97060

268. 10.11.16 736.04 392.36060

269. 10.11.16 738.71 393.75060

270. 10.11.16 741.38 395.14060

271. 10.11.16 744.05 396.53060

272. 10.11.16 746.72 397.92060

273. 10.11.16 749.39 399.31060

274. 10.11.16 752.06 400.70060

275. 10.11.16 754.73 402.09060

276. 10.11.16 757.40 403.48060

277. 10.11.16 760.07 404.87060

278. 10.11.16 762.74 406.26060

279. 10.11.16 765.41 407.65060

280. 10.11.16 768.08 409.04060

281. 10.11.16 770.75 410.43060

282. 10.11.16 773.42 411.82060

283. 10.11.16 776.09 413.21060

284. 10.11.16 778.76 414.60060

285. 10.11.16 781.43 415.99060

286. 10.11.16 784.10 4