



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EXTENSIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN
Dirección de Enfermería

Normativa – 030

Guías de Cuidado de Enfermería
Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido

Managua, Noviembre - 2009

N
WY
157.3
0155
2009

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. Dirección de Enfermería. **Guías de Cuidado de Enfermería Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido/** Reyna Marta Gutiérrez Colindres, Miriam Chávez, Fátima Zuniga Arévalo, et. al. Managua: MINSA, Nov. 2009
58p. tab, graf

(Normativa 030; Contiene Acuerdo Ministerial No. 326-2009 y Soporte Jurídico)

- 1.- Norma (Desc. Local)
- 2.- Guía de Cuidados de Enfermería (Desc. Local)
- 3.- Enfermería Obstétrica ^normas
- 4.- Atención de Enfermería a Pacientes Embarazadas en el Parto y Puerperio (Desc. Local)
- 5.- Enfermería Pediátrica
- 6.- Enfermería Materno infantil
- 7.- Embarazo
- 8.- Recién Nacido

Ficha Catalografica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud

CREDITOS

EQUIPO CONDUCTOR

Ms. Reyna María Gutiérrez Colindres	: Directora de Enfermería.
Lic. Miriam Chávez González	: Sub. Directora de la Dirección de la Enfermería.
Ms. Fátima Zúniga Arévalo	: Asesora Técnica.
Ms. Ana Mercedes Villanueva Roa	: Funcionaria de la Dirección de Enfermería
Ms. Abel Ruiz Ortega	: Funcionario de la Dirección de Enfermería.
Ms. Elvis Ramón Soto	: Funcionario de la Dirección de Enfermería.

COMISIÓN NACIONAL

Lic. Martha Isabel Morales Díaz	: Hospital Fernando Vélez Paíz
Lic. Esperanza del Carmen Sotelo Vega	: Centro de Salud Alejandro Dávila Bolaños.
Lic. Yessenia Isabel Cárcamo Hernández	: Hospital Bertha Calderón.
Lic. Ana Julia Urbina Flores	: Centro de Salud Villa Libertad.
Lic. Alba Rosa Rodríguez Romero	: Hospital Gaspar García Laviana.
Lic. Verónica del Transito Medina Rivera	: Hospital Bertha Calderón.
Lic. Maritza del Rosario Hernández Villalta	: Centro de Salud Monte Carmelo.
Lic. Rosario del Socorro Gutiérrez Pérez	: Centro de Salud Diríamba.
Lic. Susana del Carmen Morales Barraza Belén.	: Centro de Salud Héroes y Mártires de Belén.
Lic. Amparo de Jesús Sáenz Chamorro	: Hospital Alemán Nicaragüense.
Lic. Damaris de los Ángeles Alonso Carballo	: Hospital Amistad Japón Nicaragua.
Lic. Martha Lorena García Aguilar	: Hospital Humberto Alvarado.
Lic. Maria Estela Machado	: Hospital Oscar Danilo Rosales.
Lic. Perla Ivania Martínez Siria	: Centro de Salud Subtiava.
Lic. Joana Del Socorro Cortez	: Hospital Regional Santiago de Jinotepe.

COLABORADORES

Lic. Yadira Arguello	: Hospital Gaspar García Laviana.
Lic. Yadira Tinoco Martínez	: Jefa de Enf. SILAIS /Estela.
Lic. Ramona Alfaro	: Enfermera Municipal/ Estela.
Lic. Ana Cecilia Silva Ramírez.	: Enfermera MINSA/Central.
Lic. Sandra del Carmen Reyes Álvarez	: Docente POLISAL/UNAN/Managua.
Lic. Martha Campos	: Centro de Salud Monte Carmelo.
Lic. Gioconda Rodríguez	: Centro de Salud Monte Carmelo.
Lic. Miriam de Jesús Espinoza	: Jefa Unidad Labor y Parto H. Alemán Nic.
Ms. Lic. Zeneyda Quiroz.	: Docente POLISAL/UNAN/Managua.
Lic. Yadira Jiménez Estrada	: Alemán Nicaragüense.
Lic. Lastenia Gómez	: Enfermera SILAIS/Managua.
Lic. Ana Isabel Morales	: Jefa de Enf. SILAIS/ Managua.
Lic. Ruth López Muñoz	: HRS. Jefa de Enf. SILAIS/ Carazo.
Lic. Adela Peña Membreño	: HBCR.
Lic. Carla Guadamúz	: HAJN.
Lic. Irma Duran Gómez	: HJA N.
Dra. Ángela Rivera Vásquez.	: Centro de Salud Belén.
Ms. Carmina Ortiz.	: Docente Enfermería
POLISAL/UNAN/Managua.	
Ms. Cornelia García	: Docente Escuela de Enfermería. Carazo.
Ms. Milena Molina	: Directora Escuela de Enfermería La Trinidad.
Lic. María del Carmen Aguirre Rivera.	: Docente de Enf. Hospital Manuel de Jesús Rivera.
Lic. Norma Pérez Vélez Paíz.	: Enf. Jefa de Unidad Hospital Fernando Vélez Paíz.
Ms. Gloria Orozco	: Jefa de Enfermera C/S Carlos Rugada.
Lic. Silvia Tapia Jiménez	: Jefa de Enfermera C/S Villa Libertad.



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 326-2009

ACUERDO MINISTERIAL
No. 326 - 2009

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ, Ministro de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho; el Decreto No. 25-2006 "*Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo"*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis; la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos; el Decreto No. 001-2003 "*Reglamento de la Ley General de Salud*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la *Constitución Política de la República de Nicaragua*, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", en su Arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su Arto. 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
Teléfono PBX: (505) 2289-7483 / Apartado Postal 107 • www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 326-2009

IV

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que: "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "Ley General de Salud", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSA desarrollará las siguientes actividades: 17. Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud" en su Artículo 32, establece que: "La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud" y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 211 establece: "Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.- La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que el presente Acuerdo Ministerial tiene como objetivo fortalecer las habilidades de las y los profesionales y técnicos de la salud en la atención a la niñez, y adolescencia afectados por el VIH / Sida y sus familias, garantizando que la misma sea de calidad.



**PODER
CIUDADANO**
*Nicaragua
Gana con Voz!*

MINISTERIO DE SALUD

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", Costado oeste Colonia Primero de Mayo, Managua, Nicaragua
Teléfono PBX: (505) 2289-7483 / Apartado Postal 107 • www.minsa.gob.ni



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Una Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 326-2009

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "Guías de Cuidado de Enfermería en el Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General Extensión y Calidad de la Atención, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención e intervienen en cuidados de enfermería durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los once días del mes de Noviembre del año dos mil nueve.

GUILLERMO JOSE GONZÁLEZ GONZÁLEZ
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD



C O N T E N I D O

PRESENTACIÓN	8
I. INTRODUCCIÓN	9
II. ANTECEDENTES	10
III. JUSTIFICACIÓN	11
IV. SOPORTE JURÍDICO.....	12
V. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	13
VI. OBJETIVOS	14
VII. CAMPO DE APLICACIÓN	14
VIII. POBLACIÓN OBJETO	14
IX. METODOLOGÍA.....	15
X. GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO.....	17
XI. PLANES DE CUIDADO.....	22
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	57
XIII. FLUJOGRAMA.....	58

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud con miras a la mejora de la calidad de la atención en salud de la población nicaragüense, desarrolla los mandatos establecidos en la Ley General de Salud N° 423.

En el art. 38 de la ley en mención el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, inserta la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud orientada a las personas, familia y comunidad, incidiendo con acciones sobre el ambiente articulado en forma sinérgica a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población en mención. Por tanto es competencia de la Dirección de Enfermería asegurar la aplicación de los procesos normativos en los servicios de enfermería.

Reconociendo que parte de los objetivos del milenio es mejorar la salud materna y dado que en Nicaragua datos estadísticos revelan que casi 9 de cada 10 mujeres reciben atención profesional durante el embarazo; sin embargo 7 de cada 10 mujeres no reciben atención puerperal, donde generalmente ocurren las muertes maternas.

Considerando que la mortalidad materna obedece a múltiples factores entre los que se pueden señalar la escasez de servicios, cuidados de emergencia obstétrica, dificultades de comunicación incluyendo la inaccesibilidad geográfica por la falta de medios de transporte y dificultad para determinar las causas de muerte por parte de los agentes de salud a los que se agregan factores culturales.

Con el propósito de incidir en la reducción de la Mortalidad Materna y Peri natal en la población nicaragüense. La Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud de Nicaragua seleccionó un grupo de Enfermeras expertas en cuidados obstétricos, docentes de las instituciones formadoras Obstetras y materno infantil que laboran en las diferentes niveles de Atención de Salud; con el objetivo de elaborar la presente guía que contiene Intervención de Cuidado de Enfermería durante el embarazo, Parto y Puerperio y Recién Nacido quienes con disposición, motivación y con sus competencias desarrollaron este proceso.

Doctor Guillermo González G.
Ministro de Salud

I. INTRODUCCIÓN

En el marco de la Estrategia de la reducción de la Mortalidad Materna y amparados en la Ley general de salud, políticas, objetivos del milenio, Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. La Dirección de Enfermería del Ministerio de Salud con un grupo de profesionales de Enfermería con alta experiencia en la temática y procedentes de distintos niveles de atención e instituciones formadoras elaboraron las Guías de Cuidado de Enfermería en el embarazo, parto y puerperio y Recién Nacidos, con el fin de contar con una herramienta que operativice el proceso de cuidado de Enfermería.

Considerando que la Mortalidad materna y sus repercusiones en la vida de los niños/as es uno de los principales problemas de salud de Nicaragua, por ello es necesaria la creación de mejores estrategias e intervenciones para brindar una mejor calidad de atención a las familias y comunidad.

Además con la aplicación de las guías de cuidado de Enfermería durante el embarazo, parto y puerperio se pretende incidir en mejorar la atención para prevenir complicaciones, a través de la difusión del conocimiento y reconocimiento de los signos de alarma asociado a las emergencias obstétricas grupos y poblaciones que viven en situación de pobreza.

Si bien es cierto la atención de la mujer y el niño/a se encuentran normadas y los recursos capacitados; las intervenciones realizadas no han logrado el impacto deseado por los insuficiente recursos, la accesibilidad, y la poca sensibilización de las mujeres embarazadas, todo ello no ha permitido una atención de calidad; pero ante una nueva realidad y frente a los compromisos del Gobierno de Reconciliación Nacional en el cumplimiento de los objetivos del milenio, nos hemos propuesto estandarizar los cuidados de enfermería mediante la aplicación de Guías y planes de Cuidado de Enfermería.

La reducción de la mortalidad materna no es tarea fácil; pero es factible lograrla cuando hay voluntad y conciencia para trabajar en equipo y con la participación ciudadana y todos los actores involucrados.

Es importante mencionar que la mayoría de los daños obstétricos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de estas guías se espera reducir la morbi-mortalidad y se implementaran a nivel nacional como establecimiento de lineamientos básicos dando cumplimiento a las políticas y desafíos del Ministerio de Salud.

II. ANTECEDENTES

En países desarrollados el riesgo de mortalidad materna es el doble que en el resto de las mujeres en edad fértil y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años.

En Nicaragua la Mortalidad Materna en el año 2002 más del 50% de las muertes fueron de origen obstétricos, siendo la causa más importante la hemorragia post parto.

De acuerdo a diversos estudios, la mayor parte de las Muertes Maternas en el país, pudieron prevenirse con un adecuado seguimiento durante el embarazo, traslado oportuno de las mujeres con complicaciones, la atención calificada en las unidades de salud durante el parto.

Para el año 2001 la cobertura de control prenatal fue del 70%, cifra menor que las coberturas alcanzadas en 1999 y 2000.

Según ENDESA en el 2001 el 13.6% de los embarazos no tuvieron control prenatal y el 67% de las mismas fueron realizados por un medico (46.8% por medico general y 20.2 % por un ginecólogo; mientras que el 18.5% atendido por enfermeras el resto por una partera o comadrona 1%).

En el año 2005 se registraron un total de 119 muertes maternas, en el año 2006 119, en el año 2007 115 y en el 2008 un total de 95, lo que significa que va en descenso; pero sigue siendo una de la más alta de la región. Es importante mencionar que la Mortalidad Materna distribuye su gran peso porcentual durante el embarazo 22%, parto 25% y puerperio 59%. Lo que implica que el Ministerio de Salud continúa fortaleciendo la atención, mediante estrategias de maternidad segura que incluye dentro de sus intervenciones, la planificación familiar, atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales (COE); lo que ha permitido el manejo de las complicaciones obstétricas en las unidades de salud.

III. JUSTIFICACIÓN

Las complicaciones obstétricas para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidas, detectadas y manejadas oportunamente mediante la aplicación de procesos normativos.

La mortalidad materna como principal problema de salud pública ha afectado a mujeres embarazadas principalmente a las adolescentes.

A pesar que se han hecho esfuerzos para reducir la mortalidad materna, neonatal, perinatal e infantil, las tasas continúan altas y tomando en cuenta que la mortalidad perinatal ocupa el 50% de la mortalidad infantil; por ello se hace necesario que el personal de enfermería reconozca tempranamente signos de peligro para intervenir oportunamente a través de la utilización de las guías de cuidado y la implementación de planes de Cuidados de Enfermería, durante el embarazo, parto y puerperio a fin de garantizar la calidad en el manejo de la atención del Recién Nacido y la Madre.

En Nicaragua según datos estadísticos (2001) casi nueve de cada diez mujeres reciben atención de personal profesional durante el embarazo, sin embargo siete de cada diez no reciben atención postnatal.

Muchas de las muertes maternas que ocurren en nuestro país obedecen a la escases de servicios y cuidados de emergencia y en especial las emergencias obstétricas, por las dificultades de comunicación, incluyendo lejanía de centros de salud y la inaccesibilidad de ellos en las zonas rurales, por la falta de medios de transporte y dificultades para determinar las causas de la muerte por parte de los agentes de salud, a los que se agregan factores culturales.

Una acción necesaria dentro de los programas preventivos de salud sexual y reproductiva es propiciar un involucramiento activo de la pareja y la familia y el personal de Enfermería juega rol beligerante en los procesos de atención por permanecer las 24 horas durante los 365 días del año, por tanto las enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas y entrenadas en los cuidados obstétricos incidirán en los cuidados a través de consejerías, seguimiento, monitoreo y evaluación y la puesta en práctica de los indicadores de la reducción de la Mortalidad Materna.

IV. SOPORTE JURÍDICO

La presente norma se fundamenta en la Constitución Política de la República en su capítulo V, Arto. 74, “Derechos de la Familia”, la Mujer tendrá especial atención durante el embarazo.

La Ley General de Salud como lo establece en su Capítulo I, “Corresponde al Ministerio de Salud, como ente rector del sector, coordinar, supervisar inspeccionar controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud”, sin prejuicios de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

El Reglamento de la Ley General de la Salud, establece en su título VII, capítulo II, Arto. 50 “Para el cumplimiento del paquete básico de servicios de salud la atención se regirá conforme los programas manuales y protocolos de atención definidos por el Ministerio de Salud”.

En su título VII, capítulo II, Arto. 75 “Los proveedores de Servicio de Salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información epidemiológica y de Gestión, establecido para ello”, en su Arto. 80, numeral 4-5 establece, que los establecimientos proveedores de los servicios de salud de carácter privado tienen las obligaciones siguientes:

- Cumplirán con los Manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad.

En su título IX, “**Sistema de Garantía de Calidad**”, Capítulo I, aspectos generales, Arto. 122, numeral 1-2, para el cumplimiento de las funciones el sistema de garantía de calidad el MINSA deberá:

- Normar los aspectos técnicos –administrativos, para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
- Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de servicios de salud.

V. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

La norma se describe a través de procesos, procedimientos, contenidos en las guías y planes de cuidados de enfermería; para incidir de manera directa durante el embarazo, parto, puerperio y recién nacido, garantizando calidad de atención, en los servicios de salud.

- 1. CONTROL PRENATAL:** serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud; con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la maternidad.
- 2. ADOLESCENCIA:** etapa del desarrollo del ciclo vital del desarrollo humano que se continua por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo y se clasifica en adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia media de 14 a 16 años, adolescencia final o tardía de 17 a 21 años.
- 3. CALIDAD DE ATENCIÓN:** Secuencias de actividades que relacionan al prestador de servicios con el usuario/a y que garantiza la satisfacción de las necesidades de los mismos.
- 4. ATENCIÓN PRENATAL:** Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas o no, 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.
- 5. EMBARAZO ECTOPICO:** es la anidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad uterina la cual puede ser tubarica, tubo ovárica, ovárica abdominal, intraligamentaria, intersticial, ítmica o cervical.
- 6. EMBARAZO DE ALTO RIESGO:** Es la presencia de uno o más factores de riesgo, que si no son controlados, tratados o anulados pueden dar resultados desfavorables tanto a la madre , al feto o ambos.
- 7. FACTOR DE RIESGO:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.
- 8. HIPERTENSIÓN ESTACIONAL:** Es el aumento de la presión arterial en una mujer embarazada de mas de 20 semanas de gestación, mayor o igual a 140/90 Mm. /Hg, edemas y puede durar hasta la finalización del puerperio. No hay proteinuria.
- 9. MORTALIDAD MATERNA:** Es la muerte de toda mujer mientras esta embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo,

independientemente de la duración o localización de este, por cualquier caso relacionada o agravada por la gestación o por su manejo, pero no por causa accidentales e incidentales y pueden ser directas e indirectas.

10. PUERPERIO PATOLÓGICO: Es el que evoluciona fuera de los parámetros normales, secundarios a complicaciones, tales como sangrado Anormal o sepsis que se presentan como complicación, después de un aborto, partos o cesáreas.

VI. OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERAL:

Proporcionar los lineamientos al personal de Enfermería para la atención a mujeres durante el embarazo parto puerperio y Recién Nacido para que se le brinde cuidados de calidad y calidez durante la atención.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Estandarizar los cuidados de Enfermería durante la atención del Embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
2. Prevenir riesgos de complicaciones maternas fetales y del recién nacido.
3. Asegurar la calidad del cuidado durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
4. Identificar signos de alarmas asociados a emergencias obstétricas.

VII. CAMPO DE APLICACIÓN

El cumplimiento de la presente guía de cuidados de enfermería es de carácter obligatorio y será aplicada en ambos niveles de atención, de parte del personal de enfermería, las que incluyen cuidados de enfermería durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, así mismo se dará cumplimiento a los planes de cuidados de acuerdo a cada patología presentada y será evaluada las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de salud.

VIII. POBLACIÓN OBJETO

Esta norma tiene por objeto, establecer los criterios y pautas para vigilar y cuidar la salud de la mujer embarazada, parturienta y puerpera y el Recién Nacido institucionalizando prácticas sanitarias seguras, efectivas y eficaces y menos costosas para ser aplicada en los establecimientos de salud, la que permita una mayor articulación con capacidad de atender las complicaciones que se deriven de esta atención para contribuir a la reducción de la Mortalidad Materna y perinatal e infantil.

IX. METODOLOGÍA

El Proceso de elaboración de las guías de cuidado de Enfermería se realizó en varios momentos:

En el Primer momento se desarrollaron las siguientes actividades:

- Conformación de grupos de trabajo con enfermeras que laboran en las diferentes unidades de Salud.
- Se realizó una presentación con diversos diseños, para la apropiación del conocimiento y seleccionar un de los modelos para adecuarlo en el proceso de trabajo.
- Calendarización de reuniones entregando la agenda de trabajo.
- Presentación de la situación actual de la Mortalidad materna y peri natal de Nicaragua, permitiendo identificar las causas de muerte de las mujeres embarazadas.

En el segundo momento se desarrollaron las siguientes actividades:

- Los participantes se dieron a la tarea de identificar los principales problemas en las mujeres embarazadas de cada unidad de salud donde laboran.
- Posteriormente los grupos de trabajo consensuaron los principales problemas para unificarlos y ser integrarlos a las guías de cuidado de enfermería.
- Los participantes conformaron subcomité a nivel local para la colaboración del proceso.
- Revisión de referencias bibliográficas, Interné y otros.

Actividades del Tercer momento:

- Se procede a diseñar las guías de cuidado tomando en consideración los diagnósticos de enfermería, intervenciones, resultados esperados y la evaluación.
- Se realiza revisión del documento final elaborado por parte de la comisión.

Actividades del Cuarto Momento:

- Se procede a realizar la primera Validación de las guías de cuidado de Enfermería con expertas de enfermería.
- Posteriormente se editaran los documentos y se enviaran a la Dirección de Regulación para su aprobación.
- Se iniciará el proceso de capacitación de facilitadoras.
- Se iniciara la implementación a nivel nacional.
- Se diseñaran los instrumentos de medición y evaluación, para su debido cumplimiento.

X. GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL EMBARAZO

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES EDUCATIVAS
Primera Atención Prenatal	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerenciar el censo de las mujeres embarazadas de su territorio. ▪ Efectuar medidas de talla materna. ▪ Comunicarse con los colaboradores voluntarios de la comunidad para identificación de las mujeres embarazadas. ▪ Captar precozmente a la mujer embarazada. ▪ Realizar estricta y minuciosamente el examen físico céfalo caudal identificando los factores de riesgo, enriquecido con la comunicación con la embarazada. ▪ Determinar peso base de referencia. ▪ Identificar factores de riesgo (infecciones vaginales recurrentes) ▪ Enfermedades crónicas o de aparición durante el embarazo como el síndrome hipertensión Gestacional. ▪ Explorar signos clínicos de anemia (palidez en la piel, uñas y conjuntiva). ▪ Explorar espacialmente en adolescentes sentimientos, inquietudes y dudas relacionadas con el embarazo, así como la relación de apoyo de la pareja y la familia. ▪ Identificar aspectos particulares de la situación emocional de la embarazada ante el embarazo. ▪ Llenar correctamente la historia clínica Perinatal en caso de no haber sido vista por el médico. ▪ Manejo de la curva de alerta e identificar riesgo. ▪ En base a las necesidades detectadas elaborar plan de cuidado y compartirlo con la embarazada. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sobre la importancia de asistir a la atención prenatal. ▪ Factores de riesgo durante el embarazo, sangrado, edema, dolor de cabeza, aumento excesivo de peso, molestias al miccionar y conducta a seguir si se presentasen. ▪ Dar orientación sobre la alimentación durante el embarazo: <ul style="list-style-type: none"> ○ Consumir los alimentos disponibles y a su alcance (tres colores en el plato). ○ Ingesta de 2 litros Agua diaria ▪ Enseñar sobre cuidados durante el embarazo, parto y puerperio. ▪ Efectos nocivos de consumo de cigarrillos y alcohol ▪ Efectos nocivos de medicamentos sin prescripción médica. ▪ Importancia de realizarse los exámenes de laboratorio y posteriormente revisar los Resultados y reportar al médico. ▪ Recomendar disminución de las relaciones sexuales durante el primer trimestre y cuarto trimestre, en caso de que exista amenaza de aborto o parto prematuro. ▪ Entregar y explicar la importancia de la ingesta de los micro nutrientes (ácido fólico, sulfato ferroso)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES EDUCATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar vacuna de la D.T. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recomendaciones sobre higiene del embarazo y reposo relativo. ▪ Pedirle a la embarazada que registre cuando nota los primeros movimientos fetales (según el trimestre en que se realice la primera atención prenatal). ▪ Sensibilizar a la embarazada para que invite a su pareja o familia a las siguientes atenciones para que puedan involucrarse en las actividades y ayuden al cuidado de su embarazo.
Segunda Atención Prenatal	Educación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interrogar, observar y educar sobre los signos de alarma (cefalea, zumbido de oído, edema, palidez, alteraciones de las mamas), violencia física, expulsión de líquidos vía vaginal, otros). ▪ Preguntar acerca de la fecha en que la madre tuvo el primer reconocimiento de los movimientos fetales para registrarse en el expediente clínico. ▪ Dar a conocer a la embarazada los resultados de exámenes prescrito en la primera atención prenatal. En caso de encontrar al menos alguno de los factores de riesgo antes mencionados referirla urgentemente al médico. ▪ Vigilar el aumento de peso tomando la base de referencia; si hay aumento excesivo investigar por diabetes y dar recomendaciones alimenticias. ▪ Tomar la presión, si observa signos de hipertensión se dará seguimiento tomando la presión diariamente durante cinco días, reportar al médico diariamente para determinación de conducta a seguir, y luego dar seguimiento semanal en su domicilio. ▪ Realizar valoración obstétrica, (altura uterina, 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educar sobre signos de alarma, factores de riesgos (dolor bajo vientre, o en Hipogastrio, sangrado, edema palpebral, edema en M.I). ▪ La importancia de asistir a la atención prenatal y seguir las orientaciones. Siguiendo: ▪ No auto medicarse; lactancia materna, enseñar la preparación del pecho para la lactancia. ▪ En caso de aumento de peso recomendar consumo de alimentos baja en grasa y carbohidratos y consumir mas frutas y verduras. ▪ En caso de no ganar el peso adecuado dar recomendaciones alimentarias. ▪ Educar sobre su cuidado en lo que resta del embarazo y en el puerperio, así como la atención al niño. ▪ Educar sobre higiene del embarazo, ejercicio físico moderado, caminatas cortas. ▪ Integrar a la pareja en las actividades educativas y promover el parto psicoprofiláctico. ▪ Orientar sobre manifestaciones de parto pre término: salida de líquido, dolor, disminución de

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES EDUCATIVAS
<p>maniobras de LEOPOLD, auscultar latidos fetales, movimientos fetales etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificar factores de riesgo relacionados a: dolor, sangrado, flujo vaginal, signos y síntomas de anemia severa. ▪ Revisión de aplicación de las recomendaciones dadas anteriormente, su resultado y orientar nuevos cuidados, estructurando su plan y comunicándolo a la embarazada. ▪ Establecer nuevo plan de cuidado, orientando a la embarazada sobre las acciones más importantes para la buena marcha del embarazo en el período que resta. 	<p>la movilidad fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar por signos de peligro. ▪ Si tiene antecedentes de cesárea previa y cursa con embarazo actual de 32 semanas de gestación, enfatizar que el parto debe ser hospitalario. ▪ Además de lo realizado en la primera atención revisar edemas en pies, manos y cara: se debe indicar examen general de orina, orientar sobre dieta sin sal, reposo con elevación de miembros inferiores. Si presenta calambres: ingerir jugos de naranjas, bananos, caminar en puntillas antes de acostarse por un minuto.
Tercera Atención Prenatal	Educación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La tercera atención se debe realizar a las 32 semanas del embarazo y su duración es de 20 minutos como mínimo. ▪ Preguntar sobre signos, síntomas o situaciones particulares que se han presentado desde la segunda atención prenatal hasta la fecha actual. ▪ Indagar acerca del cumplimiento de todas las indicaciones de la segunda atención, la ingesta de otros medicamentos diferentes al hierro y ácido fólico. ▪ Determinar la presentación (cefálica pélvica), posición (derecha o izquierda) y situación longitudinal, transversa oblicua del feto según maniobra de LEOPOLD), auscultar latidos fetales. ▪ Continuar con la toma de la presión arterial, si hay signos de elevación tomarla diariamente reportándola al médico, dándole seguimiento posteriormente en el domicilio. ▪ Tomar peso y relacionar con la edad de embarazo y el 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientar a la embarazada sobre los síntomas y signos de los Pródromos del trabajo del parto. ▪ Orientar sobre signos de inicio del trabajo de parto, en especial a la primeriza. ▪ Orientar signos de alarma de parto y los signos de peligro como: sangrado, salida de líquido vaginal, cefalea, visión borrosa, edema generalizado o en los miembros inferiores, dolor abdominal, micciones. ▪ Frecuente deseo para ir al baño, recurrir al centro de salud más cercano o avisar al brigadista de salud de su comunidad para obtener ayuda. ▪ Brindar recomendaciones sobre la lactancia materna, anticoncepción y la importancia de la atención post parto. ▪ Orientar a la Embarazada en caso de Emergencia donde acudir.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES EDUCATIVAS
<p>peso base de referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de detectar alteraciones al momento de la consulta referir al medico urgentemente. ▪ Identificar factores de riesgo (dolor abdominal o lumbar, trabajo de parto prematuro, sangrado o flujo vaginal, movimientos fetales aumentados o disminuidos, sospecha de parto gemelar). ▪ Después de las 38 semanas de embarazo, si no ha parido, controlar semanalmente y hacer visita domiciliar a la 40 semana. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dar a conocer los nombres de los brigadistas de salud y donde encontrarlos para obtener ayuda si la necesita.
Cuarta Atención Prenatal	Educación
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplicar el estándar de enfermería de valoración inicial de pacientes. ▪ Explicar a la paciente su condición actual, acompañado en este proceso del protocolo de acogida. ▪ Si la paciente acude en trabajo de parto completo informar al medico de turno. ▪ Tomar y anotar lo signos vitales. <p>Vigilancia de las variables maternas fetales: contractilidad uterina, frecuencia cardiaca fetal sangrado, aumento de la presión arterial, disminución de movimientos fetales, alteración en la frecuencia cardiaca fetal.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cumplir medicamento según indicación medica. ▪ Control de la Presión arterial. ▪ Estimular una adecuada ventilación y relajación de la parturienta entre contracciones. ▪ Mantener la protección del periné a fin de evitar desgarro y laceraciones. ▪ Una vez que ha expulsado la cabeza del bebe pídale a la mujer que deje de pujar. ▪ Aspire la boca y nariz del bebe si hay excesiva cantidad del liquido amniótico o presencia de meconio. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brindar apoyo emocional, aplicando orientaciones psicoprofiláctico. ▪ Mantener la técnicas asepsia y antisepsia. ▪ Orientar a la parturienta la técnica correcta del pujo. ▪ Cura del cordón umbilical y demostración a la madre), educación sobre el cuidado del niño. ▪ Fomentar el apego precoz madre- niño.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES EDUCATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brinde los cuidados inmediatos al recién nacido. ▪ Vigilar por contracciones Uterinas, duración, frecuencia e intensidad, presencia de meconio. ▪ Apoyo psicológica a la parturienta durante el parto. ▪ Control de Signos Vitales. ▪ Canalizar vena con Bránula según indicación médica. ▪ Manejar estrictamente las normas de asepsia en la atención del parto. ▪ Manejo activo del tercer periodo del parto de acuerdo a normas: facilitar el desprendimiento espontáneo de la placenta y evitar la tracción del cordón umbilical antes del desprendimiento completo. ▪ Comprobar la integralidad y normalidad de la placenta. ▪ Verificar que el pulso y la presión arterial, sean normales, que el útero se encuentre contraído y el sangrado transvaginal sea escaso. ▪ Auxiliar en la revisión del canal vaginal y sutura de Episiotomía si se diera. ▪ Cumplir medicamentos según prescripción médica, según lo establecido en la norma. ▪ Realizar masaje uterino para favorecer la involución. ▪ Registrar los datos en el expediente clínico. ▪ Atención inmediata del recién Nacido (Aplicación de Vitamina K, Profilaxis oftálmica y umbilical, limpieza del recién nacido, toma de temperatura rectal, tomar peso en gramos y talla) ▪ Mantener abrigado al recién nacido y pasarlo con la madre a alojamiento conjunto si no está contraindicado. 	

XI. PLANES DE CUIDADO

PROFILAXIS DEL EMBARAZO Y PARTO

Definición: Son orientaciones generales que se le brinda a la mujer embarazada para que obtenga conocimiento participe en el desarrollo, crecimiento y nacimiento de un nuevo ser que lleva en el vientre materno.

Valoración de Enfermera:

El diagnóstico de Enfermería en el embarazo se basa en una serie de síntomas identificados a través del SOAP encontrados durante la exploración que se le realiza a la paciente.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Falta de conocimiento relacionados con el desarrollo y evolución del embarazo, parto y puerperio manifestado con temor en la paciente.	Lograr que la paciente obtenga información necesaria sobre su embarazo, parto y puerperio, olvidando los temores, logrando éxito al culminar el embarazo.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con protocolo de acogida al usuario. - Orientar a la embarazada Sobre el interrogatorio y exploración general obstétrica que se le realizará importancia del mismo. - Explicar la importancia de realizar sus exámenes de laboratorio y la revisión odontológica. - Papanicolaou y traer resultado en la próxima cita. - El tipo de dieta que debe ingerir sea equilibrada y satisfaga el crecimiento Fetal de acuerdo a sus posibilidades. - Cumplimiento de su higiene personal, - Tipo de vestimenta que debe utilizar debe ser holgada. - Importancia de tomar sulfato ferroso más ácido fólico con jugo de naranja. - No ingesta de medicamento, ni sustancias tóxicas que puede afectar al BB (Licor, Fumar, etc.). - La importancia de cumplir con su cita subsecuente y poder identificar los signos y síntomas de alarma que puede presentar en el embarazo. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> – Explicar a la paciente y familiares que el embarazo debe desarrollarse en un ambiente de respeto y confianza. – Si el paciente es trabajadora activa continuar desempeñando su labor sin realizar esfuerzo que afecte a su Bebe. – Explicar la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> • La lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida. • Sobre cuidado post parto y R.N que debe realizar. • Alimentos que debe ingerir la madre en el post parto. • Uso de método de planificación familiar • Asistir a su cita en el centro de salud (ella y su bebe). 	

EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE

DEFINICIÓN^a:

Es el crecimiento y desarrollo de un nuevo individuo en el seno materno en pacientes entre las edades de 13 a 18 años no cumplidos.

Adolescencia.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Valorar las manifestaciones físicas y emocionales de la paciente a través de la historia clínica y examen físico.
- Identificar las preocupaciones de la paciente sobre la familia y otros problemas que puedan afectar su embarazo.
- Temor, inseguridad, angustia y ansiedad.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Déficit de conocimiento relacionado con los procesos del parto manifestados por angustia e inquietud. Alto riesgo reproductivo relacionado embarazo a temprana edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar a la paciente la información sobre los procesos o etapas del embarazo, parto y puerperio. • Que conozcan los signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y 	<p>I Nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. – Establecer la relación enfermera –paciente. – Realizar examen físico historia clínica – Orientar sobre los cambios hormonales (aumento en las mamas, aparición de la red de HALLER, aparición de estrías). – Explicar la importancia de los controles prenatales. – Brindar seguimiento a través de los controles prenatales. – Indicar la realización de exámenes de laboratorios como: BHC, toxotest, VDRL, Glicemia, EGO, Tipo RH.VIH – Orientar la realización de ultrasonido obstétrico. – Brindar consejería sobre la importancia de la realización de exámenes VIH y toma de PAP. – Preparar psicológicamente a la paciente para el parto. – Orientar sobre el parto institucional. – Orientar la importancia de: toma de sulfato ferroso (1 tableta po id.) 	

^a Arto. 2 de la Ley No 287: Código de la Niñez y Adolescencia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
	puerperio y acuda oportunamente a una unidad de salud.	<ul style="list-style-type: none"> – Cumplir con las citas programadas y exámenes de laboratorio. – Orientar sobre signos y síntomas de alarma durante el embarazo (edema, cefalea, sangrado transvaginal, tinnitus, visión borrosa, vómitos, y dolor epigástrico). – Aplicación de D.T. – Referencia al segundo nivel. <p>II Nivel:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Protocolo de acogida al usuario. – Realizar historia clínica y examen físico. – Control de signos vitales cada 4 horas. – Control de frecuencia cardiaca y actividad uterina cada hora. – Canalizar una vía. – Orientar al reposo relativo. – Orientar sobre ejercicio de respiración durante el trabajo de parto. – Garantizar resultados de exámenes y reportar al medico. – Orientar sobre los pujos dirigidos. – Brindar atención del parto en los 3 períodos – Orientar acerca de la importancia sobre: Higiene perineal, apego precoz., lactancia materna exclusiva, control puerperal, control del niño, alimentación general, planificación familiar y lactancia materna. 	

PATOLOGIA.

HIPERÉMESIS GRAVÍDICA

DEFINICIÓN:

Se caracteriza por la presencia de náuseas y vómitos ocasionados en el embarazo, generalmente en las primeras 16 semanas, sin trastornos nutricionales.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

- Náuseas persistentes.
- Síndrome ansioso e irritabilidad.
- Vómitos.
- Pérdida de peso
- Alteración electrolítica

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del estado nutricional Relacionado con intolerancia alimenticia, manifestado por vómitos y pérdida del apetito.	Que la usuaria gestante mejore su estado nutricional a corto plazo con la remisión de los vómitos y recuperación del apetito.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con los protocolos de acogida al usuario. - Toma de signos vitales (temperatura, presión arterial, pulso, respiración, frecuencia cardíaca fetal). - Control y evaluación de peso e interpretación de la misma. - Orientar a la usuaria sobre la ingesta de abundantes líquidos, Suero Oral. - Orientar a la usuaria sobre la importancia de la ingesta de los 4 elementos (carbohidratos, proteínas, minerales, vitaminas) esenciales de la alimentación en cantidades fraccionadas y frecuentes. - Orientar a la usuaria a evitar olores fuertes que ocasionen deseo de vomito. - Administración de antieméticos (Dimenhidrinato 1 tab. cada 8 horas). - De persistir los vómitos y haber presencia de signos de deshidratación referir al nivel de mayor resolución. - Canalizar vía endovenosa y mantenerla permeable. - Control de signos vitales y peso - Control de ingeridos y eliminados por turno y reponer perdida. - Valoración de vitalidad fetal. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Administración de líquidos IV indicado. - Cumplir tratamiento indicado. - Ínter consulta con Nutrición y psicología. - Al egreso referir a su unidad correspondiente para el seguimiento del C.P:N. 	

PATOLOGÍA:
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS.

DEFINICIÓN:

Invasión de los riñones, uréteres, vejiga o uretra, causada por microorganismos patógenos, se establece el diagnóstico a través del examen general de orina y se confirma cuando el uro cultivo se encuentra a mas de cien mil colonias de bacterias por milímetro cúbico, se presenta entre el 2 y el 10% de todas las embarazadas.

VALORACION:

- Cistitis
- Cefalea
- Escalofríos
- Fiebre
- Dispepsia
- Constipación
- Disuria
- Polaquiuria
- Dolor lumbar
- Nauseas
- Vómitos

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
----------------------------	---------------------	-----------------------------	------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Alteración del bienestar físico relacionado con el proceso infeccioso, manifestado por dolor lumbar, cefalea y aumento de la temperatura corporal	Lograr la recuperación del bienestar físico de la paciente en el menor tiempo posible.	<ul style="list-style-type: none"> - Orientar a la paciente sobre la ingesta de líquidos abundantes más de 8 vasos de agua al día. - Evitar bebidas alcohólicas, café. - Educar sobre la forma correcta de la higiene perineal. limpiar los genitales. - Orientar la importancia del control prenatal. - Orientar sobre signos de alarma. - Si presenta fiebre bajar por medio físico. - Orientar sobre el uso de ropa interior de algodón. - Brindar orientación sobre su cita médicas. - Cumplir tratamiento indicado. 	
Alteración del bienestar físico (materno) relacionado con proceso infeccioso manifestado por elevación de la temperatura corporal.	Que la paciente se mantenga normo térmica durante su estancia hospitalaria y lograr un estado de salud satisfactorio.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del protocolos de atención al usuario - Canalizar vía periférica con Bránula número 16. - Tomar muestras para hemocultivos y cultivos de secreciones luego enviarlas al laboratorio. - Administrar solución salina normal 0.9% 1000cc intravenosa. - Bajar fiebre por medios físicos y administrar antipiréticos indicados hasta lograr valores normales. - Vigilar y controlar temperatura y pulso hasta lograr cifras normales y luego cada cuatro horas. - Cumplir antibióticos indicados. - Vigilar sangrados transvaginal (características de los loquios). - Orientar sobre higiene perineal - Orientar sobre cambio de ropa de uso personal. - Orientar importancia del cambio de toallas sanitarias frecuentes. - Realizar ultrasonido abdominal y pélvico. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre la importancia de tomarse el medicamento indicado en casa - Referir a la unidad de salud correspondiente. 	

**PATOLOGIA.
CANDIDIASIS.**

DEFINICION.

Es la presencia de una infección micotica provocada por cándida Albicans.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Prurito
- Enrojecimiento
- Salida de secreciones blanquecinas (leucorrea)
- Irritación.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Alteración del estado físico relacionado con secreciones abundantes manifestado por prurito en vulva y lesiones vulvares.	Disminuir el proceso infeccioso a través de cumplimiento estricto del tratamiento hasta que desaparezcan los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplir protocolo de acogida a la usuaria. - Brindar charlas individuales y grupales sobre I.T.S. - Orientar a la paciente sobre higiene personal y lavado genital con agua bicarbonada. - Lavado de manos antes y después de haberse aplicado ovulo. - Orientar sobre la importancia del tratamiento de la pareja. - Abstinencia sexual durante el tratamiento. - Uso de preservativos, protección dual. - Orientar sobre: el uso de ropa interior cómoda, evitar usar jabones perfumados, desodorante y duchas vaginales. - Toma de exudado vaginal y aprovechar para hacer el 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		Papanicolaou sino se lo ha realizado previa consejería. – Orientar sobre la realización de examen de V.I.H. previa consejería y consentimiento.	

PATOLOGIA:

ANEMIA.

DEFINICION.

Es cuando la embarazada presenta hematocrito inferior al 30% y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan a un 10%.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Palidez de la piel y mucosa
- Edema: Inflamación de los tejidos blandos por retención de líquido.
- Estado de Lipotimias: Desvanecimiento
- Taquicardia: Aumento de la frecuencia cardiaca
- Vértigos: Mareos
- Disnea: Sensación de falta de aire (cansancio)
- Debilidad
- Cefalea: Dolor de cabeza
- Sudoración

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Disminución de los valores normales de la hemoglobina relacionado con la deficiencia de hierro y/o ácido fólico. Manifestado por palidez mucocutánea.	Lograr que la paciente obtenga niveles mayores de 11 gramos de hemoglobina antes, durante y después del embarazo.	– I NIVEL. – Cumplir con protocolo acogida del usuario. – Garantizar exámenes de Laboratorio. BHC y reportar alteraciones en cada CPN. – Orientar a la usuaria	– .

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		<p>sobre la ingesta de alimentos ricos en hierro, como son las hojas verdes (espinaca), vísceras (hígado, corazón y riñón), plátanos verdes, naranjas y ricos en hierro como frijoles, frutas y verduras.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Educar a la usuaria sobre los cambios en las deposiciones. - Brindar consejería sobre como absorber al máximo el hierro que consumimos evitando la ingesta de café y gaseosa. - II NIVEL. - Cumplir con el protocolo de acogida a la usuaria. - Tomar S/V de acuerdo a la condición. - Canalización de vena periférica con Bránula No. 18 para mantener vía permeable. - Transfundir sangre según indicación médica. - Garantizar control de HTo (post transfusión 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		sanguínea en 8 horas). – Vigilar FCF y actividad uterina según condición. – Gestionar y cumplir ingesta de dieta hiperprotéica e hipercalórica.	

PATOLOGIA:
EMBARAZO ECTÓPICO.

DEFINICION:

Es la anidación y el desarrollo del huevo fuera de la cavidad del útero. La cual se clasifica en tubarica, tubo-ovarica, ovárica-abdominal, intraligamentaria, intersticial, ístmica o cervical.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA:

- Historia clínica Amenorrea mayor de 5 u 8 semanas de gestación.
- STV (color rojo oscuro)
- Dolor constante, lateralizado en una de las fosas iliacas.
- Reblandecimiento del cuello y cuerpo uterino.
- Debilidad del pulso.
- Hipotensión.
- Fondo del saco posterior muy doloroso.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
<p>Alteración del bienestar físico y emocional relacionado con presencia de masa en hipogastrio, manifestado por dolor intenso, sangrado transvaginal, y amenorrea.</p>	<p>Lograr la estabilidad emocional mediante la atención oportuna e inmediata de la usuaria para prevenir complicaciones.</p>	<p>I NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Canalización con Bránula No. 16 con solución salina o ringar a 42 gotas por minuto. - Concientizar a la usuaria y familiares sobre el estado actual. - Trasladar a la paciente al nivel de mayor resolución con indicación médica acompañado de personal de salud. <p>II NIVEL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de acogida al usuario. - Canalizar vena periférica con Bránula No. 16 - Tomar signos vitales cada 15-20 minutos. - Garantizar toma de prueba de laboratorio y preparación de sangre según tipo RH. - Transfundir paquete globular según indicación médica. - Colocar sonda Foley No. 16 o 18. - Posterior a la cirugía vigilar sangrado transvaginal - Control de Ingeridos y eliminados. - Vigilar por sangrado transvaginal. - Brindar conserjería sobre la importancia de la prolongación del embarazo mayor de dos años - Ofertar método de planificación familiar. - Ínter consulta con Psicología - Posterior a la recuperación, referir a la paciente al centro de salud para su seguimiento. 	

PATOLOGÍA:
MOLA HIDATIFORME

DEFINICIÓN:

Se define como una enfermedad placentaria que consiste en dilatación de las vellosidades coréales e hiperplasias trofoblasticas con pérdida de los vasos sanguíneos fetales.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Agrandamiento del útero.
- Salida continua o intermitente de material pardo o sanguinolento a las 12 semanas por lo común en cantidades moderadas.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del estado emocional relacionado con degeneración del proceso embrionario fetal y vellosidades coriónicas, manifestado por llanto, depresión, angustia y expulsión de vesículas.	Lograr que la paciente disminuya su estado ansioso, durante la atención medica.	<p>I NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Tomar S/V haciendo énfasis P/A. - Identificar signos y síntomas del embarazo. - Informar a la paciente. y familiar acerca del estado de salud del paciente. - Concientizar sobre la importancia de sus controles, exámenes prescritos. - Valorar tipo e intensidad del dolor en una escala del 0 al 10. - Referirla al II Nivel. <p>II NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar valoración inicial. - Tomar Signos Vitales cada 15 minutos. - Canalización de vena periférica con Bránula N° 16. - Vigilar x Sangrado trans vaginal. - Garantizar exámenes de laboratorio. y reportar resultados. - Garantizar la preparación de paquete globular según tipo Rh - Orientar a la paciente. y familiar a cerca del procedimiento a realizar. - Vigilar formación del globo de seguridad de pinard. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Tomar signos vitales según la norma y la condición del paciente. - Cumplir indicaciones medica. - Solicitar interconsulta con Psicología - Orientar a la paciente. Sobre los métodos de planificación familiar. - A su egreso referir a la paciente a su unidad de salud para su seguimiento. 	

PATOLOGIA:

AMENAZA DE ABORTO.

DEFINICION:

Amenorrea con signos presuntivos de embarazo dolor tipo cólico en hipogastrio, acompañado o no del sangrado transvaginal, sin modificaciones cervicales y el tamaño del útero conforme a las semanas de amenorrea.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Sangrado
- Dolor pélvico
- Palidez

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del bienestar físico y emocional, relacionado con posible pérdida del feto; manifestado por llanto, dolor lumbar y bajo vientre.	Mejorar el estado físico y psíquico de la paciente hasta lograr su estabilización.	<p>I NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida del usuario. - Realizar valoración inicial: medidas antropométricas, toma de signos vitales, realizar examen físico con énfasis en el obstétrico para valorar vitalidad fetal, orientar sobre los signos y síntomas de peligro, sangrado (aparición o aumento), intensificación del dolor. - Brindar apoyo emocional al paciente y familia. - Canalizar vena periférica con Bránula en MSI. No. 16 (Rotulación completa). Para su referencia al segundo nivel cuando haya sangrado. - Garantizar la toma y reporte de exámenes de laboratorio. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar medicamento prescrito por el medico cumpliendo los cinco exactos. II Nivel. En caso de referirla al segundo nivel de atención se debe: - Aplicar protocolo de acogida al usuario (identificación de la enfermera con el paciente, relación enfermera / paciente, derechos / deberes y educación). - Tomar signos vitales, según condición de la usuaria. - Mantener vía periférica en MS izquierdo, con Bránula No. 16. - Garantizar la toma y reporte de exámenes de laboratorio. - Valorar sangrado transvaginal, color, cantidad. - Cumplir con el tratamiento indicado por el médico; aplicando los cinco exactos. - Brindar apoyo emocional al egreso de la usuaria. - Orientar sobre: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia de asistir al C/S a sus controles prenatales. ▪ Actuar oportunamente ante los signos de alarma (S.T.V., dolor lumbar o en bajo vientre y fiebre) ▪ Reposo absoluto. - Colocar en posición de cubito lateral izquierdo. - Vigilar actividad uterina. 	

PATOLOGIA:

ABORTO EN CURSO.

DEFINICION:

Es la interrupción espontánea o provocada del embarazo antes de las 22 semanas de gestación, con un peso del producto de la gestación inferior a 500 gramos.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- STV Moderado
- Dolor pélvico

- Modificaciones cervicales
- Expulsión o no del feto.
- Taquicardia.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Alteración del bienestar físico y psíquico materno fetal relacionado con la pérdida del producto antes de las 22 semanas de gestación. Manifestado por ansiedad, dolor y sangrado transvaginal.	Lograr que la usuaria recupere su estado físico y emocional durante la estancia hospitalaria.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento de protocolo de acogida a la usuaria. - Llenado de HCP. - Realizar examen físico. - Canalizar vena periférica en M.S Izquierdo con Bránula No. 18. - Tomar Signos vitales según norma o de acuerdo a la condición de la paciente. - Garantizar la toma de exámenes de laboratorio. - Reportar al medico los resultados de laboratorio. - Cumplir vacuna D.T según esquema. - Vigilar características sangrado transvaginal. - Cumplir con indicaciones médicas. - Llevar orden para preparar sangre o paquete globular según indicación médica. - Brindar consejería sobre autocuidado: alimentación, reposo e higiene. - Aplicación del método anticonceptivos orientado, elegido e informado. - Referirla al C/S o P/S para su control y seguimiento. 	

PATOLOGIA.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO.

DEFINICION:

Es el parto que se produce antes de las 37 semanas de gestación independientemente del peso del producto o del bebé.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Características de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones.
- Dolor lumbar.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Alteración del patrón materno fetal relacionado con el riesgo de nacimiento prematuro del bebé manifestado por dolor en bajo vientre, región lumbar, modificaciones cervicales y contracciones uterinas.	Disminuir paulatinamente las contracciones uterinas hasta que desaparezcan.	<p>I NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Identificar las características de las contracciones a través de la palpación. - Orientar a la usuaria y familiar acerca del estado de salud, reposo y abstinencia de relaciones sexuales. - Identificar la patología que está incidiendo y dar tratamiento si es necesario. - Valorar el estado de la usuaria y referirla si es necesaria. <p>II NIVEL.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida a la usuaria. - Tomar signos vitales de acuerdo a la condición de la usuaria. - Canalizar vena periférica. - Cumplir indicación medica. - Vigilar goteo de infusión de útero inhibidor. - Concientizar la importancia del reposo en cama en decúbito lateral izquierdo. - Anexar y reportar resultados de laboratorio. - Contra referir a la usuaria al C/S para su seguimiento. 	

PATOLOGIA

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA

DEFINICIÓN:

Es la que ocurre antes del comienzo del parto.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Interrogar para ver con precisión color, cantidad, fecha y hora del inicio de la salida del liquido.
- Aumento de la humedad perineal.
- Al examen genital externo se visualiza flujo transvaginal de líquido amniótico.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Riesgo potencial de infección materno fetal, relacionada con la pérdida de la integridad de las membranas ovulares; manifestado por salida de líquidos transvaginal.	Lograr que la paciente durante la estancia hospitalaria no presente signos de infección.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar protocolos de acogida al usuario. - Tomar signos vitales de acuerdo a prescripción médica y condición de la paciente. - Mantener en reposo absoluto en decúbito lateral izquierdo. - Canalizar vena periférica. - Cumplir antibióticos según orden medica. - No realizar tactos vaginales innecesarios. - Colocar apósito estéril en vulva. - Realizar biometría cada 12 horas y informar los resultados. - Vigilar frecuencia cardiaca fetal y actividad uterina. - Realizar monitoreo fetal. - Vigilar características del líquido amniótico. 	

PATOLOGIA:

DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE LA PLACENTA NORMO INSERTA

DEFINICIÓN:

Proceso caracterizado por el desprendimiento parcial o total antes o durante el trabajo del parto de una placenta insertada en el útero.

VALORACION DE ENFERMERIA:

Signos de shock según el grado de desprendimiento dolor abdominal y al inicio es intermitente y luego constante, súbito severo, si hay membranas rotas el sangrado es rojo oscuro; escasos, único con coágulos. Si las membranas están íntegras puede no presentarse o salir al exterior, el útero está irritable; hay hiperdinamia uterina, puede haber hipertensión, la frecuencia cardíaca fetal puede ser variable o ausente, hay disminución de los movimientos fetales, puede observarse un incremento en la altura uterina provocado por el hematoma retro placentaria.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
Alto riesgo de muerte materna y fetal relacionado con el desprendimiento total o parcial de la placenta manifestado por sangrado transvaginal de color rojo oscuro.	Reducir las complicaciones maternas fetales, brindando cuidados de enfermería oportunos hasta el momento de la cesárea.	I NIVEL <ul style="list-style-type: none"> - Referir a la paciente al nivel de mayor resolución para su manejo y tratamiento - Reposo absoluto. - Control de signos vitales estricto cada 15 minutos - Canalizar dos vías periféricas y mantener permeables. - administrar solución Ringer o solución salina normal 0.9% a 40-60 gotas/minuto. - Administrar oxígeno por catéter 4 litros por minuto. - Valoración fetal a través de monitoreo fetal. Colocar sonda Foley y cuantificar diuresis. - Tomar y enviar muestras de laboratorio (BHC. extendido periférico, Ego, tipo y RH, glicemia, creatinina, ácido úrico, plaquetas y pruebas de coagulación sanguínea, preparación de paquete globular. - Informar a la paciente y familia de su traslado. 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> - Durante su traslado será acompañado por médico, enfermera. - Orientar ala madre sobre el relajamiento y formas de respiración para garantizar mayor oxigenación del bebe. - Vigilar características del sangrado transvaginal. - Mantener en alerta quirúrgica. <p>II NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del protocolo de acogida al usuario. - Control estricto de signos vitales cada 15 minutos (presión arterial, temperatura, pulso y respiración). - Realizar examen físico céfalo caudal - Mantener vías periféricas permeables. - Administrar solución Ringer o solución salina normal 0.9% 1000 CC intravenosa. - Comunicar a la usuaria y familia que el medico le dará información de su estado de salud. - Orientar a la usuaria sobre ejercicios de respiración para mayor oxigenación al bebe - Establecer coordinación con el segundo nivel de atención para la recepción de la paciente referida - Referir a la paciente al nivel de mayor resolución para su manejo y tratamiento oportuno acompañado por el medico y/o personal de enfermería. - Realizar valoración fetal: frecuencia cardiaca fetal, movimientos fetales (si es posible gestionar ultrasonido y colocar monitoreo fetal continuo para su valoración). - Reposo absoluto en posición decúbito lateral izquierdo. - Gestionar con el laboratorio de la unidad la preparación de los paquetes globulares según 	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		<p>indicación médica.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preparar a la paciente para el procedimiento quirúrgico (cesárea) previo consentimiento informado. <p><u>Post - cesárea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el estado de conciencia de la paciente. - Valorar sangrado transvaginal, globo de seguridad de pinard y herida quirúrgica - Cuantificar diuresis - Cumplimiento estricto de las indicaciones medicas - Control de los signos vitales cada 15 minutos por 2 horas, luego cada 30 minutos por otras 2 horas - Orientar al usuario y familia nada por vía oral estricto por 24 horas - Control de hematocrito en 8 horas y valorar resultados - Dar seguimiento y brindar orientaciones sobre la importancia de su control puerperal, lactancia materna, planificación familiar y control del V.P.C.D. 	

PATOLOGÍA.

HEMORRAGIA POST PARTO

DEFINICIÓN:

Es la pérdida de 500 cc o mas de sangre por vía vaginal durante las primeras 24 hrs. después del parto y tiene el potencial de producir inestabilidad hemodinámica.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA:

- Palidez cutánea sudoración.
- Polipnea.
- Hipotensión.
- Taquicardia.
- Sangrado transvaginal.
- Ansiedad.
- Confusión.
- Oliguria /anuria.
- Taquipnea.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Déficit del volumen de líquido, relacionado con perdida excesiva de sangre secundaria a atonía, desgarros, o inversión uterina, manifestado por hipotensión, inquietud, dolor bajo vientre, palidez cutánea.	Estabilizar hemodinamicamente a fin de prevenir o tratar el shock en las dos primeras horas del puerperio.	<ul style="list-style-type: none"> - Estabilizar a la paciente, atención inmediata. - Explicar a los familiares y paciente sobre el problema - Brindar condiciones de traslado - Canalizar con Bránula 16 mas SSN o Hartman 1000cc a 60 gotas por minuto más 20 Uds. de oxitocina diluidas en la venoclisis. - Eviar a la PTE acompañada de personal de salud - Buscar donante de sangre 	

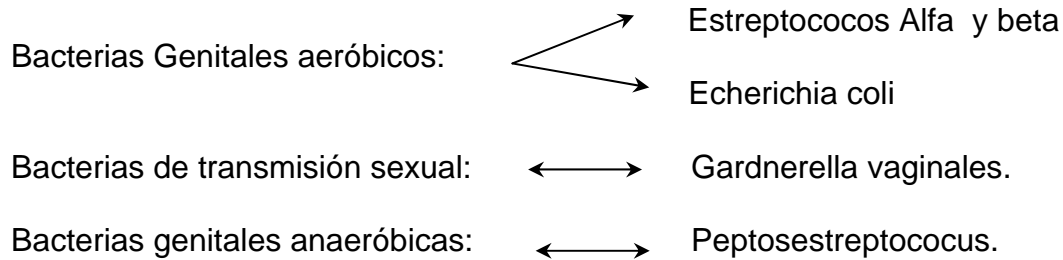
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> – Avisar al hospital de la referencia – Realización de exámenes de laboratorio (BHC, Tipo Y RH TS, TC, recuento de plaqueta glicemia creatinina etc.) *realice masajes uterino de forma cantante *verifique que la placenta y sus anexos fueron expulsados completamente *control estricto de s/v c/d 15”por 2 hrs. luego c/30”por 4hrs y luego c/4hrs *control de I Y Eliminados *vigilar estado de conciencia *administrar TX indicado de acuerdo a protocolo *Al recuperar estado de salud brindar consejería y ofertar método de planificar y consejería sobre importancia de la lactancia materna exclusiva 	

PATOLOGIA:
SEPSIS PUERPERAL.

DEFINICION:

Es una infección localizada inicialmente en el tracto genital femenino que aparece como complicación después de un aborto o del parto. Puede propagarse por contagio o vía hemática o linfática.

Etiología:



VALORACION DE ENFERMERIA:

- Palidez cutánea.
- Fiebre
- Examen ginecológico para detectar infección
- Aumento de calor en vagina al tacto.
- Dolor al tacto.
- Útero involucionado (es uno de los signos y síntomas se
- sépsis puerperal.
- Dolor Abdominal.
- Irritabilidad individual.
- Movilización dolorosa de cuello y útero.
- Loquios purulentos achocolatados acompañados de fetidez.
- Escalofríos.
- Malestar general.
- Anorexia.
- Vómitos.
- Taquicardia, taquipnea e hipotensión.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
----------------------------	---------------------	-----------------------------	------------

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
<p>Alteración del estado general de la puérpera, relacionado con invasión de agentes infecciosos, manifestado por salida de secreciones purulentas y fétidas.</p>	<p>Contribuir en la disminución de complicaciones sépticas generalizadas, a través del cumplimiento de medicamento y cuidado de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - I NIVEL - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Canalizar vena periférica. - Cumplir primera dosis de antibiótico según protocolo. - Tomar signos vitales haciendo énfasis en la temperatura y pulso. - Referir al médico la condición de la usuaria para su traslado oportuno al II nivel de atención. - II NIVEL - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Canalizar vena periférica con granula No. 16 o 18. - S/V según protocolo. - Garantizar la toma e informar resultados de Laboratorio. - Cumplir con el tratamiento indicado. - Realizar higiene perineal dos veces al día. - Bajar fiebre por medio físico. - Vigilar Sangrado 	<p>- .</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
		transvaginal y características. – Ofrecer una dieta hiperprotéica e hipercalórica. – Ofrecer líquidos abundantes. – Brindar consejería sobre método de planificación familiar. – Contra referir a la paciente al Centro de Salud para el seguimiento.	

PATOLOGIA:
PLACENTA PREVIA.

DEFINICIÓN:

Implantación anormal de la placenta hasta antes de 10 centímetros del orificio interno del cuello uterino o cubriéndolo parcial o totalmente; es la causa mas frecuente de hemorragia indolora en el tercer trimestre del embarazo.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Taquicardia, hipertensión según perdida sanguínea, sangrado aparece en el reposo y desaparece espontáneamente en el primer episodio, los subsecuentes son mas profusos, ausencia de contracciones, sangrado rojo rutilante sin coágulos aparece posteriormente a la actividad física y relaciones sexuales.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Alteración del patrón materno fetal relacionado con implantación anormal de la placenta m, manifestada por salida de sangrado transvaginal de color rojo rutilante, sin coagulo e indoloro.	Evitar complicaciones maternas a través de cuidados de enfermería oportunos.	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del protocolos de atención al usuario - Realizar historia clínica completa. - Referir al II Nivel de atención de acuerdo a su condición. - Canalizar vía periférico con Bránula No. 16, para mantener vena. - Tomar signos vitales según condición de la paciente. - Orientar a la paciente sobre la importancia del reposo absoluto y posición decúbito lateral izquierda. - No realizar tactos vaginales innecesarios - iniciar maduración pulmonar según protocolo - Cumplir con el esquema de maduración pulmonar según la edad Gestacional - Vigilar por sangrado transvaginal. - Dejar paciente en alerta quirúrgica. - Colocar apósito estéril en vagina para valorar sangrado si lo hay. - Monitorear la actividad uterina según norma. - Colocar y vigilar monitoreo fetal continuo. - Preparar paquete globular y transfundir si es necesario. - Valorar el uso de útero inhibidores 	

PATOLOGIA

DIABETES GESTACIONAL.

DEFINICION:

Trastorno caracterizado por defecto en la capacidad para metabolizar los carbohidratos que habitualmente se debe a una deficiente producción o utilización de la insulina.

Aparece durante el embarazo desapareciendo después del parto, aunque en algunos casos reaparece años después.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Polidipsia: mucha sed
- Polifagia: mucha hambre
- Polaquiria: orina frecuente
- Pérdida de peso.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.	EVALUACIÓN
<p>Riesgo potencial de lesión materno fetal relacionada con altos niveles de azúcar en la sangre manifestado por polidipsia, polifagia, polaquiria y pérdida de peso.</p>	<p>Lograr que la paciente estabilice los límites normales de glucosa durante y después del embarazo.</p>	<p>I NIVEL.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aplicar el protocolo de cogida en segundo a la usuaria. – Captación precoz a través de los APN. – Garantizar el cumplimiento de exámenes de laboratorio. – Consejería a la paciente y familia acerca de esta patología: importancia de la dieta, cumplir el medicamento, realizar ejercicios. – Orientar sobre ejercicios e higiene personal para su auto cuidado. – Orientar sobre el uso de ropa íntima de algodón. – Tomar signos vitales, según indicación médica. – Canalización de vena periférica. – Pesar al paciente diario, en am, a la misma hora y en la misma pesa. – Mantener a la usuaria bajo reposo relativo. – Garantizar la toma de exámenes de laboratorio y reportar alteración. – Orientar sobre: higiene personal con énfasis en genitales, secado de pliegue interdigitales, corte de uñas, uso de zapatos suaves, uso de ropas cómodas, importancia de acudir a su cita a cada control, cumplir con medicamento según indicaciones medicas. – Solicitar valoración por nutrición. 	

PATOLOGIA.

SINDROME HIPERTENSIVO GESTACIONAL.

DEFINICION:

Es el aumento en la atención arterial en una mujer embarazada que cursa con más de 20 semanas de gestación, acompañado de proteinuria y puede durar hasta la finalización del puerperio y en algunos casos convulsión o coma.

VALORACION DE ENFERMERIA:

- Cefalea.: Dolor de cabeza
- Visión borrosa.
- Tinnitus: Zumbidos de los oídos
- Oliguria: Escasa o poca orina

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Alteración del patrón materno fetal relacionado con aumento de la presión sanguínea manifestado por visión borrosa, cefalea y vértigos.	Que la usuaria, pareja y familia adquiera conocimiento e identifique los signos y síntomas de riesgos del síndrome hipertensivo Gestacional durante sus controles prenatales y acudir oportunamente a la unidad de	<p>I Nivel de Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cumplir con el protocolo de acogida al usuario. - Tomar, evaluar y dar seguimiento la presión arterial adecuada de acuerdo a cifras encontradas diario. - Orientar a la mujer y a su familia acerca de las señales de peligros como: <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. • Zumbido de oído • Visión borrosa. • Mareos. - Orientarle que acuda de inmediato a la unidad de salud durante los controles Prenatales - Orientarle sobre la importancia de tomar el tratamiento indicado para evitar complicaciones al niño y a ella. - Orientar sobre la ingesta de alimentos bajos en grasa y en sal. 	

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA	RESULTADO ESPERADOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
	<p>salud mas cercana.</p> <p>Estabilizar la Presión Arterial en los primeros 30 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar toma, realización y análisis de exámenes de laboratorio: (BHC, GLICEMIA, CREATININA, TPT, EGO búsqueda de proteinuria en orina,). Según protocolo. - Control de proteína semanalmente en caso de persistir referir al nivel de mayor resolución. - Cumplir maduración pulmonar fetal, en embarazo de 24 a 34 semana (Dexametazona 6mg Im cada 12 horas por 4 dosis) - Control de la vitalidad fetal y frecuencia cardiaca fetal diaria. - Vigilar por el incremento de peso. - En caso de agravarse la situación a Preclampsia severa. - Mantener vías permeables. - mantener vigilada a la usuaria para evitar trauma. - Administrar tratamiento antihipertensivo y anticonvulsivante. (Hidralazina 5mg IV lentamente cada 5 minutos hasta que disminuya la presión arterial máximo 4 dosis. - Canalizar con Bránula No 16 o de mayor calibre. - garantizar la realización y valoración del ultrasonido para valorar la función placentaria. - Control de presión arterial durante y después del parto cada 15 minutos. - Cumplir y monitorear el cumplimiento del tratamiento indicado. - Orientar sobre la lactancia materna exclusiva y métodos anticonceptivos. 	

PATOLOGIA.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

DEFINICIÓN:

Es un problema de Salud Pública, manifestada en una forma de relación violenta en la que no solo incluye agresión física sino también maltrato psíquico ambiental y sexual.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

- Al interrogatorio valorar respuestas de maltrato recibido.
- Manifestaciones de golpes, traumas y lesiones en áreas no visibles (examen físico).
- Se muestra poco comunicativa.
- La persona se muestra temerosa.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
<p>Alteración del estado de salud psíquico, físico y emocional relacionado con tipos de violencia (sexual) manifestado por rechazo al embarazo, tristeza, llanto, aislamiento, depresión.</p>	<p>Que la usuaria mejore su estado emocional logrando la aceptación del embarazo</p> <p>Dar a conocer y empoderar a la población sobre sus derechos y conocimiento de la Ley 230</p> <p>Que toda mujer que sufre violencia acuda a la unidad de salud para ser atendida y ser referida a los niveles correspondiente</p>	<p>Cumplir con el protocolo de acogida al usuario.</p> <p>Toma de signos vitales (Temperatura, Pulso, Respiración, Presión Arterial)</p> <p>Realizar historia clínica completa y HCPB.</p> <p>Realizar examen físico completo para detectar agresiones.</p> <p>Realizar revisión ginecológica, toma de exudado vaginal y Papanicolaou (PAP) Saber escuchar y ganar la</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<p>confianza de la usuaria.</p> <p>Brindar apoyo emocional a la usuaria y familia.</p> <p>Brindar Consejería a la usuaria y familia acerca la aceptación del embarazo</p> <p>Orientar a la familia que le de confianza y apoyo en el embarazo.</p> <p>Control de signos vitales con énfasis en presión arterial y peso.</p> <p>Orientar a la usuaria y familia sobre los signos de alarma durante el embarazo.</p> <p>Referir a otra instancia (psicología y trabajo social)</p> <p>Brindarle información sobre la ley 230 y la denuncia en la comisaría de la mujer y de grupo de autoayuda.</p> <p>Programar los controles prenatales cada 15 días.</p>	

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
		<p>Realizar visitas domiciliarias para darle el seguimiento adecuado y conocer el entorno familiar.</p> <p>Importancia de realizarse los exámenes de laboratorio y prueba de VIH/SIDA previo consentimiento.</p> <p>Realizar coordinaciones con líderes comunitarios para la realización de visitas de seguimiento y mantener comunicación con la unidad de salud.</p> <p>Orientación sobre el parto institucional y brindarle seguimiento durante el puerperio.</p>	

PATOLOGIA.

LACTANCIA MATERNA

DEFINICION: .Acción de amamantar o de mamar durante el Primer período de la vida en el cual se alimentan de leche materna natural un bebé.

VALORACION DE ENFERMERIA:

Identificar los diferentes pezones y de esta manera orientar a la madre la posición, importancia y nutrientes que contiene la leche materna.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	EVALUACIÓN
Déficit de conocimiento sobre lactancia materna, relacionada con la falta de experiencia, manifestada con inadecuada técnica al amamantar.	Lograr que la madre este consciente de los beneficios de la lactancia materna exclusiva; cumpliendo con una técnica eficaz.	<p style="text-align: center;">I NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protocolo de atención al usuario. - Realizar examen físico de mama. - Explicar el procedimiento haciendo énfasis de los tipos de pezón. - Brindar consejería para su superación psicológica y explicar las ventajas de Lactancia Materna. - Aclarar dudas mitos y temores sobre lactancia materna. - Enseñar y practicar con la madre técnica y posiciones para la formación de pezones. 	

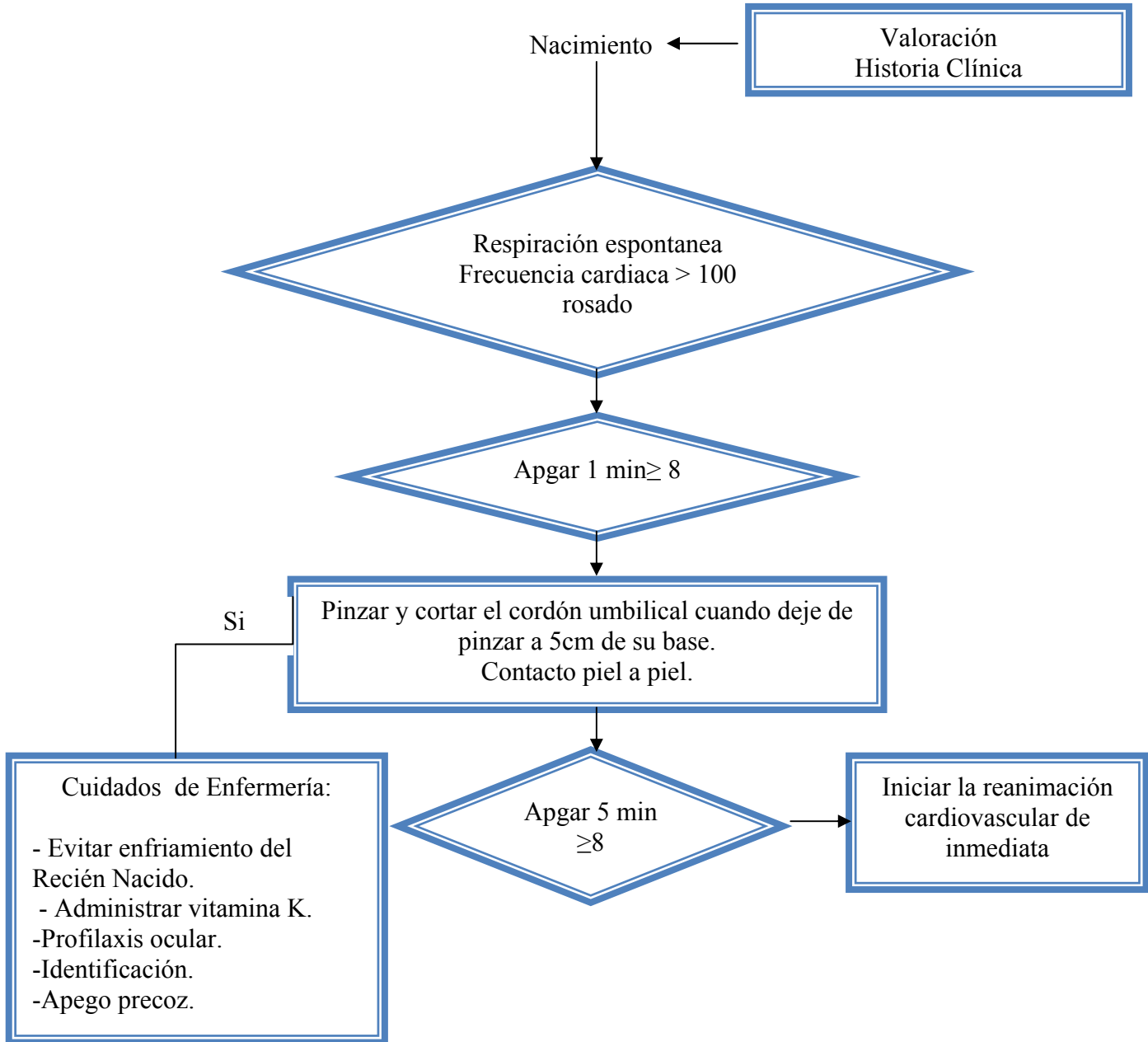
		<p>II NIVEL</p> <ul style="list-style-type: none">- Brindar consejería sobre higiene.- Explicar a la madre sobre:- Apego precoz y lactancia exclusiva.- Enseñar técnicas de extracción y conservación de la leche materna.- Orientar a la madre con niños con labio leporino, pre término nacimientos múltiples, las dificultades más comunes para el amamantamiento.- Escuchar inquietudes y aclara dudas.	
--	--	---	--

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alfaro Rosalinda. Et – al. Aplicación del Proceso de Enfermería paso a paso 4- edición, España, 2003.
2. Francisco Martínez guillen: Estándares e indicadores de calidad de proceso en la atención de la embarazada y del recién nacido, Managua Nicaragua 2004.
3. J. Hernández Conesa et - al. Fundamentos de la Enfermería Teoría y Métodos. España, 2000.
4. Ministerio de Salud: Guías para el abordaje de las Emergencias Obstetricias Managua, Nicaragua 2004.
5. Ministerio de Salud Normas y Protocolos para la Atención de las complicaciones Obstétricas Managua, Nicaragua 2006.
6. MIJAKIM- Gertrude K et-al Guías Clínicas de Enfermería 5ta edición.
7. Ministerio de salud: Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo y puerperio. Managua, Nicaragua 2000.
8. Ministerio de Salud Ley General de Salud y su Reglamento. Managua, Nicaragua, 2003.
9. Ministerio de Salud. Objetivos del Desarrollo del Milenio. Sistema de Naciones Unidas en Nicaragua. Managua, 2006.
10. Nieve Lozano Jerónimo et- al Guía de Intervención Rápida de Enfermería en Situación Emergente II edición España 2002.
11. Organización mundial de la salud: control prenatal documento base para la normalización de bajo riesgo 1999.
12. Schware Ricardo L Obstetricia 5ta edición, editado en Argentina 1997.
13. Ministerio de Salud Normativa -011 Normas y Protocolo para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido/a de Bajo Riesgo, Managua, Nicaragua 2008.

XIII. FLUJOGRAMA

ALGORITMO DE ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO



ALGORITMO DE ATENCIÓN PARTO BAJO RIESGO.

